

Medico Competente Journal

GIORNALE
PROFESSIONALE E SCIENTIFICO

*OCCUPATIONAL PHYSICIAN SCIENTIFIC
AND PROFESSIONAL JOURNAL*

SETTEMBRE 2007

Anno 14, Numero 1/2007



editoriale 5

Verso il testo unico

contributi e articoli originali 9

Interferenze del lavoro a turni e notturno sulla salute e sicurezza dei lavoratori

I principali rischi e le problematiche operative nel lavoro a progetto e occasionale

esperienze e materiali di lavoro 23

Il medico competente nel contesto aziendale: qualità delle prestazioni professionali

Regione Veneto - Progetto regionale trasporti. Prevenzione degli infortuni nelle operazioni di carico e scarico e nella viabilità interna ai luoghi di lavoro

Schede per la valutazione dei lavoratori esposti a vibrazioni

ufficio & salute 48

Il controllo della qualità dell'aria indoor con le piante

in calendario 44

Ravenna 19 ottobre 2007 - Il ruolo del medico competente nella prevenzione degli infortuni sul lavoro: attualità e prospettive

Padova 7 novembre 2007 - Il laboratorio in Medicina del Lavoro. L'uso appropriato del laboratorio da parte del medico competente

Genova 30 novembre 2007 - Il medico competente e le dipendenze nei luoghi di lavoro: modelli operativi e protocolli per la gestione dei problemi alcol correlati

da leggere in poltrona 54

Curiosità e desiderio



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

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
Arretrati dell'11% della legge 1/1999 e informazioni che non possono essere in possesso del medico. Le informiamo inoltre che ai sensi dell'art. 12 della legge, lei ha il diritto di opporsi all'uso degli elenchi in base ai dati in possesso della legge.

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

Medico Competente Journal

A.N.M.A.

Presidente

Giuseppe Briatico-Vangosa

Vice Presidente

Tommaso Remondelli

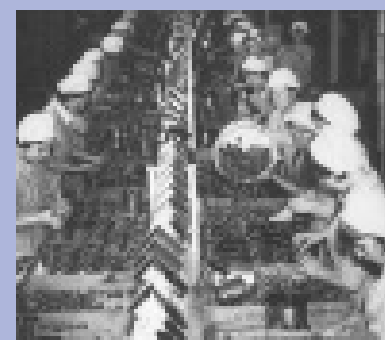
Segretario

Guglielmo d'Allio

Consiglieri

Gino Barral, Danilo Bontadi, Gilberto Boschirolì, Umberto Candura, Daniele Ditaranto, Armando Fiorillo, Francesco Gazzerro, 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 € 100,00
 (DA VERSARE CON C.C.P. N. 11199205)



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

Numero 1/2007
 Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti
 Sede e redazione Milano
 Via San Maurilio, n° 4
 tel. 02/86453978 - fax 02/86913115
 e-mail: maurilio@mlink.it
 Autorizzazione Tribunale di Milano n. 96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE

Daniele Luè

DIRETTORE

Giuseppe Briatico-Vangosa

COMITATO DI REDAZIONE

Gino Barral
 Danilo Bontadi (coordinatore)
 Umberto Candura
 Piero Patané
 Quintino Bardoscia
 Azelio De Santa
 Daniele Ditaranto

REALIZZAZIONE GRAFICA

CUSL Nuova Vita Coop. Sociale

TIPOGRAFIA

Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)



Associazione Nazionale
 Medici d'Azienda
 e Competenti

SEZIONI TERRITORIALI

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

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

Emilia Romagna
 Segr. Francesco Origlia
 Via Ponte Vecchio, 100 - 40139 Bologna
 tel. 051 4990243
 e-mail: francesco.origlia@katamail.com

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

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

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

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

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

Puglia e Lucania
 Segr. Antonio Porro
 V.le Venezia Giulia 138 - 70031 Andria (BA)
 tel. 0883 553394
 e-mail: tonyporro@interfree.it

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

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

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

RAPPRESENTANZE

Bologna
 Segr. Grazia Guiducci
 Via dell'Artigianato, 4 - 40100 Bologna
 tel. 051 6474300

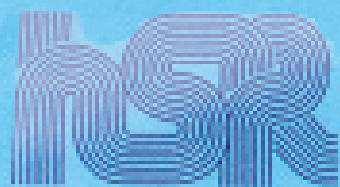
Frosinone
 Segr. Antonio Palermo
 Via G. Matteotti, 29 - 03023 Ceccano (FR)
 tel. 0775 600664 fax 0775 621128

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

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

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

Ravenna
 Segr. dott. Angelo Marano
 P.zza C. Battisti, 4 - 48018 Faenza
 tel./fa.0546 681204
 cell. 335290574
 e-mail: angelo@studiomarano.com



H SAN RAFFAELE RESNATI

SERVIZI DI MEDICINA OCCUPAZIONALE



Il San Raffaele a supporto del Medico d'Azienda

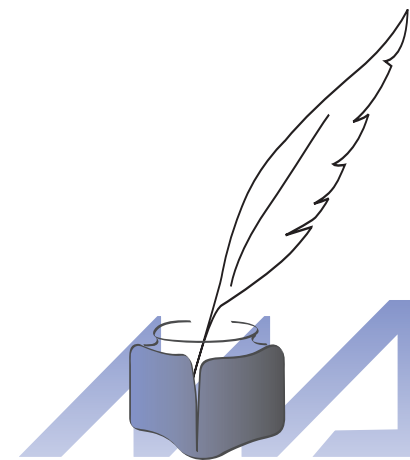
LABORATORIO DI BASE E SPECIALISTICO - LABORATORIO DI IGIENE INDUSTRIALE -
ECOLOGIA - TOSSICOLOGIA - POLIAMBULATORIO - IMAGING - CONSULENZA NEL CAMPO
DELLA SICUREZZA E DELL'INFORTUNISTICA - INDAGINI AMBIENTALI - UNITÀ MOBILI

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

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

STIAMO LAVORANDO PER VOI

La Legge 3 agosto 2007 n. 123 recante *“Misure in tema di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro e delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in materia”*, approvata dalla Camera dei Deputati il 1° agosto 2007 e successivamente pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 185 del 10 agosto, è entrata in vigore il 25 agosto 2007. L'articolo 1 di detta legge recita: *“Il Governo è delegato ad adottare, entro nove mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi per il riassetto e la riforma delle disposizioni vigenti in materia di salute e sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, in conformità all'articolo 117 della Costituzione(*) agli statuti delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano, e alle relative norme di attuazione, e garantendo l'uniformità della tutela dei lavoratori sul territorio nazionale attraverso il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, anche con riguardo delle differenze di genere e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati”*. Ci siamo? Tra 9 mesi, anzi tra 8 ormai, il cosiddetto Testo Unico dovrebbe vedere la luce. Ci auguriamo che questa gravidanza giunga felicemente a termine, a differenza di tutte quelle che si sono succedute negli ultimi 29 anni a far tempo dal 1978 anno di approvazione della legge di riforma sanitaria n. 833, che il parto sia eutocico e che il prodotto del concepimento soddisfi davvero le nuove o rinnovate esigenze di migliorare il sistema di prevenzione e di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro. In altre parole che il prodotto del concepimento tenda alla perfezione, caratteristica che è sempre funzione di un equilibrio armonico, piuttosto che adattarsi alla scherzosa espressione in vernacolo partenopeo *“ogni scarrafone è bello a mamma sua”*. Vedremo.

Da parte nostra l'impegno a cooperare per migliorare il sistema di prevenzione è già stato costantemente dichiarato e testimoniato: a Viareggio nel corso del nostro 20° Congresso Nazionale dove abbiamo tracciato, commentando la storia di 20 anni di ANMA, la strada per i futuri sviluppi della nostra professione che vorremmo fossero recepiti nel testo Unico; a Torino, nel corso della prima conferenza del Servizio sanitario nazionale sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro, dove abbiamo ancora una volta puntualizzato le carenze o le disarmonie che vorremmo fossero corrette. L'obiettivo è anche dare stabilità alla nostra figura professionale offrendo in contropartita concrete garanzie di svolgere un ruolo efficiente, efficace, appropriato. Si tratta innanzi tutto di rafforzare il nostro ruolo attivo nel processo di analisi dei pericoli e di valutazione dell'esposizione del lavoratore al



rischio che deriva dalla specifica mansione lavorativa; di dare maggior spessore al percorso di informazione e formazione sui pericoli e sui rischi lavorativi; di educare con completezza a comportamenti sicuri e alle buone pratiche; di promuovere la salute e i comportamenti sani. La contrappartita è un professionista preparato, capace di interpretare le dinamiche dell'impresa e di viverle, costantemente aggiornato e riqualificato, non contaminato dalla prassi del tocca e fuggi, bensì dedicato totalmente all'esercizio dell'attività di medico competente.

E' forse maturo il tempo di istituire a livello regionale e nazionale l'elenco dei medici competenti per affermare che ciò che mantiene la nostra competenza e l'abilitazione a svolgere la nostra attività non è il titolo *tout court*, vincolo di base in coerenza con l'articolo 2 del decreto legislativo 626/94, ma soprattutto la garanzia nel tempo di svolgere effettivamente la professione di “medico competente” e di operare nel rispetto di standard, come del resto avviene in molti Paesi dell'Unione Europea. Pensiamo in tal modo di rispondere alla lettera g) del comma 2 dell'articolo 1 della legge 123/2007 che prevede la revisione dei requisiti, delle tutele, delle attribuzioni e delle funzioni dei soggetti del sistema di prevenzione aziendale, compreso il medico competente. Il nostro impegno di qualificazione, riqualificazione e aggiornamento continuo è sotto gli occhi di tutti, impegno che intendiamo rafforzare, meglio strutturare e qualificare nella logica del *continous improvement*, sia esso un percorso ECM o meno.

Quanto sopra è assolutamente in linea non solo con la lettera g) ma con il complessivo dettato dell'articolo 1 della legge 123/2007 ed in particolare si attaglia alle lettere b), c), d), o), p) e t) del comma 2.

La sorveglianza sanitaria, anch'essa in rivisitazione nelle sue modalità di attuazione ai sensi della lettera t) del comma 2 più volte citato, rimane lo strumento centrale di prevenzione nelle mani del “medico competente” (terminologia che francamente non condividiamo e che vorremmo si allineasse a quella europea, un equivalente dell'*Occupational Physician* UK o del *Mèdecin du Travail* francese, termini che ben individuano l'ambito di competenza) che ci auguriamo conservi sempre dignità di misura generale di tutela e che trova tutta la sua efficacia solo se è diretta e coerente espressione del livello di rischio valutato in quella specifica organizzazione d'impresa nelle specifiche circostanze di esposizione. Come siamo soliti affermare la valutazione dell'esposizione al rischio è la cerniera per attuare una sorveglianza sanitaria efficace, capace di esprimere compiutamente *output* e *outcome* attesi: dall'attuazione logica delle misure preventive e protettive, ad un circostanziato giudizio d'idoneità alla mansione specifica, ad un qualificato ed efficace processo d'informazione e forma-

zione dei lavoratori sui rischi presenti nell'ambiente di lavoro e sui rischi in generale (azione da noi ritenuta fondamentale anche per arginare il fenomeno infortunistico), ad un percorso integrato di educazione e promozione della salute, al percorso di qualificazione delle attività di sopralluogo dei posti di lavoro, ad un reporting puntuale.

Così operando si potrà dare un'adequata risposta alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 1 della legge 123/2007, ovvero alla applicazione della normativa in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro a tutti i lavoratori e lavoratrici, autonomi e subordinati, nonché ai soggetti ad essi equiparati, tenendo anche conto delle differenze di genere e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati, come detto all'articolo 1, prevedendo “misure particolari di tutela per determinate categorie e per specifiche tipologie di lavori o settori di attività” e “adequate e specifiche misure di tutela per i lavoratori autonomi”.

Il “Medico competente ANMA” è già un *testimonial* dell'innovazione che il Testo Unico propone. Si tratta ora di veicolare la nostra storia, le nostre conclusioni nelle sedi competenti, versante su cui siamo già fortemente impegnati. Abbiamo però bisogno di essere incoraggiati dalla rumorosa ola di tutti i nostri Associati e non solo; abbiamo bisogno del lavoro convinto e costruttivamente critico del nostro consiglio direttivo e della partecipazione attiva delle nostre segreterie regionali e territoriali. Il nostro Associato deve testimoniare la propria lealtà al Codice ICOH e al nostro Codice di comportamento professionale del medico ANMA e si deve fare *citizen* della prevenzione. Ora più che mai.

(*) Riportiamo l'articolo 117 della Costituzione della Repubblica per completezza e per rinfrescarci tutti la memoria:

(1) La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.

Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:

- a) politica estera e rapporti internazionali dello Stato; rapporti dello Stato con l'Unione europea; diritto di asilo e condizione giuridica dei cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea;
- b) immigrazione;
- c) rapporti tra la Repubblica e le confessioni religiose;
- d) difesa e Forze armate; sicurezza dello Stato; armi, munizioni ed esplosivi;
- e) moneta, tutela del risparmio e mercati finanziari; tutela della concorrenza; sistema valutario; sistema tributario e contabile dello Stato; perequazione delle risorse finanziarie;
- f) organi dello Stato e relative leggi elettorali; referendum statali; elezione del Parlamento europeo;
- g) ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato e degli enti pubblici nazionali;
- h) ordine pubblico e sicurezza, ad esclusione della polizia amministrativa locale;
- i) cittadinanza, stato civile e anagrafi;
- l) giurisdizione e norme processuali; ordinamento civile e penale; giustizia amministrativa;
- m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;
- n) norme generali sull'istruzione;
- o) previdenza sociale;
- p) legislazione elettorale, organi di governo e funzioni fondamentali di Comuni, Province e Città metropolitane;
- q) dogane, protezione dei confini nazionali e profilassi internazionale;
- r) pesi, misure e determinazione del tempo; coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale; opere dell'ingegno;
- s) tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali.

Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni; commercio con l'estero; tutela e sicurezza del lavoro; istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della formazione professionale; professioni; ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi; tutela della salute; alimentazione; ordinamento sportivo; protezione civile; governo del territorio; porti e aeroporti civili; grandi reti di trasporto e di navigazione; ordinamento della comunicazione; produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia; previdenza complementare e integrativa; armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario; valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali; casse di risparmio, casse rurali, aziende di credito a carattere regionale; enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.

Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato.

Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nelle materie di loro competenza, partecipano alle decisioni dirette alla formazione degli atti normativi comunitari e provvedono all'attuazione e all'esecuzione degli accordi internazionali e degli atti dell'Unione europea, nel rispetto delle norme di procedura stabilite da legge dello Stato, che disciplina le modalità di esercizio del potere sostitutivo in caso di inadempienza.

La potestà regolamentare spetta allo Stato nelle materie di legislazione esclusiva, salva delega alle Regioni. La potestà regolamentare spetta alle Regioni in ogni altra materia. I Comuni, le Province e le Città metropolitane hanno potestà regolamentare in ordine alla disciplina dell'organizzazione e dello svolgimento delle funzioni loro attribuite.

Le leggi regionali rimuovono ogni ostacolo che impedisce la piena parità degli uomini e delle donne nella vita sociale, culturale ed economica e promuovono la parità di accesso tra donne e uomini alle cariche elettive.

La legge regionale ratifica le intese della Regione con altre Regioni per il migliore esercizio delle proprie funzioni, anche con individuazione di organi comuni.

Nelle materie di sua competenza la Regione può concludere accordi con Stati e intese con enti territoriali interni ad altro Stato, nei casi e con le forme disciplinati da leggi dello Stato.

SULLA GAZZETTA UFFICIALE SERIE GENERALE N.217 DEL 18.9.07 È STATO PUBBLICATO IL DECRETO 12.7.2007 N. 155 RELATIVO AL REGOLAMENTO ATTUATIVO DELL'ART. 70, COMMA 9, DEL DLGS 626/94 SUI REGISTRI E CARTELLE SANITARIE DEI LAVORATORI ESPOSTI DURANTE IL LAVORO AD AGENTI CANCEREGONI.

QUESTI DOCUMENTI DEVONO ESSERE ISTITUITI ENTRO 6 MESI DALLA DATA DI ENTRATA IN VIGORE DEL DECRETO, OVVERO ENTRO MARZO 2008.

IL TESTO DEL DECRETO E GLI ALLEGATI SONO DISPONIBILI SUL NOSTRO SITO WEB.

La redazione

PREMESSA

Nella moderna “Società delle 24 ore”, l’articolazione degli orari di lavoro costituisce un fattore cruciale dell’organizzazione del lavoro, e assume differenti valori e significati in relazione alle conseguenze economiche e sociali che ne possono derivare sia per l’impresa che per l’individuo.

Secondo la più recente indagine europea sulle condizioni di lavoro condotta nel 2000 nei 15 paesi dell'Unione, solo il 24% dei lavoratori (27% dei dipendenti e 8% degli autonomi) svolgono attualmente il loro lavoro nel cosiddetto orario normale giornaliero, ossia tra le 07.30-08 del mattino e le 17-18 del pomeriggio, dal Lunedì al Venerdì.

Ciò significa che la stragrande maggioranza dei lavoratori sono ora impiegati in orari di lavoro “non tradizionali”, comprendenti il lavoro a turni e notturno, il lavoro a tempo parziale, il lavoro nel week-end, la settimana compressa, orari di lavoro variabili, turni spezzati, lavori stagionali, lavoro su chiamata, etc.

Sono evidenti le problematiche, le difficoltà e le contraddizioni insorte in questi ultimi anni nella ricerca di politiche e strumenti normativi in grado di rispondere adeguatamente a tali nuove situazioni. L'obiettivo di aumentare la competitività economica attraverso una maggiore flessibilità è presente a tutti; le difficoltà stanno nel trovare il modo migliore di combinare i vari interessi in gioco, che spesso appaiono in contraddizione tra loro.

Un rapporto dell'OECD del 1994 sottolineava che “arrangiamenti meno rigidi dei tempi di lavoro su base giornaliera, settimanale, annuale e nell'arco della vita, potrebbero soddisfare sia le esigenze delle imprese che le aspirazioni dei lavoratori. Ciò consentirebbe alle aziende di sfruttare meglio le proprie capacità produttive, adeguando più strettamente la produzione alle variazioni della domanda, mentre, d'altro canto, i lavoratori e le loro famiglie potrebbero ricavare sicuri benefici da un'organizzazione dei tempi di lavoro che si adatti maggiormente alle loro preferenze individuali o alle specifiche circostanze familiari”.

La “flessibilità” può pertanto essere utilizzata sotto vari aspetti:

- a) flessibilità in risposta a riduzione dell'orario di lavoro individuale a fronte di un'estensione dell'orario produttivo dell'impresa e/o di erogazione di servizi (ad es. trasporti);
- b) flessibilità in risposta a cambiamenti tecnologici ed economici: ammortamento rapido degli investimenti, soprattutto se con tecnologie a rapida obsolescenza; produzioni "just in time", fluttuazioni cicliche della domanda (stagionalità);
- c) flessibilità e riduzione di orario in risposta a mutate esigenze e/o preferenze della forza-lavoro (donne, giovani, anziani, persone con handicap).

relazione presentata al
convegno ANMA di Riccione
il 1/7/2006

Per tutti questi motivi in questi ultimi anni si è verificato un continuo aumento dei cosiddetti orari “flessibili” al fine di consentire di far fronte in modo migliore alle variazioni della domanda, sia di beni che di servizi, cercando in alcuni casi di tenere in considerazione le necessità dei lavoratori.

Tali orari si configurano in varie forme: 1) orari scaglionati; 2) orari settimanali compressi (3-4 giorni); 3) orari di inizio e fine lavoro variabili (salvaguardando gli “orari di punta”); 4) orari mediati su base stagionale o annuale (“banca delle ore”); 5) part-time; 6) schemi modulari; 7) orari personalizzati e/o telelavoro.

È da notare che: a) tali orari si possono strutturare sia come lavoro giornaliero che, soprattutto, come lavoro a turni (2, 3 o 4 turni al giorno), sia a ciclo discontinuo (interruzione nel week-end o alla Domenica) che a ciclo continuo; b) essi inoltre possono essere variamente combinati e associati a livello di impresa (es. lavoro a tempo pieno e a part-time per coprire un ciclo continuo); c) non necessariamente alla riduzione di orario settimanale (o annuale) si associa una riduzione dell’orario giornaliero: in alcuni casi questo avviene, come nel caso del “6x6”, in altri casi l’orario giornaliero può aumentare a 9, 10 o addirittura a 12 ore (i turni a 12 ore sono in aumento nei paesi nordici); d) per la stessa persona possono avvicinarsi turni con durata variabile (es. in ospedale: 6-7 al mattino; 9-12 ore di notte), anche in relazione al carico di lavoro.

In base alla terza indagine europea sulle condizioni di lavoro, condotta nell’anno 2000 dalla Fondazione Europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro di Dublino, il 18,2% della forza lavoro europea (24% uomini e 13% donne) è coinvolto nel lavoro notturno. L’Italia è sostanzialmente in linea con la media europea ed il fenomeno è in espansione, tenuto conto che anche le donne ne vengono coinvolte a seguito della Legge 903/1977 (“Pari opportunità”). Secondo i dati ISTAT riferiti all’anno 1997, il 30% circa del totale degli addetti lavora in orari a turni (nelle diverse forme) e il 20% circa è coinvolto a vario titolo nel lavoro notturno (21,3% nel Nord Ovest, 17% nel Nord Est, 21,1% al Centro, 21,3% nel Mezzogiorno).

INTERFERENZE SULL’EQUILIBRIO PSICO-FISICO

Il lavoro in turni, in particolare quello comprendente il lavoro notturno, costituisce un’oggettiva condizione di stress per l’organismo in quanto, attraverso la perturbazione del ciclo sonno/veglia, e quindi della normale ritmicità circadiana delle funzioni biologiche, induce una modificazione delle condizioni psico-fisiche della

persona, che può avere effetti negativi sull’efficienza lavorativa, sullo stato di salute e sulle condizioni di vita familiare e sociale.

Una persona che lavora di notte è costretta ad invertire bruscamente il ritmo sonno/veglia dissociando la normale sincronizzazione tra luce-attività e buio-riposo per far fronte agli impegni lavorativi. L’organismo cerca pertanto di “aggiustare” i propri ritmi biologici sul nuovo orario, ma ciò comporta un certo costo che si manifesta con un complesso di sintomi (“sindrome del jet-lag”) quali insonnia, stanchezza, dispepsia, senso di malessere e nervosismo.

Il sonno è senz’altro la funzione maggiormente disturbata nei turnisti, subendo modificazioni sia quantitative che qualitative. In particolare, il sonno diurno seguente al turno notturno non solo risulta ridotto in durata, ma anche frequentemente interrotto a causa di frequenti risvegli, con conseguente riduzione del suo potere ristoratore sia dal punto di vista fisico, connesso alle fasi di sonno profondo, che psichico, connesso alle fasi di sonno REM.

La perturbazione del ciclo sonno/veglia, oltre a causare problemi di insonnia, favorisce anche un eccessivo livello di sonnolenza diurna, che costituisce un importante fattore di interferenza con la sicurezza, il comfort e l’efficienza lavorativa, dal momento che essa influenza significativamente la vigilanza e la performance e, quindi, può favorire errori, incidenti e infortuni sul lavoro.

Il fenomeno della sonnolenza è condizionato sia dalla ritmicità circadiana e ultradiana dell’attività cerebrale, che dal processo omeostatico connesso alla durata della veglia precedente. Su queste basi si inseriscono poi meccanismi fisiopatologici connessi, da un lato, a condizioni di eccessivo affaticamento o di insufficienti periodi di sonno e, dall’altro, a disturbi primitivi o secondari del sonno che non consentono un completo recupero dell’efficienza psico-fisica.

Numerose altre condizioni lavorative possono favorire un’eccessiva sonnolenza e quindi costituire fattori di rischio per la prestazione lavorativa e la sicurezza degli operatori, quali in particolare: orari prolungati di lavoro, carichi eccessivi di lavoro, ambiente carente di stimolazioni (scarsa illuminazione, posto fisso e isolato, assenza di colori e di rumori), condizioni microclimatiche sfavorevoli (caldo), lavoro noioso, monotono e ripetitivo, esposizione a sostanze chimiche neurotossiche ad effetto deprimente sul sistema nervoso centrale (solventi organici in particolare).

Vi possono essere inoltre delle condizioni personali, connesse sia a caratteristiche comportamentali che a

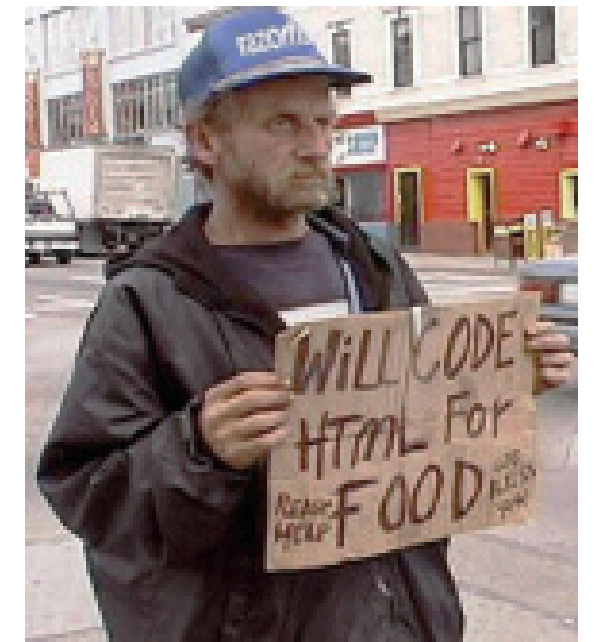
condizioni patologiche, che possono influenzare una sonnolenza eccessiva sul posto di lavoro, quali ad esempio: le abitudini alimentari, la mattutinità/serotinità, l’incapacità a vincere la sonnolenza, le attività voluttuarie, l’invecchiamento, le sindromi da affaticamento cronico, le sindromi depressive, le sindromi post-traumatiche, nonché l’uso, più o meno controllato, di farmaci sedativi e/o ipnoinducanti.

INFLUENZE SULLA PERFORMANCE LAVORATIVA

È ben noto che anche l’efficienza lavorativa presenta livelli minimi durante le ore notturne e pertanto, nei turnisti, può condizionare una maggiore frequenza di errori e infortuni, associandosi al deficit di sonno e alla stanchezza.

Gli studi riguardanti gli incidenti lavorativi fra i turnisti sono comunque abbastanza controversi: alcune indagini hanno riportato più incidenti nei turni notturni, altre in quelli diurni, altre ancora segnalano come gli incidenti siano meno frequenti, ma più gravi nei turni notturni. Oltre all’interferenza di molte altre variabili, i differenti riscontri possono essere spiegati considerando, da una parte, i diversi settori e situazioni lavorative esaminate (a minore o maggiore rischio di incidenti, misure di sicurezza, compiti specifici) e, d’altra parte, tenendo in considerazione che le condizioni sono raramente, o quasi mai, le stesse di giorno e di notte. Pertanto la riduzione della performance psicofisica durante la notte non è necessariamente associata ad una più alta frequenza di incidenti, dato che possono interagire molti altri fattori legati all’organizzazione del lavoro. Parecchi studi hanno infatti rilevato come il picco di incidenti durante il giorno si situò intorno alle 10-11 del mattino, quando paradossalmente la curva della performance presenta i suoi livelli più alti (ma anche l’attività lavorativa è al suo massimo). Tuttavia, in riferimento al turno del mattino, vi sono segnalazioni nel settore dei trasporti di una relazione tra frequenza di incidenti e orari troppo anticipati di inizio.

Potrebbe essere una fatale coincidenza, ma vale la pena menzionare che alcuni dei principali tragici eventi occorsi in questi ultimi anni, quali ad esempio i due incidenti nucleari di Three Mile Islands e Chernobyl, il disastro chimico di Bophal, il naufragio della petroliera Exxon Valdez e l’esplosione del Challenger Space Shuttle, sono avvenuti o determinati durante le ore notturne (tra mezzanotte e le 06.00); in tutti è stato invocato come importante fattore l’“errore umano”, che è stato documentato essere connesso a deficit di sonno, o a fattori legati al sonno (ad es. sonnolenza), come pure ai



meccanismi oscillatori circadiani dell’attenzione e della performance.

DISTURBI E MALATTIE

È documentato da numerosi studi che il lavoro a turni, attraverso le interferenze sopracitate, può determinare a lungo termine una maggior incidenza di malattie a prevalente genesi psicosomatica, che si manifestano prevalentemente con turbe neuro-psiche (sindromi ansiose e/o depressive) e patologie a carico dell’apparato gastroenterico e di quello cardio-circolatorio, con conseguente maggior assenteismo e ricorso a cure mediche.

I disturbi a carico del sistema digestivo (alterazioni dell’appetito, dispepsia, pirosi, dolori addominali, irregolarità dell’alvo con prevalente stipsi, meteorismo e flatulenza) interessano dal 20 al 75% dei turnisti che svolgono anche lavoro notturno contro il 10-20% dei lavoratori a giornata. I turnisti notturni, a causa della chiusura delle mense, mangiano spesso cibi preconfezionati e talvolta abusano di bevande stimolanti a base di caffeina, alcolici e tabacco; inoltre essi, se vogliono assumere il pasto di mezzogiorno con i famigliari, sono costretti ad interrompere forzatamente il sonno: per questo motivo spesso preferiscono saltare il pranzo.

In questi ultimi anni si sono inoltre documentate maggiori prevalenze di patologie e carico dell’apparato cardio-circolatorio (cardiopatia ischemica in particolare), che si accentua con l’anzianità di turno e nel personale femminile oltre i 45 anni.

Per quanto riguarda le donne in particolare, molti studi



segnalano che le turniste hanno più frequentemente irregolarità dei cicli e disturbi mestruali. Alcuni registrano inoltre una frequenza minore di gravidanze e di parti regolari (parti prematuri e di bambini sottopeso alla nascita) tra le turniste, soprattutto tra quelle che lamentano cicli mestruali irregolari, e per converso un numero superiore di aborti. Alcuni autori ritengono che molte donne turniste possano essere indotte ad evitare molte gravidanze, attraverso sistemi di controllo delle nascite o aborti procurati, a causa di condizionamenti economici e delle maggiori difficoltà di ordine familiare e sociale.

Recentemente alcuni studi epidemiologici hanno segnalato un possibile aumentato rischio di tumore al seno per le donne turniste. L'ipotesi eziopatogenetica si basa sulla constatazione che l'esposizione alla luce nelle ore notturne inibisce la secrezione della melatonina, con conseguenti interferenze sui livelli di estradiolo e sulla risposta immunologica. Secondo la review fatta dal HSE inglese, restano da chiarire molti aspetti, primo fra tutti l'effettiva riduzione dei livelli di melatonina e l'eventuale interferenza di altri fattori di rischio associati (ad es. radiazioni elettromagnetiche) o condizioni menopausali.

Il lavoro a turni può anche condizionare un maggior rischio tossicologico in relazione a tempi e velocità differenti di metabolizzazione e di effetto biologico alle diverse ore del giorno o della notte in cui avviene l'esposizione, nonché alla durata del turno e alla diversa interposizione e durata dei giorni di riposo. Tutti questi fattori possono quindi concorrere nel favorire o meno un eccessivo accumulo di diverse sostanze tossi-

che, con conseguente superamento del limite biologico di accettabilità e diversa intensità dell'effetto. Occorre considerare quindi che la persona esposta può presentare dei "tempora minoris resistentiae" nell'arco delle 24 ore, in relazione alla fase di desincronizzazione circadiana in cui essa si viene a trovare a seguito del ciclo di turnazione. Una suggestiva evidenza in questo senso è stata fornita dal tragico incidente di Bophal, avvenuto all'una di notte, e causato da una nube tossica di metilisocianato. Si riscontrò infatti che i morti erano presenti essenzialmente tra la popolazione che dormiva (cioè in periodo di deattivazione metabolica) e non tra i turnisti in lavoro di notte, e venne inoltre rilevata una più elevata mortalità tra gli animali diurni, anche di grossa taglia (bestiame), mentre risultarono molto meno colpiti quelli notturni, anche se di piccola taglia (ratti). I vari fattori sopracitati possono quindi assumere una certa rilevanza anche per quanto riguarda il monitoraggio biologico dei turnisti.

CONDIZIONI DI VITA FAMILIARE E SOCIALE

Nel causare i disturbi e le patologie sopracitate può svolgere un ruolo concausale anche la contemporanea desincronizzazione temporale sul piano familiare e sociale. Infatti i turnisti incontrano maggiori difficoltà nel mantenere i normali rapporti con gli altri membri della famiglia, con ovvie ripercussioni sia sul rapporto di coppia che per quanto riguarda l'educazione e l'accudimento dei figli, così come è per loro più difficile programmare e mantenere le usuali relazioni sociali (ad es. incontri con amici, accesso a luoghi di ritrovo, partecipazione a spettacoli, manifestazioni sportive, politiche, ecc.) cosicché il lavoro a turni può costituire spesso un fattore di esclusione o emarginazione. Per le donne, in particolare, si possono determinare condizioni di vita maggiormente stressanti in relazione alla pressione del tempo causata dal conflitto tra gli orari di lavoro irregolari e gli abituali impegni domestici, soprattutto per quelle sposate e con figli.

Numerose indagini hanno evidenziato come le donne sposate dormano meno rispetto agli uomini durante il giorno seguente al turno di notte, soprattutto quelle con figli piccoli e quindi con maggiori carichi domestici. La possibilità di far fronte agli impegni domestici, in particolare la cura dei figli, dipende anche da una più o meno favorevole integrazione tra gli orari di lavoro e quelli dei servizi sociali (asili-nido, scuole) che spesso costringono a ricorrere ad altre persone per il trasporto e la sorveglianza dei bambini, così come di eventuali lavori domestici. D'altro canto possono essere proprio

la specifiche condizioni familiari e/o le necessità economiche a costringere molte donne ad accettare il lavoro a turni e notturno: in uno studio francese su 898 infermiere turniste, in maggior parte sposate e con figli, è stato riportato come l'85% di esse avesse richiesto espressamente di passare dai turni ruotanti al turno fisso di notte, onde poter organizzare in maniera più stabile e regolare la loro vita in modo da far fronte meglio agli impegni domestici.

Comunque occorre anche sottolineare il fatto che la condizione di turnista, nel mentre causa tali importanti interferenze, forza anche la persona ad imparare a usare meglio le ore di tempo libero e, quindi, la sua percezione e valutazione dello stesso può essere sensibilmente diversa rispetto al lavoratore giornaliero.

FATTORI INFLUENZANTI LA TOLLERANZA NEI RIGUARDI DEL LAVORO A TURNI E NOTTURNO

L'entità di tali effetti dipende dalla contemporanea influenza di numerosi fattori concernenti sia la sfera individuale che il contesto lavorativo e sociale. Alcuni di essi hanno un maggior peso sulla genesi dello stress, quali ad es. l'organizzazione del lavoro e dei turni, altri svolgono una maggiore influenza nel condizionare le risposte dell'organismo ("strain"), quali ad es. le caratteristiche personali e le condizioni sociali. Occorre quindi considerare che le interferenze negative del lavoro a turni possono pesare in maniera diversa sulle persone coinvolte.

È stato infatti rilevato come alcune persone siano costrette ad abbandonare il lavoro notturno nel giro di breve tempo a causa della comparsa di importanti disturbi di carattere neuropsichico e/o digestivo, mentre per altre persone il lavoro a turni e notturno non costituisca alcun problema, anzi venga in alcuni casi scelto espressamente. Per la maggior parte delle persone tuttavia il lavoro a turni rappresenta un fattore di disagio e di stress, tale da ingenerare diversi gradi di intolleranza, che possono divenire manifesti in tempi e con intensità diverse in relazione a numerosi fattori sia di carattere individuale che lavorativo e sociale.

Per quanto riguarda le caratteristiche individuali, oltre all'età (invecchiamento) e al sesso, alcuni fattori "cronobiologici" sembrano avere una certa importanza. Ad esempio, è stato evidenziato che i tipi "serotini" manifestano una migliore tolleranza del lavoro notturno rispetto ai "mattutini" probabilmente in relazione alla diversa fase ritmica circadiana. Essi infatti presentano una curva di attivazione psico-fisica più spostata verso le ore serali, che consente loro di far fronte meglio alla

richiesta di attività nelle ore notturne: ciò peraltro li sfavorisce per quanto riguarda il turno del mattino. Anche le caratteristiche di maggiore o minore rigidità negli orari di sonno e capacità di vincere la sonnolenza sembrano avere una certa rilevanza nel condizionare una diversa sopportazione del lavoro notturno che, come accennato, interferisce principalmente con il sonno.

Dal punto di vista organizzativo sia il carico di lavoro che la strutturazione dei turni possono assumere una notevole importanza, come verrà accennato nel punto seguente.

Tra i fattori di carattere sociale vale la pena di sottolineare l'importanza alle condizioni abitative, in particolare per quanto riguarda l'inquinamento da rumore, provocato sia da fonti interne (bambini, telefoni, campanelli, elettrodomestici, ecc.) che esterne (strade di grande traffico, aeroporti, ferrovie, ecc.), che possono ostacolare grandemente il riposo del turnista, costretto a dormire in momenti sfasati rispetto ai normali tempi della vita di relazione.

CRITERI ORIENTATIVI PER L' ORGANIZZAZIONE DEI TURNI

In riferimento a quanto esposto appare evidente che nell'organizzazione degli orari di lavoro si devono tenere in considerazione non soltanto le necessità di servizio, ma anche i condizionamenti di carattere fisiologico, psicologico e sociale degli operatori. E' pertanto doveroso, e possibile, predisporre schemi di turno più rispettosi dell'integrità psico-fisica dei soggetti interessati e del loro benessere sociale, cui conseguono ovvii riflessi positivi anche sulla prestazione lavorativa.

Le principali raccomandazioni, che vengono fatte a tale riguardo, tengono conto infatti dell'adattamento biologico, della performance lavorativa, dello stato di salute e benessere, e dei problemi personali e sociali; esse possono essere riassunte nel seguente decalogo:

- 1) ridurre il più possibile il lavoro notturno e adottare schemi di rotazione rapida, al fine di limitare al massimo il numero di turni di Notte consecutivi, in modo da interferire il meno possibile sui ritmi circadiani e sul sonno;
- 2) preferire la rotazione dei turni in "ritardo di fase" (Mattino/Pomeriggio/Notte), dal momento che essa asseconda il naturale periodismo dei ritmi biologici circadiani;
- 3) interporre almeno 11 ore di intervallo tra un turno e l'altro onde consentire un maggior recupero del deficit di sonno e della fatica;

- 4) non iniziare troppo presto il turno del mattino, in modo da limitare la perdita dell'ultima parte del sonno (ricca di fase REM);
- 5) regolare la lunghezza del turno in base alla gravosità fisica e mentale del compito e consentire turni di 9-12 ore solo in casi particolari (lavori leggeri, pause adeguate, non esposizione a sostanze tossiche);
- 6) programmare il giorno o i giorni di riposo preferibilmente dopo il turno di Notte, in modo da consentire un immediato recupero della fatica e del deficit di sonno;
- 7) inserire pause nel corso del turno, in modo da permettere tempi adeguati per i pasti ed eventuali brevi pisolini;
- 8) adottare cicli di turnazione non troppo lunghi e rotazioni il più possibile regolari, e dare notizia dello schema di turno o di eventuali variazioni con congruo anticipo, in modo da facilitare la pianificazione della vita familiare e sociale;
- 9) prevedere il maggior numero possibile di giorni festivi o fine-settimana liberi, onde favorire il mantenimento delle relazioni sociali;
- 10) consentire la maggiore flessibilità possibile sul piano individuale per quanto riguarda gli orari di turno, gli scambi di turno o variazioni di orario, al fine di far meglio fronte ad esigenze o necessità personali e familiari.

È chiaro peraltro come non vi sia un sistema di turno "ottimale", o "migliore" degli altri in assoluto, ma che ogni schema di turnazione debba essere pianificato e adottato tenendo conto delle specifiche condizioni di lavoro, delle peculiari richieste del compito, così come delle particolari caratteristiche individuali e sociali dei lavoratori interessati. Pertanto i criteri e i metodi utilizzati possono variare notevolmente e il risultato finale può soddisfare in maniera più o meno adeguata le richieste di carattere psico-fisiologico e sociale delle persone interessate.

Non è infrequente infatti constatare fallimenti di sistemi di turnazione ritenuti a priori validi, anche sotto l'aspetto biologico, in quanto non adeguatamente rispondenti alle peculiari condizioni ed specifiche esigenze dei lavoratori interessati; d'altro canto è possibile riscontrare un sorprendente grado di tolleranza per alcuni schemi di turno che, sulla carta, vengono ritenuti meno favorevoli.

Infatti, un aspetto cruciale per un buona tolleranza del turno è la metodologia seguita per l'adozione del sistema di turnazione. Il più delle volte il sistema di turno

viene adottato in maniera passiva, per consuetudine storica o per analogia di settore produttivo, in altri casi viene rigidamente imposto in base alle scelte produttive. In altri termini esso viene considerato un fattore secondario dell'organizzazione del lavoro cui ci si deve necessariamente adeguare in modo ineluttabile. Numerose esperienze riportate in letteratura testimoniano invece della centralità del sistema degli orari nell'organizzazione del lavoro e della fondamentale importanza dei metodi di scelta e di implementazione utilizzati, con risultati soddisfacenti sia per la persona che per l'impresa.

Una metodologia corretta, volta a introdurre o modificare uno schema di turnazione, dovrebbe quindi seguire delle tappe ben precise, che riguardano in particolare le seguenti fasi:

- a) prefigurazione di un progetto generale che tenga conto dei vari condizionamenti in gioco: norme legislative e contrattuali, esigenze produttive, condizioni di lavoro, ecc.;
- b) analisi delle caratteristiche del gruppo di persone interessate, in particolare per quanto riguarda i carichi di lavoro, i fattori di rischio, particolari necessità o esigenze (ad es. donne, anziani, lungo pendolarismo);
- c) predisposizione di uno schema di turnazione che tenga conto dei criteri di carattere psico-fisiologico e sociale sopra menzionati;
- d) introduzione del nuovo schema e verifica del grado di accettabilità in un piccolo gruppo e per un periodo di tempo determinato, registrando le valutazioni degli interessati e altri indicatori (comportamenti lavorativi, assenteismo, errori, ecc.);
- e) implementazione finale del nuovo schema di turnazione dopo gli eventuali aggiustamenti conseguenti alle indicazioni emerse dalla fase d).

Tale metodologia richiede il completo coinvolgimento dei lavoratori in ogni fase, che è la condizione basilare non solo di una democratica partecipazione delle persone che devono sostenere le conseguenze delle decisioni prese, ma costituisce altresì il solo modo per dare loro l'esatta valutazione della situazione e, conseguentemente, di elaborare la corretta motivazione per l'accettazione dei cambiamenti, e quindi di avere una migliore tolleranza del lavoro ad orari inusuali.

Misure compensative nei confronti del lavoro a turni
Vari interventi volti a compensare gli inconvenienti determinati dal lavoro a turni, sono stati proposti ed adottati in questi ultimi anni, spesso in modi molto empirici e differenti in relazione alle diverse condizioni

di lavoro e alle specifiche problematiche a livello aziendale o di settore lavorativo. Tali interventi possono essere distinti in due categorie.

- a) i "contrappesi", cioè quelli volti solamente a compensare per i disagi o disturbi provocati;
- b) i "controvalori": cioè quelli volti a ridurre o a eliminare le cause degli inconvenienti o le conseguenze negative.

Il contrappeso più estesamente (e spesso unicamente) adottato è costituito dalla maggiorazione retributiva corrisposta per il lavoro notturno e festivo. Essa costituisce una semplice traduzione in termini monetari dei vari aspetti del problema; spesso non ha alcuna diretta relazione con la loro specificità o gravosità, variando notevolmente tra diversi settori o tra diverse aziende in funzione di fattori "estranei" quali, ad es., il potere contrattuale sindacale, le condizioni economiche dell'azienda, le necessità produttive.

Altri contrappesi possono essere rappresentati da interventi volti a migliorare le condizioni lavorative, quali l'igiene dell'ambiente, i carichi e i ritmi di lavoro.

Tra le misure volte invece ad agire sulle cause degli inconvenienti ("controvalori") vanno segnalati i seguenti:

- a) Riduzione delle ore di lavoro notturno: mediante una limitazione del numero di turni nell'arco dell'anno e/o con una riduzione della durata del turno stesso.
- b) Introduzione di pause organizzate nel corso del turno notturno, in modo da consentire adeguati tempi di ristoro o pisolini, rivelatisi molto utili per compensare il deficit di sonno.
- c) Possibilità di fruizione di un pasto caldo durante il turno notturno.
- d) Incremento del numero dei riposi compensativi o dei giorni di ferie in rapporto al numero dei turni notturni lavorati.
- e) Garanzia di adeguati servizi sociali (ad es. trasporti, asili-nido, scuole materne, negozi, banche) attraverso opportuni accordi con enti locali e organizzazioni commerciali.
- f) Possibilità di passaggio al lavoro diurno ad intervalli periodici e in maniera stabile dopo un determinato numero di anni in turno notturno.

CRITERI PER LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEI LAVORATORI TURNISTI

La sorveglianza medica dei lavoratori turnisti è diretta verso due scopi principali: a) una valutazione appropriata dell'idoneità al lavoro a turni; b) un attento con-

trollo periodico dei turnisti.

Per quanto riguarda il primo punto, si deve sottolineare che il lavoro a turni non può e non deve essere un criterio discriminatorio per la selezione dei lavoratori, in quanto l'obiettivo principale è quello di organizzare i turni secondo criteri ergonomici, e di adottare misure compensative adeguate allo scopo di evitare significativi disturbi dei ritmi circadiani, un accumulo del deficit di sonno e conflitti nella vita sociale. In questo modo pressoché tutti possono essere in grado di lavorare a turni senza alterazioni significative delle proprie condizioni di salute.

Infatti, da una parte, appare irragionevole (e anche antieconomico) esprimere giudizi di inidoneità a persone obbligate a lavorare in sfavorevoli sistemi di turno, mentre, d'altro canto, efficienti schemi di turno hanno certamente effetti meno negativi e, di conseguenza, riducono i disturbi e i disagi.

Comunque, è anche ovvio che certi disturbi o malattie possono costituire una controindicazione per il lavoro a turni o notturno, in particolare quando siano associate ad altri fattori stressanti (ad es. lavoro pesante, caldo, rumore, elevata tensione psichica).

Tenendo in considerazione i vari criteri e suggerimenti proposti da diversi autori, appare ragionevole proporre queste strategie di intervento medico:

- A) Le persone affette dalle seguenti condizioni, che potrebbero essere connesse o aggravate dal lavoro a turni, dovrebbero essere esentate dal lavoro a turni o perlomeno dal turno notturno: - disturbi cronici di sonno; - gravi malattie gastrointestinali, quali l'ulcera peptica, l'epatite cronica attiva, la cirrosi, la pancreatite cronica; - malattie cardiache croniche: infarto miocardico con funzione cardiaca alterata, angina pectoris, sindromi ipercinetiche e grave ipertensione; - malattie cerebrali con sequele e gravi disordini nervosi, in particolare l'ansia e la depressione cronica, in quanto sono spesso associate ad alterazioni del ciclo sonno/veglia e influenzate dai periodi di luce e buio; - diabete insulino-dipendente: poiché si richiede una regolare e appropriata alimentazione e una corretta distribuzione temporale della terapia; - gravi patologie della tiroide e del surrene: dal momento che richiedono una regolare assunzione dei farmaci strettamente connessa con i periodi di attività e di riposo; - epilessia in trattamento farmacologico: essendo le crisi favorite da un deficit di sonno, mentre l'efficacia del trattamento può essere ostacolata da uno schema irregolare di veglia e di riposo; - malattie renali croniche, poiché l'alterazione dei ritmi circadiani può ulteriormente

ostacolare la funzione renale; - tumori: onde evitare ulteriori stress e facilitare il trattamento medico.

B) Seguire molto attentamente le persone che presentano le seguenti condizioni: - disturbi digestivi, in particolare connessi con gastrite e gastroduodenite cronica e colon irritabile; - patologie respiratorie croniche, quali l'asma e la bronchite cronica ostruttiva; - alcolismo o assunzione di psicofarmaci; - grave emeralopia o alterazione del visus: che possono creare difficoltà al lavoro notturno o sono pericolosi in caso di scarsa illuminazione; - donne con bambini piccoli (età inferiore ai 6 anni); - persone di età superiore a 50 anni: in particolare quelle senza alcuna precedente esperienza di lavoro a turni; - persone con lunghi tempi di pendolarismo e/o condizioni di abitazione insoddisfacenti (rumore); - persone che dimostrano un elevato livello di nevroticismo, di mattutinità e di rigidità nelle abitudini di dormire.

Nel corso dei controlli periodici, è di fondamentale importanza ricercare i segni o i sintomi precoci della difficoltà di adattamento e, di conseguenza, di intolleranza al lavoro notturno, che potrebbero richiedere un pronto intervento sia a livello organizzativo (ad es. correggere o migliorare lo schema di turno o il modo di lavorare) che individuale (ad es. trasferimento temporaneo o permanente al lavoro a giornata). Oltre a focalizzare l'attenzione su disturbi del sonno, digestivi e psicosomatici, consumo di farmaci e assenteismo per malattia, possono essere utilmente impiegate al fine della valutazione dell'adattamento della persona anche registrazioni dei tempi di sonno, delle attività giornaliere e di alcuni parametri fisiologici (ad es. temperatura corporea, secrezione di cortisolo e/o melatonina, tests di performance).

D'altra parte, queste caratteristiche potrebbero essere considerate anche in senso "positivo" allo scopo di assegnare preferibilmente (quando è possibile) al lavoro notturno quelli che si presume possano incontrare meno difficoltà di adattamento sulla base delle loro caratteristiche psico-fisiologiche e delle loro condizioni di vita e di salute. Comunque tutto questo deve essere fatto in modo molto accurato, in quanto non è completamente chiaro se le caratteristiche personali e comportamentali citate sopra abbiano un'influenza significativa anche a lungo termine.

È necessario inoltre che vengano date informazioni e suggerimenti utili ai lavoratori su come affrontare nel modo migliore il lavoro a turni e notturno, in particolare per quanto riguarda il sonno, la dieta, il controllo dello stress, la buona salute fisica, le condizioni di abitazione.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Åkerstedt T.: Shift work and disturbed sleep/wakefulness. *Occup. Med.*, 53: 89-94, 2003.
- Costa G.: Lavoro a turni e notturno. Organizzazione degli orari di lavoro e riflessi sulla salute. SEE Editrice, Firenze, 376 pp, 2003.
- Costa G, Åkerstedt T, Nachreiner F, Carvalhais J, Folkard S, Frings Dresen M, Gadbois C, Gartner J, Grzech Sukalo H, Härmä M, Kandolin I, Silvério J. As time goes by - Flexible work hours, health and wellbeing. Stockholm. Working Life Research in Europe Report No. 8. Stockholm, The National Institute for Working Life, 2003.
- Costa G.: Shift work and occupational medicine: an overview. *Occup. Med.*, 53: 83-88, 2003.
- Folkard S., Tucker P.: Shift work, safety and productivity. *Occup. Med.*, 53: 95-101, 2003.
- Goudswaard A, de Nanteuil M. Flexibility and working conditions: a qualitative and comparative study in EU countries. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions Pub, 2000.
- Health and Safety Executive: Shift work and breast cancer: a critical review of the epidemiological evidence. Research Report 132, London, 2003
- Knutsson A.: Health disorders of shift workers. *Occup. Med.*, 53: 103-108. 2003.
- Knauth P., Hornberger S.: Preventive and compensatory measures for shift workers. *Occup. Med.* 53: 109-116, 2003.



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Mario Gallo

*Docente di Diritto della
Sicurezza del Lavoro - Corso di
perfezionamento in gestione
delle risorse umane - Università
degli Studi di Cassino.*

*relazione presentata al
convegno ANMA di Riccione
il 1/7/2006*

I PRINCIPALI RISCHI E LE PROBLEMATICHE OPERATIVE NEL LAVORO A PROGETTO E OCCASIONALE

PREMESSA

La riforma del mercato del lavoro ad opera del D.Lgs. n.276 del 2003, c.d. *Legge Biagi*, se da un lato ha introdotto nuovi elementi di accelerazione, sia pure parzialmente depotenziati, del fenomeno della flessibilità delle forme d'impiego, dall'altro ha anche rinnovato l'interesse degli studiosi sulle relazioni tra i c.d. *lavori atipici*, termine questo ormai improprio, e la sicurezza e igiene del lavoro. In particolare la frammentazione delle forme di lavoro lancia nuove sfide sia ai Servizi di Prevenzione e Protezione, chiamati a gestire un'organizzazione sempre più instabile in cui coesistono lavoratori con contratti molto diversi tra di loro, sia agli stessi organi di vigilanza. Il fenomeno della precarizzazione del rapporto di lavoro geneticamente è mal conciliabile con la tutela del diritto alla salute del lavoratore che, viceversa, esige una stabilità soprattutto sotto il profilo della valutazione dei rischi professionali e dell'adempimento dell'obbligazione formativa.

Il tutto è reso ancora più critico, specie se si guarda alla struttura e all'andamento del fenomeno infortunistico che, benché sottostimato, interessa essenzialmente i lavoratori giovani alle prime esperienze lavorative, ossia coloro che attualmente sono maggiormente interessati dal processo di riforma in atto del mercato del lavoro. La questione, pertanto, che in questa sede s'intende sia pure brevemente affrontare è l'identificazione dei nodi critici dell'istituto del lavoro a progetto, forma evoluta delle collaborazioni coordinate e continuative.

2. CENNI SULL'EVOLUZIONE STORICA DEL LAVORO A PROGETTO.

Prima di addentrarmi nell'analisi dei rischi e delle principali problematiche operative del lavoro a progetto ritengo opportuno compiere alcune riflessioni sullo stato evolutivo di questa forma di lavoro, al fine di meglio inquadrarne gli effetti sull'obbligazione di sicurezza. Il lavoro a progetto è figlio delle collaborazioni coordinate e continuative (co.co.co.) che in passato hanno rappresentato la forma ideale, una specie di pseudo paradiso, per sfuggire dall'area - alcuni parlano anche di "*trappola*" - del lavoro subordinato considerato particolarmente rigido e fonte di maggiori costi.

Sotto questo profilo è necessario premettere che il mercato italiano del lavoro è tradizionalmente contraddistinto da due caratteri peculiari: il ricorso al contratto di lavoro subordinato e la stabilità del rapporto. Denominato comunemente anche contratto di lavoro dipendente è qualificato come contratto "tipico", nel senso che è espressamente previsto dal codice civile; a dire il vero all'interno del codice il legislatore all'art.2094 non definisce direttamente il contratto ma la nozione di prestatore di lavoro subordinato (1) ma appare evidente che da essa è possibile derivare gli elementi costitutivi: è un negozio giuridico a carattere patrimoniale concluso tra due parti, in cui avviene lo scambio tra una prestazione lavorativa (intellettuale o manuale) del lavoratore con la retribuzione corrisposta dal datore di lavoro. Ma l'elemento maggiormente qualifican-

te risiede nel c.d. vincolo di subordinazione, ossia il lavoratore si obbliga a collaborare nell'impresa alle dipendenze e sotto la direzione del datore di lavoro. Intorno a tale fulcro ruotano altri due elementi: natura della prestazione a tempo indeterminato, ossia non è previsto un termine alla cui scadenza il contratto si estingue, e di tipo pieno, ossia per una durata di quaranta ore settimanali.

Questo modello tradizionale di contratto di lavoro subordinato, unitamente al vincolo del licenziamento giustificato - il datore di lavoro può recedere dal contratto solo per giusta causa o giustificato motivo - e alle pesanti conseguenze qualora lo stesso non sia osservato (2) hanno condotto al c.d. lavoro stabile, ossia quello che comunemente è indicato con l'espressione di *"posto per tutta la vita"*. Molto emblematica, in tal senso, era l'affermazione di un famoso giuslavorista che ironicamente sottolineava che è più facile divorziare dalla moglie che separarsi dal proprio dipendente. Si è creato così un duro scontro tra forze imprenditoriali e sindacali sulla necessità o meno di correggere questi elementi di rigidità. Infatti, da un lato gli imprenditori reclamavano le difficoltà d'impiegare la manodopera in base alle reali esigenze produttive e la necessità di ridimensionare le conseguenti ricadute negative in termini di costo del lavoro, mentre dall'altro i sindacati si opponevano alle sussurrate modifiche al citato modello tradizionale, ponendo in evidenza la patologica posizione di debolezza del lavoratore rispetto a quella del datore di lavoro e i rischi conseguenti alla precarizzazione del posto di lavoro.

Proprio le collaborazioni coordinate e continuative per lungo tempo hanno costituito oggetto privilegiato d'attenzione da parte della dottrina e della giurisprudenza; qualificate tecnicamente come lavoro *"parasubordinato"* e menzionate nell'articolo 409, n. 3, cod. proc. civ. si sostanziano in una forma al confine tra il predetto lavoro subordinato e quello autonomo ex art. 2222 cod.civ. nel senso che la prestazione resa dal collaboratore avviene in regime di autonomia - assumendo un'obbligazione di risultato e non di mezzi - ma incastonata all'interno di un'intelaiatura sorretta da due pilastri: il coordinamento tra l'attività del committente e quella del lavoratore e la continuità nel tempo del rapporto. Nella realtà aziendale, specie alla fine degli anni Ottanta, questo strumento era frequentemente simulato per celare i rapporti di lavoro subordinato che restavano così sotterranei fino a quando, grazie all'intervento dell'Autorità Giudiziaria, non ne veniva accertata la natura fraudolenta; proprio per contrastare questo triste fenomeno nell'ultimo decennio si sono succeduti

diversi provvedimenti legislativi finalizzati a disincentivarne l'uso e al tempo stesso garantire un maggiore tutela ai collaboratori. In tal senso, bisogna ricordare la legge di riforma del sistema pensionistico italiano n.335 del 1995, con la quale è stato introdotto l'obbligo d'iscrizione dei collaboratori coordinati e continuativi ad un'apposita *"gestione separata"* dell'INPS, al fine di estendere anche a questi prestatori di lavoro l'assicurazione generale obbligatoria per invalidità, vecchiaia e superstiti. Un altro significativo passo in avanti è stato compiuto con l'art. 5 del D. Lgs. n.38 del 2000, che ha previsto per i collaboratori l'obbligatorietà dell'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali. Viceversa, in materia tributaria per effetto dell'articolo 34 della legge n.342 del 2000 i redditi derivanti da prestazioni di lavoro coordinate e continuative vengono ora assimilati (a far data dal 1° gennaio 2001) ai redditi originati da prestazioni di lavoro dipendente (art.47, L. 917/1986), e non più a quelli da lavoro autonomo (art. 49, comma 2, L. 917/1986). Inoltre, bisogna anche ricordare che un tentativo di estensione parziale delle tutele del lavoro subordinato alle collaborazioni coordinate e continuative fu promosso, a cavallo degli anni Settanta e Ottanta, da una parte della giurisprudenza che avallò in modo autorevole un innovativo filone dottrinale volto alla assimilazione delle due tipologie contrattuali, ove accomunate dal dato della disparità di forza contrattuale tra le parti del rapporto. Tuttavia questo indirizzo giurisprudenziale fu destinato ad essere minoritario.

3. LA RIFORMA DEL D.LGS. N.276 DEL 2003 E LA SICUREZZA NEL LAVORO A PROGETTO.

Molto frequentemente, e a torto direi, la c.d. *Legge Biagi* è additata come la madre di tutti i mali del lavoro precario del quale il lavoro a progetto n'è la tipica espressione; in realtà, questa visione è, sul piano squisitamente tecnico-giuridico, del tutto distorta in quanto il legislatore - sull'onda delle preoccupazioni sollevate del compianto Prof. Marco Biagi di predisporre apposite misure di contrasto dei predetti abusi - ha di fatto reso più rigido il ricorso alle collaborazioni coordinate e continuative. Inoltre, occorre anche ricordare che prima dell'avvento del D.Lgs. n.276 del 2003, proprio sotto il profilo della sicurezza del lavoro si assisteva ad una grave situazione in cui i collaboratori pur ricevendo una tutela generale, piuttosto evanescente definita dall'art.2087 cod. civ. erano esclusi da quella specifica del D.Lgs.19.09.1994, n. 626 (3).

Per scongiurare il ricorso fraudolento a questa forma contrattuale, pertanto, il D.Lgs. n.276 del 2003, sia pure con formulazioni alquanto raccapriccianti sul piano della tecnica normativa, ha cercato di porre rimedio aggiungendo l'obbligo di agganciare la collaborazione ad un progetto, programma o



fase di esso. Più precisamente il lavoro a progetto consiste in rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, prevalentemente personale e senza vincolo di subordinazione, di cui all'articolo 409, n. 3, del cod.proc.civ. che devono essere riconducibili ad uno o più progetti specifici o programmi di lavoro o fasi di esso determinati dal committente e gestiti autonomamente dal collaboratore in funzione del risultato, nel rispetto del coordinamento con l'organizzazione del committente e indipendentemente dal tempo impiegato per l'esecuzione della attività lavorativa (art.61).

A differenza del settore pubblico, attualmente nel settore privato è consentito stipulare solo questa forma di lavoro parasubordinato. Le uniche eccezioni sono rappresentate da:

- a) le c.d. collaborazioni occasionali, intendendosi per tali i rapporti di durata complessiva non superiore a trenta giorni nel corso dell'anno solare con lo stesso committente, salvo che il compenso complessivamente percepito nel medesimo anno solare sia superiore a 5 mila euro, nel qual caso trovano applicazione le disposizioni sul lavoro a progetto;
- b) le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi professionali;
- c) i rapporti e le attività di collaborazione coordinata e continuativa rese e utilizzate a fini istituzionali in favore delle associazioni e società sportive dilettantistiche affiliate alle federazioni sportive nazionali, alle discipline sportive associate e agli enti di promozione sportiva riconosciute dal C.O.N.I. come individuate e disciplinate dall'articolo 90 della legge 27 dicembre 2002, n. 289;

- d) rapporti dei componenti degli organi di amministrazione e controllo delle società e i partecipanti a collegi e commissioni;
- e) rapporti con coloro che percepiscono la pensione di vecchiaia.

Per quanto riguarda il contratto l'art. 62 ne richiede la forma scritta ai fini probatori, con la specificazione dei seguenti elementi: durata, determinata o determinabile, della prestazione di lavoro; indicazione del progetto o programma di lavoro, o fasi di esso, individuata nel suo contenuto caratterizzante, che viene dedotto in contratto; il corrispettivo e i criteri per la sua determinazione, e i tempi e le modalità di pagamento e la disciplina dei rimborsi spese; le forme di coordinamento del lavoratore a progetto al committente sull'esecuzione, anche temporale, della prestazione lavorativa, che in ogni caso non possono essere tali da pregiudicarne l'autonomia nell'esecuzione dell'obbligazione lavorativa. Ma l'autentica novità è l'obbligo di indicare anche *"le eventuali misure per la tutela della salute e sicurezza del collaboratore a progetto, fermo restando quanto disposto dall'articolo 66, comma 4"*.

Proprio l'art. 66 può essere qualificato come il perno centrale delle tutele del lavoratore a progetto; significativa, per esempio, è la previsione della sola sospensione del rapporto di lavoro, senza retribuzione, in caso di gravidanza, malattia e infortunio del collaboratore (comma 1). Fondamentale, appare quella contenuta al comma 4, che statuisce l'imposizione degli obblighi nascenti dal D.Lgs.19.09.1994, n.626, quando la prestazione lavorativa si svolga nei luoghi di lavoro del committente, oltre che l'applicazione del regime di tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Per i lavoratori a progetto, pertanto, il legislatore ha sperimentato un tentativo di estensione del regime delle tutele del diritto alla salute già previsto dal D.Lgs.19.09.1994, n.626, per i lavo-

1. Ai sensi dell'art. 2094 cod.civ. *"È prestatore di lavoro subordinato chi si obbliga mediante retribuzione a collaborare nell'impresa, prestando il proprio lavoro intellettuale o manuale alla dipendenza e sotto la direzione dell'imprenditore"*.

2. Cfr. art.18 legge 300/1970 (c.d. Statuto dei lavoratori).

3. Si permetta di segnalare M. GALLO, *Forme flessibili di lavoro e obbligazione di sicurezza: l'instabilità del rapporto di lavoro e la tutela del diritto alla salute*, in *Forme flessibili di impiego e riforma del mercato del lavoro*, A. PILEGGI (a cura di) Università degli Studi di Cassino, Cassino, 2003, pag. 104 e segg.

ratori subordinati, a condizione che, come già accennato, la “prestazione lavorativa si svolga nei luoghi di lavoro del committente”. Tuttavia, la specificità del rapporto di lavoro - autonomia, coordinazione e irrilevanza del tempo impiegato per l’esecuzione della prestazione - definisce un *tertium genus* che rende problematico applicare lo statuto del lavoratore subordinato al collaboratore a progetto, senza i necessari adattamenti. Purtroppo, il legislatore delegato non ha previsto una disciplina *ad hoc* il che, come è stato già osservato in dottrina, comporta il sorgere d’incompatibilità sia fisionomica che funzionale che si traduce in numerosi problemi applicativi. Questo stato di frustante difficoltà è stato anche riscontrato dallo stesso Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che con la circolare del 8 gennaio 2004, n.1, ha ammesso esplicitamente tali carenze evidenziando che non poche prescrizioni del D.Lgs. n.626 del 1994, per lo più sanzionate penalmente, risultano “...di problematica applicazione nei confronti di figure, come quelle dei collaboratori, fortemente connotate da una componente di autonomia nello svolgimento della prestazione (in funzione del risultato, ancorchè nel rispetto del coordinamento con la organizzazione del committente)” (4).

3. LA VALUTAZIONE DEI RISCHI E LE PROBLEMATICHE OPERATIVE.

La risoluzione dei molteplici problemi sollevati dall’introduzione di questa nuova forma di lavoro, specie in ordine alla valutazione dei rischi ex art.4 D.Lgs.19.09.1994, n.626, non può prescindere da un approfondimento sulle modalità con le quali la collaborazione si può svolgere. Infatti, dall’esame dell’art. 61 è possibile distinguere ben cinque categorie di collaboratori: collaboratori a progetto interni, collaboratori a progetto esterni, collaboratori a progetto misti, mini collaboratori coordinati e continuativi e collaboratori coordinati e continuativi tradizionali. I primi sono lavoratori che erogano esclusivamente la propria prestazione negli ambienti di lavoro del committente a differenza di quelli esterni che, viceversa, pur operando nell’interesse del committente operano o in un proprio ambiente di lavoro - nella propria abitazione o ufficio per esempio - ovvero si recano presso un soggetto terzo utilizzatore. La terza categoria, quella dei “misti”, è una figura mediana molto diffusa in cui il collaboratore in parte svolge la propria attività presso il committente e in parte all’esterno. Accanto a tali figure si collocano le mini collaborazioni coordinate e continuative, previste dall’art.61, comma 2, in cui il lavoratore occasionalmente intrattiene un rappor-

to di durata non superiore a trenta giorni nel corso dell’anno solare con lo stesso committente, salvo che il compenso complessivamente percepito nel medesimo anno solare sia superiore a 5 mila euro; qualora tali limiti siano superati si applicano le disposizioni per le collaborazioni a progetto, prima tra tutte la tutela del D.Lgs. n. 626 del 1994. Infine, in via residuale restano in vita le vecchie co.co.co. che le nuove norme, come abbiamo già accennato, ammettono in via eccezionale solo in alcune fattispecie.

Questa classificazione appare molto utile sul piano operativo, in quanto consente con estrema immediatezza d’identificare gli obblighi specifici di sicurezza da assolvere e offre spunti per definire un quadro generale degli indirizzi per la corretta gestione dei lavoratori. Infatti, pur se in generale il committente è tenuto a garantire l’integrità psicofisica del prestatore di lavoro appartenente ad una qualsiasi di tali categorie, secondo i canoni ben noti dell’art.2087 *cod.civ.* la tutela specifica si realizza in modo differenziato in primo luogo a seconda che il lavoro parasubordinato sia a progetto o legato ad una semplice collaborazione. Per le prime - interne, esterne e miste - come già accennato l’art.62, comma 1, lett.a, del citato D.Lgs. n.276 del 2003 richiede che siano messe per iscritto *ad probationem* e non *ad substantiam* le “eventuali misure per la tutela della salute e sicurezza del collaboratore a progetto, fermo restando quanto disposto dall’articolo 66, comma 4”. Occorre considerare che su questo aspetto, passato fin ora quasi inosservato, il Ministero del Lavoro con la Circolare n.1/2004 ha chiaramente precisato che sono le misure specifiche di tutela oltre quelle previste dal successivo art.66, comma 4. In termini applicativi ciò significa che per tutte le collaborazioni a progetto è all’interno del contratto che andranno regolamentate le misure di sicurezza e igiene del lavoro - come, per esempio, l’accesso alle diverse aree di lavoro, la regolamentazione dell’uso dei dispositivi di protezione individuali (DPI), i responsabili aziendali, le procedure di lavoro, il corretto utilizzo delle attrezzature, etc. - anche con riferimento alla fattispecie in cui il collaboratore opera all’esterno dei luoghi di lavoro del committente, per esempio, presso l’azienda di un terzo.

Le disposizioni del D.Lgs.19.09.1994, n.626, si applicano solo quando la prestazione è resa nei luoghi di lavoro del committente, cosa pacifica quindi nelle collaborazioni interne. Nella fattispecie delle collaborazioni miste, invece, tutto diventa più complesso in quanto una parte della prestazione si sviluppa al di fuori dell’unità produttiva. Un esempio classico, in tal senso, è quello dei collaboratori informatici o dei promotori di servizi; questi, frequentemente, trascorrono parte del proprio orario di lavoro presso l’azienda del committente per svolgere attività preparatorie e di controllo e si recano poi presso le sedi dei clienti. Rispetto a tali fattispecie sorgono molteplici problematiche connesse, per esempio, all’assogget-



tamento alla sorveglianza sanitaria o all’uso delle attrezzature di lavoro fornite dal committente. Si pensi ancora, per esempio, all’ipotesi di un di collaboratore incaricato di sviluppare un progetto inerente un software, il quale opera in alcuni giorni della settimana presso la sede del committente ed in altri presso il cliente, servendosi dei videoterminali di entrambi. In tale fattispecie non solo è difficoltoso di per se quantificare il superamento dei limiti previsti dall’art. 51 del D.Lgs.19.09.1994, n. 626 - si tenga presente che l’elemento tempo è irrilevante in tali rapporti - ma sorgono anche seri dubbi in ordine all’obbligatorietà di considerare il tempo trascorso al videoterminale presso il cliente. Da un’interpretazione strettamente letterale del disposto dell’art. 66, comma 4, sembrerebbe di no visto che tale norma contempla solo l’ipotesi della prestazione lavorativa svolta nei luoghi di lavoro del committente ma francamente sul piano logico-sistematico questa conclusione è poco condivisibile si messa a confronto anche con i principi generali di tutela consacrati negli artt.32 e 41 Cost.

Operato questo tentativo di tipicizzazione, occorre focalizzare ora l’attenzione sulla valutazione dei rischi e le correlate problematiche operative sul piano della prevenzione e della protezione. In primo luogo si tenga presente che senza l’effettuazione di questi adempimenti preliminari non è possibile osservare il precetto dell’art. 62, che come già sottolineato impone alle parti di indicare per iscritto nel contratto le eventuali misure per la tutela della salute e sicurezza del collaboratore a progetto. La particolare conformazione del rapporto di lavoro, che può essere di tipo sia intellettuale che manuale, si caratterizza essenzialmente per la temporaneità e l’autonomia del collaboratore, e determina la sussistenza di rischi particolari, aggiuntivi rispetto a quelli degli altri lavoratori. Più precisamente sembrano assumere un ruolo critico i c.d. “rischi da turnover”, ossia i maggiori rischi legati a frequenti rotazioni del personale; un esempio, in tal senso, potrebbe essere quello di un’attrezzatura di cui nessuno si accorge che tende a bloccarsi a causa della continua rotazione dell’addetto. Anche le carenze di vigilanza possono assurgere

ad autentici fattori di rischio: frequentemente i capi reparto tendono a disinteressarsi di ciò che fanno i collaboratori nella convinzione che si tratti di lavoratori di serie “b”. Come nelle altre forme flessibili di lavoro (sommministrazione di manodopera, lavoro a termine, distacco, etc.) anche nel lavoro a progetto rischi di notevole rilievo sono la tendenza all’isolamento da parte dei colleghi e quella alla deresponsabilizzazione; sotto questo profilo occorre anche osservare che, purtroppo, il carattere della temporaneità dei rapporti a livello organizzativo crea la percezione di estraneità da parte del collaboratore rispetto all’ambiente di lavoro: ciò allenta i sensori di percezione del rischio.

Non deve essere trascurata nemmeno la presenza di donne collaboratrici; anche se nei loro confronti il D.Lgs. n.151 del 2001, trova un’applicazione limitata la portata universale dell’art. 4 del D.Lgs.19.09.1994, n.626, obbliga il committente in ogni caso a compiere una valutazione dei rischi per la sicurezza delle collaboratrici in gravidanza o in puerperio o in allattamento, con particolare riferimento a quelli da esposizione ad agenti chimici, fisici, biologici, processi o condizioni di lavoro, garantendone le relative misure di prevenzione e protezione. In tal senso si consideri anche che molto frequentemente questa tipologia di lavoratori sopporta condizioni di lavoro più disagiate rispetto ai lavoratori stabili in relazione al carico delle ore di lavoro, ai turni e alle posture incongrue con possibili effetti negativi sulla funzione riproduttiva come l’alterazione del ciclo mestruale e gli aborti spontanei.

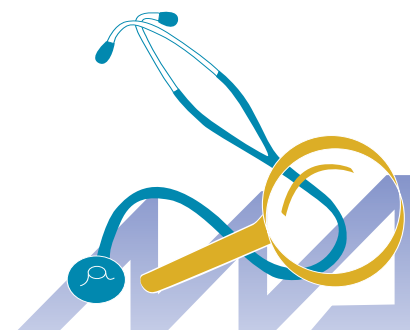
Questa vasta gamma di rischi, associati a quelli tradizionali, impone ai componenti del Servizio di Prevenzione e Protezione e, soprattutto, al R.S.P.P. e al medico competente, un diverso approccio alla gestione operativa del lavoro a progetto. Nelle imprese flessibili, in particolare, appare indispensabile introdurre:

- la figura del referente dei lavoratori atipici (RLA), ASPP in possesso di requisiti professionali e competenze gestionali in ordine ai nuovi temi della c.d. *sicurezza flessibile*;
- un percorso formativo integrativo focalizzato sulla sicurezza nelle forme flessibili di lavoro, indirizzato a tutti i soggetti aziendali della prevenzione (RSPP, RLS, MC, lavoratori, capi reparto, etc.) che sensibilizzi sui maggiori rischi ai quali sono esposti questi lavoratori e fornisca gli strumenti utili per la gestione operativa.

Sul piano applicativo, inoltre, è indispensabile esigere che il datore di lavoro fornisca sistematicamente le necessarie informazioni sulle tipologie dei rapporti in essere e quelle da attuare, al fine di stabilire i conseguenti adempimenti. Il passaggio successivo, come già accennato, è la classificazione della collaborazione, la valutazione dei rischi, l’integrazione del documento di valutazione e la stesura del contratto. Per quanto riguarda la sorveglianza sanitaria le caratteristiche

4. Per un approfondimento si veda R. DE LUCA TAMAJO, *Dal lavoro parasubordinato al lavoro a progetto*, Università degli Studi di Catania, WP C.S.D.L.E. “Massimo D’Antona”, n.25/2003; e M. GALLO, *Lavoro a progetto: problemi applicativi e schemi guida di gestione della sicurezza*, in Ambiente & Sicurezza n.6/2004, Il Sole 24 Ore Editore, Milano, pag. 37 e segg.

IL MEDICO COMPETENTE NEL CONTESTO AZIENDALE: QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI PROFESSIONALI



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

Daniele Ditaranto
Consigliere ANMA

1. INTRODUZIONE

Questo contributo descrive prassi finalizzate a consentire ai medici competenti (m. c.) di realizzare i loro compiti non solo nel rispetto della normativa e dei codici etici, ma anche nella prospettiva del miglioramento continuo della qualità delle loro prestazioni professionali e della cura della soddisfazione dei clienti (aziende) e degli utenti (lavoratori).

Infatti il D. Lgs. 626/94, con il superamento del concetto della “presunzione legale del rischio” fino a quel momento propugnato dalla normativa specifica, ha introdotto un’altra rilevante novità costituita dalla promozione dell’integrazione della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori fra gli obiettivi del sistema aziendale per la gestione della qualità, basato sul ciclo di Deming (o della qualità) finalizzato al miglioramento continuo e orientato alla soddisfazione del cliente:

PLAN > DO > CHECK > ACT (*)

Questa integrazione, ampiamente giustificata e motivata dalle numerose zone di sovrapposizione e complementarietà evidenziabili tra i sistemi di gestione per la qualità (ISO 9001), l’ambiente (ISO 14001) e la salute e la sicurezza sul lavoro (BS 8800; serie OHSAS 18000), è la conseguenza dell’applicazione corretta e coerente della normativa del D. Lgs. 626/94 che infatti, per la realizzazione dell’obiettivo della salute e della sicurezza sul lavoro, prevede la partecipazione e la cooperazione di tutto il “sistema azienda”, naturalmente con diversi gradi di responsabilità per i diversi attori a seconda del ruolo, individuando, a supporto “tecnico” del sistema, il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) ed il m. c. con preminenti competenze rispettivamente nel campo della sicurezza e della salute.

Si deve tuttavia riconoscere che finora nella nostra realtà produttiva, composta prevalentemente da piccole e medie imprese, i vantaggi derivanti da tale integrazione sono stati raramente compresi nonostante già

peculiari del lavoro a progetto impongono ai medici competenti l’assunzione di un approccio prudente al problema, cercando di porre attenzione, in primo luogo, sulla possibile utilizzazione o la presenza di collaboratori che dovrà essere riportata all’interno del documento di valutazione. Inoltre, se i collaboratori devono operare e sono esposti nell’ambito aziendale ai rischi propri, anche in modo temporaneo, nei loro confronti devono essere attuate tutte le misure di prevenzione e di sicurezza previste per i lavoratori subordinati, con particolare riferimento alle attività di informazione e formazione ex artt. 21-22 D.Lgs.19.09.1994, n.626, che rappresentano un autentico punto debole di tali forme di lavoro. In ogni caso un elemento che deve più di ogni altro essere approfondito appare la simulazione di questa forma di lavoro che in realtà spesso nasconde artatamente rapporti di lavoro subordinato: in tal caso spetterà al medico competente garantire pari tutela sanitaria nel caso di mansioni del tutto assimilabili nelle dimensioni temporali e nelle modalità di esposizione a quelle svolte dai lavoratori stabili: si pensi per esempio, alla questione degli addetti ai *call center* (5). Nel caso poi dei lavoratori a progetto la cui prestazione lavorativa non si svolga nei luoghi di lavoro del committente, in virtù delle limitazioni applicative del D.Lgs.19.09.1994, n.626, disposte dall’art. 66, comma 4, del D.Lgs. n.276 del 2003, qualora sussistano ragioni “*prudenziali*” che ne consigliano egualmente la sorveglianza sanitaria andrà necessariamente richiesto e ottenuto preventivamente il consenso all’assoggettamento alla stessa da parte dell’interessato.

4. IL LAVORO OCCASIONALE.

Il lavoro occasionale si sostanzia in prestazioni di lavoro di tipo accessorio rese attraverso attività lavorative di natura meramente occasionale da parte di soggetti a rischio di esclusione sociale o comunque non ancora entrati nel mercato del lavoro, ovvero in procinto di uscirne (art.70). Il legislatore ha fornito un’elencazione tassativa delle tipologie di attività consentite che possono essere svolte anche per più committenti e si configurano come occasionali a condizione che non diano luogo complessivamente con riferimento al medesimo committente, a compensi superiori a 5.000 euro nel corso di

un anno solare (art.70. comma 2) (6). Anche alle imprese familiari è consentito ricorrere alle prestazioni di lavoro accessorio per un importo complessivo non superiore, nel corso di ciascun anno fiscale, a 10.000 euro; si osservi che il limite è relativo all’impresa e non al singolo lavoratore impiegato per il quale resta vigente il limite di 5.000 euro annui con riferimento al medesimo committente. L’art. 71 definisce le categorie di soggetti che possono erogare prestazioni di lavoro accessorio: a) disoccupati da oltre un anno; b) casalinghe, studenti e pensionati; c) disabili e soggetti in comunità di recupero; d) lavoratori extracomunitari, regolarmente soggiornanti in Italia, nei sei mesi successivi alla perdita del lavoro. Per quanto riguarda la figura del committente il D.Lgs n.276 del 2003 non indica espressamente i soggetti a favore dei quali può essere prestata l’attività, ma, sulla base di quanto stabilito dalla legge n. 30 del 2003, si può affermare che lo strumento è utilizzabile sia da parte delle imprese, dei privati e degli enti senza scopo di lucro.

Molto complessa appare la definizione dell’obbligazione di sicurezza in questa forma di lavoro; infatti, questo strumento denota alcuni caratteri (occasionalità, mantenimento dello stato di disoccupato da parte del prestatore, assenza di coordinamento e di continuità nell’attività, etc.) che la collocano, in linea di principio, al di fuori sia dell’area del lavoro subordinato ex art.2094 cod.civ., sia di quella del lavoro a progetto e, più in generale, del lavoro parasubordinato (Cfr. Circolare Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 8 gennaio 2004, n.1). In molte fattispecie si configurerà un rapporto di lavoro autonomo, con l’esecuzione di una prestazione intellettuale (es. insegnamento) o, più frequentemente, manuale, regolato anche dalle norme sul contratto d’opera ex art. 2222 cod.civ. Pertanto, qualora il committente sia un datore di lavoro troverà applicazione l’art.7 del D.Lgs.19.09.1994, n.626; nelle altre ipotesi, invece, occorrerà valutare la natura subordinata del rapporto e in caso affermativo troverà completa applicazione lo statuto del D.Lgs.19.09.1994, n.626: la natura occasionale del lavoro non ha una funzione limitativa delle tutele anche se occorre ammettere che spesso purtroppo favorisce l’evasione di molti obblighi come, per esempio, quelli dell’informazione e della formazione ex artt. 21 e 22 D.Lgs.19.09.1994, n.626.

5. Cfr. Circolare Ministero del Lavoro 14.06.2006, n.17.

6. Trattasi delle seguenti fattispecie: a) dei piccoli lavori domestici a carattere straordinario, compresa la assistenza domiciliare ai bambini e alle persone anziane, ammalate o con handicap; b) dell’insegnamento privato supplementare; c) dei piccoli lavori di giardinaggio, nonché di pulizia e manutenzione di edifici e monumenti; d) della realizzazione di manifestazioni sociali, sportive, culturali o caritatevoli; e) della collaborazione con enti pubblici e associazioni di volontariato per lo svolgimento di lavori di emergenza, come quelli dovuti a calamità o eventi naturali improvvisi, o di solidarietà; e bis) dell’impresa familiare di cui all’art. 230 bis del cod. civ. limitatamente al commercio, al turismo e ai servizi; e ter) dell’esecuzione di vendemmie di breve durata e a carattere saltuario, effettuata da studenti e pensionati.

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
- Forte - Forte 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
- Forte
- Colori
- **Kit Visione Intermedia (optional)**
- **Campimetro (optional)**

nel 1996 Assolombarda avesse editato il volume "Come costruire un Sistema Sicurezza" secondo i requisiti del D. Lgs. 626/94 - Un'applicazione della metodologia della qualità UNI EN ISO 9000 alla sicurezza sul lavoro" e successivamente nel 2001 l'UNI avesse pubblicato le "Linee guida per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (SGSL)", elaborate con la collaborazione dell'ISPESL, dell'INAIL e delle parti sociali e contenenti indicazioni per le imprese che intendono adottarlo volontariamente.

Infatti al momento nel nostro ordinamento la realizzazione nelle aziende di un SGSL è tuttora su base volontaria, con l'esclusione delle aziende soggette a rischi di incidente rilevante obbligate ad implementarlo ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 334/99 (c.d. "Severo bis") e in base ai requisiti stabiliti dal DM 9 agosto 2000 ("Linee guida per l'attuazione del sistema di gestione della sicurezza").

Conseguentemente nel nostro mondo produttivo prevale tuttora quel modello di applicazione "formale" e non "strutturale" del D. Lgs. 626/94 che le ASL avevano già evidenziato nel loro monitoraggio di alcuni anni fa. Peraltro in questo contesto non possiamo non ricordare anche i frequenti aspetti contraddittori della relazione tra l'azienda e il m. c..

Le ricorrenti critiche delle direzioni aziendali ai m.c. per la scarsa visibilità, per il modo di operare "mordi e fuggi" e per la carente "cultura d'azienda", farebbero presupporre una domanda e un'aspettativa da parte delle aziende di una consulenza altamente qualificata, del tutto in sintonia con le prerogative delineate dalla normativa per il m.c..

Infatti la figura professionale di m.c. che emerge dalla legislazione è quella di un protagonista del sistema aziendale per la prevenzione con un ruolo centrale nell'effettuazione della sorveglianza sanitaria (ss), ma anche con l'attribuzione di compiti che prevedono un suo diffuso e attivo coinvolgimento in tutti gli altri momenti della strategia preventiva più orientati alla prevenzione primaria: la valutazione dei rischi (vdr), l'individuazione delle misure di tutela, l'informazione e la formazione dei lavoratori, la predisposizione delle misure per la gestione delle emergenze e la programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori.

È invece esperienza comune per i m.c. la frequente resistenza delle aziende ad accettare proposte contrattuali contemplanti tutte le attività di consulenza aziendale previste dalla normativa per la figura professionale del m.c. valorizzate, generalmente, attraverso un impegno orario forfetario annuale.

Infatti il prevalente modello contrattuale proposto e

stipulato dalle aziende con i m.c. prevede la valorizzazione delle prestazioni legate alle attività di ss, alla visita congiunta con il RSPP degli ambienti di lavoro e all'eventuale partecipazione alla riunione periodica di prevenzione e protezione dai rischi con una conseguente limitazione della sua attività alla mera esecuzione di tali compiti e della sua presenza in azienda a questi momenti occasionali, scanditi fondamentalmente dalla periodicità delle visite mediche.

Questa prevalente impostazione del rapporto contrattuale tra azienda e m.c., non solo mal si concilia con quella domanda di consulenza qualificata di cui si diceva più sopra, ma soprattutto introduce, rispetto al quadro legislativo, una sorta di "demansionamento" professionale del m.c. e una conseguente "sottoutilizzazione" delle sue potenzialità e prerogative.

2. IL MEDICO COMPETENTE E IL SISTEMA AZIENDALE PER LA QUALITÀ

Ferma restando la sacrosanta invocazione di un maggiore rispetto della normativa, è lecito chiedersi, in una logica proattiva, quale strategia adottare per una qualità professionale del m.c. che promuova il superamento di questo impasse.

Nell'analizzare il rapporto tra il m. c. ed il sistema aziendale per la qualità, è opportuno iniziare richiamando le due specificità che differenziano sostanzialmente l'attività del medico del lavoro/competente da quella degli altri medici specialisti:

1. il contesto in cui opera che è quello aziendale (cliente)
2. l'interazione, in genere, non con un "paziente" con l'aspirazione di guarire, ma con un lavoratore "sano" con l'attesa di non ammalarsi (utente).

Conseguentemente l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza degli atti del m. c., non possono prescindere dalla qualità del suo rapporto con tutti gli attori presenti nell'organizzazione aziendale ("sistema azienda"), aspetto questo riguardante anche la complessa problematica dell'etica nella sua attività di consulente aziendale per la quale si rimanda ai "Codici di comportamento" pubblicati dalla ICOH nel 1992 (aggiornato nel 2005) e, a livello nazionale, dall'ANMA nel 1997.

Pertanto la strategia per la qualità professionale nell'attività del m. c. si articola in due momenti tra loro strettamente interconnessi:

1. il rapporto del m. c. con l'organizzazione aziendale
2. la partecipazione ed il contributo del m. c. al sistema aziendale per la qualità.

(Va peraltro ricordato che un altro aspetto importante



della qualità delle prestazioni del m.c., non oggetto di questo contributo, è la dimostrazione dell'efficacia della Medicina del Lavoro).

2.1 Il rapporto del medico competente con l'organizzazione aziendale

Il m. c. nel suo rapporto con l'azienda deve essere consapevole che:

- la sua nomina da parte del datore di lavoro (ddl) è la conseguenza di specifiche obbligazioni
- la sua consulenza è ormai generalmente considerata, come quella di qualsiasi altro professionista, nell'ambito del tipico rapporto tra fornitore e cliente che prevede il controllo della qualità dei servizi offerti dal fornitore
- anche i lavoratori sono soggetti obbligati: si sottopongono alla ss attuata da un medico con il quale non hanno nessun rapporto di scelta
- sono numerosi i momenti decisionali della sua attività dai quali possono derivare conseguenze negative di natura economica o giudiziaria per il ddl o per il lavoratore (giudizi di inidoneità, denunce di malattie professionali, referti, richieste di aggiornamenti della vdr o di bonifiche...)
- la sua attività è basata sull'elaborazione di conoscenze e pertanto sarà tanto più incisiva quanto maggiore è la sua conoscenza dell'azienda (ciclo produttivo, organizzazione aziendale, "cultura" e "clima" aziendale)
- la traduzione delle sue decisioni in azioni concrete, spesso dipende da altre figure aziendali
- si rapporta con un complesso e delicato intreccio di relazioni professionali, umane e sociali
- è l'unico soggetto portatore di competenze medico-biologiche in una realtà in cui si confrontano e interagiscono varie "culture", prevalentemente tecniche ed economiche, non sempre immediatamente sintoniche con la sua e con i suoi obiettivi.

È evidente che in questo contesto la "credibilità" (indipendenza intellettuale e professionale) e "l'autorevolezza" (competenza professionale tecnica e giuridica), benché imprescindibili per creare un rapporto fiduciario con il "sistema azienda", non sono di per sé sufficienti per conferire efficacia, efficienza e appropriatezza all'attività del m. c. (fare le cose giuste e farle bene). Infatti un m. c. che non dialoga con le altre "culture", che non crea e coltiva rapporti, che partecipa e propone poco, che non trasmettere "valore aggiunto", venendo percepito come avulso dal contesto aziendale rischia di conferire alla sua azione scarsa incisività.

Pertanto diventa fondamentale la sua capacità di farsi

percepire "a bordo" e quindi la sua disponibilità a "mettersi in gioco" mettendo in campo:

- capacità relazionali e gestionali, doti di comunicazione e mediazione (innate ma anche coltivabili)
- apertura mentale e interesse professionale e culturale verso il mondo del lavoro inteso come insieme complesso e in continua evoluzione di relazioni umane e sociali e di tecniche fra loro organizzate e coordinate per il raggiungimento degli obiettivi programmati
- sintonia con tutta l'organizzazione aziendale per l'attuazione delle finalità generali dell'impresa che, anche dal punto di vista costituzionale (artt. 32 e 41), comprendono la compatibilità tra lo svolgimento dell'attività produttiva e la tutela della salute dei lavoratori
- attitudine al problem solving: capacità di cogliere l'essenza dei problemi e di proporre soluzioni coerenti anche con il modo di operare dell'azienda
- trasparenza: dichiarare cosa si fa e come lo si fa (in tale ambito formidabile strumento di riferimento è la "Carta dei servizi del Medico Competente" elaborata da Terenzio Cassina).

2.2 Partecipazione e contributo del medico competente al sistema qualità

Con riferimento all'esperienza professionale, in conformità alla normativa vigente e in rapporto alla capacità di integrarsi positivamente nell'organizzazione aziendale, evidenziamo i momenti di partecipazione ed i contributi del m. c. alle varie fasi del ciclo della qualità in termini di attività, prodotti, servizi e indicatori di misura.

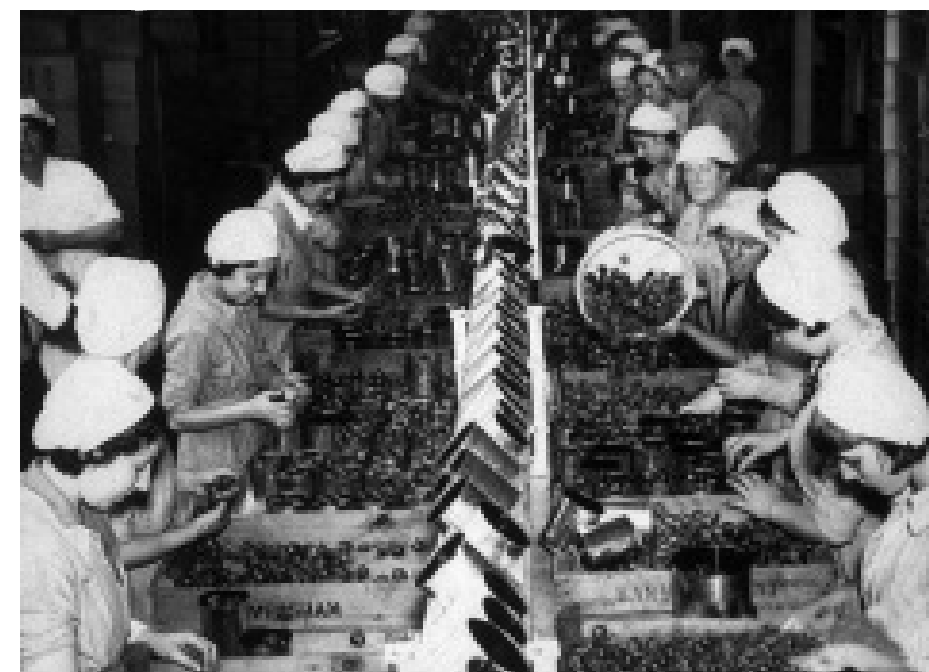
2.2.1 Plan (esame iniziale, politica e pianificazione)

Tutti i momenti della fase "plan", l'esame iniziale, la definizione della politica aziendale (policy) e la pianificazione degli strumenti per attuarla, devono vedere la partecipazione del m.c. e valorizzarsi attraverso il suo contributo.

La vdr per la salute e la sicurezza sul lavoro, rientra a pieno titolo nell'esame iniziale del ciclo della qualità. Imprescindibile il "valore aggiunto" che il m.c. deve dare alla vdr fin dalle fasi iniziali della sua pianificazione e non solo dopo che il SPP ha evidenziato i "casi in cui sia obbligatoria la sorveglianza sanitaria".

I motivi che rendono opportuna e necessaria questa collaborazione tra SPP e m.c. già dalla fase d'impostazione della vdr sono diversi:

- la coerenza con la disposizione di valutare "tutti" i rischi per la sicurezza e per la salute dei lavoratori



- la necessità di una specifica competenza nella valutazione dell'impatto dell'esposizione ai rischi professionali sullo stato di salute del lavoratore
 - il sempre più frequente richiamo nella normativa anche alle condizioni di "ipersuscettibilità" individuale
 - la crescente attenzione verso i gruppi di lavoratori più "sensibili" agli effetti sanitari dell'esposizione ai rischi professionali: lavoratrici gestanti, minori, lavoratori con contratti "atipici", lavoratori diversamente abili e lavoratori "extracomunitari"
 - l'aumento dell'interesse verso le situazioni di rischio professionale legate ai vari aspetti dell'organizzazione del lavoro
 - l'affacciarsi delle nuove problematiche legate allo stress occupazionale e alle varie tipologie di mobbing
 - la progressiva estensione dell'interesse della salute e della sicurezza sul lavoro anche alla "tutela dei terzi".
- La partecipazione del m.c. alla vdr ha come logiche conseguenze sia il suo coinvolgimento nella definizione della politica aziendale per tutela della salute dei lavoratori (valori, impegni, obiettivi e responsabilità), che la sua partecipazione alla definizione degli strumenti idonei per concretizzarla (processi, procedure, criteri di verifica e valutazione) attraverso:
- l'elaborazione di procedure e/o istruzioni operative in materia di ss, primo soccorso..., con un'impostazione dei flussi compatibile con i modelli di operatività dell'azienda (semplici, poco impattanti), ma efficaci per il raggiungimento dell'obiettivo

- la collaborazione alla predisposizione dell'attuazione delle misure preventive e protettive sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale e delle situazioni di rischio
- la partecipazione all'elaborazione degli strumenti informativi e formativi dei lavoratori non solo in materia di primo soccorso, ma anche sugli altri argomenti inerenti la tutela della loro salute durante il lavoro
- l'individuazione di sistemi per la periodica reportizzazione dell'attività svolta alla direzione aziendale
- il tempestivo aggiornamento dell'azienda sui requisiti (leggi, standard, linee guida...) in materia di tutela della salute dei lavoratori applicabili ad essa
- la definizione e la condivisione di indicatori di misura finalizzati sia a verificare la conformità della sua attività alle norme e alle procedure/istruzioni operative predisposte, che ad individuare, nell'ottica del miglioramento continuo, le situazioni critiche meritevoli di un intervento correttivo prioritario.
- la proposta di progetti ed iniziative in materia di "promozione della salute" e di "benessere sul lavoro" che possono avere riflessi positivi sull'assenteismo e sul turnover e migliorare la performance, il "clima" aziendale e l'immagine aziendale interna ed esterna.

2.2.2 Do (sensibilizzare e attuare)

La misura generale di tutela totalmente a carico del m. c. è l'attuazione della ss.

Nell’analisi qualitativa dell’attuazione della ss, oltre alla verifica della sua conformità alle disposizioni della normativa vigente, sono diversi i momenti in cui il m.c. può dare “valore aggiunto”:

- elaborazione di piani sanitari che soddisfano e conciliano vari aspetti: efficacia nel mettere in evidenza le condizioni di ipersuscettibilità ed i segni precoci di tecnopatia; rispetto della norma (esami mirati al rischio); compatibilità con le esigenze aziendali di controllo dei costi
- cura nell’istruzione e nell’aggiornamento della documentazione sanitaria (modulistica, cartelle, registri...) e supporto all’azienda per l’individuazione delle modalità per una sua corretta custodia
- individuazione di criteri per l’accertamento dei giudizi d’inidoneità parziale con prescrizione o con limitazione che ne facilitino la corretta applicazione in azienda (rigore, correlabilità con i rischi professionali valutati, coerenza tra classe di inidoneità e giudizio, non genericità delle prescrizioni e delle limitazioni, efficacia della comunicazione al lavoratore e all’azienda)
- informazione e la sensibilizzazione dei lavoratori sul significato delle “prescrizioni” e delle “limitazioni” o sulle motivazioni dell’accertamento di un giudizio d’inidoneità
- supporto all’organizzazione aziendale per la gestione dell’inidoneità parziali, temporanee e totali
- collaborazione all’elaborazione delle procedure per la gestione dei dati sanitari nel rispetto della normativa sulla privacy
- contributo all’implementazione di sistemi informativi per la gestione della ss.

Per la “sensibilizzazione”, oltre alla verifica del rispetto degli obblighi informativi previsti dalla normativa per il m.c. nei confronti dei lavoratori e dei Rappresentanti per la sicurezza (RLS), importante è il suo coinvolgimento nella formazione dei vari attori aziendali su temi, come quelli dei danni alla salute conseguenti all’esposizione professionale e delle conseguenti misure preventive e protettive adottate dall’azienda ha per prevenirli, ove il suo contributo può essere più autorevole e quindi più credibile e convincente per aumentare la loro consapevolezza sui benefici per la salute e la sicurezza derivanti dal rispetto delle procedure e delle istruzioni e dall’adozione delle misure di tutela.

2.2.3 Check (controllare e verificare: audit)

Il m.c. inserito in un sistema aziendale per la qualità deve avere la disponibilità sia ad accettare “verifiche” (audit) sulla propria attività, che ad individuare per

essa degli indicatori di performance finalizzati a verificare l’efficacia nel tempo e la conformità con le procedure/istruzioni operative.

Pertanto la qualità dell’attività del m.c. dipende anche dai suoi “fornitori interni” (Risorse Umane, SPP e Dipartimenti) e cioè dalle funzioni aziendali che gli comunicano le informazioni e gli trasmettono le documentazioni necessarie al suo corretto svolgimento (mobilità interna ed esterna del personale, ricorso a contratti “atipici”, assunzione di personale diversamente abile, variazioni nel ciclo produttivo o nell’organizzazione del lavoro che modificano il profilo di rischio delle mansioni...).

È opportuno che i contenuti e le responsabilità dei flussi informativi e documentali provenienti dai “fornitori interni” e necessari al corretto svolgimento dei suoi compiti, siano formalizzati.

In tal modo il ruolo del m.c. inserito in un sistema qualità nei confronti dello audit non è solo quello di oggetto ma anche quello di soggetto (auditor), potendo la causa delle non conformità rilevate nella sua attività essere ascrivibile non a sue negligenze, ma a carenze o mancanze del “fornitore interno”.

La verifica della considerazione verso le sue richieste di monitoraggi ambientali, di bonifiche, di cambiamenti di layout..., al di là delle considerazioni sulle loro implicazioni di carattere economico, è un utile indicatore del grado di credibilità, autorevolezza e quindi del livello di interazione positiva che il m.c. ha instaurato con l’organizzazione aziendale.

Un discorso analogo vale per la verifica del suo coinvolgimento nella scelta dei dispositivi di protezione individuale (DPI) o della sua consultazione in occasione di cambiamenti nel ciclo produttivo o nel layout degli ambienti di lavoro.

Al riscontro o alla segnalazione di una scarsa attenzione verso i giudizi di inidoneità parziale o temporanea, il m.c. deve rispondere non solo verificandone le cause con le funzioni aziendali che hanno gerarchicamente e funzionalmente il controllo e la responsabilità del lavoratore, ma anche interrogandosi se quel comportamento implichi la necessità di un miglioramento sia della comunicazione della rilevanza giuridica del suo ruolo e dei suoi atti (aumentare la consapevolezza), che del suo supporto alla gestione aziendale dei casi d’inidoneità (vedi anche “Do”).

2.2.4 Act (riesaminare e migliorare)

Il riesame ed il miglioramento del SGSL ha il suo momento cruciale nella “riunione periodica di prevenzione e protezione dai rischi” di cui all’art. 11 del D.

Lgs. 626/94 che prevede la partecipazione di tutti gli attori aziendali compreso il m.c. il cui contributo è nel suo contesto imprescindibile.

Infatti i risultati della ss (con quelli dell’andamento del fenomeno infortunistico) sono i migliori indicatori della correttezza e coerenza della vdr e, conseguentemente, dell’efficacia delle misure preventive e protettive adottate.

Fondamentalmente e’ proprio sulla lettura e interpretazione di tali dati che si fonda la verifica dell’efficacia e dell’efficienza del sistema aziendale per la salute e la sicurezza.

La pianificazione dell’applicazione delle azioni correttive suggerite dalla fase check, l’individuazione delle criticità meritevoli di un intervento prioritario e la conseguente valutazione dell’opportunità di modificare la politica aziendale e gli strumenti per realizzarla, sono tutti elementi che sfociano nell’elaborazione del “piano dei miglioramenti” che costituisce l’atto condizionale finale della riunione.

Pertanto attraverso la fase act anche il m.c. può riesaminare anche il suo modo di operare e, se del caso, riorientarlo. Infatti in base ai risultati degli audit e in rapporto alle eventuali modifiche della situazione (ad esempio nuovi requisiti normativi applicabili all’azienda o modifiche nel profilo di rischio delle mansioni), il m.c. applica le azioni correttive, già individuate attraverso la fase check, necessarie alla gestione delle non conformità, definendo nuovi obiettivi in un’ottica di miglioramento continuo della qualità delle sue prestazioni professionali e della soddisfazione dei clienti e degli utenti.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Atti XIII° Congresso Nazionale ANMA. La qualità nel “mestiere” del Medico Competente. Padova 23 e 24 giugno 2000
- 2) Verga V., Amendola F., Biondi V., Frey F., Ravanello R. I Sistemi di Gestione Qualità, Ambiente e Sicurezza nella prospettiva di una gestione integrata. Dossier Ambiente n. 51 III° trimestre 2000
- 3) Dubini R. I Sistemi di Gestione della Sicurezza. Gli inserti di ISL. ISL n. 5 maggio 2001
- 4) Atti XIV° Congresso Nazionale ANMA. Il medico competente fra qualità e responsabilità. Bologna 22 e 23 giugno 2001
- 5) Atti XV° Congresso Nazionale ANMA. Garanzia di qualità: nuova frontiera per il Medico Competente. Portonovo di Ancona 20 - 22 giugno 2002
- 6) Andreani A, Baldaconi A, Raveggi F. I sistemi di gestione della salute e della sicurezza sul lavoro. Gli inserti di ISL. ISL n. 8 agosto 2003
- 7) Atti XVI° Congresso Nazionale ANMA. Il Medico Competente figura guida nello sviluppo e nell’innovazione della prevenzione. Viterbo 5 - 7 giugno 2003
- 8) Atti XVII° Congresso Nazionale ANMA. 10 anni di 626: il percorso del Medico d’Azienda Competente. Portofino 27 - 29 maggio 2004
- 9) Atti XVIII° Congresso Nazionale ANMA. Innovazione e semplificazione alla luce della normativa di tutela della salute nei luoghi di lavoro. Courmayeur 10 e 11 giugno 2005
- 10) Vigone M. Qualità, Ambiente e Sicurezza: prospettive di una gestione integrata. Ambiente e Sicurezza n. 3, 1 febbraio 2005
- 11) ANMA. Corso teorico-pratico per il medico competente: la Norma ISO 9001:2000 e la carta dei servizi applicate alle attività del medico competente. Milano 16 - 19 gennaio 2006
- 12) Peruzzi M., Marchiori L., Lelli M., Gobbi M., Fiorini C., Mazzocchi P., Donà M. Esperienze di valutazione dei sistemi di gestione aziendale della sicurezza. ISL n. 4 aprile 2006
- 13) Atti XIX° Congresso Nazionale ANMA. La gestione della salute dei lavoratori: modelli a confronto. Milano 17 giugno 2006
- 14) Benedetti F. I Sistemi di Gestione per la salute e la sicurezza sul lavoro. Teoria e sviluppo dei sistemi di gestione. Analisi e descrizione dei processi delle organizzazioni. Vol I°: 69-75. EdiProf AIAS

PROMOZIONE

La medicina del lavoro

ALLA SEGRETERIA DELL’ANMA - 20123 MILANO, VIA S. MAURILIO 4 - FAX 02 86913115
Modulo di adesione abbonamento a “La Medicina del Lavoro” per l’anno 2007/2008

Il sottoscritto _____
in quanto socio ANMA, aderisco all’offerta ANMA di sottoscrivere l’abbonamento a “La Medicina del Lavoro” per l’anno 2007-2008 al costo complessivo di € 65.
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 _____

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

MG.KVIS
MAGNESIO·POTASSIO

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

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

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

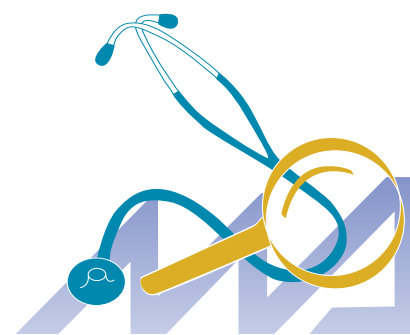
MG.KVIS grazie alla sua formula con Creatina aiuta infatti a rafforzare la capacità muscolare, a ritardare la comparsa della fatica e dello stress ed accelerare il recupero della forma fisica e mentale.

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



IN FARMACIA

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



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

A cura di:

*Giuseppe Focella (Venezia),
Maria Vincenza Alessandrì (Venezia),
Danilo Bontadi (Padova),
Flavio Coato (Verona),
Giampiero D'Ambrosio (Venezia),
Mauro Guli (Venezia),
Giuseppe Maraga (Venezia),
Teresio Marchi (Venezia),
Stefano Maso (Padova),
Giovanni Moro (Conegliano TV),
Lorenzo Muneghina (Padova),
Roberto Montagnani (Venezia),
Ornella Troso (Dolo-Ve),
Liviano Vianello (Padova),
Fiorella Zago (Venezia).*

REGIONE VENETO PROGETTO REGIONALE TRASPORTI

PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI NELLE OPERAZIONI DI CARICO E SCARICO E NELLA VIABILITÀ INTERNA AI LUOGHI DI LAVORO

MEDICINA DEL LAVORO E PREVENZIONE INFORTUNI NEL SETTORE TRASPORTI

Il prof. Jorma Rantanen, Presidente della commissione internazionale di salute occupazionale (ICOH), nella sua lettura magistrale al Congresso di medicina del lavoro della SIMLII, ha fatto questa affermazione: "Oggi la medicina del lavoro deve affrontare molti problemi ed essere anticipatrice in tempi e modi adeguati di risposte efficaci a problemi che cambiano rapidamente. Oggi in Europa i servizi di medicina del lavoro coprono solo il 50% della forza lavoro; la moderna vita lavorativa richiede un maggior impegno della medicina del lavoro; non è affatto irrealistico proporre una medicina del lavoro per tutti, considerando che una medicina del lavoro moderna è in grado di ridurre la morbilità della popolazione lavorativa e produrre quindi dei benefici economici che possono ammontare a diversi punti percentuali di Pil."

I conduttori dei mezzi mobili (carrellisti, gruisti, operatori di pale meccaniche, autotrasportatori, ecc.) possono essere i destinatari di interventi di sorveglianza sanitaria sulla base di recenti norme di medicina del lavoro (Dlgs 187/2005 sul rischio vibrazioni, Dlgs 195/2006 sul rumore, il lavoro notturno dlgs 532/1999). Anche le disposizioni della circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri- Segreteria conferenza Stato regioni, del marzo 2006, sul divieto di assunzione di alcolici nei luoghi di lavoro, tra le quali disposizioni sono compresi anche interventi di medicina del lavoro, possono interessare questi lavoratori. Tuttavia in molti casi questi lavoratori sono esclusi dai programmi di medicina del lavoro aziendali. Essi sono peraltro sottoposti ad un rilevante rischio di lesione da infortuni e possono essere coinvolti nella determinazione di infortuni in danno di altre persone.

Anche se il quadro normativo a questo proposito non è chiaro oggi nel nostro paese, è evidente che anche per questo rischio infortunistico debbono essere dati tutti i contributi di prevenzione necessari. L'epidemiologia degli infortuni evidenzia senza ombra di possibili dubbi quanto i fattori umani influiscano sulla determinazione degli infortuni stessi; queste evidenze epidemiologiche sono alla base di norme di riferimento di rilievo come la norma UNI EN 1050 /1998 "principi della valutazione della rischio della sicurezza del macchinario".

Questo documento è sostanzialmente una proposta per i datori di lavoro, per le associazioni di categoria, le organizzazioni sindacali e per i servizi di prevenzione delle unità sanitarie locali, per i medici del lavoro ecc. perché sia istituito un valido intervento di prevenzione sanitaria nelle aziende nel settore trasporti per tutti questi operatori. Poiché operatori con queste mansioni sono presenti in molti altri comparti lavorativi questa proposta ha una valenza di carattere generale, trasversale ai settori lavorativi¹.

I datori di lavoro, le associazioni di categoria dei datori di lavoro, le organizzazioni sindacali possono decidere in una logica di miglioramento della qualità dell'azione di prevenzione per il ricorso ad un servizio di medicina del lavoro aziendale che “copra” anche gli operatori di mezzi mobili. I servizi Spisal possono, dal canto loro, ricorrere ai loro poteri di intervento ivi incluso quello di disposizione, ai sensi dell’ art. 34 del decreto 303/1956, perché sia garantita la medicina del lavoro a questi lavoratori. In effetti dopo la modifica che è stata introdotta all’art. 4 del decreto 626 nel 2002 (cfr. L. n. 39 /2002), è stabilito che la valutazione dei rischi deve considerare tutti i rischi lavorativi lo stress e la fatica sono rischi da valutare e da contenere come gli altri rischi con adeguati interventi, anche sanitari. Sono molti e consistenti gli elementi di fatto per sostenere la tesi, già peraltro affermata in sede scientifica dalla società italiana di medicina del lavoro (cfr. prof. Soleo) e dal presidente dello Icoh, prof. Rantanen in varie sue pubblicazioni, che un’efficace attenzione sanitaria da parte dei medici del lavoro può consentire di ridurre/ eliminare le situazioni di rischio relativamente agli infortuni.

L’intervento del medico del lavoro in questo campo può avvenire oltre che durante lo svolgimento di corsi di informazione e formazione, appunto nel corso degli accertamenti sanitari. Il medico del lavoro può contribuire a informare e formare i lavoratori sull’applicazione delle norme di sicurezza, sul corretto uso dei mezzi di protezione personale, sull’effetto delle abitudini voluttuarie sullo stato di attenzione (alcol, droghe, ecc.), (cfr. prof. Soleo, in bibliografia) e ad individuare soluzioni migliorative ai fini della sicurezza del lavoro, cui il medico del lavoro contribuisce essenzialmente con le sue competenze biomediche e tossicologiche. Nel settore trasporti, che ha oggi in Italia circa 900.000 addetti (Istat Rapporto annuale 2005), il numero di operatori di mezzi mobili (lavoratori autonomi, soci di imprese o cooperative, lavoratori dipendenti ecc.) che sono privi dell’assistenza della medicina del lavoro è certamente alto, anche se non quantificabile sulla base dei dati di cui noi ora disponiamo. Sono in numero elevato anche i lavoratori autonomi, particolarmente per quel che riguarda l’autotrasporto².

L’introduzione controlli medici proporzionati ai rischi lavorativi anche per i lavoratori autonomi è stata richiesta dal Consiglio dell’Unione Europea con la rac-

comandazione del febbraio 2003 (Raccomandazione 2003/134/CE del 18 febbraio 2003) ed è già stata adottata, almeno in parte alcuni paesi membri (Portogallo, Irlanda, Danimarca, Regno unito, Svezia).

Facciamo presente che con un suo documento ufficiale del marzo 2006, a firma del Direttore del Dipartimento per la prevenzione dr. Ercole, la Regione Veneto ha dato indicazioni ai fini dell’effettuazione di accertamenti sanitari per i rischi lavorativi anche quando essi non siano “previsti obbligatoriamente per legge, ma risultino necessari sulla base della valutazione dei rischi aziendali” con il presupposto che ciò avvenga con il “consenso e la collaborazione all’espletamento dell’atto medico da parte del lavoratore”. L’accettazione del programma sanitario da parte dei lavoratori (e delle loro organizzazioni) viene definito quindi come un requisito imprescindibile di questi interventi.

Presentiamo qui di seguito una breve, semplice scheda di “supporto” all’intervento di medicina preventiva per gli operatori di mezzi mobili (soprattutto questionari da presentare in occasione della visita medica). Sono considerati di seguito cinque fattori di rischio, intesi come di maggior rilievo per quanto qui discusso: sonnolenza, alcol, farmaci, dieta e stress lavorativo. Le brevi note di premessa sono ricavate da una ns. rielaborazione/sintesi della documentazione indicata nella bibliografia (cfr. fine del testo); lo schema proposto per l’accertamento sanitario “riprende” lo schema di quello messo appunto dalla società Alcoa, una società del settore alluminio molto attiva nel campo della prevenzione, ove d’intesa con le organizzazioni dei lavoratori, un programma di questo tipo per gli addetti alla conduzione di mezzi mobili è operativo da sette anni. I medici del lavoro preposti agli accertamenti stabilire valuteranno l’utilità del ricorso ai questionari, che sono tutti comunque compilabili “dopo la visita”, proponibili quindi per un’autocompilazione “spiegata e guidata” da parte dei lavoratori interessati.

SONNOLENZA/FATICA

La sonnolenza è uno stato fisiologico, determinato dalla restrizione o dalla interruzione del sonno. Essa risulta anche da cambiamenti naturali degli livelli di attenzione durante il ciclo biologico. Il nostro “orologio interno” è programmato per avere due fasi di sonnolenza inevitabile, il primo corrisponde al nostro riposo notturno; se ne ha poi uno successivo dodici ore più tardi, tra le due e le quattro del pomeriggio.

La sonnolenza può essere anche definita come l’inclinazione a dormire; tecnicamente si distingue dalla fati-

ca che invece è più correttamente definita come un “controinclinazione” a continuare a svolgere il compito in corso.

Gli effetti della sonnolenza sono alla fine gli stessi della fatica: entrambe determinano una riduzione della vigilanza, del tempo di reazione della coordinazione psicomotoria dei processi di mentali, che portano alla elaborazione di informazioni e all’assunzione di decisioni. Stare svegli per 18 ore consecutive equivale dal punto di vista della prestazione mentale ad avere una alcolemia di 0,8 g/litro. Negli ultimi anni ,soprattutto in Germania sono state condotte esperienze con un test fisico per determinare la sonnolenza, allo stesso modo di quanto si può oggi fare per l’alcol con l’etilometro. Questo test si chiama in lingua inglese Pupillographic Sleepiness Test (PST) e consiste nella registrazione dei movimenti delle pupille in ambiente buio per circa undici minuti con i soggetti in posizione seduta. Il test è condotto con apparecchiature mobili direttamente nei luoghi di lavoro. Al momento però non ci sono applicazioni pratiche nei luoghi di lavoro italiani. In questa presentazione viene riportata la versione italiana del questionario Epworth, un indicatore soggettivo tra i più accreditati per stimare “il peso” del fattore sonnolenza come elemento cronico dello stato di salute di un lavoratore; questo test, largamente diffuso anche in medicina clinica, è raccomandato anche come test di verifica per l’autovalutazione dell’idoneità alla guida di veicoli.

FARMACI

Viene oggi riconosciuta l’esistenza della cosiddetta “tossicità comportamentale” di alcune categorie di farmaci e cioè la loro capacità di ridurre abilità come la guida di veicoli a motore e più in generale interferire negativamente con i comportamenti relativi alla sicurezza.

Questo avviene a causa di effetti, per la maggior parte deprimenti, sul sistema nervoso centrale. Vi sono inoltre in commercio farmaci che possono interferire sui comportamenti relativi alla sicurezza determinando effetti indesiderati sulla visione; il più frequente di questi effetti negativi che i farmaci possono determinare è l’annebbiamento visivo.

La gravità degli effetti avversi di un farmaco è correlata, oltre che alle caratteristiche proprie del farmaco stesso , alla dose, alla durata del trattamento e alla risposta individuale.

Gli effetti negativi tendono ad essere maggiori alle prime somministrazioni. In genere, gli effetti dei far-

maci con azione sull’SNC sono potenziati dall’uso concomitante di alcol.

Ansiolitici I più utilizzati, le benzodiazepine, sono frequentemente causa di sonnolenza e sedazione; in particolare questi effetti si manifestano in seguito all’assunzione di alprazolam, bromazepam, clorazepato, clordiazepossido, diazepam, flunitrazepam e flurazepam. Gli ultimi due principi attivi elencati determinano anche vertigini e capogiri in molti soggetti.

Antidepressivi Gli effetti negativi sui comportamenti relativi alla sicurezza in chi assume antidepressivi possono essere imputabili, oltre che alla malattia di base, agli effetti sedativi (più accentuati all’inizio del trattamento) soprattutto per trimipramina, mianserina, mir tazapina, viloxazina e fluoxetina.

Antipsicotici come zuclopentixolo ed olanzapina possono determinare visione annebbiata, sedazione e capogiri.

Antiepilettici Alcuni farmaci antiepilettici (primidone) possono indurre sonnolenza, sedazione, capogiri e vertigini.

Antistaminici Gli antistaminici tradizionali sono assunti come antiallergici, come antiemetici ma anche in associazione ad altre sostanze come decongestionanti; sono farmaci in grado di indurre sonnolenza, pur con variazioni importanti. A seconda degli individui, del dosaggio e delle caratteristiche dei singoli principi attivi. Vi sono però alcuni antistaminici di seconda generazione(cetirizina ed acrivastatina ma soprattutto loratadina e fexofenadina) che, a dosaggi terapeutici, non sembrano interferire sull’attività psicomotoria in modo rilevante.



1. L’esperienza da cui prendiamo spunto per questo documento è in effetti stata condotta da una azienda, l’Alcoa Trasformazioni.

2. Sulla base dei risultati di una recente indagine del Ministero dei Trasporti (2005) dei circa 650.000 autotreni circolanti in Italia, circa 175.000, quindi poco meno di 1/3, appartengono all’autista.

Antidolorifici narcotici Gli antidolorifici narcotici sono dei potenti depressori del sistema nervoso centrale: rallentano i tempi di reazione, alterano la coordinazione motoria e l'attenzione

Farmaci oftalmici Numerosi farmaci oftalmici, che vengono somministrati soprattutto per uso topico per patologie quali il glaucoma, hanno un effetto miotico voluto che causa annebbiamento visivo.

ALCOL

Il consumo d'alcol aumenta il rischio di incidenti stradali, ma anche il rischio di cadute e atti di violenza; il rischio di incidenti aumenta all'aumentare del tasso alcolico nel sangue anche quando questo tasso è relativamente basso (al di sotto del limite di legge della alcolemia per la guida di veicoli 0,5 grammi litro).

I primi effetti negativi si cominciano a riscontrare già con valori di 0,2 g/litro, ad esempio nella capacità di suddividere l'attenzione tra due o più fonti di informazioni e nell'interazione con la stanchezza; con un tasso di 0,5 g/litro cominciano ad essere compromessi il campo visivo laterale, i tempi di reazione, la resistenza all'abbagliamento, il coordinamento psicomotorio. Mentre nell'azione di prevenzione destinata ai lavoratori in generale è importante realizzare l'obiettivo di un moderato consumo giornaliero di alcolici, per gli operatori di mezzi mobili è necessario che l'obiettivo a cui tendere sia senz'altro la totale astensione dal consumo di alcol nelle giornate in cui si svolge l'attività lavorativa. Naturalmente per ottenere un obiettivo di questo tipo sarà necessario il coinvolgimento molto forte e molto attivo delle associazioni di categoria dei datori di lavoro del trasporto e delle organizzazioni sindacali, dei medici del lavoro e dei servizi di prevenzione e protezione.

ALIMENTAZIONE

Ormai da decenni assistiamo in Italia, come nella maggior parte dei Paesi industrializzati, ad un progressiva riduzione del numero di lavoratori addetti a mansioni che comportano lavoro fisico intenso. Gli addetti all'utilizzo di mezzi mobili costituiscono una categoria lavorativa che nell'attuale epoca tecnologica svolge tipicamente un lavoro sedentario.

Recentemente il Dipartimento di prevenzione della Ulss 12 veneziana ha condotto un'indagine preliminare per gli autotrasportatori aderenti ad un'importante associazione del settore al fine di acquisire delle conoscenze attuali sullo stile di vita ed in particolare sulle

abitudini nutrizionali di questa popolazione lavorativa che come è emerso anche da altre indagini nazionali ed internazionali ha una tipologia di alimentazione tendenzialmente non corretta sul piano quali-quantitativo e disordinata relativamente al ritmo dei pasti.

Un tale tipo di dieta, generalmente povera di cereali, verdura e frutta e più ricca di alimenti ad elevata densità calorica, di grassi saturi e di proteine animali, può inoltre comportare nel periodo post-prandiale delle difficoltà digestive con possibili ripercussioni sulla capacità di mantenere un adeguato livello di attenzione durante la lavoro.

Le problematiche nutrizionali e di stile di vita (sedentarietà, attività fisica ridotta) emerse anche dai risultati della citata indagine confermano la necessità dell'effettuazione di interventi di educazione alimentare, al fine di migliorare le condizioni di sicurezza al lavoro e lo stato di salute di questa categoria di lavoratori.

Vediamo ora sinteticamente quali consigli possiamo suggerire agli operatori di mezzi mobili :

- controllare periodicamente il peso e la pressione arteriosa
- incrementare l'attività fisica, mantenendola nel tempo in modo sufficientemente adeguato (almeno 30 minuti di cammino o bici al giorno, un'attività ginnica più prolungata almeno due volte alla settimana);
- aumentare il consumo di cereali in particolare integrali (pane integrale, pasta e riso integrale) in modo da fornire un adeguato apporto di fibre alimentari insolubili adatte a stimolare la funzione intestinale
- bere acqua in abbondanza, anticipando sempre, specie nella stagione calda, la sensazione di sete
- aumentare il consumo di frutta e verdura , di legumi e di pesce
- limitare il consumo di alimenti proteici grassi (formaggi e salumi), salse e fast foods (toasts, pizzette, tramezzini, ecc.)
- moderare il consumo di bevande alcoliche, da assumere solo lontano dai periodi di lavoro
- rispettare il più possibile, compatibilmente con gli orari di lavoro la distribuzione dei pasti nella giornata : non saltare la prima colazione del mattino, assumere a metà mattina un piccolo snack (frutta, yogurth o crackers) per mantenere costante il tasso glicemico e non arrivare troppo affamati all'ora di pranzo, pranzare in modo non eccessivo preferibilmente con pasta o riso , verdure crude e cotte, frutta, evitando alimenti grassi , cibi troppo elaborati in modo da non affaticare la digestione e limitare la sonnolenza post-prandiale. Di conseguenza il secondo

piatto potrebbe essere consumato a cena a casa (in caso di lavoro diurno) variando nella settimana gli alimenti proteici (carne, pesce, uova, legumi e formaggi).

- evitare dolciumi, bevande dolcificate, per non innalzare troppo rapidamente la glicemia e l'insulinemia, con il rischio di innescare, specie negli individui soggetti a stress, delle reazioni ipoglicemiche con sonnolenza e riduzione dello stato di attenzione
- evitare anche troppi caffè, tè, cioccolata, coca cola
- non fumare.

Emerge infine la necessità per il medico competente che ha la responsabilità della sorveglianza sanitaria degli operatori di mezzi mobili di essere a conoscenza di tali problematiche clinico-nutrizionali in modo tale da prevedere nel programma di accertamenti sanitari un controllo almeno biennale delle principali variabili ematochimiche (glicemia, trigliceridemia, colesterolemia totale e HDL, uricemia, enzimi epatici) e affinché nella visita medica presti attenzione al controllo dei valori pressori e degli indici antropometrici (peso, altezza, BMI, misura del giro vita).

Il medico del lavoro dovrà inoltre essere coinvolto nel sensibilizzare i lavoratori a rischio nutrizionale sulla necessità di modificare l'alimentazione e lo stile di vita in senso più corretti. Anche l'utilizzo di un questionario, come quello qui presentato, può essere utile per monitorare periodicamente lo stile di vita della popolazione lavorativa e sensibilizzare sull'argomento i lavoratori interessati.

LO STRESS

Secondo una definizione fornita dal National Institute for Occupational Safety and Health *“lo stress dovuto al lavoro può essere definito come un insieme di reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifesta quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse o esigenze del lavoratore. Lo stress connesso al lavoro può influire negativamente sulle condizioni di salute e provocare persino infortuni sul lavoro”* (NIOSH, Stress at work, 1999).

Lo stress non è di per se una malattia; ma è la possibile causa di patologie psichiche e/o fisiche. Il perdurare delle condizioni di stress, ancora prima di arrivare a vere e proprie patologie, può portare a modificazioni psichiche e/o organiche, per lo più reversibili, che possono compromettere lo stato di benessere psicofisico del soggetto. Stress intensi, ripetuti o prolungati nel tempo, trasformando una risposta fisiologica, normale e transitoria, in una di significato patologico, possono

determinare vere e proprie malattie. L'individuo sottoposto a fattori stressogeni può dunque esprimere disturbi a livello comportamentale, fisico e psicologico. Nel tentativo di attenuare il proprio livello d'ansia possono manifestarsi abuso di alcool, di tabacco, di cibo, di farmaci antidepressivi e ansiolitici, comportamenti aggressivi, tendenza a correre rischi eccessivi al lavoro e nel traffico per percezione inadeguata del pericolo.

A livello psicologico si possono presentare ansia, irritabilità, mancanza di fiducia, incapacità di concentrazione. A livello fisico si manifestano emicrania, disturbi digestivi, problemi sessuali, ipertensione arteriosa, artralgie da contrattura muscolare, accelerazione del battito cardiaco.

Nel settore dei trasporti varie condizioni lavorative possono generare stress:

- fattori legati all'ambiente fisico: rumore, vibrazioni, condizioni microclimatiche sfavorevoli (attività di carico, scarico, smistamento merci che si svolgono in ambiente esterno o all'interno di mezzi non climatizzati, freddi o refrigerati), molte ore di lavoro dedicate alla guida.
- fattori legati all'organizzazione del lavoro: fattori ergonomici, orari di lavoro, in particolare se comprendente i turni notturni, lavoro a ritmi elevati o in tempi stretti, mancanza di controllo sui ritmi di lavoro, orari lunghi o imprevedibili, programmazione variabile del lavoro. Sono tutte condizioni che mal si associano con gli impegni familiari e sociali.

La misura dello stress in generale, e di quello da lavoro in particolare, rappresenta un momento fondamentale ai fini della prevenzione e protezione della salute in ambiente di lavoro.

Il ruolo del medico del lavoro nella valutazione dello stress lavorativo è importante e delicato, anche in relazione alle implicazioni conseguenti alle valutazioni, sia a livello individuale che collettivo. Occorre considerare oltre che l'entità del carico lavorativo anche la risposta individuale agli stimoli stressogeni. Le metodiche per la valutazione dello stress comprendono in particolare la somministrazione di questionari per la percezione soggettiva dello stress ed il monitoraggio ambientale per il riscontro di condizioni ambientali o comportamenti stress correlati

Le misure di percezione psico soggettive comprendono scale di valutazione quali il Job Content Questionnaire di Karasek e l'Effort reward Imbalance di Siegrist.

Il modello di Karasek (demands-control model) suggerisce che l'eccesso di richieste (demands) può comportare stress e ridotta salute in quanto viene superato il bagaglio di energie a disposizione dell'individuo. Tut-

tavia l’impatto delle richieste eccessive può venire compensato se l’individuo percepisce di poter esercitare qualche forma di controllo sulle proprie attività di lavoro. Sono inoltre importanti le interazioni sociali all’interno del posto di lavoro (supporto sociale dai colleghi e dai superiori) che possono moderare gli effetti negativi dello strani sulla salute individuale. L’effort-reward imbalance di Siegriest si basa sul concetto di equità, di scambio paritetico come base del benessere individuale e sociale. La mancanza di reciprocità tra lo sforzo (fisico, mentale, di responsabilità) che un individuo spende sul lavoro e la ricompensa (stipendio, stima dei colleghi e dei superiori, sicurezza del posto di lavoro) è alla base del vissuto di stress che può sfociare in esiti negativi per la salute individuale. L’altra componente del modello di Siegriest è l’ovecommitment (ipercoinvolgimento) che definisce un set di atteggiamenti, comportamenti ed emozioni che riflettono uno sforzo eccessivo (risultato in particolare di una sottostima della quantità di lavoro fatto) combinato con un desiderio forte sovrastimato di approvazione e di stima.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Alcoa Italia, Programma Whp, 2001
Rantanen Jorma, Prospettive per la medicina del lavoro in un mondo che cambia, Comunicazione al Congresso SIMLII, Bari 2003.
Simli Società Italiana di medicina del lavoro, Linee guida per la sorveglianza sanitaria, 2004.
Costa Giovanni, Lavoro a turni e notturno: organizzazione degli orari di lavoro e riflessi sulla salute, SEE editore, Firenze, 2003.
Costa Giovanni, Orario di lavoro e fatica psicofisica nel settore trasporti, in Atti Seminario di Venezia, 22 gennaio 2004.
Rosin Silvia, Atti di polizia giudiziaria per la sicurezza del lavoro Comunicazione al convegno di Adria, 10 ottobre 2003.
Poniz Luca, Il ruolo del medico competente, Milano 2005 / dal sito medico-competente.it).
Apostoli P, Medico del Lavoro e valutazione del rischio: tra contenuti tecnici ed 5 obblighi normativi. Giornale Italiano di Medicina del Lavoro 18, 1996, 121-128.
Peters Tm, Durst W, Weil De Vega C, Widmann A, Lüdtke H, Wilhelm Fit for duty? - a mobile objective alertness test. International symposium satellite to Icoh 2006, Venezia 8-10 june 2006, “shiftwork and ageing in health care and community services”.
L. Soleo, G. Abbritti, A. Ossicini, M. Barbaro, P. Bernardini, Medico del lavoro e prevenzione infortuni, G Ital Med Lav Erg 2002; 24:3, 288-292.
L.Romeo, D.Ramus, P.Noris, F. Brugnone: Rischio infortunistico stradale: influenza dei farmaci sulla capacità di guida degli autoveicoli. G Ital Med Lav Erg 2002; 24:3,329.
Commissione Nutrizione nazionale Linee guida per una sana alimentazione italiana http://www.pubblica.istruzione.it/essere_benessere/alimental1.shtml
Love HL, Watters CA, Chang WC. Can J Diet Pract Res. 2005; 66(1): 38-40. Meal composition and shift work performance.



VALSOFT di Cavolo dott. Enrico

p.zza Bartolomeo Sella 24 , 13863 Coggiola (BI)

tel. di Fax 015 789644 cell. 347 245 4338
e-mail : info@valsoft.it www.valsoft.it

VALSOFT, giovane e dinamica azienda informatica con consolidata esperienza nello sviluppo di software dedicati in particolare alla **medicina del lavoro, sportiva, legale e ai settori biotecnologico e farmaceutico**, presenta il proprio prodotto **HYPPOCRATES**, soluzione informatica per la gestione delle attività del medico competente, con possibilità di personalizzazioni in funzione delle varie esigenze professionali.

Definito da un “**modulo base**”, elaborato per chi ha necessità di tenere traccia dei soli esami strumentali, vaccinazioni, idoneità e periodicità visite. Costituito da un ambiente per il caricamento iniziale dei dati (strutture aziendali, elenco esami strumentali e conclusioni, i cui dati sono pre-caricati e personalizzabili, elenco rischi e medici competenti), anagrafica pazienti, scheda visita (multi-mansione), piano sanitario aziendale, stampe per raccordo, giudizio di idoneità (anche per apprendista ed esposti a radiazioni ionizzanti), permette la presentazione automatica delle relazioni sanitarie, dei dati biostatistici, la gestione dello scadenziario, la stampa della cartella clinica e del piano sanitario, oltre a numerose statistiche.
Per chi ha necessità di inserire ed analizzare un numero maggiore di dati, usufruendo così di ulteriori servizi, è possibile acquisire, anche in tempi successivi, una serie di **moduli aggiuntivi**, definiti dagli esiti degli esami strumentali, dall'anamnesi e valutazione clinica, dai dati di dettaglio del lavoratore, dai listini prezzi, definizione preventivi e fatturazione (con valutazione dei corrispettivi per fornitori/consulenti e stampe costi/ricavi), dal caricamento automatico (tramite Excel) dei dati anagrafici di nuovi lavoratori, gestione dei dati all'interno di una rete di computer.

VALSOFT applicherà uno sconto del 15% a tutti i Clienti per la fornitura della versione ‘completa’ di HYPPOCRATES; ai soci ANMA verrà assegnato comunque uno sconto del 10%, anche solo per l'acquisto di una versione ‘parziale’.

PROTOCOLLO SANITARIO PER GLI OPERATORI DI MEZZI MOBILI

PREMESSA

Le indicazioni della letteratura scientifica danno evidenza del fatto che durante la operatività/ guida di mezzi mobili (autotreni, macchine operatrici, auto gru, carrelli elevatori ecc.) accadono un grande numero di gravi infortuni e che “fattori umani”, quali condizioni psicofisiche inidonee, erronei comportamenti, insufficienze formative, costituiscono fattori causali di molti di questi infortuni.
Si rileva inoltre che gli operatori addetti alla conduzione di questi mezzi sono spesso esposti a condizioni lavorative stressanti, sia per le condizioni ergonomiche e il contesto organizzativo del lavoro stesso che per gli orari del suo svolgimento.
È pertanto razionale che la medicina preventiva in ambito lavorativo si occupi di questi aspetti con una attività sanitaria finalizzata al miglioramento.
Con riferimento a questo è proposto il protocollo che segue.

FINALITA’

Questo protocollo ha finalità esclusive di medicina preventiva e di promozione della salute.
Non ha riferimento con patenti abilitative all’uso di mezzi.
La necessità della sorveglianza sanitaria come misura di prevenzione, deve risultare dalla valutazione di tutti i rischi specifici per la salute legati all’attività lavorativa, effettuata dal datore di lavoro.
La sorveglianza sanitaria deve perciò essere integrata con la formazione, le misure tecniche, organizzative e procedurali, nell’ambito della complessiva politica aziendale di prevenzione.
L’obiettivo della sorveglianza sanitaria degli operatori di mezzi mobili è quello di contribuire a ridurre gli infortuni, le patologie correlate al lavoro ed il disagio dei lavoratori, attraverso la valutazione delle loro condizioni psicofisiche e la promozione della salute.

DEFINIZIONI

- 1. **Mezzi mobili:** mezzi in moto libero e/o su rotaia fissa usati per trainare, trasportare,scavare,muovere, manovrare, o sollevare materiali, attrezzature, prodotti o persone.
- 2. **Operatore dei mezzi mobili:** qualsiasi dipendente che aziona i mezzi mobili.
- 3. **Apprendista operatore dei mezzi mobili:** qualsiasi dipendente che si sottopone all’addestramento per diventare un operatore dei mezzi mobili.

PROTOCOLLO SANITARIO

Valutazioni mediche
- Le valutazioni mediche per gli operatori dei mezzi mobili dovranno essere eseguite dal medico del lavoro dell’azienda seguendo i criteri contenuti in questo protocollo.
- Frequenza delle valutazioni mediche.
- Tutti gli apprendisti verranno visitati per determinare se siano qualificati nell’eseguire i loro compiti in un modo salubre e sicuro.

- Tutti gli operatori dei mezzi mobili verranno visitati al momento dell’attribuzione della mansione e in seguito con periodicità annuale*. (semestrale per gli addetti a lavoro notturno come definito dal Decreto n. 66/2003).
- Quando siano sopravvenute modifiche dello stato di salute dell’operatore dei mezzi mobili che facciano ritenere utile un nuovo controllo sanitario, questo viene effettuato a richiesta dell’operatore o del medico del lavoro: è previsto che la richiesta possa essere fatta anche dal datore di lavoro.

Contenuto delle valutazioni mediche
Le Valutazioni mediche dell’operatore dei mezzi mobili consisteranno nel seguente:
- Anamnesi completa;
- Visita medica generale;
- Valutazione audiometrica che possa registrare la perdita della capacità uditiva alle frequenze 500, 1000, 2000, 3000 e 4000 Hz.;;
- Valutazione della vista che possa misurare l’acuità visiva del dipendente da lontano, il campo visivo, la cromatopsia (in particolare i colori dei semafori), la stereopsia;
- Prelievi del sangue che possano documentare i livelli di glicemia, l’ emocromo , esami di funzionalità epatica ;
- Valutazione delle condizioni di equilibrio psicofisico, vigilanza, congruità del sonno, attraverso il questionario Epworth Sleepiness Scale ed eventualmente con strumenti valutativi aggiuntivi;
- Valutazione con semplici questionari validati della congruità rispetto al compito lavorativo di dieta, assunzione di alcol e di farmaci;
- Ulteriori esami, come l’elettrocardiogramma ecc. , se ritenuti necessari dal medico esaminante per determinare la condizione psico-fisica del dipendente e l’idoneità a operare/ guidare in modo salubre e sicuro i mezzi mobili;

GIUDIZIO DI IDONEITÀ

Gli accertamenti sanitari si concludono con un giudizio di idoneità alla mansione specifica.
Il giudizio deve essere riferito alle particolari condizioni di rischio lavorativo espresse nel documento di valutazione dei rischi aziendale (in questo si differenzia dalle idoneità generica rilasciate da enti autorizzativi nell’ambito dell’ acquisizione di patenti di conduzione di mezzi).

PROMOZIONE DELLA SALUTE

La sorveglianza sanitaria deve individuare, consigliare e promuovere i percorsi di miglioramento delle condizioni di salute e di performance dei lavoratori, sia a livello individuale, sia a livello collettivo. I risultati della sorveglianza sanitaria devono contribuire alla progettazione e alla realizzazione delle misure di prevenzione e promozione della salute.

VICUTIX

TRATTAMENTI DERMOPROTETTIVI
PER **MANI E PIEDI**
ESPOSTI A FATTORI ESTERNI
SENSIBILIZZANTI



Effetto barriera

Vicutix crea un film invisibile sulla superficie cutanea per un'efficace protezione in tutte le situazioni.



Numero Verde
800-666.784

Sirton
MediCare

Ripa 101 Sestri Levante, 2 - 22079 Villa Guardia - COMO - Italy - sirtonmedicare@sirton.it - www.sirtonmedicare.com



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

Valeria Tonini
ANMA Sezione lombarda

Coordinatore medici competenti
CDI Milano

SCHEDE PER LA VALUTAZIONE DEI LAVORATORI ESPOSTI A VIBRAZIONI

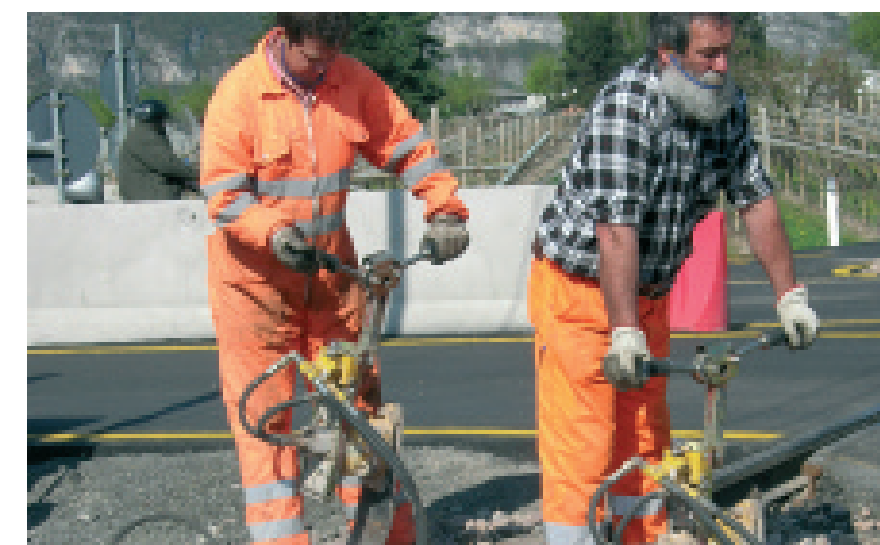
Il DL.vo187/2005 tratta i rischi derivanti dalla esposizione a vibrazioni mano braccio e corpo intero.

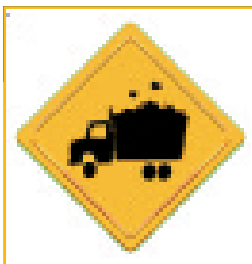
Pone in capo al Medico Competente l'obbligo di istituire una cartella sanitaria e di rischio nella quale sia specificato non solo il tipo di esposizione ma anche il livello della stessa. I modelli presentati di seguito rispondono bene a questa esigenza e sono una buona guida alla sorveglianza sanitaria per esposti a vibrazioni al sistema mano-braccio e corpo intero.

Si propongono i modelli per la prima visita e per le visite successive periodiche. La periodicità sarà definita dal Medico Competente tenendo in considerazione alcune variabili derivanti dal tipo, entità e modalità di esposizione, dalle condizioni del soggetto (età, patologie pregresse e/o concomitanti, abitudini voluttuarie ecc.), dalle condizioni dell'ambiente di lavoro e presenza di altri fattori di rischi che possono potenziare l'effetto delle vibrazioni.

I modelli proposti prendono anche in considerazione i fattori extralavorativi che possono causare sindromi analoghe e/o sovrapponibili a quelle causate dalle vibrazioni sia a carico dell'apparato vascolare, nervoso ed osteo-articolare.

Sono quindi di ausilio per il Medico Competente per arrivare ad una diagnosi differenziale e alla ricerca del nesso di causalità.





VIBRAZIONI CORPO INTERO

Data: _____
nome e cognome del lavoratore: _____
data di nascita del lavoratore: _____ età _____ sesso: M F _____
peso (Kg) _____ altezza (cm) _____ BMI (kg/m2) _____
mansione: _____
tipo di macchinario vibrante utilizzato (marca e modello): _____

ore/settimana di utilizzo macchinario vibrante: _____

datore di lavoro: _____
medico del lavoro: dott. _____

- 1 Ha mai svolto attività lavorativa che comportasse la guida di automezzi pesanti (autobus, camion, mezzi agricoli, ruspe,) o stazionamento in prossimità di grossi macchinari vibranti? SI ☐ NO ☐
- Specificare il tipo di veicolo/macchinario _____
- Per quante ore al giorno guidava/stazionava? _____
- Su che tipo di fondo stradale guidava abitualmente per lavoro?
☐ Asfaltato ☐ sterrato/cantiere ☐ lastricato/porfido/pavé ☐ altro _____
- il sedile era:
☐ comodo ☐ regolabile ☐ con sospensioni ☐ con braccioli
☐ scomodo, non regolabile, senza braccioli, senza sospensioni
- durante il lavoro doveva compiere movimenti di:
☐ flessione/estensione della schiena ☐ torsione della schiena ☐ nessuno
- doveva movimentare pesi? SI ☐ NO ☐
- 2 Svolge regolare attività fisica? SI ☐ NO ☐
- Quante volte alla settimana svolge esercizio fisico?
- Quali sport pratica?
☐ Sport nautici ☐ Motociclismo ☐ Equitazione ☐ Ciclismo
☐ Altro _____.
- 3 Quanti Km percorre all'anno con la sua automobile?
☐ Meno di 8000 ☐ 8000-24000 ☐ più di 24000
- 4 Fuori dall'orario di lavoro quali di queste attività svolge abitualmente (hobby)?
☐ Agricola ☐ Artigianato ☐ Manutenzioni ☐ Studio/computer
☐ Altro _____
- 5 Durante l'attività extra lavorativa sposta o solleva abitualmente pesi?
☐ spesso ☐ talvolta ☐ mai

- 6 Ha mai avuto mal di schiena che comportasse assenza dal lavoro per malattia? SI ☐ NO ☐
- 7 Ha avuto mal di schiena negli ultimi 12 mesi? SI ☐ NO ☐
- 8 Ha avuto dolore al collo o alle spalle negli ultimi 12 mesi? SI ☐ NO ☐
- 9 Ha avuto comparsa di dolore a collo, spalle, schiena durante lo svolgimento delle normali attività quotidiane? SI ☐ NO ☐
- Specificare _____
- 10 Ha mai avuto infortuni o interventi chirurgici a schiena, collo, spalle? SI ☐ NO ☐
- Specificare _____
- 11 Ha mai avuto malattie importanti delle articolazioni, della colonna vertebrale, delle ossa, dello stomaco/intestino (gastrite, ulcera peptica...), dell'orecchio (ipoacusia da rumore, turbe dell'equilibrio...), delle arterie o delle vene? SI ☐ NO ☐
- Specificare _____
- 12 Per le donne:
- Quante gravidanze ha avuto? _____ normali? SI ☐ NO ☐
- Ha mai avuto aborti spontanei? SI ☐ NO ☐
- Ha mai avuto irregolarità mestruali? SI ☐ NO ☐
- 13 assume farmaci abitualmente? SI ☐ NO ☐
- Specificare _____
- 14 È fumatore o lo è stato in passato? SI ☐ NO ☐
- Quando ha iniziato a fumare regolarmente? (Anno) _____
- Fuma ancora? SI ☐ NO ☐
- Se SI , n° sigarette al giorno _____
- Se ora non fuma, quando ha smesso di fumare? Anno _____
- Quante sigarette al giorno fumava? _____ per quanti anni? _____
- 15 Beve alcolici? SI ☐ NO ☐
- Bicchieri vino/birra/superalcolici al giorno/settimana _____

Firma del medico del lavoro

Firma del lavoratore



VISITA PREVENTIVA - QUESTIONARIO

VIBRAZIONI MANO - BRACCIO

Data: _____
nome e cognome del lavoratore: _____
data di nascita del lavoratore: _____ età _____
mansione: _____
tipo di strumento vibrante utilizzato (marca e modello): _____
ore/settimana di utilizzo strumento vibrante: _____
datore di lavoro: _____
medico del lavoro: dott. _____

Ha mai utilizzato strumenti-utensili vibranti nel corso della sua attività lavorativa?
SI☐ NO☐

- Se sì, in quale anno la prima volta?
- Quando li ha utilizzati per l'ultima volta?
- In totale per quanti anni?

1 Ha mai avuto formicolio/torpore delle dita delle mani della durata di almeno 20 minuti dopo l'utilizzo di strumenti vibranti?
SI☐ NO☐

2 Ha mai avuto formicolii/torpore alle dita in altre occasioni?
SI☐ NO☐

3 Si sveglia di notte per dolore,formicolio/torpore, raffreddamento di mani o polsi?
SI☐ NO☐

4 Uno o più dita si raffreddano per più di 20 minuti dopo l'utilizzo di strumenti vibranti?
SI☐ NO☐

5 Uno o più dita sono mai diventate bianche dopo esposizione a freddo?
- Se SI, ritornando in ambiente freddo ha avuto difficoltà a riprendere una colorazione e una temperatura delle dita normale?
SI☐ NO☐

6 Le dita diventano bianche anche in altre occasioni?
SI☐ NO☐

7 Ha mai avuto altri problemi ai muscoli o alle articolazioni delle mani o delle braccia?
- Specificare _____

8 Ha difficoltà ad afferrare piccoli oggetti quali bottoni, viti, o a svitare tappi di barattoli chiusi in modo stretto?
SI☐ NO☐

9 Ha mai avuto inforuni o interventi chirurgici a collo, braccia o mani?
SI☐ NO☐
- Specificare _____

10 Ha mai avuto malattie importanti delle articolazioni, della pelle, dei nervi, del cuore, delle arterie o delle vene, diabete?
SI☐ NO☐
- Specificare _____

11 Assume farmaci abitualmente?
SI☐ NO☐
- Specificare _____

12 Fuma?
SI☐ NO☐ ex☐_
- SI: n°sigarette/die _____ Da _____ anni
- EX: ha fumato in passato per _____ anni e ha smesso da _____ anni. Fumava n° _____ sig/die

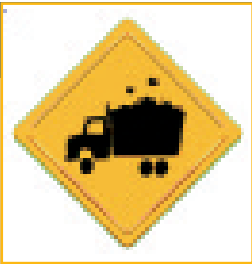
13 Beve alcolici?
SI☐ NO☐
- Bicchieri vino/birra/superalcolici al giorno _____

Firma del medico del lavoro

Firma del lavoratore

42 Medico Competente Journal - 1/2007

esperienze e materiali di lavoro: V. Tonini 43



VIBRAZIONI CORPO INTERO

Data: _____
nome e cognome del lavoratore: _____
data di nascita del lavoratore: _____ età _____ sesso: M F _____
peso (Kg) _____ altezza (cm) _____ BMI (kg/m2) _____
mansione: _____
tipo di macchinario vibrante utilizzato (marca e modello): _____

ore/settimana di utilizzo macchinario vibrante: _____

datore di lavoro: _____
medico del lavoro: dott. _____

1 Per quante ore al giorno guida automezzi pesanti (autobus, camion, mezzi agricoli, ruspe,) o staziona in
prossimità di macchinari vibranti? _____

- Su che tipo di fondo stradale guida abitualmente per lavoro?
☐Asfaltato ☐sterrato/cantiere ☐lastricato/porfido/pavé ☐altro _____

- il sedile è:
☐comodo ☐regolabile ☐con sospensioni ☐con braccioli
☐scomodo, non regolabile, senza braccioli, senza sospensioni

- durante il lavoro deve compiere movimenti di:
☐flessione/estensione della schiena ☐torsione della schiena ☐nessuno

- doveva movimentare pesi? SI☐ NO☐

2 Dall'ultima visita è stato assente del lavoro per malattia? SI☐ NO☐
per quanto tempo? _____

3 dall'ultima visita, ha avuto:

☐mal di schiena
☐sciatalgie
☐dolore al collo
☐dolore alla spalla
☐interventi chirurgici a schiena/collo/spalla
☐infortuni/incidenti
☐diagnosi di patologie a carico del rachide o delle articolazioni
☐diagnosi di patologie ossee o muscolari
☐altro _____

- Specificare _____

per le donne:
☐ gravidanza
☐ aborto spontaneo
☐ irregolarità mestruali

4 dall'ultima visita ha modificato le sue abitudini in merito a :
☐ fumo
☐ alcool
☐ uso di farmaci
☐ attività sportiva
☐ attività extralavorativa
- Specificare _____

Firma del medico del lavoro

Firma del lavoratore



VIBRAZIONI MANO - BRACCIO

Data: _____
nome e cognome del lavoratore: _____
data di nascita del lavoratore: _____età _____
mansione: _____
tipo di strumento vibrante utilizzato (marca e modello): _____

ore/settimana di utilizzo strumento vibrante: _____

datore di lavoro: _____
medico del lavoro: dott. _____

- 1

Ha mai avuto formicolio/torpace delle dita delle mani della durata di almeno 20 minuti dopo l'utilizzo di strumenti vibranti?

SI☐ NO☐
- 2

Ha mai avuto formicolii/torpace alle dita in altre occasioni?

SI☐ NO☐
- 3

Si sveglia di notte per dolore,formicolio/torpace, raffreddamento di mani o polsi?

SI☐ NO☐
- 4

Uno o più dita si raffreddano per più di 20 minuti dopo l'utilizzo di strumenti vibranti?

SI☐ NO☐
- 5

Uno o più dita sono mai diventate bianche dopo esposizione a freddo?
- Se SI, ritornando in ambiente freddo ha avuto difficoltà a riprendere una colorazione e una temperatura delle dita normale?

SI☐ NO☐
SI☐ NO☐
- 6

Le dita diventano bianche anche in altre occasioni?

SI☐ NO☐
- 7

Usa i guanti antivibranti?

SI☐ NO☐
- 8

Durante il lavoro è esposto a temperature fredde ?
- Usa un vestiario adeguato per proteggersi dal freddo?

SI☐ NO☐
SI☐ NO☐

- 9

Dall'ultima visita ha avuto infortuni o interventi chirurgici a carico di braccia, mani o collo?

SI☐ NO☐

- Specificare _____

- 10

Dall'ultima visita ha avuto importanti problemi di salute?

SI☐ NO☐

- Specificare _____

- 11

Ha cambiato le sue abitudini in merito a

☐ fumo
☐ alcool
☐ uso di farmaci

- Specificare _____

Firma del medico del lavoro

Firma del lavoratore



Paolo Santucci
Segretario
ANMA Liguria

IL CONTROLLO DELLA QUALITÀ DELL'ARIA INDOOR CON LE PIANTE

Gli agenti chimici di maggiore riscontro negli uffici sono i composti organici volatili (VOC's), l'ozono, la formaldeide, il particolato, le fibre di asbesto e di vetro e, soprattutto in passato, il fumo di tabacco.

Alcune malattie da agenti chimici, quali congiuntiviti e tracheobronchiti in particolar modo correlate ai VOC's, sono comprese tra le "malattie con origine lavorativa di elevata probabilità" (lista I) nell'ambito del D.M. 27/4/2004, Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'art.139 del testo unico, approvato con D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124 e successive modifiche e integrazioni.

I VOC's comprendono idrocarburi alifatici, aromatici, clorurati, cicloalcani, aldeidi, terpeni, olefine, alcoli, esteri e chetoni e possono essere di origine esterna (gas di scarico di autoveicoli ed emissioni industriali) e interna (materiali di costruzione, vernici, adesivi, mobili, arredi, prodotti di pulizia, fotocopiatrici e stampanti laser, uso di carta autocopiante e materiale stampato).

La formaldeide é la più comune aldeide reperibile nell'aria indoor ed è diffusa soprattutto dai nuovi materiali di costruzione (pannelli, compensati, tappeti, tendaggi) con una emivita è di circa 4,4 anni.

La maggior parte dei composti è irritante per le mucose (occhi e vie aeree superiori), mentre sono possibili effetti neurotossici (astenia e difficoltà di concentrazione, percezione di odori sgradevoli) o cancerogeni (tumore del polmone e leucemia per il benzene). I disturbi sono più frequenti nel sesso femminile e favoriti dalla presenza di moquette, polvere, iperreattività individuale e da fattori psicosociali. Secondo Muzi e Coll. (2004) i VOC's sono responsabili anche della SBS (Sick Building Syndrome) e della MCS (Multiple Chemical Sensitivity syndrome).

Altri gas inquinanti possono essere identificati nei bioeffluenti umani, nel monossido di carbonio, nell'anidride carbonica, ossido nitrico, biossido di azoto ed in altri gas derivanti dalla circolazione stradale, dal fumo di sigaretta o dalla combustione incompleta di caldaie a gas, perciò sono sostanzialmente legati all'adozione di norme preventive ed al livello di inquinamento ambientale esterno.

La qualità dell'aria in un ufficio dipende perciò dagli impianti di climatizzazione, detti anche impianti di trattamento aria, che controllano e regolano le variabili ambientali da cui tali condizioni dipendono.

Tuttavia alcune piante, cosiddette 'da appartamento', possono contribuire a migliorare la qualità dell'aria indoor per aver dimostrato un potere filtrante nei confronti dei composti gassosi inquinanti, soprattutto VOC's ed in particolare formaldeide. Molti studi hanno confermato, oltre all'ossigenazione degli ambienti, una vera e propria azione di bonifica dell'aria indoor, attraverso un processo noto come 'biofiltrazione'. Il processo di biofiltraggio con-

Tab. - Efficienza delle più comuni piante di appartamento nella rimozione dei principali VOC's

Pianta	Tasso rimozione formaldeide mcg/h	Tasso rimozione xilene/toluene mcg/h	Tasso rimozione bioeffluenti mcg/h
Rhapis excelsa	20	19	7
Felce di Boston	20	2	2
Dracena	14	3	5
Ficus spp.	12	8	4
Edera	12	7	9
Areca palmata	11	20	3
Dieffenbachia	10	10	2
Spatiphyllum	10	8	20
Tulipano	7	3	7
Azalea	6	9	3
Filodendro	5	10	11
Anturio	4	8	10

siste nel far passare un flusso di aria attraverso un 'bio-film' contenente microrganismi e batteri in grado di metabolizzare o mineralizzare molecole organiche e inorganiche, quindi degradare gli inquinanti.

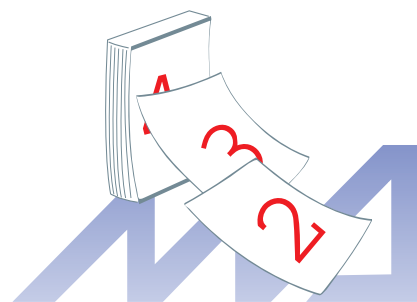
Ulteriori ricerche su una palma d'appartamento originaria della Cina, Rhapis excelsa, hanno dimostrato che il vegetale funziona perfettamente da biofiltro, soprattutto nei confronti della formaldeide (ved. Tabella), senza danno per la propria salute anzi, migliorando con il tempo la propria funzionalità.

Le piante d'appartamento costituiscono perciò un validissimo strumento senza controindicazioni per depurare l'ambiente indoor poiché il biofiltro si autoalimenta, adattandosi all'ambiente e specializzandosi.

L'unica condizione richiesta per un buon funzionamento del meccanismo è il mantenimento di una temperatura almeno pari a 20°, al di sotto della quale i gas si rendono meno solubili e perciò meno disponibili alla degradazione (Tedeschini, 2006).

BIBLIOGRAFIA:

- Muzi G., Dell'Omo M., Murgia N., Abbritti A., "Inquinanti chimici dell'aria interna ed effetti sulla salute", 67° Congresso Nazionale SIMLII, Monitoraggio biologico e ambienti confinati non industriali: aggiornamenti e prospettive, Sorrento, 3-6 novembre 2004, G Ital Med Lav Erg 2004; 26:4, FSM PIME, Pavia, ottobre-dicembre 2004.
- Tedeschini E., Angoli verdi negli edifici per migliorare la qualità dell'aria indoor, Aria Ambiente & Salute, Bollettino Ufficiale AIMAR, giugno 2006.



19 OTTOBRE 2007

CONVEGNO NAZIONALE
ANMA

SALA DEI MARMI
"PALA DE ANDRÈ"

RAVENNA

IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE NELLA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI SUL LAVORO: ATTUALITÀ E PROSPETTIVE



Programma

PRIMA SESSIONE

8.30
Registrazione dei partecipanti e compilazione questionario d'ingresso

9.00-9.30
Il Medico Competente e la prevenzione degli infortuni sul lavoro: lo stato dell'arte
MODERATORI: G. D'ALLIO - G. GILIO-LI

9.30-11.00
Modelli, strumenti, e protocolli per la prevenzione degli infortuni: esperienze a confronto

Sistema Alerta: il quasi infortunio - M. Marciano - P. Mazzarello - F. Origlia
Ridurre gli infortuni si può - G. Piancastelli, B. Quarneri, A. Marano
Un'Azienda leader nella prevenzione infortuni - D. Fabbri, G. Guiducci
Esperienze di monitoraggio del fenomeno infortunistico in una ASL dell'Umbria - G. Miscetti, P. Bodo, A. Farabi
Il Medico Competente ed il rischio infortunistico: esperienze sul campo - P. Santucci - M. Saettone

11.00-12.00
Aspetti medico-legali, assicurativi, normativi e giusvaloristici

Il parere della ASL - G. Mancini
Il parere dell'INAIL - G. Verità
Il parere del Medico Legale - M. Montisci
Il parere del Giuslavorista - M. Gallo

12.00-13.00
Discussione

13.00-14.00
Pausa Pranzo

SECONDA SESSIONE

14.00-17.00
TAVOLA ROTONDA: Il Medico Competente e la prevenzione degli infortuni sul lavoro: le prospettive. Confronto dibattito con le Istituzioni e le parti sociali
MODERATORI: G. BOSCHIROLI - S. FALCINELLI

Intervengono:
A. Algieri (Legacoop- Responsabile Ufficio Sicurezza, Ambiente, Qualità)
G. Briatico-Vangosa - (Presidente ANMA)
T. Campanile (CNA - Resp. Nazionale Competitività ed Ambiente)
L. Casano (Responsabile Nazionale Competitività ed Ambiente - Confindustria)
L. Ferrone (CGIL - Resp. Cord. Nazionale Ambiente e Sicurezza)
G. Monterastelli (Assessorato alla Sanità - Tutela Salute Luoghi di Lavoro - Regione Emilia Romagna)
G.P. Patta (Viceministro - Ministero della Salute)
G. Roilo (Senatore - Senato della Repubblica - Relatore al Senato D.L. sul Testo Unico)

17.00
Discussione

17.45
è stato invitato il Presidente della Regione Emilia-Romagna Vasco Errani

18.00
Compilazione questionario di uscita

18.30
Chiusura convegno

CONSULENZA ORGANIZZATIVA E COORDINAMENTO

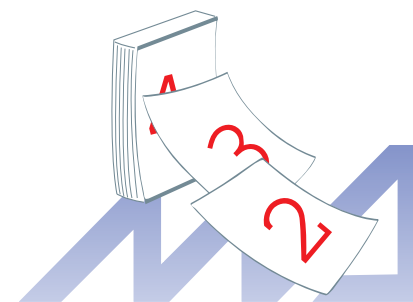
Francesco Origlia
cell. +3903355354322
e-mail: francesco.origlia@katamail.com
Serena Trincanato
cell +39 347 7208074
fax +39 010 3629735
e-mail: serena.trincanato@fastwebnet.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA ANMA

tel +39 02 86453978
fax +39 02 86913115
e-mail: maurilio@mclink.it

COMMISSIONE SCIENTIFICA

G. Briatico Vangosa,
D. Ditaranto, A. Marano,
F. Origlia



9 NOVEMBRE 2007

AULA MAGNA
CENTRO CONGRESSI
"PAPA A. LUCIANI"

PADOVA

IL LABORATORIO IN MEDICINA DEL LAVORO

L'USO APPROPRIATO DEL LABORATORIO DA PARTE DEL MEDICO COMPETENTE



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Segreteria dell'ANMA del Veneto
c/o STUDIO GOMI
via Nazareth 2/1 35128 PADOVA
tel. 049 850377
fax 049 850549
e-mail: info@studiogomi.it
Per informazioni ci si può rivolgere anche ad
ANMA sede di Milano
via S. Maurilio 4
tel +39 02 86453978
fax +39 02 86913115
e-mail maurilio@mclink.it

SEGRETERIA SCIENTIFICA

- D. Bontadi: tel. 049 850377 cell. 329 6228539
e-mail: danilo.bontadi@studiogomi.it
- E. Orlandini: tel. 049 9718301 cell. 335 5329486
e-mail:

Programma

8.00 Registrazione dei partecipanti
8.30 Presentazione del convegno - G. Briatico-Vangosa

8.45 **Lezione magistrale**
L'utilizzo dei tests di laboratorio: Screening e/o Case-finding? - L. Caimi

9.30 **1° sessione:**
Il laboratorio nella valutazione dell'ipersuscettibilità individuale
moderatori: G. Briatico-Vangosa, L. Caimi, D. Bontadi

I marcatori biochimici di funzionalità renale - G. Gambaro
Interpretazione clinica della ipertransaminemia - A. Alberti
Indicatori biologici di abuso alcolico - L. Marchioro
Il laboratorio infettivologico nel lavoratore migrante - E. Zamparo

12.00 **Esercitazione e presentazione di problematiche**
Prelievo in azienda. Metodologia di trattamento dei materiali. Verifica della variabilità preanalitica - E. Zocca, P. Patané

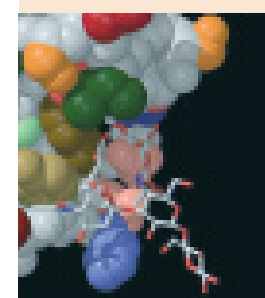
13.00 LUNCH

14.00 **2° sessione:**
Il laboratorio nella valutazione della esposizione e degli effetti di natura professionale
moderatori: B. Saia, G.B. Bartolucci, F. Toffoletto

Efficacia di un nuovo test immunologico per la diagnosi di ITL: un'alternativa alla Mantoux - M. Peracchi, C. Zanetti
Il monitoraggio biologico nella pratica della medicina del lavoro - G.B. Bartolucci
La variabilità biologica degli indicatori di dose ed effetto - F. Toffoletto
Esposizione a basse concentrazioni e indicatori di effetto - A. Trevisan

17.00 **Esercitazione e presentazione di problematiche**
Criticità del Monitoraggio Biologico in azienda - R. Donghi

18.00 **Chiusura del seminario e consegna dei questionari**





Gamma Prodotti

I nostri prodotti vengono realizzati in stabilimenti di proprietà localizzati in Europa.

Occhiali

Super G
x-trend
Athletic
Gravity zero
Cybric
i-vo
x-one
x-act
Ceramic
Skytech
Astrospec
Occhiali correttivi ceramic, meteor
Occhiali a mascherina ultravision
Occhiali a mascherina ultrasonic
Occhiali a mascherina Hi-C
Gamma prezzi: da 2 eur a 20 eur

Protezione auricolare

x-fit
x-cap

Scarpe

Linea Athletic II
Linea X-range
Linea Performance
Linea Module 500
Linea Module 1000
Linea Module 200
Linea Module 3000
Linea Origin
Linea Office
Linea Rallye
Linea Trekking
Linea Lady
Linea Motorsport
Linea Utility

Elmetti

Superboss
Thermoboss
Airwing

Inseri auricolari

x-fit
com4-fit
whisper
x-cap

Guanti

Supportati in Nitrile
Supportati in PVC
Non supportati Nitrile
Non supportati PVC
Filati in nitrile e poliuretano
Resistenti al taglio

Abbigliamento

Gravity zero
Athletic
Texpergo
Texpert
Textreme
Motorsport
X-range

Nell'industria della sicurezza uvex (la nostra società Uvex Securizzo S.r.l. è la filiale italiana) è considerata una dei maggiori specialisti nel campo dei materiali sintetici grazie ai suoi moderni e tecnologicamente sofisticati impianti di produzione, ai suoi innovativi trattamenti e soprattutto al lavoro interno di ricerca e sviluppo. Presso la sede di Fürth in Germania è sorto negli ultimi anni un centro altamente tecnologico ed innovativo che ha contribuito ad incrementare lo sviluppo di nuovi prodotti e tecnologie. Progettiamo occhiali di sicurezza con lenti in policarbonato che, oltre ad essere molto più leggere di quelle in vetro, presentano una migliore protezione contro i rischi di origine meccanica e sono disponibili in un'ampia gamma di colori per soddisfare particolari impieghi e campi d'applicazione. Nella creazione della sua ultima generazione di calzature di sicurezza, uvex è riuscita ad associare con successo molte delle tecnologie e dei materiali utilizzati nel mondo dello sport alle richieste della sicurezza sul lavoro e ha sviluppato il sistema XENOVA, un puntale in policarbonato bidensità con resistenza 200 joules che soddisfa ampiamente tutti i requisiti richiesti dalla normativa europea ed una lamina antifuoco in materiale sintetico resistente alla perforazione ed estremamente leggera e flessibile. Di recente stiamo sviluppando nuove tecnologie che permettono di considerare i d.p.i. come un compagno nell'attività lavorativa di tutti i giorni e non come una costrizione imposta dal datore di lavoro un'esempio sono le tecnologie climatec (studio della climatizzazione del prodotto dai guanti alle scarpe all'abbigliamento per garantire la massima traspirabilità ed il massimo confort), gravity zero ("alleggerimento" del prodotto esteso a tutta la gamma: occhiali, scarpe, guanti, abbigliamento) e athletic (linea sportiva in abbinamento con la tecnologia climatec).

Ricordiamo inoltre che, oltre ad occhiali e calzature di sicurezza, uvex produce anche elmetti, visiere, cuffie antirumore ed inserti auricolari, guanti ed una vasta linea di abbigliamento professionale, che va dalle linee classiche in cotone all'impiego dei più recenti materiali high-tech associati ad un accattivante design sportivo.

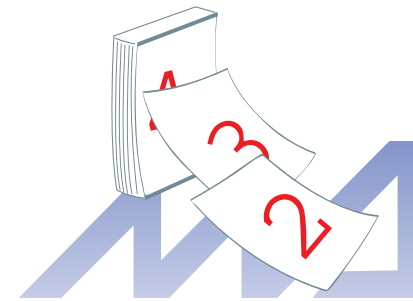
Ricordiamo inoltre che oltre ad occhiali e calzature di sicurezza, Uvex produce anche elmetti, visiere, cuffie antirumori ed inserti auricolari, guanti ed una vasta linea di abbigliamento professionale, che va dalle linee classiche in cotone all'impiego dei più recenti materiali high-tech associati ad un accattivante design sportivo.

Uvex Securizzo è organizzata con uffici commerciali e magazzino a disposizione dei nostri clienti.

uvex
PROTEZIONE PERSONALE

Uvex Securizzo S.r.l.

Corso Grosseto 437 - 10151 Torino - Tel + 39 0114536511 - Fax + 39 0117399522
E-mail: info@uvex-safety.it - Sito web: www.uvex-safety.it



30 NOVEMBRE 2007

SALA GRAN FORUM B
AC HOTEL

GENOVA



PROGRAMMA

8.30 Registrazione dei partecipanti -
Questionario di ingresso
9.00 Saluti e presentazione del Convegno
G. Briatico Vangosa, P. Santucci

12.15 Discussione
12.45 Pausa Pranzo

I SESSIONE

Il Medico Competente e le dipendenze nei luoghi di lavoro
Moderatori: **G. Briatico Vangosa, F. Traversa, M. Saettone**

9.15 Inquadramento delle problematiche alcol e tossico correlate - **R Salano**
10.00 La problematica alcol correlata e l'Atto di intesa sulla tossicodipendenza - **G. Schiappacasse**
10.45 Luci e ombre su un possibile indicatore di abuso alcolico - **A. Verga**
11.15 Riflessioni in tema di tossicodipendenza. Interazione fra consumo di alcol ed esposizione ad agenti chimici - **M. Saettone, L. D'Acuti**
11.45 Medico competente e dipendenze: profili di responsabilità professionale - **A. Mannucci**

II SESSIONE

Strumenti per la gestione del rischio alcol
Moderatori: **M. Saettone, F. Traversa, P. Santucci**

14.00 L'applicazione del protocollo operativo Veneto - **D. Bontadi, L. Vianello**
14.45 Il protocollo operativo ASL 3 - ANMA Liguria - **A. Businelli**
15.30 L'esperienza in uno stabilimento siderurgico - **C. Valchi**
16.00 Il ruolo della Regione Liguria - **P. Oreste**
16.30 Discussione
17.00 Compilazione questionario di uscita e verifica apprendimento
17.30 Conclusioni e chiusura del Convegno

SEGRETERIA SCIENTIFICA

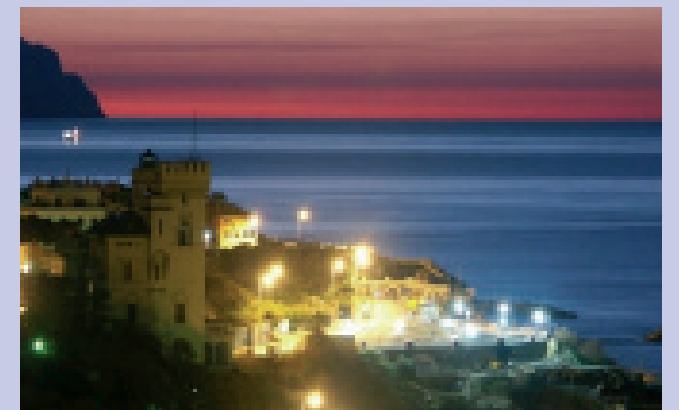
G. Briatico-Vangosa; M. Saettone;
P. Santucci; F. Traversa; C. Valchi

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

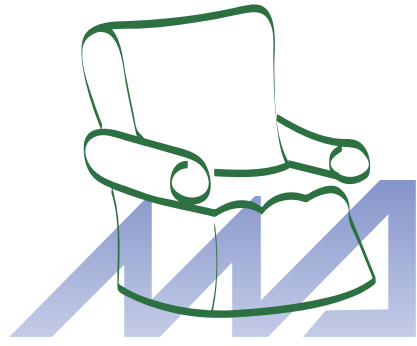
ANMA
Via S. Maurilio, 4 MILANO
tel. 02 86453978
fax 02 72002182
e-mail: maurilio@mlink.it

CONSULENZA ORGANIZZATIVA E COORDINAMENTO

Serena Trincanato
cell. 347 7208074



CURIOSITÀ E DESIDERIO



DA LEGGERE
IN POLTRONA



*Manuel Jimenez Prieto (Aranda). Visita all'ospedale.
1897 Olio su tela. Museo di belle arti, Siviglia.*

La medicina nasce come Arte, e solo da Ippocrate in avanti viene connotata con gli attributi della scienza. Ma la scienza stessa ha legami con l'arte, della quale condivide la pretesa di conoscere l'essenza del reale in formule sintetiche, espressive del senso della realtà. Il perfezionarsi della metodologia scientifica e l'accumularsi di nozioni non sostituiscono l'intelligenza e la libertà dell'Io, impegnato nel processo di rivelazione del mondo, ma lo attrezzano per compiere più efficacemente quel processo di conoscenza messo in moto fin dagli albori dell'esperienza umana. Così per imparare non basta un libro, ma occorre un maestro.

I quadri che ritraggono medici illustri ce li mostrano intenti nella loro pratica clinica, ma anche come Maestri, attorniti da studenti e colleghi più giovani nell'atto di carpirne l'arte con sguardi attenti e ammirati. Stupore, curiosità e desiderio sono gli ingredienti che rendono efficace l'apprendimento. Il pittore Manuel Jimenez Prieto (1848-1904) dà forma all'atmosfera emotivamente tesa che accompagna una visita del dottor Charcot; lo stesso professore mostra attesa per le rivelazioni che gli verranno dall'auscultare la paziente, il suo è un vero gesto medico, non un'azione di routine.

L'immagine è suddivisa in due nuclei: in quello di sinistra vediamo Charcot che con espressione concentrata posa l'orecchio sul torace di una donna, auscultando i rumori prodotti dalla percussione della cassa toracica, che sta operando con la sua mano sinistra. Nel nucleo di destra colpisce particolarmente l'espressione curiosa e attenta dei numerosi studenti protesi verso il maestro quasi a voler assorbire ogni suo singolo gesto: quello in primo piano, in posizione utile per farlo, si protende per osservare la tecnica di percussione. Come sempre, c'è chi parlotta, sul fondo, meno interessato degli altri. L'interno di corsia di ospedale è ritratto con cura e sottolineata, nella luminosità e nell'ordine, quegli aspetti di pulizia e attenzione ben diversi dagli ambienti caotici ed affollati delle scene di visita ai malati in ospedale proprie dei quadri del XVII secolo, anche se i medici non indossano camici, e i loro cappotti e cappelli a tuba sono appoggiati con noncuranza su una seggiola.

Nel XVIII secolo gli ospedali si aprono agli studenti, e i casi clinici diventano oggetto di istruzione sul campo. Così gli studenti iniziano a “fare il giro” dei malati quotidianamente, tracciando appunti sulla cura e sul cambiamento dello stato clinico, e ridiscutendo i casi con i professori.

I Nostri Servizi per l'Azienda

• Medicina del Lavoro

- ✕ Consulenza per l'applicazione D.Lgs. 626/94
- ✕ Servizio di Sorveglianza Sanitaria
- ✕ Medicina del lavoro in azienda con le speciali unità mobili
- ✕ Igiene industriale e ambientale
- ✕ Corsi di formazione e informazione
- ✕ Corsi di Primo Soccorso e Gestione Emergenze
- ✕ Consulenza per la Certificazione di Qualità ISO 9000 e ISO 14000



Le Nostre Sedi

- Milano, Via Saint Bon 20
Tel. 02.48317.1
- Milano, Via P. Rossi 24
Tel. 02.66227255
- Milano, Via delle Primule 6
Tel. 02.4221134
- Corsico (MI), Via Vigevanese 4
Tel. 02.4406148
- Milano, Largo Cairoli 2
Tel. 02.48317.1
- Milano, Via Teulì 2
Tel. 02.58317301
- Milano, C.so XXII Marzo 57
Tel. 02.70001664
- Rho (MI), Via Magenta 41
Tel. 02.93182396
- Milano, Viale Monza 270
Tel. 02.2551925
- Milano, Corso Italia 8
Tel. 02.72021675
- Milano, Via Ripamonti 190/D
Tel. 02.57401225
- Cernusco s/N (MI), Via Torino 8
Tel. 02.48317.1
- Milano, Viale Abruzzi 14
Tel. 02.29527357

