

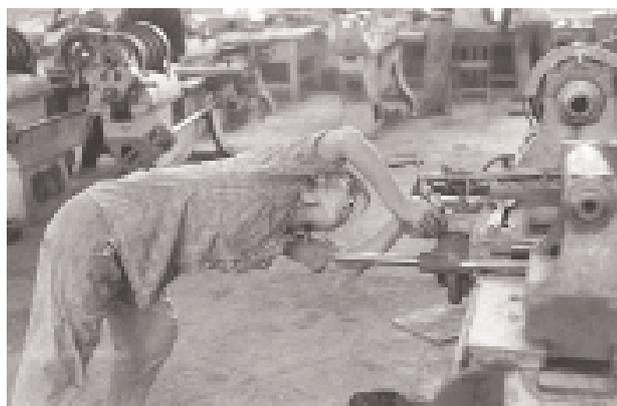
Medico Competente Journal

GIORNALE
PROFESSIONALE E SCIENTIFICO

OCCUPATIONAL PHYSICIAN SCIENTIFIC
AND PROFESSIONAL JOURNAL

NOVEMBRE 2005

Anno 12, Numero 2/2005



editoriale

5

Oltre il congresso verso i prossimi appuntamenti

contributi e articoli originali

7

- Ruolo della sorveglianza: diagnosi precocw di Leucemia linfatica cronica B caso clinico
- Il sistema aziendale della prevenzione e le malattie professionale
- Probabilità e possibilità nella nuova lista delle malattie professionali
- La riduzione dell'indice di discomfortoculovisivo, "astenopia significativa", primo passo verso l'obbiettivo benessere del videoterminalista

esperienze e materiali di lavoro

20

- Visita Medica Periodica ed avviamento al lavoro
- Le criticità del medico competente
- Lo stress correlato al lavoro
- Orientamenti operativi ANMA e proposte di modifica dell'allegato del D.M. 27/aprile 2004
- C'è una crisi di identità nella professione? Il medico competente di fronte a nuove norme, nuovi ambiti di impegno professionale d nuovo mercato

è successo a...

40

- Linee guida per la prevenzione del rischio da Silice libera cristallina

da leggere in poltrona

42

- Bellezza

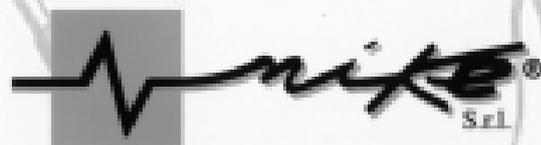


Associazione Nazionale
Medici d'Azienda
e Competenti

FEDERATA FISM -
FEDERAZIONE ITALIANA SOCIETÀ
MEDICO SCIENTIFICHE

ASSOCIAZIONE CERTIFICATA
UNI EN ISO 9001:2000
CERTIFICATO CERTIQUALITY N. 7344

MEDISCOPIO



Il mondo MEDISCOPIO

DIAGNOSTICA

(tabelle rischi e denunce agli ispettorati)

KAOS

(esposizione al rumore)

ICARO

(gestione attività S.P.S.A.L.)

IGIENING

(elaborazione e statistica dei dati ambientali e test OTL)

MEDICINA GENERALE

(la memoria e l'organizzazione del medico)

MEDICINA DEL LAVORO

(gestione completa sanitaria ed ambientale)

MENELAO

(gestione di commesse nella medicina del lavoro)

PENELOPE

(banca dati sulle sostanze chimiche)

PIANO SANITARIO AZIENDALE

(pianifica la situazione sanitaria in azienda)

PRORISK

(protocolli sanitari)

POLIFEMO

(gestione del rischio VDT)

QUASIMODO

(gestione del rischio MMC)

ULISSE

(gestione del laboratorio polispecialistico e di analisi)

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

COGNOME _____ NOME _____

AZIENDA _____ Titolo _____

Settore attività _____

Indirizzo _____ Città _____

GAP _____ Prov. _____ E-mail _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

Prodotti d'interesse _____

Al sensi dell'art. 13 della legge n. 30 del 28.2.1983, si dichiara l'anonimato che il suo dato sono conservati nel registro archivio MediscoPIO. La informiamo inoltre che ai sensi dell'art. 13 della legge n. 30 del 28.2.1983, si è dotati di rapporti con i clienti degli stessi servizi e di tutti i rapporti con i clienti e di tutti i rapporti con i clienti.

Medico Competente Journal

NOTIZIARIO A.N.M.A.

NUMERO 2/2005



PERIODICO TRIMESTRALE
DELL'A.N.M.A.

Numero 2/2005

Associazione Nazionale Medici
d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano
Via San Maurilio, n° 4
tel. 02/86453978 - fax 02/72002182
www.anma.it
e-mail: maurilio@mclink.it
Autorizzazione Tribunale di Milano
n. 96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE:
Eugenio Andreatta

DIRETTORE:
Giuseppe Briatico-Vangosa

COMITATO DI REDAZIONE:
Gino Barral
Danilo Bontadi (coordinatore)
Umberto Candura
Piero Patanè
Quintino Bardoscia
Azelio De Santa
Daniele Ditaranto

REALIZZAZIONE GRAFICA
CUSL Nuova Vita Coop. Sociale

TIPOGRAFIA
Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)



Associazione Nazionale
Medici d'Azienda
e Competenti

A.N.M.A.

Presidente

Giuseppe Briatico-Vangosa

Vice Presidente

Tommaso Remondelli

Segretario

Guglielmo d'Allio

Consiglieri

Gino Barral, Danilo Bontadi, Gilberto Boschirolti, Umberto Candura
Daniele Ditaranto, Armando Fiorillo, Francesco Gazzo, Massimo Sabbatucci,
Marco Saettone, Salvatore Taliercio, Maria Valeria Tonini, Carlo Valchi
(Verbale della commissione elettorale a seguito del rinnovo delle cariche sociali
per il quadriennio 2004-2008)

QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE € 80,00
(DA VERSARE CON C.C.P. N. 11199205)

SEZIONI TERRITORIALI

Abruzzo

Segr. Rita Vecchiola
Via Matteo da Leonessa, 14
67100 L'Aquila - tel. 0862 26951

Campania

Segr. Francesco Gazzo
Via Stazio, 13 - 80123 Napoli
tel. 081 7146183 - fax 081 7142025
e-mail: mehirad@libero.it

Emilia Romagna

Segr. Gabriele Gherardi
Via G. Dagnini, 28 - Bologna
tel. 051 6230896
e-mail: gabriele.gherardi@libero.it

Lazio

Segr. Marco Garufi Bozza
Via Raffaele Stern, 4 - 00196 Roma
tel. 335 6009306
e-mail: m.garufibozza@tiscali.it

Liguria

Segr. Paolo Santucci
Via Canevari, 84/1 - 16137 Genova
tel. 0108313979
e-mail: pmpsan@libero.it

Lombardia

Segr. Giancarlo Mantegazza
Via Manzoni, 123/23 - 21040 Uboldo VA
tel. 02 96782141
e-mail: giancarlo.mantegazza@unilever.com

Marche

Segr. Roberto Arcaleni
P.zza Giovanni XXIII^o - 60033 Chiaravalle (AN),
tel. 071 7497007 fax 071 741837
e-mail: r.arcaleni@libero.it

Piemonte

Segr. Valter Brossa
Via Craveri, 59 - 12033 Moretta (CN)
tel. 0172 94264
e-mail: brossa@bvmedicalcenter.it

Puglia e Lucania

Segr. Augusto Lombardi
Via Pedagne, 3 - 72100 Brindisi
tel. 0831 570430
e-mail: augusto.lombardi@syndial.it

Trentino Alto Adige

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

Umbria

Segr. Anselmo Farabi
Via dei Cappucinelli, 22 - 06100 Perugia
tel. e fax 075 43436
e-mail: alfarabi@excite.it

Triveneto

Segr. Piero Patanè
Via Nazareth, 2 - 35100 Padova
tel. 049 850377 fax 049 850549
e-mail: piero.patane@tin.it

RAPPRESENTANZE

Frosinone

Segr. Antonio Palermo
Via G. Matteotti, 29 - 03023 Ceccano (FR)
tel. 0775 600664 fax 0775 621128

Massa Carrara

Segr. Maurizio Bonci
Medici Fobbs c/o BIC
Via Dorsale, 13 - 54100 Massa
tel. 0583 669291

Reggio Emilia

Segr. Cristiano Borsari
Via Calatafimi, 44 - 42100 Reggio Emilia
tel. 0522 431944

Taranto

Segr. Massimo Sabbatucci
Via C. Battisti, 164 - 74100 Taranto
tel. 099 4773840
e-mail: m.sabbatucci@tiscalinet.it

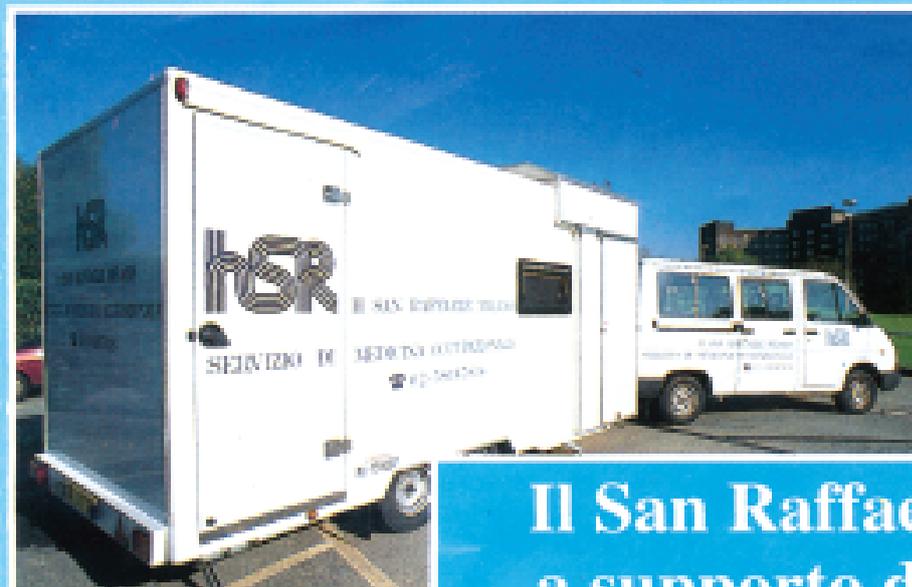
Prato

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

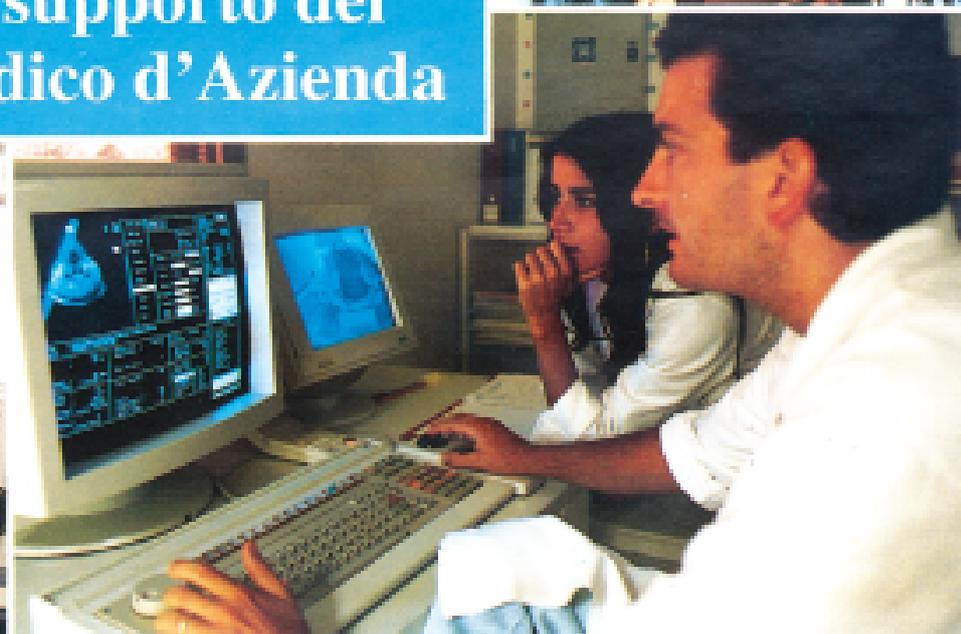
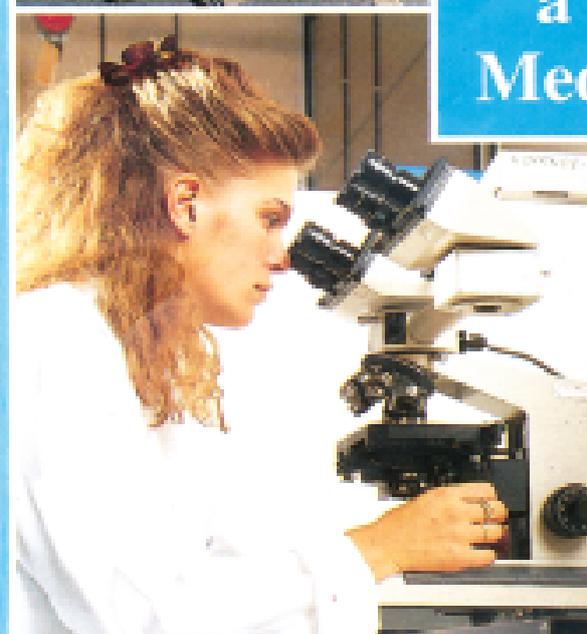


H SAN RAFFAELE RESNATI

SERVIZI DI MEDICINA OCCUPAZIONALE



Il San Raffaele a supporto del Medico d'Azienda



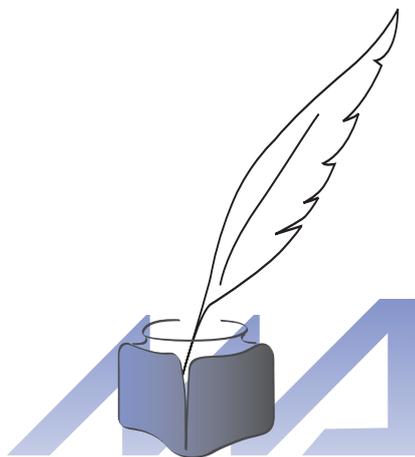
LABORATORIO DI BASE E SPECIALISTICO - LABORATORIO DI IGIENE INDUSTRIALE -
ECOLOGIA - TOSSICOLOGIA - POLIAMBULATORIO - IMAGING - CONSULENZA NEL CAMPO
DELLA SICUREZZA E DELL'INFORTUNISTICA - INDAGINI AMBIENTALI - UNITÀ MOBILI

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



OLTRE IL CONGRESSO VERSO I PROSSIMI APPUNTAMENTI

EDITORIALE

Giuseppe Briatico-Vangosa
Presidente A.N.M.A.

Il nostro Congresso nazionale di Courmayeur, il 18° dalla fondazione di ANMA, è ormai abbondantemente alle spalle, quasi un ricordo ma davvero piacevole per il clima di condivisione e d'attenta partecipazione. Resta ancora una piccola azione da portare a compimento: la pubblicazione degli Atti. Confidiamo in babbo Natale. In altre parole gli auguri natalizi accompagneranno gli Atti del Congresso. E' stata un'impresa rincorrere relatori e relazioni e lamentiamo ancora ad oggi qualche buco che a questo punto sospettiamo rimanga. Per colmare questo ritardo abbiamo deciso di anticipare in questo numero alcune relazioni che hanno maggiormente stimolato i convenuti e che pertanto riteniamo di maggior interesse per tutti i nostri Associati. Rimandiamo invece il testo articolato a ... babbo Natale, riservandolo ovviamente a coloro che hanno partecipato al Congresso.

I prossimi appuntamenti?

Stiamo mettendo in cantiere un buon numero di appuntamenti che ci auguriamo siano di interesse per molti. Il nostro obiettivo, ormai da tempo dichiarato, è facilitare un percorso formativo e di aggiornamento professionale consono alle nostre specificità.

Seguendo dunque la linea emersa nel corso dell'Assemblea ordinaria dei Soci svoltasi a Courmayeur, in armonia con la strategia consolidata negli anni, stiamo tentando di privilegiare le iniziative a livello locale pur non rinunciando alle manifestazioni "nazionali" e/o "sovra-regionali" espressione di momenti aggregativi e di socializzazione di più ampio respiro. Il corso di aggiornamento "Test di screening e diagnostici per il medico competente", inaugurato a Milano il 24 settembre u.s. rigorosamente ECM nello spirito e nella pratica con 38 crediti assegnati dalla Commissione ECM del Ministero della salute, incarna quanto prima detto. Infatti, il corso sarà replicato in alcune nostre Sezioni territoriali a partire dai primi mesi del 2006. Il corso sul "Manuale della Qualità e la Carta dei Servizi del medico competente" è un secondo appuntamento che potrà essere localizzato territorialmente e che ha ottenuto 15 crediti dalla Commissione ECM del Ministero della salute.

Abbiamo anche in cantiere almeno due iniziative di macroarea, organizzate da più sezioni territoriali limitrofe, che dovrebbero concretizzarsi nella primavera e nell'autunno del prossimo anno. Siamo invece ancora incerti se organizzare il nostro Congresso nazionale annuale dato che, come penso molti sanno, nel giugno 2006 avrà luogo a Milano il congresso celebrativo del centenario dell'istituzione dell'ICOH, avvenuta nel 1906 a Milano, un importante appuntamento globale e internazionale a cui molti di noi credo sono interessati.

L'impegno dell'ANMA continua dunque con l'entusiasmo di sempre, anche se con particolare affaticamento dei pochi soci, troppo pochi, che dedicano con spirito di servizio, e quindi del tutto gratuitamente, le proprie energie e il proprio tempo alla crescita dell'Associazione.

Oltre ciò stiamo spendendo le nostre energie per affermare la definitiva qualificazione del medico competente nel processo di valutazione dei rischi, per tutti i rischi.

A tal fine abbiamo ritenuto interessante, e continuiamo ad esserne convinti, proporre alle Istituzioni centrali e regionali un percorso di qualificazione riconosciuto, prospettando anche con la costituzione ufficiale dell'elenco nazionale dei medici competenti, posizione che alcuni mesi or sono ha alimentato aspre criti-

che dalla redazione del “medicocompetenete.it”. Oggi ci viene da sorridere nel leggere la mozione presentata in occasione della recente assemblea dei soci SIMLII dove un gruppo di medici del lavoro competenti stimola la SIMLII a costituire un “albo nazionale dei medici competenti specialisti in medicina del lavoro” e “l’elaborazione di un tariffario professionale minimo del medico competente, che preveda fra l’altro il giusto riconoscimento per attività di consulenza come i sopralluoghi, la collaborazione alla valutazione del rischio ed alla individuazione delle misure di sicurezza, dei DPI”.

Se non ricordo male qualche cosina è già stata fatta da una ... associazione!

Il presidente

Giuseppe Briatico-Vangosa

Difesa e decoro professionale

Il carteggio con il Ministero della salute

Il gruppo di lavoro sui rapporti contrattuali

Avanzamento delle richieste tariffarie agli ordini provinciali dei medici. Il modello della sezione Emilia Romagna

Arrivederci a Milano il 17 giugno 2006, numerosi per testimoniare la Qualità della nostra professione, il nostro ruolo positivo attivo per lo sviluppo della prevenzione, l’esigenza per la comunità sociale della nostra presenza indipendente dalla richiesta di legge.

Ruolo della Sorveglianza Sanitaria: Diagnosi Precoce di Leucemia Linfatica Cronica B Caso Clinico



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

*B. Schettino M. Cavallaro
C. Ceglia, A. Odierna
F. Crescenzi*

*Servizio di Sorveglianza Sanitaria
Medicina del Lavoro
Struttura del Medico Competente
ASL SALERNO 1*

La nostra ASL presenta una Struttura Piramidale. Le Strutture dell'Azienda sono: a) Le macrostrutture (Distretti Sanitari , Presidio Ospedaliero Aziendale, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale), b) Strutture complesse (Dipartimenti, Unità Organizzative Complesse), c) Strutture Semplici (Unità Organizzative Semplici).

Il modello organizzativo dell'Azienda , in attuazione delle indicazioni normative di cui al D. Lgs. 229/99 si fonda su criteri di efficienza, efficacia, economicità , qualità, equità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e amministrative.

Nel contesto organizzativo dell'Azienda Sanitaria Locale SA/1si inserisce quale Struttura Complessa il Servizio di Sorveglianza Sanitaria – Medicina del Lavoro Struttura del Medico Competente.

Obiettivo del suddetto Servizio è senza dubbio la prevenzione primaria della popolazione lavorativa ovvero evitare l'interazione tra le noxe patogene professionali e lo stato di salute dei dipendenti. Accanto a questo ruolo istituzionale si affianca, inoltre, una prevenzione più ampia di tutte le patologie ivi comprese le cardiovascolari (con particolare attenzione ai fattori di rischio per la cardiopatia ischemica) , le broncopolmonari, le ematologiche e le tumorali.

La Sorveglianza sanitaria dei dipendenti della ASL SA1 viene effettuata sulla base di un protocollo sanitario che prevede visite mediche preventive e periodiche corredate di esami ematochimici, tossicologici, strumentali e consulenze specialistiche.

Il fine ultimo della sorveglianza sanitaria è l'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica al fine di evitare che i fattori di rischio possano alterare e/o aggravare lo stato di salute ed il benessere psico-fisico del dipendente.

Anche se l'obiettivo rimane la prevenzione primaria fondamentale è anche una precocissima prevenzione secondaria ovvero la slatentizzazione e la diagnosi di un processo patologico in fase preclinica o subclinica.

A tal proposito si ricollega il caso oggetto della presente discussione.

Il dipendente X.Y. autista di ambulanza è stato sottoposto a visita periodica in data 18.10.2004 in assenza di qualsiasi sintomatologia.

La Valutazione dei Rischi ha individuato per la mansione di autista i rischi posture, scuotimenti e vibrazioni. Il protocollo di sorveglianza sanitario prevede per la mansione di autista di ambulanza la visita medica preventiva e periodica biennale (visita medica generale) con particolare attenzione all'esame clinico-funzionale del rachide, all'esame dei riflessi, all'esame vestibolare e neurologico, gli esami ematochimici , la visita cardiologia con ECG e la visita oculistica.

L'esame clinico del suddetto dipendente evidenziava una sfumata linfadenomegalia ascellare ed una modica epatomegalia.

Gli esami ematochimici praticati in data 25.10.2004 hanno rilevato una lieve leucocitosi (WBC 12100) con una inversione del normale rapporto neutrofililinfociti ossia con una linfocitosi relativa (8210 ; 68,1%) e una neutropenia relativa (3110 ; 25,8%).

Detti esami pervenivano alla nostra attenzione in data 23.11.2004 e nella stessa data veniva prescritto e praticato presso il Laboratorio di Analisi del P.O. di Nocera Inferiore " Umberto I° " un emocromo di conferma. Detto esame confermava la leucocitosi (WBC 14280), l'inversione del rapporto neutrofililinfociti (4460 ; 1,3%) /

linfociti (8690 ; 60,9%) ed evidenziava , inoltre, un lieve incremento dell'emoglobina e dell'ematocrito.

In seguito a tale evidenza si provvedeva, con urgenza, ad indirizzare , sempre in data 23.11.2004 , il dipendente alla U.O. di Oncoematologia del P.O. di Nocera Inferiore (Direttore Dott. Alfonso Maria D'Arco) per la consulenza specialistica.

Il Sig. X.Y. veniva visitato in data 26.11.2004 dal suddetto Direttore Dott. D'Arco che concludeva per una diagnosi di Leucemia Linfatica Cronica B allo stadio 0 con prescrizione di controlli periodici trimestrali non ritenendo invece necessari, allo stato, ulteriori indagini strumentali né presidi terapeutici.

CONCLUSIONI

Nella fattispecie in oggetto non si può parlare di prevenzione primaria ma di una prevenzione secondaria sia pure in fase preclinica (in assenza di segni e sintomi specifici evidenti) tanto che la consulenza specialistica concludeva per una diagnosi di Leucemia Linfatica Cronica B allo stadio 0 .

Nelle patologie tumorali risulta, come è noto, fondamentale la diagnosi precoce della malattia sia per la guarigione che per l'aspetto prognostico (sopravvivenza a 5/10 anni). Il Servizio di Sorveglianza Sanitaria – Struttura del Medico Competente svolge un ruolo fondamentale nella prevenzione della salute e nella tutela del benessere psico-fisico della popolazione lavorativa.

Nello svolgimento di questo compito si tiene sotto stretta osservazione anche l'aspetto della prevenzione secondaria che completa ed integra la prevenzione primaria.

PROMOZIONE

La medicina del lavoro

ALLA SEGRETERIA DELL'ANMA - 20123 MILANO, VIA S. MAURILIO 4 - FAX 02 72002182
Modulo di adesione abbonamento a "La Medicina del Lavoro" per l'anno 2005/2006

Il sottoscritto _____
in quanto socio ANMA, aderisco all'offerta ANMA di sottoscrivere l'abbonamento a "La Medicina del Lavoro" per l'anno 2005-2006 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 _____

IL SISTEMA AZIENDALE DELLA PREVENZIONE E LE MALATTIE PROFESSIONALI



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

A. Guardavilla

AIAS Associazione Italiana
Addetti alla Sicurezza

Relazione tenuta al convegno
ANMA, Courmayeur 2005

La tutela della salute dei lavoratori è garantita dall'ordinamento giuridico attraverso la presenza all'interno della legislazione cogente di norme atte a ridurre o addirittura eliminare il rischio di malattie professionali.

L'articolo 2087 del Codice civile viene definito "norma di chiusura" dell'intero sistema legislativo prevenzionistico, perché considera tutte le misure necessarie a tutelare l'integrità psico-fisica del lavoratore, indipendentemente dalla circostanza che siano esplicitamente indicate da una norma di legge vigente.

Infatti, le norme per la prevenzione delle malattie sul lavoro costituiscono un'applicazione specifica del più ampio principio contenuto nell'art. 2087 cod.civ., rispetto al quale la mancata violazione di quelle norme non è di per sé sufficiente ad escludere la responsabilità dell'imprenditore. L'art. 2087 cod. civ., si atteggia anche come norma di chiusura del sistema antinfortunistico, nel senso che, anche dove faccia difetto una specifica misura preventiva, la disposizione suddetta impone al datore di lavoro di adottare comunque le misure generiche di prudenza, diligenza e la osservanza delle norme tecniche e di esperienza.

In tal senso l'art. 2087 cod. civ., pur non contenendo prescrizioni di dettaglio come quelle rinvenibili nelle leggi organiche per la prevenzione degli infortuni sul lavoro, non si risolve in una mera norma di principio, ma deve considerarsi inserito a pieno titolo nella legislazione antinfortunistica, di cui costituisce norma di chiusura.

L'obbligo della massima sicurezza tecnologicamente fattibile è tale per cui il lavoratore deve essere posto in condizioni operative di assoluta sicurezza e salute.

L'art. 2087 c.c. nell'affermare che l'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale del lavoratore, stimola obbligatoriamente il datore di lavoro ad aprirsi alle nuove acquisizioni tecnologiche.

"Il Datore di lavoro è tenuto a conoscere le "leges artis" per prevenire le malattie professionali sul lavoro, cioè a seguire il progresso tecnologico; a carico del datore di lavoro vi è dunque un fondamentale obbligo di attuare la migliore scienza, esperienza e tecnologia sugli aspetti rischiosi del lavoro, facendo eventualmente ricorso ad esperti qualora sia privo della necessaria competenza: "in materia di sicurezza del lavoro il datore di lavoro è tenuto ad uniformarsi alla migliore scienza ed esperienza del momento storico in quello specifico settore; e, nel caso in cui per i suoi limiti individuali non sia in grado di conoscere la miglior scienza ed esperienza, consapevole di tali limiti, deve avere l'accortezza di far risolvere da altri i problemi tecnici che non è in grado di affrontare personalmente".

L'obbligo a carico del datore di lavoro è correlato, come si è già scritto, al diritto soggettivo del lavoratore a condizioni di lavoro sicure, igieniche e non nocive.

Il principio chiave della massima sicurezza fattibile discende, in modo gerarchico, passando dalle norme di grado superiore a quelle di grado inferiore, e dalle norme che stabiliscono principi generali a quelle che regolano aspetti particolari, innanzitutto dalla Costituzione della Repubblica italiana, che agli articoli 32 comma 1, 35, 41 commi 1-2 e 38 è chiarissima nello stabilire l'intangibilità, l'indisponibilità e la

priorità assolute del diritto alla salute di chi lavora, e, come detto, l'articolo 2087 del Codice Civile, ne è una più analitica espressione.

La tutela della salute dei lavoratori attraverso l'igiene degli ambienti e delle condizioni di lavoro è presidiata attraverso l'applicazione delle norme contenute nel D.P.R. 19 marzo 1956 n. 303 sull'igiene del lavoro.

Il D.P.R. 303/56 è una norma cardine del sistema della prevenzione e della tutela sanitaria della salute dei lavoratori, in quanto ispirata a principi cautelativi estremamente avanzati, e mai più superati dalla nostra legislazione.

Esaminiamo alcuni degli aspetti più importanti di questa norma.

Il capo I del titolo II "*ambienti di lavoro*", specifica quali requisiti debba avere l'ambiente di lavoro (dimensioni, ricambio d'aria, protetto dall'umidità, pulito), sancisce il divieto di adibire ad attività lavorativa locali sotterranei, a meno di una autorizzazione dell'Ispettorato del lavoro, motivata da necessità. I locali ed i passaggi devono essere ben illuminati (la legge indicava necessità di garantire valori adeguati allo svolgimento dell'attività e soprattutto al benessere dei lavoratori). Viene stabilita tutta una serie di indicazioni attinenti al clima, e fatto divieto di tenere, nei locali di lavoro o nelle loro adiacenze, depositi di immondizie o altro che possano risultare dannosi per i lavoratori e all'ambiente esterno.

Al capo II "*difesa dagli agenti nocivi*", sono dettate le regole per la custodia delle materie prime, dei prodotti o i dei rifiuti: in contenitori sicuri che riportino l'indicazione della sostanza contenuta. Le lavorazioni nocive e pericolose devono essere effettuate in locali separati e muniti di misure che impediscano la diffusione dei gas, vapori, ecc. Identicamente per quanto riguarda le lavorazioni che producono polveri, per le quali sono posti tutta una serie di accorgimenti. Vengono anche prese in considerazione le misure da attuare per evitare radiazioni nocive, radiazioni ionizzanti, rumore e scuotimenti (si veda però anche il DPR 230/95 e il D.Lgs. 277/91).

Il capo III è dedicato ai "servizi sanitari" ed obbliga il datore di lavoro ad organizzare presidi sanitari, quando i dipendenti superino il numero di 25. L'art. 33 istituisce l'obbligo delle visite mediche preventive e periodiche, per le aziende in cui i lavoratori siano esposti all'azione di sostanze tossiche o infettanti o comunque nocive, in relazione a determinate lavorazioni indicate nella tabella allegata. Al controllo devono sottoporsi sia i lavoratori adibiti alla particolare attività nociva, sia coloro che esplicano la loro attività nello stesso ambiente nocivo. In questi casi, come nel caso di lavoratori addetti ad attività diverse da quelle tabellate, ma che li espongono a rischi della stessa natura, sono obbligatorie le visite mediche preventive e periodiche, secondo un giudizio espresso dall'ispettorato del lavoro.

Nel capo IV sono disciplinati gli aspetti relativi ai servizi igienico-assistenziali, come docce, latrine, refettori, spogliatoi e dormitori. E' previsto l'obbligo di dare notizia all'USL dei progetti di costruzione, modifica o ampliamento di locali per attività industriale che occuperà più di tre lavoratori.

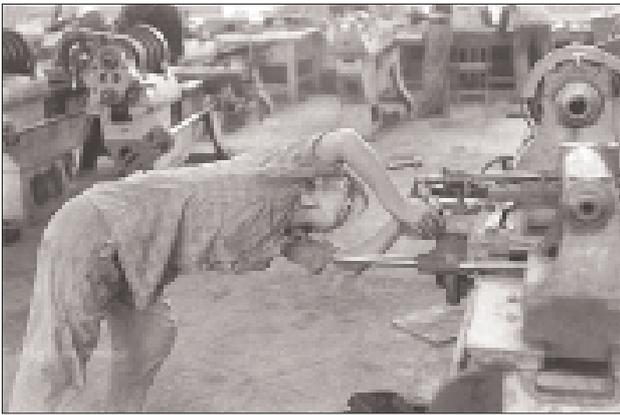
Si nota un intento regolativo globale già riscontrabile nel D.P.R.547/55, ma in questo provvedimento i contenuti sono molto più generici, e ricorrono spesso espressioni come "convenientemente" o "per quanto possibile", e con una alta frequenza sono previste deroghe alle norme.

Andando ad analizzare norme di stampo più "programmatico", l'articolo 3 del Decreto Legislativo n. 626/1994 non contraddice i precetti costituzionali e del codice civile ma, in modo perfettamente consequenziale stabilisce in modo gerarchico le seguenti misure generali di tutela:

- a) valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza;
- b) eliminazione dei rischi in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico e, ove ciò non è possibile, loro riduzione al minimo;
- c) riduzione dei rischi alla fonte;
- d) programmazione della prevenzione mirando ad un complesso che integra in modo coerente nella prevenzione le condizioni tecniche produttive ed organizzative dell'azienda nonché l'influenza dei fattori dell'ambiente di lavoro;
- e) sostituzione di ciò che è pericoloso con ciò che non lo è, o è meno pericoloso;
- f) rispetto dei principi ergonomici nella concezione dei posti di lavoro, nella scelta delle attrezzature e nella definizione dei metodi di lavoro e produzione, anche per attenuare il lavoro monotono e quello ripetitivo;
- g) priorità delle misure di protezione collettiva rispetto alle misure di protezione individuale;
- h) limitazione al minimo del numero dei lavoratori che sono, o che possono essere, esposti al rischio;
- i) utilizzo limitato degli agenti chimici, fisici e biologici, sui luoghi di lavoro;
- l) controllo sanitario dei lavoratori in funzione dei rischi specifici;
- m) allontanamento del lavoratore dall'esposizione a rischio, per motivi sanitari inerenti la sua persona;
- n) misure igieniche;
- o) misure di protezione collettiva ed individuale;
- p) misure di emergenza da attuare in caso di pronto soccorso, di lotta antincendio, di evacuazione dei lavoratori e di pericolo grave ed immediato;
- q) uso di segnali di avvertimento e di sicurezza;
- r) regolare manutenzione di ambienti, attrezzature, macchine ed impianti, con particolare riguardo ai dispositivi di sicurezza in conformità alla indicazione dei fabbricanti;
- s) informazione, formazione, consultazione e partecipazione dei lavoratori ovvero dei loro rappresentanti, sulle questioni riguardanti la sicurezza e la salute sul luogo di lavoro;
- t) istruzioni adeguate ai lavoratori.

Il comma 2 dell'art. 3 citato aggiunge che "le misure relative alla sicurezza, all'igiene ed alla salute durante il lavoro non devono in nessun caso comportare oneri finanziari per i lavoratori".

Qualora il datore di lavoro non predisponga un ambiente di lavoro igienico e sicuro o esponga il lavoratore ad agenti nocivi senza le debite precauzioni, la giurisprudenza ha riconosciuto il diritto del lavoratore di rifiutare la prestazione lavorativa.



Secondo la giurisprudenza, inoltre, l'obbligo del datore di lavoro di tutelare l'integrità psicofisica dei dipendenti si riferisce anche all'ambiente di lavoro, in relazione al quale le misure e le cautele da adottarsi dall'imprenditore debbono riguardare sia i rischi insiti in quell'ambiente sia i rischi derivanti dall'azione di fattori esterni all'ambiente di lavoro quali quelli inerenti alla località in cui tale ambiente è posto.

Correlato agli obblighi citati è l'onere del datore di lavoro di attuare la migliore scienza, esperienza e tecnologia sugli aspetti rischiosi del lavoro, facendo eventualmente ricorso ad esperti qualora sia privo della necessaria competenza.

Ai sensi dell'art. 8 commi 1 e 4 del D. Lgs. 626/1994 "il Datore di lavoro organizza all'interno dell'azienda ovvero dell'unità produttiva, il Servizio di prevenzione e protezione o incarica persone o servizi esterni all'azienda".

Il decreto 626/1994 prevede uno specifico obbligo di informazione a carico del Datore di Lavoro e dei Dirigenti verso l'RSPP all'art. 9 comma 2 che recita: "i datori di lavoro e i dirigenti devono fornire al servizio di prevenzione e protezione:

- a) adeguate ed esaurienti informazioni sulla natura dei rischi professionali;
- b) adeguate ed esaurienti informazioni sull'organizzazione del lavoro e la programmazione e l'attuazione delle misure preventive e protettive;
- c) la descrizione degli impianti e dei processi produttivi;
- d) i dati del registro infortuni e delle malattie professionali; le prescrizioni degli organi di vigilanza."

Il Servizio di Prevenzione e Protezione realizza un'attività di tipo gestionale e tecnico finalizzata alla tutela della salute, oltre che della sicurezza, dei lavoratori svolgendo i compiti previsti dall'articolo 9 del D. Lgs. 626/94, ovvero individuando i fattori di rischio, elaborando le misure preventive, le procedure di sicurezza, pianificando la formazione e l'informazione dei lavoratori etc.

La portata innovativa del D.Lgs. n. 626/1994 è rappresentata più che dalla previsione di ulteriori precetti o di più severe sanzioni, dal principio della "programmazione della prevenzione" e dal conseguente obbligo della valutazione dei rischi.

Secondo tale principio "la protezione della salute dei lavo-

ratori va considerata non come un elemento a sé stante, subordinato e conseguente alle scelte tecniche e organizzative, ma come un momento tipico, ordinario dell'organizzazione dell'attività lavorativa". E dunque risulta conforme alle prescrizioni del D. Lgs. n. 626/94 solo "un approccio integrato e globale alla conoscenza, al controllo ed alla limitazione dei rischi; il che richiede uno stretto legame tra prevenzione tecnica, prevenzione organizzativa e prevenzione sanitaria, nella realtà spesso eccessivamente frammentate".

Il primo passo per attuare la "programmazione della prevenzione" di cui si diceva è dato pertanto dal processo di identificazione e valutazione di "tutti i rischi per la sicurezza e per la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, anche nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o dei preparati chimici impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro" (art. 4 commi 1 e 2 D. Lgs. n. 626/94).

La valutazione dei rischi è lo strumento fondamentale che permette al datore di lavoro di individuare le misure di prevenzione e di pianificarne l'attuazione, il miglioramento ed il controllo: si tratta di un'azione preventiva e ricorrente, che deve avvenire ogniqualvolta si operi una scelta di natura organizzativa o produttiva.

1) Tale obbligo consiste in una "valutazione" cioè nell'attribuzione di un valore, un peso, una misura attraverso un'analisi tecnica, scientifica, organizzativa; pertanto non può considerarsi tale una mera osservazione dei luoghi di lavoro o una generica descrizione delle attività che vi si compiono.

2) La valutazione deve avere per oggetto tutti i rischi "per la sicurezza e la salute dei lavoratori" ma l'analisi coinvolge ogni profilo pericoloso anche "per la salute della popolazione" o che possono "deteriorare l'ambiente esterno" (art. 4.5 lett. n) D. Lgs. 626/94).

3) Particolare - ma non esclusiva - attenzione deve porsi sulla scelta delle attrezzature, delle sostanze, dei preparati chimici impiegati, nonché sulla sistemazione dei luoghi di lavoro.

4) Dopo tale valutazione, il datore di lavoro deve redigere un documento con un triplice contenuto che spesso nella pratica è stato fuso e confuso:

- a) uno scritto sulla valutazione dei rischi e sui criteri specifici adottati a conferma di quanto enunciato sub n.1;
- b) le conseguenti misure (preventive e protettive) da individuare in correlazione ai rischi già valutati;
- c) infine il documento deve contenere una programmazione di tutte le misure "opportune" per il "miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza". Si tratta evidentemente di un terzo profilo del documento che non deve contenere le misure adottate perché obbligatorie ma quelle funzionali per avanzare la soglia di sicurezza sempre in relazione ai rischi valutati.

Tutto il contenuto del documento, quindi, ha tre profili che corrispondono a tre momenti fondamentali della determinazione del rischio, della prevenzione e protezione dallo stesso e della pianificazione migliorativa ai quali devono guardare necessariamente tutti gli altri soggetti coinvolti a diverso titolo nella gestione della sicurezza. (Dalla sentenza

Galeazzi).

L'approccio aziendale al problema della salute nei luoghi di lavoro non può che essere interdisciplinare e culturalmente orientato in senso sistemico e partecipativo.

In un'ottica di multidisciplinarietà, l'RSPP può svolgere un ruolo cruciale e particolarmente efficace ai fini di elevare i livelli di prevenzione e protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori, come sottolineato dalle Linee guida regionali che dettagliano il ruolo specifico e le funzioni operative del responsabile aziendale del servizio di prevenzione e protezione:

"A. Il Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione è caratterizzato da due aree di competenza: una gestionale ed una tecnico-specifica, fra loro integrate.

La prima area attiene a capacità organizzative, relazionali ed amministrative cioè alla capacità di programmare, pianificare, comunicare (con vari soggetti) gli obiettivi, di reperire, sviluppare, gestire e motivare le risorse umane.

Nell'area tecnico-specifica invece possono essere rappresentate varie competenze culturali che concorrono a definire più in generale la prevenzione.

In particolare si può trattare di conoscenze ricavate dall'igiene industriale o dalla sicurezza sul lavoro, dall'ergonomia e dalle tecniche di analisi dell'organizzazione del lavoro nonché da altre discipline correlate per aziende e/o unità produttive che si caratterizzano per particolari pericoli e/o rischi e naturalmente dalla profonda conoscenza delle norme di legge e delle norme di buona tecnica.

L'RSPP collabora con il Medico Competente alla valutazione dei rischi ed ai programmi di informazione e formazione, in particolare per quanto riguarda i seguenti aspetti:

1) L'ergonomia applicata:

VDT (ergonomia posturale e della visione)

Carichi manuali

Movimenti ripetitivi

Posture fisse/incongrue (pause, rotazioni..)

2) Rischio tossicologico: da agenti chimici e cancerogeni/mutageni (fumo incluso)

3) Rischi biologici: da uso deliberato e da esposizione potenziale

4) Rischio indoor

5) Stress mentale: Burn out da incongruenze varie Mobbing.

Una previsione importante contenuta nel D.Lgs.626/1994 e finalizzata alla protezione della salute dei lavoratori in tal senso è quella in base alla quale il datore di lavoro deve attenersi al "rispetto dei principi ergonomici nella concezione dei posti di lavoro, nella scelta delle attrezzature e nella definizione dei metodi di lavoro e produzione, anche per attenuare il lavoro monotono e quello ripetitivo" (art. 1 lett. f D. Lgs. n. 626/94).

Il riconoscimento dell'importanza dell'ergonomia da parte del legislatore europeo, e quindi anche di quello italiano, deriva dalla constatazione, ormai comune a tutti i paesi industrializzati, che mentre diminuiscono i danni alla salute dovuti ad eventi traumatici, come gli infortuni, quelli dovuti ai c.d. "microtraumi ripetuti" oppure quelli relativi a stress o a disturbi del sistema nervoso stanno aumentando

ad un tasso di sviluppo allarmante.

L'approccio ergonomico è per sua natura multidisciplinare, come evidenziato dalle definizioni della moderna ergonomia quale ad esempio quella di Murrell (1965): "studio interdisciplinare del rapporto tra l'uomo e il suo contesto di lavoro, con il fine di assicurare i più elevati livelli di sicurezza e di benessere di chi opera", laddove le discipline prevalentemente coinvolte nell'ergonomia sono la fisiologia del lavoro, l'igiene del lavoro, la medicina del lavoro, le ingegneria e le architetture, la psicologia e la sociologia del lavoro.

L'oggetto dell'incontro multidisciplinare è la verifica del rispetto dei principi ergonomici nella progettazione e realizzazione di sistemi di lavoro, che deve avvenire tra professionisti che orientano ergonomicamente le loro diverse competenze.

I principi ergonomici sono dettati da condivise e autorevoli fonti internazionali di normazione, in particolare l'ISO (International Standardisation Organisation) "tradotti" per la realtà italiana dall'Istituto Nazionale di Uniformazione (UNI).

In particolare la norma ISO 6385 pubblicata nel 1981 fissa i principi ergonomici che devono essere rispettati in tutte le fasi di progettazione di un sistema di lavoro ed i criteri utili a verificare tale rispetto. Inoltre tale norma fissa le definizioni degli oggetti dello studio ergonomico, fissando un linguaggio comune e condiviso.

L'approccio ergonomico deve essere considerato sin dal momento della valutazione dei rischi attraverso l'applicazione sostanzialmente di tre principi:

della globalità (il concetto di sistema uomo/macchina/ambiente)

della interdisciplinarietà: necessità della stretta interazione tra i vari contributi disciplinari necessari per affrontare compiutamente i complessi rapporti dell'uomo con la macchina e l'organizzazione

della partecipazione dei lavoratori sia nel momento della analisi che in quello della valutazione dei risultati

L'art. 4 comma 5 lett.c) del D.Lgs.626/1994 prevedendo che il Datore di Lavoro "nell'affidare i compiti ai lavoratori tiene conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e sicurezza" fa riferimento ad un approccio all'organizzazione del lavoro che tenga conto di quanto dettato dai principi ergonomici ed evidenzia la rilevanza del concetto di "adattamento del lavoro all'uomo"

L'applicazione dei principi ergonomici deve poi permeare tutta la valutazione del sistema, ma in modo particolare, per quanto riguarda la salute del lavoratore, questi aspetti devono essere presidiati nella movimentazione manuale dei carichi in base all'art. 47 che al comma 2 recita che la movimentazioni manuali dei carichi "...in conseguenza delle condizioni ergonomiche sfavorevoli, comportano tra l'altro rischi di lesioni dorso-lombari", pertanto ex art. 52 comma 2 lett. c) "il Datore di Lavoro, all'atto della valutazione del rischio, analizza i posti di lavoro con particolare riguardo alle condizioni ergonomiche e di igiene ambientale".

Nel caso poi delle attrezzature munite di videoterminale il D.Lgs.626/1994, al momento in cui ne individua le caratteristiche tramite un allegato specifico, fa un preciso

riferimento agli aspetti ergonomici affermando che “all’atto dell’elaborazione, della scelta, dell’acquisto del software, o allorché questo viene modificato, come anche nel definire le mansioni che implicano l’utilizzazione di unità videoterminali, il Datore di Lavoro terrà conto [...] dei principi di ergonomia che devono essere applicati in particolare all’elaborazione dell’informazione da parte dell’uomo”, dando quindi particolare rilievo all’interfaccia uomo-macchina.

Per quanto riguarda il rischio chimico il D.Lgs. 2 febbraio 2002, n. 25 ha introdotto un titolo specifico nel D.Lgs. 626/94, relativo alla protezione da agenti chimici, in base al quale il datore di lavoro è tenuto a determinare preliminarmente l’eventuale presenza di agenti chimici pericolosi sul luogo di lavoro e a valutare i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori derivanti dalla presenza di tali agenti. Se i risultati della valutazione dei rischi dimostrano che, in relazione al tipo e alle quantità di un agente chimico pericoloso e al tipo, alla durata e frequenza di esposizione a tale agente presente sul luogo di lavoro, vi è solo un rischio moderato per la sicurezza e la salute dei lavoratori sono sufficienti a ridurre il rischio le misure di cui al comma 1 dell’art. 72-*quinquies*. Pertanto in caso di rischio moderato vi è la possibile esenzione da misure specifiche di prevenzione e protezione, dalle disposizioni in caso di incidenti od emergenze, dalla sorveglianza sanitaria e dalle cartelle sanitarie e di rischio e si applicano gli obblighi di valutazione del rischio ai sensi dell’art.VII bis, di applicazione delle misure generali di protezione e di informazione e formazione dei lavoratori.

In caso di rischio non moderato invece di applicano le misure specifiche di protezione e prevenzione, tra cui l’eliminazione o la sostituzione dell’agente, qualora la natura dell’attività lo consenta, con altri meno pericolosi; la misurazione nell’ambiente delle sostanze che possono presentare un rischio per la salute con metodiche standard, la formazione e l’informazione dei lavoratori, la sorveglianza sanitaria, così come recitano gli artt. 72-*sexies*, 72-*septies*, 72-*decies*, 72-*undecies*.

Parlando di tutela della salute non si può non citare il D. Lgs. 15 agosto 1991 n. 277 rappresenta l’attuazione di cinque direttive europee in materia di protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici durante il lavoro.

Gli agenti presi in considerazione sono: piombo, amianto e rumore.

Alcuni articoli riguardano gli agenti nocivi in generale con la sola esclusione delle radiazioni ionizzanti. Questi articoli trattano delle misure di tutela, degli obblighi del datore di lavoro e di quelli dei lavoratori, del medico competente e dell’allontanamento temporaneo del lavoratore da un’esposizione a rischio. Vengono individuate una serie di misure di tutela che devono essere adottate dai datori di lavoro in tutti i casi di esposizione dei lavoratori a qualsiasi agente dannoso per la salute, come: la valutazione dei rischi, l’utilizzazione limitata dell’agente nocivo, la limitazione del numero dei lavoratori esposti, il controllo dell’esposizione dei lavoratori mediante la misurazione dell’agente, le mis-

ure da attuare (tecniche, di prevenzione e protezione collettiva e individuale, misure di emergenza ed igieniche), l’informazione dei lavoratori, il controllo sanitario e la tenuta dei registri specifici. Per la prima volta con questo decreto è stato introdotto nella legislazione italiana il concetto di livello di soglia di esposizione. Questo però non indica livelli assoluti di assenza o accettabilità dei rischi, ma è un riferimento ed una indicazione per gli interventi che devono essere mirati a ridurre al livello più basso il rischio presente. Questo decreto ha anticipato il successivo 626/1994, che ha ampliato a tutti i fattori nocivi ed a tutti i settori i principi contenuti nel 277/1991.

Per quanto riguarda in particolare la valutazione del rischio derivante da rumore, il Decreto prevede che si possano evitare le misurazioni sul campo solo se non vengono superati gli 80 dBA di LEP (Livello di Esposizione Personale) purché vengano indicati nel Rapporto di Valutazione i criteri e le motivazioni che hanno permesso l’esclusione.

In particolare:

- risultati di misure estemporanee
- disponibilità di specifiche dei macchinari in uso
- risultati di precedenti misurazioni
- manifesta assenza di fonti significative di rumorosità
- confronti con situazioni analoghe
- dati di letteratura

Quando non si possono accettare Rapporti di Valutazione senza misure:

Quando vengono superati gli 80 dBA LEP

Misure nel caso di superamento degli 80 dBA LEP

Da 80 a 85 dBA LEP

- ridurre al minimo il rischio
- informazione dei lavoratori
- controllo sanitario a richiesta dei lavoratori

Nel caso si superano gli 80 dBA

Da 85 a 90 dBA LEP

- tutte le misure di cui al punto precedente cui vanno aggiunte le seguenti
- formazione dei lavoratori in merito all’uso dei mezzi di protezione individuale
- controllo sanitario
- misure preventive nei confronti dei lavoratori già affetti da ipoacusia
- scheda informativa sui rischi derivanti da esposizione al rumore

Nel caso si superano i 90 dBA

Sopra i 90 dBA LEP

- tutte le misure di cui ai punti precedenti +
- apposizione di apposita segnaletica di sicurezza con perimetrazione delle zone a rischio
- obbligo dei lavoratori all’uso dei mezzi di protezione individuale
- controllo sanitario
- predisposizione di piani di bonifica
- tenuta dei registri sui livelli di esposizione e degli esposti
- comunicazione all’organo di vigilanza del superamento del limite di 90 dBA LEP.

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

MG.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 idrosalinico-energetico del tuo organismo.



IN FARMACIA

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

LA RIDUZIONE DELL'INDICE DI DISCOMFORT OCULOVISIVO, "ASTENOPIA SIGNIFICATIVA", PRIMO PASSO VERSO L'OBIETTIVO BENESSERE DEL VIDEOTERMINALISTA



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

*P. Santucci, E. Massafiero,
ANMA Liguria*

RIASSUNTO

Gli autori presentano la prevalenza dell'astenopia occupazionale significativa come indice di discomfort oculovisivo in n°684 addetti al videoterminale (VDT) che appartengono a cinque medie e grandi aziende con sede a Genova.

Partendo da un dato di letteratura compreso tra il 40 ed il 50 % e considerata una percentuale del 30,0 % riscontrata recentemente dagli autori in un gruppo di piccole imprese, una prevalenza pari al 25 % nei lavoratori delle aziende indagate rappresenta una percentuale più che soddisfacente.

Il buon risultato è giustificato da un approccio complessivo che va oltre il formale recepimento della normativa finalizzato al giudizio di idoneità specifica al lavoro e si concretizza nell'intervento precoce sui fenomeni di affaticamento visivo, puntando al raggiungimento del miglior confort possibile del lavoratore.

L'obiettivo "benessere oculovisivo", visto come superamento dell'obsoleta "assenza di malattia", si inserisce perfettamente nel processo di miglioramento continuo delle certificazioni di qualità, perseguito dalle stesse aziende, costituisce per il medico del lavoro un dovere di ordine etico e può contribuire, in un coerente contesto generale, ad una maggior produttività dell'operatore.

INTRODUZIONE

Il comfort oculovisivo del videoterminista non può essere misurato con parametri utilizzati tradizionalmente per monitorare la "stato di salute" dell'azienda, quali l'assenteismo o l'andamento infortunistico.

Il calcolo dell'astenopia significativa, vale a dire del superamento di una soglia di attenzione nell'ambito dell'affaticamento visivo ed extravisivo, può costituire, comprendendo disturbi eminentemente soggettivi, un indice attendibile o eventualmente sovrastimato, del reale discomfort oculovisivo dell'operatore.

Nel determinismo dell'astenopia significativa sono stati considerati anche alcuni specifici disturbi extravisivi, o generali, che possono essere correlati all'uso del videoterminale (VDT): dermatite non allergica, mal di testa, debolezza, nausea e vertigini (2, 3, 5, 20, 23, 28).

Tali accertamenti, nell'ambito della sorveglianza sanitaria ai sensi del D.L. 626/94 e successive modifiche, sono stati effettuati nel periodo 2003-2004 su 685 addetti al VDT, che appartengono a cinque medie e grandi aziende con sede a Genova: una compagnia di navigazione, un ente certificatore, una assicurazione, una società di trasporti intermodali ed un'azienda di componentistica elettronica.

L'ASTENOPIA

Astenopia è il termine di derivazione greca ("a", alfa privativo - "stenos", forza, potenza, energia - "opis", vista) che può essere sinonimo di fatica visiva, ma che a tutt'oggi non ha ancora trovato una definizione universalmente accettata.

Per tutte citiamo la definizione tratta dalle Linee Guida SIMLII (23): l'astenopia è "una sindrome causata da fattori e compiti lavorativi che, in associazione con le caratteristiche oftalmiche del soggetto, favoriscono l'insorgenza o la reiterazione di un insieme di sintomi oculari e/o visivi che, nei casi più gravi, possono anche

accompagnarsi a disturbi generali”.

La maggior parte degli autori si trova d'accordo sulle principali caratteristiche: sintomatologia aspecifica e natura essenzialmente soggettiva e reversibile dell'astenopia, suddivisione in manifestazioni oculari, visive e generali (Tabella 1), eziologia non completamente definita ma diffusione maggiore nella popolazione di videoterminalisti rispetto a non esposti, componente psico-emotiva significativa, nessuna evidenza di cronicizzazione, impossibilità a quantificare il fenomeno e a definire un livello di soglia per la sua manifestazione (2, 24).

Aspetti visivi	Aspetti oculari	Aspetti generali
<u>Principali</u> fotofobia Visione sfuocata Ridotta velocità di lettura	<u>Principali</u> Lacrimazione Prurito Irritazione Secchezza Bruciore Dolore Sensazione di sabbia sotto le palpebre	Cefalea Astenia Nausea Dispnea Vertigine Tensione generale
<u>Secondari</u> Aloni colorati Effetto Mc Collough (visione rosata)	<u>Secondari</u> Alterazioni dell'ammiccamento Pesantezza dei bulbi Secchezza	
<u>Possibile obiettività correlata</u> Riduzione dell'acuità visiva Riduzione dell'ampiezza fusiva Allontanamento del PPA Comparsa o aumento di forie Miopizzazione transitoria	<u>Possibile obiettività correlata</u> Iperemia congiuntivale Alterazioni qualitative/quantitative del film lacrimale	

Tabella 1. Manifestazioni dell'astenopia e possibile obiettività correlata (Apostoli e Coll., 1998)

In molti studi epidemiologici degli anni '90 (7, 11, 22) è emerso che l'esposizione professionale a videoterminale causava fenomeni di "affaticamento visivo" soprattutto nei



lavoratori esposti oltre 4 ore al di.

Alla luce di questi dati ed a seguito della condanna dell'Italia da parte della Corte Europea, il Legislatore ha modificato il titolo VI del D.L. 626/94, emanando il Decreto 29/12/2000 che ridefinisce la figura del "videoterminalista" come il lavoratore esposto professionalmente a videoterminale per almeno 20 ore settimanali dedotte le pause.

La letteratura scientifica ha invece escluso danni permanenti, sia anatomici che funzionali, all'apparato oculovisivo dell'utilizzatore di videoterminale (8, 12, 16, 25, 26), nonostante una recentissima indagine giapponese in controtendenza, che, ricollegando il glaucoma all'intenso uso del videoterminale (31), necessita comunque di ulteriori conferme.

L'astenopia significativa, che tecnicamente corrisponde al raggiungimento, per frequenza e numero di disturbi, di una soglia di affaticamento abnorme o comunque non accettabile, costituisce per il medico competente un "segnale di allarme".

Se gli interventi predisposti, dopo una attenta analisi dell'ambiente lavorativo ed una approfondita verifica clinico-strumentale del videoterminalista, non sono in grado di risolvere il disagio oculo-visivo, si può rendere necessaria anche una modifica del giudizio di idoneità specifica al lavoro, introducendo, per esempio, l'aumento delle pause o la riduzione del periodismo di visita medica (23).

MATERIALI E METODI

La popolazione esaminata appartiene a cinque medie e grandi aziende genovesi e comprende n°684 soggetti, di cui n°400 di sesso femminile (58,5 %) e n° 284 di sesso maschile (41,5 %), di età media 38,9 +/- 8,6 anni (D.S.). L'attività lavorativa è di tipo tradizionale e piuttosto omogenea nelle diverse aziende, comprendendo prevalentemente operazioni di battitura testi, consultazione e caricamento dati (ved. tabella 2).

Tipo di attività svolta	Numero soggetti	Percentuale sul totale
Battitura testi e consultazione	337	49,3
Battitura testi e caricamento dati	193	28,2
Caricamento dati	118	17,3
Battitura testi	15	2,2
Consultazione	12	1,8
Programmazione	9	1,2
Progettazione, grafica e cad/cam	0	0

Tabella 2. Attività prevalente svolta dai lavoratori coinvolti nell'indagine

L'analisi statistica è stata effettuata con le seguenti metodiche:

test non parametrici per le differenze tra gruppi
 analisi della correlazione (secondo Kendall) per la verifica delle associazioni tra i diversi parametri
 analisi delle corrispondenze (tecnica multivariata) tra i diversi parametri indagati ridotti a ranghi
 test del chi quadro per il dettaglio dell'analisi delle corrispondenze.

Per l'analisi statistica si è utilizzato il test del chi quadrato per campioni indipendenti che si presentano sotto forma di frequenze, calcolate in valore assoluto (non percentuale).

I valori attesi vengono calcolati partendo dall'ipotesi zero che i gruppi appartengano alla stessa popolazione e che di conseguenza, le suddivisioni in categorie dei gruppi devono essere teoricamente proporzionali all'insieme generale. E' stata applicata una tabella 2x2, tetracorica con due gruppi di confronto e due modalità di suddivisione.

Precedentemente a questa indagine, l'approccio con le realtà aziendali è stato caratterizzato dall'analisi delle postazioni con VDT, unitamente ai rispettivi R.S.P.P., con riferimento specifico al Decreto 2 ottobre 2000 ed ai sensi dell'art.17.1,h D.L. 626/94.

I principali interventi hanno riguardato la nuova localizzazione o la sostituzione dei monitors, l'adozione di tende adeguate per le finestre o di luci locali supplementari, inoltre sono state prese altre misure per miglioramenti sul piano ergonomico e microclimatico.

In ogni visita preventiva e periodica è stata condotta una formazione-informazione individuale con il supporto di documentazione illustrata direttamente dal medico del lavoro competente.

Durante lo screening sono stati avviati approfondimenti oculistici (art.17.2 D.L. 626/94) in casi selezionati, oppure su richiesta "confermata" dal medico competente (art.17.1,i D.L. 626/94), seguendo gli orientamenti delle Linee Guida SIMLII con particolare attenzione ai casi di astenopia "resistente".

Lo screening ergoftalmologico, con riferimento alla letteratura scientifica più accreditata (11, 23), è stato condotto utilizzando una scheda medica mirata alla sorveglianza sanitaria del videoterminalista (27) contenente, tra l'altro, la griglia dei principali disturbi correlati all'uso del VDT suddivisi in diverse frequenze (tabella 3).

L'astenopia è stata valutata "significativa" quando presente per almeno due disturbi per un ora almeno tre volte alla settimana, escludendo la ricerca di "almeno un segno obiettivo correlato ai sintomi", come richiede la definizione originaria di Apostoli e Coll. (2).

A nostro giudizio la presenza di una componente obiettiva non è necessaria per tre motivi: la natura essenzialmente soggettiva di ogni definizione di astenopia (che può essere presente in assenza di segni obiettivi), il lungo periodismo previsto per gli accertamenti di Legge (fino a 5 anni) che può far mancare il riscontro obiettivo (possibilità di falsi negativi) ed il contesto, finalizzato al giudizio di idoneità da parte del medico competente, diverso da un accertamento "medico-legale".

E' stata presa in considerazione anche l'astenopia "genera-

	<1v/mese	1v/mese	1-2 v/settimana	3-4 v/settimana	tutti i giorni
Arrossamento					
Brucciore					
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					
Rossore/irritazione viso-mani					

Tabella 3. Sintomatologia che si manifesta durante o al termine dell'attività lavorativa. La soglia di significatività viene raggiunta quando l'operatore riferisce almeno 2 sintomi presenti 3 volte/settimana per 1 ora (Apostoli 1998, modificata).

le" o extravisiva, limitatamente ad alcuni disturbi (2, 3, 5, 20, 23, 28), poiché compresa nelle classificazioni tradizionali (tabella 1) e nelle definizioni più condivise (2, 23), ma trascurata nell'ambito della determinazione della soglia di significatività.

RISULTATI

Lo screening ergoftalmologico ha coinvolto n°684 lavoratori, la cui metà lamenta almeno un difetto di rifrazione documentato.

Nella tabella 4 è illustrata la distribuzione del deficit visivo prevalente in ogni operatore

n°277 emmetropi (40,5%): 161 femmine e 116 maschi
n°18 emmetropi dopo correzione chirurgica lasik (2,6%): 11 femmine e 7 maschi
n°243 miopi (35,5 %): 138 femmine e 105 maschi
n°83 astigmatici (12,2 %): 52 femmine e 31 maschi
N°11 ipermetropi (1,6 %): 8 femmine e 3 maschi
N°52 presbinti (7,6 %): 30 femmine e 22 maschi.

Tabella 4. Deficit visivo prevalente degli operatori

Anamnesticamente, su n°684 lavoratori, n°326 non usano lenti correttive, n°297 usano abitualmente lenti e n°61 riferiscono un impiego saltuario per lievi correzioni.

Tra tutti i lavoratori visitati, n°500 (73.1 %) utilizzano uno schermo tradizionale a tubo catodico (CRT), mentre n°184 (26,1%) utilizzano uno schermo fisso (desktop) o portatile (laptop) a cristalli liquidi (LCD/TFT).

Rispetto al totale, n°147 soggetti (89 femmine, 58 maschi) presentano una anzianità lavorativa inferiore a 5 anni, n°537 (311 femmine e 61 maschi) una anzianità lavorativa maggiore di 5 anni.

Per quanto riguarda l'utilizzo del videoterminale, n°622 soggetti (91,1 %) riferiscono una esposizione superiore a 4 ore al dì, mentre n°22 (8,9 %) una esposizione inferiore a 4 ore al dì.

Nella tabella 5 sono schematizzate le principali caratteristiche della popolazione indagata.

	N° Addetti -	%
Esposizione a VDT < 4 ore/die	n° 623	91,1 %
Esposizione a VDT > 4 ore/die	n° 61	8,9 %
Anzianità al VDT > 5 aa	n° 614	89,8 %
Anzianità al VDT < 5 aa	n° 70	10,2 %
Utenti schermo CRT	n° 500	73,1 %
Utenti schermo LCD o TFT	n° 184	26,1 %

Tabella 5. Caratteristiche della popolazione

L'astenopia significativa è stata rilevata in 171 videoterminalisti (25 %), di cui 53 maschi (18,7 % della popolazione maschile) e 118 femmine (29,5 % della popolazione femminile):

n°123 con schermo tradizionale (CRT), 86 femmine e 37 maschi

n°48 con schermo piatto (LCD o TFT), 32 femmine e 16 maschi.

Valutando l'astenopia nelle rispettive popolazioni, tra gli utilizzatori di schermo LCD la prevalenza è pari al 26.1 %, mentre tra gli utenti del CRT è del 24.6 % con una differenza statisticamente non significativa.

Il calcolo della prevalenza dell'astenopia significativa è stato poi frazionato, individuando i casi di astenopia oculo-visiva ed i casi di astenopia extravisiva o generale e poi suddividendo ancora il dato tra esposti a monitor CRT e monitor a LCD (ved. schema riassuntivo in tabella 6).

PREVALENZA ASTENOPIA VISIVA: n°144/684 = 21,05 %	n°144 operatori (119 femmine e 25 maschi), di cui: n°103 con schermo CRT (103/500= 20,6 % degli utenti CRT) n°41 con schermo LCD (41/184= 22,3% degli utenti LCD)
PREVALENZA ASTENOPIA EXTRAVISIVA: n°27/684=3,95%	n°27 operatori (18 femmine e 9 maschi) di cui: n°20 con schermo CRT (20/500= 4 % degli utenti CRT) n°7 con schermo LCD (7/184= 3,8 % degli utenti LCD)

Tabella 6: distribuzione dei casi di astenopia significativa visiva ed extravisiva

Non si sono verificati casi di raggiungimento della soglia con disturbi visivi e generali contemporaneamente (astenopia mista).

Entrando nello specifico dei singoli disturbi oculo-visivi, sono emerse correlazioni statisticamente significative tra:
- bruciore oculare, lacrimazione e le ore di lavoro quotidiane trascorse davanti al VDT (monitor CRT) con $p < 0,05$.
- dolore oculare, ridotta velocità di lettura, secchezza oculare, pesantezza oculare e le ore trascorse davanti al VDT (CRT) con $p < 0,01$.

Tra i disturbi extra visivi è emersa una correlazione statisticamente significativa soltanto tra la cefalea e le ore di utilizzo del monitor CRT ($p < 0,05$).

CONSIDERAZIONI

La percentuale elevata (91,1 %) di operatori che hanno dichiarato una esposizione a VDT superiore a 20 ore settimanali, ai sensi del Decreto n°422 del 29/12/2000, dimostra una buona stima della reale esposizione dei lavoratori al videoterminale da parte delle aziende coinvolte.

Considerata anche la presenza di difetti di rifrazione in circa la metà dei lavoratori ed una percentuale del 90% di operatori con anzianità lavorativa al VDT superiore a 5 anni, la popolazione esaminata, composta prevalentemente da addetti alla battitura testi, consultazione e caricamento dati, si presta certamente ad uno studio epidemiologico sull'astenopia professionale.

Partendo da un dato di letteratura compreso tra il 40 ed il 50 % (2, 10, 11, 21, 23, 30) e considerata una percentuale del 30,0 % riscontrata recentemente dagli autori in un gruppo di piccole imprese (28), una prevalenza pari al 25,0 %, comprendente il 4 % di disturbi extravisivi, nei lavoratori delle medie e grandi imprese indagate rappresenta una percentuale più che soddisfacente.

Il risultato trova la sua giustificazione nell'approccio che va oltre il formale recepimento della normativa finalizzato al giudizio di idoneità specifica al lavoro, concentrandosi soprattutto nella individuazione e riduzione dei fenomeni di affaticamento visivo ed extra-visivo.

In questo contesto hanno assunto un ruolo decisivo la formazione-informazione individuale (art.17.1,m D.L. 626/94), la verifica periodica della postazione con VDT in funzione delle variabili esigenze dell'organizzazione del lavoro (sopralluogo ai sensi di art.17.1,h D.L. 626/94 e Decreto 2/10/2000) e l'approfondimento oculistico (art.17.2 D.L. 626/94) promosso soprattutto nei casi di astenopia "resistente".

Entrando nello specifico dei dati, si conferma la maggior prevalenza dell'astenopia nel sesso femminile (29,5% Vs 18,7 % con $p < 0,05$) anche se la letteratura scientifica non ha ancora fornito, a nostro parere, una spiegazione esauriente del fenomeno (13, 29).

Considerati i promettenti risultati di una recente indagine (15), è stato condotto un raffronto tra la prevalenza dell'astenopia negli utilizzatori di monitor tradizionale (con tubo catodico, CRT) e di monitor piatto (a cristalli liquidi, LCD o TFT), che ha evidenziato minime differenze, comunque non significative, anche per la ridotta numerosità degli utenti di schermo a cristalli liquidi.

Da notare che non si sono verificati casi di astenopia "mista", vale a dire di superamento della soglia di significatività con un disturbo visivo ed un altro extravisivo, ma va precisato che non è stato preso in considerazione il frequente disturbo "tensione" o "stress", riconducibile più all'organizzazione del lavoro ed a fattori psico-sociali, che all'utilizzo diretto del VDT (23, 28).

I tradizionali disturbi oculovisivi (lacrimazione, ridotta velocità di lettura, secchezza, pesantezza, bruciore e dolore oculari) hanno evidenziato correlazioni ben note con il tempo trascorso al videoterminale CRT (5, 6, 11, 32), mentre, tra i disturbi extravisivi, si è confermato il rapporto tra la cefalea e le ore di lavoro davanti al monitor CRT (5, 20).

La mancanza di correlazioni significative, tra i singoli disturbi e l'utilizzo di monitor a cristalli liquidi (LCD/TFT), verosimilmente determinato dal numero ridotto di questi addetti nella nostra popolazione, richiede un approfondimento con una casistica più ampia ed omogenea.

CONCLUSIONI

L'indagine epidemiologica su alcune medie e grandi aziende ha permesso di apprezzare una prevalenza ridotta di astenopia significativa, sia rispetto alla letteratura corrente che ad una recente indagine degli stessi autori.

I buoni risultati sono dovuti al corretto recepimento della normativa, ma soprattutto all'attenuazione dei fenomeni di affaticamento oculo-visivo, conseguenza degli interventi sul quadro clinico-strumentale dell'operatore (dall'anamnesi ergoftalmologica fino all'approfondimento specialistico) e sul contesto ambientale dell'ufficio (miglioramento complessivo del layout), oltre al potenziamento della formazione-informazione su base individuale e personalizzata.

I risultati dello studio incoraggiano il medico del lavoro competente ad insistere su questa strada, stimolando la aziende, in tutte le loro componenti, al raggiungimento di nuovi obiettivi, spesso considerati distanti se non inconciliabili tra di loro.

Con riferimento alla letteratura più recente si può affermare che la ricerca delle migliori condizioni di "comfort oculo-visivo" concorre al recepimento di direttive internazionali e nazionali sul benessere psicofisico del paziente-lavoratore (17, 19), si integra perfettamente nei processi di certificazione di qualità caratterizzati dal "miglioramento continuo", soddisfa principi fondamentali di ordine etico (4, 18) e, nello stesso tempo, crea i presupposti per un incremento della produttività dell'operatore e del fatturato aziendale (1, 14).

In conclusione, l'approccio illustrato in questo studio può essere considerato, nello specifico, un primo passo verso l'obiettivo benessere del videoterminalista, ma si muove, più in generale, nell'ambito della "safety culture", l'unico strumento, al momento attuale, in grado di far coincidere obiettivi di tutela e di profitto, di etica e di mercato (9).

BIBLIOGRAFIA

- 1) Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro: Quality and working environment and productivity, Bilbao, 2005.
- 2) Apostoli P., Bergamaschi A., Muzi G., Piccoli B., Romano C.: Funzione visiva ed idoneità al lavoro. Atti 61° Congresso Nazionale della Società di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Chianciano, Folia Med, 69 (1): 13-34 (1998).
- 3) Assini R., Gallo E., Cavallo D., Zimbelli P.L., Piccoli B.: Applicazione del Decreto Legislativo 626/94 in una collettività di lavoratori del settore bancario-assicurativo: risultati di un'esperienza sul campo. G. Ital. Med. Lav. Erg; 25:2, 199 (2003).
- 4) Atti del Convegno "Responsabilità sociale dell'impresa", Bolzano 15 maggio 2003.

- 5) Bauleo F.A., Cianchetti A., Gigli M., Marini M., Mollischella E, Sicilia L., Burattini L., Giordanelli A.: Lavoro al videoterminale: caratteristiche dell'ambiente di lavoro e alterazioni dell'apparato visivo. Atti 53° Congresso Nazionale della Società di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Stresa, 485-489 (1990).
- 6) Belisario A., Nini D., Gennai E., Modiano A., Olivetti G., Bassein L.: Sintomatologia oculare in un gruppo di operatori videoterminalisti. Atti 53° Congresso Nazionale della Società di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Stresa, 433-436 (1990).
- 7) Bergqvist U., Knave B.G.: Eye discomfort and work with visual display terminals, *Scand. J. Work Environ. Health*, 33, 20 (1994).
- 8) Boos S.R., Calissendorff B.M., Knave B.G. et Al: Work-with video display terminals among office employees. III. Ophthalmologic factors. *Scand. J Work Environ Health*; 11: 475-481 (1985).
- 9) Candura U., Gazzero F., Remondelli T., Iavicoli N.: C'è una crisi di identità nella professione? Il medico competente di fronte a nuove norme, nuovi ambiti di impegno professionale e nuovo mercato. Congresso nazionale ANMA 2005: "Innovazione e semplificazione alla luce della normativa di tutela della salute nei luoghi di lavoro", 10-11 giugno 2005, Sala Congressi, Courmayeur (AO).
- 10) Cassina T.: La sorveglianza sanitaria dei videoterminalisti, Analisi dei risultati registrati in SISINFO 626 – periodo 2 luglio 2001 – 31 dicembre 2003. *Medico Competente Journal*, ottobre 2002, n°2/2002.
- 11) 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: 168 (1997).
- 12) Dickerson O.B., Baker W.E., Practical ergonomics and Work with Video Display Terminals, In: Zenz C., Dickerson O.B. Horvath E.P. (editors): *Occupational medicine*, Mosby, St.Louis 3^a ed., 428 (1994).
- 13) Gratton I., Curatolo R., Piccoli B.: Sorveglianza sanitaria in operatori addetti al terminale ottico: variazioni della funzionalità visiva registrate dopo tre anni. Atti 53° Congresso Nazionale della Società di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Stresa, 497-502 (1990).
- 14) Great Place To Work Institute: Best workplaces Italia 2004, III edizione.
- 15) Massaferrò E., Santucci P., Valchi C.: L'astenopia e lo schermo a cristalli liquidi (LCD). Presentazione di una casistica. Portofino Vetta, Congresso nazionale ANMA 2004: 10 anni di 626 "Il percorso del Medico d'Azienda Competente", 27-29 maggio 2004, Hotel Portofino Kulm – Portofino Vetta (GE).
- 16) Nyman K.G., Knave B.G., Voss M.: Work with video display terminals among office employees. IV. Refraction, accommodation, convergence and binocular vision. *Scand J Work Environ Health*; 11: 483-487 (1985).
- 17) Organizzazione Mondiale della Sanità, Conferenza Mondiale di Alma Ata, 1978.
- 18) Piccoli B.: Eye discomfort and "VDT" work. In: *Advances in human factors/ergonomics, 19°-Human- computer interactions: application and case studies. Proceedings of the fifth International Conference on Human- Computer Interaction (HCI International '93)*. Orlando, Florida, Vol 1, 722-727, 1993.
- 19) Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento della funzione pubblica. Direttiva 24 marzo 2004: Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni. *Gazzetta Ufficiale* n. 80 del 5/4/2004.
- 20) Pucci E., Matozzo F., Arrigo A., Mazza S., Sandrini G., Nappi G.: Prevalenza delle cefalee primarie in rapporto all'attività lavorativa in un gruppo di lavoratori ospedalieri sottoposti a visita periodica (D.Lgs. 626/94 s.s.m. ed i.). *G. Ital. Med. Lav. Erg.*; 25:4, 448-452 (2003).
- 21) Quintili M., Presto M., Anagni C., Beccia G., Lepre L., Masci O.: Alterazioni del visus in un gruppo di operatori addetti al VDT. Contributo casistico. Atti 58° Congresso Nazionale della Società di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Bologna, 1003-1007 (1995).
- 22) Rechichi C., Rizzotti A., Trincali C.G.M., Scullica L., Influenza della durata di applicazione al videoterminale sulla insorgenza della astenopia, *Boll. Ocul.*, 69 (suppl.1), 101 (1990).
- 23) Romano C., Piccoli B., Bergamaschi A., Di Bari A., Gullino A., Iacovone T., Muzi G., Troiano P., Apostoli P.: Linee Guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali. S.I.M.L.I.I., Fondazione S. Maugeri, Consorzio per l'accreditamento e aggiornamento in Medicina del Lavoro, PI-ME Pavia, 2003.
- 24) Romano C., Di Bari A., Discalzi G., Meliga F., Pira E.: Lavoro a VDT e funzione visiva: analisi degli aspetti della sindrome da affaticamento oculare e proposta di alcuni criteri per la definizione dell'idoneità lavorativa. Atti del 60° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, Palermo, *Acta Medica Mediterranea*: 201-208 (1997).
- 25) Rubino G.F.: Epidemiologic survey of ocular disorders. The Italian multicentric research. In: *Work with display*

unit 89. Berlinguet L, Berthelette D (ed): North Holland: Elsevier Science Publishers BV, 13-20 (1990).

26) Rubino G.F., Maina G., Piolatto G. et al: Longitudinal survey of ocular disorders and general complaints in VDU operators. In: Human-Computer Interaction: applications and case studies. Smith MJ, Salvendy G (ed): Amsterdam: Elsevier, 768-773 (1993).

27) Santucci P.: Elaborazione di una "scheda medica" mirata alla sorveglianza sanitaria del videoterminalista (D.L. 626/94 e successive modifiche), "Workshop. Il lavoro d'ufficio: dalla valutazione dei rischi alla sorveglianza sanitaria", AC Hotel, Genova 12 dicembre 2003.

28) Santucci P., Massaferrero E.: Dall'astenopia allo stress. Una casistica ligure. Portofino Vetta, Congresso nazionale ANMA 2004: 10 anni di 626 "Il percorso del Medico d'Azienda Competente", 27-29 maggio 2004, Hotel Portofino Kulm – Portofino Vetta (GE).

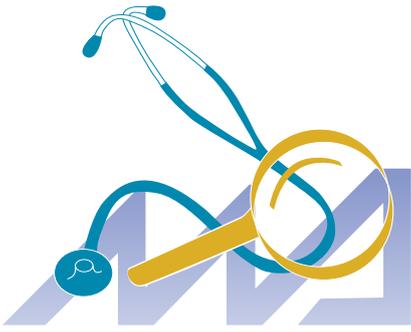
29) Sbrocca M., Naldi M., Malenchini G., Pignatari A., Lipparini M., Berardi B.M., Gennai P., Raffi G.B.: Prevalenza dei disturbi visivi durante il lavoro al VDT. Atti 58° Congresso Nazionale della Società di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Bologna, 993-997 (1995).

30) Scansetti G., Piolatto P.G., Perrelli G., Medicina del Lavoro, Edizioni Minerva Medica, Torino: 56-59 (2000).

31) Tatemichi M., Nakano T., Tanaka K., Hayashi T., Nawa T., Miyamoto T., Hiro H., Sugita M.: Possible association between heavy computer users and glaucomatous visual field abnormalities: a cross sectional study in Japanese workers. J Epidemiol Community Health. 2004; 58 (12) : 1021-1027.

32) Zanetti C., Ballarin M.N.: Astenopia occupazionale da VDT: Analisi critica della sintomatologia in rapporto ai fattori di rischio, Atti 56° Congresso Nazionale della Società di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Venezia, 701-705 (1993).

VISITA MEDICA PERIODICA ED AVVIAMENTO AL LAVORO



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

*F. Gazzero
Sezione Campana*

*Relazione tenuta al convegno
nazionale "Ospedale sicuro
2005" svolto a Napoli
dal 25 e 28 giugno 2005*

IFATTI

Le Visite Mediche Periodiche rappresentano oggi uno degli ultimi adempimenti dell'attività del Medico Competente e, in senso generale, neanche il più importante.

Non vorrei sembrare un "eretico" ma posso affermare in piena tranquillità che veramente non sono da considerare tra le cose più importanti affidate al Medico Competente. Mi spiego meglio: la tutela della salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro comprende una serie di adempimenti che necessariamente devono preludere alle Visite Mediche Periodiche. Cominciamo dal principio e cioè dalla Valutazione del Rischio. E' questo sicuramente l'adempimento più importante affidato "per obbligo" al datore di Lavoro, ed è quello da cui scaturiranno poi tutti gli altri adempimenti che sono necessariamente consequenziali. Dalla Valutazione del Rischio possono derivare ad esempio le valutazioni di eventuali modifiche strutturali o impiantistiche o di processo, etc. se queste si presume possano eliminare o abbattere il rischio o quanto meno ridurlo a valori accettabili.

Dalla Valutazione del Rischio scaturisce la individuazione delle misure di prevenzione e protezione, la scelta dei DPI, i programmi delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza, la nomina del Medico Competente (nei casi previsti dall'Art. 16).

Questo ultimo adempimento, così come proposto, è decisamente anomalo se non altro perché lascia al Datore di Lavoro ed ai suoi collaboratori la facoltà di decidere quali sono i rischi per i quali è necessaria l'opera del M.C.; pertanto, in linea di larga massima, il Datore di Lavoro si limita a valutare i rischi noti (tabellati e/o normati) se non altro per la sicura presenza in letteratura di punti di riferimento.

C'è in questa scelta una grossa contraddizione perché il 1° comma dell'Art. 4 del D.Leg. 626/94 dice con molta chiarezza che il Datore di Lavoro valuta tutti i rischi non solo quelli tabellati e/o normati ma tutti i rischi, e chi se non il Medico del Lavoro Competente, sulla scorta della sua preparazione professionale e delle sue esperienze maturate anche in altre realtà aziendali è in grado di capire quali tra gli eventuali rischi non tabellati e/o normati possano rappresentare un pericolo per la salute dei lavoratori in generale e di alcuni lavoratori in particolare e collaborare così attivamente alla stesura di un corretto Documento di Valutazione del Rischio.

Ne consegue che il M.C. dovrebbe affiancare fin dal primo momento il Datore di Lavoro, non solo per la valutazione dei rischi noti ma anche e soprattutto per quelli emergenti, quelli poco noti o addirittura ignoti.

E' ovvio che, in assenza di rischi che richiedano la Sorveglianza Sanitaria, il Medico Competente avrà esaurito il suo compito con la collaborazione alla stesura del Documento di Valutazione del rischio.

L'aver evidenziato un rischio non significa automaticamente che ciò possa comportare un pericolo per la salute del lavoratore. Ciò significa che dopo l'identificazione di un rischio lo stesso deve essere quantificato.

Perché si produca un qualche evento patologico nel lavoratore è indispensabile non solo che sul luogo di lavoro sia presente questa o quella noxa patogena ma che la stessa sia presente a livelli e/o concentrazioni sufficienti a produrre l'evento dannoso.

Sotto il profilo medico legale, per la valutazione del nesso causale, “ non è causa ogni condizione dell'evento, ma solo quella condizione che era idonea a determinarla, quella cioè che era adeguata all'evento” (Sciaudone, Zancani), secondo il criterio dell'adeguatezza della causa.

La quantificazione del rischio va praticata, ripetuta e valutata con il Monitoraggio Ambientale confrontando poi i risultati ottenuti con gli specifici parametri di riferimento che ad esempio, nel caso del rischio chimico, sono i TLV.

Infatti già la sola esposizione agli “Action Level” degli Autori anglosassoni (livello di azione) pari al 50% dei TLV garantisce l'impossibilità di subire danni da parte dei lavoratori ed ancora, la normativa tecnica dell'All. VIII sexies del D.Leg. 626/94 ed in particolare la norma UNI EN 689/1997 precisa che la soglia di 1/10 del TLV rappresenta il livello al di sotto del quale non è più necessaria la misurazione periodica dell'inquinante. Detto valore viene pertanto oggi considerato come indicatore del rischio chimico “moderato” che esonera il Datore di Lavoro dalla Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori.

In effetti anche i TLV non costituiscono una linea di demarcazione netta tra concentrazioni non pericolose o pericolose ma, in assenza di fattori che siano in grado di stabilire un livello di esposizione definibile sicuro, i TLV possono essere utilizzati prima di tutto come punto di riferimento ed inoltre, sia come orientamento nella scelta di sostanze o prodotti che, a parità di resa, offrano un miglior livello di protezione, sia come parametro-indice il cui valore tendenziale nel tempo, se decrescente, potrà evidenziare gli eventuali “progressi aziendali” in campo prevenzionistico.

In presenza però di rischi che comportino la necessità della Sorveglianza Sanitaria, il Datore di Lavoro deve procedere alla nomina del Medico Competente che diviene così ufficialmente il consulente del Datore di Lavoro stesso in materia di tutela della salute dei lavoratori.

Sulla scorta dei rischi identificati, valutati e quantificati, il Medico Competente prepara un Programma di Sorveglianza Sanitaria nel quale, per ogni gruppo omogeneo di lavoratori esposti ad uno o più rischi professionali, prescrive una serie di “ esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio “ (Art. 16 D.Leg. 626/94).

Per i lavoratori eventualmente identificati come “ipersuscettibili” il Medico Competente prescrive specifici programmi di Sorveglianza Sanitaria personalizzati ad integrazione del Programma di base.

Si giunge così alla Visita Medica Periodica, a suo tempo

così definita perché, con la Tabella delle sostanze e/o prodotti per i quali era obbligatoria la Visita Medica, allegata al D.P.R. 303/56, si stabiliva anche la cadenza periodica cui i lavoratori dovevano essere sottoposti a visita a seconda della o delle sostanze con cui erano a contatto.

Con il D.Leg. 25/2002 sul rischio chimico moderato, la stragrande periodicità delle visite è stata annullata, lasciando al Medico Competente la valutazione della periodicità ritenuta più opportuna in relazione ad una serie di parametri, tra i quali ricordiamo : i valori relativi dei rischi rispetto ai corrispondenti TLV, le concentrazioni di più rischi, le interazioni tra i rischi stessi, i layout dei posti di lavoro, le procedure lavorative, le caratteristiche chimico-fisiche delle sostanze in uso, la quantità delle stesse, la frequenza ed i tempi di esposizione, la temperatura di utilizzo, etc.

Il D.Leg. 25/2002 sul rischio chimico moderato ha determinato in definitiva la necessità di disporre di dati oggettivi per definire livelli di rischio e periodicità di intervento.



In effetti il suddetto D.Leg., pur richiedendo la quantificazione delle sostanze pericolose presenti sui luoghi di lavoro, non individua valori vincolanti per i limiti di sicurezza da rispettare per il contenimento del rischio. Allo stato attuale restano legalmente vincolanti i limiti di esposizione solo per amianto e piombo (D.Leg. 277/91, anche se aggiornati almeno per il piombo - All VIII quater dell'Art. 72 ter, D.Leg. 626/94), e benzene, cloruro di vinile monomero e polveri di legno (All. VIII bis del D.Leg. 626/94, modificato dal D.Leg. 66/2000 in merito alle sostanze cancerogene). Per riprendere il filo conduttore dell'argomento affidatoci nell'ambito del Convegno Nazionale “ Ospedale sicuro 2005” prendiamo ora in considerazione, a puro titolo di esempio, i rischi professionali valutati, ed i relativi protocolli diagnostici messi in atto presso alcune delle più importanti Aziende Ospedaliere della nostra Regione. Come è facilmente intuibile, nelle grosse Aziende Sanitarie sono presenti un po' tutti i rischi più comuni, ai quali si dovranno aggiungere quelli più specifici, anche se non esclusivi, delle attività sanitarie.

Rischi comuni

Uso di attrezzature munite di VDT
Movimentazione manuale dei carichi
Rischio da agenti chimici (reagentario di laboratorio, gas anestetici, etc.)

altri

Ed inoltre:

Rischi da agenti biologici

Rischi fisici da radiazioni ionizzanti

Rischi fisici da radiazioni non ionizzanti

Rischi da manipolazione di farmaci citostatici

Rischi da camera iperbarica

Altri

In considerazione della difficoltà di quantificazione di alcuni rischi ubiquitari in ambiente Ospedaliero (rischio da agenti biologici), per tutto il personale è prevista, in fase di avviamento al lavoro, l'esecuzione di un check-up completo di indagini ematologiche e strumentali, da ripetersi almeno una volta l'anno, secondo il seguente schema :

Visita clinica

Controllo posturale

Esame delle urine

Azotemia

Creatininemia

Glicemia

GOT

GPT

QPE

Bilirubinemia

Markers epatite B e C e titolazione anticorpale

Esame Emocromocitometrico completo

Tampone rettale

Mantoux

Visita cardiologia ed ECG (secondo indicazione clinica)

Rx torace (secondo indicazione clinica)

Rx rachide ls (secondo indicazione clinica)

Ovviamente la possibilità di esecuzione di un così ampio protocollo diagnostico è legata alla presenza presso le Aziende in esame di tutte le attività specialistiche, laboratoristiche, strumentali, etc. con utilizzo di proprio personale e conseguente costo abbastanza contenuto delle prestazioni su elencate.

A questo protocollo, che definiremo "screening di base", vanno aggiunte le indagini specifiche mirate al rischio

Uso di attrezzature munite di VDT

screening di base

esame ergoftalmologico

visita oculistica (eventuale)

visita ortopedica (eventuale)

La periodicità dei controlli è già stabilita dal D.M. 2

ottobre 2000:

biennale per gli over 50 e per gli idonei con prescrizione quinquennale per tutti gli altri

Obbligatorietà della messa a norma ergonomica del posto di lavoro.

Movimentazione manuale dei carichi

screening di base

controllo posturale

visita ortopedica o fisiatrica (eventuale)

indagini diagnostiche per immagini (eventuali).

La periodicità è annuale.

La movimentazione dei carichi in ambiente ospedaliero, come è noto, assume una configurazione del tutto particolare anche per l'uso di suppellettili trasportabili su rotelle (lettighe, letti, etc.) e/o di speciali apparecchiature per il sollevamento dei pazienti allettati ed impossibilitati a collaborare col personale infermieristico.

Rischi da agenti chimici

screening di base

prove funzionali respiratorie

monitoraggio biologico degli indicatori di dose - ricerca delle sostanze nei liquidi biologici (ove possibile)

monitoraggio biologico degli indicatori di effetto - ricerca dei metaboliti delle sostanze nei liquidi biologici (ove possibile)

visita dermatologica (eventuale)

visita oculistica (eventuale)

La periodicità è annuale.

La ricerca delle sostanze chimiche e/o dei relativi metaboliti nei liquidi biologici non sempre è possibile ed a volte, pur se possibile, può risultare molto indagosa.

Rischi da agenti biologici

screening di base

vaccinazione per l'epatite B (non obbligatoria ma caldamente raccomandata a tutti i lavoratori delle strutture sanitarie)

La periodicità è annuale.

Il rischio da agenti biologici è da considerarsi il rischio "principe" delle strutture sanitarie di qualsiasi livello. E' da considerarsi ubiquitario. Ci si riferisce in particolare ai Gruppi 2 e 3 dell'elenco degli agenti biologici classificati nell'All. XI del D.Leg. 626/94.

Rischi fisici da radiazioni ionizzanti (RI)

screening di base

ricerca e conta dei reticolociti

analisi dei fattori della coagulazione

visita oculistica

visita dermatologica (eventuale)

mappa cromosomica (eventuale)

La periodicità è:

annuale per gli esposti di Categoria B (esposizione tra 1 e 6 mR/anno)

semestrale per gli esposti di Categoria A (esposizione

oltre 6 mR/anno)

Gli esposti di Categoria B possono essere visitati anche dal Medico Competente; gli esposti di Categoria A possono essere visitati solo dal Medico Autorizzato alla Sorveglianza Medica della Radioprotezione.

Rischi fisici da radiazioni NON ionizzanti (NIR)

screening di base

analisi dei fattori della coagulazione

visita oculistica (eventuale)

visita dermatologica (eventuale)

visita neurologica (eventuale)

visita orl (eventuale)

visita cardiologia (eventuale)

controllo funzionalità tiroidea (eventuale)

La periodicità è annuale.

Su eventuali danni da NIR sussistono molte incertezze, soprattutto ai livelli di esposizione del personale addetto alle apparecchiature elettromedicali. Per il personale femminile addetto alla Risonanza Magnetica si suggerisce un controllo mammografico (dopo i 40 anni).

Rischi da manipolazione di farmaci citostatici

screening di base

prove funzionali respiratorie

La periodicità è semestrale

In considerazione della elevata tossicità di molti dei farmaci manipolati si ritiene necessario un controllo più ravvicinato (semestrale) almeno dello screening di base.

Rischi da camera iperbarica

screening di base

prove funzionali respiratorie

visita orl

esame audiometrico

esame impedenziometrico

visita neurologica

esame EEG (eventuale)

visita cardiologica ed ECG (eventuale)

La periodicità è semestrale per la visita clinica ed annuale per lo screening di base.

Molta attenzione bisogna porre al rischio embolico eventualmente legato al mancato rispetto delle tabelle dei tempi di decompressione.

Come è previsto dalla normativa vigente il Medico Competente è legittimato ad integrare, secondo le sue personali valutazioni, i protocolli proposti o a modificarli e/o ridurli, etc. adeguandoli di volta in volta alla reale consistenza del rischio al momento delle verifiche periodiche (monitoraggi ambientali).

Anche le periodicità delle Visite Cliniche, lì dove non sono già stabilite per legge, (es. VDT), possono di conseguenza essere variate sempre a giudizio del Medico Competente e sotto la sua personale responsabilità.

In alcuni casi ed in alcune realtà lavorative potrebbe essere buona norma differenziare le periodicità dei

controlli clinici (visite mediche periodiche propriamente dette) da quelle delle indagini strumentali, tossicologiche e di laboratorio, complementari alle visite.

Se si addivene a questo tipo di protocollo, si suggerisce di dare maggiore frequenza ai controlli strumentali, tossicologici e di laboratorio che non alle visite cliniche che, ad ogni buon conto, possono sempre essere effettuate anche senza una precisa programmazione. Ciò infatti si può rendere necessario o nel caso in cui le indagini complementari evidenzino delle irregolarità o nel caso di richiesta di visita da parte del lavoratore ai sensi dell'Art. 17, comma 1, punto i del D.Leg. 626/94.

Ovviamente anche in ambiente ospedaliero il Medico Competente deve esprimere Giudizio di Idoneità alla mansione specifica, utilizzando i metodi e le formule in uso per ogni altra realtà aziendale e cioè :Idoneità, Non Idoneità Temporanea, Non Idoneità.

La cosa, abbastanza routinaria, può complicarsi per la promulgazione di norme o decreti a carattere locale.

Ad esempio, ad integrazione di quanto previsto nella stesura originale del D.Leg. 626/94 che all'Art. 17, comma 4, prevede la possibilità delle parti (datore di lavoro e lavoratore) del ricorso avverso al giudizio di NON idoneità espresso dal Medico Competente, la Regione Campania, al pari di qualche altra Regione d'Italia (Veneto e Toscana) ha formulato un Decreto Dirigenziale "Decreto Dirigenziale n° 9 del 18.01.05 - Atto di indirizzo sui criteri e procedure dei ricorsi avversi al giudizio di idoneità e non idoneità fisica espresso dal Medico Competente - " con il quale si estende la possibilità delle parti a ricorrere anche avverso al giudizio di idoneità fisica espresso dal Medico Competente.

Questa innovazione, a parte ogni considerazione di merito che non si ritiene di dover esprimere in questa sede, potrebbe comportare un aumento considerevole dei ricorsi avverso il Giudizio di Idoneità, specie (forse) in ambito ospedaliero dove turni, guardie, etc. non sono sempre particolarmente graditi e tollerati da molti lavoratori.

Le speciali Commissioni AA.SS.LL., competenti per territorio, ed istituite "ad hoc", potrebbero avere una notevole mole di lavoro da sbrigare (tutto da verificare nel tempo) con la conseguenza che i tempi tecnici per la accettazione o il rigetto del ricorso potrebbero essere notevolmente lunghi, con periodi "morti" di attesa per la utilizzazione dei ricorrenti nelle mansioni specifiche per cui è stato espresso giudizio di idoneità o per la scelta di mansioni alternative.

Tutto ciò potrebbe comportare una serie di ripercussioni negative sia sul piano organizzativo aziendale che, indubbiamente, sul piano economico.

Prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere mediante sistemi di filtrazione d'aria mobili ad elevate prestazioni

Agenti patogeni trasportati dall'aria sono stati riconosciuti sempre più ampiamente come causa di malattie gravi ed elevata mortalità nel caso di pazienti immunocompromessi. Particolarmente a rischio sono le persone che si sottopongono a trattamenti di chemioterapia e coloro che hanno subito trapianti di organi o di midollo osseo.

Considerando l'aumento delle infezioni nosocomiali, l'ultima crisi SARS e l'influenza aviaria, l'impiego di purificatori d'aria ad elevate prestazioni anche al di là delle cosiddette "aree critiche", va assumendo un significato sempre più importante. Sia i Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CDC), sia l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) consigliano di implementare, qualora possibile, misure mirate alla prevenzione di infezioni nosocomiali.

I sistemi mobili HEPA riducono il rischio di infezioni

Una misura preventiva è rappresentata dalla filtrazione dell'aria attraverso sistemi mobili HEPA situati nell'area in cui risiedono i pazienti immunocompromessi. È ormai noto che questi sistemi sono in grado di ridurre efficacemente la concentrazione anche di microscopici agenti patogeni portandola ad un livello non più misurabile. Gli apparecchi HEPA, purificatori d'aria tecnologicamente avanzati, riescono a trattenere anche le più piccole particelle trasportate dall'aria, quali virus e batteri, con un'efficacia che supera il 99%. Il CDC consiglia di utilizzare esclusivamente quei filtri HEPA dotati di "una dimostrata e documentata efficacia di filtrazione minima pari a 99,97% per particelle il cui diametro sia $\geq 0,3 \mu\text{m}$ ". Solo pochi sistemi HEPA sono certificati e garantiscono una simile prestazione.

Il gruppo imprenditoriale svizzero IQAir®, che vanta un'esperienza di oltre 40 anni nel settore della purificazione dell'aria, specializzandosi nella produzione di sistemi di filtrazione ad elevate prestazioni, offre una gamma di sistemi avanzati per l'utilizzo in diversi ambienti ospedalieri.

Gli apparecchi della serie IQAir® sono costituiti da un sistema di filtrazione modulare, per cui ciascun elemento filtrante è specializzato nel risolvere determinati problemi inerenti l'igiene dell'aria o dotato di una specifica modalità in grado di far fronte all'inquinamento. Il compito di IQAir® *Chemisorber*, per esempio, consiste principalmente nel filtrare l'aldeide, mentre gli apparecchi della serie IQAir® *Cleanroom* si occupano essenzialmente della filtrazione di agenti patogeni (es. batteri, virus e spore).

La strategia di ricircolazione dell'aria attraverso un filtro ad elevate prestazioni può essere ulteriormente perfezionata tramite la creazione ed il mantenimento di differenze di pressione tra due aree adiacenti. I sistemi IQAir®, grazie a speciali adattatori, sono in grado di creare una pressione atmosferica positiva o negativa. In questo modo, nell'arco di pochi minuti, è possibile ottenere aree in sovrappressione o depressione.

Nel caso di un paziente immunocompromesso, sarebbe opportuno ricoverarlo in una camera in sovrappressione, in modo da impedire l'ingresso di aria contaminata dall'esterno. Se si tratta invece di un paziente portatore di una malattia

contagiosa, che può essere trasmessa attraverso l'aria (es. tubercolosi), bisognerebbe creare un'area di depressione, impedendo ai germi patogeni di propagarsi fuoriuscendo dalla stanza del paziente.

Al fine di garantire un'assoluta integrità per quanto riguarda efficacia di filtrazione e portata del flusso d'aria, la casa produttrice degli apparecchi IQAir® ha realizzato un sistema di controllo della qualità senza compromessi. Ogni singolo apparecchio IQAir® HEPA-System viene testato e certificato individualmente. Allo stesso modo diversi filtri IQAir®, vengono testati e classificati da un laboratorio indipendente secondo le più rigide normative test filtri (EN 1822) per ospedali e camere bianche.

Flessibilità di impiego

I sistemi IQAir® operano in maniera autonoma e decentralizzata, adattandosi alle esigenze del locale in cui l'apparecchio è situato. La caratteristica di mobilità di questi sistemi consente di spostarli rapidamente a seconda delle necessità o di dotare un'area più ampia con sistemi IQAir® supplementari. Grazie alla varietà di modelli IQAir® disponibili, è sempre possibile trovare la migliore tecnica di filtrazione in grado di risolvere problemi specifici inerenti la qualità dell'aria indoor.

Di facile manutenzione, la serie IQAir® offre il vantaggio di un intrinseco sistema di monitoraggio

dei filtri controllato da un microchip, grazie al quale viene calcolata la durata di ogni singolo elemento filtrante, considerando fattori quali l'inquinamento dell'aria, l'uso effettivo dell'apparecchio e il livello di velocità della ventola. Una delle qualità più avvincenti dei sistemi IQAir® consiste nella facilità di sostituzione dei filtri. Indipendentemente dal fatto che il sistema sia montato a parete o venga usato come strumento mobile, un sistema brevettato consente di accedere in modo veloce e sicuro a tutti gli elementi filtranti, senza ricorrere all'uso di attrezzi. Nella pratica, questo significa che il "tempo di inattività"

del sistema di filtrazione (e il conseguente aumento di agenti patogeni all'interno della stanza durante questo periodo di inattività) viene mantenuto ad un minimo assoluto.

Nonostante la qualità superiore delle prestazioni offerte, i costi dei sistemi IQAir® sono di gran lunga inferiori rispetto ai sistemi di purificazione d'aria centralizzati. Questo permette di estendere le misure di igiene dell'aria ad aree e pazienti che fino a questo momento non è stato possibile proteggere del tutto da infezioni aerotrasportate.

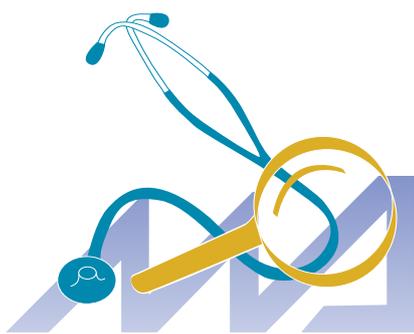


 **IQAir®**

Air Cleaning Perfection

Per ulteriori informazioni sui sistemi di filtrazione avanzata IQAir®, contattare: **STANDARD TAURUS SA • Via Marconi 2, CH-6900 Lugano • Tel.: +41 91 922 08 55 • Fax: +41 91 922 08 56**
www.standardtaurus.com • info@standardtaurus.com

LA NUOVA TABELLA DELLE MALATTIE PROFESSIONALI: LE CRITICITÀ PER IL MEDICO COMPETENTE



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

*Gruppo di lavoro ANMA:
G. Boschioli, G. D'Allio,
D. Ditaranto, M. Saettone,
V. Tonini*

*Relazione tenuta al convegno
ANMA, Courmayeur 2005*

INTRODUZIONE

Da quando è stato pubblicato sulla G.U. n. 134 del 10 giugno 2004, il nuovo elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del D.P.R. 1124/65 ha suscitato tra i medici competenti (m.c.) un vivace dibattito finalizzato alla valutazione del suo impatto sull'attività professionale ed incentrato sull'esame della sua struttura e dei suoi contenuti anche alla luce della relazione tecnica (RT) inoltrata dalla Commissione Scientifica (C.S.) al Minlavoro sui principi e la metodologia adottata per l'aggiornamento del precedente elenco di cui al DM 18 aprile 1973.

Il quadro emergente dal dibattito non è univoco ma presenta luci ed ombre: indubbiamente il nuovo elenco offre delle opportunità e ci pone nuove sfide, ma rilevanti sono anche le problematiche legate alla sua corretta interpretazione ed applicazione.

IL CONTESTO INFORMATIVO

L'elaborazione del nuovo elenco delle malattie soggette a obbligo di denuncia, è il primo atto della CS prevista dal comma 1 dell'art. 10 del D. Lgs. 38/2000, propeudico al secondo del suo mandato e cioè la revisione anche delle tabelle di cui agli artt. 3 e 211 del D.P.R. 1124/65 (testo unico) il cui ultimo aggiornamento risale al DPR 336/94.

I contenuti e la struttura del nuovo elenco sono sostanzialmente il risultato dell'applicazione del comma 4 dell'art. 10 del D. Lgs. n. 38/2000 e dell'adeguamento alla Raccomandazione 2003/670/CE sull'elenco europeo delle malattie professionali (MP).

Infatti il comma 4 dell'art. 10 del D. Lgs. 38/2000, disponendo la comprensione nel nuovo elenco anche delle malattie di probabile o possibile origine lavorativa da tenere sotto osservazione ai fini della revisione delle tabelle delle MP di cui agli artt. 3 e 211 del testo unico, è in linea con la Raccomandazione 2003/670/CE che prevede nell'Allegato I l'elenco delle malattie "direttamente connesse con la professione esercitata" e nell'Allegato II "l'elenco complementare delle malattie di sospetta origine professionale che dovrebbero formare oggetto di una dichiarazione e che potrebbero essere inserite in futuro nell'Allegato I".

Sia l'elenco che le tabelle saranno oggetto da parte della CS di una revisione periodica che, per l'elenco, è prevista con cadenza annuale.

LA STRUTTURA DELL'ELENCO

Rispetto a quella dell'elenco del DM 18 aprile 1973, la struttura del nuovo elenco presenta un'articolazione più complessa basata sulla suddivisione delle patologie in tre liste:

LISTA I: Malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità: è la più numerosa e costituirà la base per la revisione delle tabelle ex artt. 3 e 211 del Testo Unico
LISTA II: Malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità: per le quali non sussistono ancora conoscenze sufficientemente approfondite per essere incluse nella prima lista

LISTA II: Malattie la cui origine lavorativa è possibile per sporadiche e ancora carenti evidenze scientifiche
Pertanto, ricorrendo ai concetti di “elevata probabilità”, “limitata probabilità” e “possibilità”, la CS sostiene che “l’assoluta certezza di origine professionale non può essere attribuita ad alcuna malattia professionale per il cambiamento delle esposizioni lavorative e per le interazioni tra causa morbigena e suscettibilità individuale, tanto che si preferisce parlare di matrice causale (combinazione di multifattorialità e diversa sensibilità individuale)”.
Nell’ambito di ciascuna lista la classificazione delle malattie avviene per gruppi:

- Gruppo 1: malattie da agenti chimici (liste I, II e III)
- Gruppo 2: malattie da agenti fisici: (liste I, II e III)
- Gruppo 3: malattie da agenti biologici (lista I)
- Gruppo 4: malattie dell’apparato respiratorio (lista I)
- Gruppo 5: malattie della pelle (lista I)
- Gruppo 6: tumori professionali (liste I, II e III)
- Gruppo 7: malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell’organizzazione del lavoro (lista II).

Ciascun raggruppamento è suddiviso in tre colonne con l’indicazione, rispettivamente, degli agenti di rischio, delle malattie ad essi correlate e, limitatamente alle prime due liste, dei Codici Identificativi delle patologie elencate costituiti da una prima cifra riferita alla lista (I – II), da una seconda indicante il gruppo agente-malattia e da una terza costituita dal numero progressivo della patologia elencata seguito dal suo codice internazionale ICD-10.

Nella III lista tale codifica non è presente non essendo sempre precisabile la patologia correlata.

Per ogni MP riportata nelle prime due liste è normato l’obbligo di riportare nella denuncia il Codice Identificativo.

Dalla lettura della RT emerge che alla maggiore complessità strutturale dell’elenco dovrebbe corrispondere la facilitazione dell’utilizzazione dell’elenco da parte dei medici non esperti nel campo delle MP.

Infatti, dopo aver sottolineato la frequente inadempienza dell’obbligo di denuncia di MP, la RT precisa che nell’aggiornamento dell’elenco, oltre alla revisione e all’inserimento di nuove patologie, sono state introdotte delle modifiche strutturali nell’intento di ampliare e facilitare l’applicazione dell’art. 139 per potenziarne le finalità preventive, assicurative e soprattutto epidemiologiche, in linea, ancora, con la Raccomandazione 2003/670/CE laddove raccomanda la promozione del contributo attivo dei sistemi sanitari nazionali alla previsione delle malattie professionali attraverso una maggiore sensibilizzazione del personale medico.

In tale contesto è tuttavia opportuno sottolineare che nell’ambito del testo unico all’art. 139 possono essere attribuite delle finalità preventive, ma non assicurative invece svolte dagli artt. 52 e 53, per l’industria, e 251 per l’agricoltura.

I CONTENUTI DELL'ELENCO

Aspetto sicuramente positivo del notevole incremento delle patologie per cui vige l’obbligo di denuncia, è l’inserimento di numerose condizioni patologiche innovative, tra le quali:

Tumori del polmone da attività lavorative che espongono a fumo passivo (lista III)

Malattie dell’apparato cardiocircolatorio, digerente, endocrino, neuropsichiche da effetti extrauditivi del rumore (lista III)

Malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell’organizzazione del lavoro (le costrittività organizzative già riportate nella Circolare INAIL n.71/2003 sui disturbi psichici) (lista II)

Sindromi a carico dell’arto superiore da microtraumi o postura incongrua per attività eseguite con ritmi continui e ripetitivi per almeno la metà del turno (liste I e II)

Patologie rachidee da movimentazione manuale di carichi eseguita con continuità durante il turno lavorativo (lista I)

Noduli delle corde vocali da sforzi vocali prolungati (lista II).

Evidentemente la diffusa percezione di una sottostima epidemiologica e conseguentemente previdenziale del fenomeno dei tumori di origine professionale, ha motivato il capillare aggiornamento della parte dell’elenco riguardante i tumori professionali individuati nel gruppo 6 presente in tutte le tre liste.

Nell’elenco sono riportati anche gli agenti cancerogeni il cui utilizzo è attualmente vietato o fortemente limitato (amine aromatiche, asbesto, benzene...) in considerazione delle esposizioni pregresse alle disposizioni legislative.

Nella RT la CS dichiara di aver tenuto conto nell’aggiornamento della classificazione della IARC.

Tuttavia l’analisi dei gruppi 6 sta evidenziando numerose incongruenze e contraddizioni suscitando perplessità interpretative, anche per l’assenza nell’aggiornamento di un coordinamento con la normativa relativa alla Classificazione ed Etichettatura delle sostanze e preparati pericolosi che è alla base del Titolo VII del D. Lgs. 626/94.

A titolo puramente esemplificativo:

Il mesotelioma pleurico nella lista I è tumore causato con elevata probabilità dall’esposizione professionale ad asbesto. Successivamente non è chiaro il significato del suo inserimento nella lista II tra i tumori con origine professionale di limitata probabilità “per le lavorazioni che hanno comportato l’esposizione professionale all’asbesto come da registro nazionale dei casi accertati di mesotelioma asbesto correlati ex art. 36 D. Lgs 277/91 e DPCM 308/02”

Il benzene compare nella lista I dapprima nel gruppo 1 (malattie da agenti chimici) quale causa con elevata probabilità di pancitopenia iporigenerativa e di leucemia prevalentemente mielocitica e successivamente ricompare nel gruppo 6 (tumori professionali) correlato con elevata probabilità all’insorgenza di tutti i tumori del sistema emolinfopoietico e quindi anche di tutti i tipi di leucemie e linfomi

Grande confusione sugli IPA: nel gruppo 1 della lista I sono associati come miscele (catrame, bitume, pece, fuliggine, olii...) ai tumori della cute e polmonari, mentre nel gruppo 6 della medesima lista le medesime miscele (con altre lavorazioni) vengono associate anche ai tumori delle prime vie respiratorie, laringe e vescica; nel gruppo 6 della lista II diventano responsabili con limitata probabilità di neoplasie cutanee, polmonari e vescicali

Nella lista III il fumo passivo, cancerogeno classificato nel gruppo 1 dalla IARC, viene considerato "possibile" causa di tumore polmonare

Analogamente la silice cristallina, anch'essa nel gruppo 1 della classificazione dei cancerogeni della IARC, è causa con limitata probabilità del tumore polmonare (lista II).

Si rileva inoltre una ricorrente generica associazione con i "tumori della cute", i "tumori polmonari", i "tumori del sistema emolinfopoietico" e talvolta, ancora più genericamente, con i "tumori solidi", anche quando le conoscenze scientifiche avrebbero consentito l'indicazione degli istotipi neoplastici più frequentemente associati a quella determinata esposizione.

Da sottolineare anche l'ampiezza degli aggiornamenti delle malattie dell'apparato respiratorio (gruppo 4 della lista I) e della cute (gruppo 5 della lista I).

Anche in questi aggiornamenti non mancano le incongruenze.

Ad esempio, confrontando le voci 12 e 15 del gruppo 4 della lista I, si deduce che per diagnosticare la MP da inalazione di polvere di cemento sia necessario il riscontro di una compromissione funzionale ostruttiva (broncopneumopatia cronica ostruttiva), mentre per la diagnosi della MP da inalazione di gas e fumi di saldatura sia sufficiente il dato anamnestico di tosse e catarro per più di tre mesi all'anno per più di due anni consecutivi (bronchite cronica).

Nel notevole incremento delle malattie da agenti biologici (gruppo 3 della lista I), non si comprende il motivo per cui non si sia fatto totale riferimento all'Allegato XI del D. Lgs. 626/94.

Pertanto, invocando le sentenze della Cassazione n. 8058/1991 e n. 6380/1998, questo incremento è stato anche giudicato inopportuno. Infatti in base a tali sentenze esisterebbe l'obbligo di denuncia come malattia professionale per qualunque patologia infettiva anche quando, accertato il quadro clinico, il legame causale con l'attività professionale non sia necessariamente evidente ma "accertabile anche con il ricorso a presunzioni semplici" o semplicemente "ragionevolmente possibile e verosimile".

In conclusione non possiamo che auspicare che l'aggiornamento annuale previsto dall'art. 10, comma 4 del D. Lgs. 38/2004, consenta di intervenire su queste incongruenze e contraddizioni eliminando le attuali perplessità nella classificazione di alcune malattie e trasformando l'elenco in uno utile strumento per i medici del lavoro.

Il decreto impone sicuramente una riflessione sulla valutazione del suo impatto sull'attività professionale del m.a..

A tale proposito è interessante preventivamente sottolineare che il soggetto dell'art. 139 del testo unico è "ogni medico", ma maggiore è la contravvenzione prevista per il "medico di fabbrica" in caso di inadempimento dell'obbligo di denuncia.

Pertanto che nella RT non si parli mai di medico del lavoro o di m.c., mentre sia frequente il richiamo agli Istituti universitari, alle ASL e specialmente ai medici di base, ha destato sorpresa fra i m.c..

Nella RT è inoltre esplicito l'invito ai medici di base ad impegnarsi nell'accertamento della correlazione tra la malattia in osservazione e l'esposizione professionale presente e pregressa attraverso un'accurata anamnesi lavorativa.

Questo invito, legittimato dall'obiettivo dichiarato nelle linee programmatiche del decreto di contrastare il fenomeno della "sottonotifica" delle MP, può tuttavia comportare delle criticità per il ruolo del medico del lavoro in quanto concerne un compito che costituisce una delle peculiarità della medicina del lavoro per il quale, obiettivamente, non sempre i medici di base hanno adeguate competenze.

E' evidente che in questo contesto al m.c. potrebbe restare poco spazio decisionale per esercitare ancora la sua peculiare "discrezionalità" nella valutazione dell'origine professionale della patologia: per non incorrere in pesanti sanzioni, specialmente se operante nella piccola impresa o in aree ove è difficile trovare un supporto scientifico qualificato, verrebbe spinto a denunciare e refertare "tutto", delegando anche lui completamente quella valutazione.

A tale proposito non possiamo non ricordare che ad esempio nel gruppo 1 della lista I numerosi agenti chimici sono associati con elevata probabilità all'insorgenza anche di quadri infiammatori come congiuntiviti, tracheobronchiti e dermatiti irritative estremamente diffusi e del tutto aspecifici.

Sulla base di queste considerazioni subito dopo la pubblicazione dell'elenco alcuni paventarono uno scenario in cui i servizi delle ASL, l'INAIL e l'Autorità Giudiziaria sarebbero stati in breve tempo sommersi da una pletora di denunce e referti paralizzandone l'attività.

Dai dati al momento disponibili si può dire che quanto paventato non si è finora verificato.

Su questo aspetto specialmente i servizi della ASL e l'INAIL cominciano ad interrogarsi.

Noi riteniamo che al di là dei problemi interpretativi evidenziati nell'elenco, della confusione derivante dall'incerta identificazione dei flussi della denuncia, la riflessione che è cominciata dovrebbe anche riconsiderare un'impostazione programmatica più preoccupata della quantità che della qualità delle denunce, altrimenti non è possibile escludere che, in relazione a nuovi eventi, quello scenario si possa concretizzare.

Pertanto, in assenza di qualsiasi "gestione" nell'applicazione dell'elenco, c'è un altro aspetto che sta suscitando delle perplessità: la legittima e pienamente condivisibile esigenza

za del legislatore di imporre un monitoraggio epidemiologico per le patologie con una origine professionale di limitata probabilità o soltanto possibile, contrasta con l'attuale obbligazione medico legale che prevederebbe la denuncia ai sensi dell'art. 139 del D.P.R. 1124/65 ed il referto ex art. 365 c.p. anche per le patologie per le quali la stessa norma non afferma con certezza la sussistenza del rischio professionale.

Infatti sarebbe ingenuo dimenticare che, anche se nelle linee programmatiche della RT molto si insiste sulle finalità preventive della denuncia ex art. 139, detta denuncia deve essere trasmessa all'Organo di Vigilanza cui sono attribuite competenze di Polizia Giudiziaria e quindi anche finalità "repressive".

Questo va sottolineato anche alla luce dell'impostazione più equilibrata e lucida della Raccomandazione 2003/670/CE che nell'Allegato I riporta le malattie di sicura origine professionale e nell'Allegato II quelle di sospetta origine professionale da tenere sotto osservazione epidemiologica e che dovrebbero formare oggetto di una "dichiarazione" e non quindi di una denuncia e di un referto.

Tuttavia, accanto a questi aspetti problematici, il decreto rappresenta anche un'importante opportunità per il m.c. e, più in generale, per il sistema aziendale di gestione della salute e della sicurezza.

Infatti il notevole ampliamento delle patologie contemplate dall'elenco e l'inserimento di numerose patologie innovative, dovrebbero, da un lato, dare nuovo vigore al disposto dell'art. 4, comma 1 del D. Lgs. 626/94 e quindi costituire una forte spinta all'ampliamento ed al miglioramento della valutazione dei rischi (VdR) e, dall'altro, fare uscire la sorveglianza sanitaria (s.s.) dallo stretto alveo dell'art. 16 per interessarsi degli effetti di tutti i rischi per la salute cui è esposto il lavoratore.

Tuttavia la possibilità di cogliere queste opportunità non dipende soltanto dal m.c. che, anzi, si muove in un contesto legislativo da tale punto di vista non privo di problematiche.

Infatti in base all'attuale quadro giuridico l'ambito legittimo del controllo sanitario effettuato dal m.c. è funzione del profilo dei rischi specifici normati oppure valutati e documentati (art. 3, c.1, l) D. Lgs 626/94).

Pertanto, poiché la piena liceità della s.s. si ha solo in presenza di un rischio specifico, per evitare l'esecuzione di accertamenti sanitari illegittimi (art. 5, L 300/70), si pone in primo luogo la necessità della valutazione dell'esistenza del rischio specifico.

Tuttavia la VdR è un obbligo ed una responsabilità del datore di lavoro (art. 4, c. 1, D. Lgs. 626/94) da attuare in collaborazione con il m.c. "nei casi in cui sia obbligatoria la sorveglianza sanitaria" (art. 4, c. 6, D. lgs. 626/94).

L'applicazione pedissequa di questa impostazione, peraltro per ora confermata anche nel TU, in base alla quale il m.c. potrebbe entrare nel processo valutativo solo quando il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) individua e valuta dei rischi specifici per i quali è obbligatoria la sorveglianza sanitaria, può di fatto ostacolare qualsiasi suo intervento nelle fasi iniziali della pianificazione della VdR. Fortunatamente ormai in molte aziende non è questo il

modello seguito: la consapevolezza delle diverse e specifiche competenze determina una stretta interazione tra SPP e m.c. fin dalle prime fasi del processo valutativo.

D'altra parte non è tuttora infrequente che al m.c. venga richiesto di sottoscrivere il documento di VdR anche quando è stato coinvolto nella valutazione in modo marginale o tardivo o addirittura è stato del tutto dimenticato.

Tuttavia l'impatto del decreto sulla VdR sta evidenziando altri aspetti problematici più specifici:

l'attuale assenza per la valutazione di alcuni nuovi rischi di strumenti/metodologie validati e condivisi (ad es. la valutazione degli "sforzi prolungati delle corde vocali")

la resistenza che si può incontrare per la valutazione di rischi come lo "stress correlato al lavoro", tema caldo sul quale è sempre più frequente il coinvolgimento del m.c. che sarà oggetto di una specifica relazione

l'indicazione nell'elenco per le malattie da movimentazione manuale di carichi e da microtraumi e posture incongrue, di agenti di rischio più semplici e generici rispetto alla complessità delle metodologie generalmente utilizzate nella valutazione di questi rischi (NIOSH, Snook e Ciriello, MAPO, OCRA...) ed in contrasto anche con procedure come quella descritta nella circolare n. 25 del 15 aprile 2004 dell'INAIL sulle modalità di trattazione delle pratiche riguardanti le malattie del rachide da sovraccarico biomeccanico.

Ovviamente non possiamo fermarci di fronte a queste difficoltà e dobbiamo invece cercare di cogliere le opportunità che il decreto ci offre addentrandoci nelle sfide ad esse sottese...ma questo è un altro discorso che verrà affrontato più avanti.

DM 27 APRILE 2004

ATTUA LA SOSTITUZIONE DELL'ELENCO DELLE M.P. PER LE QUALI E' OBBLIGATORIA LA DENUNCIA APPROVATO CON IL DM 18 APRILE 1973

Normativa di riferimento

ART. 139 DPR 1124/1965: è obbligatoria per ogni medico che ne riconosca l'esistenza la denuncia delle MP che saranno indicate in un elenco...

DM 18 aprile 1973: elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia...

ART. 10 D.Lgs 38/2000: comma 1: istituzione della C.S. per l'elaborazione e la revisione periodica dell'elenco delle MP per le quali è obbligatoria la denuncia ex art. 139 DPR 1124/1965 e delle tabelle delle MP assicurate di cui agli artt. 3 e 211 del citato DPR il cui ultimo aggiornamento è dovuto al DPR 336/94; comma 4: ...l'elenco di cui all'art. 139 conterrà anche liste di malattie di probabile e di possibile origine lavorativa, da tenere sotto osservazione ai fini della revisione delle tabelle di cui agli artt. 3 e 211.

RACCOMANDAZIONE n. 2003/670/CE sull'elenco euro-

peo delle MP comprendente l'Allegato I che descrive le malattie di sicura origine professionale e l'Allegato II che riporta quelle di sospetta origine professionale da tenere sotto osservazione che dovrebbero formare oggetto di una dichiarazione e che potrebbero essere inserite in futuro nell'allegato I.

DM 27 APRILE 2004

Struttura dell'elenco (aspetti sostanziali)

IL NUOVO ELENCO PRESENTA UNA STRUTTURA DIVERSA DAL PRECEDENTE

Suddivisione in treliste

LISTA I – MALATTIE LA CUI ORIGINE LAVORATIVA E' DI ELEVATA PROBABILITA': la più numerosa, costituirà la base per la revisione delle tabelle di cui al DPR 336/94

LISTA II – MALATTIE LA CUI ORIGINE LAVORATIVA E' DI LIMITATA PROBABILITA': non esistono ancora conoscenze per includerle nella lista I

LISTA III – MALATTIE LA CUI ORIGINE LAVORATIVA E' POSSIBILE per sporadiche e ancora carenti evidenze scientifiche

Nell'ambito di ciascuna lista, classificazione per gruppi di malattia:

GRUPPO 1: malattie da agenti chimici (I, II, III)

GRUPPO 2: malattie da agenti fisici (I, II, III)

GRUPPO 3: malattie da agenti biologici (I)

GRUPPO 4: malattie dell'apparato respiratorio (I)

GRUPPO 5: malattie della pelle (I)

GRUPPO 6: tumori professionali (I, II, III)

GRUPPO 7: malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro (II)

Per ciascun gruppo vi è l'indicazione:

degli AGENTI

delle MALATTIE correlate

limitatamente alle Liste I e II, del CODICE IDENTIFICATIVO da indicare obbligatoriamente nella denuncia

DM 27 APRILE 2004

Contenuti dell'elenco (aspetti sostanziali)

IL NUOVO ELENCO COMPRENDE UN NUMERO MAGGIORE DI PATOLOGIE DI CUI MOLTE INNOVATIVE:

Tumori polmonari da attività lavorative che espongono a fumo passivo (III)

Malattie dell'app. cardiocircolatorio, digerente, endocrino, neuropsichiche da effetti extrauditivi del rumore (III)

Malattie psichiche, psicosomatiche; disturbo dell'adattamento cronico; disturbo post-traumatico cronico da stress, conseguenti a disfunzioni dell'organizzazione del

lavoro, correlabili ad alcune situazioni di costrittività organizzativa già indicate nella Circolare INAIL n. 71/2003 sulle psicopatologie da stress e disagio lavorativo, compreso il mobbing (II)

Sindromi a carico dell'arto sup. da microtraumi e postura incongrua per attività eseguite con ritmi continui e ripetitivi per almeno la metà del turno (I, II)

Noduli delle corde vocali da sforzi vocali ripetuti (II)

DM 27 APRILE 2004

Criteri di definizione e finalità dell'elenco (rif.: R.T. della C.S.)

Suddivisione in tre liste in accordo con la previsione del comma 4 dell'art. 10 D. Lgs. 38/2000 ed in linea con la Raccomandazione n. 2003/670/CE

Il ricorso ai concetti di "elevata probabilità", "limitata probabilità" e "possibilità" deriva dall'impossibilità di attribuire l'assoluta certezza dell'origine professionale ad alcuna malattia per il cambiamento delle esposizioni lavorative, tanto che ormai si preferisce parlare di "matrice causale" (combinazione di multifattorialità e diversa suscettibilità individuale)

Considerata la frequente inadempienza dell'obbligo di denuncia delle MP, le modifiche strutturali introdotte nel nuovo elenco hanno fundamentalmente la finalità di facilitarne l'utilizzo da parte di medici non esperti nel campo delle MP in una prospettiva preventiva, assicurativa e soprattutto epidemiologica

DM 27 APRILE 2004

Criticità per il M.C.

NELLA R.T. NON SI PARLA MAI DI MEDICO DEL LAVORO O COMPETENTE, MENTRE VIENE SOLLECITATA LA COLLABORAZIONE SPECIALMENTE DEI MEDICI DI BASE

L'elenco contiene numerose contraddizioni ed incongruenze (ad es.: il fumo passivo, classe I IARC, è "possibile" causa di tumore polmonare)

Con la facilitazione dell'utilizzo dell'elenco, esplicito richiamo anche ai medici di base di impegnarsi in un compito, come quello dell'accertamento della correlazione tra malattia ed esposizione professionale, che è una delle peculiarità della nostra specializzazione

C'è il rischio che la strategia dell'"allargamento della base", lasciando poco spazio alla "discrezionalità" nella valutazione dell'origine professionale della patologia e stanti l'attuale obbligazione medico legale e regime sanzionatorio, spinga il m.c. a denunciare e refertare "tutto"

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)



ORIENTAMENTI OPERATIVI ANMA E PROPOSTE DI MODIFICA DELL'ALLEGATO DEL D.M. 27/APRILE 2004



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

*Gruppo di lavoro ANMA:
U. Candura, G. Barral
G. Boschioli, M. Saettone
V. Tonini*

*Relazione tenuta al convegno
ANMA, Courmayeur 2005*

LE PREMESSE

Ci sembra doveroso innanzitutto cercare di porsi in modo propositivo di fronte agli aspetti innovativi che la nostra disciplina ci riserva – soprattutto sul versante normativo – in virtù delle nuove sfide legate alle trasformazioni del mondo del lavoro.

Pertanto la lettura preliminare del D.M. 27/04/2004, e della relazione tecnica ad esso allegata, deve essere volta a rimarcare le positive ricadute, in termini culturali, informativi ed epidemiologici, per una materia da più parti considerata sottostimata, come la patologia professionale.

Ed indubbiamente si ammette, in linea di principio, la necessità di nuovi strumenti normativi, che siano al passo con le attuali conoscenze scientifiche, con le innovazioni dei cicli tecnologici, con l'osmosi crescente tra mondo del lavoro ed ambiente di vita, e con la progressiva tendenza a considerare la patologia professionale sempre più legata all'etiologia multifattoriale ed alla diversa sensibilità individuale.

Inoltre tale aggiornamento vuole opportunamente adeguare le nostre tabelle delle Malattie Professionali (M.P.), il cui elenco è tuttora datato dal D.M.18/4/73, e recepire – peraltro in modo più articolato e cogente - la raccomandazione della Commissione Europea 2003/670/CE, i cui “considerando” sono certamente condivisibili quando richiamano l'esigenza di :

allargare il campo di osservazione su malattie di sospetta etiologia professionale (All. II), garantire un diritto all'indennizzo anche in questi casi , laddove se ne possa accertare la correlazione lavorativa;

migliorarne la conoscenza, lo scambio di esperienze e di buone prassi in tutto il personale medico su questo tema;

armonizzare il sistema di raccolta dei dati statistici e quindi rendere possibile la comparabilità degli stessi a livello europeo.

ASPETTI CONCETTUALI

Condividiamo quindi l'importanza di un maggior rilievo epidemiologico, e quindi sociale ed economico, da conferire alla patologia professionale, anche se ricordiamo che il D.M. 27/04/04 non è portatore di una filosofia rivoluzionaria, visto che da tempo la Corte Costituzionale (sent. 179/88) ha fatto giustizia del concetto di lista “chiusa”, e l'abbandono dell'approccio meccanicistico rigido è stato confermato in questo ultimo decennio dal progressivo aumento di riconoscimenti delle patologie lavoro-correlate.

Il concetto stesso di Malattia Professionale si è difatti nel tempo evoluto da quella iniziale identificazione del nesso causale, limitata a specifici agenti chimico-fisici e determinati status lavorativi: sempre più si è ridotta la distanza figurativa tra ambiente di lavoro, ambiente di vita ed ambiente domestico, prevalendo esposizioni simultanee a più agenti (poliesposizioni), e superandosi il legame lavoratore – singolo ambiente di lavoro (lavoro temporaneo).

Sulla scia delle considerazioni “in positivo”, dobbiamo però riconoscere che l'elencazione certosa di ben 224 voci (di cui 182 nella lista I, 32 nella lista II e 10 nella lista III), con l'inserimento di quadri clinici innovativi (patologia oncologica da fumo passivo, patologia extrauditiva da rumore, sindromi psichiche e psicosomatiche da disadatt-

tamento, sindromi da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori o da postura incongrua, discopatie ed ernie discali da MMC, patologie ORL da affaticamento vocale), conducono a due importanti riflessioni:

dietro questo elenco c'è un patrimonio correlato di conoscenze cliniche e diagnostiche praticamente sterminato, che spazia su problematiche internistiche e chirurgiche, riafferma la valenza culturale di una disciplina a matrice polispecialistica, e rappresenta anche una sfida, essendo una spinta costante per l'aggiornamento e l'approfondimento delle conoscenze del medico del lavoro;

più concretamente, la ricaduta pratica per il medico competente (M.C.) si riflette nell'enfasi da attribuire alle procedure di prevenzione, a partire dal processo di Valutazione del Rischio (VdR), per tutte le condizioni di potenziale rischio correlato al lavoro - ed elencate nelle tre liste del decreto - sulle quali grava comunque (anche per una correlazione solo probabile) l'ipotesi di una denuncia. In altre parole siamo di fronte ad uno strumento legislativo che ribadisce la necessità dell'approccio quanto più estensivo e polidisciplinare delle procedure di prevenzione nell'impresa, anche in funzione delle loro implicazioni giuridiche ed economiche.

Ma è su questo punto - come già ampiamente sottolineato in altre sedi - che il decreto mostra l'aspetto gestionale più problematico: se esso deve rappresentare "*uno strumento privilegiato per la prevenzione a livello comunitario*" (racc. 2003/670/CE), grazie soprattutto alla promozione della sorveglianza epidemiologica, l'utilizzo indiscriminato della denuncia di cui all'art.139 del T.U. 1124/65 - anche per quadri clinici magari reversibili, o appartenenti alle liste II e III - ne indebolisce, a nostro avviso, l'efficacia.

A distanza di un anno e più dall'entrata in vigore del D.M. in esame, il mancato incremento delle denunce (come ci segnalano le fonti assicurative) sembrerebbe avvalorare tale considerazione.

Viene naturale pertanto chiedersi se non sia più funzionale seguire più correttamente le indicazioni europee, ed introdurre l'istituto di una "*segnalazione*" (e non di una denuncia/referto che richiama articoli penalmente sanzionati, in special modo per il M.C.), per le malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità o solo possibile.

Ciò consentirebbe di conferire una funzione "*pubblica*" - da noi stessi spesso auspicata - alla messe di dati epidemiologici a disposizione del medico d'azienda, e di far emergere magari nel tempo quelle correlazioni statisticamente significative, che solo i grandi numeri possono dare. In altre parole - attesa la corretta impostazione di elenchi "aperti" suscettibili di aggiornamenti annuali - quelle che ad oggi sono "*conoscenze non ancora sufficientemente approfondite*" (lista II) o "*le sporadiche ed ancora non precisabili evidenze scientifiche*" (lista III) potranno magari non essere più delle riserve per un futuro corretto aggiornamento delle tabelle delle malattie di cui agli artt. 3 e 211 del T.U. 1124/65.

Per quanto attiene le modalità e gli interlocutori: riteniamo utile formulare un modello univoco di segnalazione, dal quale si traggano le informazioni statistiche ritenute necessarie, anche inerenti a forme cliniche attualmen-

te non contemplate nelle liste del decreto, laddove queste si possano ragionevolmente ricondurre a rischi lavorativi emergenti,

coerentemente a quanto afferma la raccomandazione 2003/670/CE, che indica nell'Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro l'Ente che elabora le informazioni scientifiche, tecniche ed economiche dirette alla prevenzione dei danni professionali negli Stati membri, possiamo indicare nell'ISPESL, referente in Italia dell'Agenzia di Bilbao, l'organismo che primariamente possa fungere da terminale di tali informazioni dal mondo del lavoro. Naturalmente ciò non significa che l'INAIL e le stesse ASL, per i loro specifici compiti istituzionali, non debbano essere coinvolte in questo flusso di informazioni.

In realtà ci sembra che tutto l'impianto del D.M. sia pervaso da una prioritaria esigenza di sensibilizzare tutto il personale sanitario, in primis i medici di base, all'importanza di un accurato monitoraggio ai fini preventivi della patologia professionale.

Il costante richiamo - nella relazione tecnica di accompagnamento - delle strutture sanitarie pubbliche o convenzionate, degli Istituti universitari e di ricerca, delle ASSLL, per "*non disperdere dati utili per il confronto e i necessari approfondimenti di ordine scientifico ed epidemiologico*"; pur legittimo, ci crea non poche perplessità laddove non è citato neanche una volta la figura sanitaria in prima linea nella prevenzione nel mondo produttivo: il medico del lavoro competente. Basterebbe ricordare quanti dati epidemiologici potrebbero essere potenzialmente convogliati, per elaborazioni statistiche a livello nazionale, dalle relazioni mediche annuali del m.c. e/o dai "*risultati anonimi collettivi*" della sorveglianza sanitaria comunicati nelle riunioni ex-art.11.

E qui scatta un'altra nostra specifica riflessione sulla doppia valenza che il D.M. presenta :

per tutti i sanitari operanti al di fuori del contesto lavorativo, siano essi medici Asl, universitari o di base, ma anche specialisti delle varie branche cui fanno riferimento le malattie in elenco, il D.M. 27/04/04 può limitarsi alla funzione di un vademecum, di un breviario con il quale compiere l'atto finale del processo di prevenzione: *la denuncia*, cioè a dire quell'obbligazione medico legale che per noi rappresenta concettualmente il fallimento delle misure in atto per la prevenzione del danno, indipendentemente dalle valutazioni di merito sulla colpa;

per il medico competente riteniamo che l'impatto sia diverso: tutte le centinaia di voci elencate rappresentano altrettante verifiche di messa a punto delle procedure aziendali dirette ad impedire che quelle malattie si concretizzino (e che a seguito delle quali si configurino delle responsabilità). Appare quindi naturale per noi individuare momenti critici nell'applicazione del decreto (come riferito nelle relazioni precedenti), proprio perché riteniamo che l'efficacia di tale norma non sia legata tanto all'aspetto squisitamente medico legale e burocratico, ma alle pesanti ricadute che essa comporta nelle procedure aziendali di sicurezza, e che sia proprio questo il suo aspetto più positivo.

CRITERI DI GESTIONE

Pertanto, se è vero che tutta la prevenzione parte da una corretta e completa VdR, non c'è dubbio che una sostanziale apertura dell'elenco a malattie specifiche e/o con labili correlazioni lavorative rafforza ulteriormente la portata dell'art. 4 del D.Lgs. 626/94, con la modifica imposta dalla legge 39/2000, risultando coerente con la raccomandazione europea di valutare "tutti" i rischi.



Anche recenti ed autorevoli pareri di giuristi hanno confermato che la VdR:
deve evolversi ed aggiornarsi con l'evoluzione delle conoscenze scientifiche;

deve riguardare anche rischi non direttamente connessi alle lavorazioni, e quindi non solo rischi "a causa del lavoro", bensì anche "durante il lavoro".

Tuttavia dobbiamo riconoscere che malattie come "tumori del polmone da fumo passivo" oppure fattori di rischio come "disfunzioni dell'organizzazione del lavoro" mettono a dura prova le possibilità di intervento preventivo del M.C., rappresentando probabilmente un nuovo banco di prova per un effettivo inserimento dello stesso nel sistema azienda.

In effetti, anche non volendo enfatizzare l'aspetto medico-legale e le responsabilità in gioco, è naturale chiedersi se le attuali condizioni del mercato del lavoro possano considerarsi compatibili con un siffatto allargamento delle richieste preventive.

Difatti poiché il motore del percorso preventivo in azienda è rappresentato dal processo (polidisciplinare) VdR *sorveglianza sanitaria* *giudizio di idoneità*, non appare sempre facile seguire tale percorso per alcune "malattie" elencate nella nuova tabella, soprattutto laddove l'effettivo inserimento nelle procedure aziendali del M.C. è - suo malgrado - insufficiente.

Come comportarsi nelle tracheobronchiti "da" metalli e come, invece, nelle tracheobronchiti "in presenza" di esposizione a metalli? Si può agevolmente individuare e distinguere una spondiloartrosi da MMC? La valutazione della sfera psichica del lavoratore deve condizionarne la collocazione (e magari la carriera) in un ambiente lavorativo molto competitivo, ed a rischio di stress? Fin dove spingere le cautele del sanitario per la liability aziendale e per prevenire eventuali contenziosi?

Non aiuta ad una certa serenità di giudizio l'idea che quella

malattia - o meglio quel sintomo a volte reversibile - che il M.C. considera occasionale e legato a problematiche individuali o comunque extralavorative, venga invece inquadrata come una possibile tecnopatia, per quanto di limitata evidenza etiologica, e quindi denunciata da altro sanitario con scarsa o nulla conoscenza dell'ambiente di lavoro.

DALLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO ALLA DENUNCIA

L'aspetto positivo e stimolante della nuova norma dovrebbe far gioco quindi per diffondere e rinforzare l'idea di un M.C. coinvolto fin dalle prime fasi della VdR, soprattutto di quei rischi collegati a "nuove" voci, che introducono patologie più attuali e più coerenti con le trasformazioni del mondo del lavoro.

D'altronde non ci sembra concettualmente sostenibile il dover denunciare una malattia (probabilmente) professionale *senza poter dimostrare di aver fatto di tutto per prevenirla*, innanzitutto riconoscendo e valutando il relativo fattore di rischio.

E ciò porta a pensare anche ad una sorveglianza sanitaria certamente più estensiva per numero di mansioni interessate e per tipologia di protocollo praticato, con risvolti spesso problematici per quanto attiene le limitazioni e/o le prescrizioni imposte ai giudizi di idoneità. Pensiamo ad esempio alle ernie discali degli autisti o carrellisti, alle sindromi ansioso-reattive, o ai disturbi del sonno con tanto di prescrizione di psicofarmaci, che tanto facilmente sembrano certificabili presso i nostri Centri di Igiene Mentale.

Per quanto attiene ai tumori del polmone da attività che espongono al fumo passivo, la recente Legge del 2003 dovrebbe scongiurare il persistere di siffatta esposizione, e diventa oltremodo problematico ragionare su di un nesso causale legato a precedenti condizioni di reale rischio (uffici privati, ristorazione, settore turistico-alberghiero, ecc.)

Altro aspetto di stimolo riteniamo che sia proprio legato ad una ripresa del dibattito, interno alla professione, inerente alle corrette impostazioni delle procedure medico-legali. E' pur vero che non spetta al medico competente, come più volte affermato dai giuristi, l'accertamento previdenziale del nesso causale, ma è altrettanto vero che tutti condividono l'idea che un buon funzionamento del sistema si basa escludendo qualsiasi automatismo ed affinando le tecniche della diagnostica differenziale etiologica.

Pertanto da sempre si confrontano atteggiamenti più estensivi ed approcci più cauti nell'innescare l'iter della denuncia/referto e primo certificato di M.P., magari condizionati anche da quanto diversa sia la giurisprudenza territoriale nel considerare il concetto di *sospetto diagnostico e di colpa*. Ora è noto come questi concetti prendano corpo laddove coesistano tre elementi: *il danno, la causa ed un nesso causale* tra quest'ultima ed il danno stesso.

Difatti la sola sussistenza di un danno (quale è una malattia compresa nelle nuove liste del D.M.) non può da sola rendere automatica la denuncia, dovendosi per questa ricondurre il danno ad una causa lavorativa. Ma che cosa può essere questa causa se non un fattore di rischio presente

negli ambienti di lavoro, debitamente censito e valutato nel documento aziendale?

Mentre è evidente tale rapporto causale in molte dinamiche ben conosciute alla medicina del lavoro (rumore > 85 db(A) di Lepd ed ipoacusia. Lista I), meno lo è in altre correlazioni poco specifiche (effetti extrauditivi del rumore, lista III). Porre sullo stesso piano medico-legale, con le implicazioni giuridiche legate alla colpa, i suddetti quadri clinici ci appare francamente problematico.

Dovremo considerare un automatismo denunciare i danni extrauditivi da rumore in un soggetto già con accertata ipoacusia professionale, oppure in alternativa identificare generici disturbi cardiovascolari, endocrini, digestivi e neuropsichici come danni professionali da condizioni espositive al rumore inferiori ai valori limite?

Può invece accadere che la valutazione dei rischi non abbia contemplato nessuna causa che possa ragionevolmente collegarsi con quel danno (malattia), ovvero che il rischio – per quanto censito – sia stato valutato come trascurabile, e come tale non in grado di sviluppare malattia, e quindi rendere necessaria la sorveglianza sanitaria, (presumibilmente siamo quindi di fronte ad un esito di una visita a richiesta ex-art.17).

Poiché la fattispecie della colpa (art. 43 c.p.) si configura laddove l'evento – non voluto dall'agente - si verifica "...a causa di negligenza, imprudenza, imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline", tale eventualità deve condurre ad una profonda riflessione sulle modalità di svolgimento delle procedure preliminari di valutazione del rischio, e sul livello di collaborazione poli-disciplinare adottato in azienda.

E' evidentemente necessaria allora una rivalutazione delle condizioni di lavoro al fine di confermare o meno l'assenza di rischi, soprattutto se il danno in questione attiene ad una casistica riconosciuta in ambito professionale, e magari poco frequente in ambiente extralavorativo. Classico esempio sono le tendinopatie da sovraccarico biomeccanico e movimenti ripetitivi degli arti superiori (WMSDs), per le quali, come segnalano le recenti Linee Guida regionali, il rilievo di un caso di malattia conclamata deve automaticamente far ricomprendere tale rischio tra quelli potenzialmente presenti in azienda, rappresentando uno dei criteri per l'avvio della VdR.

Peraltro la sorveglianza epidemiologica del M.C. rappresenta da sempre un indicatore di qualità delle procedure aziendali di sicurezza, ed il rilievo di una o più patologie franche è fortemente suggestivo di una mancata gestione di un rischio emergente. In tali casi gli elementi medico legali del danno, della causa, e del nesso causale tra di essi, compaiono tutti, anche se per l'individuazione del rischio (causa) è purtroppo necessaria la comparsa della malattia (danno).

Per quanto attiene al corretto flusso della denuncia, riteniamo che vadano evidentemente attualizzate le indicazioni che la normativa ha nel tempo promulgato.

Pertanto si parte dal disposto combinato degli artt. 361 e 365 del c.p. che obbliga qualsivoglia operatore sanitario a riferire all'autorità giudiziaria del luogo, laddove presti la sua opera in casi che possano presentare i caratteri di un delitto.

Nell'ambito della patologia professionale è l'art. 139 del DPR n. 1124/65 che ribadisce tale obbligo nello specifico caso del riconoscimento di una malattia professionale, con l'indicazione dell'Ispettorato del Lavoro competente per territorio come destinatario della denuncia. Si ricorda inoltre che l'art. 21 della Legge 833/78 di istituzione del SSN, ha sancito che i Dirigenti Medici ed il personale tecnico di vigilanza ed ispezione dei Servizi UOOML delle ASL rivestono la qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria, rilevando i compiti svolti dall'Ispettorato del lavoro in materia di prevenzione, di igiene e di controllo sullo stato di salute dei lavoratori.

Infine l'art. 10 del D.Lgs. 38/2000 sancisce che copia della denuncia di cui all'art. 139 va trasmessa, oltre che all'Azienda Sanitaria Locale, anche alle Sedi dell'Istituto Assicuratore competente per territorio.

Per rendere tali atti uniformati alle più recenti disposizioni in tema di salvaguardia dei dati personali, il Garante per la privacy (newsletter 10-16 maggio 2004) ha affermato che i datori di lavoro devono trasmettere all'INAIL solo informazioni sanitarie relative o collegate alla patologia denunciata, vietando la trasmissione, nonché l'utilizzo da parte dell'Ente per la valutazione della pratica, di dati sulla salute non strettamente inerenti alla sospetta malattia professionale.

PROPOSTE DI MODIFICA

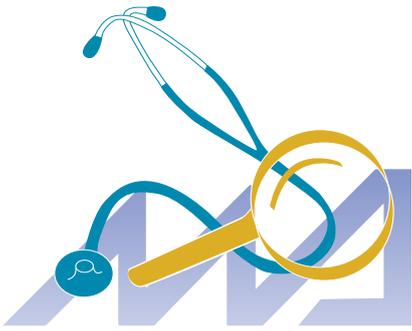
Per le proposte di modifica, (al di là della reale possibilità di giungere ad un obiettivo così velleitario) sembra che il correttivo più plausibile sia quello già suggerito, legato alla trasformazione dell'obbligo di denuncia – per le malattie di cui alla lista II e III – in un obbligo di segnalazione, in linea con gli intendimenti della raccomandazione 2003/670/CE. In altre parole se l'aspetto positivo deve essere quello di creare uno strumento epidemiologico che rafforzi anche il ruolo di osservatore privilegiato del M.C. (senza peraltro metterlo in grave imbarazzo), va precisato all'art. 1 del D.M. in oggetto l'ambito di applicazione dell'obbligo di cui all'art.139/DPR1124, introducendo (all'art.2 ?) l'opzione (obbligo) della *segnalazione/dichiarazione* per i quadri clinici con eziologia lavorativa di limitata probabilità o solo possibile.

Ovviamente tale istituto della segnalazione andrebbe applicato anche a forme cliniche attualmente non contemplate nelle tre liste del decreto, laddove queste si possano ragionevolmente ricondurre a rischi lavorativi emergenti.

Solo così avrebbe senso escludere quei quadri clinici, attualmente inclusi nella Lista I, la cui aspecificità – legata a condizioni spesso reversibili di comune flogosi – non si presta agli adempimenti medico-legali ai quali siamo tradizionalmente portati.

Rimandiamo ad altre relazioni il dettaglio delle criticità e delle incongruenze sulle quali riteniamo che sia utile operare modifiche, e confidiamo che l'aggiornamento previsto – a cadenza annuale – da parte della Commissione ex-art. 10 del D.Lgs. 38/2000, entrando nel merito delle singole voci, renda più chiara ed univoca la loro interpretazione ed applicazione.

C'È UNA CRISI DI IDENTITÀ NELLA PROFESSIONE? IL MEDICO COMPETENTE DI FRONTE A NUOVE NORME, NUOVI AMBITI DI IMPEGNO PROFESSIONALE E NUOVO MERCATO



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

U.Candura, F.Gazzerro,
T.Remondelli, N.Lavicoli
ANMA Sezione Campana

Relazione tenuta al convegno
ANMA, Courmayeur 2005

PREMESSA

Che cosa si deve intendere per crisi di identità nella professione? Secondo lo Zingarelli il significato letterale di identità è :“ *Qualificazione di una persona, di un luogo, di una cosa per cui essa è tale e non altra*”.

Se il significato non è cambiato (e crediamo che non lo sia) una crisi di identità nella professione dovrebbe indicare che non ci si riconosce più come Medici del Lavoro e/o come Medici d’Azienda Competenti.

Diciamo subito che noi non crediamo che ciò si sia verificato né che possa verificarsi a seguito delle novità indotte da tutte le norme recenti e incalzanti.

Se andassimo un po’ indietro negli anni (per alcuni molto indietro), ricorderemo che già durante la Scuola di Specializzazione ci veniva spiegato che la nostra attività di Medici di Fabbrica, così eravamo indicati, non si doveva limitare alla Visita Clinica ma doveva abbracciare una serie di aspetti che non erano propri del Medico in quanto tale, ma che sicuramente afferivano al *Medico del Lavoro* che svolgeva la sua attività “sul campo” presso le aziende.

Oggi questi aspetti non ci pare siano cambiati molto, si sono solo arricchiti di contenuti, si sono per così dire “specializzati” di pari passo alla evoluzione delle condizioni di lavoro, in ossequio ad una legislazione che a sua volta si è evoluta al passo con i tempi.

Ad esempio sono diventati certamente molto più frequenti i contatti con il mondo esterno alle Aziende, contatti una volta delegati ad altre Funzioni Aziendali, e che oggi si affidano al Medico Competente.

Ma quando e per quali fini si sfruttano queste potenzialità?

DUE CULTURE, DUE PROFESSIONI?

Per rispondere al quesito siamo partiti da una considerazione generale legata ai contrasti che la nostra attività tuttora offre.

Annoveriamo tra le più frequenti criticità:

- variegate tipologie di rapporti professionali,
- diversi gradi di integrazione del M.C. con il sistema impresa,
- indifferenza o interesse legati alla qualità delle sue prestazioni,
- livelli quanto mai diversi di maturazione di una “safety culture” nelle imprese, e nella società in genere.

A questo si aggiunga, in barba a qualsivoglia tentativo di standard qualitativo, una storica disomogeneità nell’approccio lavorativo dei vari professionisti, ovvero del singolo professionista piuttosto che della Struttura di Servizi alle imprese.

Il tema delle “luci ed ombre” sui contenuti della professione, già discusso ad Ancona 2002, si ripropone cioè in veste più ampia per l’osmosi crescente tra impresa e società, tra prevenzione sul lavoro e promozione della salute, tra medicina occupazionale e “community health”.

All’esterno dell’azienda però troviamo oggi la sfavorevole contingenza di una grave crisi economica, nella quale gli attesi vantaggi della globalizzazione con l’allargamento del mercato, sono stati di frequente vanificati da una comparazione di costi e prezzi che ha spesso svuotato, a vantaggio del minor costo, il valore aggiunto delle prestazioni professionali.

Pertanto dell'approccio estensivo alla salute occupazionale, confortato da molteplici osservazioni in campo internazionale e da precise prese di posizione politiche, non sempre avvertiamo le auspicabili ricadute nel mercato delle professioni, la cui crisi attuale è connotata non solo e non tanto da aspetti economici (pur avvertiti), quanto proprio dalle richieste qualitative di prestazioni, spesso francamente avvilenti, in quanto arroccate su una vecchia cultura fatta di costo e non di investimento, di rispetto minimo delle norme e di profitto immediato.

L'enfasi giuridica, l'alto profilo scientifico e di diffusione mediatica, che hanno accompagnato la nostra professione nell'ultimo decennio, ne hanno segnato anche una curiosa e contrastante trasformazione, con un trend evolutivo sabotato da *annacquamenti* accademici (1-bis), esemplificazioni normative con potenziali rischi di emarginazione del ruolo (T.U.), e caldeggiato all'opposto, prima ancora che da precise norme, dai fermenti e dalle nuove richieste di un rinnovato mercato del lavoro.

La nostra percezione è che oggi l'attività del M.C. possa tradursi in mille comportamenti e svariati approcci, per definizione tutti *necessari* in quanto richiesti dal mercato e *di stretto appannaggio del professionista medico che non può sottrarsi ad alcuna richiesta specifica*, ma francamente molti dei quali culturalmente ed eticamente poco sostenibili. (rispetto minimo e solo formale degli adempimenti, approcci routinari ai contenuti della professione, scarsa propensione all'innovazione ed al miglioramento, medicalizzazione degli interventi ai fini commerciali, ecc.)

Pertanto lo sforzo comune nella ricerca di percorsi di qualità nel rispetto dell'autonomia, ci vede sempre più convinti, per quanto *possa essere ancora ampio il gap tra l'offerta potenziale di tali prestazioni e l'interesse (la richiesta) del cliente impresa*.

D'altronde una nostra vecchia convinzione, forse non esauriente a spiegare il tutto ma che riteniamo sempre valida, è che i nostri pur lodevoli sforzi non riusciranno da soli a raggiungere obiettivi generali di sviluppo della professione, se non accompagnati da un salto culturale di tutte le parti sociali interessate: a livello politico nazionale, a livello imprenditoriale, a livello di rappresentanze sindacali, etc.

Il nostro lavoro quotidiano porta a misurarci con un problema bifronte.

Molte prestazioni comuni e giornaliere di consulenza anche di alto profilo (soprattutto riguardanti la ricollocazione dei lavoratori con ridotte capacità lavorative, la collaborazione con gli Enti Pubblici deputati alla vigilanza ed alle indagini relative ai casi di infortunio e malattia professionale, ed altro (*tab.1*), sono richieste dal Datore di Lavoro, vengono fornite dal professionista ben inserito nel sistema impresa, ma spesso non sono codificate, se non addirittura ignorate (e questa è l'altra faccia della medaglia) nelle offerte delle Società di servizi che tuttora "fanno il mercato".

Che significa tutto ciò?

Significa semplicemente che viene disatteso l'unico sistema per far crescere, nel committente dichiarato della pre-

stazione (il Datore di Lavoro), il senso corretto della prestazione nell'ambito della prevenzione, in considerazione di un costo ritenuto insostenibile ed alla luce del criterio del "minimo indispensabile ed indifferibile", nonché alla luce della crisi sempre incombente.

Di ben diversa opinione sono gli altri fruitori delle nostre prestazioni (lavoratori, collettività, Organi di Vigilanza, etc.).

Tab. 1 – Alcune aree di intervento "complementari" agli adempimenti del M.C.

Prestazioni richieste	Riferimenti normativi
Ammissioni, ricollocazione ed assistenza previdenziale invalidi	L.482/68 e L.68/99
Presa in carico di personale con contratto "atipico"	L. 30/03 e D.Lgs. attuativo 276/03
Attività di presidio ambulatoriale e counselling	
Collaborazione alle procedure di certificazione aziendale	Standard ISO 14000, Vision 2000, OHSAS 18001, SGSL UNI-INAIL, ecc.
Contatti con Enti esterni per la promozione di iniziative di salute pubblica	
Gestione di Fondi di Solidarietà e di Mutualità privata	
Collaborazione alle procedure di esodo incentivato	
Attività peritale in caso di contenzioso	
Ricollocazione inidonei alla mansione specifica di Conducenti di Linea (trasporti)	R.D.148/1931; D.M. Trasporti 8/1999; D.M. Trasporti 19/2001

UN COMUNE DENOMINATORE DI SVILUPPO

Da anni postuliamo, trovandone conferma con la pratica quotidiana, che non è possibile parlare linguaggi diversi in una materia, quale è la nostra, che per definizione è considerata tripartita da tutti gli organismi internazionali.

La mancata condivisione dei prioritari interessi etici e socioeconomici che convivono nelle imprese, scatena cioè effetti a cascata che si riflettono via via sull'efficacia degli interventi, sul mercato, sul clima aziendale, fino al decoro professionale degli addetti ai lavori.

L'analisi personale di questi ultimi anni ci porta ad individuare un comune denominatore culturale che può compattare ed omogeneizzare questi aspetti contrastanti.

Ci riferiamo a quella *safety culture*, che si ponga sia a livello nazionale nella società, che a livello di singola impresa, e

che può rappresentare l'unico strumento in grado di far coincidere obiettivi di tutela e di profitto, di etica e di mercato.

In accordo con quanto conclude l'International Labour Conference (93rd session, 2005), questa cultura della salute e della sicurezza lavorativa deve essere espressa dalla legislazione (livello governativo), dagli imprenditori, dai lavoratori e dai loro rappresentanti (livello impresa), con certezza dei loro diritti, doveri e responsabilità

Il convincimento di perseguire gli obiettivi economici della singola impresa e del sistema-paese attraverso (anche) una strategia globale di salute e sicurezza occupazionale (OSH) annulla la cultura della diseconomia e del rispetto formale della norma.

Difatti la scoperta è che la gestione di questa materia, integrata con quella del rispetto ambientale, sfocia necessariamente in un salto qualitativo dell'impresa, e si trasforma non tanto (e non solo) in una sua legittimazione sociale, quanto in una vera e propria leva competitiva della stessa. Ultima conferma sul campo di tali asserzioni si ritrova nei recenti documenti dell'Agenzia europea OSHA "Corporate social responsibility and safety and health at work" e "Quality of the working environment and productivity" (2005), nei quali, dati alla mano, si dimostra che :

collegare gli obiettivi di salute e sicurezza (SSL) con quelli strategici ed ambientali a lungo termine dell'azienda, integrare la SSL nei principali settori ed attività, quali le risorse umane, il marketing, i criteri di scelta dei partners nella catena produttiva,

curare una corretta informazione relativa agli sviluppi in materia di SSL e responsabilità sociale delle imprese, sia all'interno che all'esterno dell'azienda, comporta un *significativo beneficio in termini di produttività e fatturato*.

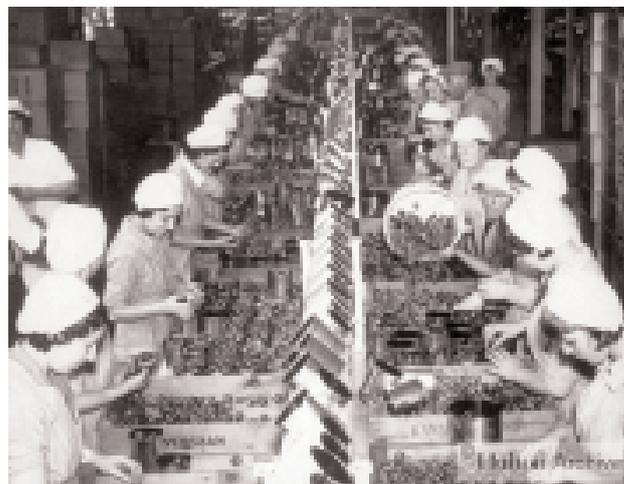
L'esigenza delle imprese di essere percepite come soggetti responsabili, in ordine alle risorse umane ed al rispetto dell'ambiente, è funzione diretta della globalizzazione (e della crescente ideologia no-global), degli orientamenti della pubblica opinione sullo sviluppo sostenibile, della massima efficacia dell'odierno sistema di comunicazioni. Tali argomentazioni sono state alla base della diffusione del sistema di gestione intergrata ILO-OSHA secondo lo schema classico PDCA "plan-do-check-act" (*pianificazione, azione, monitoraggio, analisi per azioni correttive*), e della definizione di standard internazionali (buone prassi?) per la corretta implementazione dei processi (BS 8000, OHSAS 18001).

Lo stesso tema è stato ripreso nel documento CIIP relativo agli auspicabili emendamenti alla bozza preliminare del T.U., citando proprio tra le finalità della nuova norma "l'innalzamento della qualità e della prevenzione integrata per la salute e la sicurezza, anche valorizzando il dialogo sociale e la trilateralità tra parti sociali e pubbliche istituzioni".

Su questo binario qualche azienda si muove (ancora pochissime in verità) già con un modello organizzativo che risponde ad una logica complessiva ed integrata dei processi, coinvolgendo il medico competente nell'elaborazione del sistema di gestione, delle procedure e delle politiche

aziendali, dei rapporti esterni con Enti di certificazione e controllo, ai fini di un'adesione (volontaria) ad una certificazione salute-sicurezza-ambiente (EHS).

Diremmo che, pur riconoscendo che l'obiettivo prioritario rimane essere il mercato e la sopravvivenza competitiva dell'impresa, strategico e pragmatico diventa invece l'utilizzo di uno strumento culturale che rende comuni gli obiettivi, paritetico il rapporto di forza, indifferente il parametro legislativo, multidisciplinare l'approccio, massima l'efficacia degli interventi di tutela.



MASSIMO INSERIMENTO E MASSIMA AUTONOMIA

Semmai il problema (ma ben venga) può essere una sapiente gestione (anche economica, perché no!) dell'adesione all'organizzazione aziendale, che si esprime in questi modelli ad un livello massimo, almeno per una figura consulenziale come la nostra.

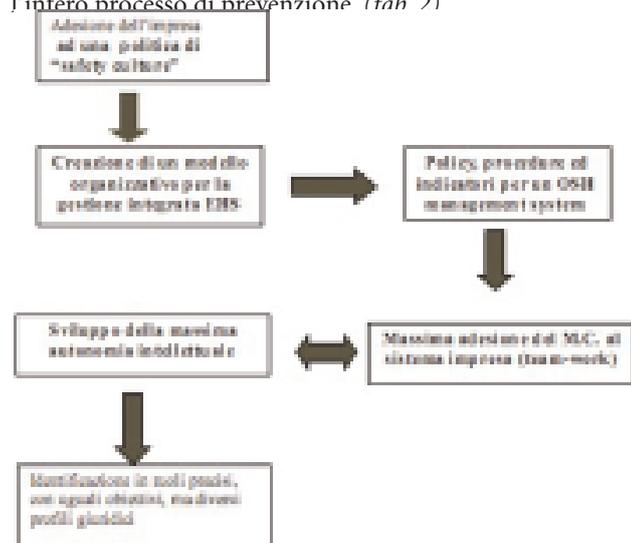
Se da un lato è difficile immaginare una presenza occasionale del sanitario in una siffatta organizzazione, sussistendo le condizioni per un effettivo "inserimento nel contesto aziendale" (definizione ANMA, 1990), ciò deve presupporre un'altrettanta spiccata autonomia professionale ed intellettuale per riportare la figura del M.C. alla sua corretta dimensione giuridica.

Tale puntualizzazione non ci sembra inutile, dal momento che le problematiche di salute in azienda sono sempre meno incanalate in schemi rigidi di correlazione con rischi espositivi codificati e regolamentati, e sempre più il nesso causa-effetto sfugge ai tradizionali modelli meccanicistici della Medicina del Lavoro classica.

L'organizzazione del lavoro, i rapporti gerarchici, la gestione delle singole risorse umane, il contenuto delle mansioni, le responsabilità, il clima aziendale, l'atipicità dei contratti, ecc. sono diventati altrettanti fattori di rischio, che esigono strumenti nuovi di prevenzione, di valutazione, di sorveglianza nel tempo, ed anche di riconoscimento previdenziale.

E' appena il caso di citare qui, come esempio, le sollecitazioni della sfera psicoaffettiva che preludono alle malattie psichiche e psicosomatiche *la cui origine lavorativa è limi-*

tata, ma che sono pur sempre inserite nel gruppo 7 della Lista II del D.M. 27/04/2004 tra le malattie denunciabili. Le prevedibili prese di posizione di parte datoriale, con ricorsi al TAR e Circolari sul tema della legittimità delle innovazioni normative circa lo stress correlato al lavoro, hanno conferito attualità e sollevato interrogativi sul corretto modo di gestire questo rischio lavorativo. Ebbene probabilmente è proprio in questo spinoso tema delle "costrittività organizzative" che può valorizzarsi il reale coinvolgimento della figura sanitaria in un sistema di gestione integrata della sicurezza. Quanto più distanti siamo da un siffatto approccio, tanto più la visibilità e gli strumenti di valutazione a disposizione del M.C. non saranno gli stessi dell'organizzazione in cui opera, perdendosi così un sereno e obiettivo giudizio sulla qualità dell'intero processo di prevenzione (tab 2)



Tab. 2 – L’inserimento del M.C. nella gestione integrata dei proces

SOLLECITARE IL CAMBIAMENTO

E’ tuttavia importante sottolineare come questo tipo di approccio appena descritto riguardi solo una fascia di imprese più attente al problema, mentre tutte le altre vivono con imbarazzante negatività i problemi della prevenzione inquadrandoli come obblighi irritanti, inutili, facenti parte di quella diseconomia a cui sottrarsi in ogni modo. A volte questi comportamenti, a nostro avviso aberranti, vengono addirittura estremizzati, giungendo perfino ad interrompere il rapporto di Consulenza del Medico Competente che si è rifiutato di annullare o modificare un giudizio di non idoneità espresso per un lavoratore portatore di patologie controindicanti il lavoro notturno. Citiamo l’episodio in quanto vissuto come testimonianza personale, e come esempio pratico quanto mai calzante - per quanto per fortuna non frequentissimo - della vecchia cultura, fatta di una grossolana ignoranza e di un totale

disinteresse per tutto quanto concerne la prevenzione. Il cambiamento di cultura va sollecitato comunque dall’interno, utilizzando come cavallo di Troia quelle prestazioni di routine che abbiamo definito avvilenti e di basso profilo, per entrare nel sistema azienda ad esercitare le indispensabili pressioni formative indirette. Non c’è miglior occasione per far riflettere il Datore di lavoro ed i suoi dirigenti e/o preposti che affrontare, ad esempio, una denuncia di patologia professionale, non solo con l’obiettivo di creare legittime difese alla azienda (peraltro a volte poco sostenibili), ma per modificare le condizioni lavorative affinché non si ripetano le situazioni pregresse.

Il risultato è sicuramente positivo in termini di clima aziendale, e sotto il profilo economico (cosa che non guasta) laddove non sia più necessario provvedere a risarcimenti.

Anche la ricollocazione di un invalido è un’occasione per rielaborare i profili di mansioni studiando ergonomicamente le postazioni e riducendo i fattori di rischio, oltre che per effettuare un check sulla popolazione lavorativa esistente.

In ogni caso va colmata la lacuna di un *marketing* dettagliato di queste attività, così richieste perchè così importanti per le Aziende, ma quasi sempre assenti nelle offerte e nella stesura dei contratti di lavoro. Va sostenuta in ogni caso questa posizione per consentire una visibilità diversa del ruolo, e *spiazzare il mercato del visitificio e dell’analisi-ficio a costi stracciati*.

Un mercato sostenuto ad arte da indecorosi bandi di gara, vedi Pubbliche Amministrazioni e Società di servizio, che sarà sempre più capace di proporre imbarazzanti prezzi al ribasso, e sempre meno capace di fornire Medici Competenti in grado di esercitare valida consulenza in tema di prevenzione globale. Non ci meravigliamo pertanto che gli igienisti ed i medici legali trovino spazio lavorativo più nelle strutture di servizio che come liberi professionisti...

LE ATTIVITA’ “COMPLEMENTARI” DEL MEDICO COMPETENTE

Se consideriamo l’annoso problema delle *inidoneità* e delle conseguenti iniziative aziendali, non credo che ci sia figura più idonea del Medico Competente a gestire il problema.

Qualche esempio :

l’ammissione in servizio della “quota invalidi” (civili, del lavoro, etc.) con assunzione obbligatoria (L. 68/99) non può prescindere dal giudizio del Medico Competente che, conoscendo a fondo l’Azienda ed avendo partecipato (almeno si presume) alla Valutazione dei Rischi, può certamente fornire pareri motivati sia per il più corretto inserimento lavorativo dell’invalido, che per l’eventuale sua esclusione per dimostrata e documentabile incompatibilità tra l’invalidità del soggetto e le attività aziendali. Una consolidata giurisprudenza di merito sul giudizio preventivo del Medico competente nell’ammissione di invalidi conforta tali assunti (Sent. Cost. n.354/97 ed altre).

Un problema ricorrente è poi rappresentato dal personale divenuto invalido per patologie comuni intercorse nell’ar-

co degli anni. Solo il coinvolgimento del M.C., d'intesa con le altre Funzioni Aziendali, molto spesso riesce a riconfigurare, con reciproca soddisfazione, una idonea collocazione lavorativa, che tenga conto delle controindicazioni imposte dalla patologia, delle qualificazioni professionali acquisite, della conoscenza delle tecnologie in uso in Azienda e delle procedure aziendali, dei lay out dei singoli posti di lavoro e, non ultime, delle motivazioni personali.

Una corretta assistenza del lavoratore sul piano previdenziale potrebbe definire, laddove non ancora maturato, un grado di invalidità tale da ricondurlo nella quota invalidi ai sensi della Legge 68/99 (> 60% per invalidità civile, > 33% per invalidità INAIL). Al contrario il mancato intervento, e la conseguente non collocazione dell'invalido, potrebbe addirittura comportare il licenziamento per giusta causa specie nelle Aziende di dimensioni medio-piccole (cfr. Cod. Civ., art. 2110, Cass. 3174/95, 7755/98)

Sempre più frequentemente si verifica, almeno nelle Aziende medio-grandi, che si presenti il problema degli "esuberanti" di mano d'opera, ed il Medico Competente si ritrova ad essere coinvolto nelle procedure legate o meno al così detto esodo incentivato.

Molti lavoratori, più o meno vicini all'età pensionabile e contemporaneamente portatori di patologie invalidanti, possono essere avviati all'INPS per un pre-pensionamento di invalidità. A sostegno delle pratiche sanitarie relative, ed a volte con la partecipazione diretta alle Visite Mediche Collegiali in caso di contenzioso, il Medico Competente può essere coinvolto e, sempre per la sua specifica conoscenza delle realtà aziendali, può esprimere pareri determinanti per la risoluzione delle eventuali difformità di giudizio.

Abbiamo già riferito su quanto sia in aumento l'incidenza delle patologie lavoro correlate (mobbing, stress, WMSDs, etc.) e del delicato, ed a volte scabroso, ruolo del M.C. nella loro prevenzione e nel loro riconoscimento. Ma tutto il settore del contenzioso medico-legale è, a nostro avviso, in aumento.

Sempre più lavoratori, anche in virtù delle ormai lontane Sentenze della Corte Costituzionale (cfr. Cost. n. 179 del 18 Febbraio 1988) innescano un contenzioso per le patologie più disparate ritenendole conseguenza delle attività lavorative cui ognuno di loro era addetto e relative esposizioni professionali, e le Aziende, di conseguenza, devono provvedere spesso alla nomina di un loro Consulente Tecnico di Parte che può essere individuato nel Medico Competente aziendale.

CONCLUSIONI

Tutti gli esempi riportati, ed altre occasioni ancora di coinvolgimento, non potrebbero sussistere in mancanza di un reale e fattivo inserimento della figura sanitaria, con un reale riconoscimento della sua funzione sociale ed economica, nel sistema aziendale.

Anche le innovazioni legislative, con le quali oggi ci confrontiamo, ci portano pertanto a condividere l'idea che la preservazione dell'azienda e del suo patrimonio si attua, con la più larga accezione del termine e con la massima

efficacia, ponendo in essere una strategia globale di prevenzione del danno, con la condivisione delle responsabilità riconosciute ai singoli ruoli.

Un Medico Competente che non si adegui alle nuove realtà, che si limiti a praticare le visite mediche ed a prescrivere le indagini complementari, ignorando o trascurando tutte le altre attività, spesso molto qualificanti sul piano professionale, non svolge in maniera corretta il suo ruolo.

Danneggia gravemente la sua immagine consentendo a Datori di Lavoro e Società di servizio di giocare al ribasso perpetuando l'infausta consuetudine del "visitificio" fine a se stesso.

Come se non bastasse induce a credere che la "nobile arte" della Medicina Aziendale non sia altro che una serie di atti formali volti esclusivamente a tutelare il Datore di Lavoro da eventuali atti sanzionatori degli Organi di Vigilanza.

Il danno che ne riporta la Categoria è incommensurabile. Non sappiamo che farcene di siffatti Medici Competenti che dequalificano una professione, ricca peraltro di impegni e soddisfazioni professionali, al rango di uno squallido mestiere, oltretutto mal praticato.

BIBLIOGRAFIA

U. Candura, F. Gazzero, N. Iavicoli, F. Liotti, T. Remondelli, A. Scotton "Esperienze e prospettive della medicina preventiva in azienda" *Atti 58° Congr.Naz. SIMLII, Vol. I, pagg. 171 - 182. Bologna 11- 14 Ottobre 1995.*

G. Glodstein, R. Helmer, M. Fingerhut: "The WHO global strategy on occupational health and safety" *Newsletter on Occup. Health and Safety, 2001; 11: 56-60*

S. Machida, P. Baichoo: "Guidelines on Occupational Safety and Health Management Systems (ILO - OSH 2001)" *Newsletter on Occup. Health and Safety, 2001; 11: 68-69*

U. Candura "Luci ed ombre, problemi e prospettive" *Atti Congresso Nazionale ANMA, Ancona, giugno 2002*

"Promotional framework for occupational safety and health" *International Labour Conference, 93rd Session, 2005 ILO - Ginevra*

"Corporate social responsibility and safety and health at work" *Relazione dell'Agenzia, 2004 Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro - Bilbao Information@osha.eu.int*

"Quality and working environment and productivity" *Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro - Bilbao Information@osha.eu.int*

LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DA SILICE LIBERA CRISTALLINA



È SUCCESSO A...

A. De Santa
ANMA Sezione trentino

Promosso dal Network Italiano Silice (NIS), l'8 settembre 2005 si è tenuto a Villa Montalto (Firenze) un confronto pubblico sui documenti preparatori che riassumono il lavoro svolto dal Network in circa tre anni con lo scopo di redigere in modo il più diffusamente condiviso le Linee Guida per la gestione del rischio da esposizione professionale a silice libera cristallina (SLC).

Il NIS si è auto-costituito nel 2002 in occasione del Terzo Simposio Internazionale sulla silice, silicosi, cancro ed altre malattie, tenutosi a S. Margherita Ligure, per cercare di dare una risposta ai quesiti appena accennati. E' composto da circa 60 esponenti di quasi tutte le Regioni ma anche di alcune Università, dell'ISPESL, INAIL, ISS.

L'afflusso degli interessati all'incontro di Firenze (circa 200) si è rivelato superiore alle attese e questo ha creato qualche problema organizzativo.

L'incontro è stato suddiviso in due parti: nella prima (mattino) sono stati esposti i risultati del lavoro del NIS mentre la seconda (pomeriggio) è stata dedicata a due sessioni parallele di confronto e dibattito rispettivamente sull'epidemiologia dei danni da SLC e sulla stima del rischio da SLC.

L'interesse per l'argomento trattato era peraltro scontato in quanto presenta vari argomenti controversi. Fra questi, i principali sono:

la silice cristallina e/o la silicosi aumentano la probabilità di cancro polmonare? come si valuta il rischio da SLC in riferimento sia al cancro che alla silicosi? qual'è la sorveglianza sanitaria adeguata degli esposti?

Lo sforzo prodotto dal NIS in questi tre anni è stato sicuramente opportuno ed encomiabile ma in alcuni casi le conclusioni del gruppo di lavoro non si sono rivelate risolutive. Anzi, sull'argomento più rilevante, la cancerogenicità della SLC, le conclusioni del NIS hanno innescato un confronto talora acceso.

Come si sa, attualmente la SLC non è classificata dall'UE come sostanza cancerogena, anche se alcune organizzazioni internazionali (IARC, EPA, WHO) hanno già da tempo messo in evidenza che diversi lavori pubblicati in varie parti del mondo suggeriscono invece un'azione cancerogena.

Anche per queste considerazioni, il NIS ritiene che la SLC sia un sicuro cancerogeno per l'uomo e i documenti preparatori alle linee guida risentono pesantemente di questa posizione "rigorosa".

Per contro, esponenti autorevoli del mondo accademico ed in particolare il Prof. Pira (Università di Torino) hanno messo in dubbio la fondatezza di questa conclusione anche confutando con argomenti di rara chiarezza e profondità d'analisi la correttezza della determinazione assunta dallo IARC e dell'interpretazione data dal NIS di alcuni lavori recentemente pubblicati. Su questo argomento, anche la SIMLII prende le distanze dalla decisione con cui il NIS ha classificato la SLC fra i sicuri cancerogeni per l'uomo.

Al di là della cancerogenicità più o meno sicura della SLC, tutti gli interlocutori si sono dimostrati in accordo sull'opportunità di rafforzare l'intervento preventivo sia riducendo l'impiego di SLC, sia utilizzandola in ciclo chiuso, sia misurando con frequenza adeguata l'esposizione). La diatriba riguarda le modalità con cui realizzare tale prevenzione: il NIS sembra aver adottato una linea "dura" e rigorosa che prevede l'etichettatura della SLC in forma respirabile come cancerogeno per inalazione (R49), mentre altri ritengono quanto meno prematura questa classificazione oltre che estremamente penalizzante per le aziende.

Nel corso della sessione pomeridiana dedicata alla stima del rischio, due rappresentanti degli imprenditori hanno espresso in modo chiaro il disagio del mondo produttivo nei confronti di questa situazione di incertezza che in Italia sta evolvendo verso una normazione eccessivamente rigorosa anche per confronto con gli altri paesi europei. L'Italia infatti utilizza il valore di riferimento proposta dall'ACGIH (0,05 mg/mc) che è il più basso fra quelli utilizzati in Europa.

Alcuni esponenti di ASL toscane hanno annunciato che in sede ispettiva già ora per la silice si richiede l'applicazione del capo VII° del D.L.vo 626/94, inducendo risolte espressioni di disaccordo fra i presenti.

Per quanto riguarda la stima del rischio, è sembrato a molti che la "validazione" di ben quattro metodi (Dorr Oliver, Higgins-Dewell, SKC GS3, GK2.69 con la possibilità di scelta di ben tre substrati: cellulosa, PVC e argento) sia stata inopportuna in quanto le prestazioni non sono spesso confrontabili e generano contenziosi difficilmente risolvibili. In altre parole, è sembrato che di fronte agli oggettivi problemi di definizione del metodo più corretto in assoluto, il gruppo di lavoro (condotto in gran parte da esponenti dell'INAIL) non abbia voluto prendere una decisione coraggiosa nell'indicare un metodo preferibile. Ciò avrebbe permesso in futuro una maggiore confrontabilità dei dati di esposizione ottenuti da osservatori diversi. Del resto, anche se questo argomento non è stato accennato, la sostituzione in blocco delle attuali linee di campionamento con modelli più recenti potrebbe porre problemi di costi che non tutti i componenti del gruppo di lavoro ha ritenuto sostenibili. Se così fosse, le conclusioni del gruppo di lavoro sarebbero affette da un grave conflitto di interessi che finirebbe col penalizzare i benefici dell'adozione delle linee guida.

Il rammarico per questa mancata occasione per fare chiarezza sull'argomento è maggiore se si considera che già da alcuni anni sono stati pubblicati lavori le cui conclusioni

indicano che i "vecchi" sistemi di campionamento (Dorr Oliver, Higgins-Dewell, Lippman) tendono a sovrastimare il rischio fino al 20% e che le caratteristiche dei campioni di polvere ottenuti con questi metodi possono influenzare in modo imprevedibile il risultato analitico.

Alla gestione dell'incertezza del metodo di stima del rischio è stata dedicata un'ampia considerazione del documento elaborato dal gruppo di lavoro che si è occupato di Igiene industriale. Anche qui, purtroppo, molti dei dubbi e delle incertezze rimangono irrisolti in quanto il calcolo proposto dell'incertezza "estesa" pone problemi tecnici non banali la cui soluzione si profila complessa e costosa e, con le metodiche attuali, porta ad una variabilità del dato analitico che può arrivare fino al 50% del valore misurato, anche se alcuni metodi si sono rivelati più precisi di altri.

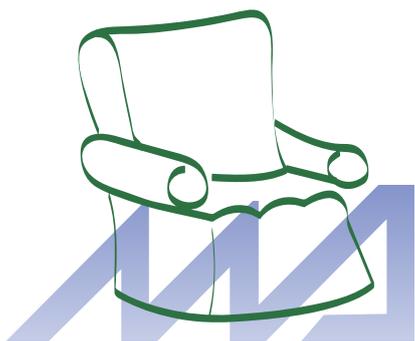
La gestione pratica di questa ampia variabilità è un argomento estremamente rilevante per le aziende in quanto influenza la sanzionabilità o il profilo di responsabilità dei datori di lavoro in caso di malattia professionale (silicosi o cancro polmonare). Più alta è l'incertezza del metodo utilizzato per la stima del rischio, tanto maggiore è, di fatto, l'irrilevanza in ambito giuridico di piccoli scostamenti verso l'alto dei dati ambientali rispetto ai limiti di riferimento.

Nonostante che uno degli obiettivi dichiarati del convegno fosse quello di sentire il parere delle "forze sociali", la partecipazione di queste ultime è stata tutto sommato scarsa, sia da parte dei datori di lavoro che da parte sindacale. Il portavoce di Confindustria ha portato l'esigenza degli imprenditori di avere certezze su questo come su altri argomenti che riguardano l'ambiente di lavoro senza peraltro scendere nel dettaglio tecnico dei documenti NIS o di eventuali proposte di modifiche.

In conclusione, il lavoro del NIS non è ancora arrivato a compimento anche se il dibattito è ancora in corso. Spiace constatare che, in questa situazione di oggettiva incertezza, in alcuni casi di contenzioso giudiziario od ispettivo, si tenda a confondere in modo inaccettabile il rischio da SLC talora con il "pericolo" (= la semplice presenza di SLC a prescindere dall'entità e durata dell'esposizione) e talora con l'esposizione, senza tenere conto delle altre caratteristiche della stessa come ad esempio la durata in termini di giorni o mesi/anno e di anni/vita lavorativa.

Il lavoro del NIS è stato comunque utile e lo sarà ancora di più se i responsabili del gruppo sapranno accogliere con serenità e spirito collaborativo le osservazioni e le critiche emerse dal confronto pubblico di Firenze.

Buon lavoro NIS!



DA LEGGERE IN POLTRONA

Nell'estate del 1842 e nel febbraio del 1943 alcuni studenti della facoltà di medicina di Monaco di Baviera distribuiscono volantini firmati "Rosa Bianca" che incitano alla resistenza contro Hitler e chiedono libertà per il popolo tedesco. Perché rischiano la vita? Che cosa li unisce? Da dove nasce il coraggio e il giudizio? La "Rosa Bianca" non è innanzitutto un gruppo di resistenza, quanto piuttosto un gruppo di persone unite da una profonda amicizia: Alexander Schmorell, Sophie Scholl, Hans Scholl, Willi Graf, Kurt Huber, Christoph Probst, Traute Lafrenz e altri. "Del gruppo che qui ho messo assieme avrai già sentito parlare. Gioiresti di questi volti, se tu li potessi vedere. L'energia che uno dedica a quei rapporti rifluisce tutta intera nel proprio cuore", scrive Hans Scholl. Le lettere riportate qui a fianco sono brani tratti dalla mostra "La Rosa Bianca. Volti di un'amicizia"

Hans Scholl alla madre e alle sorelle Inge e Sophie, Russia, 2 settembre 1942.

L'autunno ha già colorato le prime foglie nelle chiome degli alberi e le betulle, sì, le betulle se ne stanno, come fanciulle, tra gli abeti alti e seri e tremano per il freddo. Non è ancora palese ad ogni sguardo, ma c'è già come un velo sottilissimo e delicato sopra gli alberi e i prati. E' il "lutto" della natura che fa emergere tutta la malinconia e la trasforma in bellezza. Non capisco perché tante persone concepiscano la morte come una cosa così estranea. Non è proprio la morte che rende, o meglio, che *ha reso* preziosa la vita?

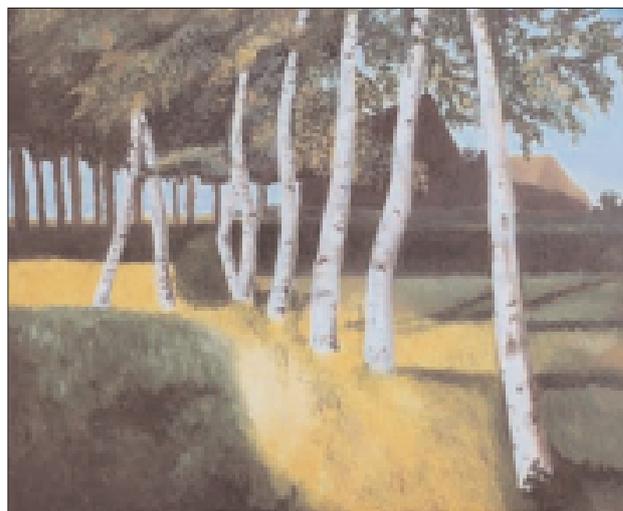
E' la morte che ci rende uomini, come pure il peccato. Il fiore è bello perché muore. Il fiore muore, ma la bellezza rimane. Sì, ancor di più: la morte trasfigura la bellezza. (Briefe und Aufzeichnungen, p. 109)

Sophie Scholl a Lisa Rempis, 10 ottobre 1942

Adesso di nuovo mi rallegro per gli ultimi raggi di sole. Sono piena di stupore per l'inaudita bellezza di tutto ciò che non è stato l'uomo a creare: le dalie rosse vicino al bianco ingresso del giardino; gli abeti alti e seri e le tremanti betulle coperte d'oro, con i loro tronchi, ora lucenti nel contrasto in mezzo a quel fogliame color verde e ruggine; il sole dorato, che esalta ancor di più la luminosa forza cromatica di ogni cosa, invece di soffocare – come fa il rovente sole dell'estate – tutto ciò che vorrebbe ancora muoversi. Tutto è così sorprendentemente bello che ancora non so quale sentimento il mio cuore senza parole dovrebbe manifestare di fronte a questo spettacolo. Perché il mio cuore non è ancora pronto per la pura gioia: si stupisce e si accontenta di uno stupore incantato. E non è anche un bel mistero e, qua-

lora non se ne conosca il motivo, quasi qualcosa che incute timore, il fatto che tutto sia così bello (nonostante le cose terribili che accadono)? Nella mia semplice gioia davanti a tutto ciò che è bello si è introdotto con forza qualcosa di grande e sconosciuto, cioè il presentimento del Creatore, che le innocenti creature con la loro bellezza lodano.

Perciò, in realtà solo l'uomo può essere brutto, perché con il libero arbitrio può decidere di separarsi da questo canto di lode. In questi giorni si potrebbe spesso pensare che l'uomo sia capace di soverchiare questo canto con rombi di cannone, maledizioni e bestemmie. Eppure la scorsa primavera una cosa è diventata chiara in me: egli *non può* farlo e io voglio tentare di mettermi dalla parte dei vincitori. (Briefe und Aufzeichnungen, pp. 273s.)



PROMOZIONE

La medicina del lavoro

ALLA SEGRETERIA DELL'ANMA - 20123 MILANO, VIA S. MAURILIO 4 - FAX 02 72002182
Modulo di adesione abbonamento a "La Medicina del Lavoro" per l'anno 2005/2006

Il sottoscritto _____

in quanto socio ANMA, aderisco all'offerta ANMA di sottoscrivere l'abbonamento a "La Medicina del Lavoro" per l'anno 2005-2006 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 _____

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 *

CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO



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