

Medico Competente Journal

GIORNALE
PROFESSIONALE E SCIENTIFICO

OCCUPATIONAL PHYSICIAN SCIENTIFIC
AND PROFESSIONAL JOURNAL

GIUGNO 2006

ANNO 13, NUMERO 3-4/2005



editoriale

5

-Lettere del presidente

contributi e articoli originali

7

- La nuova tabella delle malattie professionali: quando e quale denuncia
- Tunnel carpale e denuncia: alcune riflessioni e una proposta da approfondire
- La cura della voce e dell'udito in ambito lavorativo: diagnosi precoce e prevenzione
- Idoneità alla mansione specifica negli esposti a rumore
- Lo stress correlato al lavoro: il contesto, le reazioni e lo scenario per il medico competente
- Dalla 626 al Benessere: Stress / burn-out / mobbing
- Dentro le dipendenze nel mondo del lavoro: il ruolo del medico competente

materiali di lavoro

35

- Apprendisti e minori: aspetti sociali e tutela sanitaria
- Alcool e lavoro: attività lavorative considerate a rischio per terzi
- Visite preassuntive permesse? Sentenza della corte di cassazione
- Un caso da sottolineare: sanzione per omessa visita a videoterminalista cinquantenne

in calendario

54

- 19° Convegno Nazionale ANMA
- Convegno: il Medico Competente e le recenti evoluzioni normative: vibrazioni, rumore, lavoro notturno, lavoro atipico "aspetti applicativi"

da leggere in poltrona

58

- Rendere il cuore del nostro prossimo familiare e caro a noi



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

Notiziario A.N.M.A. - Rivista trimestrale dell'Associazione - Milano
Spedizione in Abbonamento Postale 70% Filiale di Milano

Il mondo MEDISCOPIO

DIAGNOSTICA

(tabelle rischi e denunce agli ispettorati)

KAOS

(esposizione al rumore)

ICARO

(gestione attività S.P.S.A.L.)

IGIENING

(elaborazione e statistica dei dati ambientali e test OTL)

MEDICINA GENERALE

(la memoria e l'organizzazione del medico)

MEDICINA DEL LAVORO

(gestione completa sanitaria ed ambientale)

MENELAO

(gestione di commesse nella medicina del lavoro)

PENELOPE

(banca dati sulle sostanze chimiche)

PIANO SANITARIO AZIENDALE

(pianifica la situazione sanitaria in azienda)

PRORISK

(protocolli sanitari)

POLIFEMO

(gestione del rischio VDT)

QUASIMODO

(gestione del rischio MMC)

ULISSE

(gestione del laboratorio polispecialistico e di analisi)

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

COGNOME..... NOME

AZIENDA..... Titolo

Settore attività

Indirizzo..... Città

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

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

Prodotti d'interesse.....

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

Medico Competente Journal

NOTIZIARIO A.N.M.A.

NUMERO 3/4 2005



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

Numero 3/4 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

Conseglieri

Gino Barral, Danilo Bontadi, Gilberto Boschioli, Umberto Candura

Daniele Ditaranto, Armando Fiorello, Francesco Gazzero, 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 EURO 100,00

(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

Campagna

Segr. Francesco Gazzero

Via Stazio, 13 - 80123 Napoli
tel 081 7146183 - fax 081 7142025

e-mail: mechirad@libero.it

Emilia Romagna

Segr. Dr. Francesco Origlia

Via Ponte Vecchio, 100 - 40139 Bologna
tel. 051 4990243 cell. 335-5354322

e-mail: francesco.origlia@katamail.com

Lazio

Segr. Marco Garufi Bozza

Via Raffaele Stern, 4 - 00196 Roma
tel. 335 6009306

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° - 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. Antonio Porro

Viale Venezia Giulia, 138 - 70031 Andria (BA)
tel. 0883 553394 cell. 335 6665003

e-mail: tonyporro@interfree.it

Trentino Alto Adige

Segr. Azelio De Santa c/o Progetto Salute

Via Milano, 119 Trento

tel. 0461 912765

e-mail: desanta@progettosalutetn.it

Umbria

Segr. Anselmo Farabi

Via dei Cappuccinelli, 22 - 06100 Perugia

tel. e fax 075 43436

e-mail: alfarabi@excite.it

Triveneto

Segr. Piero Patanè

Via Nazareth, 2 - 35100 Padova

tel. 049 850277 fax 049 850549

e-mail: piero.patanè@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

te. 0522 431944

Taranto

Segr. Massimo Sabbatucci

Via C.Battisti, 165 - 72100 Taranto

tel. 099 4773840

e-mail: m.sabbatucci@tiscalinet.it

Bologna

Segr. Dr.ssa Grazia Guiducci (Amb)

Via dell'Artigiano, 4 - 40100 Bologna

tel. 051 6474300 cell. 335 6098643

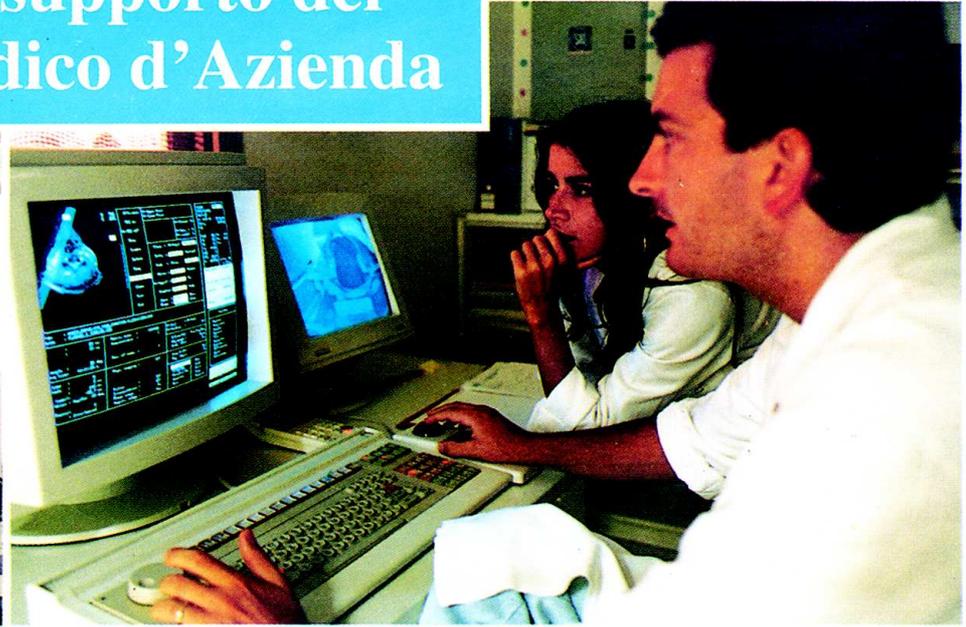


H SAN RAFFAELE RESNATI

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



EDITORIALE

*Il Presidente
Giuseppe Briatico-Vangosa*

Desidero informare tutti i lettori sulle iniziative che la nostra Associazione ha messo in cantiere per il prossimo futuro.

1) 19° CONGRESSO NAZIONALE ANMA.

Come preannunciato durante l'Assemblea di Courmayeur e in diverse occasioni successive, il nostro appuntamento congressuale nazionale 2006 sarà contenuto nel tempo, agile e in qualche modo poco tradizionale. L'appuntamento è a Milano sabato 17 giugno 2006 presso la medesima sede congressuale dove si svolge il Congresso mondiale ICOH che celebra il centenario della fondazione dell'ICOH stessa, avvenuta a Milano nel 1906. Il nostro Congresso s'inserisce quindi in una cornice prestigiosa e irripetibile e per tale motivo non può che essere agile e sintetico, ponendosi alla fine di una intensa settimana congressuale di alto livello scientifico. Il nostro Congresso, attraverso un'analisi dei modelli per gestire la prevenzione in azienda attuati nei Paesi membri della Comunità Europea, si propone di portare al dibattito la posizione maturata dall'Associazione sugli strumenti per misurare qualità ed efficienza del nostro operare, aggiungendo un tassello fondamentale al Codice di Comportamento da noi pubblicato nell'ormai lontano 1997. L'Assemblea ordinaria dei Soci, chiamata in seconda convocazione alle ore 14,30 sempre di sabato 17 giugno presso la sede congressuale, è un secondo momento importante e fondamentale per la vita associativa. L'Assemblea, oltre ad onorare i doveri del nostro Statuto, intende essere occasione per dibattere fra di noi con ampio respiro, con l'assistenza di esperti, i problemi professionali che sono sul tavolo e le prospettive che possono aprire.

2) LE ALTRE INIZIATIVE

Questo primo appuntamento è seguito da una serie di eventi di più denso carattere scientifico pur sempre privilegiando il taglio pratico e che si svolgeranno a livello territoriale. L'intento è dare spazio alle nostre sezioni regionali pur mettendo in onda eventi di respiro nazionale.

Gli eventi ad oggi programmati sono:

30 giugno-1 luglio 2006 - Convegno "Il Medico competente e le recenti evoluzioni normative: vibrazioni, rumore, lavoro notturno, lavoro atipico. Aspetti applicativi" - Riccione, Palazzo del Turismo.

Accreditato ECM con 9 crediti formativi per medico, nello specifico per medico del lavoro/competente.

L'evento è realizzato dalla nostra Sezione Emilia-Romagna

13 ottobre 2006 - Convegno "Stress da lavoro: un rischio inesorabile ?" - Padova, Aula Magna Centro Congressi "Papa Lucani", via Forcellini 170
L'evento è realizzato dalla nostra Sezione Veneta; anche per questo evento sarà richiesto l'accREDITAMENTO ECM.

10 novembre 2006 - Convegno "Patologie ORL di interesse occupazionale" - Scarperia (FI), UNA HOTEL POGGIO DEI MEDICI.
L'evento è realizzato dalla nostra Sezione Liguria; sarà richiesto l'accREDITAMENTO ECM.

novembre 2006 (data da definire) - Convegno su "disabilità e lavoro". Melfi (luogo da definire) - L'evento è realizzato dalle nostre Sezioni Apulo-Lucana e Campania; sarà richiesto l'accREDITAMENTO ECM.

Oltre a queste iniziative siamo in grado di replicare, anche territorialmente purché vi siano le condizioni logistiche ed un numero adeguato di partecipanti, i corsi ECM già accreditati (Corso di aggiornamento per il Medico Competente "Test di screening e diagnostici in medicina del lavoro" 38 crediti ECM; Corso teorico-pratico per il Medico Competente "La Norma ISO 9001:2000 e la Carta dei Servizi applicate alle attività del Medico Competente" 15 crediti ECM). Abbiamo anche in programma per settembre 2006 la realizzazione di un corso di formazione sulla valutazione del rischio da movimenti ripetitivi del sistema mano-braccio.

Lo sforzo della nostra Associazione è tangibile.

Sarà nostra cura tenervi aggiornati. Invitiamo tutti a consultare periodicamente il nostro sito www.anma.it dove sono puntualmente pubblicate le nostre iniziative ed anche ogni altro evento formativo di cui si abbia notizia.

Desideriamo richiamare la vostra attenzione sul continuo sforzo organizzativo teso a migliorare il nostro sito ANMA che è una miniera di informazioni ed una raccolta organizzata di dati utili alla nostra attività.

Invio a tutti i miei migliori saluti e augurandomi di incontrarvi numerosi il 17 giugno p.v. al nostro Congresso e di seguito alle varie iniziative da noi programmate.

LA NUOVA TABELLA DELLE MALATTIE PROFESSIONALI: QUANDO E QUALE DENUNCIA



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Gino Barral
ANMA sezione piemonte

Il Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 27 aprile 2004 è una legge molto semplice, in quanto è costituita da due soli articoli e da tre allegati. Nell'articolo 1 comma 1 viene specificato che la legge riporta "l'elenco delle malattie per le quali e' obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124".

L'articolo uno continua poi chiarendo che "l'elenco è costituito: dalla lista I, contenente malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità; dalla lista II, contenente malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità; dalla lista III, contenente malattie la cui origine lavorativa è possibile".

Nell'articolo 2 viene precisato che "nella denuncia di cui all'art. 1, limitatamente alle liste I e II, va indicato il codice identificativo, riportato in dette liste, della malattia correlata all'agente". Seguono tre allegati che riportano i tre elenchi.

Nelle liste viene indicato per ciascuna malattia un agente specifico che, si deduce, deve essere presente per la definizione di "malattia per la quale è obbligatoria la denuncia". Per alcuni agenti fisici sono precisate alcune condizioni per cui l'agente possa essere considerato efficace. (esempio: per le sindromi da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori viene indicato che devono essere presenti "microtraumi e posture incongrue a carico degli arti superiori per attività eseguite con ritmi continui e ripetitivi per almeno la metà del tempo del turno lavorativo").

Direi che, a questo punto, è evidente che per tutte le patologie inserite nei tre elenchi deve essere fatta la segnalazione all'Ispettorato del Lavoro senza alcuna distinzione tra quelle inserite in una lista piuttosto che in un'altra. Unica limitazione che deve essere tenuta presente e che deriva dall'attenta lettura delle liste è la presenza, oltre che della malattia, anche dell'agente che in qualche caso deve comparire con alcune caratteristiche minime.

Un punto fondamentale per poter rapidamente decidere se siamo in presenza di un obbligo di denuncia ex art. 139/1124 è quindi quello di richiedere che sia sempre indicato nella valutazione dei rischi la precisazione della presenza o meno dei vari agenti eziologici previsti dalla legge.

Se poi si va a verificare ciò che dice l'articolo 139 del DPR. 30.06.1965 n. 1124 si trova che "La denuncia deve essere fatta all'Ispettorato del lavoro competente per territorio, il quale ne trasmette copia all'Ufficio del medico provinciale".

La legge quindi non parla assolutamente di referto ex art. 365 del c.p. ed evidentemente parte da presupposti diversi. Va comunque necessariamente chiarito che il medico non può non tener conto del "Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 27 aprile 2004".

Infatti l'art. 365 del codice penale recita: "chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto pel quale si debba procedere d'ufficio, ometta o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'art. 361 è punito.."

Si ricorda che "i casi che possono presentare i caratteri di un delitto per i quali si debba procedere d'ufficio" sono tutti quei casi di lesioni personali colpose gravi o gravissime. Una lesione che abbia un tempo di guarigione superiore a 40 giorni oppure sia causa della diminuzione permanente della funzionalità di un organo o di un senso è considerata lesione grave.

La segnalazione deve essere fatta ad un "Ufficiale di Polizia Giudiziaria" e, normalmente, viene fatta all'Ufficiale di Polizia Giudiziaria del Servizio di Prevenzione e Protezione degli Ambienti di Lavoro dell'ASL di competenza.

A questo punto occorre fare una domanda che molti medici del lavoro si pongono: "Quali sono i casi in cui le patologie indicate nella nuova tabella delle malattie professionali possono presentare i caratteri di un delitto per i quali si debba procedere d'ufficio?"

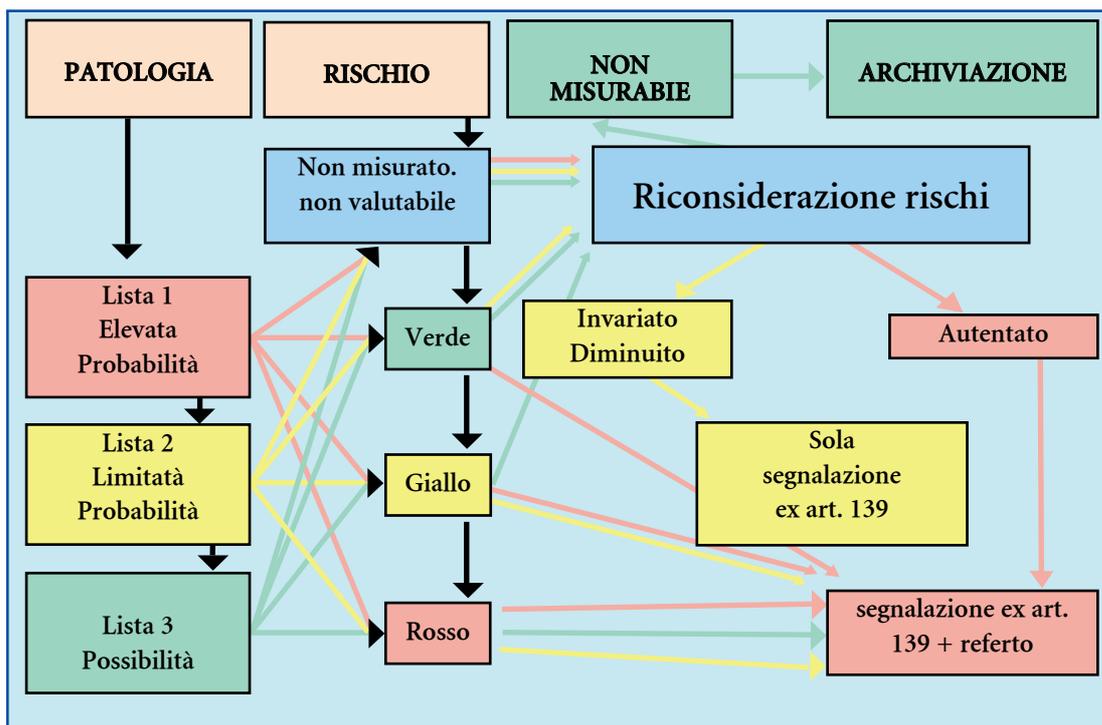
Da un'attenta lettura della tabella emerge già una prima parziale risposta: le patologie elencate non sempre costituiscono necessariamente una lesione grave o gravissima e sono quindi soggette a referto ex art. 365 c.p. (ad esempio, sempre nel campo delle patologie causate da "microtraumi e posture incongrue a carico degli arti superiori per attività eseguite con ritmi continui e ripetitivi per almeno la metà del tempo del turno lavorativo", possiamo trovare le tendiniti dei flessori/estensori delle dita della mano che non devono inevitabilmente durare più di quaranta giorni: qualche volta, se messe a riposo e curate adeguatamente, possono sicuramente guarire in 20-30 giorni).

Un secondo punto da ponderare attentamente è la valutazione della probabilità che si verifichi la malattia in presenza dell'agente eziologico. La possibilità teorica che un determinato agente eziologico presente negli ambienti di lavoro sia causa di malattia professionale è

già determinata dalla legge. Infatti quest'ultima classifica le varie patologie professionali come malattie la cui origine professionale è di elevata probabilità, di limitata probabilità o di semplice possibilità. Con la valutazione dei rischi si misura, nelle specifiche condizioni di ciascuna azienda, quale è la probabilità che un certo agente eziologico sia in grado di causare la malattia.

Ragionando su quanto specificato dalla legge e confrontando con quanto in genere è indicato nella valutazione dei rischi si possono fare alcune considerazioni. Ad esempio, una patologia che è stata classificata dalla legge come patologia la cui origine professionale è di elevata probabilità, va considerata tale anche in presenza di un rischio considerato molto basso, ma comunque presente in quanto misurato; potrebbe essere non obbligatorio il referto solo in presenza di un rischio non valutato in quanto non misurabile per la sua minima entità. Al contrario, la presenza di una patologia classificata solo semplicemente come di possibile origine lavorativa necessita della presenza di un rischio evidente per essere considerata di "sospetta origine professionale". Le varie interazioni tra probabilità teorica (prevista dalla legge) e probabilità misurata in ogni singola azienda (contenuta nella valutazione dei rischi) che una patologia sia di origine professionale e i conseguenti percorsi operativi si possono vedere nella proposta operativa indicata nella tabella 1.

Da medico del lavoro, un'ultima importante raccomandazione: utilizzare tutti i casi di insorgenza di patologia elencata nelle tabelle delle patologia come indicatori di possibile rischio e conseguentemente richiedere al datore di lavoro di riconsiderare la possibilità della presenza di un determinato rischio in grado di causare la patologia e quindi eventualmente di eseguire o di rivedere la misurazione del rischio stesso.



TUNNEL CARPALE E DENUNCIA: ALCUNE RIFLESSIONI E UNA PROPOSTA DA APPROFONDIRE



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Gino Barral
ANMA sezione piemonte

"Il tunnel carpale è sempre denunciabile in caso di esposizione a rischio in quanto presenta sempre la diminuzione della funzionalità di un organo o di un senso?". E' questa una domanda che molti colleghi possono trovarsi a dover rispondere in quanto si trovano alle prese con un caso di tunnel carpale (tabellato in allegato 1 - Malattia la cui origine professionale è di "elevata probabilità")

IL DANNO APPREZZABILE

Per meglio chiarire il concetto di danno apprezzabile è opportuno confrontarsi con una malattia professionale già ampiamente studiata in campo medico legale presente al primo posto nell'allegato 1 della nuova tabella delle malattie professionali: il danno da rumore.

Nel campo delle ipoacusie da rumore, l'esistenza di un margine tra audiometria normale (normoacusia) e malattia penalmente rilevante è ormai consolidata e comunemente approvata; al massimo, vi sono ancora alcune discrepanze sulla definizione del punto in cui l'audiometria è da considerarsi non più normale e sulla modalità di determinazione del punto in cui le alterazioni dell'audiometria diventano tali da avere le caratteristiche di alterazioni penalmente rilevanti.

Infatti i lavoratori vengono normalmente raggruppati in soggetti normoacusici (gruppo comprendente anche soggetti che, pur avendo una curva audiometrica con lievissimi deficit nelle frequenze tipiche del danno da rumore, non superano il limite dei 25 dB), soggetti che presentano una alterazione della curva audiometrica compatibile con effetto da rumore, soggetti con audiometria compatibile con danno da rumore, soggetti con audiometria patologica per cause diverse.

Questa forma di raggruppamento vuole opportunamente distinguere, per quanto concerne l'influenza del tema rumore, quattro gruppi di soggetti:

- i soggetti sani con audiometria "perfetta";
- i soggetti sani con audiometria normale ma che a livello delle frequenze acute hanno un lieve "effetto" da esposizione a rumore;
- i soggetti che non hanno più una audiometria normale, ma che non possono ugualmente essere considerati malati, perché nella loro vita quotidiana essi non hanno alcun deficit uditivo che possa costituire una differenza apprezzabile nella comune vita di relazione;
- i soggetti con audiometria compatibile con danno da rumore - in questo gruppo (l'unico penalmente rilevante e come tale comunemente segnalato) sono inseriti tutti quei lavoratori la cui audiometria indica una alterazione tale da essere causa di un apprezzabile calo della funzionalità uditiva ovvero di un indebolimento permanente dell'udito (3) (7).

Va inoltre sottolineato come questa classificazione del danno acustico abbia il merito di creare uno spazio di manovra per il medico competente: egli, infatti, non è solo chiamato a distinguere i soggetti sani dai soggetti malati, ma ha modo di operare in modo preventivo nel campo dei "non malati". Infatti, la suddetta impostazione permette di intervenire (con limitazioni o prescrizioni) sui soggetti che non hanno più un'audiometria considerabile normale, ma al contempo non hanno ancora alterazioni tali da costituire un apprezzabile indebolimento del senso dell'udito.

Volendo ora trasferire questi concetti al tunnel carpale è opportuno fare alcune importanti considerazioni.

La sindrome del tunnel carpale è caratterizzata da un ritardo di velocità di conduzione dello stimolo nervoso del nervo mediano a livello del polso. La sintomatologia soggettiva - formicolii che interessano il 1°-2°-3° dito e la faccia radiale del 4° inizialmente con esordio prevalentemente notturno - non sempre coincide con la dimostrazione elettromiografica di ritardo di conduzione e, per contro, vi sono soggetti totalmente asintomatici che hanno un relativo aumento del tempo di conduzione del nervo.

Il Gruppo Italiano per lo studio della Sindrome del Tunnel Carpale classifica da punto di vista strumentale (4) la patologia nel seguente modo:

- STC negativa: reperti normali a tutti i test.
- STC minima: reperti anormali solo nei test comparativi o segmentari;
- STC lieve: rallentamento della conduzione sensitiva nel tratto dito-polso con DML nella norma;
- STC media: rallentamento della conduzione sensitiva nel tratto dito-polso con aumento della DML;
- STC grave: assenza di risposta sensitiva nel tratto dito-polso con DML (latenza distale motoria) aumentata;
- STC estrema: assenza di risposta motoria tenar;

Vi è poi una classificazione clinica elaborata da Giannini e collaboratori che hanno proposto nel 2002 un nuovo modello di stadiazione clinica ripreso dal Gruppo Italiano per lo studio della Sindrome del Tunnel Carpale:

- stadio 0: nessun sintomo suggestivo di STC;
- stadio 1: solo parestesie notturne;
- stadio 2: parestesie diurne;
- stadio 3: deficit sensoriale;
- stadio 4: ipotrofia e/o deficit motorio dei muscoli dell'eminanza tenar che sono innervati dal n. mediano;
- stadio 5: completa atrofia o plegia dei muscoli dell'eminanza tenar che sono innervati dal n. mediano.



Volendo pertanto ragionare in analogia con il danno da rumore, si può facilmente affermare che i primi due gradi di malattia (STC minima e STC lieve) sembrano, da un punto di vista strumentale avere una straordinaria corrispondenza con i primi due gruppi descritti nel campo della patologia da rumore:

Nel primo gruppo siamo infatti ancora nel campo della normalità: nessuno dei valori audiometri supera la soglia dei 25 dB pur dimostrando la curva audiometrica un "effetto" da rumore, anche la velocità di conduzione sia sensitiva che motoria è nei limiti della norma e solo dalla comparazione tra velocità di conduzione sensitiva del nervo mediano e quella del nervo ulnare si apprezza, nel campo della normalità, una differenza di velocità superiore a 0.5 m/s².

Nel secondo gruppo è invece rilevabile una velocità di conduzione sensitiva che è lievemente inferiore alla norma ma clinicamente non dà ancora una diminuzione della funzionalità della mano che presenta ancora una normoestesia.

Solo dal livello successivo (STC media) è presente deficit sensoriale e pertanto è sostenibile la concreta diminuzione della funzionalità della mano e del nervo mediano con realistiche conseguenze nella vita di relazione. Infatti dal punto di vista clinico le parestesie (non sempre presenti - Sogno segnalati casi di forme iniziali di tunnel carpali asintomatici) sono

, in cui non sono più presenti reperti di assoluta normalità ai test, ma vi sono alterazioni della conduzione sensitiva (STC lieve o minima) possono essere considerati livelli non ancora classificabili come malattia (disease). Viceversa, un apprezzabile calo della funzionalità è certamente presente nelle forme media, grave ed estrema, cioè quando è alterata la funzione motoria della radice nervosa.

In questo caso, già le definizioni dei singoli stadi evidenziano come si possa parlare di malattia (disease) a partire dal terzo stadio in poi, mentre nello stadio 1 e 2 sono presenti solamente parestesie (fastidi - discomforts).

LA CURA DELLA VOCE E DELL'UDITO IN AMBITO LAVORATIVO: DIAGNOSI PRECOCE E PREVENZIONE



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

*Francesco Gazzero
ANMA sez. Campana*

Voce e udito, due funzioni essenziali nella vita di relazione, praticamente sempre coinvolte in tutti i momenti della nostra giornata ed in tutti gli ambienti di vita e di lavoro.

Lo studio dell'udito e dei danni da rumore è ormai una "scienza" consolidata dal tempo e le conoscenze in materia sono sicuramente convalidate ed approfondite, soprattutto per quanto attiene a quelle relative ai danni uditivi ed extrauditivi.

Molto più recenti sono gli studi dei danni alla voce in ambito lavorativo, al punto che, il D.M. 27 aprile 2004 (INAIL) elenca tra le patologie di probabile origine professionale i "noduli vocali cordali da sforzi prolungati delle corde vocali".

Il D.Leg. 626/94, all'Art. 4, comma 1, obbliga il Datore di Lavoro alla valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, intendendo per "tutti" non solo i rischi professionali tabellati e/o normati (es. rumore), ma anche quelli non tabellati né normati o addirittura emergenti (es. stress vocale, disfonie professionali).

Lo stesso Decreto, all'Art. 17, comma 1, obbliga il Medico Competente a collaborare con il Datore di Lavoro e con il Servizio di Prevenzione e Protezione "all'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psicofisica dei lavoratori".

Il Medico Competente pertanto, nello specifico, viene investito da un doppio ruolo di prevenzione e di controllo periodico di eventuali danni dell'udito e della voce dei lavoratori.

Se per "l'udito" esiste una corposa letteratura in materia, lo stesso non può dirsi per "la voce".

Per l'udito un adatto strumentario consente non solo di identificare il rischio rumore ma di quantificarlo e, sulla base di questi elementi, mette il Datore di Lavoro in condizione di predisporre tutte le misure di prevenzione ambientali ed individuali per eliminare o abbattere il rischio e tutelare così l'integrità della funzione uditiva dei lavoratori.

Per la voce il discorso si complica un po' perché, ad oggi, non esiste uno strumentario specifico adatto a valutare un rischio vocale, anche se è facilmente analizzabile il "fenomeno" vocale con indagini laringostroboscopiche che visualizzano i movimenti delle corde vocali e con registrazioni di analisi vocale (sonogramma).

La valutazione del rischio vocale è un po' empirica perché l'identificazione del "carico vocale" si effettua in via indiretta considerando gli ambienti di lavoro, il numero dei dipendenti operanti negli stessi ambienti, la necessità dell'uso delle comunicazioni verbali, la frequenza di queste comunicazioni, i livelli tonali

necessari, la rumorosità di fondo, etc.

Ad ogni buon conto le due funzioni (voce e udito) sono in strettissimo collegamento tra loro anche e soprattutto in ambienti lavorativi condizionati dal rumore di fondo che, se elevato, impone certamente un aumento dell'impegno vocale date le possibili e molto probabili implicazioni infortunistiche per un "effettivo disturbo della comunicazione"

E' stato dimostrato che una "comunicazione efficace" è quella che consente di percepire il 90% delle sillabe e il 97% delle frasi di senso compiuto e, per ottenere questi risultati, l'intensità della voce deve superare di almeno 10 dB il rumore di fondo.

Oggi, in ambienti di vita esterni alle pareti domestiche, i livelli sonori di fondo sono molto alti, al punto che livelli di 70 - 80 dB sono considerati la norma nel traffico urbano di una grande città. Non si fa fatica pertanto a ritenere che il rumore di fondo in alcuni ambienti di lavoro (es. catene di montaggio) possa essere almeno allo stesso livello se non più alto; ne consegue che una comunicazione verbale, per essere intesa, deve arrivare almeno a 85 - 90 dB o più, il che equivale ad un tono di voce "forte" o "gridata", e spesso può essere necessario integrare la comunicazione verbale con la lettura labiale e la gestualità, attività queste non sempre perfettamente intelligibili.

Altro fattore di rischio da tenere presente è, oltre il livello dei toni, la frequenza d'uso dell'apparato vocale, anche se a livelli più contenuti (50 - 60 dB).

Se si considera che un insegnante, a seconda del tipo di scuola e della materia di insegnamento, può essere impegnato fino a 38 ore la settimana, con un impegno vocale che va dal 20 al 75% del tempo, si capisce come il "carico vocale" possa divenire veramente notevole.

Anche gli addetti ai call center impegnano sia l'apparato uditivo che l'apparato vocale per tutto il tempo di permanenza alla loro postazione di lavoro.

Categoria sicuramente a rischio di stress vocale sono i cantanti, siano essi cantanti lirici o di musica leggera, perché tra prove, concerti, etc. possono avere un impegno vocale dalle 10 alle 30 ore settimanali

Per questa ultima categoria occorre però fare un distinguo e più precisamente, se si tratta di coristi o di altri lavoratori subordinati il Medico Competente può intervenire, ma per i cantanti propriamente detti che, in linea di larga massima, sono tutti dei "liberi professionisti", il M. C. non è chiamato a svolgere alcuna attività né di prevenzione né di controllo.

E' molto importante ricordare che lo stress vocale è aggravato se l'attività si svolge in ambienti confinati o peggio ancora con presenza di fumi, gas, polveri e/o sostanze irritanti aerodisperse.

Quale sarà quindi il ruolo del Medico Competente per la tutela degli apparati uditivo e vocale dei lavoratori.

Il D.Leg. 626/94 prevede una serie di compiti da affidare al Medico Competente.

A parte i compiti ovii della Sorveglianza Sanitaria preventiva e periodica, il Medico Competente deve collaborare con il Datore di Lavoro e con il Servizio di Prevenzione e Protezione "alla predisposizione dell'attuazione delle misure di tutela della salute e dell'integrità psico fisica dei lavoratori" il che significa che dovrebbe partecipare alla valutazione del Rischio ed alla preparazione del Documento relativo di cui all'Art. 4 del D.Leg. 626/94.

In questa fase estremamente delicata il Medico Competente potrebbe, ove coinvolto nella valutazione, far valere le proprie conoscenze in materia suggerendo, se del caso, anche modifiche strutturali, ambientali, impiantistiche, strumentali, del layout del posto di lavoro, etc. tutte finalizzate all'abbattimento all'origine dei rischi.

L'istituzione e l'aggiornamento per ogni lavoratore di un Libretto Sanitario Personale e di Rischio può consentire al Medico Competente il controllo nel tempo delle eventuali patologie d'organo che si dovessero presentare, suggerendo eventuali interventi preventivi o terapeutici.

L'informazione individuale ai lavoratori e/o collettiva ai loro rappresentanti (RLS) e la loro Formazione in materia di Rischi Professionali e Tutela della Salute, è di particolare importanza perché ogni soggetto, per la sua parte, possa collaborare attivamente in Azienda con tutte le figure professionali della prevenzione per la miglior tutela del patrimonio "salute".

Sono previsti anche sopralluoghi congiunti del Medico Competente e del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione negli ambienti di lavoro (una o due volte l'anno), sopralluoghi finalizzati a costatare la validità delle misure di prevenzione e tutela della salute messe già in atto e/o la necessità eventuale di modifiche o miglioramento e integrazione delle stesse.

La Sorveglianza Sanitaria propriamente detta, ai sensi dell'Art. 16 del D.Leg. 626/94, comprenderà accertamenti "clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio", sia in Visita Preventiva, intesa a costatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui i lavoratori sono destinati, sia in Visita Periodica per controllare lo stato di salute dei lavoratori.

In **Visita Medica Preventiva** sarà necessario esprimere il Giudizio di Idoneità alla Mansione Specifica e di

conseguenza sarà opportuna una attenta selezione del personale da inviare al lavoro con esposizione al rischio. Sarà indispensabile una accurata indagine anamnestica ed una approfondita Visita Clinica supportata da adeguate indagini strumentali.

Se necessario saranno interpellati Medici Specialisti di Branca.

Per quanto attiene al rumore potranno essere esclusi da lavorazioni a rischio soggetti con precedenti affezioni acute e/o croniche dell'apparato uditivo siano esse infiammatorie (otiti), degenerative (sclerosi) o tossiche (terapie antibiotiche pregresse), nonché soggetti con familiarità per le otopatie, tutte condizioni queste che potrebbero aggravarsi o slatentizzarsi con l'esposizione al rumore.

Vanno identificati e valutati anche i soggetti che potrebbero sviluppare più o meno gravi disturbi di tipo extrauditivo per l'esposizione al rumore. I più esposti sono i portatori di disturbi mentali (anche lievi) quali nevrosi, psicosi, isteria, epilessia, emicranie e/o cefalee recidivanti, ed ancora disturbi degli apparati cardiovascolare, gastroenterico, neurovegetativo, etc.

Vanno anche identificati ed esclusi i soggetti ipersuscettibili quelli cioè che, pur senza esposizioni pregresse, presentano una certa "fragilità uditiva" evidenziata da una sproporzionata lunghezza dei tempi di recupero dello " spostamento temporaneo della soglia uditiva " (STS) conseguente ad una stimolazione sonora. Anche per attività con notevole impegno vocale possono esserci delle controindicazioni preventive.

Soggetti portatori di patologie acute e/o croniche dell'apparato vocale quali ad esempio faringo tracheiti recidivanti, corditi, laringiti croniche, etc o portatori di patologie cardiache o respiratorie, che difficilmente consentirebbero di sopportare un carico vocale anche di poco superiore alla media, vanno esclusi dalla esposizione al rischio.

Anche in questo campo esistono soggetti ipersuscettibili per i quali, anche un modestissimo aumento dei carichi vocali, stimola la necessità di raschiare la gola, o la voce diventa roca e disfonica, o si sente la necessità di tossire ogni tanto, o si avverte fatica nel parlare con comparsa di lieve dispnea, etc. Tutti questi sintomi aspecifici possono indicare una " fragilità vocale" suscettibile di peggioramento per abnormi sollecitazioni d'organo.

In **Visita Medica Periodica** è obbligatorio per il Medico Competente confermare o meno il Giudizio di Idoneità alla Mansione Specifica già espresso in Visita Medica Preventiva.

Saranno ritenuti Idonei non solo quei soggetti che non presentano patologie dell'apparato in esame ma anche quelli per i quali, pur se portatori di qualche patologia

specifico d'organo, non sia prevedibile un consistente aggravamento della stessa per la permanenza al lavoro con esposizione al rischio.

Per esempio: un soggetto portatore di trauma acustico cronico provocato da una pregressa esposizione a 100 dB, potrà essere regolarmente impiegato in attività con esposizione a rumore se detta esposizione non supera i 90 dB.

Saranno ritenuti Idonei con Prescrizione tutti quei soggetti che, presentando problemi d'organo, saranno obbligati all'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), o di altri supporti tecnologici per la attenuazione del rischio. Per esempio: uso di cuffie antirumore anche per livelli sonori inferiori a quelli previsti dalle norme, o impiego di mezzi audiovisivi per ridurre i tempi di esposizione e/o di impegno vocale.

Saranno ritenuti Temporaneamente Non Idonei i portatori di patologie acute e/o cronicizzate dei singoli apparati presi in esame. Potranno essere riammessi all'esposizione al rischio a guarigione avvenuta e dopo una ulteriore Visita Medica seguita da modifica del Giudizio di Idoneità.

Saranno ritenuti Non Idonei i soggetti per i quali una permanenza all'esposizione al rischio può comportare severi problemi di aggravamento delle patologie e/o marcato incremento del rischio infortunistico.

Alcuni esempi :

soggetti ipoacusici (anche non gravi) con difficoltà alla percezione della voce parlata in attività che si fondano sulla comunicazione verbale: impossibilità all'uso degli otoprotettori per patologie croniche che ne controindichino l'uso; intolleranza all'uso degli otoprotettori; incompatibilità degli otoprotettori con altri DPI obbligatori (maschere, autorespiratori, etc.); presenza di patologie extrauditivie slatentizzate dalla esposizione al rischio; ipoacusie neurosensoriali molto severe che riducano notevolmente la capacità lavorativa del soggetto a svolgere le mansioni specifiche per difetto di comunicazione; impossibilità all'uso di supporti audiovisivi sostitutivi di gravoso carico vocale non più supportabile; disturbi di fonazione frequentemente recidivanti che beneficiano poco della terapia specifica e non beneficiano di eventuali sospensioni temporanee dell'attività a rischio.

E' ben chiaro che questi " Giudizi di Idoneità Specifica alla Mansione" vanno espressi sempre in maniera molto oculata e deontologicamente corretta ben conoscendo le implicazioni, non solo di carattere psicologico, ma anche di carattere economico e di sviluppo di carriera, che un eventuale giudizio di Non idoneità potrebbe comportare. Anche un Giudizio di Idoneità, espresso con

superficialità, potrebbe portare nocumento notevole al lavoratore per la possibilità di aggravamento di patologie di cui il lavoratore potrebbe essere portatore.

Come già si diceva, tra i compiti affidati dalle norme al Medico Competente notevole importanza rivestono quelli relativi alla collaborazione con il Datore di Lavoro per l'Informazione e la Formazione dei lavoratori sui Rischi Professionali, sui Dispositivi di Protezione Individuale e sui Programmi di Sorveglianza Sanitaria.

I lavoratori vanno Informati e Formati sia in fase preventiva sia in fasi più propriamente operative.

Più si conosce il Rischio Professionale cui si è esposti più facilmente ci si predispone, anche psicologicamente, ad affrontarlo e più facilmente si accettano le regole di prevenzione ambientale e personale messe in atto dal Datore di Lavoro e mirate all'abbattimento del rischio stesso.

L'uso dei DPI, ove possibile e necessario, è essenziale per una valida ed efficace protezione e prevenzione dai rischi professionali .

Anche nella scelta dei DPI e nella formazione dei lavoratori all'uso dei dispositivi di protezione è richiesta la collaborazione del Medico Competente che sarà chiamato anche a giudicare l'adeguatezza e la tollerabilità del DPI.

Per quanto attiene in particolare alla prevenzione delle

patologie dell'apparato vocale una buona campagna di " igiene vocale " contribuirà concretamente ad istruire i lavoratori al riconoscimento dei primi segni di affaticamento vocale e potrà suggerire norme comportamentali atte a preservare l'apparato vocale da patologie acute e/o croniche che potrebbero poi essere causa di Non Idoneità allo svolgimento dell'attività lavorativa specifica.

BIBLIOGRAFIA

-Marchetti, Nicolè, Scari - L'approccio logopedico ai disturbi della voce - 1998 - Programma di igiene vocale. <http://.sectioaurea.com/scuola/voce.htm>.

-Merluzzi, Di Credico, Marazzi - Danni uditivi da rumore. Gli aspetti sanitari. Il rumore nei luoghi di vita e di lavoro. - Dossier Ambiente, n° 54, II° trim. 2001.

-Bianco, Marsico, Anzelmo, Staiti - Analisi delle cause di disfonie nei professionisti della voce osservate in un Servizio di Foniatria Ospedaliero - Giornale Italiano di Medicina del Lavoro . Erg. 2003 ; 25 ; 3.

-Pira, Bosio, Merluzzi - La prevenzione dei danni uditivi da rumore in ambiente di lavoro. Dipartimento Medicina del Lavoro - Università di Milano, 2003

-Campurra - Medicina del Lavoro in Azienda. Agenti fisici: il rumore - Dossier Ambiente, n° 64, IV trim. 2003.

-Calcinoni _ Lo stress vocale . 18° Congresso Nazionale A.N.M.A. - Courmayeur 10-11 giugno 2005.

PROMOZIONE

La medicina del lavoro

ALLA SEGRETERIA DELL'ANMA - 20123 MILANO, VIA S.MAIRILIO 4 - FAX 02 72002182
Modulo di adesione abbonamento a "La Medicina Del Lavoro" per l'anno 2006/2007

Il sottoscritto _____
in quanto socio ANMA, aderisco all'offerta ANMA di sottoscrivere l'abbonamento a "La Medicina del Lavoro" per l'anno 2006-2007 al costo di Euro 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 _____

IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA NEGLI ESPOSTI A RUMORE



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

*Francesco Gazzero
ANMA sez. Campana*

Il rumore è da sempre considerato come un fattore di disturbo molesto. Si ha infatti notizia che già nel V° secolo avanti Cristo, cioè 2500 anni fa, nella città di Sibari era vietato il lavoro dei fabbri all'interno delle mura cittadine, così come il centro urbano era chiuso al traffico dei carri perché entrambe le attività erano considerate troppo rumorose.

E' ovvio pertanto che il rumore sia considerato anche oggi un rischio rilevante per la salute, con la conseguenza di escogitare sistemi per il suo abbattimento e promulgare leggi per la tutela dei lavoratori esposti al rischio.

Il compito affidatomi dagli organizzatori del Convegno, nella mia qualità di Medico Competente Aziendale, è focalizzato sulla espressione del Giudizio di Idoneità alla Mansione Specifica e di questo mi interesserò lasciando ad altri Relatori la fisica del fenomeno rumore, l'anatomia e la fisiologia dell'apparato uditivo, la denuncia della malattia professionale, l'elencazione e la interpretazione degli strumenti normativi e quanto altro sia riconducibile al rischio in esame.

La valutazione della Idoneità alla Mansione si svolge, come è ovvio, in due fasi ben distinte e cioè in fase preventiva, prima della immissione in attività con esposizione al rischio, ed in fase di controllo periodico della salute dei lavoratori esposti.

Dobbiamo dare per scontato che il Datore di Lavoro, nel rispetto dell'All. VI° del D.Leg. 277/91, abbia effettuato una valutazione accurata del rischio rumore al fine di individuare nella propria Azienda i luoghi di lavoro dove l'esposizione al rumore possa essere tale da recare danno alla salute dei lavoratori.

I criteri di detta valutazione andranno dalla verifica della compatibilità dei livelli di esposizione individuale a rumore con quelli indicati dalle norme, alle verifiche ambientali, ai tempi e ritmi di esposizione, alla efficienza delle macchine, alla insonorizzazione sia delle macchine sia dei luoghi di lavoro, e così via.

Saranno così identificate alcune fasce di rischio per livelli sonori, ad esempio fino a 80dB(A), tra 80 e 85 dB(A), tra 85 e 90 dB(A), oltre i 90 dB(A) focalizzando l'attenzione soprattutto sulle ultime tre fasce ben identificate nel D.Leg. 277/91.

In occasione della Visita Medica Preventiva il Medico Competente deve effettuare un'accurata selezione del personale per escludere dalle lavorazioni rumorose soggetti con precedenti affezioni acute o croniche dell'apparato uditivo quali patologie infiammatorie (otiti), degenerative (sclerosi), tossiche (terapie antibiotiche pregresse), nonché soggetti con familiarità per le otopatie, tutte condizioni queste che potrebbero aggravarsi o evidenziarsi con

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

MG.KVIS[®] 
MAGNESIO • POTASSIO

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

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

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

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

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



IN FARMACIA

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

l'esposizione a rumore.

Sono prevalentemente le patologie percettive (Sindrome di Ménière, cocleopatie, etc.) che possono predisporre al trauma acustico. Per le altre patologie andrà ovviamente valutata la gravità delle stesse non dovendo certamente considerare motivo di non idoneità la sola presenza di patologia d'organo.

Vanno possibilmente identificati anche i soggetti che potrebbero sviluppare gravi disturbi di tipo extrauditivo legati alla esposizione a rumore.

Le principali controindicazioni sono i disturbi mentali anche lievi quali neurosi, psicosi, isteria, epilessia, emicranie e/o cefalee recidivanti ed ancora disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (qualche perplessità rimane sull'influenza del rumore sulla pressione arteriosa), distonie neuro vegetative, ulcere gastroduodenali, coliti, angiospasmii periferici, etc.

E' opportuno però sottolineare due aspetti molto importanti :

- non è sufficiente il riscontro di una ipoacusia per ritenere un lavoratore non idoneo, ma sarà necessaria una precisa diagnosi audiologica ed etiologica;
- i casi di accertata predisposizione alle ipoacusie da rumore sono in verità piuttosto rari.

La Visita Medica Preventiva va integrata sempre da una otoscopia ed un esame audiometrico tonale.

Al fine di individuare, anche se con una certa approssimazione, eventuali soggetti predisposti all'ipoacusia da rumore e per evidenziare particolari ipersuscettibilità al rumore, si è utilizzato uno specifico test audiometrico, il Test di Payser.

La valutazione dei tempi di ritorno alla soglia individuale normale, dopo uno stimolo sonoro (TTS - temporary threshold shift) ci dovrebbe consentire di escludere soggetti con fragilità uditiva dall'esposizione al rischio.

Questo fenomeno si verifica perché l'esposizione di un soggetto normale ad un rumore di una certa intensità provoca l'innalzamento della soglia uditiva con " spostamento temporaneo della soglia uditiva " tra la soglia uditiva in condizione di riposo acustico e quella dopo stimolazione sonora (per il test lo stimolo è della durata di 3 m' di un rumore di 100 dB a 1 KHz).

Nei soggetti normali il ritorno alle condizioni basali è di 3 - 4 secondi, nei soggetti predisposti i tempi sono molto più lunghi anche per differenze di soglia di solo 10-20 dB(A).

Questo test andrebbe ripetuto più volte nel tempo perché una sola determinazione non può darci indicazioni particolarmente attendibili.

E' ovvio che l'accertamento audiometrico va fatto in

riposo acustico, in camera silente con cuffie fonoisolanti (D.Leg. 277/91, All. 7, punto 3).

Avendo la necessità di approfondire le indagini sarà necessario ricorrere all'impedenziometria, all'elettrococleografia, all'audiometria del tronco encefalico, all'audiometria elettroencefalografica.

Molte di queste indagini analizzano lo stato delle vie sensitive-sensoriali, la capacità di riconoscimento dei segnali, la prontezza delle risposte, etc.

Tutte queste indagini, ad esclusione dell'audiometria tonale, vanno praticate solo in casi particolari e quando è necessario utilizzare i lavoratori con esposizione ad un rischio rumore opportunamente quantificato e di una determinata intensità e durata.

Nella valutazione dell'esame audiometrico bisogna tener conto anche della "socioacusia", cioè dei fattori ambientali che interessano tutta la popolazione anche senza specifica esposizione al rischio rumore.

Veniamo ora alle Visite Mediche Periodiche per il controllo della salute dei lavoratori esposti a rumore.

Il D.Leg. 277/91 prevede alcune fasce di esposizione al rumore.

Un rumore di 70 dB(A) si considera "quiete acustica" perché non provoca nessuno spostamento temporaneo di soglia e, considerando che anche uno STS (Spostamento Temporaneo di Soglia) di 20 dB alla fine di un turno lavorativo di otto ore, con recupero totale entro le sedici ore successive può costituire una sicurezza per quasi tutti i lavoratori (escluse le ipersuscettibilità), si capisce perché il legislatore identifica le fasce di esposizione a rischio a partire dagli 80 dB(A) Lepd.

La persistenza di un STS oltre le 16 ore successive ad una esposizione di 8 ore al rumore è considerata patologica e costituisce un presupposto per l'istaurarsi di un danno permanente.

Per esposizioni tra 80 e 85 dB(A) è obbligatoria la sola Informazione dei lavoratori sul rischio, ed il controllo sanitario, mirato essenzialmente ai possibili effetti extrauditivi, resta a giudizio del Medico Competente.

Le prime reazioni al rumore sono una reazione di allarme ed una reazione neurovegetativa, entrambe reazioni fisiologiche finalizzate a consentire all'organismo una maggior difesa dalle aggressioni esterne (rumore).

Ovviamente anche queste reazioni fisiologiche, se protratte nel tempo, possono trasformarsi in reazioni patologiche con danni organici quali, come si diceva, affezioni cardiocircolatorie, gastroenteriche, neuroendocrine, etc. E' stato evidenziato, a volte, anche un interessamento del Sistema Nervoso Centrale con rallentamento dei tempi di reazione, aumento degli errori sul lavoro, imprecisioni ripetute, etc. specie nei soggetti predisposti quali ad esempio gli ansiosi, gli

SETTIMANA EUROPEA 24-28 OTTOBRE 2005

ABBASSO IL RUMORE!



SETTIMANA EUROPEA PER LA SALUTE E LA SICUREZZA SUL LAVORO
<http://ew2005.osha.eu.int>



Agente europeo per
la sicurezza e la salute
sul lavoro
<http://agency.osha.eu.int>

introvertiti, etc.

Per esposizioni tra 85 e 90 dB(A) diventano obbligatori la Formazione dei lavoratori e il controllo sanitario che consiste nella Visita Medica e nell'esame Audiometrico Tonale, con cadenza annuale per i primi due anni, e successivamente con periodicità almeno biennale.

Il Datore di Lavoro deve mettere a disposizione dei lavoratori adeguati mezzi di protezione individuale (DPI) senza pretenderne però l'uso obbligatorio.

Per esposizioni superiori ai 90 dB(A) è obbligatoria la Visita Medica con il controllo audiometrico annuale e l'uso dei DPI di cui il Datore di Lavoro deve pretendere l'utilizzo.

Va anche istituito il "registro degli esposti a rumore" che deve essere inviato alla ASL competente per territorio ed all'ISPESL.

Abbiamo precisato che l'esame audiometrico tonale è l'esame funzionale di base nel controllo periodico dei lavoratori esposti a rumore.

L'esame audiometrico, come si diceva, deve essere eseguito in camera silente con cuffia fonoisolante (D. Leg. 277/91, All VII°, punto 3), possibilmente usando sempre la stessa tecnica ed in riposo acustico, cioè almeno 14 - 16 ore dopo l'esposizione a rumore.

L'optimum sarebbe poter praticare l'esame dopo il riposo festivo (esame del lunedì) ma purtroppo questa metodica crea grosse difficoltà organizzative, soprattutto per indagini di screening di massa, con perdita di ore di lavoro e conseguenti costi elevati.

Dopo una serie di opportune valutazioni oggi si ritiene valida anche l'esecuzione dell'esame audiometrico in "fatica uditiva" (cioè durante il lavoro) rispettando però un riposo medio di almeno 20 - 30 minuti dopo almeno due ore di attività lavorativa con esposizione al rumore.

Come è ben noto il danno da trauma acustico cronico si manifesta con una curva del tracciato audiometrico molto caratteristica per la presenza di un Deep sui 4000 Hz. Non si sa ancora perché il rumore industriale provochi questo danno elettivo delle cellule del Corti deputate alla percezione uditiva, ma l'ipoacusia da rumore ha sempre la stessa configurazione grafica della curva audiometrica.

Poiché il danno uditivo da rumore è proporzionale al livello sonoro ed al tempo di esposizione è chiaro che più alto è il livello, più lunga l'esposizione, più grave sarà il danno.

Statisticamente si è visto che un danno, ingravescente per i primi otto - dieci anni di esposizione, poi si stabilizza nei 15 - 20 anni successivi per poi ulteriormente peggiorare per l'insorgenza della presbiacusia (riduzione para-fisiologica della percezione uditiva nell'anziano). Ciò ovviamente si verifica se il livello di esposizione non cambia nel tempo.

Ad oggi ancora non si capisce del tutto perché, a parità di esposizione, solo alcuni soggetti presentino gravi danni all'organo dell'udito ed altri siano pressochè indifferenti al rischio; non tutto si può spiegare con l'ipersuscettibilità del soggetto.

La ipoacusia da trauma acustico cronico insorge più o meno lentamente ed in maniera inavvertita dal paziente. Se ne possono riconoscere quattro fasi:

- nei primi 15 - 20 giorni di esposizione si manifestano acufeni e sintomatologia aspecifica (cefalea, senso di fatica, intondimento, etc.)

- successivamente la sintomatologia è perfettamente muta (a parte sporadici acufeni) anche per molti anni (10 - 15 o più) ed eventuali danni sono rilevabili solo con le indagini strumentali

- cominciano poi ad evidenziarsi alcune "defaillance" uditive quali la mancata percezione del ticchettio di un orologio, la non perfetta comprensione delle voci di conversazione specie in ambienti piuttosto rumorosi

- sordità conclamata con tutte le nefaste conseguenze psicologiche e relazionali.

Tutto quanto fino ad ora riportato può essere considerato come una lunga premessa al tema specifico di questa conversazione che è il "Giudizio di Idoneità Specifico alla Mansione".

Per ricapitolare cercheremo di riassumere in estrema sintesi la pratica espressione del Giudizio.

Come per qualsiasi altro rischio professionale anche per l'esposizione a rumore si prevedono tre possibilità di giudizio: Idoneo, Temporaneamente Non Idoneo, Non Idoneo.

VISITA MEDICA PREVENTIVA

Idoneo: Se la Visita Medica non ha evidenziato patologie di sorta e l'esame audiometrico tonale è risultato normale

Anche un ipoacusico può essere considerato idoneo conoscendo però la diagnosi precisa della patologia che ha procurato il danno ed i livelli di rischio cui dovrà essere esposto. Ciò perché, come si diceva, in particolare sono le cocleopatie a predisporre al trauma acustico e che, livelli di rischio più bassi di quelli che hanno generato il danno, sono ben tollerati dall'organo dell'udito con scarse probabilità di peggioramento del danno stesso.

Temporaneamente Non Idoneo: Se la Visita Medica evidenzia patologie acute dell'apparato uditivo che possono impedire l'esecuzione o alterare i risultati delle Indagini Complementari alla Visita

Non Idoneo: Per patologie croniche sia dell'apparato uditivo che di altri apparati interessati dagli effetti extrauditivi del rumore e/o anche patologie di relativamente lieve entità che interessano però soggetti ipersuscettibili (di difficile identificazione). Soggetti impossibilitati all'uso dei DPI.

Prima di passare alla Visita Medica Periodica è d'obbligo fare alcune considerazioni che ci aiuteranno a capire quanto possa essere difficile esprimere un Giudizio di Idoneità per mansioni con esposizione a rumore.

Non sarà superfluo sottolineare che in questi ultimi decenni l'inquinamento acustico esterno è notevolmente cresciuto al punto che esposizioni al rumore di 75 - 80 dB(A) sono oggi la norma nel traffico urbano, specie nelle grandi città. Inoltre l'abitudine di frequentare discoteche e di ascoltare musica in cuffia, ha creato anche nei giovani problemi di ipoacusia con la conseguenza che nel 10 - 15 % di soggetti giovani, che ancora non hanno intrapreso una attività lavorativa regolare, sono riscontrabili ipoacusie da rumore.

Ne consegue un aumento della così detta presbiacusia in età media sempre più giovanile.

Il danno uditivo cronico da rumore è sempre di tipo percettivo, interessa cioè solo le terminazioni nervose e non le vie di trasmissione, è bilaterale e quasi sempre simmetrico, è irreversibile e non evolutivo una volta cessata l'esposizione.

Sfatando un falso convincimento è importante sottolineare che non esiste assuefazione al rumore e la falsa sensazione di assuefazione è dovuta al fatto che, una volta comparsa la ipoacusia, questa rende sempre meno percepibile il rumore.

Dopo esposizione al rumore pertanto, una ipoacusia che dapprima può essere reversibile, diventa irreversibile se l'orecchio non è protetto; parimenti per un orecchio non

protetto il rumore comporta inevitabilmente l'aggravamento di una ipoacusia di grado più modesto.

Di qui la necessità e l'obbligo di utilizzo dei DPI che il legislatore suggerisce già per esposizioni da 85 dB e rende obbligatori per esposizioni superiori a 90 dB.

Un punto innovativo e qualificante della Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori è quello della valutazione dell'eventuale peggioramento del danno.

Per poter effettuare questa valutazione è indispensabile poter disporre di un audiogramma di partenza (di base) praticato prima della utilizzazione del lavoratore con esposizione al rischio o, in mancanza di questo riferimento, anche di un esame praticato durante il periodo di esposizione al rischio che funga, quali che siano i valori riscontrati, da punto di riferimento per le valutazioni strumentali successive (di controllo).

Si parla di peggioramento quando dal confronto fra l'audiogramma di base e quello di controllo c'è una differenza di almeno 15 dB (metodo NIOSH) o 10 dB (metodo OSHA). Ovviamente i due metodi prendono in considerazione frequenze diverse e più precisamente il NIOSH frequenze da 0,5 a 8 KHz e l'OSHA frequenze da 2 a 5 KHz.

Per facilitare questa valutazione Merluzzi ed Altri suggeriscono l'uso di un particolare reticolo dell'esame audiometrico, diviso in diverse aree, ed a seconda di dove viene a cadere la curva di controllo si può valutare la gravità del danno.

Altro elemento di grande importanza è la valutazione della presbiacusia.

Numerosi studi epidemiologici, fin dagli anni '60, hanno cercato di stabilire il valore della presbiacusia in rapporto all'età del soggetto. Per una serie di varianti (età, invecchiamento, sesso, stile di vita, etc.) non è stato facile poter stabilire un punto di riferimento.

Abbastanza recentemente Merluzzi et Altri, utilizzando calcoli non semplicissimi (calcoli matematici, algoritmi, etc.) suggeriscono la così detta "soglia attesa", cioè quei valori di soglia rilevati da un campione omogeneo di soggetti otologicamente normali, in normale stato di salute, senza segni o sintomi di patologia uditiva, senza tappi di cerume e senza storia lavorativa di esposizione a rumore, da confrontare con la "soglia misurata" cioè la risultante dell'esame audiometrico preso in considerazione.

Se la soglia misurata è al di sopra della soglia attesa, trattasi di presbiacusia, viceversa se la soglia misurata è al di sotto della soglia attesa trattasi di ipoacusia da rumore.

VISITA MEDICA PERIODICA

Idoneo: Se la Visita Medica non ha evidenziato patologie di sorta e se l'esame Audiometrico è risultato normale.

Anche un lavoratore con danno uditivo da rumore può essere ritenuto idoneo se lavora con esposizione al rischio da almeno una diecina di anni (si ricorda che il danno è ingravescente per i primi 8 - 10 anni per poi stabilizzarsi) e se si conoscono sia i livelli di rumore cui è stato esposto precedentemente che i livelli di rumore a cui dovrà essere esposto. Ciò è possibile perché, se ad esempio il lavoratore è stato esposto a livelli di 100 dB che hanno procurato il danno ed attualmente deve essere esposto a livelli inferiori, ad esempio 90 dB, questa esposizione non può aggravare alcuna situazione precedente perché lo stimolo acustico di 90 dB non potrà mai danneggiare cellule che sono state già distrutte dal rumore di 100 dB.

Idoneo con Prescrizioni: In soggetti che presentano problemi di ipoacusia o di danni extrauditivi, sia rilevabili dall'indagine anamnestica che confortati o meno strumentalmente, sarà necessario prescrivere l'uso obbligatorio dei Dispositivi di Protezione Individuale anche se i livelli di rischio non lo impongono (esposizioni < 90 dB).

In soggetti con preesistenza di un trauma acustico cronico, l'obbligo di corretto utilizzo dei DPI si concretizza in particolare per quei lavoratori che lavorano da meno di 10 - 15 anni in ambiente rumoroso, o che vengono trasferiti in un ambiente più rumoroso rispetto ai precedenti.

Sono Idonei con Prescrizioni anche quei lavoratori per i quali, al fine di non aggravare iniziali danni, o per accertata ipersuscettibilità, sia indispensabile ridurre i tempi di esposizione.

Temporaneamente Non Idoneo: La presenza di patologie acute e/o cronicizzate, siano esse dell'apparato uditivo o di altri organi ed apparati interessati dagli effetti extrauditivi del rumore, rappresenta condizioni che, almeno temporaneamente, controindicano la esposizione al rischio. Inoltre la presenza di flogosi acute e/o cronicizzate può controindicare l'uso dei DPI per il rischio di aggravamento delle patologie.

Non Idoneo: Causa di Non Idoneità può essere, in un soggetto ipoacusico (anche per ipoacusie di grado lieve alle frequenze medio-basse), la difficoltà di percepire la "voce parlata" per attività che si fondano sulla comunicazione verbale, soprattutto in attività lavorative ad alto rischio infortunistico (piano di colata di una acciaieria, catena di montaggio, etc.) e con rumore di fondo elevato. Queste condizioni spesso non consentono l'uso di protesi acustiche che, essendo in pratica degli

amplificatori dei segnali, amplificano anche i rumori di fondo.

E' causa di Non Idoneità l'impossibilità all'uso di otoprotettori per patologie croniche dell'apparato uditivo che ne controindichino l'uso (es. psoriasi del condotto).

Anche la intolleranza all'uso degli otoprotettori (es. acufeni continui) e/o la incompatibilità con altri DPI obbligatori per altri rischi professionali (caschi, occhiali, autorespiratori, etc.) può essere causa di Non Idoneità.

Sono sicuramente causa di Non Idoneità anche le patologie extrauditivie insorte dopo esposizione al rischio rumore quali ad esempio le nevrosi, le psicosi, le aritmopatie di grado severo, etc.

Le ipoacusie neurosensoriali molto severe possono rappresentare causa di Non Idoneità, non per il rischio di aggravamento del danno, ma per l'effettiva riduzione della capacità lavorativa del soggetto a svolgere le mansioni specifiche per difetto di comunicazione.

Per concludere resta solo da ricordare che il Medico Competente ha l'obbligo di compilare il I° certificato medico di Malattia Professionale non appena sia venuto a conoscenza della presenza di un danno da rumore in un lavoratore sottoposto a controllo periodico per l'esposizione al rischio.

BIBLIOGRAFIA

- D.Leg. 277/91-Attuazione delle Direttive in materia di protezione dei lavoratori contro i rischi da agenti Fisici, Chimici e Biologici durante il lavoro
- D.Leg. 626/94 - Attuazione delle Direttive riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro
- Merluzzi - Il giudizio di idoneità alla mansione specifica per il rischio da esposizione a rumore - 61° Congresso Nazionale SIMLII - Chianciano Terme 1998 - Folia Med. 69(1) 45-53, 1998
- Linee guida ISPESL - Il rischio da rumore, Informazione e Formazione dei Lavoratori. Dipartimento Documentazione Formazione ed Informazione - Roma -2000
- Celletti et Altri - Istituto Nazionale di Fisica Nucleare - Seminario Didattico in materia di Igiene e Sicurezza- Rischi da Rumore - 2000
- Monti, Papacchini, Petrucci, Spagnolo - Ufficio Speciale di Prevenzione e Protezione - La Prevenzione e la Protezione dal Rumore. Collana Cultura della Sicurezza. Università degli Studi di Roma La Sapienza
- Merluzzi, Di Credico, Marazzi - Danni uditivi da rumore. Gli aspetti sanitari - Il Rumore nei luoghi di vita e di lavoro - Dossier Ambiente n° 54. II trimestre 2001
- Campurra - Medicina del Lavoro in Azienda - Agenti Fisici - Il rumore - Dossier Ambiente n° 64 , IV trimestre 2003
- Pira, Bosio, Merluzzi - La prevenzione dei danni uditivi da rumore in ambiente di lavoro -Dipartimento di Medicina del Lavoro Università di Milano - 2003
- Giordano et Altri - Linee guida per la valutazione dei danni uditivi da rumore in ambiente di lavoro Società Italiana di Otorinolaringoiatria 2004
- Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro - Bilbao . Facts n° 56/IT, 57/IT, 58/IT ...
- Linee Guida INCA/CGIL- Regione Veneto

LO STRESS CORRELATO AL LAVORO: IL CONTESTO, LE REAZIONI E LO SCENARIO PER IL MEDICO COMPETENTE



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

*Daniele Ditaranto
ANMA sezione lombarda*

STRESS E LAVORO IN EUROPA

- Dopo che negli anni '90:

- le indagini della Fondazione per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro di Dublino e le ricerche dell'Agenzia per la salute e sicurezza sul lavoro di Bilbao (pubblicate a cura dell'Agenzia nel 2000 con l'opuscolo "Research on Work-related Stress")

- gli studi di Lennart Levi e Altri avevano evidenziato l'entità dello stress nell'ambiente di lavoro ed i costi sociali delle sue conseguenze, il Parlamento europeo, con la Risoluzione del 25 febbraio 1999, esprime la necessità di una analisi del fenomeno finalizzata ad individuare le sue cause e le possibilità di prevenzione e gestione

- Nel 2000 la Direzione generale Occupazione e Affari Sociali della Commissione europea pubblica la "Guida sullo stress legato all'attività lavorativa: sale della vita o veleno mortale?", che si è rivelata un utile strumento per gli addetti ai lavori ed un riferimento per il dialogo tra le parti sociali

- Nell'aprile 2002 la Commissione europea presenta in occasione della Conferenza Internazionale di Barcellona la strategia comunitaria 2002 - 2006 per la salute e sicurezza sul lavoro articolata in otto obiettivi prioritari comprendenti "la prevenzione dei rischi sociali" e "l'analisi dei rischi nuovi o emergenti" con esplicito riferimento anche allo "stress" ed ai "rischi psicologici"

- Nel 2002 il tema scelto dalla Commissione per la Settimana europea per la salute e sicurezza sul lavoro è "Lavorare con stress".

- Nel frattempo alcuni paesi europei si sono già mossi dotandosi di una legislazione specifica (Belgio) o promuovendo accordi tra le parti sociali, mentre molte delle "buone pratiche" pubblicate dall'Agenzia di Bilbao per la sua attività di benchmarking, sono dedicate proprio alle esperienze di gestione e riduzione dello stress sul lavoro in diversi settori.

STRESS E LAVORO IN ITALIA

- La settimana "Lavorare con stress" viene presentata attraverso la Circ. n. 4/2002 della P.C.M. nella quale si legge che "l'obiettivo di un lavoro non causa di malessere psicosociale, bensì occasione di valorizzazione della personalità

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.



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

umana, può essere perseguito attraverso un percorso legislativo, nonché organizzativo e, soprattutto, di mutamento dei modelli culturali"

- Nel 2002 l'ISPESL pubblica le Linee Guida "Lo stress in ambiente di lavoro" destinate ai datori di lavoro e RLS
- Nel dicembre 2003 l'INAIL emana la Circolare n. 71 avente per oggetto "Disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro. Rischio tutelato e diagnosi di malattia professionale. Modalità di trattazione delle pratiche", con la quale l'Istituto individua i quadri psicopatologici assicurati ed elenca le situazioni di costrittività organizzativa che concretizzano questi quadri ai fini della rilevanza assicurativa
- Con il DM 27 aprile 2004, viene aggiornato l'elenco delle malattie di cui è obbligatoria la denuncia. Nella Lista II (limitata probabilità) il gruppo 7 comprende le malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro costituite dalle situazioni di costrittività organizzative già individuate nella Circ. INAIL n. 71/2003.

IL DIALOGO SOCIALE E L'ACCORDO EUROPEO SULLO STRESS CORRELATO AL LAVORO

Al fine di evitare un intervento legislativo cogente della Commissione UE, lo scorso 11 giugno è stato firmato a Bruxelles l'accordo tra le parti sociali (UNICE, CEEP e CES) per la disciplina europea dello stress sul lavoro. L'agreement si inquadra nell'ambito del "dialogo sociale" previsto dall'art. 139 del Trattato europeo; anche se giuridicamente non vincolante, le parti si sono impegnate a promuoverne l'implementazione e l'esecuzione negli Stati membri entro il giugno 2007.

Ne evidenzio i contenuti più rilevanti:

Introduzione

Lo stress può potenzialmente interessare tutti i posti di lavoro e qualunque lavoratore; affrontarlo può aumentare l'efficienza e migliorare la salute e la sicurezza sul lavoro, comportando benefici sociali ed economici per aziende, lavoratori e società nell'insieme.

Scopo

Precisa che la violenza e le molestie non sono oggetto dell'accordo il cui obiettivo è dotare i datori di lavoro ed i lavoratori con uno strumento per identificare e prevenire o gestire i problemi stress correlati escludendo

la responsabilità (colpevolizzazione) dell'individuo nell'essere soggetto a disturbi derivanti da stress.

Descrizione dello stress e dello stress lavoro-correlato

Lo stress è uno stato che comporta disturbi e disfunzioni fisiche, psicologiche e sociali in individui che hanno la percezione di una loro inadeguatezza rispetto alle richieste ed aspettative.

Affinché si possa manifestare un rischio per la salute del lavoratore è necessario che l'esposizione allo stress sia protratta ed intensa.

Di fronte a situazioni simili la reattività individuale può essere diversa, mentre lo stesso individuo può reagire diversamente in tempi diversi della sua vita.

Lo stress, pur non essendo una malattia, può comprometterne l'efficienza sul lavoro ed essere causa di malattia.

Lo stress che origina al di fuori del luogo di lavoro può condurre a cambiamenti nel comportamento e ridurre l'efficienza sul lavoro.

Conseguentemente non tutte le manifestazioni dello stress sul lavoro possono essere correlate al lavoro.

Lo stress correlato al lavoro può essere provocato da differenti fattori come il contenuto del lavoro, l'organizzazione del lavoro, l'ambiente di lavoro, la scarsa comunicazione ecc.

Identificazione dei problemi di stress correlato al lavoro

L'elevato assenteismo e turnover, i frequenti conflitti interpersonali o le frequenti lamentele dei lavoratori possono essere degli indicatori di un problema di stress correlato al lavoro.

L'identificazione di questi problemi può richiedere l'analisi sia di fattori oggettivi come l'organizzazione ed i processi del lavoro, le condizioni e l'ambiente di lavoro, la comunicazione, che di fattori soggettivi.

Se viene identificato un problema di stress correlato al lavoro, il datore di lavoro deve adottare le misure appropriate per prevenirlo, eliminarlo o ridurlo.

Responsabilità dei datori di lavoro e lavoratori

Per i datori di lavoro l'obbligazione di tutela della salute e sicurezza derivante dall'applicazione della direttiva 89/391, riguarda anche i problemi di stress correlato al lavoro che possono implicare rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori.

I lavoratori hanno il dovere di rispettare le misure protettive adottate dai datori di lavoro.

La problematica dello stress correlato al lavoro può essere richiamata all'interno del processo di valutazione dei rischi, attraverso una policy mirata per lo stress e/o

l'indicazione delle specifiche misure adottate per identificare i fattori di stress.

Prevenire, eliminare o ridurre i problemi dello stress correlato al lavoro

Le misure per prevenire, eliminare o ridurre il fenomeno possono essere collettive, individuali o entrambe e possono riguardare la gestione e la comunicazione, la formazione specifica dei dirigenti e dei lavoratori, la consultazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti

Esecuzione e follow up

Le parti firmatarie invitano le loro organizzazioni nei Paesi membri ad implementare questo accordo volontario, dandone esecuzione entro tre anni dalla data della firma (11 giugno 2007)

LE REAZIONI

● Nel marzo 2004 Confindustria, Abi e Confagricoltura contestano dinanzi al TAR del Lazio la legittimità della Circolare INAIL n. 71/2003.

● Durante il negoziato per l'accordo quadro europeo sullo stress correlato al lavoro, la strategia negoziale di Confindustria viene impostata sostanzialmente su tre principi:

1. Riconoscimento della fondamentale importanza della dimensione "soggettiva" dello stress (più inaequità dell'individuo che del lavoro)
2. Riconoscimento che lo stress può essere causato anche da fattori extralavorativi e che conseguentemente l'organizzazione del lavoro non costituisce di per sé un fattore oggettivo di stress
3. Nessun riferimento nell'accordo alla direttiva quadro 89/391 per evitare di fare rientrare lo stress tra gli obblighi aziendali di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, in contraddizione con il carattere di accordo giuridicamente non vincolante.

Nella circolare n. 18027, avente per oggetto il negoziato europeo tra le parti sociali, inviata nel giugno scorso alle Organizzazioni Confederale subito dopo la firma dell'accordo, Confindustria specifica di aver accettato la formulazione del testo per evitare la situazione di "isolamento" che sembrava profilarsi dopo l'univoco orientamento espresso dalle altre principali Federazioni imprenditoriali, e di aver aderito all'accordo solo successivamente ai chiarimenti interpretativi forniti da UNICE in una nota ufficiale sui seguenti aspetti:

1. La dimensione soggettiva dello stress quale parte essenziale e integrante della descrizione del fenomeno



2. L'esclusione che i riferimenti nell'accordo all'organizzazione del lavoro possano intendersi nel senso che tale aspetto costituisca di per sé un fattore oggettivo di stress

3. Attuazione delle misure di tutela della salute e sicurezza in base alla direttiva 89/391, solo se siano accertati i segni dell'esistenza di un problema di stress correlato al lavoro e che tale problema comporti un reale rischio per la salute e sicurezza del lavoratore interessato.

● Per la parte sindacale a rappresentare l'Italia al tavolo negoziale per l'accordo europeo sullo stress sul lavoro era la CISL.

Renzo Bellini, Segretario confederale CISL responsabile del Dipartimento salute e sicurezza sul lavoro e ambiente, ha evidenziato in un documento sullo stress nei call center recentemente presentato a Modena gli aspetti dell'accordo da lui ritenuti positivi:

1. L'esclusione di alcun tipo di responsabilità (colpevolizzazione) del singolo nell'essere soggetto a disturbi derivanti da stress e quindi un approccio al fenomeno di tipo collettivo
2. Il riferimento all'organizzazione del lavoro, alle condizioni e all'ambiente di lavoro ritenuti in stretto legame con i rischi di natura psicosociale come lo stress
3. La partecipazione e la collaborazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti nell'attuazione delle misure idonee per evitare, ridurre o eliminare il problema dello stress correlato al lavoro
4. L'invito delle parti firmatarie alle loro organizzazioni nei Paesi membri a promuovere l'implementazione dell'accordo, interpretando la "volontarietà" dell'accordo in relazione alla natura di accordo bilaterale come previsto dall'art. 139 del Trattato.
5. Il richiamo alla direttiva 89/391 e quindi la piena ricomprensione dello stress correlato al lavoro tra i rischi da tutelare e quindi oggetto della VdR e della promozione di misure preventive e non solo assistenziali

- Nel luglio 2004 Confindustria con la circolare n. 18062 predispose un "Vademecum per l'assistenza alle imprese interessate da ispezioni INAIL su presunte costrittività organizzative". Il documento invita le aziende interessate alla formalizzazione di una dichiarazione/diffida nei confronti della sede INAIL a dare corso a qualsiasi iniziativa connessa a quanto disposto dalla circolare INAIL n. 71/2003, in attesa della decisione del TAR del Lazio

- Recentemente Confindustria (coerentemente) contesta dinanzi al TAR del Lazio anche la legittimità del DM 27 aprile 2004 per quanto riguarda le malattie elencate nel Gruppo 7.

LO SCENARIO PER IL MEDICO COMPETENTE

Lo stress correlato al lavoro è un tema caldo sul quale è sempre più frequente nelle aziende il coinvolgimento del medico competente (m.c.).

Possono essere lavoratori o loro rappresentanti che gli riferiscono di situazioni lavorative vissute o percepite come stressanti, oppure casi di psicopatologie per i quali la correlazione con situazioni di stress lavorativo viene ipotizzata o addirittura rivendicata, quando poi non sono le stesse direzioni aziendali a coinvolgerlo per avere la sua consulenza magari quando è già in corso un contenzioso.

Poiché la contestualizzazione anche di questi casi e di queste situazioni non può prescindere dalla conoscenza del rischio (c'è, dov'è, quant'è...), da parte dei m.c. è forte l'esigenza di affrontare nella valutazione dei rischi (VdR) temi come lo stress sul lavoro ed il disagio psicologico.

Peraltro è evidente che intraprendere questa valutazione può significare per le aziende la verifica della qualità di molti e rilevanti aspetti della loro organizzazione del lavoro e cioè di un argomento delicato e strategico sul quale, anche con riferimento al quadro giuridico (Costituzione e Codice Civile) la maggior parte dei datori di lavoro non gradiscono interferenze.

Da tale punto di vista non può sorprendere il ricorso confindustriale al TAR del Lazio contro la circolare INAIL n. 71/2003 e, soprattutto, quello analogo successivo contro il DM 27 aprile 2004 a proposito del quale è infatti opportuno ricordare che sia l'Allegato I che il II della Raccomandazione n. 2003/670/CE sull'elenco europeo delle malattie professionali non comprendono quadri psicopatologici da stress correlato al lavoro.

Inoltre, dopo l'impostazione di una strategia negoziale che l'aveva portata quasi all'isolamento, non può neanche risultare inaspettata la "freddezza" con cui Confindustria ha accolto l'accordo europeo sullo stress correlato al lavoro.

In un contesto in cui su questo tema da un lato abbiamo degli importanti riferimenti normativi (penso in particolare alle implicazioni del DM 27 aprile 2004) e dall'altro lato, per lo meno in questa fase, la diffusa resistenza delle imprese ad intraprendere iniziative per la sua valutazione, il m.c., sempre più coinvolto e sollecitato, può trovarsi in una posizione critica.

Infatti in base al quadro giuridico delle obbligazioni in materia di tutela della salute nei luoghi di lavoro, la VdR è un obbligo ed una responsabilità del datore di lavoro, mentre l'ambito legittimo dell'attività del m.c. è funzione del profilo dei rischi specifici valutati e documentati.

Conseguentemente la mancata valutazione dello stress correlato al lavoro e quindi la sua definizione o meno come rischio specifico, oltre ad ostacolare l'adozione di misure preventive, compresa anche una semplice policy mirata, mette in dubbio la legittimità dell'estensione dell'attività del m.c. anche alla salvaguardia dell'equilibrio psichico dei lavoratori.

La necessità di un adeguato inquadramento delle situazioni e dei casi critici anche per gli obblighi non solo medico legali emergenti dal nuovo più volte citato quadro normativo ed assicurativo, l'attenzione a livello europeo testimoniata anche dal recente accordo tra le parti sociali, l'opportunità, constatata l'esistenza del rischio, di intervenire "a monte" con l'adozione di una serie di misure finalizzate alla prevenzione, riduzione o gestione del fenomeno, sono tutti argomenti che devono spingere i m.c. in collaborazione con i SPP, a sensibilizzare le direzioni aziendali sui vantaggi di un aggiornamento della VdR mirato sullo stress correlato al lavoro.

Per il m.c. questo potrebbe costituire il grimaldello con cui finalmente entrare fin dall'inizio in un processo dal quale viene spesso escluso o nel quale è coinvolto a giochi già fatti, naturalmente sempre che sia capace di mantenere un ruolo centrale evitando di venire progressivamente emarginato dalle altre "forti" competenze generalmente coinvolte in questi casi (esperti di organizzazione del lavoro e psicologi).

DALLA 626 AL BENESSERE STRESS / BURN-OUT / MOBBING



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Enrico Proto
ANMA sezione lombarda

non ci si bagna mai nello stesso fiume e non si pu toccare due volte una sostanza sensibile nello stesso stato"

Eraclito (540-480 a. C)

Ben sappiamo come i cambiamenti avvenuti nel corso degli anni abbiano modificato profondamente sia le attività economiche che le stesse attività di lavoro che le organizzazioni.

Anche la Medicina del Lavoro si è trovata a dover affrontare, con approcci metodologici differenti, come porre attenzione alla tutela della salute dei lavoratori.

Ricordiamo alcuni numeri riprendendoli da quelli pubblicati e comunemente accettati :

- Settore primario (agricoltura, attività mineraria) produce beni mediante l'utilizzo prevalente di risorse non riproducibili (terra)
- Settore secondario (industria) produce beni materiali attraverso l'impiego di risorse riproducibili (macchine)
- Settore terziario raggruppa tutte quelle attività che non producono beni, ma servizi, forniti soprattutto con l'impiego di lavoro

In Italia negli ultimi venti anni :

- Addetti all'agricoltura dal 13% al 6%
- Addetti all'industria dal 38% al 32%
- Addetti al terziario dal 49% al 62%

Oggi si può ragionevolmente considerare gli addetti al Terziario oltre l'80% degli occupati considerando il " lavoro di ufficio" sia le varie attività di servizi.

In questa visione d'insieme ricordiamo come anche il quadro di riferimento e Normativo abbia subito una evoluzione ed un profondo cambiamento, a volte anche dettando indicazioni sulle quali ci si è misurati.

Nell'attenzione rivolta alle attività di lavoro, alle mansioni ed ai lavoratori, si è passati da:

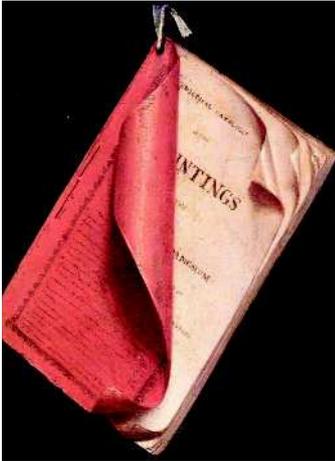
- Attenzione sul rischio presunto/presente D.P.R 303/56
- Attenzione su alcuni rischi attraverso valutazione della presenza dello stesso D.Lgs.277/91



Eraclito (540-480 a. C)

- Attenzione verso "tutti i rischi" attraverso processo valutativo D.Lgs.626/94

Per arrivare, oggi, a muoverci in un quadro all'interno del quale una lunga serie di accordi, direttive, normative, Leggi, portano una notevole attenzione, tra le altre, a tematiche come lo "stress" che, pur rivestendo aspetti di interesse generale, trovano per la loro trasversalità in ambito lavorativo implicazioni di grande delicatezza anche per gli attuali orientamenti non meglio definiti.



Quadro di Riferimento e normativo

- > D.Lgs 626
- > Direttiva quadro U.E ed art 152 trattato di Amsterdam
- > Accordo Europeo 2004
- > Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica sulle misure finalizzate al miglioramento del Benessere Organizzativo nelle Pubbliche Amministrazioni
- > La circolare INAIL n.71 del 17/12/2003
- > Il DM 27 Aprile 2004
- > Articolo 2 Costituzione
- > Codice Penale
- > Codice Civile

Come gruppo dei Medici Competenti del Comune di Milano, proponiamo, dopo una breve analisi delle tematiche in oggetto dal punto di vista terminologico e concettuale, il nostro approccio.

LA TEMATICA STRESS

Il termine derivato dalla metallurgia per indicare : " gli effetti che grandi pressioni esercitano sui metalli

" Sale della vita o veleno letale ?"

1936 Hans Selye, Università del Canada, studiando le risposte degli animali di laboratorio agli agenti nocivi (es. caldo, freddo) ed ampliando il concetto già introdotto da Cannon di " reazione di allarme" , definisce lo stress come una " sindrome generale di adattamento" ovvero, una concatenazione di eventi omeostatici, di processi di adattamento e di modificazioni fisiologiche, manifestate da un organismo esposto all'azione di " stressors ".

Lo stress può essere definito un modello di reazioni "arcaiche" che predispongono l'organismo umano alla lotta o alla fuga, cioè all'attività fisica.

Studi successivi sull'uomo pongono attenzione agli aspetti relativi alla " macchina biologica ", " organismo ", e pertanto si ribadisce come la risposta e reazione allo

stress sia di natura organica funzionale.

Lo stress può essere definito un modello di reazioni "arcaiche" che predispongono l'organismo umano alla lotta o alla fuga, cioè all'attività fisica.

Ulteriori studi sull'uomo dimostrano come la risposta in termini di " stress " agli stressors sia correlata in maniera fondamentale ad una componente " soggettiva "; di natura genetica, cognitiva ed emotiva, e si caratterizza spesso come una risposta di resistenza a stimoli complessi ed ambigui.

Questa impostazione deve far riflettere sul concetto di " diversità ". E proprio questa diversità si evidenzia nella modalità di reazione attraverso quelle che sono definite strategie di coping, ovvero, l'insieme dei tentativi comportamentali e cognitivi messi in atto da una persona per far fronte ad una condizione percepita come stressante.

Anche per Il Burn-out analizziamo l'aspetto terminologico e concettuale.

Il termine burn-out può essere tradotto come "bruciato", "scoppiato", "esaurito", ha fatto la sua prima apparizione nel gergo del mondo dello sport nel 1930 per indicare l'incapacità di un atleta, dopo alcuni successi, ad ottenere ulteriori risultati e/o mantenere quelli conseguiti.

Concettualmente ci si ritrova nella definizione di Freudenberg "stato di affaticamento o frustrazione nato dalla devozione ad una causa, un modo di vita o una relazione che hanno mancato di riprodurre la ricompensa attesa".

Successivamente la psichiatra americana C. Maslach nel corso di un convegno, utilizzò questo termine per definire una sindrome i cui sintomi caratterizzano una patologia comportamentale a carico di tutte le professioni ad elevata implicazione relazionale. Ponendo l'inquadramento di questa condizione psichiatrica agli aspetti relativi al lavoro ed in modo più specifico alle helping-professions.

MOBBING

Termine mutuato dagli studi etologici di K.Lorenz ed introdotto in psicologia del lavoro dal Prof. Heinz Leymann, deriva dal verbo inglese, to mob: ledere, aggredire.

La modalità descritta da K. Lorenz come azione comportamentale di difesa da parte del gruppo che "aggredisce" un intruso (rapace) attraverso l'isolamento, ripresa da Leymann in psicologia del Lavoro può chiarire come il mobbing sia una "aggressione" che si concretizza attraverso una modalità di comportamento che isola, allontana,esclude.

Riportiamo quella che ormai è comunemente accettata come definizione (Giglioli): il mobbing sul posto di

lavoro consiste in un comportamento ripetuto, irragionevole, rivolto contro un dipendente o un gruppo di dipendenti, tale da creare un rischio per la salute e la sicurezza

- Comportamento: comprende le azioni di singoli individui o di un gruppo.
- Comportamento irragionevole: sta ad indicare un comportamento che, secondo una persona ragionevole e tenuto conto delle circostanze, perseguita, umilia, intimidisce o minaccia.

IL NOSTRO APPROCCIO

"stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia"

Definizione di salute dalla costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Nella nostra visione per la tutela della salute dei lavoratori ci riconosciamo nell'attenzione alla Persona al lavoro.

Vi è un profondo cambiamento di approccio culturale e questo è il passaggio che pone in evidenza gli aspetti legati alla prevenzione e sicurezza di fattori di pericolo "misurabili," "certamente" correlabili al lavoro e con eventuale sviluppo di un danno biologico, approccio tecnicistico, agli aspetti di prevenzione e sicurezza di fattori di pericolo correlabili al lavoro e con eventuale sviluppo di un danno biologico, legati al concetto culturale di "probabilità" attraverso un "processo valutativo sulla Persona al lavoro", che ci è piaciuto definire approccio olistico.

Intendendo per olistico quanto è legato alla Persona nella sua unitarietà, soggettività e quindi diversità, intesa come sistema. Alcuni aspetti di approccio operativo in quella che definiamo visione olistica possono essere riassunti come:

- non solo malattia ma persona
- non solo organi ma sistema
- non solo sintomi ma causa
- persona ed ambiente
- prevenire invece di curare

Questo passaggio culturale da "riparativo" a "preventivo" fa sì che venga incluso nel "processo valutativo" tutto ciò che può essere inerente con la "Persona", attraverso lo studio di tutti i fattori "interagenti" quali:

- contesto, ambito, contenuto del lavoro, struttura del lavoro, organizzazione,
- oltre agli individuali, quali : capacità, risorse, fattori

psicobiologici.

Attraverso questo approccio che riteniamo un buon metodo, pensiamo che oltre a poter realmente "valutare" gli aspetti afferenti alla tematica dello " stress", si possa anche tendere ad una valutazione di quella che possiamo definire "Salute organizzativa", intendendola come dalla definizione di Avallone & Paplomates: " l'insieme di nuclei culturali, di processi, e delle pratiche organizzative che animano la convivenza nei contesti di lavoro promuovendo, mantenendo e migliorando il benessere fisico, psicologico e sociale della comunità lavorativa " .

IL LAVORATORE DA "OGGETTO" A "SOGGETTO"

L' Uomo Forza Lavoro

Il lavoro che vede come oggetto l'uomo rispetto alla produzione.

"Lavoratore" Uomo

Il lavoratore Uomo come oggetto al servizio della macchina.

L' "Uomo" lavoratore

L'"Uomo" lavoratore come soggetto nell'attività di lavoro attraverso l'attenzione derivata dal processo di valutazione dei rischi dell'attività lavorativa.

La "Persona" al Lavoro

Attenzione alla persona come soggetto nella sua unitarietà attraverso un processo di valutazione dei rischi in una visione integrata.

PERSONA

Severino Boezio (480-524)

*persona est naturae rationalis individua substantia
sostanza individuale di una natura dotata di ragione*

(Contro Eutiche 2-3)

Nella nostra visione per la tutela della salute dei lavoratori ci riconosciamo nell'attenzione alla Persona al lavoro. Vi è un profondo cambiamento di approccio culturale e questo è il passaggio che pone in evidenza gli aspetti legati alla prevenzione e sicurezza di fattori di pericolo "misurabili," "certamente" correlabili al lavoro e con eventuale sviluppo di un danno biologico, approccio tecnicistico, agli aspetti di prevenzione e

sicurezza di fattori di pericolo correlabili al lavoro e con eventuale sviluppo di un danno biologico, legati al concetto culturale di "probabilità" attraverso un "processo valutativo sulla Persona al lavoro", che ci è piaciuto definire approccio olistico. Intendendo per olistico quanto è legato alla Persona nella sua unitarietà, soggettività e quindi diversità, intesa come sistema.

Alcuni aspetti di approccio operativo in quella che definiamo visione olistica possono essere riassunti come:

- non solo malattia ma persona
- non solo organi ma sistema
- non solo sintomi ma causa
- persona ed ambiente
- prevenire invece di curare

Questo passaggio culturale da "riparativo" a "preventivo" fa sì che venga incluso nel "processo valutativo" tutto ciò che può essere inerente con la "Persona", attraverso lo studio di tutti i fattori "interagenti" quali : o contesto, ambito, contenuto del lavoro, struttura del lavoro, organizzazione, o oltre agli individuali, quali : capacità, risorse, fattori psicobiologici. Attraverso questo approccio che riteniamo un buon metodo, pensiamo che oltre a poter realmente "valutare" gli aspetti afferenti alla tematica dello "stress", si possa anche tendere ad una valutazione di quella che possiamo definire "Salute organizzativa", intendendola come dalla definizione di Avallone & Paplomates: " l'insieme di nuclei culturali, di processi, e delle pratiche organizzative che animano la convivenza nei contesti di lavoro promuovendo, mantenendo e migliorando il benessere fisico, psicologico e sociale della comunità lavorativa " .

BIBLIOGRAFIA

- Seyle H. Stress in health and disease. Boston : Butterworth;1976
- International Labour Office (ILO): Preventing stress at work. Conditions of Work Digest. Vol 11, 2, 1992. 94.
- Cox Tom - Griffiths A. - Rial Gonzales E., Ricerca sullo stress correlato al lavoro, 2000, Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro.
- WHO: Health promotion in the workplace. Strategy options. European
- European Commission: Report on work-related stress. The Advisory Committee for Safety, Hygiene and Health Protection at Work. Brussels: European Commission,1997a. 92.
- NIOSH: Stress at work. Cincinnati, OH: Author, 1999, DHHS (NIOSH) Publication No. 99- 101.
- Karasek R.A.. Job demands, job decision latitude, and mental strain. Implication for job redesign. Adm. Sci. Q. 1979; 24: 285
- Fondazione Europea di Dublino per il Miglioramento delle Condizioni di Vita e di Lavoro. Le condizioni di lavoro nell'Unione Europea. Rapporto 1996. www.europa.eu.int/agencies/efilwc/wceuen.htm.
- AA.VV.: The changing Organization of work and the safety and Health of Working People, 2002, NIOSH, Cincinnati, USA.
- Gilioli R., Adinolfi M. et al "Un nuovo rischio all'attenzione della

medicina del lavoro: le molestie morali (mobbing) - documento di consenso" in Medicina del Lavoro vol. 92, n.1, 2001.

- Osler W. Lectures on angina pectoris and allied states. New York:Appleton;1897
- Grenell RG, Gabay S. Biological foundations of psychiatry. New York:Raven Press;1976.p.889
- Occupational Health series No. 10. Copenhagen: World Health Organization, 1995. 99.
- Giorgi, Argentieri e altri UN MODELLO DI VALUTAZIONE PSICOLOGICA DEL MOBBING Ital Med Lav Erg 2004; 26:2, 127-132
- American Psychiatric Association. DSM IV: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano, Masson, 1996.
- Avallone & Paplomates A. (2005), Salute Organizzativa, Milano, Raffaello Cortina
- LEYMANN : Mobbing and psychological terror at workplaces, Violence and Victims, 1990, 5(2), 119-126;
- The Content and Development of Mobbing at Work, in ZAPF e LEYMANN: Mobbing and Victimization at Work. Special Issue of The European Journal of Work and Organizational Psychology, 1996;

DENTRO LE DIPENDENZE NEL MONDO DEL LAVORO: IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

*P. Torri⁽¹⁾; M. Mazzo⁽²⁾;
G. Briatico Vangosa⁽³⁾*

(1) medico competente ANMA veneto

(2) medico SERT Az. ULSS 18 Rovigo

(3) Presidente ANMA

L'approccio con il lavoratore tossicodipendente rappresenta un compito difficile e delicato per il medico competente.

Nel tempo si è assistito ad un notevole cambiamento degli stili di consumo e delle sostanze utilizzate che ha realizzato un nuovo scenario, dove l'attenzione si è spostata su individui integrati e con un lavoro stabile e per i medici del lavoro è importante capire come e cosa fare, quali strumenti utilizzare e valutare l'adeguatezza dei propri interventi.

La finalità della sorveglianza sanitaria è la tutela della salute del lavoratore; gli accertamenti sanitari sono finalizzati a verificare che non ci siano situazioni psicofisiche che predispongano il soggetto ad ammalare svolgendo l'attività lavorativa e non vi siano danni alla salute correlabili al lavoro.

Verificati tali aspetti, il medico competente formula il giudizio d' idoneità.

Idoneo a svolgere la mansione significa che lo svolgimento dell'attività lavorativa in quelle condizioni note e contingenti "non dovrebbe produrre" danno alla salute; non significa "automaticamente" capace di svolgere i compiti della mansione.

E' importante chiarire come di norma lo scopo degli accertamenti svolti dal medico competente non sia quello di verificare i requisiti di salute che potrebbero interferire con la capacità di svolgere l'attività lavorativa, tranne nei casi in cui l' assenza di tali requisiti comporti una situazione di maggiore rischio per il lavoratore e/o per terzi.

D'altra parte anche il datore di lavoro deve, nell'affidare i compiti ai lavoratori, "tener conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza" (DLgs 626/94 art. 4) così come è tenuto all' informazione e formazione dei lavoratori (art 21 e 22).

Ciascun lavoratore infine ha l'obbligo di sottoporsi ai controlli sanitari previsti ed ha il compito "di prendersi cura della propria sicurezza, della propria salute e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui possono ricadere gli effetti delle proprie azioni ed omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro (art.5).

Esiste poi una normativa specifica ovvero il DPR 309/90 (T.U. sostanze stupefacenti e psicotrope) e la legge n. 125/01, "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati" finalizzate alla prevenzione, alla cura e al reinserimento sociale dei soggetti con dipendenza.

In queste norme ci sono anche articoli riguardanti la sicurezza sul lavoro e, in particolare, si fa riferimento a quelle attività ad alto rischio per la sicurezza individuale e di terzi, individuate con appositi decreti applicativi, peraltro non ancora emanati.

Il medico competente ha comunque in questo contesto un ruolo peculiare per la specifica conoscenza dell'organizzazione del lavoro nell' azienda e delle situazioni di rischio.

Il giudizio del medico competente ha come scopo dunque il miglior inserimento lavorativo possibile e l'approccio generale al lavoratore deve essere improntato

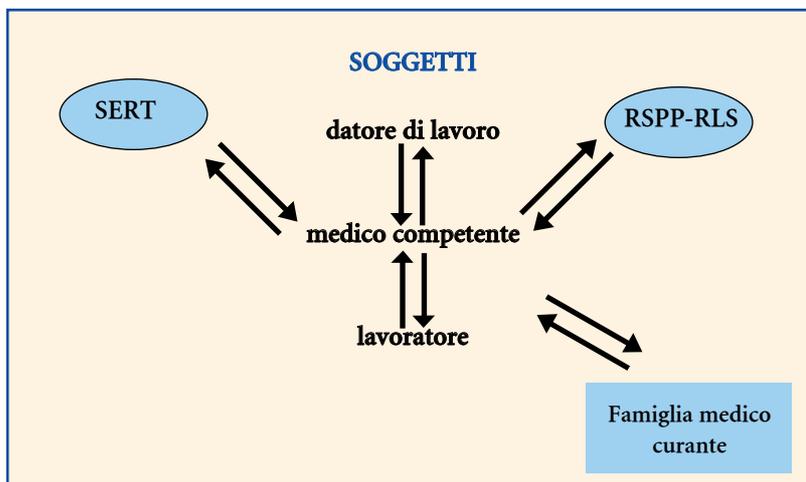
"all'aiuto tecnico e umano sempre finalizzato al superamento delle situazioni di dipendenza" (codice ICOH /98).

Il medico competente dovrà quindi relazionarsi con il lavoratore sia per assolvere gli obblighi propri del suo ruolo (espressione del giudizio di idoneità), sia per favorire la decisione di iniziare o continuare un trattamento finalizzato al recupero; per questo è assolutamente necessario che il medico del lavoro acquisisca un bagaglio minimo di conoscenze sulle dipendenze e sulle strategie comunicative che nelle esperienze cliniche e di prevenzione hanno dimostrato una maggiore efficacia.

Dovrà seguire personalmente i casi di idoneità condizionata o di cambio mansione e, qualora l'inserimento lavorativo fosse all'interno di un programma di riabilitazione previsto dal contratto di lavoro, sarà fondamentale il coinvolgimento del dirigente e del preposto, nell'interesse del buon esito del programma stesso.

La nostra esperienza indica che quello della comunicazione è un punto critico nell'affronto del problema delle dipendenze e che la capacità del medico di coinvolgere le opportune figure aziendali ed extra-aziendali, permette almeno un affronto responsabile del problema, teso ove possibile all'inserimento del lavoratore.

Per questa ragione, in questi ultimi anni nella Azienda ULSS 18 di Rovigo si è tentato di favorire e incrementare un dialogo tra medici competenti e SERT, in particolare con il servizio di Alcologia, attraverso alcuni interventi formativi che, da un lato hanno permesso ai MC di acquisire conoscenze e strumenti di intervento e dall'altro hanno consentito di comprendere le reciproche prospettive e di iniziare un lavoro comune. Tale collaborazione si è sperimentata nell'affronto di singoli casi e nella stesura e sviluppo di progetti di promozione della salute per la prevenzione delle dipendenze.



ESPERIENZA FORMATIVA

L'Alcologia del SerT di Rovigo, partendo dalla consapevolezza di come il consumo di alcol sia uno dei maggiori fattori di rischio per la salute e dalla relazione fortemente negativa tra assunzione di bevande alcoliche e attività lavorativa, ha ritenuto importante coinvolgere nell'azione di prevenzione dei problemi alcol correlati i medici del lavoro, i quali sono i primi operatori sanitari, e a volte anche gli unici, che hanno contatti con il lavoratore. Partendo da questi presupposti e nell'ambito di un progetto più ampio, "Alcol e mondo del lavoro", sostenuto dal "Fondo Regionale di Intervento per la Lotta alla Droga", si è potuto realizzare nel corso degli anni un percorso formativo indirizzato esclusivamente ai medici del lavoro e ai medici competenti.

All'interno del Piano Triennale 2000-2002, l'Alcologia

dell'ULSS 18 di Rovigo, in collaborazione con lo SPISAL, ha proposto un primo evento formativo, "Il medico del lavoro e i problemi alcol correlati".

Il corso, che nasceva come risposta all'esigenza espressa dai medici del lavoro, aveva tra gli altri il duplice obiettivo di informare e sensibilizzare i lavoratori sui rischi legati all'uso di bevande alcoliche nell'ambiente di lavoro, contribuire alla formazione dei medici del lavoro sulle problematiche alcol correlate.

Il modulo di formazione e di sensibilizzazione si è articolato in tre incontri su tematiche specifiche. Nel primo incontro, "Biologia e alcol: patologie alcol correlate e loro riconoscimento" sono stati affrontati gli aspetti neurobiologici dell'alcolismo con particolare attenzione ai principali quadri clinici d'esordio dell'alcol dipendenza e della relativa astinenza. Inoltre sono stati esaminati i marcatori biochimici dell'abuso alcolico e la correlazione

tra alcolemia ed effetti comportamentali e neurologici. Nel secondo incontro, "Normativa, alcol e lavoro", si è presa in esame la legge 125 del 30.03.2001 che rappresenta il primo approccio al problema dell'uso di alcol correlato alle prestazioni lavorative e alle problematiche che possono emergere nella formulazione dei giudizi di idoneità, alla luce delle esperienze vissute dai medici partecipanti.

Nel terzo incontro, "Aspetti relazionali con l'alcolista", sono stati trattati i principali aspetti psicologici dell'alcolismo, le problematiche relative alla motivazione al cambiamento del paziente alcolista, nonché l'analisi di uno stile di lavoro per aumentare la disponibilità al cambiamento, sulla base delle tecniche del colloquio motivazionale. È stato infine presentato il test di CAGE come strumento utile per lo screening.

Le diverse tematiche sono state affrontate dal personale dell'Unità Alcolologica e dello SPISAL.

Oltre al corso è stato realizzato, dall'equipe di lavoro, un opuscolo informativo rivolto ai lavoratori, sulle problematiche legate al consumo di bevande alcoliche nell'ambiente lavorativo. Gli opuscoli sono stati poi consegnati ai

medici perché fossero distribuiti nelle rispettive realtà lavorative. Ulteriori libretti sono stati richiesti dai medici del lavoro nei mesi immediatamente successivi alla formazione.

In totale sono stati distribuiti nei luoghi di lavoro circa 1600 opuscoli.

Nel secondo triennio (2003-2005) del Progetto "Alcol e Mondo del Lavoro", si è proposto un secondo corso di formazione per i medici del lavoro: "Il medico del lavoro e i problemi alcol correlati e complessi".

Questo corso è nato come continuazione dell'evento formativo precedente, soprattutto dall'esigenza espressa dal gruppo dei medici del lavoro che, dopo il primo corso, hanno mantenuto rapporti di stretta collaborazione con l'equipe alcolologica del Ser.T.

Preliminarmente alla progettazione di questo secondo corso sono stati contattati tutti i medici che avevano partecipato al primo evento, chiedendo loro quali fossero le esigenze formative che ritenevano prioritarie. La tabella che segue mette in evidenza gli argomenti proposti dai medici.

Argomenti proposti dai medici del lavoro	Preferenze
Approfondimento degli aspetti psicologici	5
Comorbidità tra alcoldipendenza e Patologie Psichiatriche	8
Presentazione di alcuni casi clinici	8
I farmaci per l'alcoldipendenza	7
Le Polidipendenze	8
Aspetti Medico/legali, idoneità	8
Tabagismo	1
Approfondimenti diagnostici	1
Rapporto tra MC, lavoratore, servizio di alcolologia, ipotesi per procedure condivise	5
Aspetti neurologici dell'alcolismo	1

Gli obiettivi del secondo corso erano:

- coinvolgere i medici del lavoro su problematiche alcol correlate;
- fornire strumenti di tipo relazionale per facilitare il rapporto con il lavoratore portatore di problemi alcol correlati;
- formulare con i medici del lavoro strategie comuni per il riconoscimento precoce dei problemi alcol correlati e complessi;
- fornire strumenti per il riconoscimento di polidipendenze (dipendenze in comorbidità con abuso o dipendenza alcolica);

- rafforzare il gruppo di lavoro misto precedentemente costituito con l'inserimento di altri medici competenti.

La terza tappa di questo lungo percorso formativo durato circa cinque anni è la realizzazione nel 2005 del corso "Brief Intervention, un modello per l'individuazione precoce dei consumatori a rischio all'interno dei luoghi di lavoro".

Il corso, realizzato all'interno del Progetto Nazionale "Alcol e Lavoro", intendeva fornire ai medici del lavoro e ai medici competenti strumenti per il riconoscimento precoce dei problemi alcolcorrelati e più in generale l'individuazione di quei lavoratori che hanno un'abitudine scorretta rispetto al consumo di alcolici. Voleva inoltre

sperimentare con i medici del lavoro un modello di "Consulenza breve" (secondo le modalità del Brief Intervention, OMS) da poter adottare all'interno dei luoghi di lavoro.

Il modello già sperimentato in altre realtà, per esempio con i medici di medicina generale, si è dimostrato utile nell'introdurre significativi cambiamenti nella popolazione.

Nell'ambito della stessa esperienza formativa è stato proposto ai medici del lavoro e medici competenti di aderire alla raccolta di dati sugli "Stili di vita" dei lavoratori mediante una scheda realizzata in collaborazione con ISS e CAR.

Prendendo come punto di partenza questa lunga e complessa esperienza formativa si è voluto poi prendere in considerazione una possibile modalità di intervento qualora il medico del lavoro si trovasse di fronte a un lavoratore che presenta sintomi di abuso alcolico nel corso dell'attività lavorativa, comportando quindi rischi per sé e/o per terzi.

Il percorso possibile può essere il seguente:

- segnalazione di un caso da parte dei colleghi di lavoro e/o capi reparto;
- attivazione di una vigilanza "ad hoc", che prevede visita medica ravvicinata da parte del medico competente e counseling motivazionale. Verifica nel tempo da parte dei preposti.
- Qualora la situazione non venga superata, o vi sia il sospetto di una "dipendenza", il medico competente chiede la collaborazione (consulenza) del Centro Alcolgico.
- Con il consenso del lavoratore, il medico competente programma un primo incontro al SerT che dopo la valutazione, proporrà al lavoratore e al medico competente un programma terapeutico, coinvolgendo laddove possibile la famiglia.
- Il programma terapeutico può consistere in:
 1. disintossicazione ospedaliera (casi gravi e rari)
 2. disintossicazione ambulatoriale (la maggior parte)
 3. colloqui psicologici
 4. coinvolgimento dei familiari
 5. sostegno sociale
 6. terapia farmacologica (psichiatrica o avversivante)
 7. inserimento gruppi autoaiuto
 8. colloqui educazionali.
- A questo punto il percorso terapeutico può prevedere: la sospensione temporanea dall'attività lavorativa oppure il mantenimento nell'attività lavorativa in

condizioni protette, prevedendo verifiche e controlli periodici al Centro Alcolgico.

- Per tutte le figure coinvolte l'obiettivo condiviso dovrà essere il reintegro del lavoratore in azienda, nella posizione ricoperta precedentemente al periodo di malattia, fatti salvi il mantenimento di verifiche e controlli a cura del Medico Competente dell'azienda, in collaborazione con i soggetti che hanno seguito il lavoratore nel percorso terapeutico.

BIBLIOGRAFIA

Perelli E., Segantin C., Cibin M. L' inserimento lavorativo nella dipendenza da sostanze. Aspetti terapeutici e riabilitativi. Pubblicazione dell'Assessorato delle Politiche Sociali della Regione Veneto 2001

Fanelli C., Floccia G.M., Macciocu L. Atteggiamenti e difficoltà del tossicodipendente in materia di sicurezza sul lavoro. *Prevenzione oggi*, IV (3),131-147,1992.

Briatico Vangosa G. et Al. Tossicodipendenza e giudizio di idoneità alla mansione specifica. Atti 61° Congresso SIMLII Chianciano Terme 1998.

Le idoneità difficili. Atti del congresso nazionale ANMeLP 2002.

Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Morettini A.: Il libro italiano di acologia- SEE Firenze, 2000.

Brignoli O., Cibin M., Gentile N., Vantini I.: Alcol e medico di famiglia. Centro Scientifico Editore, Torino 1998.

DiClemente C.C.: Gli stadi del cambiamento: un approccio transteorico alla dipendenza. In Guelfi G.P. e Spiller V.: Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze. *Il Vaso di Pandora* II, 4, 1994, pp. 37-51.

Gessa G.L.: Bisogno di bere e "principio compulsivo del piacere". In *Medicina delle tossicodipendenze* 5, 1994, pp. 44-49.

Rollnick S., Mason P., Butler C.: Brief negotiation: method for helping patients with behaviour change, 1997.

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

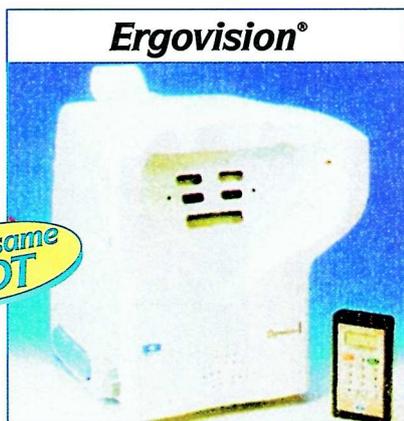
4 domande dal Medico del lavoro

- 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



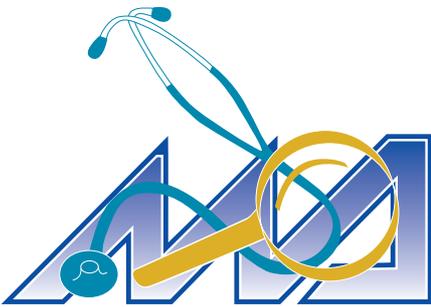
Manuale

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)



APPRENDISTI E MINORI: ASPETTI SOCIALI E TUTELA SANITARIA



MATERIALI DI LAVORO

Umberto Candura
ANMA sezione Campana

INTRODUZIONE

Il lavoro minorile è un problema del quale l'opinione pubblica si occupa riferendosi prevalentemente ai Paesi in via di sviluppo ed agli aspetti perversi della globalizzazione, ma rappresenta un fenomeno di indubbia rilevanza sociale anche da noi, con esigenze a volte di repressione, a volte di attenta regolamentazione e tutela.

Anche nei Paesi avanzati, infatti, si scoprono spesso realtà di sfruttamento e di negazione dei diritti elementari che creano se possibile maggiore sconcerto, proprio per l'apparente contrasto storico e culturale con i livelli di tutela giuridica raggiunti mediamente nei nostri ambienti di lavoro.

IL LAVORO MINORILE IN ITALIA E NEL MONDO

In effetti le condizioni più drammatiche sfuggono a qualsiasi tentativo di omologazione e controllo, in quanto proprie delle comunità di immigrati, i quali importano nei Paesi occidentali sistemi di gestione della mano d'opera tipici dei paesi d'origine, con evidenti vantaggi sul costo del lavoro e sulla competitività dei loro prodotti. In molti casi poi siamo di fronte a condizioni che richiedono politiche da "tolleranza zero", laddove attività illegali e criminose reclutano minori clandestini per accattonaggio coatto, prostituzione, spaccio, ecc. che nelle statistiche dell'ILO sono estranee al concetto di "lavoro", rientrando nelle condizioni di vera e propria schiavitù.

Ma non possiamo negare la diffusione di realtà sociali molto critiche che interessano bambini italiani, che - prevalentemente nelle nostre zone economicamente depresse - fanno un ingresso precoce nel mondo del lavoro, per situazioni di oggettiva povertà che li spinge a divenire un sostegno economico irrinunciabile per le famiglie di appartenenza. Nelle periferie degradate di grandi città, in zone rurali di sottooccupazione ovvero nei sistemi economici retti dalle stagionalità, ritroviamo una economia sommersa che non predilige gli adulti, ma i propri figli, da pagare sicuramente di meno e da gestire con minore conflittualità.

A questi casi si aggiungono i casi legati alla dispersione scolastica, tipica dei contesti sociali in cui la scuola entra precocemente in competizione con il lavoro, perdendo sistematicamente il confronto anche per lo scarso interesse e seduzione che riesce a produrre, se raffrontata alla cultura del "mestiere", ed al richiamo esercitato da un guadagno immediato, seppur limitato. La stessa necessità di rendersi precocemente indipendenti induce specificamente la mano d'opera femminile - spinta anche da tradizioni familiari - ad abbandonare l'istruzione, ed avviarsi verso lavori di collaborazione domestica,

particolarmente critici per quanto riguarda i controlli ai fini della sicurezza e del censimento amministrativo.

Altra determinante del lavoro in tenera età è la tendenza a trasferire precocemente il valore familiare del lavoro: artigiani e commercianti, soprattutto, si preoccupano di trasmettere alle nuove generazioni questo atteggiamento di forte propensione al lavoro, inteso come elemento totalizzante rispetto al quale lo studio, il gioco, la socializzazione dell'adolescente passano in secondo piano. Nelle indagini ISTAT del 2002 questo fenomeno è avvertito soprattutto nelle regioni del Nord-Est, dove non c'è necessariamente l'esclusione reciproca tra scuola e lavoro (per lo più part-time), oppure lo scarso rendimento scolastico dell'alunno-lavoratore, oppure ancora l'indigenza economica che spinge al guadagno immediato.

D'altra parte nel mondo, in molte economie avanzate, la crescita del settore terziario e la richiesta di una mano d'opera più flessibile hanno contribuito alla crescita di questo fenomeno.

In definitiva i fattori sociali alla base del lavoro minorile e della diffusione dell'apprendistato sono:

- lo sviluppo economico
- l'istruzione scolastica
- la famiglia
- il territorio (inteso come opportunità di impiego).

DEFINIZIONI

Il primo aspetto che colpisce e che accomuna le opinioni degli studiosi del fenomeno è l'impossibilità di parlare di lavoro minorile al singolare, essendo molteplici le tipologie e profondamente differenti gli aspetti e gli elementi di allarme.

Innanzitutto va detto che la "patologia" del fenomeno è quella di bambini o adolescenti che l'ILO definisce "bambini economicamente attivi" (Economically Active Children) nella Convenzione n. 138 del 1973, cioè con età inferiore ai 15 anni (che scende a 14 nei paesi in via di sviluppo) o comunque all'età di assolvimento degli obblighi scolastici. In questi casi - salvo peculiari eccezioni collegate ad attività occasionali e/o settori particolari quali quello sportivo, artistico e pubblicitario - l'unica tutela sanitaria possibile è la soppressione del fenomeno. La stessa Convenzione fissa a 18 anni l'età minima di ammissione a qualsivoglia attività che possa compromettere la salute, la sicurezza e la moralità dell'individuo.

Purtroppo la Convenzione citata è stata ratificata solo da alcuni dei Paesi in via di sviluppo, e nessuno di essi è in Asia, dove si concentra il 50% dei "bambini economicamente attivi".

In secondo luogo è necessario operare le opportune

distinzioni tra il lavoro pesante, coatto ed intollerabile (child labour), dalle forme più leggere di attività, consenzienti, magari discontinue ed economicamente non penalizzanti (child work), rispettivamente legate a matrici sociali di sottosviluppo e miseria, con i connotati del vero sfruttamento, piuttosto che ai valori familiari e territoriali incentrati sulla cultura del "mestiere", correlati al miglioramento degli standard di vita e di consumo.

Evidentemente sulla prima tipologia di lavoro si concentrano le iniziative internazionali volte alla sua soppressione, a partire dall'adozione della Convenzione ILO n.182 del 1999 (adottata da più di 100 Paesi, tra cui l'Italia, che vi ha aderito il 7 giugno 2000) sulle forme peggiori di lavoro minorile, dalla quale ha preso spunto l'International Program on Elimination of Child labour (IPEC), mentre sulle forme più accettabili insistono le norme di tutela giuridica dei vari Stati membri.

Su questo punto è poi utile intendersi su ciò che si intende come attività da interdire e/o regolamentare nel caso dei minori, in quanto pregiudizievoli per la loro "salute, sicurezza e moralità" (Convenzione n. 182/99). Al riguardo esiste da tempo una ponderosa produzione giuridica, che in Italia - come vedremo - si concentra più recentemente nel D.Lgs. 345/99, nel Decreto di modifica n. 262/2000, con le allegate liste di lavorazioni vietate, nonché nella disciplina dell'apprendistato individuata dal D.Lgs. 276/2003.

Collegato a questo tema è quello repressivo che interessa gli Organi ispettivi del Ministero del Welfare, ed anche quello di interesse statistico ed epidemiologico, che ha spinto l'ISTAT ad effettuare una prima ricerca in Italia sul fenomeno (Progetto Silm, 2002), cercando di approssimare il concetto di sfruttamento e di lavoro grave, secondo i seguenti criteri descrittivi.

In questa indagine viene qualitativamente definito "grave" un lavoro del minore :

- svolto in orario notturno (dopo le ore 20.00),
- oppure molto o abbastanza pericoloso,
- molto stancante,
- per il quale si salta spesso la scuola,
- oppure che non lascia tempo per i compiti, il gioco, gli amici.

Ed essendo per i ragazzi il lavoro continuativo un'eccezione nel nostro Paese, piuttosto che la regola, si è convenuto che esso abbia i caratteri della continuità laddove venga svolto per più di due ore al giorno e per più di tre mesi all'anno, senza particolare stagionalità.

Attenendoci ai criteri di classificazione internazionali, dobbiamo in definitiva intendere l'attività economica dei minori come un fenomeno molto vasto, nel quale spicca un'area più ristretta di lavoro minorile (child labour) in senso stretto, che va combattuto a tutti i livelli ed in tutte le sue forme, soprattutto nella fascia di bambini più

piccoli (5-11 anni).

Su scala mondiale, inoltre, sono propriamente considerati vittime di lavoro minorile gli adolescenti (12 - 17 anni) adibiti a lavorazioni rischiose (hazardous works), intendendosi come tali nella Convenzione ILO n. 190 del 1999 (di integrazione alla Convenzione n. 182):

- quelle che espongono il bambino ad abusi fisici, psicologici o sessuali,
- il lavoro sotterraneo, subacqueo, ad altezze pericolose, o in spazi angusti,
- il lavoro con macchinari pericolosi,
- carichi eccessivi da trasportare,
- il lavoro in ambiente nocivo per temperatura, rumore, vibrazioni, contatto con sostanze dannose,
- il lavoro notturno,
- quelle che costringono il minore a vivere continuamente all'interno della proprietà del datore di lavoro,
- in generale, qualsiasi lavoro svolto con continuità per più di 43 ore alla settimana.

DIFFUSIONE DEL FENOMENO

Trattasi di un fenomeno sfuggente, con statistiche incerte e spesso sospette, che risente delle diverse interpretazioni adottate e delle connotazioni socioeconomiche e culturali delle aree geografiche interessate, ma spesso collegato nel nostro Paese all'andamento dell'economia sommersa e del lavoro nero.

Nel mondo i dati di incidenza più attendibili sono quelli forniti dall'ILO, con il progetto collegato IPEC, il cui rapporto del 2002 fornisce uno scenario particolarmente allarmante, soprattutto nei Paesi del Terzo Mondo, dove è lo sfruttamento della povertà la radice del lavoro minorile, tollerato in quanto funzionale al sistema economico nazionale, che diventa più competitivo e riesce ad attirare capitali esteri.

D'altra parte non sempre l'adozione di codici di condotta da parte delle multinazionali è riuscita a scalfire l'ingente impiego di tale mano d'opera, ed ha garantito l'effettiva attendibilità del marchio Child labour free. E' intuibile infatti la difficoltà di controllare tutti i produttori locali in Paesi ad alto rischio di corruzione; laddove poi si è intervenuti con massicci licenziamenti di minori dalle fabbriche asiatiche (55.000 dalle industrie tessili del Bangladesh negli anni '90), non si sono registrati incrementi significativi del tasso di istruzione scolastica, né si sono create nuove opportunità di lavoro per gli adulti (dati UNICEF).

L'arma del boicottaggio internazionale è spuntata dalla considerazione che solo il 5% dei minori sfruttati è legata

alle industrie dell'esportazione, ma comunque favorisce ed acuisce la sensibilizzazione degli organi di stampa e dell'opinione pubblica.

Tanto che rimane un'opportunità, anche competitiva, per tutte le imprese ricorrere ad uno strumento di certificazione per la loro responsabilità sociale, quale è la norma SA 8000 (Social Accountability), la cui esigenza è nata proprio come "certificazione etica", da contrapporre a questa drammatica realtà del lavoro minorile, che coinvolge spesso in maniera imbarazzante anche il nostro mondo industrializzato. Ovviamente un'impresa certificata SA 8000 rispetta - tra l'altro - le principali convenzioni ILO, la Convenzione ONU sui Diritti dei Bambini e la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani.

I dati statistici su scala mondiale sono impietosi, e parlano di circa 350 milioni di minori economicamente attivi, dei quali 73 milioni hanno meno di 10 anni e 210 milioni meno di 14 anni; gli hazardous works riguardano 111,3 milioni di bambini da 5 a 14 anni, e 59,2 milioni di adolescenti tra 15 e 17 anni. In questo contesto appare quasi scontato il dato di 22 mila bambini morti per incidenti sul lavoro ogni anno.

Da considerare a rigore esclusi dal concetto più dignitoso di "lavoro" (Convenzione ILO n. 182), vi sono poi 8,4 milioni di minori prigionieri di una vera e propria condizione di schiavitù:

- bambini oggetto di traffico (1,2 milioni)
- bambini soggetti a lavori forzati (5,7 milioni)
- bambini impiegati in conflitti armati (300.000)
- bambini ed adolescenti coinvolti nella prostituzione e nella pedopornografia (1,8 milioni)
- bambini impiegati in attività criminose (600.000)

IN ITALIA

Le apparenti difformità dei tassi di incidenza del fenomeno in Italia, riscontrabile in alcune ricerche ufficiali, sono per lo più da riportare a metodologie diverse di indagine ed al diverso peso attribuito nei questionari ad "attività non pertinenti", rispetto al concetto giuridico e contrattuale di lavoro.

Tra i dati connessi al lavoro minorile, più spesso utilizzati come base per la stima della diffusione del fenomeno, vi sono quelli relativi alla dispersione nella scuola dell'obbligo ed anche quelli relativi agli infortuni sul lavoro censiti dall'INAIL. Nel 2000, ad esempio, furono denunciati 27.400 infortuni sul lavoro di minori sino a 17 anni., 31.500 nel 1999.

Pertanto, da una cifra complessiva - per molti largamente sovrastimata - di circa 350.000 casi (dati CGIL, 2000), si passa così a stime più modeste di circa 144.000 minori di 15 anni al lavoro, pari al 3,1% per fascia di età (dati ISTAT, progetto SILM, Sistema informativo sul lavoro minorile, 2002), (Tab.1)

Tab. 1

Ragazzi di 7-14 anni che hanno qualche esperienza di lavoro - Stime - Anno 2000 (dati assoluti e composizione percentuale)

	DATI ASSOLUTI			PER 100 COETANEI				
	Totale	7-10 anni	11-13 anni	14 anni	Totale	7-10 anni	11-13 anni	14 anni
Totale	144.823	12.385	63.431	69.007	3,1	0,5	3,7	11,6

Adolescenti tra i 15 e i 18 anni che dichiarano di aver avuto esperienze lavorative prima dei 15 anni sono 83 mila (37 mila al Sud e nelle Isole).

Cifre ufficiali relative poi ai minori adibiti a lavori continuativi, al di fuori della cerchia familiare, e che potrebbero configurare forme di sfruttamento, si aggirano invece intorno ai 12.000 casi censiti. (Tab.2)

Minori sfruttati per età e tipologia di lavoro - Stime - Anno 2000 (dati assoluti e percentuali)		
Tipologia di lavoro	V.A. di 7-14 anni	per 100 minori
Lavoro continuativo	12.300	0,26

Un osservatorio privilegiato è quello dell'Ispettorato del Lavoro, che ci offre interessanti indicazioni qualitative del fenomeno, fra cui :

- non vi è una particolare predilezione di un'area geografica, ma una diffusione piuttosto omogenea, con tipiche variazioni stagionali (settore agricolo e commerciale),
- nel Sud prevale l'impiego di minori nelle aree rurali e nella ristorazione, mentre nel Centro Nord è interessato soprattutto il settore delle confezioni e del commercio,
- le motivazioni nel Mezzogiorno sono legate alle necessità economiche, mentre altrove il lavoro minorile è un'occasione di emancipazione e di maggior potere d'acquisto,
- eccezionali sono i casi che coinvolgono i minori di 15 anni, che sono invece ampiamente impiegati nelle comunità straniere, in primis quella cinese (molto concentrate nei distretti di Prato, Firenze, Roma e Napoli),
- il fenomeno sembra in drastica riduzione negli ultimi anni, grazie anche alle efficaci politiche di contrasto delle autorità.

LEGISLAZIONE

Nel regolamento interno del Lanificio Rossi di Bellano (Lecco), la Direzione - in data 15 ottobre 1873 - stabiliva una serie di norme che colpiscono ancor oggi per l'attenzione che già all'epoca si adottava per l'ingresso di mano d'opera giovanile. In particolare si fissava a 12 anni l'età minima di assunzione, per la quale fungevano da requisito essenziale l'avvenuta vaccinazione e l'acquisizione di uno standard minimo di istruzione.

Nel secolo scorso si sono maturate regolamentazioni internazionali sul lavoro minorile, a partire dalla prima Conferenza Internazionale del 1919, che adotta la Convenzione n. 5 sull'età minima nell'industria :

- 1919 - la prima Conferenza internazionale del Lavoro adotta la Convenzione (n. 5) sull'età minima (industria).
- 1930 - adozione della prima Convenzione (n. 29) sul lavoro forzato.
- 1973 - adozione della Convenzione (n. 138) sull'età minima.
- 1992 - l'ILO dà il via al Programma internazionale per l'abolizione del lavoro minorile (IPEC). Fra le attività di IPEC :

valutazioni statistiche, creazione di capacità, riforma giuridica, sensibilizzazione e mobilitazione sociale, prevenzione, ritiro dei bambini dalle attività pericolose e reinserimento, promozione di soluzioni alternative per le famiglie dei bambini costretti a lavorare.

- 1996 - Dichiarazione e Programma d'azione di Stoccolma : viene stabilito il principio secondo il quale un reato contro un bambino, indipendentemente da dove venga commesso, è considerato reato ovunque. Questo principio viene codificato dall'ILO tre anni dopo, in una convenzione internazionale che ne definisce le modalità di applicazione e prevede delle sanzioni in caso di mancata applicazione.

- 1998 - adozione della Dichiarazione sui principi e i diritti fondamentali nel lavoro : libertà sindacale, abolizione del lavoro forzato, fine della discriminazione nel lavoro, eliminazione del lavoro minorile. Tutti gli Stati membri dell'ILO si impegnano a sostenere e promuovere questi principi.

- 1999 - adozione della convenzione (n. 182) sulle forme peggiori di lavoro minorile che richiama l'attenzione di tutto il mondo sulla necessità di adottare misure immediate per sradicare ogni forma di lavoro minorile che possa rivelarsi pericolosa o nuocere al benessere fisico, mentale o morale dei bambini. Questa convenzione è stata ratificata dai tre quarti degli Stati membri dell'OIL.

- 2002 - l'ILO istituisce il 12 giugno come Giornata mondiale contro il lavoro minorile. Sono oltre 80 i paesi che ricevono il supporto dell'OIL per l'elaborazione dei propri programmi di lotta contro il lavoro minorile.

La tutela del lavoro minorile in Italia nasce già dall'assunto costituzionale (art. 17) che la "*Repubblica tutela il lavoro dei minori con speciali norme e garantisce ad essi, a parità di lavoro, il diritto alla parità di retribuzione*".

Regolamentare l'accesso al lavoro dei giovani significa contemperare le esigenze di rendere disponibile mano d'opera idonea e qualificata al mercato, con il diritto-dovere di istruzione e formazione degli adolescenti.

Su questi principi nasce la Legge sull'apprendistato giovanile n. 25 del 19/01/1955, e la successiva Legge n. 977 del 1967 sulla tutela del lavoro dei bambini e degli adolescenti. Altre importanti tappe normative sono segnate da:

- DPR 4 gennaio 1971, n. 36: determinazione dei lavori leggeri per i fanciulli con età > 14 anni;

- DPR 17 giugno 1975, n. 479: visite mediche per minori occupati in attività non industriali che espongono a sostanze tossiche, infettanti o nocive;

- DPR 20 aprile 1994, n. 365 : semplificazione dei procedimenti amministrativi di autorizzazione di minori nel settore dello spettacolo

- D.M. 8 aprile 1998 : disposizioni sui contenuti formativi delle attività di formazione degli apprendisti.

L'attuazione della direttiva 94/33/CE, relativa alla prote-

zione dei giovani sul lavoro, avviene con il D.Lgs. n. 345 del 4 agosto 1999, in cui si privilegia l'istruzione, l'inserimento professionale assicurato dalla formazione, il miglioramento delle condizioni di lavoro per garantire un livello più elevato di protezione del lavoratore minore. Esso stabilisce che l'età minima di ammissione al lavoro - salvo che in attività culturali e simili (art.6) - è di 15 anni ed è subordinata all'assolvimento dell'obbligo scolastico.

L'adibizione al lavoro di un minore che non abbia assolto l'obbligo scolastico, o che congiuntamente abbia meno di 15 anni e non abbia assolto l'obbligo scolastico è **punita con l'arresto fino a sei mesi**.

L'adibizione al lavoro di un minore che abbia meno di 15 anni ma che abbia assolto l'obbligo scolastico è **punita con l'arresto non superiore a sei mesi o con l'ammenda fino a □5.164,00**.

E', inoltre, da tenere presente che la legge 17 maggio 1999, n. 144, all'art. 68, 1° comma, impone, per i giovani, l'obbligo di frequenza di attività formative fino a diciotto anni, obbligo che può essere assolto in percorsi anche integrati di istruzione e formazione:

- a) nel sistema di istruzione scolastica;
- b) nel sistema della formazione professionale di competenza regionale;
- c) nell'esercizio dell'apprendistato.

Tale vincolo formativo, si intende comunque assolto con il conseguimento di un diploma di scuola secondaria superiore o di una qualifica professionale.

La nuova disciplina (art.7) vieta l'adibizione degli adolescenti ad una serie di attività elencate nell'allegato I, che distingue tra esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici e processi e lavori.

Con riguardo ai singoli agenti si fa presente quanto esplicitato dalla Circ. n.1/2000 del Min. del lavoro sulle linee guida applicative del D.Lgs. 345/99:

a) *Rumore*

Il divieto di esposizione al rumore non opera automaticamente ma discende dalla valutazione dei rischi e scatta a partire da un livello di 80 dbA, poi modificato dal Decreto di modifica n. 262/2000 ad un livello di esposizione giornaliera di 90 db(A) come Lepd ,

b) *Agenti chimici*

Il divieto assoluto riguarda l'esposizione agli agenti etichettati come molto tossici, tossici, corrosivi, esplosivi ed estremamente infiammabili, per gli agenti nocivi ed irritanti il divieto vige solo per quelli etichettati con le frasi di rischio elencati nell'Allegato I.

In ogni caso per tutte le lavorazioni elencate, è prevista la possibilità di derogare ai suddetti divieti per scopi

didattici e di formazione professionale.

Per il contratto di apprendistato peraltro, sarà cura delle Direzioni Provinciali del Lavoro valutare, di volta in volta, la sussistenza di tali presupposti non solo in sede di emanazione del provvedimento autorizzatorio, ma anche nel corso dello svolgimento del rapporto stesso.

Da questo punto di vista quindi gli ambienti di lavoro da controllare sotto l'aspetto della salute e la sicurezza possono essere quelli scolastici degli istituti professionali, o laddove si svolgono stage aziendali di formazione on the job .

APPRENDISTATO

Il D.Lgs. 276/2003 ha profondamente innovato il mercato del lavoro, introducendo le linee applicative della riforma contenuta nelle Legge Biagi, e regolamentando le diverse forme di contratto temporaneo di lavoro.

Tra questi l'apprendistato - già normato dalla Legge n. 25/55 - si rivolge precipuamente ai più giovani, a volte ancora minori, e quindi è strettamente collegato al tema in esame.

Trattasi di un contratto a contenuto formativo, in cui il datore di lavoro oltre a versare un corrispettivo per l'attività svolta, garantisce all'apprendista una formazione professionale che si conclude con una qualifica, una specializzazione tecnica superiore, ovvero di un titolo di studio.

Esso è diretto specificamente a coloro che fanno precocemente il loro ingresso nel mondo del lavoro, come

- apprendistato per il diritto-dovere di formazione: giovani e adolescenti che abbiano compiuto 15 anni (prevalentemente la fascia d'età tra i 15 e i 18 anni)
- apprendistato professionalizzante e apprendistato per l'acquisizione di un diploma o per percorsi di alta formazione: giovani tra i 18 e i 29 anni e diciassettenni in possesso di una qualifica professionale (conformemente alla Riforma Moratti)

L'apprendistato si applica a tutti i settori di attività, compreso quello agricolo. Il numero complessivo di apprendisti assunti non può superare del 100% il numero del personale qualificato e specializzato già in servizio presso il datore di lavoro. I datori che non hanno alle proprie dipendenze lavoratori qualificati o specializzati (o ne hanno meno di tre), possono assumere fino a tre apprendisti. Alle imprese artigiane si applicano limiti diversi (Legge 443/1985, art. 4).

L'apprendistato per il diritto-dovere di formazione ha una durata massima di 3 anni, determinata in base alla qualifica da conseguire, al titolo di studio, ai crediti professionali e formativi acquisiti, nonché al bilancio delle competenze realizzato dai servizi pubblici per l'impiego o dai soggetti privati accreditati. L'apprendistato professio-

nalizzante può durare da 2 a 6 anni, in base a quanto stabilito dalla contrattazione collettiva (Circolare Min. Welfare n. 30 del 15/07/2005).

La liberalizzazione di tali contratti è l'obiettivo anche del Decreto Legge n. 35/2005 (il c.d. decreto sulla competitività), il quale - aggiungendo il comma 5-bis all'art. 49 del D.Lgs. 276/2003 - ed al fine di accelerare il processo di messa a regime dell'istituto, affida la definizione della disciplina per l'apprendistato professionalizzante agli stessi soggetti che stipulano i contratti collettivi nazionali di lavoro.

I MINORI ED IL RUMORE

Il D.Lgs. 345 pertanto sanciva il divieto di adibizione dei minori alle attività che comportavano un valore dell'esposizione quotidiana superiore a 80 dB(A), prevedendo la possibilità di derogare al divieto di esposizione per motivi didattici o di formazione professionale

In tema di divieti di mansioni per i minori è intervenuto però il D.Lgs. 262/2000, che ha operato alcune modifiche più permissive in primo luogo a proposito di esposizione al rumore.

E' difatti ammesso il superamento del limite espositivo di 80 dB come Lepd, a condizione di un controllo sanitario rispettivamente biennale per la fascia tra 80 e 85 dB ed annuale per quella tra 85 e 90 dB (art. 2, comma 9 e 10). Il datore di lavoro impartisce in ogni caso adeguata formazione e fornisce in ogni caso DPI, che i minori devono sempre indossare; non è comunque ammessa qualsivoglia esposizione media giornaliera >90 dB.

Come è noto l'ISPESL ha pubblicato nel Maggio 2002 le linee guida sul rischio rumore, nelle quali si concordava sostanzialmente con le norme del D.Lgs. 345/99, che vietavano l'esposizione oltre gli 80 dB(A). In esse si afferma difatti che "...la necessità di adottare maggiori cautele nei confronti della prevenzione del danno acustico nei minori sono da porsi in relazione sia con l'obiettivo di preservare con più attenzione il patrimonio funzionale di individui giovani, sia con la dimostrata maggiore suscettibilità al danno da rumore in soggetti che non abbiano ultimato le tappe del loro sviluppo funzionale".

Tra l'altro, le Linee Guida riconoscono alcune patologie di natura percettiva (neurosensoriale) come predisponenti al danno acustico da rumore.

Viene inoltre affermato che per diagnosticare le condizioni di maggiore suscettibilità e' necessario sottoporre i giovani in ingresso anche all'indagine audiometrica per via ossea al fine di escludere condizioni di natura trasmissiva per le quali non vi e' riscontro otoscopico come ad esempio per alcune otosclerosi operate.

Le tabelle riportate, all'interno della Linea Guida, individuano le condizioni predisponenti rispettivamente per i danni di tipo trasmissivo, misto e percettivo secondo



Merluzzi (1998)

Per quanto concerne la sordità in età infantile è risaputo che le ipoacusie trasmissive vedono come cause più frequenti: i tappi di cerume, le otiti catarrali, le otiti medie acute ed i dismorfismi dell'orecchio esterno e/o medio; le sordità percettive sono nel 60% di origine genetica, sindromiche e non, nel 20-30% tossico-infettive e nei restanti casi idiopatiche.

I dati di incidenza delle sordità invalidanti nell'infanzia (oltre 70 dB) sono intorno all' 1,6 per mille, con una prevalenza per i nuovi nati dell'1 per mille. La ipoacusie meno importanti sono, invece, molto frequenti e interessano un terzo della popolazione pediatrica in età prescolare quando è maggiore il picco di prevalenza delle Otiti Medie Essudative (OME). ("Raccomandazioni diagnostiche e terapeutiche per la sordità", Direz. Generale Sanità, Reg. Lombardia BURL, gennaio 2005).

A questi dati si aggiunga quanto ha potuto incidere in questi ultimi decenni l'inquinamento acustico degli ambienti di vita (traffico autoveicolare, inurbamento di scali aerei, luoghi di svago, ecc.), con possibilità di esposizioni extralavorative anche di 75 - 80 dB(A), soprattutto nella popolazione più giovane.

Fra le cause che possono esporre la popolazione residente - in particolare i più giovani - al rischio di una perdita di udito si possono ricordare l'ascolto della musica in discoteca, in concerti e dalle cuffie, taluni giocattoli ed i fuochi d'artificio (rumore impulsivo), nonché alcuni sport (sport motoristici, tiro a segno, caccia) (Berglund e Lindvall, 1995).

Al fine di evitare deficit uditivi dovuti ai suoni impulsivi prodotti, ad esempio, da giocattoli e fuochi artificiali, l'esposizione dovrebbe mantenersi inferiore ai 140 dB (Lpicco) (Berglund & Lindvall, 1995) e ai 120 dB (Lpicco) nel caso dei bambini (WHO, 1999).

Una storica ricerca, condotta dal Centro studi e ricerche in bioacustica dell'Università degli Studi di Milano (Arpini et al., 1988) su popolazioni beduine del deserto giordano, ha evidenziato il contributo della socioacusia (esposizione al rumore di fondo della collettività) al livello di presbiacusia tipica dell'età più avanzata. In questa

indagine infatti - condotta su 139 beduini Nabatei, esenti da qualsiasi esposizione a rumori di città - non si riscontravano sostanziali differenze di acuità uditiva tra i trentenni ed i centenari. D'altro canto gli Autori sottolineavano che già alla nascita la popolazione in esame era esposta ad una rumorosità media di 27 decibel contro i 70 decibel medi delle nostre sale parto.

Altre ricerche sugli adolescenti hanno dimostrato che essi possono risultare tipicamente esposti ad un'energia sonora pari a quella associata ad un rumore costante di 80-85 dBA di Leq [Siervogel, Roche, D.L. Johnson & Fairman, 1982]

Un'indagine di Vecchi, Martini et al. (1994), sulle discoteche del Comune di Reggio Emilia, ha evidenziato, dal confronto fra l'audiogramma medio misurato prima dell'ingresso in discoteca e quello misurato dopo l'uscita (108 soggetti esaminati), un innalzamento simmetrico del livello di soglia uditiva, la cui morfologia è caratteristica della fatica uditiva.

I livelli sonori risultano tipicamente molto elevati (>100 dBA di Leq) e ciò può condurre ad un significativo danno uditivo, anche perché le discoteche sono frequentate molto spesso dalle stesse persone e per periodi di tempo anche prolungati (Berglund & Lindvall, 1995). Al fine della protezione dell'udito dei frequentatori di tutti i locali nei quali la musica costituisce un elemento fondamentale dell'attrattiva esercitata sul pubblico, è sicuramente importante intervenire a disciplinare questa tipologia di attività.

La progressiva diminuzione delle capacità uditive dei giovani è provato indirettamente anche dal fatto che la musica rivolta al pubblico più giovane privilegia le basse frequenze (basso, batteria) udibili anche da chi ha deficit percettivi (l'ipoacusia si manifesta soprattutto sulla percezione dei suoni "alti")

In tal senso la normativa italiana si è recentemente adeguata, con l'emanazione del DPCM 215/99 (Regolamento recante norme per la determinazione dei requisiti acustici delle sorgenti sonore nei luoghi di intrattenimento danzante e di pubblico spettacolo e nei pubblici esercizi), che fissa un limite di 95 dBA di Leq per l'esposizione complessiva del pubblico, ed un limite di 105-103-102 dBA (con differenti decorrenze temporali) per i Livelli massimi (LSmax). Peraltro, secondo alcuni Autori (Berglund & Lindvall, 1995), per le discoteche, risulterebbe auspicabile che i livelli sonori non superassero i 90 dBA di Leq.

Pertanto non sorprende che l'avvio al lavoro di soggetti minori o comunque molto giovani, debba fare i conti con una diffusione di danni uditivi da rumore che può raggiungere anche la percentuale del 10 - 15 % (socioacusia).

Anzi, potremmo affermare che, in conseguenza dell'adozione di tassativi limiti di esposizione professio-

nale a rumore e del sempre maggiore controllo cui sono sottoposti gli ambienti di lavoro, il contributo della socioacusia al lento, ma progressivo, deterioramento della sensibilità uditiva potrebbe non risultare più trascurabile o secondario, ma prevalente rispetto alle tradizionali cause lavorative (Berglund & Lindvall, 1995).

Poiché l'udito rappresenta il canale principale per l'apprendimento in generale e per quello linguistico in particolare, la prevenzione, la diagnosi precoce ed il trattamento tempestivo, costituiscono delle attività determinanti per la crescita cognitiva e per la formazione professionale del futuro giovane lavoratore.

Difatti sappiamo che una comunicazione efficace è essenziale sul luogo di lavoro, a prescindere dal fatto che questo sia una fabbrica, un cantiere edile, un call center o una scuola. Una buona comunicazione verbale (cioè una comunicazione nella quale l'ascoltatore sia in grado di percepire il 90 % delle sillabe e il 97 % delle frasi) richiede che il livello del discorso percepito dall'orecchio sia almeno di 10 dB superiore a quello del rumore circostante. E' lecito supporre quindi che in ambienti di lavoro dove è impiegata mano d'opera giovane - in attività formativa e professionalizzante - ciò sia una ragione in più per operare un'ottimale prevenzione primaria sul rischio rumore.

Gli effetti che l'esposizione al rumore determina sull'uomo sono dipendenti da numerose variabili, come le caratteristiche fisiche del fenomeno, i tempi e le modalità di manifestazione dell'evento sonoro, la specifica sensibilità del soggetto esposto, e sono comunemente classificati come (Cosa et al. 1990):

- effetti di danno, vale a dire di alterazioni non reversibili o non completamente reversibili, obiettivabili dal punto di vista clinico e/o anatomopatologico;
- effetti di disturbo, cioè di alterazioni temporanee delle condizioni psicofisiche del soggetto, che siano chiaramente obiettivabili, determinando effetti fisiopatologici ben definiti;
- sensazione di disturbo e fastidio genericamente intesa (annoyance).

Pertanto la preservazione di uno stato di salute - nell'accezione più completa del termine (WHO) - richiede certamente interventi di tutela non solo negli ambienti di lavoro, ma anche in quelli residenziali: molti Autori richiamano l'attenzione sulla opportunità di direttive speciali aventi come obbiettivo proprio la protezione dei bambini dall'esposizione notturna al rumore prodotto da sorgenti di rumorosità particolarmente impattanti.

Da anni osservato speciale è il trasporto, in particolare quello su strada, riconosciuto come la fonte principale di esposizione al rumore in ambito urbano. Livelli di rumore che superino per intensità i 55 dB (A) sono correlati a disturbi del sonno e della comunicazione e possono interferire negativamente con la capacità di concentrazione. I bambini esposti cronicamente a forti rumori, per esempio in prossimità degli aeroporti, possono mostrare difficoltà nell'apprendimento, nell'imparare a leggere, e nell'acquisire la capacità di risolvere problemi. (ARTA Abruzzo) .

Molto abbondante è la messe di dati epidemiologici che riguardano le influenze del rumore residenziale sulla qualità del sonno - soprattutto nei più giovani - con intuibili conseguenze sulle performance anche lavorative delle ore diurne.

Valore in decibel	Effetti sul sonno
Fino a 40 DB	si allunga di 20 minuti il tempo di sonno
Fino a 40 DB	piccoli disturbi dell'architettura del sonno
Fino a 40 DB	tempo di addormentamento prolungato di 30 minuti o più - possono svegliarsi i bambini
Fino a 40 DB	alterazioni profonde della qualità e della durata del sonno - possibili frequenti risvegli
Fino a 40 DB	riduzione o scomparsa delle fasi iv e rem del sonno

FONTE: Università "La Sapienza" - Roma - Facoltà di Medicina e Chirurgia

E' accertato che, se la soglia di rischio per danni uditivi è di 80 decibel, a livelli inferiori si hanno comunque danni non uditivi (malessere, stress, annoyance...) che possono influenzare negativamente, anche se in modo a volte sfumato, il sistema cardiocircolatorio, quello gastroenterico ed i sistemi sensoriali. In particolar modo nei bambini, per i quali sono stati evidenziati anche deficit di apprendimento scolastico. L'OMS, infatti, considera come "grave molestia" alle persone livelli superiori ai 55 decibel

di giorno e 45 decibel nelle ore notturne nelle abitazioni "Il rumore occupa uno dei primi posti fra le cause ansio-gene della vita moderna...Il rumore è uno degli stimoli sensoriali più violenti e primitivi...costringe ogni volta i centri sottocorticali ad un adattamento di emergenza, che produce inevitabilmente una tensione emotiva..." (Cazzullo). Quanto descritto ci conduce ad affermare come le varie azioni corporee indotte dal rumore possano essere ricondotte alla "sindrome generale di adattamen-

to" secondo Selye.

Anche la capacità mnemonica può venire ridotta in condizioni di esposizione a rumore [S.Cohen et al. 1986; Hockey, 1979; D.M. Jones, 1984]. Il rumore provoca altresì brevi periodi di inefficienza, qualora sia richiesta una prolungata attenzione visiva [Broadbent, 1981, S. Cohen et al., 1986] (Berglund & Lindvall, 1995).

I compiti che richiedono un continuo ed attento monitoraggio di segnali (ad es.: sistemi di avvertimento o

allarme) possono essere influenzati negativamente dal rumore.

D'altro canto attività monotone e ripetitive possono essere meglio condotte, se il soggetto è esposto ad un rumore di fondo moderato, poiché il rumore accresce il grado di vigilanza (arousal) e maschera altri stimoli sonori che potrebbero avere un'azione distraente (Berglund & Lindvall, 1995).

Effetti extrauditivi del rumore
- SISTEMA NERVOSO. Disturbi dell'equilibrio e del tono psicomotorio, disturbi dell'attenzione e della concentrazione.
- ORGANO DELLA VISTA. Disturbi del visus, dilatazione della pupilla.
- APPARATO GASTROINTESTINALE. Aumento della mobilità gastrointestinale e possibili fenomeni spastici, aumento dell'incidenza di gastro-duodeniti e ulcere.
- APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO. Aumento della frequenza cardiaca, costrizione dei vasi periferici, aumento della pressione arteriosa.
- APPARATO RESPIRATORIO. Aumento della frequenza respiratoria.
- APPARATO ENDOCRINO. Modificazioni nella produzione di ormoni, particolarmente a carico di ipofisi e surrene.
- ALTRI ORGANI ED APPARATI. Disturbi del carattere, eccitazione, depressione, nevrosi, disturbi sessuali.

I vari studi condotti sull'annoyance da rumore hanno sempre messo in evidenza bassi coefficienti di correlazione tra il parametro acustico utilizzato per descrivere l'esposizione e il disturbo soggettivamente espresso. Questo fatto ha spinto i ricercatori a testare indici diversi dal Livello Equivalente (Leq) che tradizionalmente è stato quello maggiormente utilizzato.

Fra i descrittori, diversi dal Leq, che sono stati utilizzati nei diversi studi, vanno ricordati, ad esempio, il T.N.I. (Traffic Noise Index) proposto da Griffiths e Langdon per il disturbo dovuto al traffico stradale, e l'L99 (Livello percentile, superato nel 99% del tempo di misura),

Sul tema del rumore ambientale l'attualità legislativa è rappresentata dal D.Lgs. 19 agosto 2005, n.194 "Attuazione della direttiva 2002/49/CE relativa alla determinazione e alla gestione del rumore ambientale", il quale, proprio al fine di evitare, prevenire o ridurre gli effetti nocivi dell'esposizione al rumore ambientale, definisce le competenze e le procedure per l'elaborazione :

- della mappatura acustica e delle mappe acustiche strategiche negli agglomerati urbani,
- dei piani di azione volti ad evitare e a ridurre il rumore ambientale laddove necessario, in particolare, quando i livelli di esposizione possono avere effetti nocivi per la salute umana,
- assicurare l'informazione e la partecipazione del pubblico in merito al rumore ambientale ed ai relativi effetti.

Nel 2003 è stata inoltre emanata la direttiva 2003/10/CE del Parlamento europeo e del Consiglio sulle prescrizioni minime di sicurezza e di salute relative all'esposizione dei lavoratori ai rischi derivanti dagli agenti fisici (rumore). Questa direttiva deve essere recepita dalla legislazione nazionale di tutti gli Stati membri prima del 15 febbraio 2006 . Secondo l'articolo 5, paragrafo 1 della direttiva, tenuto conto del progresso tecnico e della disponibilità di misure per controllare il rischio alla fonte, "i rischi derivanti dall'esposizione al rumore sono eliminati alla fonte o ridotti al minimo". La direttiva definisce anche un nuovo valore limite di esposizione quotidiana di 87 dB(A).

Altre importanti indicazioni del D.Lgs. 262/00 di modifica del 345/99, inerenti le modalità di impiego dei giovani al lavoro, riguardano nello specifico:

- ag. Chimici: l'esposizione a sostanze classificate come irritanti (Xi) e comportanti possibilità di sensibilizzazione per contatto con la pelle (R43), è proibita solo se il rischio suddetto non sia evitabile mediante l'uso di DPI;
- processi e lavori di cui al punto II dell'All.I: il divieto è riferito solo alle specifiche fasi del processo produttivo in cui l'esposizione è effettiva e non all'attività nel suo complesso (importanza di un'accurata valutazione dei rischi!);
- edilizia: da escludere i lavori comportanti rischio di crolli e allestimento e smontaggio delle armature esterne.

D. LGS. N 345/99: ALLEGATO I CON LE MODIFICHE DEL D.LGS. 18 AGOSTO N° 262/00

I. Mansioni che espongono ai seguenti agenti:

1. Agenti fisici:

a) atmosfera a pressione superiore a quella naturale, ad esempio in contenitori sotto pressione, immersione sottomarina, fermo restando le disposizioni di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1956, n. 321;	b) rumori con esposizione media giornaliera superiore a 90 decibel LEP-d
--	---

2. Agenti biologici:

a) agenti biologici dei gruppi 3 e 4, ai sensi del titolo VIII del decreto legislativo n. 626 del 1994 e di quelli geneticamente modificati del gruppo II di cui ai decreti legislativi 3 marzo 1993, n. 91 e n. 92.
--

3. Agenti chimici:

a) sostanze e preparati classificati tossici (T), molto tossici (T+), corrosivi (C), esplosivi (E) o estremamente infiammabili (F+) ai sensi del decreto legislativo 3 febbraio 1997, n. 52, e successive modificazioni e integrazioni e del decreto legislativo 16 luglio 1998, n. 285;	b) sostanze e preparati classificati nocivi (Xn) ai sensi dei decreti legislativi di cui al punto 3 a) e comportanti uno o più rischi descritti dalle seguenti frasi :
--	---

1) pericolo di effetti irreversibili molto gravi (R39);	2) possibilità di effetti irreversibili (R40);
3) può provocare sensibilizzazione mediante inalazione (R42);	4) può provocare sensibilizzazione per contatto con la pelle (R43);
5) può provocare alterazioni genetiche ereditarie (R46);	6) pericolo di gravi danni per la salute in caso di esposizione prolungata (R48);
7) può ridurre la fertilità (R60);	8) può danneggiare i bambini non ancora nati (R61);
c) sostanze e preparati classificati irritanti (Xi) e comportanti il rischio, descritto dalla seguente frase, che non sia evitabile mediante l'uso di dispositivi di protezione individuale: "può provocare sensibilizzazione per contatto con la pelle (R43)".	e) piombo e composti;
1) può provocare sensibilizzazione mediante inalazione (R42);	
d) sostanze e preparati di cui al titolo VII del decreto legislativo n. 626 del 1994;	f) amianto

II. Processi e lavori:

il divieto è riferito solo alle specifiche fasi del processo produttivo e non all'attività nel suo complesso	2) Lavori di fabbricazione e di manipolazione di dispositivi, ordigni ed oggetti diversi contenenti esplosivi, fermo restando le disposizioni di cui al decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1956, n. 302.
1) Processi e lavori di cui all'allegato VIII del decreto legislativo n. 626 del 1994.	
3) Lavori in serragli contenenti animali feroci o velenosi nonché condotta e governo di tori e stalloni.	4) Lavori di mattatoio.
5) Lavori comportanti la manipolazione di apparecchiature di produzione, di immagazzinamento o di impiego di gas compressi, liquidi o in soluzione.	6) Lavori su tini, bacini, serbatoi, damigiane o bombole contenenti agenti chimici di cui al punto I.3.
7) Lavori comportanti rischi di crolli e allestimento e smontaggio delle armature esterne alle costruzioni	8) Lavori comportanti rischi elettrici da alta tensione come definita dall'art. 268 del decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1955, n. 547.
9) Lavori il cui ritmo è determinato dalla macchina e che sono pagati a cottimo.	10) Esercizio dei forni a temperatura superiore a 500 C come ad esempio quelli per la produzione di ghisa, ferroleghie, ferro o acciaio; operazioni di demolizione, ricostruzione e riparazione degli stessi; lavoro ai laminatoi.
11) Lavorazioni nelle fonderie.	12) Processi elettrolitici.
13) è soppresso	14) Produzione dei metalli ferrosi e non ferrosi e loro leghe.
15) Produzione e lavorazione dello zolfo.	16) Lavorazioni di escavazione, comprese le operazioni di estirpazione del materiale, di collocamento e smontaggio delle armature, di conduzione e manovra dei mezzi meccanici, di taglio dei massi.
17) Lavorazioni in gallerie, cave, miniere, torbiere e industria estrattiva in genere.	18) Lavorazione meccanica dei minerali e delle rocce, limitatamente alle fasi di taglio, frantumazione, polverizzazione, vagliatura a secco dei prodotti polverulenti.
19) Lavorazione dei tabacchi.	20) Lavori di costruzione, trasformazione, riparazione, manutenzione e demolizione delle navi, esclusi i lavori di officina eseguiti nei reparti a terra.
21) Produzione di calce ventilata	22) Lavorazioni che espongono a rischio silicotigeno.
23) Manovra degli apparecchi di sollevamento a trazione meccanica, ad eccezione di ascensori e montacarichi.	24) Lavori in pozzi, cisterne ed ambienti assimilabili.
25) Lavori nei magazzini frigoriferi.	26) Lavorazione, produzione e manipolazione comportanti esposizione a prodotti farmaceutici.
27) Condotta dei veicoli di trasporto, con esclusione di ciclomotori e motoveicoli fino a 125 cc., in base a quanto previsto dall'art. 115 del D.Lgs. 30/04/1992 n.285, e di macchine operatrici semoventi con propulsione meccanica nonché lavori di pulizia e di servizio dei motori e degli organi di trasmissione che sono in moto.	28) Operazioni di metallizzazione a spruzzo.
29) Legaggio ed abbattimento degli alberi.	30) Pulizia di camini e focolai negli impianti di combustione.
31) Apertura, battitura, cardatura e pulitura delle fibre tessili, del crine vegetale ed animale, delle piume e dei peli.	32) Produzione e lavorazione di fibre minerali e artificiali.
33) Cernita e tritamento degli stracci e della carta usata senza l'uso di adeguati mezzi di protezione individuale.	34) Lavori con impieghi di martelli pneumatici, mole ad albero flessibile e altri strumenti vibranti; uso di pistole fissachiodi di elevata potenza.
35) Produzione di polveri metalliche.	36) Saldatura e taglio dei metalli con arco elettrico o con fiamma ossidrica o ossiacetilenica.
37) Lavori nelle macellerie che comportano l'uso di utensili taglienti, seghe e macchine per tritare.	

TUTELA SANITARIA DI MINORI ED APPRENDISTI

Innanzitutto va ricordato, poichè la tutela sanitaria nasce da una accurata valutazione del rischio, con partecipazione attiva del medico competente, che l'art. 8 del D.Lgs. 345/99 stabilisce che prima di adibire minori al lavoro il datore di lavoro orienta la sua valutazione dei rischi, implementando il rispetto dell'obbligo previsto dall'All. VI° del D.Leg. 277/91, con particolare considerazione relativa a:

- a). sviluppo non ancora completo, mancanza di esperienza e di consapevolezza nei riguardi dei rischi lavorativi, esistenti o possibili, in relazione all'età;
- b). attrezzature e sistemazione del luogo e del posto di lavoro;
- c). natura, grado e durata di esposizione agli agenti chimici, biologici e fisici;
- d). movimentazione manuale dei carichi;
- e). sistemazione, scelta, utilizzazione e manipolazione delle attrezzature di lavoro, specificatamente di agenti, macchine, apparecchi e strumenti;
- f). pianificazione dei processi di lavoro e dello svolgimento del lavoro e della loro interazione sull'organizzazione generale del lavoro;
- g). situazione della formazione e dell'informazione dei minori.

E' anche indicativo ricordare che nei riguardi dei minori, le informazioni di cui all'art. 21 della 626/94 sono fornite anche ai titolari della podestà genitoriale.

È decisamente innovativo, nel nostro panorama giuridico, il diritto/dovere di partecipazione nell'ambito lavorativo - attiva e obbligatoria - di chi detiene la tutela giuridica del minore: vero punto qualificante di una innovata tutela del diritto del minore che non può più essere "scaricato" dai soggetti istituzionalmente tenuti a curarsi della sua incolumità e formazione.

L'attenzione del Legislatore a tali categorie di lavoratori si evince inoltre dalla peculiarità di una normativa specifica che riguarda la sorveglianza sanitaria, ed in particolare la previsione di una visita preassuntiva per l'idoneità al lavoro, la cui obbligatorietà non è invece indicata nella restante normativa sul tema, laddove si prevede esclusivamente una facoltà in tal senso da parte del Datore di Lavoro.

L'ammissione al lavoro deve pertanto essere preceduta da una visita medica che certifichi l'idoneità del minore al lavoro cui sarà adibito

Alle perplessità insorte poi sul tema della competenza dell'accertamento sanitario della idoneità al lavoro per minori ed apprendisti, a seguito dell'entrata in vigore del

D.Lgs. 345/99 e del suo decreto di modifica 262/2000, da applicare coerentemente alle innovazioni apportate alla Legge 25/55, al DPR 1668/56, ed a quanto disposto dal D.Lgs. 626/94 (artt. 16 e 17), ha chiaramente risposto la Circolare n.11/2001 del Min. Lavoro.

Essa definisce chiaramente che i minori adibiti a mansioni per le quali è prevista sorveglianza sanitaria debbano essere preventivamente (in assunzione) sottoposti ad accertamenti sanitari mirati a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro - anche riferendosi ai divieti previsti dall'All. I del D.Lgs. 345/99 - dal Medico Competente d'azienda individuato dall'art. 2 comma 1d) e dell'art. 17, comma 5 del D.Lgs. 626/94.

Rimangono invece di competenza della ASL territoriale le visite di idoneità per i minori avviati ad attività per le quali non è prevista sorveglianza sanitaria (ad es. quelle del settore artistico, culturale, sportivo e pubblicitario), ai sensi del disposto dell'art. 9, comma 3 del D.Lgs. 345/99, che ha modificato l'art. 8 della Legge 977/67. Con la differenza - rispetto al passato - che l'articolo in questione ha implicitamente abrogato le disposizioni della Legge 25/55 che sanciscono la gratuità di tali visite, da effettuarsi quindi a cura e spese del datore di lavoro

E' significativo ricordare che il decreto in questione sancisce anche che (art. 9, comma 6) che il giudizio sull'idoneità o sull'inidoneità parziale o temporanea o totale del minore al lavoro deve essere comunicato per iscritto al datore di lavoro, al lavoratore e ai titolari della podestà genitoriale. Questi ultimi hanno facoltà di richiedere copia della documentazione sanitaria.

In presenza di apprendisti maggiorenni, la stessa Circolare distingue i casi nei quali essi sono adibiti a mansioni soggetti a sorveglianza sanitaria da quelli che svolgono altre attività. In questi ultimi casi l'unico riferimento normativo è la citata Legge 25 (art. 4) ed il regolamento di esecuzione (DPR 1668/56, art.9), e pertanto rimane l'obbligo di una visita medica gratuita presso l'ASL territoriale.

Nella fattispecie di apprendisti maggiorenni soggetti ad attività per le quali è prevista sorveglianza sanitaria, si aggiunge il riferimento normativo del D.Lgs. 626/94 (art.16), il quale in effetti include nel suo campo di applicazione (art. 2, lett.a) anche i lavoratori con rapporti di lavoro speciali, quali sono gli apprendisti.

Poichè non vi è un'implicita abrogazione della vecchia norma a favore della nuova, né tecnicamente possibilità di raccordo tra le due normative - essendo entrambi normative speciali - la lettura rigorosa del disposto legislativo prevede in questi casi un doppio accertamento di ingresso: l'uno da parte dell'ASL, volto a definire un'idoneità generica al lavoro per il quale si è assunti, l'altro da parte del medico competente, con accertamenti clinico-diagnostici mirati a verificare la compatibilità dello stato psicofisico dell'apprendista alla specifica real-

tà lavorativa, così come risulta dal documento di valutazione dei rischi dell'impresa.

Nella pratica però va detto che alcune Regioni, valutando che il costo beneficio della doppia visita medica risulta sfavorevole per tutti (ASL, potenziale lavoratore, datore di lavoro ecc), hanno emanato disposizioni che inviano il tutto al datore di lavoro e al medico competente. Si ricorda il precedente della Circolare n. 2094 del 27/05/99, da parte dell'ASL di Reggio Emilia, la quale, in forza dell'art. 11 della Legge 977/67, aveva demandato le visite di idoneità degli apprendisti maggiorenni esclusivamente ai M.C. nominati dalle aziende, laddove previsti.

Una particolare posizione è stata presa dalla Regione Lombardia: con la Legge 04/08/2003 n. 12, "Norme Relative a certificazioni in materia di igiene e sanità pubblica", pubblicata in BURL 4 agosto 2003, n.

32, essa ha abolito alcune certificazioni ritenute inefficaci e ripetitive, tra le quali proprio il certificato di idoneità fisica per l'assunzione di minori e di apprendisti minori rilasciati dalle AUSL regionali, lasciando tale compito al medico del lavoro competente e solo nel caso in cui il minore risultasse adibito ad attività lavorative che lo esponessero a fattori di rischio.

Con la sentenza 162 del 01/06/2004 della Corte Costituzionale (G.U. Serie Speciale, 9 giugno 2004, n. 22) la Corte Costituzionale legittima le disposizioni contenute nella legge regionale n. 12/2003 della Regione Lombardia con le quali è stato abolito il rilascio da parte delle AUSL del certificato di idoneità fisica per i minori.

Dal sito dell'ASL n. 16, distretto di Mondovì (Regione Piemonte), si trae il seguente schema riassuntivo inerente le competenze in materia :

**QUADRO RIASSUNTIVO
COMPETENZE ACCERTAMENTI SANITARI MINORI ED APPRENDISTI**

DIPENDENTI	VISITE PREVENTIVE	VISITE PERIODICHE
<i>Apprendisti Minori</i> Addetti a lavorazioni non soggette a sorveglianza sanitaria	<i>ASL (SPreSAL)</i>	<i>ASL (SPreSAL)</i>
<i>Apprendisti Minori</i> Addetti a lavorazioni soggette a sorveglianza sanitaria	<i>Medico Competente Aziendale</i>	<i>Medico Competente Aziendale</i>
<i>Minori non apprendisti</i> Addetti a lavorazioni non soggette a sorveglianza sanitaria	<i>ASL (SPreSAL)</i>	<i>ASL (SPreSAL)</i>
<i>Minori non apprendisti</i> Addetti a lavorazioni soggette a sorveglianza sanitaria	<i>Medico Competente Aziendale</i>	<i>Medico Competente Aziendale</i>
<i>Apprendisti Maggiorenni</i> Addetti a lavorazioni non soggette a sorveglianza sanitaria	<i>ASL (SPreSAL)</i>	<i>NO OBBLIGO</i>
<i>Apprendisti Maggiorenni *</i> Addetti a lavorazioni soggette a sorveglianza sanitaria	<i>Medico Competente Aziendale</i>	<i>Medico Competente Aziendale</i>
<i>Maggiorenni non apprendisti</i> Addetti a lavorazioni non soggette a sorveglianza sanitaria	<i>NO OBBLIGO</i>	<i>NO OBBLIGO</i>
<i>Maggiorenni non apprendisti</i> Addetti a lavorazioni soggette a sorveglianza sanitaria	<i>Medico Competente Aziendale</i>	<i>Medico Competente Aziendale</i>

* Lo SPreSAL effettua eccezionalmente visite mediche preventive ad Apprendisti Maggiorenni addetti a lavorazioni soggette a sorveglianza sanitaria nel caso di aziende che fino al momento dell'assunzione dell'apprendista non hanno avuto l'obbligo di nominare il Medico Competente ovvero:

- azienda individuale che assume un apprendista e che in precedenza non aveva lavoratori subordinati o figure ad essi equiparate soggette a sorveglianza sanitaria
- azienda che inizia attività prima dell'elaborazione del documento di valutazione dei rischi e conseguenti obblighi ma cui la nomina del Medico Competente Aziendale.



Altro problema di ordine pratico è la necessità di definire le tipologie di attività nelle quali si ritiene sia obbligatoria o meno la sorveglianza sanitaria, proprio per poter applicare al meglio le suddette indicazioni ministeriali, soprattutto nel settore dell'artigianato e delle microimprese, dove è tradizionalmente più difficile il compito della Vigilanza degli Organi preposti, e al contempo più spiccata la tendenza all'impiego di tale categoria di mano d'opera.

Diverse esperienze sul territorio, frutto di tavoli di concertazione con le parti sociali interessate, hanno condotto alla compilazione di elenchi - di certo non esaustivi - da interpretare come indicazioni utili a rendere omogenei i comportamenti, sia da parte pubblica che per ciò che concerne l'operato dei medici competenti. Tali elenchi sono elaborati ovviamente a beneficio anche dei datori di lavoro, e seguono un criterio di classificazione in base alle evidenze o meno della necessità di sorveglianza sanitaria:

- a) una prima lista è quella di attività per le quali esistono specifiche norme, che impongono perentoriamente accertamenti medici di idoneità, secondo criteri universalmente accettati (es. saldatura, falegnameria, ecc.)
- b) una seconda lista fa riferimento a lavorazioni prive di specifiche normative di riferimento, ma che i dati di letteratura ed esperienze sul comparto produttivo fanno optare per l'esecuzione di visite mediche di idoneità, ovviamente con una chiara motivazione scaturita dall'esame del Documento di valutazione del rischio dell'impresa (es. alcuni assemblaggi industriali, alimentaristi, ecc.)
- c) nella terza lista si citano mansioni per le quali non si presume la non obbligatorietà della sorveglianza sanitaria, che potrebbe scaturire solo dalle indicazioni del documento citato in chiave preventiva (es. commesso, cuoco, cameriere, ecc.)

RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

D.Lgs. 345/1999
"Attuazione della direttiva 94/33/CE relativa alla protezione dei giovani sul lavoro"

D.Lgs. 262/2000
"Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 4 agosto 1999, n. 345, in materia di protezione dei giovani sul lavoro..."

D.Lgs. n. 276 del 2003, e Circ. Min.Lav. n. 40/2004
14 ottobre 2004: Il nuovo contratto di apprendistato

DECRETO DIREZIONE GENERALE SANITA' N. 410 DEL 18.1.2005
Approvazione delle prime "Raccomandazioni diagnostiche e terapeutiche per la sordità"
Bollettino Ufficiale Regione Lombardia BURL

DIR. 2003/10/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO
del 6 febbraio 2003
sulle prescrizioni minime di sicurezza e di salute relative all'esposizione dei lavoratori ai rischi derivanti dagli agenti fisici (rumore)
(diciassettesima direttiva particolare ai sensi dell'articolo 16, paragrafo 1, della direttiva 89/391/CEE)
GUCE L 42/38 15.2.2003

CIRCOLARE N. 1/2000
5 GENNAIO 2000
Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale
Direzione Generale Rapporto di Lavoro
Lavoro minorile - Decreto legislativo 4 agosto 1999, n. 345 - Prime direttive applicative.

CIRCOLARE N. 11/2001 17 gennaio 2001
Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale
Visite sanitarie di minori e apprendisti (legge 25/55, DPR 1668/56, D.Lgs. 626/94, D.Lgs. 345/99)

Indicazioni sulla sorveglianza sanitaria sui minori ed apprendisti www.asl.bergamo.it

Minori ed apprendisti
www.asl16.sanitacn.it

Il rischio da rumore, Informazione e Formazione dei Lavoratori. Dipartimento Documentazione Formazione ed Informazione - Roma -2000
www.ispesl.it

Patologie da rumore
Danni Uditivi ed extrauditivi
www.gaivota.org
ISTAT - MIN. LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI
Progetto SILM Sistema informativo sul lavoro minorile
Relazione finale - 2002

Noise at work Magazine
<http://agency.osha.eu.it>

MINORI E LAVORO
<http://www.welfare.gov.it/http://www.welfare.gov.it/http://www.minori.it/http://www.minori.it/>

Le ipoacusie da rumore e gli effetti extrauditivi del rumore industriale
C. GIORDANO - 18° Congr. Naz. ANMA - Courmayeur, Giugno 2005

Lo stress vocale
O. CALCINONI - 18° Congr. Naz. ANMA - Courmayeur, Giugno 2005

A. Megale - A, Teselli
IRES CGIL
Il Lavoro Minorile in Italia
Roma. 14/10/2004

ANPA
Agenzia Nazionale per la Protezione dell'Ambiente
Rassegna degli effetti derivanti dall'esposizione al rumore

Construir futuro, invertir en la infancia
Estudio económico de los costos y beneficios de erradicar el trabajo infantil en Iberoamérica
Pablo Sauma
ILO, settembre 2005

Arpini A. Audiological activities in Arabic countries. An Italian-Jordanian project. Scand Audiol Suppl. 1988;28:87-90.

7. MERLUZZI, F.; ARPINI, A.O.; CAMERINO, D.; BARDUCCI, M.; MARAZZI, P. - La Soglia Uditiva In Giovani Italiani di 18-19 anni. Med. Lav., 88(3):183-95, 1997.

ALCOOL E LAVORO: ATTIVITÀ LAVORATIVE CONSIDERATE A RISCHIO PER TERZI



MATERIALI DI LAVORO

*Documento della conferenza
permanente per i rapporti tra lo stato, le
regioni e le province autonome di
Trento e Bolzano*

PROVVEDIMENTO 16 Marzo 2006 Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. (Repertorio atti n. 2540).

Nella seduta odierna del 16 marzo 2006;Visto l'art. 117 della Costituzione;Visto l'art. 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125, recante "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati che attribuisce al Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute, il compito di individuare le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro, per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, per le quali è fatto divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche;Visto l'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 il quale prevede che, in sede di Conferenza Stato-regioni, il Governo può promuovere la stipula di intese dirette a favorire il raggiungimento di posizioni unitarie ed il conseguimento di obiettivi comuni;Vista la nota n. 10092/16/431/22 del 25 ottobre 2005 con la quale il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ha trasmesso uno schema di decreto che individua le attività lavorative per le quali sono vietate l'assunzione e la somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche;Considerati gli esiti della riunione, a livello tecnico, del 10 gennaio 2006, nel corso della quale le regioni, hanno posto come pregiudiziale all'espressione del parere l'utilizzazione della procedura dell'intesa prevista dall'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 ed hanno avanzato proposte di modifica ed integrazione all'allegato 1 del provvedimento in esame, successivamente formalizzate con nota del 16 gennaio 2006;Considerato che, nella stessa sede, il rappresentante del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, riservandosi di valutare la pregiudiziale richiesta avanzata dalle regioni in ordine alla veste giuridica del provvedimento, ha ritenuto accoglibili le integrazioni proposte, manifestando tuttavia l'esigenza di un ulteriore approfondimento;Vista la nota n. 103538/16/431/22 del 19 gennaio 2006 con la quale il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ha comunicato l'avviso favorevole in ordine alla richiesta di adozione dell'intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge n. 131 del 2003 riservandosi di inviare, non appena reso, il parere della Consulta nazionale alcol sul provvedimento;Vista la nota n. 103968/16/431/22 del 9 marzo 2006 con la quale il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha trasmesso lo schema di intesa in esame, unitamente al parere della Consulta nazionale alcol, in cui risultano recepite tutte le proposte emendative formulate in sede tecnica, che è stato trasmesso, in pari data, alle regioni ed alle province autonome;Acquisito nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo e dei presidenti delle regioni e delle province autonome;

Sancisce intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sull'individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, nei seguenti termini:

Art.1. Attività lavorative a rischio

1. Le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, per le quali si fa divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'art. 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125, sono quelle individuate nell'allegato 1, che forma parte integrante della presente intesa.

2. In relazione alla peculiarità dei compiti istituzionali e delle esigenze connesse all'espletamento delle correlate mansioni, al personale delle Forze armate, delle Forze di polizia, degli altri Corpi armati e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, si applicano le disposizioni previste dai rispettivi ordinamenti in materia di idoneità fisica, psichica e attitudinale al servizio, per gli aspetti disciplinati dalla presente intesa. La presente intesa, con il relativo allegato I, sono pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Roma, 16 marzo 2006
Il presidente: La Loggia
Il segretario: Carpino

Allegato I ATTIVITA' LAVORATIVE CHE COMPORTANO UN ELEVATO RISCHIO DI INFORTUNI SUL LAVORO OVVERO PER LA SICUREZZA, L'INCOLUMITA' O LA SALUTE DEI TERZI.

1) attività per le quali è richiesto un certificato di abilitazione per l'espletamento dei seguenti lavori pericolosi:

- a) impiego di gas tossici (art. 8 del regio decreto 9 gennaio 1927, e successive modificazioni);
- b) conduzione di generatori di vapore (decreto ministeriale 1° marzo 1974);
- c) attività di fochino (art. 27 del decreto del Presidente della Repubblica 9 marzo 1956, n. 302);
- d) fabbricazione e uso di fuochi artificiali (art. 101 del regio decreto 6 maggio 1940, n. 635);
- e) vendita di fitosanitari, (art. 23 del decreto del Presidente della Repubblica 23 aprile 2001, n. 290);
- f) direzione tecnica e conduzione di impianti nucleari (decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1970, n. 1450,

e successive modifiche);

g) manutenzione degli ascensori (decreto del Presidente della Repubblica 30 aprile 1999, n. 162);

2) dirigenti e preposti al controllo dei processi produttivi e alla sorveglianza dei sistemi di sicurezza negli impianti a rischio di incidenti rilevanti (art. 1 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 334);

3) sovrintendenza ai lavori previsti dagli articoli 236 e 237 del decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1955, n. 547;

4) mansioni sanitarie svolte in strutture pubbliche e private in qualità di: medico specialista in anestesia e rianimazione; medico specialista in chirurgia; medico ed infermiere di bordo; medico comunque preposto ad attività diagnostiche e terapeutiche; infermiere; operatore socio-sanitario; ostetrica caposala e ferrista;

5) vigilatrice di infanzia o infermiere pediatrico e puericultrice, addetto ai nidi materni e ai reparti per neonati e immaturi; mansioni sociali e socio-sanitarie svolte in strutture pubbliche e private;

6) attività di insegnamento nelle scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado;

7) mansioni comportanti l'obbligo della dotazione del porto d'armi, ivi comprese le attività di guardia particolare e giurata;

8) mansioni inerenti le seguenti attività di trasporto:

- a) addetti alla guida di veicoli stradali per i quali è richiesto il possesso della patente di guida categoria B, C, D, E, e quelli per i quali è richiesto il certificato di abilitazione professionale per la guida di taxi o di veicoli in servizio di noleggio con conducente, ovvero il certificato di formazione professionale per guida di veicoli che trasportano merci pericolose su strada;
- b) personale addetto direttamente alla circolazione dei treni e alla sicurezza dell'esercizio ferroviario;
- c) personale ferroviario navigante sulle navi del gestore dell'infrastruttura ferroviaria con esclusione del personale di carriera e di mensa;
- d) personale navigante delle acque interne;
- e) personale addetto alla circolazione e alla sicurezza delle ferrovie in concessione e in gestione governativa, metropolitane, tranvie e impianti assimilati, filovie, autolinee e impianti funicolari aerei e terrestri;
- f) conducenti, conduttori, manovratori e

addetti agli scambi di altri veicoli con binario, rotaie o di apparecchi di sollevamento, esclusi i manovratori di carriponte con pulsantiera a terra e di monorotaie;

g) personale marittimo delle sezioni di coperta e macchina, nonché il personale marittimo e tecnico delle piattaforme in mare, dei pontoni galleggianti, adibito ad attività off-shore e delle navi posatubi;

h) responsabili dei fari;

i) piloti d'aeromobile;

l) controllori di volo ed esperti di assistenza al volo;

m) personale certificato dal registro aeronautico italiano;

n) collaudatori di mezzi di navigazione marittima, terrestre ed aerea;

o) addetti ai pannelli di controllo del movimento nel settore dei trasporti;

p) addetti alla guida di macchine di movimentazione terra e merci;

9) addetto e responsabile della produzione, confezionamento, detenzione, trasporto e vendita di esplosivi;

10) lavoratori addetti ai comparti della edilizia e delle costruzioni e tutte le mansioni che prevedono attività in quota, oltre i due metri di altezza;

11) capiforno e conduttori addetti ai forni di fusione;

12) tecnici di manutenzione degli impianti nucleari;

13) operatori e addetti a sostanze potenzialmente esplosive e infiammabili, settore idrocarburi;

14) tutte le mansioni che si svolgono in cave e miniere.

VISITE PREASSUNTIVE PERMESSE? SENTENZA DELLA CORTE DI CASSAZIONE



MATERIALI DI LAVORO

*Cassazione Civile Sez. Lavoro
n. 26238 del 2.12.2005*

Un lavoratore invalido preso dalla lista del collocamento mirato viene inviato a visita preventiva presso il medico competente per mansione a lui non precisata e prima di essere assunto.

Egli rifiuta di sottoporsi alla visita pur dichiarandosi disposto a subire l'accertamento previsto dall'art.20 delle legge 482 del 2.4.1968.

Con la sentenza n. 26238 del 2.12.2005 la Corte di Cassazione Sez. Lavoro si dimostra di diverso avviso rispetto al giudice prima istanza, censurando il comportamento del lavoratore e affermando:

a) che la visita preventiva ex art. 16 del D.Lgs 626/94 integra una fattispecie di visita preassuntiva: "..l'accertamento può essere disposto sia prima dell'assunzione che nel corso del rapporto.."; "l'accertamento "preventivo" non si identifica con l'accertamento "preassuntivo" bensì in sè lo ricomprende (come una della sue specifiche ipotesi)";

b) che la visita preventiva ex art. 16 del D.Lgs 626/94 pur avendo a oggetto l'accertamento di una idoneità specifica non implica (proprio in quanto anche preassuntiva) l'obbligo di rendere edotto il lavoratore della mansione a cui verrà destinato. "La legge non prevede....a carico del datore l'onere di indicare al lavoratore (con l'atto con cui si comunica la predisposizione dell'accertamento preventivo) una specifica mansione". "Ed invero, da un canto, poiché il datore può disporre l'accertamento prima dell'assunzione, e poiché la formale assegnazione alla specifica mansione da svolgere può effettuarsi dopo l'assunzione, l'accertamento può essere disposto senza che le mansioni siano state formalmente assegnata. Poiché, tuttavia, al datore è consentito l'accertamento dell'idoneità del lavoratore ad una specifica mansione, in sede di espletamento dell'accertamento preassuntivo la mansione, pur non formalmente assegnata, deve essere individuata".

I vostri commenti a questa sentenza possono essere inviati alla redazione del Journal o al nostro sito web (www.anma.it)

UN CASO DA SOTTOLINEARE: SANZIONE PER OMESSA VISITA A VIDEOTERMINALISTA CINQUANTENNE



MATERIALI DI LAVORO

*G. Briatico-Vangosa
Presidente ANMA*

IL CASO

Un nostro Collega è stato recentemente sanzionato con una ammenda di 774,50 euro per aver violato il comma 1 lettera b) dell'art. 17 del D.Lgs 626/94, ovvero per non aver sottoposto a visita periodica 3 addetti a videoterminale. Fin qui nulla di nuovo, salvo segnalare che l'UPG scrive nel proprio rapporto di "essersi recata presso l'azienda xy in servizio di vigilanza e di aver provveduto a prelevare la documentazione sanitaria in originale dei lavoratori subordinati addetti all'utilizzo di videoterminali".

LA MOTIVAZIONE DELLA SANZIONE

La particolarità sta nel fatto che il Collega è stato sanzionato per non aver sottoposto a visita periodica 3 videoterminalisti al "compimento del 50° anno di età", indipendentemente dalla scadenza naturale della visita periodica rispetto all'ultimo controllo effettuato, violando quindi il dettato della norma (la periodicità delle visite di controllo, fatti salvi i casi particolari che richiedono una frequenza diversa stabilita dal medico competente, è biennale per i lavoratori classificati come idonei con prescrizione e per i lavoratori che abbiamo compiuto il cinquantesimo anno di età; quinquennale negli altri casi) In altre parole quando la visita periodica in un addetto a videoterminale cade tra il 46° e 49° anno d'età, la visita successiva non può avere cadenza quinquennale, o anticipata se esistono motivate ragioni, ma deve coincidere con il "compimento del 50° anno di età".

SOLUZIONE

Non è il caso di entrare nel merito dell'evento non conoscendo lo scenario in cui esso si è sviluppato e non avendo altri elementi a disposizione. Si nutre la speranza che l'operato dell'UPG sia animato da uno spirito di collaborazione, spes ultima dea!

Il pragmatismo anglosassone in questi casi recita "learn the lesson", fai tesoro dell'insegnamento ricevuto, della serie fatti furbo e trova la soluzione, che può essere la seguente. Qualora si presenti il caso in specie, situazione non infrequente, nel fissare la successiva data della visita periodica sarà bene non indicare una scadenza precisa (ad esempio tra 4 anni nel caso di un 46enne o 1 anno nel caso di un 49enne), bensì utilizzare la formula del verbale dell'UPG:

"prossima visita periodica al compimento del 50° anno di età".

Con l'occasione si vuole anche segnalare il caso di colleghi sanzionati, assieme al datore di lavoro, per non aver sottoposto a visita preventiva un lavoratore o per averlo sottoposto a visita dopo mesi dall'assunzione, come se la responsabilità dell'invio alla visita fosse anche del medico competente e non solo del datore di lavoro.

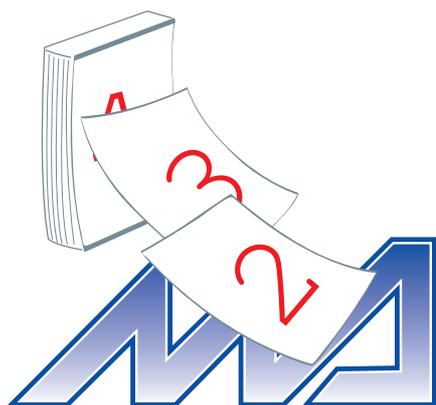
Anche per questo caso vale la soluzione suggerita dallo stesso UPG: far sottoscrivere al datore di lavoro una

dichiarazione in cui si impegna a comunicare puntualmente al medico competente le variazioni di personale da sottoporre a sorveglianza sanitaria obbligatoria. Pensiamo che sia un utile suggerimento l'adozione di una procedura ad hoc, che fissi ruoli e responsabilità.

In tal modo l'UPG di turno non potrà eccepire alcunché al medico competente.

Che vita piatta quella del medico competente se non ci fossero diversivi.

19° CONVEGNO NAZIONALE ANMA



“LA GESTIONE DELLA SALUTE DEI LAVORATORI: MODELLI A CONFRONTO OCCUPATION HEALTH MANAGEMENT: A EUROPEAN OVERVIEW”

IN CALENDARIO

17 giugno 2006
Milano

PRESENTAZIONE

Il Medico competente eroga ex lege prestazioni di alto contenuto professionale e sociale. Efficienza, efficacia, rintracciabilità e misurabilità delle attività prestate sono condizioni fondamentali per esercitare “in qualità” la funzione di medico competente in sintonia ed in sincronia con i processi aziendali e nel rispetto della normativa. La conoscenza dei sistemi di qualità e del quadro normativo che ne regola l'applicazione rappresenta per un verso il presupposto formativo, il bagaglio di conoscenza, per saper interagire positivamente e in termini qualificati con l'organizzazione della “azienda cliente” ed ancor più con il sistema dei “fruitori” delle prestazioni del medico competente; per altro verso è condizione per impostare la propria attività nei termini richiesti dalla norma. Esercitare la propria attività professionale erogando prestazioni qualificate è in effetti una esigenza posta dal mercato a cui è necessario dare una valida e pronta risposta.

Il 19° Congresso, che s'inserisce nella cornice prestigiosa e irripetibile del centenario della fondazione dell'ICOH, si propone di mettere in evidenza le peculiarità dell'esercizio professionale del Medico competente attraverso la lettura comparata della realtà europea. La presentazione della Carta dei Servizi del Medico Competente aggiunge un tassello fondamentale al Codice di Comportamento da noi pubblicato nell'ormai lontano 1997.

INFORMAZIONI GENERALI

Sede del congresso

Palazzo dei Congressi - FieraMilanocity
Via Gattamelata 5 - Milano

Evento formativo

La partecipazione è gratuita
Evento non ECM
Sarà rilasciato un attestato di partecipazione

Sede organizzativa

ANMA - Via San Maurilio, 4 - 20123 - Milano
Tel. 02 86453978 - Fax 02 86913115
e-mail: maurilio@mclink.it

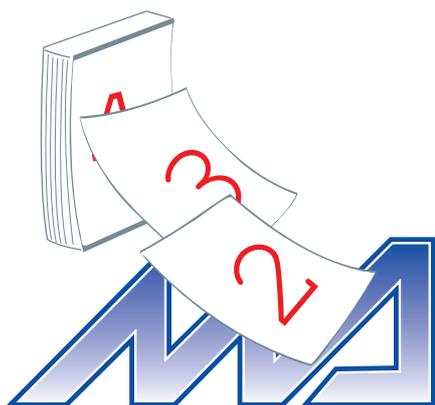
PROGRAMMA

08:00 Registrazione dei partecipanti

09:00 Apertura del congresso

moderatori: V. Fo , EB McDonald, G. Briatico Vancosa

09:15	Il medico competente nel mondo: un confronto tra modelli applicativi. <i>The Occupational Physician: a worldwide overview.</i> EB. McDonald	10:45	Break
09:45	Organizzazione del servizio aziendali di prevenzione in europa: attualità e prospettive. <i>Occupational health services' organization: a european overview</i> D. Ditaranto, gruppo di lavoro ANMA	11:00	Il medico competente nel contesto aziendale: qualità, efficienza, eccellenza delle attività prestate. <i>The occupational physician: how measure his quality and efficiency.</i> T. Cassina, gruppo di lavoro anma
10:15	Il contributo del medico competente al contenimento del fenomeno infortunistico in Europa. Modelli a confronto, attualità e prospettive. <i>Injuries at work: role and responsibility of the occupational physician. A European benchmark.</i> G. Cimaglia	11:45	Confronto dibattito con clienti e fruitori dell'attività del medico competente. interventi di rappresentati delle parti sociali e degli enti di vigilanza e controllo
		12:30	Discussione
14:30-15:30	Relazione del presidente e del segretario approvazione del bilancio esercizio 2005 approvazione del bilancio preventivo 2006 presentazione della struttura organizzativa dell'anma	15:45-17:45	Conclusioni. La presenza comunicazionale ha valore ufficiale e sostituisce altre forme di convocazione.
15:45-17:45	Dibattito tra gli associati: - aspetti tecnico operativi, contrattualistici e giuridici -Modelli operativi e aspettative del Medico Competente: commento ai risultati del censimento		



IN CALENDARIO

30 giugno - 01 luglio 2006
Riccione

IL MEDICO COMPETENTE E LE RECENTI EVOLUZIONI NORMATIVE: VIBRAZIONI, RUMORE, LAVORO NOTTURNO, LAVORO ATIPICO "ASPETTI APPLICATIVI"

Sede del congresso

Palazzo del Turismo
Piazzale Ceccarini 11
Riccione

L'evento è accreditato ECM con 9 crediti.

Il convegno è a numero chiuso per 200 partecipanti.

Sede organizzativa

ANMA - Via San Maurilio, 4 - 20123 - Milano
Tel. 02 86453978 - Fax 02 86913115
e-mail: maurilio@mclink.it

VENERDI 30 GIUGNO

08:30 Registrazione partecipanti

09:00 Saluto delle autorità

Dlgs 19/08/05 n. 187 Le Vibrazioni

SESSIONE A

Moderatori: L. Fabbri; G. Monterastelli

9.30-10.00

Valutazione del rischio vibrazioni - O. Nicolini

10.15-10.45

Misurazioni delle vibrazioni a cui sono sottoposti i lavoratori - A. Peretti

11.00

Pausa caffè

SESSIONE B

Moderatore: G. Briatico Vangosa

11.15-12.00

La sorveglianza sanitaria nei lavoratori esposti a vibrazioni meccaniche - F. Violante

12.15

Dibattito

13.00

Colazione di lavoro

Esposizione al rumore: Attuazione del recepimento Dir. Europea 2003/10/CE

SESSIONE C

Moderatori: G. d'Allio; G. Guiducci

- 14.30-15.00 La nuova direttiva europea 203/10/CE ed il suo recepimento in Italia
O. Nicolini
- 15.15-15.45 La Dir. Europea 2003/10/CE: valori di azione, valori limite di esposizione e DPI - A. Peretti
- 16.00-16.30 Il trauma acustico professionale : Spunti clinici e medico legali
V. Emiliani
- 16.45 Pausa caffè
- 17.15-17.45 Il rischio uditivo da rumore e la sorveglianza sanitaria alla luce della Dir. CEE
A. Marano
- 18.00 Dibattito
- 18.30 Chiusura prima giornata
- 20.30 Cena sociale presso Hostaria del Castello di Gradara

SABATO 1 LUGLIO

Il lavoro notturno

SESSIONE D

Moderatore: F. Origlia

- 9.00-9.45 La normativa: Dlgs 532/99 Circ. Min. Lav. 13/00 - D. Ferrari
- 10.00-10.45 Ricerca scientifica e sorveglianza sanitaria G. Costa
- 11.00 Pausa caffè

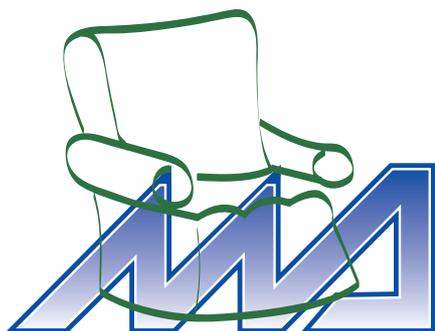
SESSIONE E

Moderatore: M. Manini

Il lavoro atipico

- 11.15- 11.45 Lavoro somministrato in prov. di Ravenna
Dimensione del lavoro - Linee guida concordate - M. Solaroli
- 12.00-12.30 I principali rischi e le problematiche operative nel lavoro a progetto e occasionale - M. Gallo
- 12.45 Dibattito
- 13.00 Ritiro e correzione dei questionari
- 13.15 Chiusura lavori

RENDERE IL CUORE DEL NOSTRO PROSSIMO FAMILIARE E CARO A NOI

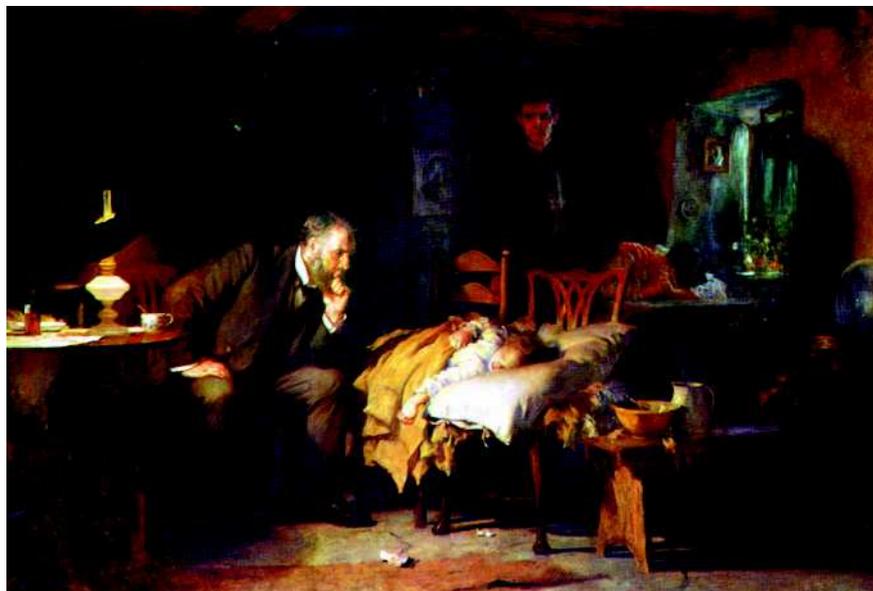


DA LEGGERE IN POLTRONA

Il medico preoccupato e impotente osserva la bambina che, sopravvissuta alla notte, giace su un letto improvvisato; il padre osserva con dignità e rispetto l'operato del dottore, tenendo la spalla della madre, affranta ed estenuata. La luce della lampada illumina il primo piano mentre già quella dell'alba entra dalla finestra, come il geniale gioco di ombre contribuisce a descrivere con efficacia. Grazie a questa sensibilissima descrizione di avvolgente umanità l'artista riesce a conservare l'impronta autentica della realtà quotidiana, ma al contempo conferisce alla familiarità domestica un alone di affascinante autorevolezza. Fildes va oltre la puntuale descrizione veristica cogliendo le inquietudini sottese alla realtà oggettiva.

Nel quadro l'attenzione si concentra sul dottore che vorrebbe salvare la piccola paziente, ma ne è incapace: è il dramma dell'esperienza del proprio limite. Il pubblico tardo-vittoriano apprezzò molto il quieto eroismo del dottore di famiglia: l'eroe, infatti, non è colui che compie grandi gesta, ma chi vive in pienezza il quotidiano, chi fa con passione totale ciò che è chiamato a fare. Il quadro contiene un'indicazione preziosa per la professione medica: "rendere il cuore del nostro prossimo familiare e caro a noi".

Interessante è il commento fatto al quadro di Fildes in un articolo del Lancet nel 1887. Il giornalista, critico nei confronti della diagnosi e della terapia fatte al telefono, molto enfaticamente al tempo, ci richiama: "Il dottore, da un punto di vista medico, non può fare nulla di più per salvare la bambina. Perché allora è ancora lì? Può soltanto rimanere vigile - guardando il respiro lieve della bambina che si va via via affievolendo. Ora, immaginate un quadro con una scena differente - con la sedia del dottore vuota e i due genitori distrutti con in mano la cornetta del telefono."



Sir Luke Fildes nasce a Liverpool nel 1843; adottato dalla nonna, una donna molto attiva in politica, ne eredita l'attenzione per i poveri, che sono i personaggi principali dei suoi primi lavori. Nel 1887, dopo un periodo in cui si dedica ai ritratti divenendo uno degli artisti di maggior successo in Inghilterra, torna ai temi sociali con un quadro dipinto a partire dall'esperienza della morte del proprio figlio.

The Doctor. fu il quadro realizzato più velocemente e con immediatezza tra tutti quelli di grandi dimensioni, e indubbiamente il più famoso. Le voci sui preparativi fecero un tale rumore che tutti i medici amici di Fildes si fecero avanti sperando di poter posare. Fildes utilizzò un modello professionista, e si fece fare un ritratto fotografico, posando lui stesso, per far sì che la posizione e soprattutto le mani fossero come lui voleva, poiché "sono espressive come il volto". Venne ricostruito nell'atelier un interno, così come appare nel quadro, con particolare attenzione a far sì che dalla finestra potesse entrare la luce dell'alba, per osservare l'effetto combinato con quello della lampada.

L'immagine ed il testo sono tratti dalla mostra itinerante Curare e guarire occhio artistico ed occhi clinico. La malattia e la cura nell'arte pittorica occidentale promossa dall'associazione Medicina e Persona.

PROMOZIONE

La medicina del lavoro

ALLA SEGRETERIA DELL'ANMA - 20123 MILANO, VIA S.MAIRILIO 4 - FAX 02 72002182
Modulo di adesione abbonamento a "La Medicina Del Lavoro" per l'anno 2006/2007

Il sottoscritto _____
in quanto socio ANMA, aderisco all'offerta ANMA di sottoscrivere l'abbonamento a "La Medicina del Lavoro" per l'anno 2006-2007 al costo di Euro 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 *

CENTRODIAGNOSTICOITALIANO



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

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