

Medico Competente Journal

GIORNALE
PROFESSIONALE E SCIENTIFICO

OCCUPATIONAL PHYSICIAN SCIENTIFIC
AND PROFESSIONAL JOURNAL

LUGLIO 2010

Anno 17, Numero 1/2010



SPECIALE VENEZIA

editoriale 5

23 giugno 2000

contributi e articoli originali 10

Analisi preliminare dei dati raccolti attraverso la ricerca multicentrica promossa dall'ANMA sull'applicazione dello schema d'intesa in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza. Riflessioni e proposte.

Dalla tutela alla promozione della salute. Il Medico Competente un protagonista delle nuove attese di salute.

I costi della non sicurezza, ovvero gli aspetti sociali ed economici dell'attività del Medico Competente.

Rischi lavorativi e tutela della salute nelle scuole per l'infanzia. Inquadramento normativo in tema di salute e sicurezza.

esperienze e materiali di lavoro 31

I programmi di prevenzione e promozione della salute nei luoghi di lavoro: l'esperienza di prevenzione del rischio cardiovascolare in una grande azienda.

Esperienza di screening cardiovascolare in un'industria siderurgica.

ufficio & salute 36

Tendinite da iperuso di PDA-phone?

è successo a... 41

Venezia. La cronaca del XXIII Congresso Nazionale ANMA.

XXIII Congresso Nazionale ANMA - Venezia, Giugno 2010.

Trascrizione del messaggio del Ministro on. Maurizio Sacconi.

Lettera di ringraziamento al Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, Maurizio Sacconi

da leggere in poltrona 46



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



Associazione Nazionale
Medici d'Azienda
e Competenti

ANMA è stata fondata a Milano, dove ha sede, il 15 settembre 1987 ed è una Associazione libera, apartitica, senza fini di lucro e a durata illimitata.

L'Associazione è nata da una "idea" maturata nei primi anni 80 da alcuni amici provenienti dalla Clinica del Lavoro di Milano che si proposero di incontrare colleghi medici del lavoro per scambiare idee ed esperienze con l'obiettivo di individuare un metodo di lavoro comune per affrontare in modo omogeneo gli aspetti più complessi dell'attività professionale: spinti dal prof. Vigliani decisero di fondare l'ANMA.

Riconosciuta nel 1987 dal Ministero della Sanità e dal Ministero del Lavoro come Associazione altamente rappresentativa della categoria, essa raccoglie, aggrega e rappresenta oltre un migliaio di soci, medici del lavoro che, alla luce di quanto disposto dal Decreto Legislativo 81/08, svolgono prevalentemente attività professionale di "medico competente".

L'associazione è presente in tutte le regioni italiane con un proprio segretario regionale e dal 1994 pubblica, con periodicità trimestrale, il "Medico Competente Journal", strumento di informazione, formazione e comunicazione tra gli associati e più in generale tra i cultori istituzionali e professionali della prevenzione. Il Giornale ha una tiratura di 2000 copie a numero; è inviato gratuitamente ai Soci ed a professionisti, enti pubblici e privati dedicati alla prevenzione e alla tutela della salute nei luoghi di lavoro e di vita.

Dal 1996 l'associazione si propone al mondo della Medicina del Lavoro anche con un proprio sito internet.

Nell'ottobre 1997, in occasione dei dieci anni dalla fondazione, pubblica il "Codice di Comportamento del Medico d'Azienda e Competente" e si riconosce nel Codice internazionale di etica per gli operatori di medicina del lavoro - ICOH, pubblicato nel 2005. ANMA è federata FISM (Federazione Italiana Società Medico Scientifiche) e da molti anni fa parte della Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione (CIIP) di cui è stata socio fondatore.

L'Associazione, certificata ISO 9001:2000, ha da sempre orientato la sua politica al miglioramento della qualità della attività

professionale del Medico Competente attraverso lo sviluppo di strumenti operativi e la promozione di iniziative ed eventi formativi. Dal 2002 è provider ECM accreditato dal Ministero della salute.

Dal 2002 al 2007 ANMA ha accreditato 34 eventi ECM per complessive 60 giornate formative, erogando 335 crediti formativi.

In tale contesto ha presentato nel 2007 il suo "Modello di Medico Competente", formulando numerose proposte riguardanti la sua attività professionale, orientate a qualificarne maggiormente la figura ed il ruolo e finalizzate alla sua piena integrazione nel sistema aziendale per la prevenzione.

L'Associazione ha sempre svolto una attività di sensibilizzazione presso le Istituzioni centrali, regionali e locali tesa a migliorare e rendere visibile la figura del Medico d'Azienda.

Ha sollecitato ripetutamente gli Ordini Provinciali dei Medici e la FNOMCeO ad affrontare lo spinoso problema dell'aggiornamento del tariffario nazionale sulle prestazioni tipiche del medico competente nel rispetto del decoro professionale.

È stata ripetutamente audita dalle Commissioni Parlamentari su tematiche attinenti la funzione del Medico competente e più recentemente sul tema delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro con particolare riguardo alle cosiddette "morti bianche". Nel suo impegno al miglioramento della normativa sulla salute e sulla sicurezza sul lavoro, ha svolto una parte attiva nel processo di approvazione del "T.U. per il riassetto normativo e la riforma della salute e della sicurezza sul lavoro", conclusosi con la pubblicazione del Decreto legislativo 81/2008.

Con soddisfazione ha visto riconosciuti nel Titolo I del Decreto Legislativo 81/08 i principi espressi nel 2007 nel "Modello di Medico Competente" sulla indipendenza professionale, sulla integrazione nel sistema aziendale per la prevenzione e sui requisiti per la sua qualificazione professionale.

Medico Competente Journal

NOTIZIARIO A.N.M.A.
NUMERO 1/2010



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

Numero 1/2010
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@mclink.it
Autorizzazione Tribunale di Milano n. 96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE

Eugenio Andreatta

RESPONSABILE DEL COMITATO DI REDAZIONE

Paolo Santucci

COMITATO DI REDAZIONE

Giuseppe Briatico-Vangosa
Gino Barral
Danilo Bontadi
Umberto Candura
Azelio De Santa
Daniele Ditaranto
Piero Patanè
Marco Saettone

REALIZZAZIONE GRAFICA

CUSL Nuova Vita Coop. Sociale

TIPOGRAFIA

Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)



Associazione Nazionale
Medici d'Azienda
e Competenti

A.N.M.A.

www.anma.it

Presidente
Giuseppe Briatico-Vangosa
Vice Presidente
Umberto Candura
Segretario
Daniele Ditaranto

Consiglieri
Briatico Giuseppe Vangosa, Aversa Luigi, Barral Gino, Bontadi Danilo, Boschioli Gilberto, Candura Umberto, Ditaranto Daniele, Farabi Anselmo, Gilioli Gianni, Guiducci Grazia, Origlia Francesco, Patanè Piero Antonio, Saettone Marco, Santucci Paolo, Taliercio Salvatore
(Verbale della commissione elettorale a seguito del rinnovo delle cariche sociali per il quadriennio 2008-2012)

QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE € 100,00
(DA VERSARE CON C.C.P. N. 11199205
codice IBAN: IT55 V056 9601 6000 0001 4539 X22)

SEZIONI TERRITORIALI

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

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

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

Lazio
Segr. Mauro Marciano
c/o ExxonMobil
Viale Castello della Magliana, 25 - 00100 Roma
tel. 06 65693989
e-mail: mauro.marciano@exxonmobil.com

Liguria
Segr. Carlo Valchi
Via O. Cancelliere, 17/3 - 16125 Genova
tel. 010 6076808
e-mail: carlo.valchi@libero.it

Lombardia
Segr. Luigi Aversa
Via Gorizia, 35 - 20021 Baranzate (MI)
tel. 02 3566919
e-mail: luigi.aversa@tin.it

Marche
Segr. Giuseppe Olivetti
Via C. Colombo, 8
60010 Ostra (AN)
Tel/fax: 071 7980159 - Cell: 338 9346243
Mail: giuseppegiovannelli@libero.it

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

Puglia e Lucania
Segr. Luca Convertini
Via B. Cellini, 22
72014 Cisternino (BR)
Tel/Fax: 080 4448343 - cell. 338 9472363
Mail: lukaconvertini@virgilio.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 Patanè
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

Imperia
Segr. Ezio Grosso
Via Vittorio Emanuele, 106 - 18100 Imperia-Moltedo
Tel: 3389704325
e-mail: egrosso@tiscali.it

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

Modena
Segr. Gianni Gilioli
Viale Segni, 3 - 41049 Sassuolo (MO)
Tel: 0536 807728
e-mail: g.gilioli@oksatcom.it

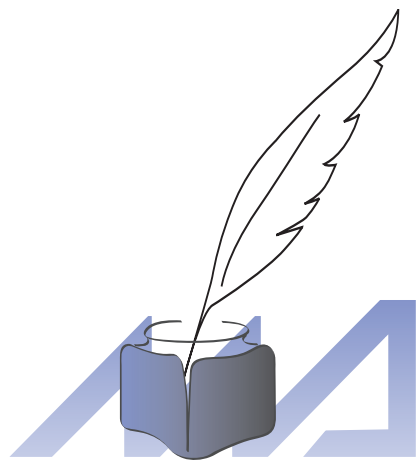
Ravenna
Segr. dott. Angelo Marano
P.zza C. Battisti, 4 - 48018 Faenza
tel./fax 0546 681204
cell. 335290574
e-mail: angelo@studiomarano.com

Reggio Emilia
Segr. Giuseppe Giubbarelli
Via Giordano, 40 - 41049 Sassuolo (MO)
Tel: 335 5761833
e-mail: giuseppegubbarelli@ospedalesassuolo.it

Sardegna
Segr. Carlo De Martino
Via Copenaghen, 5 - 07026 Olbia
Tel: 0789 601045
e-mail: carlo.demartino@yahoo.it

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

Toscana
Segr. Nord Toscana
Andrea Bigotti
Via Olmi, 17 - 55042 Forte dei Marmi (LU)
Tel: 335 316246 e-mail: bigottia@tiscali.it



EDITORIALE

Paolo Santucci

23 GIUGNO 2000

Era un caldo mattino del 23 giugno 2000 quando entravo nel gremio Centro Congressi Papa Luciani di Padova, sede del Congresso Nazionale ANMA organizzato proprio come quest'anno dalla sezione Veneto. Non conoscevo nessuno dei numerosi colleghi presenti, eccetto Carlo Valchi, che era stato coinvolto nell'evento da Marco Saettone, già socio e candidato al Consiglio Direttivo.

Eravamo in pieno fermento 'post-626' ed oltre alle intense sessioni congressuali durante le quali si discuteva con taglio pratico di qualità nel 'mestiere di medico competente', rischi emergenti, esperienze e soluzioni, mi colpì soprattutto una rivista che girava fra i partecipanti: Notiziario ANMA. La rivista spaziava dalla valutazione dei rischi alla sorveglianza sanitaria, offrendo orientamenti operativi e check list, aggiornamenti legislativi ed esperienze dirette tutte da scoprire, anzi proprio da gustare, perché mirate finalmente alle mie specifiche esigenze di medico competente. O meglio, all'attività più delicata, quella 'in trincea', dove il medico si trova spesso solo con pochi strumenti e molte incertezze.

Il prodotto editoriale era semplice, quasi spartano, ma diretto e immediatamente fruibile, perché confezionato dai medici competenti per i medici

competenti. Alla fine la sensazione era quella di assaporare un frutto nuovo, dal quale non scartavi nulla, né la buccia né il torsolo.

Da allora la rivista è cresciuta ancora, sia nella veste grafica che nei contenuti, grazie al lavoro prima del Presidente Briatico Vangosa e poi di Danilo Bontadi e Piero Patanè. Da qualche anno si chiama Medico Competente Journal ed è diventato, soprattutto per merito loro, un riferimento scientifico-professionale per tutti i medici competenti.

Tuttavia, mai mi sarei aspettato dopo dieci anni esatti da quel 23 giugno 2000 di diventarne il Direttore. E appena il Presidente, nonché Direttore del Journal, me lo ha comunicato, dopo un momento di responsabile preoccupazione, il ricordo è andato inevitabilmente a quel giorno.

Perciò adesso l'obiettivo che sento prioritario, è di continuare a offrire le mie sensazioni di allora ai Colleghi dell'Associazione, in particolare ai più giovani che si avvicinano alla nostra complessa e nel contempo splendida professione, sempre più timorosi e disorientati.

Da qualche mese, insieme al rinnovato Comitato di redazione 'motore del Journal', stiamo lavorando con impegno e passione in questa direzione, cercando di innovare nel solco della tradizione.

Qualcosa si comincia già a vedere, ma sarete voi, Soci-lettori, a dirci se abbiamo intrapreso la direzione giusta.

Intanto, buone (e meritate) ferie a tutti!



PROMOZIONE

Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia

ALLA SEGRETERIA DELL'ANMA - 20123 MILANO, VIA S. MAURILIO 4 - FAX 02 86913115
Modulo di adesione abbonamento a "Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia"
per l'anno 2010/2011

Il sottoscritto _____
in quanto socio ANMA, aderisco all'offerta di sottoscrivere l'abbonamento biennale al "Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia" (4 numeri l'anno) per gli anni 2010/2011 al costo complessivo di Euro 52 (puro rimborso dei costi di stampa e spedizione). Già abbonato al "G Ital Med Lav Erg" Si ☐ No ☐.

Indirizzo al quale desidero ricevere la rivista:

Dr. _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____

Telefono _____ Fax _____

Data _____ Firma _____



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Gruppo di lavoro ANMA:
D. Bontadi,
G. Briatico Vangosa,
D. Ditaranto,
G. Gilioli,
P. Patanè

ANALISI PRELIMINARE DEI DATI RACCOLTI ATTRAVERSO LA RICERCA MULTICENTRICA PROMOSSA DALL'ANMA SULL'APPLICAZIONE DELLO SCHEMA D'INTESA IN MATERIA DI ACCERTAMENTO DI ASSENZA DI TOSSICODIPENDENZA. RIFLESSIONI E PROPOSTE

PREMESSA

A seguito dell'entrata in vigore dell'Intesa della Conferenza Unificata del 30 ottobre 2007 (1) e dell'Accordo della Conferenza Stato - Regioni del 18 settembre 2008 (2), l'ANMA (Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti) ha proposto ai propri associati l'istituzione di un Osservatorio finalizzato a monitorare l'attuazione dei Provvedimenti e ad evidenziare le eventuali criticità emergenti dall'applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti. L'ANMA ha pertanto invitato i medici competenti associati a partecipare all'Osservatorio attraverso la trasmissione dei dati relativi all'attività eseguita e alle segnalazioni di eventuali problematiche riscontrate nella applicazione e gestione delle procedure.

MATERIALI E METODI

Per partecipare all'Osservatorio sono stabilite le seguenti condizioni vincolanti:

- o la preventiva e dettagliata informazione ai lavoratori sottoposti all'accertamento quale fattore critico di successo per tutta la procedura;
- o la contestualità della visita medica e della raccolta del campione urinario;
- o l'utilizzo della modulistica proposta dall'Osservatorio per la raccolta dei dati con le seguenti informazioni:
 - a. numero dei lavoratori esaminati
 - b. rapporto convocati/esaminati
 - c. sesso
 - d. classe di età
 - e. mansione svolta (con riferimento alle voci riportate nell'Allegato I dell'Intesa del 30 ottobre 2007)
 - f. qualifica professionale (3 categorie: dirigente, impiegato, operaio)
 - g. modalità di informazione dei lavoratori
 - h. preavviso (se all'inizio del turno di lavoro, o durante la giornata precedente)
 - i. contestualità della visita medica e del test di screening
 - j. strumentazione utilizzata
 - k. modalità di raccolta del campione ed esecuzione del test (on-site o in altra sede)
 - l. risultato della visita medica
 - m. risultato del test di screening
 - n. risultato dell'eventuale test di conferma
 - o. possibili sostanze interferenti

Tabella 1

Regione	Numero gruppi	Regione	Numero gruppi
Veneto	5	Lombardia	3
Emilia Romagna	3	Campania	2
Trentino Alto A.	1	Piemonte	1
Liguria	1	Marche	1
Puglia	1		

Tabella 2

LAVORATORI ESAMINATI	16498
Si sono autoesclusi ammettendo la recente assunzione di droghe	54 pari allo 0,32%

- p. sostanze d'abuso risultate positive ai test di primo livello
- q. risultato del test di secondo livello su matrice cheratinica
- r. modalità di gestione dei casi positivi e provvedimenti adottati
- s. ulteriori informazioni o note.

Hanno aderito all'Osservatorio 18 gruppi di medici competenti operanti in nove Regioni (cfr. tabella 1).

Al momento i 18 gruppi hanno trasmesso all'Osservatorio i dati relativi a 16.498 lavoratori sottoposti agli accertamenti di primo livello. Va segnalato che 54 lavoratori, 0,32% del campione, si sono autoesclusi dai test ammettendo la recente assunzione di droghe (cfr. tabella 2).

Il campione è costituito prevalentemente da operai di sesso maschile, con un'età media di circa 40 anni in un

range di età compreso tra i 18 ed i 69 anni (cfr. tabella 3). In particolare l'analisi della distribuzione per classi di età evidenzia che l'80% dei lavoratori esaminati ha un'età compresa tra i 30 ed i 54 anni con una maggiore concentrazione tra i 35 ed i 49 anni (cfr. tabella 4).

La stragrande maggioranza dei lavoratori esaminati svolge la mansione di mulettista/carrellista e di autista/autotrasportatore. L'insieme di queste due mansioni costituisce quasi il 94% del campione esaminato (cfr. tabella 5).

Alcuni aspetti operativi delle modalità di esecuzione del test immuno-enzimatico di screening sono riportati nella tabella 6.

Tabella 3

Genere	Totale	%
femmine	693	4,2
maschi	15805	95,8
totale	16498	100,0
Età media (anni)		range
39.8		18 - 69

Tabella 4

classe età	<19	20-24	25-39	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-60-	60-65	>65
%	0.17	2.9	9.1	12.9	17.0	18.4	16.3	15.0	6.6	1.3	0.33

Tabella 5		
Mansione	Persone esaminate	% sul totale
Mulettista/carrellista	8465	51.3
Autista /autotrasportatore	7001	42.5
Gruista/carropontista	410	2.4
Edile	330	2.0
Manutentori ferrovia	99	0.6
Addetti off-shore	51	0.3
altri	142	0.9

Tabella 6	
Preavviso	Generalmente a inizio turno Al massimo 24 ore prima del controllo
MODALITA' DI RACCOLTA DEL CAMPIONE	“On site” in oltre i 2/3 dei casi; nel 68% dei casi il MC era affiancato dal tecnico di laboratorio
CONTEMPORANEITÀ	Nella maggior parte dei casi c'è stata contestualità tra la visita medica e l'effettuazione del test
METODI E STRUMENTI	Quick screen drug, Cozart/Concateno, Conelab, Dasit, Immunometrico Kims, Branam Toxvue, Axim Abbott

RISULTATI

Nella raccolta dell'anamnesi è risultato particolarmente interessante il dato che un certo numero di lavoratori, successivamente risultati negativi al test di screening, hanno dichiarato di aver fatto in passato uso occasionalmente di droghe, in prevalenza cannabis Test di screening (cfr. tabella 7):

- o sono risultati positivi al test di screening 201 lavoratori pari all'1,22% del campione;
- o sono risultati positivi al test di conferma con gas cromatografia di massa 154 lavoratori, pari allo 0,93% del campione;
- o i “falsi positivi” sono 47 pari al 23,4% del totale dei test positivi. L'effettuazione di oltre i 2/3 dei test di screening “on site” ha aumentato il numero dei “falsi positivi” perché accanto a quelli attribuibili ad interferenze farmacologiche, vi è un numero significativo di falsi positivi dovuti a probabili errori analitici e/o tecnici;
- o la prevalenza delle positività riguarda le classi di età comprese tra i 20 ed i 35 anni.0

Per quanto riguarda le sostanze d'abuso cui sono risultati positivi i lavoratori, al primo posto troviamo la cannabis seguita dalla cocaina. La positività a queste

due sostanze costituisce complessivamente l'86% dei casi confermati con la gas cromatografia di massa (cfr. tabella 8).

Questi dati sono in linea con quelli dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (Oedt) relativi al nostro Paese. Infatti il rapporto annuale 2009 conferma l'Italia tra i Paesi europei con il più alto consumo di cannabis e cocaina (3).

I 154 lavoratori con positività confermata alla gas cromatografia di massa ed i 54 lavoratori che hanno rifiutato di sottoporsi al test di screening ammettendo la recente assunzione di sostanze, per un totale di 208 lavoratori pari all'1,26% del campione, sono stati ritenuti temporaneamente non idonei ed inviati ai Sert. In base agli accertamenti di secondo livello effettuati dai Sert, l'80% dei soggetti positivi sono risultati consumatori occasionali:

FATTORI CRITICI DI SUCCESSO

In base all'esperienza dei 18 gruppi di medici competenti che hanno aderito all'Osservatorio, sono risultati critici per il successo della procedura degli accertamenti sanitari i seguenti fattori:

Tabella 7			
Persone esaminate	Positivi	%	note
Positivi allo screening	201	1,22	
Positivi confermati	154	0,93	
Falsi positivi	47	23,4	% riferita al totale dei positivi allo screening
Autoesclusi	54	0,32	

Tabella 8		
Sostanza	numero	% sui positivi
cannabis	108 68,3	
cocaina	28	17,7
oppioidi	13	8,3
anfetamine	3	1,9
MDMA	2	1,3
Metadone	4	2,5

- o l'informazione dettagliata a tutti i lavoratori, prima dell'effettuazione degli accertamenti. In particolare l'informazione non deve soltanto riguardare gli effetti delle sostanze ed il conseguente impatto sulla salute e sulla sicurezza, ma anche le modalità di effettuazione dei controlli. Pertanto i lavoratori devono anche essere informati:
 - sulle procedure definite dall'Accordo del 18 settembre 2008;
 - sulle modalità di esecuzione degli accertamenti sanitari;
 - sulle conseguenze del riscontro di una positività;
- o la predisposizione di una modulistica appropriata per la raccolta dei dati della visita, dei risultati dei test e per l'espressione del giudizio d'idoneità;
- o la definizione di un accordo con il laboratorio e l'elaborazione di una procedura per la gestione della catena di custodia dei campioni;
- o l'esecuzione di un sopralluogo ed eventualmente di simulazioni negli ambienti individuati;
- o il preavviso ai lavoratori dell'effettuazione del test di screening dato, ove possibile, all'inizio del turno di lavoro;
- o la predisposizione di una procedura per la gestione dei “positivi” al test di screening in attesa dell'esito del test di conferma.

CRITICITÀ RILEVATE

Nel complesso l'esperienza maturata dai 18 gruppi di medici competenti che hanno aderito all'Osservatorio ha mostrato l'appropriatezza della procedura per gli

accertamenti sanitari definita nell'Accordo della Conferenza Stato Regioni del 18 settembre 2008. Tuttavia nella filiera per la loro gestione sono state anche riscontrate delle rilevanti criticità:

- o difformità nelle “interpretazioni” delle procedure dell'Accordo del 18 settembre 2008 pubblicate a livello regionale. Queste “personalizzazioni regionali” stanno creando non poche difficoltà al medico competente specialmente quando opera, come spesso avviene, in diverse regioni;
- o difficoltà della gestione del lavoratore positivo al test di screening fino all'esecuzione del test di conferma. Infatti nell'Accordo non esistono indicazioni sulla gestione di questo intervallo di tempo che può essere molto variabile da caso a caso, da laboratorio a laboratorio, da Regione a Regione;
- o difformità nella procedura di invio del lavoratore ai Sert; difformità nei tempi e nelle modalità di risposta dei Sert;
- o la problematicità del “monitoraggio cautelativo” sia per quanto riguarda gli aspetti operativi, sia per le criticità connesse al reinserimento del lavoratore nella mansione a rischio;
- o la gestione della positività anamnesticamente associata alla negatività del test;
- o i cut-off dei test di screening che per alcune sostanze sono più elevati di quelli indicati nell'Accordo e che, conseguentemente, possono leggere come “negativo” un “positivo”.

PROPOSTE OPERATIVE

In base alle esperienze sul campo ed alle indicazioni emerse nel dibattito interno all'Osservatorio, avanziamo le seguenti proposte operative finalizzate a migliorare l'efficacia del sistema:

- o l'introduzione nella norma del criterio di valutazione del rischio con la conseguente opportunità di classificare le mansioni interessate in distinte fasce di rischio;
- o diversa modalità (random/tutti) e periodicità dei controlli sanitari in funzione della fascia di rischio, attraverso uno schema operativo condiviso;
- o la costituzione di un osservatorio multidisciplinare, permanente ed interregionale per valutare l'efficacia delle azioni intraprese e proporre alle sedi competenti le azioni correttive idonee a migliorare il sistema;
- o l'attivazione di uno studio finalizzato ad analizzare la correlazione tra incidenti ed eventi infortunistici (compresi i near miss) e le mansioni a rischio, diversificate per attività eseguite all'esterno ed all'interno del sito produttivo;
- o la formalizzazione della procedura di informazione ai lavoratori attraverso la realizzazione di un modulo informativo base a valenza nazionale (esempio opuscolo o videoclip).

CONCLUSIONI

Le recenti innovazioni legislative in materia di dipendenze nei luoghi di lavoro (1), (2), (4), estendendo il concetto di tutela della salute in ambito occupazionale anche ai terzi, hanno ampliato il campo di applicazione della sorveglianza sanitaria, richiedendo al medico competente di integrare la propria attività con verifiche sui comportamenti a rischio dei lavoratori.

L'applicazione agli ambienti di lavoro della definizione di "salute" dell'OMS (5) e la disposizione sulla collaborazione del medico competente "alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute" (6), sono aspetti che stanno indirizzando l'interesse del medico competente anche verso fattori di rischio extraprofessionali, presenti negli ambienti di vita e/o conseguenti a comportamenti e stili di vita. Nell'analisi preliminare dei dati dell'Osservatorio ANMA colpisce, considerate le statistiche nazionali sul consumo di droghe, la bassa percentuale di lavoratori risultati positivi agli accertamenti di primo livello.

Le stime in ambito occupazionale infatti indicano che

almeno il 10% di tutti gli infortuni ed almeno il 40% di quelli mortali sono dovuti al consumo di droghe ed alcol.

Non si può dimenticare come l'applicazione della normativa sulle dipendenze nei luoghi di lavoro stia comportando un notevole impegno organizzativo ed economico e pertanto sia necessario ottimizzare i processi, anche attraverso la loro semplificazione ed armonizzazione e mediante una verifica di efficacia.

Auspichiamo infine che la pubblicazione dell'Accordo in Conferenza Stato/Regioni, previsto dall'art.41 comma 4 bis del Testo Unico per la rivisitazione delle condizioni e delle modalità per l'accertamento della tossicodipendenza e della alcol dipendenza, tenga conto delle criticità segnalate e consideri con attenzione le proposte di miglioramento suggerite.

Si ringraziano i Colleghi: Elena Zocca, Luciano Greco, Marco Saettone, Eugenio Capodicasa, Paola Torri, Vita Marzia, Gilberto Boschioli, Michele Rettondini, Giuseppe Maraga, Umberto Candura, Nicolò Iavicoli, Walter Brossa, Giuseppe Olivetti

NOTE

(1): CONFERENZA UNIFICATA - Provvedimento 30 ottobre 2007 "Intesa, ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza" (Repertorio atti n.99/CU).

(2): CONFERENZA STATO-REGIONI - Provvedimento 18 settembre 2008 "Accordo, ai sensi dell'art.8, comma 6, dell'intesa in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza, perfezionata nella seduta della Conferenza Unificata del 30 ottobre 2007 (Rep.Atti n. 99/CU), sul documento recante "Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi" (Rep.Atti n.178/CSR).

(3): OSSERVATORIO EUROPEO DELLO DROGHE E DELLE TOSSICODIPENDENZE (Oedt) - Rapporto annuale 2009: l'Italia si conferma assieme a Danimarca, Spagna, Irlanda e Regno Unito fra i Paesi europei con il più alto consumo di cocaina ed è ai primi posti per quanto riguarda il consumo di cannabis.

(4): Legge 30 marzo 2001, n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati"; Provvedimento 16 marzo 2006 dell'a Conferenza Stato-Regioni "Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità e la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'art. 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131"; art. 41, comma 4 del D. Lgs. 81/08.

(5): OMS, 1948; art. 2, comma 1, lettera o) D. Lgs. 81/08.

(6): art. 25, comma 1 D. Lgs. 81/08.



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

*D. Ditaranto - T. Cassina
Medici competenti -
ANMA Milano*

DALLA TUTELA ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE. IL MEDICO COMPETENTE UN PROTAGONISTA DELLE NUOVE ATTESE DI SALUTE

LAVORO E SALUTE

Esiste indubbiamente una forte reciprocità tra lavoro e salute.

Per il medico competente (m.c.) questa reciprocità è un assioma che gli si ripresenta con tutta la sua forza ogni volta che durante la sorveglianza sanitaria di un lavoratore rileva i segni di un'interferenza negativa delle condizioni lavorative sulla sua salute, ovvero riscontra delle incompatibilità tra lo stato di salute del lavoratore ed il profilo di rischio della sua mansione specifica. La conseguente espressione di un giudizio d'inidoneità o d'idoneità parziale (1) attesta la compromissione o il ridimensionamento della sua capacità a svolgere quella mansione specifica.

Le implicazioni di questo provvedimento possono essere anche molto negative se il lavoratore presta la sua opera in una di quelle piccole o piccolissime imprese, che costituiscono la parte di gran lunga preponderante nella nostra realtà produttiva, nelle quali spesso non esiste la possibilità di una ricollocazione in un'altra mansione (2).

Forse anche per questo nell'abrogato D. Lgs. 626/94 il ricorso all'ASL competente per territorio avverso al giudizio di idoneità, era un istituto previsto soltanto quando il m.c. esprimeva un giudizio di inidoneità parziale o temporanea o totale del lavoratore (3).

LAVORO È SALUTE

Meno evidente nell'attività del m.c. è la reciprocità espressa dall'accento (lavoro è salute) perché la sua formazione accademica e la sua "missione" lo portano innanzitutto a ricercare i segni precoci delle patologie provocate dal lavoro o ad esso correlate e, conseguentemente, ad evidenziare gli effetti negativi del lavoro sulla salute dovuti all'esposizione ai fattori di rischio intrinseci alla mansione, presenti nell'ambiente di lavoro e nella sua organizzazione. Tuttavia questa minore evidenza è soltanto apparente perché al m.c. è ben nota la sindrome da abbandono che molti lavoratori sviluppano in occasione del pensionamento o a seguito della collocazione in cassa integrazione guadagni, per non parlare del sentimento di perdita ancora più intenso dopo un licenziamento o della condizione di impotenza e di sofferenza psichica, fisica e sociale che, in modo ancora più devastante, li colpisce quando vittime di mobbing (4).

È pertanto evidente la centralità del lavoro nella vita dell'uomo e la sua influenza positiva sulla salute.

Infatti non è un caso che Freud ponesse alla base dell'equilibrio psichico della persona con la capacità di amare quella di lavorare (4).

D'altra parte, considerata la forte interrelazione tra equilibrio psichico, fisico e sociale, potremmo anche interpretare in modo più complessivo l'affermazione freudiana dicendo che la capacità di amare e la capacità di lavorare sono alla base della "salute" nella sua più ampia e moderna accezione di "stato di

completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità" (5). Anche se il vissuto del lavoro è assolutamente soggettivo e per qualcuno può anche essere solo fatica, è indubbio che molti dei bisogni dal cui soddisfacimento dipende il raggiungimento ed il mantenimento di uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, afferiscono alla sfera del lavoro.

In particolare attraverso il lavoro l'uomo non soddisfa soltanto i suoi bisogni materiali (fisici e di sicurezza), ma anche altri più intimi e profondi che lo coinvolgono sia come individuo, sia come essere sociale.

Infatti il lavoro è lo strumento attraverso il quale l'uomo, esprimendo ciò che può essere in quello che fa, tende alla soddisfazione del suo massimo bisogno che è quello di autorealizzarsi sia come individuo (bisogni di autostima e stima da parte degli altri), sia come essere sociale (bisogni di appartenenza, di accettazione, di partecipazione attiva allo sviluppo di un progetto comune, di contribuire al progresso sociale ed economico) (6).

Possiamo quindi dire che il lavoro è basilare per la salute perché attraverso il lavoro l'uomo cerca di affermare la sua identità e ad esprimere il suo ruolo sociale, aspetti a loro volta determinanti per il raggiungimento ed il mantenimento di uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale (4).

TRA DIRITTO ALLA SALUTE E DIRITTO AL LAVORO: IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE

La salute e il lavoro sono diritti fortemente tutelati dalla Costituzione (7) e frequentemente richiamati nel codice civile (8).

Considerato che il m.c. è un professionista che esercita la medicina del lavoro in un ambito come quello occupazionale dove il perseguimento di questi diritti e la loro conservazione sono aspetti centrali di tutta la specifica regolamentazione normativa e contrattuale, riteniamo che il m.c., nell'ambito dello svolgimento dei suoi compiti istituzionali, possa e debba contribuire alla realizzazione della reciproca promozione tra salute e lavoro.

Infatti condividiamo pienamente l'affermazione che lo "scopo dell'attività del medico competente è che quella specifica, singola persona possa lavorare (essendo il lavoro esso stesso un fattore di salute come ben sa chi non ha lavoro), senza che lo specifico lavoro che svolge possa provocare danno alla sua sicurezza e salute" (9). Indubbiamente il m.c. nel momento in cui evidenzia in un lavoratore i segni precoci di una patologia causata dal lavoro o ad esso correlabile, oppure rileva una patologia extraprofessionale suscettibile di peggioramento a causa della sua attività lavorativa (10), opera per la

tutela della sua salute, ma poi, collaborando con il sistema di prevenzione aziendale all'individuazione di una collocazione lavorativa più consona alle sue condizioni di salute, contribuisce anche alla tutela della sua occupazione creando le condizioni per la realizzazione di una reciproca promozione tra lavoro e salute (11), (12).

Peraltro il recepimento nel D. Lgs. 81/08 e s.m.i. (TU) della definizione dell'OMS di "salute" applicata ai luoghi di lavoro (5), la disposizione sulla collaborazione del medico competente "alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute" (13) (14), le normative in materia di alcol (15) e di accertamento di assenza di tossicodipendenza (16) finalizzate anche alla tutela dei terzi, sono alcune delle recenti innovazioni legislative che stanno modificando profondamente il concetto di "tutela della salute" nell'ambito della medicina occupazionale con un suo progressivo ampliamento anche verso l'ambiente di vita del lavoratore, i suoi comportamenti ed i suoi stili di vita.

In particolare proprio attraverso i programmi volontari di promozione della salute il m.c. può incidere sull'insieme di fattori di rischio extraprofessionali presenti negli ambienti di vita o conseguenti a comportamenti e stili di vita non virtuosi, che aumentano il rischio relativo di molteplici e rilevanti patologie croniche e degenerative che, come quelle professionali, possono compromettere o ridurre la capacità lavorativa del lavoratore (11).

In tale contesto può essere richiamata pure la "matrice causale" delle malattie professionali dovuta all'interferenza nella loro etiologia anche delle esposizioni extralavorative, spesso in sovrapposizione a quelle lavorative, dei comportamenti e degli stili di vita (17).

Tuttavia riteniamo che la vera innovazione nell'attività del m.c. sia costituita dalla valorizzazione della sua capacità d'essere promotore di lavoro come occasione di benessere complessivo della persona (18).

Questo approccio, importante in generale, assume una particolare rilievo alla luce dei grandi mutamenti in atto nel mondo del lavoro.

Infatti l'aumento dell'età media della popolazione e delle età pensionabili sta determinando un incremento del numero dei lavoratori in età avanzata, spesso anche portatori di patologie croniche e degenerative (diabete, cardiopatie, artropatie, patologie del connettivo ecc.), ancora operativi negli ambienti di lavoro.

D'altro canto il miglioramento della qualità delle cure mediche e chirurgiche permette il mantenimento al lavoro di persone con esiti di interventi chirurgici importanti (asportazione di neoplasie, trapiantati ecc) o che si sottopongono a terapie efficaci, ma anche debilitanti, per il controllo dell'evoluzione di gravi patologie (radio e chemioterapie, terapie immunosoppressive, terapie con interferoni ecc).



Tuttavia in tale contesto non possiamo non considerare anche le implicazioni derivanti dagli attuali scenari economici e sociali.

Gli esperti sostengono che per il mantenimento dell'equilibrio del sistema socio-economico è necessaria una crescita complessiva dell'economia che dipende anche dall'aumento della produttività del lavoro e dei tassi di occupazione (19).

Pertanto assume un valore strategico il miglioramento della quantità e della qualità del lavoro anche attraverso la realizzazione di condizioni ed ambienti di lavoro favorevoli per lo svolgimento di un lavoro "sano" e quindi al mantenimento al lavoro di persone sane ed a lungo attive (19).

Riteniamo che nell'attuale contesto sociale e normativo il m.c. possa essere promotore di lavoro come fattore di salute sia attraverso la sua collaborazione al miglioramento delle condizioni e degli ambienti di lavoro, sia contribuendo alla più opportuna collocazione dei lavoratori "fragili" come gli anziani, i malati cronici e i disabili (18), (20).

IL CONTRIBUTO DEL MEDICO COMPETENTE AL MIGLIORAMENTO DELLE CONDIZIONI E DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

È opinione diffusa che la figura del m.c. sia stata rafforzata dalle innovazioni del suo profilo introdotte dal TU.

In particolare va in questa direzione il rafforzamento, da più parti sottolineato, del ruolo del m.c. nella valutazione dei rischi (VdR) (21) e, conseguentemente, nella collaborazione alla predisposizione dell'attuazione delle misure di tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori (22).

In effetti dalla lettura del Titolo I° del TU emerge la volontà del legislatore di vincolare maggiormente

rispetto al passato il m.c. all'attività di VdR e, più in generale, alle attività di natura collaborativa al di là quindi dell'obbligo strettamente professionale di effettuazione della sorveglianza sanitaria (s.s.) rivelando, pertanto, la volontà complessiva di facilitarne l'integrazione nel contesto aziendale e quindi nel processo strategico di identificazione dei pericoli > VdR > individuazione ed adozione delle misure di tutela per la prioritaria riduzione dei rischi alla fonte attraverso l'applicazione delle protezione collettiva (23), (24).

D'altra parte il TU disponendo l'obbligo per il datore di lavoro di sentire il parere del m.c. anche nella scelta dei dispositivi di protezione individuale (25), richiede la sua collaborazione anche nell'individuazione delle misure di protezione individuale finalizzate alla gestione del rischio che residua dopo l'adozione di quelle collettive.

Anche altri compiti istituzionali, come le collaborazioni all'informazione e formazione dei lavoratori e all'organizzazione del servizio di primo soccorso (13), la partecipazione alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori (26) ed il sopralluogo negli ambienti di lavoro (27), possono costituire per il m.c. ulteriori occasioni per valorizzare il suo ruolo di promotore di salute e di lavoro.

In tale contesto non possiamo nemmeno dimenticare il valore aggiunto che il m.c. può dare attraverso la sua collaborazione alla valutazione (e alla predisposizione delle misure di tutela) dei rischi non ancora oggetto di una regolamentazione specifica (28) e per quelli che riguardano categorie particolari di lavoratori (29), le differenze di genere e la provenienza da altri Paesi (20). In tutti questi casi, considerate le particolarità e le peculiarità presenti, il m.c. può svolgere un ruolo centrale nella determinazione delle condizioni per lo svolgimento di un lavoro sano.

La considerazione complessiva di questo insieme di

aspetti, evidenzia un netto spostamento del ruolo del m.c. dagli ambiti della prevenzione secondaria e terziaria, in cui sostanzialmente lo confina la s.s., verso il campo della prevenzione primaria finalizzata al riconoscimento dei rischi e alla loro riduzione alla fonte e quindi orientata al miglioramento delle condizioni e degli ambienti di lavoro.

Peraltro le innovazioni introdotte dal TU hanno anche regolamentato alcuni aspetti della s.s. che sono orientati alla prevenzione primaria come l'identificazione dei soggetti ipersuscettibili, la considerazione dei suoi risultati nell'ambito della VdR (30) e la segnalazione delle "anomalie" riscontrate durante la sua attuazione in quanto possibili "eventi sentinella" indicativi di eventuali carenze delle misure di tutela preventive e protettive adottate per la gestione dei rischi.

In particolare è previsto un meccanismo di feedback in base al quale quando durante la s.s. il m.c. rileva in un lavoratore o in un gruppo di lavoratori "un'alterazione apprezzabile dello stato di salute", o "l'esistenza di effetti pregiudizievoli per la salute", oppure di "un'anomalia imputabile all'esposizione", ne deve informare il datore di lavoro che a seguito di questa segnalazione è a sua volta obbligato a revisionare la VdR ed a tenere conto del parere del m.c. nell'attuazione delle misure necessarie per eliminare o ridurre il rischio (31).

IL CONTRIBUTO DEL MEDICO COMPETENTE AL MANTENIMENTO IN ATTIVITÀ DEI LAVORATORI "FRAGILI"

Nell'affidare i compiti ai lavoratori il datore di lavoro deve tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza (11). Peraltro il datore di lavoro, anche in considerazione di quanto disposto dalla legge n. 68/99 (32), deve attuare le misure (prescrizioni e limitazioni) indicate dal m.c. nei giudizi di idoneità parziale e, qualora il giudizio sia di inidoneità alla mansione specifica, deve adibire il lavoratore, ove possibile, ad altra mansione compatibile con il suo stato di salute (2).

In occasione del Convegno "Quando il lavoro è salute" organizzato lo scorso 31 ottobre dall'Università degli Studi di Milano in collaborazione con le Sezioni lombarde e venete della SIMLII e dell'ANMA, T. Cassina nella sua relazione "Il medico competente tra limiti e valorizzazione" ha evidenziato il ruolo che il m.c. può e deve svolgere per il mantenimento del lavoratore "fragile" (anziano, malato o disabile) in un ruolo attivo (18).

In particolare, attraverso la descrizione di alcuni casi concreti, la relazione ha esemplificato con quali modalità il m.c. può promuovere la valorizzazione delle loro capacità lavorative residue e dell'esperienza professionale di cui sono portatori attraverso il ridisegno del

profilo della mansione specifica o la collaborazione alla ricollocazione.

Per lo svolgimento efficace di questo ruolo risulta ancora una volta essenziale il grado di integrazione del m.c. nel sistema aziendale.

Infatti soltanto la conoscenza completa e diretta degli impianti, dei processi produttivi, dell'organizzazione, delle mansioni e delle loro modalità operative, con quella della natura dei rischi presenti in azienda (33), permette al m.c. di interpretare il suo ruolo in modo fattivo non solo attraverso il contributo al miglioramento delle condizioni e dell'ambiente di lavoro, ma anche con l'espressione di giudizi di idoneità parziale non generici ed il coordinamento con il sistema di prevenzione aziendale per la loro attuazione.

Lo specifico contributo del m.c. alla valorizzazione delle possibilità di occupazione dei lavoratori "fragili" dipende anche dalla sua conoscenza delle forme di tutela sociale di cui possono beneficiare insieme all'azienda che li occupa (34).

Pertanto anche il m.c. può e deve prendersi cura con competenza e professionalità del paziente-lavoratore sviluppando e coltivando le proprie competenze cliniche e contribuendo in tal modo attivamente al processo di diagnosi-cura-riabilitazione-reinserimento. "In questa prospettiva non può non realizzarsi anche tra lavoratore e medico competente quella "alleanza di prevenzione e cura" che è fondamento di ogni rapporto professionale medico, pena il venir meno della sua efficacia" (9).

CONCLUSIONI

Il titolo di questa relazione richiama il ruolo che il m.c., può svolgere nella tutela e nella promozione della salute.

Nel sottolineare la forte reciprocità esistente tra salute e lavoro, abbiamo evidenziato l'originalità della figura del medico del lavoro-competente, professionista che esercita la sua attività direttamente negli ambienti di lavoro dove il diritto alla salute è sentito dai lavoratori in modo altrettanto forte quanto il diritto ad un lavoro duraturo e non pericoloso e quindi compatibile con la tutela della salute e, conseguentemente, dell'integrità della capacità lavorativa.

Queste considerazioni ci portano a concludere che in ambito occupazionale esiste una forte correlazione tra tutela e promozione della salute e tutela e promozione del lavoro.

Il m.c. può tutelare e promuovere il lavoro contribuendo al miglioramento della sua qualità attraverso la creazione di condizioni di lavoro tecniche ed organizzative e di ambienti di lavoro favorevoli sia per il mantenimento in attività di lavoratori sani, sia per facilitare l'integrazione di quelli "fragili".

Contestualmente, attraverso la tutela e la promozione della salute, il m.c. può promuovere la creazione di condizioni biologiche idonee a mantenere i lavoratori sani e quindi attivi o comunque in grado di esprimere una capacità lavorativa ancora valorizzabile per la conservazione della loro integrazione.

Pertanto:

- il miglioramento della qualità del lavoro, della sua operatività ed organizzazione attraverso la collaborazione all'individuazione dei pericoli, alla VdR e all'individuazione delle misure di tutela per la determinazione di condizioni di lavoro favorevoli allo svolgimento di un lavoro sano e duraturo;
- la collaborazione per il mantenimento in attività dei lavoratori anziani, malati o disabili attraverso il ridisegno della loro mansione specifica o la loro ricollocazione;
- la valorizzazione di programmi di "promozione della salute" con valenza informativa-educazionale sui comportamenti e stili di vita oppure orientati alla prevenzione delle patologie croniche e degenerative,

sono un insieme di attività strettamente correlate attraverso le quali il m.c. può contribuire alla realizzazione della reciproca promozione della salute e del lavoro nell'intento di mantenere in attività lavoratori sani o con una capacità lavorativa residua valorizzata al meglio.

Attraverso questo percorso il m.c. vedrà inoltre:

- accrescere la stima per il suo ruolo nel contesto aziendale e sociale in quanto professionista impegnato a tutelare e promuovere la salute attraverso il miglioramento della qualità del lavoro (fattore determinante anche per l'incremento della sua quantità);
- migliorare il rapporto di fiducia con il lavoratore
- aumentare l'interesse verso la qualità del suo lavoro.

NOTE

- (1): art. 41, comma 6 del D. Lgs. 81/08;
- (2): l'art. 42, comma 1 del D. Lgs. 81 stabilisce che il datore di lavoro attui le misure (prescrizioni, limitazioni) indicate dal medico competente e, qualora le stesse prevedano un'inidoneità alla mansione specifica, adibisca il lavoratore, "ove possibile", a mansioni equivalenti o in difetto a mansioni inferiori garantendo il trattamento economico corrispondente alla mansione di provenienza;
- (3): art. 17, comma 4 del D. Lgs. 626/94 (abrogato);
- (4): "Stress e Mobbing: guida per il medico" - ISPESL, Clinica del Lavoro "Luigi Devoto" Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico di Milano (2006);
- (5): OMS, 1948; art. 2, comma 1, lettera o) D. Lgs. 81/08. Tuttavia, pensando a tutte quelle persone con disabilità che, nonostante la loro condizione, si sentono felici e realizzate perché accettando i loro limiti hanno trovato la forza e la motivazione per affrontare positivamente la vita, risulta evidente che la malattia non è sempre una condizione che preclude il raggiungimento di uno stato di benessere almeno mentale e sociale;
- (6): A. Cascioli "Il significato del lavoro nell'equilibrio della vita" - Lavoro e benessere: le molestie morali (mobbing) - ISPESL, Clinica del Lavoro "Luigi Devoto" Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico di Milano n Atti del primo e secondo seminario nazionale (1999);
- (7): Costituzione della Repubblica Italiana: artt. 1, 4, 32, 35, 36 e 41
- (8): Codice Civile, fra tante, due norme: art. 2060 e art. 2087;
- (9): L. Riboldi e Al "La prevenzione e il controllo dell'assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti nei luoghi di lavoro: una nuova importante opportunità per i medici del lavoro" - La Medicina del Lavoro 2009; 100,5: 323-343;
- (10): l'art. 41, comma 2, lettera c) del D. Lgs. 81/08 dispone che la visita su richiesta

del lavoratore sia effettuata quando ritenuta dal m.c. correlata ai rischi professionali "o alle sue condizioni di salute suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa". Anche in occasione della visita medica precedente alla ripresa del lavoro prevista dall'art. 41, comma 2, lettera e-ter), il m.c. può venire a conoscenza di situazioni patologiche analoghe;

(11): l'art. 18, comma 1, lettera c) del D. Lgs. 81/08;

(12): Cassazione n. 26539 del 2 luglio 2008: "è (anche) al medico competente che il datore di lavoro deve rapportarsi per le finalità indicate all'art. 18, comma 1, lettera c)...". La competenza del medico competente, conclude la Suprema Corte, "non può non essere sia la competenza a valutare le condizioni di salute, sia la competenza a coadiuvare il datore di lavoro/dirigente - tenendo conto dell'esito delle visite - nell'individuare dei rimedi";

(13): art. 25, comma 1, lettera a) del D. Lgs. 81/08;

(14): la "promozione della salute", pur essendo un concetto teorizzato in varie epoche storiche, è stato codificato nel 1986 "Carta di Ottawa per la promozione della salute" sottoscritta dagli Stati appartenenti all'OMS. La Carta definisce la promozione della salute come il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla. Questa definizione implica: a) la creazione di ambienti che consentano di offrire un adeguato supporto alle persone per il perseguimento della salute negli ambienti di vita e di lavoro, attraverso condizioni di maggiore sicurezza e gratificazione; b) il rafforzamento dell'azione delle comunità che devono essere adeguatamente sostenute per poter operare autonome scelte per quanto riguarda i problemi relativi alla salute dei cittadini che vi appartengono; c) il riorientamento dei servizi sanitari nella logica di renderli più adeguati ad interagire con gli altri settori, in modo tale da svolgere un'azione comune per la salute della comunità di riferimento;

(15): Legge n. 125/01; Provvedimento del 16 marzo 2006 della Conferenza Stato-Regioni; art. 41, comma 4 del D. Lgs. 81/08;

(16): Provvedimento 30 ottobre 2007 della Conferenza Unificata; Provvedimento 18 settembre 2008 della Conferenza Stato - Regioni; art. 41, comma 4 del D. Lgs. 81/08;

(17): nella Relazione Tecnica che ha accompagnato la pubblicazione del DM 27 aprile 2004, la Commissione Scientifica, nel delineare i criteri di definizione dell'elenco delle malattie per le quali vige l'obbligo di denuncia, specifica che "Oin base alle attuali conoscenze, l'assoluta certezza di origine non può essere attribuita ad alcuna malattia professionale. Otanto che ormai si preferisce parlare di matrice casuale (combinazione di multifattorialità e diversa sensibilità individuale)...";

(18): T. Cassina "Il medico competente tra limitazioni e valorizzazioni", Convegno "Quando il lavoro è salute", Milano 31 ottobre 2009;

(19): Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali "La vita buona nella società attiva - Libro bianco sul futuro del modello sociale", maggio 2009;

(20): l'art. 28, comma 1 del del D. Lgs. 81/08;

(21): tuttavia in tema di collaborazione del m.c. alla valutazione dei rischi, permane l'ambiguità della disposizione dell'art. 29, comma 1del D. Lgs. 81/08 che, correlandola ancora ai casi in cui è obbligatoria la sorveglianza sanitaria, richiama l'abrogato art. 4, comma 6 del D. Lgs. 626/94;

(22): artt. 2, comma 1, lettera h) e 25, comma 1 del D. Lgs. 81/08;

(23): ANMA "Codice di comportamento del Medico d'Azienda e Competente" (ottobre 1997): art 1 "Il medico d'azienda, competente in quanto provvisto dei requisiti richiesti dalla legge e nominato dal datore di lavoro, è il Medico che, inserito nel contesto aziendale per il perseguimento delle finalità generali dell'impresa, attraverso la specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale, collabora all'attuazione di quanto necessario affinché l'attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute dei lavoratori";

(24): art. 15, coma 1, lettere e) ed i) del D. Lgs. 81/08;

(25): art. 18, comma 1, lettera d) del D. Lgs. 81/08;

(26): art. 25, comma 1, lettera m) del D. Lgs. 81/08; .

(27): art. 25, comma 1, lettera l) del D. Lgs. 81/08;

(28): ad esempio il "lavoro in quota", ma, nel momento in cui scriviamo, anche lo "stress lavoro-correlato" dato che mancano le indicazioni della Commissione Consultiva Permanente. In ogni caso in tale contesto vanno anche ricordate le disposizioni del D. Lgs. 81/08 sul campo di applicazione della "valutazione di rischi": l'art. 2, comma 1, lettera q) che definisce la valutazione dei rischi come "valutazione "globale" e documentata di "tutti" i rischi" e l'art. 15, comma 1, lettera a) (misure generali di tutela) e 28, comma 1 (oggetto della valutazione dei rischi) che dispongono anch'essi la valutazione di "tutti" i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori;

(29): i lavoratori "flessibili" (D. Lgs. 276/03; art. 3 del D. Lgs. 81/08); le lavoratrici in età fertile (D. Lgs. 151/01; art. 28, comma 1 del D. Lgs 81/08); i lavoratori minori (D. Lgs.vi 345/99 e 262/00; art. 28, comma 1 del D. Lgs 81/08);); i disabili (Legge 68/99); i lavoratori notturni (D. Lgs 66/03); i mobile worker, i trasferisti ecc. (art. 28, comma 1del D. Lgs. 81/08);

(30): artt. 190, comma 1, lettera i) e 202, comma 5, lettera i) del D. Lgs 81/08;

(31): artt. 29, 185, 229, 242 e 279 del D. Lgs. 81/08;

(32): Legge n. 68/99 "Norme per il diritto al lavoro per i disabili";

(33): ricordiamo che le informazioni sui rischi, l'organizzazione del lavoro, gli impianti e i processi produttivi, rientrano fra gli obblighi informativi che il datore di lavoro ha nei confronti del medico competente ai sensi l'art. 18, comma 2 del D. Lgs. 81/08;

(34): la legge n. 104/92 permette al lavoratore con handicap di usufruire di permessi retribuiti per accedere alle prestazioni diagnostiche e curative; la Circolare n. 40 del 22 dicembre 2005 riassume i diritti alla conservazione del posto di lavoro, alla flessibilità dell'orario di lavoro, al part-time e all'avvicinamento al domicilio per i malati oncologici; l'art. 12-bis del D. Lgs. 61/00 e s.m.i. dispone che i lavoratori affetti da patologie oncologiche con ridotta capacità lavorativa accertata dalla commissione medica ASL, hanno diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in tempo parziale che, a richiesta del lavoratore, può essere nuovamente trasformato in rapporto di lavoro a tempo pieno; la legge n. 68/99 promuove l'inserimento e l'integrazione lavorativa dei disabili attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato.

I COSTI DELLA NON SICUREZZA, OVVERO GLI ASPETTI SOCIALI ED ECONOMICI DELL'ATTIVITÀ DEL MEDICO COMPETENTE



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

U. Candura
Vicepresidente
ANMA - Napoli

PREMESSA

La disciplina della Medicina Aziendale - nella sua pratica - riconosce, per il suo stesso ambito di esercizio, una serie di specificità che prima ancora di altre specialità mediche si è storicamente confrontata con il contesto economico nel quale si svolge, sia esso pubblico che privato.

Da tempo quindi il Medico Competente (MC) ha acquisito consapevolezza che - oltre all'imprescindibile valore etico e sociale della sua azione di tutela - il suo ruolo contribuisce a sviluppare prevenzione e promozione della salute dei lavoratori, traducendosi in un beneficio economico sia per il sistema impresa (maggiore rendimento e qualità nel lavoro), sia per sistema Paese (minori costi legati ad infortuni e malattie professionali).

Ovviamente quanto affermato è tanto più vero quanto più alta è la qualità e l'efficacia dell'azione del MC, tale da inserirsi intimamente nelle dinamiche procedurali aziendali e contribuire così al "perseguimento delle finalità generali dell'impresa" (definizione ANMA del Medico Competente).

Vengono illustrati nel presente contributo i costi (assicurativi ma non solo) delle "non conformità" nelle attività di tutela, ed i possibili benefici di una prevenzione che vada oltre le norme, abbandonando l'abituale idea del costo o diseconomia aziendale, e giustifichi la sua definizione economica di "investimento" per il benessere di tutta la collettività.

PREVENZIONE COME BENEFICIO?

A questo quesito si è soliti rispondere in modo affermativo perché appare scontato sul piano etico e deontologico, nonché su quello giuridico, che la prevenzione sortisca effetti positivi nella salvaguardia del patrimonio umano, nel rispetto del diritto fondamentale alla salute.

Il ritorno economico della prevenzione è difatti legittimamente considerato un vantaggio marginale sul piano concettuale, ma chi opera in azienda sa bene come qualsiasi iniziativa di tutela comporti anche ad una valutazione economica, soprattutto nelle attività di promozione della salute su base facoltativa, non obbligatorie per legge.

Paradossalmente - ma non troppo - siamo oggi abituati a considerare proprio i Sistemi di Gestione integrata della Salute e della Sicurezza sul Lavoro (SSL) in Azienda, notoriamente su base volontaria, le iniziative di maggiore efficacia per ottimizzare le risorse ed i costi nell'impresa, e per operare una sintesi di eccellenza tra gli obiettivi di tutela e di profitto (etica e mercato).

Nonostante però quanto afferma ormai una letteratura economica universalmente condivisa, il vantaggio competitivo di una prevenzione sui luoghi di

lavoro di lungo respiro sembra soffrire perennemente di un *handicap* concettuale legato alla percezione della obbligatorietà, e quindi di un *peso da sopportare con un costo (immediato) che sia il più basso possibile*.

La perversione di un mercato delle professioni che trascura - nella materia della SSL - la qualità in favore della quantità (e del risparmio) fonda le sue radici da queste considerazioni, e dal fatto che non è maturata ancora (avverbio di speranza) la convinzione che il vantaggio economico del rispetto delle leggi non si esaurisce nel mancato pagamento di sanzioni amministrative, spesso peraltro ridotte per effetto del D.Lgs. 758/94, e va ben al di là della stessa legislazione premiale (vedi premi INAIL) per le Aziende più virtuose.

Non abbiamo certo la presunzione di illustrare esaurientemente i motivi per i quali la prevenzione rappresenta ancora oggi un costo mal sopportato nelle Aziende, tuttavia l'involuzione subita dal mercato negli ultimi anni (scomparsa dell'Azienda manifatturiera tradizionale, frammentazione del tessuto produttivo, globalizzazione e precarizzazione della mano d'opera, terziarizzazione spinta), nonché l'attuale crisi economica su scala mondiale, non favoriscono certo l'impiego di risorse nelle attività di tutela, la cui efficacia si traduce notoriamente in benefici di medio/lungo periodo.

È difatti intuibile che mentre una defaillance delle procedure di sicurezza si traduce immediatamente in un evento negativo (infortunio o danni materiali) con i

suoi costi, l'efficienza delle stesse si esprime nel mantenimento dello status quo, cioè in un *"non evento"* che non crea una rinforzo psicologico nel mantenere alta l'attenzione.

L'altro aspetto spesso trascurato, e che i modelli gestionali ispirati alla responsabilità Sociale (SA 8000) cercano invece di far emergere, è la scarsa promozione e pubblicizzazione delle buone prassi di sicurezza, che dovrebbero invece assicurare ulteriori leve competitive attraverso i vantaggi di immagine aziendale.

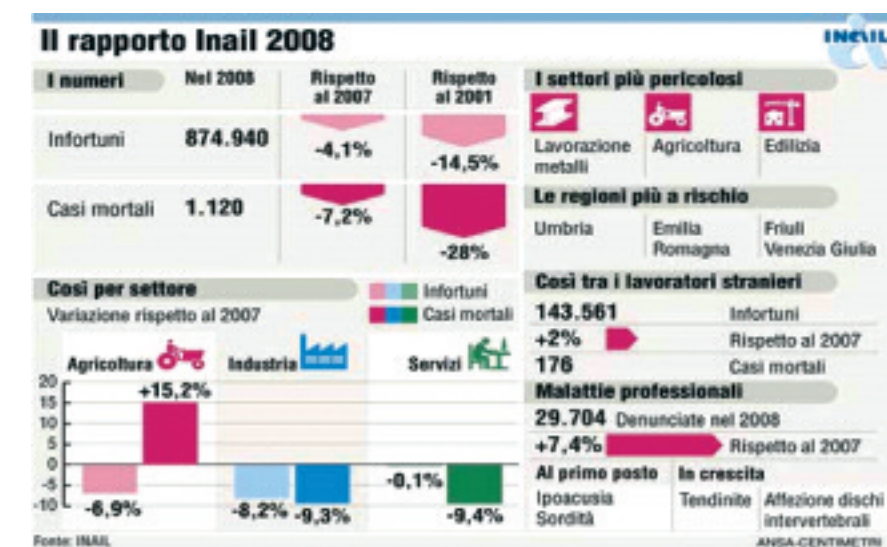
Al contrario, segnali preoccupanti vengono dall'ILO (International Labour Office), che avverte (in occasione della Giornata mondiale per la salute e sicurezza OMS, 28 /04/10) che l'attuale crisi globale potrebbe portare a un generale peggioramento degli standard di salute e sicurezza, perché con l'instabilità economica aumenta la precarietà, si allungano gli orari, cresce il lavoro irregolare nei paesi in via di sviluppo e si riducono i controlli.

Ogni 15 secondi, ricorda l'agenzia, nel mondo si registrano 160 infortuni e un morto sul lavoro, a causa di un incidente o di una malattia professionale.

I COSTI SOCIALI ED AZIENDALI

Ogni anno siamo ormai avvezzi alle inquietanti statistiche INAIL sui danni da lavoro (v. Tab 1), i quali - ancorché caratterizzati da un favorevole trend negli ultimi anni per quanto attiene gli infortuni - richiama-

TABELLA 1



Nel 2008, gli infortuni sul lavoro sono stati 874.940 (37 ogni 1.000 occupati). Considerando un costo per singolo infortunio di circa 50.000 euro, i costi economici e sociali hanno superato i 43,8 miliardi di euro, pari al 2,8% del Pil italiano dello stesso anno. L'Eurispes stima che la riduzione del numero di infortuni sul lavoro genererebbe un risparmio economico compreso tra 438 milioni di euro (nell'ipotesi di diminuzione dell'1% del numero di infortuni), quasi 2,2 miliardi di euro (diminuzione del 5%) e circa 4,4 miliardi di euro (diminuzione del 10%).



no ultimamente l'attenzione sulle Malattie Professionali in progressiva emersione, soprattutto per quanto attiene le c.d. malattie Work Related, a genesi multifattoriale.

Proprio il ruolo patogenetico dei comuni fattori di rischio suggerisce in questi casi il sicuro beneficio per l'intera collettività che potrebbe essere legato alle iniziative di tutela e promozione della salute che si vogliono porre in essere negli ambienti di lavoro, ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs. 81/08 "...secondo i principi della responsabilità sociale".

Ma qual è la percezione dei costi della NON sicurezza nelle nostre aziende?

Sembra prevalere un atteggiamento fatalista, se non addirittura rassegnato, come se queste cifre - proprio per la loro imponenza ed il loro impatto sociale - non possano riguardare la piccola realtà nella quale si opera.

In realtà le stime degli esperti sono univoche: la ripartizione dei costi per la non sicurezza sono tali da incidere per il 60% sulle aziende e per il 40% sul sistema Paese, ed il costo effettivo di un infortunio sul lavoro è di circa 5,5 volte superiore a quello coperto dal premio assicurativo (c.d. costi "nascosti") secondo le conclusioni CONTARP INAIL. Secondo l'European Agency for Safety, invece, il rapporto tra costi reali e costi manifesti degli infortuni sarebbe addirittura di 11:1.

Inoltre schematicamente si può affermare che i costi per la "salute" - determinati dalle malattie professionali, in crescita dell'11,4% dal 2004 ad oggi - sono in assoluto molto più impegnativi in quanto si proiettano negli anni con menomazioni più o meno gravi, e si scaricano quasi completamente sulla collettività (vitalizi, indennizzi, liquidazioni, ecc.).

I costi della "sicurezza" (infortuni) sono invece quelli

che incidono maggiormente sulle imprese, in misura peraltro non immediatamente tangibile (simbolismo dell'iceberg), e sollecitano certamente maggiore attenzione in quanto smuovono con maggiore tempestività l'opinione pubblica e le autorità di controllo.

I VANTAGGI ED I BENEFICI

Alcune esperienze tratte dal web:

- Innanzitutto un dato macroeconomico: i Paesi riconosciuti come più competitivi (Finlandia, USA, Svezia) sono anche quelli con il più basso indice di frequenza infortunistica (*World Ecomic Forum e del Lausanne Institute of Management, IMD*).
- Un programma sperimentale dell'OSHA (*Occupational Safety and Health Administration*) relativo all'adesione di 178 aziende a standard di sicurezza ci informa che si è raggiunto una riduzione:
 - del 45% degli infortuni rispetto agli indici attesi
 - del 55% degli infortuni rispetto alle aziende dello stesso settore
 - del 49% delle giornate lavorative perse rispetto ad aziende analoghe
- ed inoltre
 - un incremento di produttività in alcune aziende del 13% in tre anni
 - un calo degli scarti di produzione del 16% in tre anni.
- Un'indagine in Italia su di un campione di circa 100 aziende certificate, ha rilevato un valore degli indici di frequenza e gravità degli infortuni avvenuti nell'ultimo triennio che risultano essere inferiori di almeno il 50 % rispetto agli indici calcolati per le singole voci di tariffa corrispondenti
- I documenti OSHA: "*Corporate social responsibility and safety and health at work*" e "*Quality of the working environment and productivity*" (2005) dimostrano - dati alla mano - che collegare gli obiettivi di Salute e Sicurezza (SSL) con quelli strategici ed ambientali a lungo termine, nonché integrare la SSL nei principali settori ed attività (risorse umane, marketing ecc), apporta alle aziende un significativo beneficio in termini di produttività e fatturato

Questi ed altri esempi attestano in modo incontestabile che lavorare in sicurezza significa lavorare in regime di profitto, per quanto questo assunto si ritrovi con difficoltà tra le politiche prioritarie delle imprese, se non per le necessarie dichiarazioni di facciata.

Soprattutto le piccole imprese si attivano con difficoltà su questi temi, laddove si ritarda ad avere un'efficace

analisi statistica degli eventi negativi, nonché efficaci azioni per le modifiche dei comportamenti non rispettosi della sicurezza (BBS), per cui in queste realtà (il 98% delle imprese in Italia) è molto labile la percezione del rischio economico come riflesso di quello infortunistico.

CONCLUSIONI

Nonostante un profondo convincimento della necessità di sviluppare gli studi sull'aspetto socioeconomico della prevenzione, anche per una sempre maggiore visibilità della medicina del lavoro nelle imprese, ritengo anche che siano condivisibili le critiche già espresse su una adesione indiscriminata all'obiettivo economico come priorità delle politiche di tutela (Cutler & James, 1996).

Legarsi ad un obiettivo finanziario comporta il pericolo di fermarsi fin dove questo argomento regge e non oltre (Asby & Diacon, 1996), e questo non è certamente un messaggio che può passare.

Peraltro proprio perché è dimostrato che lavorare in sicurezza "paga" solo dopo un sufficiente periodo di osservazione, occorre ragionare in termini di benefici intangibili della sicurezza, così come la NON sicurezza cela molti costi, imprevedibili in una prima analisi.

In definitiva il messaggio più corretto è che i *non-tangible benefits*, quali quelli legati al valore del marchio, alla soddisfazione dei clienti, alla reputazione sociale dell'impresa, al clima aziendale, alla motivazione dei lavoratori, allo spirito di appartenenza, ecc. ecc.... possono alla fine realizzare un ritorno economico attraverso:

- il calo dei premi assicurativi,
- l'incremento della qualità del prodotto o dei servizi offerti,
- l'incremento della produttività e dell'efficienza
- l'aumento delle vendite, e quindi...
- dei *profitti*

In mancanza di questo approccio concettuale appare evidente che i costi *legati al semplice rispetto della legge* continueranno nel futuro ad essere percepiti come una diseconomia aziendale.

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 2010/2011

Il sottoscritto _____
in quanto socio ANMA, aderisco all'offerta ANMA di sottoscrivere l'abbonamento a "La Medicina del Lavoro" per l'anno 2010-2011 al costo complessivo di Euro 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 _____

RISCHI LAVORATIVI E TUTELA DELLA SALUTE NELLE SCUOLE PER L'INFANZIA. INQUADRAMENTO NORMATIVO IN TEMA DI SALUTE E SICUREZZA



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

M. Saettone
ANMA Liguria

Il recente XXIII^o Congresso ANMA di Venezia ha dedicato una Sessione alla Scuola per L'infanzia.

La nostra Associazione da tempo afferma e sostiene la necessità di enfatizzare la tutela della salute dei lavoratori attraverso la promozione della salute nei luoghi di lavoro, riaffermando il lato positivo del lavoro come motore dello sviluppo sociale in termini economici e culturali.

L'uomo ha bisogno del lavoro per il proprio sviluppo, economico ma anche culturale e quindi il binomio lavoro/salute diventa inscindibile.

Abbiamo sostenuto e speriamo dimostrato i vantaggi economici della prevenzione e gli svantaggi della sua mancata applicazione, non solo per le aziende ma per l'intera collettività.

Le nuove normative, che enfatizzano la promozione della salute, impongono alla Medicina del Lavoro non solo di studiare le trasformazioni del mondo del lavoro con i suoi nuovi profili di rischio, ma di riscoprire comparti più tradizionali - ed imprescindibili per la collettività - come la Scuola e nel nostro esempio quella per la prima infanzia, con nuove metodologie di valutazione e gestione dei rischi.

INQUADRAMENTO NORMATIVO

Normativa specifica

La formazione professionale del Medico del Lavoro prevede che egli conosca gli ambienti di lavoro, i cicli produttivi, i processi tecnologici per meglio valutare i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori.

In riferimento alla scuola per la prima infanzia, il primo passo sarà dunque quello di conoscere la normativa di riferimento e quindi definire dal punto di vista normativo l'ambiente di lavoro, con particolare riferimento agli asili nido: la normativa nazionale quadro sugli asili nido risale al 1971: Legge 6 dicembre 1971 N° 1044.

Diverse proposte di modifica sono state discusse in Parlamento negli scorsi anni, senza però arrivare mai ad una modifica della Legge Quadro che peraltro delega, relativamente alla fascia d'età 0-3, le Regioni a normare gli standard strutturali ed organizzativi dei servizi. Vediamo alcuni esempi:

In Veneto la Legge Regionale n 32 del 23-4-90: "Disciplina degli interventi regionali per i servizi educativi alla prima infanzia: asili nido e servizi innovativi"

In Emilia Romagna la Legge Regionale n 1 del 10-01-2000: "Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia"

In Liguria la legge regionale n 6 del 9-4-09: "Promozione delle politiche per i minori e i giovani"

prevedono che le Giunte Regionali definiscano con apposite linee guida gli standard strutturali, organizzativi e qualitativi dei servizi socio educativi per la prima infanzia.

Seppure con una certa variabilità riferita agli standard strutturali (es mq a bambino) ed organizzativi (rapporto numerico educatori/bambini) le diverse linee guida regionali sono finalizzate al perseguimento del benessere e dello sviluppo delle potenzialità cognitive, affettive e sociali dei bambini come condizione necessaria allo sviluppo sociale, culturale ed economico della comunità e della società.

Esse definiscono, tra le tipologie di servizi, il Nido d'Infanzia: servizio a carattere educativo e sociale rivolto a bambini di età compresa tra tre mesi e tre anni.

Le Linee Guida definiscono inoltre le Norme comuni ai servizi educativi per la prima infanzia:

- o Localizzazione e caratteristiche dell'area
- o Caratteristiche degli spazi interni ed esterni, degli arredi e dei giochi
- o Sicurezza, igiene e funzionalità dell'ambiente
- o Articolazione della struttura-superficie minima per bambino in mq
- o Servizi Generali
- o Rapporto numerico tra personale e bambini
- o Vigilanza Igienico Sanitaria .. che è assicurata dal Dipartimento Materno infantile della ASL
- o Titolo di studio per gli educatori nei servizi socio-educativi per la prima infanzia e formazione permanente

In tema di Vigilanza Igienico Sanitaria, il Dipartimento materno infantile delle ASL definisce gli interventi specifici sui singoli bambini:

- o Ammissioni in collettività
- o Criteri per allontanamento e riammissioni
- o Gestione delle emergenze sanitarie
- o Tabelle dietetiche
- o Profilassi delle malattie infettive
- o Norme di microclima
- o Comportamenti igienici

In riferimento alla gestione delle emergenze e alla somministrazione di farmaci salvavita, che da sempre suscita sentimenti e reazioni contrastanti di angoscia ed insistenza da parte delle famiglie e di preoccupazione e resistenza da parte degli operatori scolastici, la Raccomandazione del Ministero della Pubblica Istruzione e del Ministero della Salute del 25 novembre 2005 fornisce le indicazioni per una corretta somministrazione di farmaci a scuola al fine di evitare situazioni di pericolo

per i bambini e di responsabilità per gli operatori che forniscono alle famiglie la loro disponibilità ad intervenire in caso di necessità.

La Raccomandazione prevede che la somministrazione:

- o sia limitata alle terapie che non richiedono discrezionalità o particolari competenze tecniche
- o avvenga su richiesta scritta dei famigliari
- o sia accompagnata da dettagliata prescrizione medica

La normativa citata tutela e promuove la salute, la sicurezza ed il benessere e dei bambini, senza riferimenti chiari agli operatori di questo comparto scolastico; vediamo quindi a quale normativa possiamo fare riferimento per valutare i rischi lavorativi dei nostri operatori al fine di provvedere alla loro sicurezza e alla tutela della loro salute.

NORMATIVA IN TEMA DI SALUTE E SICUREZZA

Il Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n°81: "Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n°123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" si applica a tutti i settori di attività, a tutti i fattori di rischio e per la tutela di tutti i lavoratori.

Il nuovo testo unico identifica la scuola non solo come luogo di lavoro, ma ad essa assegna un ruolo attivo nella promozione della cultura della prevenzione e di valorizzazione del lavoro e della sua sicurezza nel solco già tracciato dal D. Lgs n. 626/94.

Lo stesso T.U. inoltre, è stato integrato e corretto dal D.Lgs 3 agosto 2009 n. 106: "Disposizioni integrative e correttive del D.Lgs 9 aprile 2008 n. 81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".

Occorre ricordare che già l'art. 1, comma 2 del D.Lgs. 626/94 prevedeva che: "nei riguardi ... degli istituti di istruzione ed educazione di ogni ordine e grado ... le norme del presente decreto sono applicate tenendo conto delle particolari esigenze connesse al servizio espletato, individuate con decreto del Ministro competente di concerto con i ministri del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e della funzione pubblica".

In attuazione di questa disposizione sono stati promulgati e recepiti dal D. Lgs. 81/08 e s.m.i., per il comparto della Scuola, le seguenti disposizioni:

- DECRETO MINISTERIALE N° 382 DEL 29/09/1998; "Regolamento recante norme per l'individuazione delle particolari esigenze negli istituti di istruzione ed educazione di ogni ordine e grado, ai fini delle norme contenute nel decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modifiche ed integrazioni (oggi D.Lgs.81/08)" pubblicato su G. U. n° 258 del 04/11/1998

Relazione presentata al
XXIII Congresso Nazionale ANMA
Venezia - 10/12 giugno 2010

- CIRCOLARE MINISTERIALE N. 119 - Prot. n. D11/1646 del 29 aprile 1999: “Decreto legislativo 626/94 e successive modifiche e integrazioni - D.M. 382/98: Sicurezza nei luoghi di lavoro - Indicazioni attuative”.

ASPETTI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

IL DATORE DI LAVORO NELLA SCUOLA

Per quanto riguarda la scuola il D.M. 292/96 chiarisce che il datore di lavoro è il dirigente scolastico in quanto, come si evince anche dal nuovo T.U. art. 2, c. 1, lett. b “esercita i poteri decisionali e di spesa”. Nelle scuole statali, tuttavia, il Capo d’Istituto non ha il potere di realizzare gli interventi di manutenzione strutturali, di cui eventualmente necessitano gli edifici forniti dagli Enti Locali che, pertanto, devono provvedere anche alla loro manutenzione (D. Lgs 81/08, art.18, c. 3).

DELEGA DI FUNZIONI

La delega di funzioni in materia di tutela della salute e della sicurezza è ammessa solo nei limiti e condizioni previsti dal D. Lgs n. 81/08, art. 16 comma 1, lettere a), b), c), d), ed e). Alla delega deve essere data adeguata pubblicità ed essa non esclude il datore di lavoro dall’obbligo della vigilanza in ordine alle funzioni trasferite. Il D. Lgs 106/2009 aggiunge al succitato articolo il comma 3 bis secondo cui “Il soggetto delegato può, a sua volta, previa intesa con il datore di lavoro, delegare specifiche funzioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro alle medesime condizioni di cui ai commi 1 e 2. La delega di funzioni di cui al primo periodo non esclude l’obbligo di vigilanza in capo al delegante in ordine al corretto

espletamento delle funzioni trasferite. Il soggetto al quale sia stata conferita la delega di cui al presente comma, non può, a sua volta, delegare le funzioni delegate”.

RAPPORTO CON GLI ENTI LOCALI

- Il DM 382/98 (che ha stabilito il regolamento di attuazione del D. Lgs 626/94 nella scuola) richiama in diversi articoli il raccordo tra istituti scolastici ed enti locali.
- Art 5, comma 1: “il datore di lavoro, ogni qualvolta se ne presentino le esigenze, deve richiedere agli Enti Locali la realizzazione degli interventi a carico degli stessi (ai sensi del D. Lgs 626/94, art.4, comma 12 ora art.18, comma 3 del D. Lgs 81/08). Con tale richiesta si intende assolto l’obbligo di competenza del datore di lavoro medesimo ...”;
 - Art 5, comma 2: “nel caso in cui il datore di lavoro, sentito il RSPP, ravvisi grave ed immediato pregiudizio alla sicurezza ed alla salute dei lavoratori e degli allievi, adotta ogni misura idonea a contenere o eliminare lo stato di pregiudizio, informandone Contemporaneamente l’Ente locale per gli adempimenti d’obbligo”.

È quindi evidente che il rapporto con gli Enti Locali e la collaborazione con le parti sociali sono importanti e riguardano non solo la fornitura degli edifici ma anche la gestione stretta della sicurezza e dell’igiene dei luoghi di lavoro e di studio e in particolare:

1. organizzare il servizio di Prevenzione e Protezione;
2. valutare del rischio;
3. richiedere la realizzazione degli interventi per eliminare i rischi presenti;
4. gestire le situazioni di pericolo immediato.

Sarebbe quindi auspicabile un coordinamento permanente tra Istituti Scolastici ed Enti Locali che permetta di affrontare in modo razionale e sinergico gli obblighi

previsti, considerando anche le scarse risorse disponibili.

DIRIGENTE SCOLASTICO RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE

Il Dirigente Scolastico (Datore di Lavoro ex D. Lgs 81/08, art. 2, comma 1, lett. b) può assumere direttamente il ruolo di Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione - RSPP sempre che il numero dei dipendenti (esclusi gli studenti e compresi insegnanti, personale ausiliario, personale di segreteria, ecc) non superi le 200 unità (D. Lgs 81/08, art. 34 e all. II).

RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE - RSPP

Per quanto riguarda l’organizzazione interna della sicurezza nei singoli istituti scolastici, il T.U. (art. 32) recepisce quanto previsto dalla circolare del MIUR 119/99, secondo cui il Dirigente Scolastico che non opta per lo svolgimento diretto dei compiti propri del RSPP, designa il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione tra il personale del proprio istituto oppure di quello appartenente ad altri istituti. Se non reperibili nel sistema scuola, gruppi di istituti possono avvalersi di un unico esperto esterno, individuato attraverso convenzione in via prioritaria con gli enti locali proprietari degli edifici scolastici e, in subordine, con enti o istituti specializzati in materia di salute e sicurezza sul lavoro o liberi professionisti (D.M. n. 382 del 29.9.98, art. 2, comma 4). Nel caso di nomina di RSPP esterni alla scuola, il Dirigente Scolastico dovrà comunque organizzare un Servizio interno “con un adeguato numero di addetti”.

ADDETTI AL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE - ASPP

Il D. Lgs. 195/2003 (vedi inquadramento legislativo lettera F) prevede, come per il RSPP, una formazione specifica per coloro che vengono nominati addetti al Servizio di Prevenzione e Protezione. Nella difficoltà attuale di nominare gli addetti secondo il D.Lgs. 195/2003 e ribadendo l’importanza di un Servizio di Prevenzione e Protezione formato oltre che dal suo responsabile anche da altre figure (es. Coordinatori delle emergenze - prevenzione incendi e pronto soccorso, Direttori di laboratorio, Coordinatori degli insegnanti di sostegno, Coordinatori dei tutor per i progetti scuola lavoro, Responsabile ufficio tecnico, ecc...) è opportuno che vengano individuati “collaboratori” interni alla scuola.

MEDICO COMPETENTE

Il Medico Competente è il medico nominato dal datore di lavoro che inserito nel contesto aziendale per il perseguimento delle finalità generali dell’impresa, attraverso la specifica conoscenza dell’organizzazione aziendale, collabora con il Datore di Lavoro all’attuazione di quanto necessario affinché l’attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute dei lavoratori e per la piena applicazione delle politiche aziendali di tutela della sicurezza e salute dei lavoratori. A tal fine il medico che opera in azienda è uno specialista esperto in Medicina del Lavoro la cui “competenza” è caratterizzata da una specifica cultura, esperienza e responsabilità professionale. L’attività del Medico Competente è svolta secondo i principi della medicina del lavoro e del codice etico della Commissione internazionale di salute occupazionale (ICOH) nonché del codice etico dell’Associazione Nazionale Medici d’Azienda e Competenti (ANMA) (articolo 39 comma 1 D.Lgs. 81/08). Il Medico Competente collabora inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di «promozione della salute» eventualmente concordati con il Datore di Lavoro, secondo i principi della responsabilità sociale dell’azienda (articolo 25 comma 1 lettera a) ultimo capoverso D.Lgs. 81/08). Il Medico Competente è un componente attivo del Servizio di Prevenzione e Protezione, nel quale opera a pieno titolo, secondo le proprie specifiche competenze professionali, operando in scienza e coscienza e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati, nel rispetto degli indirizzi e linee guida espressi dagli Enti Istituzionali e dalle associazioni professionali (articolo 25 comma 1 lettera b) D.Lgs. 81/08). Il Medico Competente risponde del proprio operato al Datore di Lavoro, che gli assicura le condizioni necessarie per lo svolgimento di tutti propri compiti, garantendone la piena autonomia (articolo 39 comma 4 D.Lgs. 81/08). A tal fine, il Datore di Lavoro fornisce al Medico Competente e gli garantisce il pieno accesso a tutte le informazioni in merito alla natura dei rischi, all’organizzazione del lavoro, alla programmazione e all’attuazione delle misure preventive e protettive, alla descrizione degli impianti e dei processi produttivi, agli infortuni sul lavoro e quelli relativi alle malattie professionali, ai provvedimenti adottati dagli organi di vigilanza (articolo 18 comma 2 D.Lgs. 81/08). Il Medico Competente si impegna a mantenere il più rigoroso segreto professionale su tutte le notizie aziendali di cui viene in possesso nell’ esercizio delle proprie funzioni se e quando tali notizie sono ritenute riservate o se comunque la

Tabella 1 - Compiti del Datore di Lavoro-Dirigente Scolastico:
<u>Vasluta i rischi</u>
Elabora un documento che contenga la valutazione dei rischi, indicando i criteri seguiti, le misure di prevenzione e protezione adottate e il programma delle misure da adottare (evidenziando specificità e limiti temporali delle attività svolte dagli allievi)
Richiede all’ente gestore o proprietario dell’immobile la realizzazione degli interventi assolvendo agli obblighi relativi agli <u>interventi strutturali e di manutenzione</u>
Designa il Responsabile e i componenti SPP, l’eventuale medico competente, le “figure sensibili”, gli eventuali preposti
Fornisce ai lavoratori e allievi equiparati gli eventuali DPI
Adotta ogni altra forma di protezione
Assicura l’attività di in-formazione verso personale e allievi
Consulta il RLS, o, in sua assenza, il RSA
Organizza il sistema per le emergenze

loro comunicazione non autorizzata a terzi può costituire un danno per l'azienda stessa, fatti salvi, ovviamente, gli specifici obblighi di legge. Il Datore di Lavoro richiede al Medico Competente l'osservanza degli obblighi previsti a suo carico dall'attuale normativa e vigila che ciò avvenga, anche mediante audit e controlli specifici, nel rispetto del segreto professionale e delle norme di tutela della privacy (D.Lgs. 196/03). Il Medico Competente collabora al processo di vigilanza, fornendo tutte le informazioni necessarie.

LAVORATORE

È la persona che presta il proprio lavoro alle dipendenze di un datore di lavoro. Sono lavoratori equiparati:

- i soci lavoratori di cooperative o di società, anche di fatto;
- gli utenti dei servizi di orientamento o di formazione scolastica, universitaria e professionale avviati presso datori di lavoro;
- gli allievi degli istituti di istruzione ed universitari ed i partecipanti ai corsi di formazione professionali nei quali si faccia uso di laboratori, macchine, apparecchi ed attrezzature di lavoro in genere, agenti chimici, fisici e biologici.

I compiti dei lavoratori sono:

- utilizzare correttamente i macchinari, gli impianti, le sostanze, i mezzi di trasporto e non rimuovere o modificare i dispositivi di sicurezza, di segnalazione e di controllo;
- non compiere di propria iniziativa operazioni pericolose per la propria od altrui sicurezza;
- utilizzare correttamente i dispositivi di protezione individuale;
- segnalare immediatamente condizioni di pericolo;
- sottoporsi ai controlli sanitari.

ALLIEVI

Il DM 382/98 puntualizza che l'equiparazione degli allievi a lavoratori sussiste solo in relazione alla frequenza ed all'uso dei laboratori appositamente attrezzati, dove gli allievi stessi possono essere esposti ad agenti chimici, fisici e biologici oppure utilizzano macchine, apparecchiature e strumenti di lavoro in genere, compresi i computer. Non si pone il caso negli asili nido e nelle scuole per l'infanzia.

RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA - RLS
Quello del Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza

za è una ruolo organizzativo rivestito da persona o persone elette o designate dai lavoratori, in tutte le aziende o unità produttive, per rappresentare i lavoratori relativamente agli aspetti della salute e della sicurezza durante il lavoro. Il RLS quindi rientra tra i diritti dei lavoratori e non rappresenta un dovere del datore di lavoro: nelle situazioni in cui i lavoratori non hanno provveduto alla sua elezione/designazione, il datore di lavoro non dovrà prendere alcun provvedimento. Il mandato organizzativo del RLS comprende i seguenti compiti:

- accedere ai luoghi di lavoro in cui si svolgono le lavorazioni;
- raccogliere dai lavoratori le indicazioni di problemi concernenti la salute e la sicurezza, discutendone possibili soluzioni (diventare animatori di sicurezza);
- essere consultato sulla valutazione dei rischi, l'individuazione, la programmazione, la realizzazione e verifica delle misure di prevenzione;
- essere consultato sulla designazione degli addetti al servizio di prevenzione e protezione e degli addetti alle emergenze e al pronto soccorso;
- promuovere l'elaborazione, l'individuazione e l'attuazione delle misure di prevenzione idonee a tutelare la salute e l'integrità fisica dei lavoratori;
- fare proposte in merito all'attività di prevenzione;
- partecipare alla riunione periodica;
- ricevere (e interpretare correttamente) le informazioni e la documentazione aziendale sulla valutazione dei rischi e le misure di prevenzione, sulle sostanze pericolose, le macchine, gli impianti, l'organizzazione e gli ambienti di lavoro, gli infortuni e le malattie professionali;
- ricevere (e interpretare correttamente) le informazioni dai servizi di vigilanza;
- ricorrere alle autorità quando ritiene che le misure adottate non siano idonee a garantire la sicurezza e la salute.

Al fine di espletare tali compiti deve disporre del tempo e dei mezzi necessari allo svolgimento dell'incarico senza perdita di retribuzione. Il numero minimo di RLS da eleggere/designare è correlato al numero di dipendenti

IL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI

Il Datore di Lavoro (Dirigente Scolastico) provvede alla redazione del Documento di Valutazione dei Rischi ex art. 28 avvalendosi della collaborazione del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione. E' auspi-

Tabella 2

Rischi per la sicurezza	Rischi per la salute	Rischi trasversali
strutture	agenti fisici	organizzazione del lavoro
macchine	agenti chimici	fattori psicologici
impiego di sostanze pericolose	agenti biologici	fattori ergonomici
incendio-esplosione		condizioni di lavoro difficili

cabile che il Dirigente Scolastico nella fase di valutazione dei rischi si avvalga della collaborazione di un Medico Competente. Contenuti formali e fondamentali del DVR sono: relazione sulla valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, criteri adottati per la valutazione, misure di prevenzione e protezione individuate per eliminare o ridurre tali rischi, programma di attuazione di tali misure comprendente le priorità con cui esse devono essere attuate ed i tempi per la loro attuazione, indicazione del nominativo del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza e del medico competente.

FORMAZIONE DEI LAVORATORI

I lavoratori devono essere adeguatamente informati, formati ed addestrati ex art. 36, 37 del D. Lgs 81/08. La formazione deve essere oggetto di programmazione e aggiornamento periodico, e deve avvenire:

- all'assunzione;
- al cambio mansione o qualora cambino i rischi per la salute e la sicurezza presenti in ambiente di lavoro (art. 37, c. 4, D. Lgs 81/08).

I bisogni formativi sono connessi all'esigenza di apprendere lo svolgimento corretto della mansione assegnata, ma anche di saper adottare comportamenti adeguati in tutte le situazioni critiche (es. rilascio di sostanze nocive in laboratorio) che potrebbero verificarsi nel corso dell'attività di lavoro, nonché le azioni da attuare per contenere eventuali incendi o altri tipi di eventi. La informazione dei lavoratori va effettuata durante l'orario di lavoro e non deve comunque comportare oneri economici per i lavoratori.

TUTELA DELLA SALUTE

RISCHIO BIOLOGICO

L'attività lavorativa nella scuola non è riportata nell'allegato XLIV del D. Lgs 81/08, ove sono esemplificate attività lavorative a rischio biologico.

Negli asili nido e nelle scuole dell'infanzia, tuttavia, il pericolo biologico può porsi come potenziale rischio connesso all'assistenza ai bambini in età prescolare potenzialmente infettivi ovvero a possibili contatti con materiali biologici. Nelle prossime relazioni verranno meglio definiti i rischi per la salute ed i relativi programmi di Sorveglianza Sanitaria; al fine di prevenire la diffusione di malattie infettive si ricorda, peraltro che la normativa regionale sancisce l'obbligo periodico di controlli igienico sanitari e di sanificazione degli ambienti prevedendone il controllo in capo ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL.

RISCHIO CHIMICO

La valutazione del rischio chimico deve essere effettuata ogniqualvolta vi sia impiego di agenti chimici e deve essere riferita alle figure esposte. Nella scuola ciò accade principalmente in due diverse situazioni:

- a. operazioni di pulizia, in riferimento ai collaboratori scolastici
- b. esperienze di laboratorio, in riferimento ad insegnanti d'aula e tecnico pratici, assistenti e studenti

RISCHIO MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI ANIMATI

Il D. Lgs 81/08 (Titolo VI e Allegato XXXIII) affronta la valutazione del rischio da movimentazione manuale che in ambiente scolastico va riferito a due diverse tipologie di carichi:

- carichi inanimati: oggetti ed attrezzature di qualsiasi tipo in tutte le scuole di ogni ordine e grado. Di norma, i soggetti più esposti sono: personale ausiliario, personale di cucina, personale non docente/collaboratori scolastici.
- carichi animati: (Movimentazione Manuale Bambini): presenza di bambini da 0 a 3 anni negli asili nido e nelle scuole dell'infanzia; presenza di bambini/ragazzi diversamente abili e/o non in grado di deambulare autonomamente in tutte le scuole di ogni ordine e grado. Di norma, i soggetti più esposti

sono: insegnanti/educatrici, insegnanti di sostegno e personale ausiliario.

Le due diverse tipologie di rischio richiedono l'utilizzo di differenti metodiche di analisi per le quali si rimanda alle relazioni tematiche.

RISCHIO DA VIDEOTERMINALI - POSTAZIONE DI LAVORO

Le segreterie scolastiche sono certamente interessate da tale tipologia di rischio per cui le postazioni di lavoro ivi presenti devono essere conformi.

Nelle aule di Informatica le postazioni ai VDT in un'aula di informatica non vengono considerate vere postazioni di lavoro e non è possibile pretenderne la perfetta ergonomicità.

RISCHIO RUMORE

L'inquinamento acustico in ambiente scolastico non ha in genere caratteristiche di continuità e di elevata intensità e, quando presente, è attribuibile a fattori esterni (es. localizzazione della scuola in zone urbane particolarmente rumorose) e/o a fattori interni (es. affollamento di aule e/o spazi comuni in rapporto a "esuberanti" comportamenti degli studenti). Va comunque sottolineato che il rumore in questo conte-

sto non si qualifica come rischio specifico, quanto piuttosto come potenziale rischio aspecifico o generico che, tuttavia, può determinare in talune circostanze condizioni di disagio e possibili effetti negativi sulla salute. Le condizioni di disagio sono riconducibili al disturbo della comunicazione verbale, con un effetto di distrazione o di "stress" da aumentata richiesta di impegno cognitivo, sia per gli insegnanti che per gli studenti e con limiti sull'apprendimento per questi ultimi, in particolare se di lingua straniera già affetti da deficit uditivi. Una buona comunicazione verbale, cioè una condizione in cui l'ascoltatore sia in grado di percepire il 90% delle sillabe ed il 97% delle frasi, richiede che il livello del discorso percepito dall'orecchio sia almeno 10 dB superiore a quello dell'ambiente circostante. In termini di effetti sulla salute non sembrano trascurabili, per gli insegnanti, i disturbi alle corde vocali che sembrano manifestarsi con significativa frequenza indotti da un uso continuo e, in caso di sovraccarico acustico, forzato della propria voce. La rumorosità nella scuola è quindi da collegare allo scarso isolamento nei confronti dell'esterno e a fenomeni di riverbero, aspetti già considerati nel D.M. 12 dicembre 1975 sull'edilizia scolastica, che rimandava alla circolare n. 1769/66 del Ministero del Lavoro.

RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO

L'articolo 28, comma 1 del Testo Unico obbliga chiaramente il datore di lavoro a valutare il rischio stress lavoro correlato

Il Testo Unico infatti, dopo la sentenza della Corte Di Giustizia Europea del 2001 e l'accordo Europeo dell'ottobre 2004 sul lavoro stress correlato (stress work related), sancisce "l'obbligo non delegabile" da parte del datore di lavoro alla valutazione di tutti i rischi che minano la salute e la sicurezza dei lavoratori "...ivi compresi quelli stress-lavoro correlato".

Il D.Lgs. 106/2009 aggiunge, al succitato art. 28, il comma 1 bis sulla base del quale "La valutazione dello stress lavoro correlato è effettuata nel rispetto delle indicazioni di cui all'art. 6, comma 8, lett. M quater, e il relativo obbligo decorre dalla elaborazione delle predette indicazioni e comunque, anche in difetto di tale elaborazione, a fare data dal 1 agosto 2010".

Tutte le indagini fin qui condotte concordano sul fatto che la scuola rappresenta uno degli ambienti di lavoro più soggetti a vari stressors che, per la relazione prolungata ed intensiva con gli alunni, interessano la dirigenza scolastica, il corpo insegnanti e non ultimo la famiglia degli alunni stessi.

SORVEGLIANZA SANITARIA

Ai sensi dell'art. 41 del D. Lgs. 81/08 La sorveglianza sanitaria è effettuata dal medico competente e comprende le seguenti tipologie di visita:

- a) visita medica preventiva al fine di valutare la idoneità alla mansione specifica del lavoratore;
 - b) visita medica periodica per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica. La periodicità di tali accertamenti, qualora non prevista dalla relativa normativa, viene stabilita, di norma, in una volta l'anno. Tale periodicità può assumere cadenza diversa, stabilita dal medico competente in funzione della valutazione del rischio. L'organo di vigilanza, con provvedimento motivato, può disporre contenuti e periodicità della sorveglianza sanitaria differenti rispetto a quelli indicati dal medico competente;
 - c) visita medica su richiesta del lavoratore, qualora sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica;
 - d) visita medica in occasione del cambio della mansione onde verificare l'idoneità alla mansione specifica;
 - e) visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti dalla normativa vigente.
- e-bis) visita medica preventiva in fase preassuntiva
e-ter) visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione.

2-bis. Le visite mediche preventive possono essere svolte in fase preassuntiva, su scelta del datore di lavoro, dal medico competente o dai dipartimenti di prevenzione delle ASL. La scelta dei dipartimenti di prevenzione non è incompatibile con le disposizioni dell'articolo 39, comma 3.

4. Le visite mediche di cui al comma 2, a cura e spese del datore di lavoro, comprendono gli esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio ritenuti necessari dal medico competente. Nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, le visite di cui al comma 2, lettere a), b), d), e-bis) e e-ter) sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti.

4-bis. Entro il 31 dicembre 2009, con accordo in Conferenza Stato-regioni, adottato previa consultazione delle parti sociali, vengono rivisitate le condizioni e le

modalità per l'accertamento della tossicodipendenza e della alcol dipendenza.

5. Gli esiti della visita medica devono essere allegati alla cartella sanitaria e di rischio di cui all'articolo 25, comma 1, lettera c), secondo i requisiti minimi contenuti nell'Allegato 3A e predisposta su formato cartaceo o informatizzato, secondo quanto previsto dall'articolo 53.
6. Il medico competente, sulla base delle risultanze delle visite mediche di cui al comma 2, esprime uno dei seguenti giudizi relativi alla mansione specifica:
 - a) idoneità;
 - b) idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;
 - c) inidoneità temporanea;
 - d) inidoneità permanente.
- 6-bis. Nei casi di cui alle lettere a), b), c) e d) del comma 6 il medico competente esprime il proprio giudizio per iscritto dando copia del giudizio medesimo al lavoratore e al datore di lavoro.
7. Nel caso di espressione del giudizio di inidoneità temporanea vanno precisati i limiti temporali di validità.
8. Dei giudizi di cui al comma 6, il medico competente informa per iscritto il datore di lavoro e il lavoratore.
9. Avverso i giudizi del medico competente, ivi compresi quelli formulati in fase preassuntiva, è ammesso ricorso, entro trenta giorni dalla data di comunicazione del giudizio medesimo, all'organo di vigilanza territorialmente competente che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso

La presenza del medico competente è obbligatoria solo nei casi in cui vi sia necessità di sorveglianza sanitaria per i lavoratori, necessità che scatta qualora dalla valutazione emerga l'esposizione a determinati rischi.

A questa indicazione prevalente si sovrappone la necessità citata in altre parti del Decreto che il MC partecipi alla valutazione del rischio.

La Sorveglianza Sanitaria si attua per la presenza dei seguenti rischi:

- 1) **Movimentazione manuale dei carichi:** vi potrebbero essere esposti gli addetti alla pulizia o alla cucina, ma anche gli educatori degli asili nido.
- 2) **Esposizione a VDT:** potrebbero essere esposti a questo rischio figure amministrative, docenti e studenti che utilizzano laboratori di informatica.
- 3) **Rischio chimico:** possibili esposti potrebbero essere personale docente e tecnico, studenti che frequentano laboratori in cui si utilizzano agenti chimici, personale che per qualsiasi ragione è esposto ad agenti chimici.



4) **Rischio rumore:** ipoteticamente in laboratori in cui si utilizzano attrezzature e macchine rumorose vi possono essere dipendenti o studenti esposti a rumore elevato.

5) **Rischio biologico:** si tratta sempre di rischio occasionale, perché generalmente nelle scuole non si fa uso deliberato di agenti biologici, con l’eventuale eccezione dei laboratori di microbiologia. Nella quasi totalità dei casi non occorre alcuna sorveglianza sanitaria, mentre sarà utile prevedere misure igieniche idonee, e in qualche caso, profilassi vaccinale.

Inoltre, nella scuola vi possono essere presenti altri rischi, quali ad esempio lo sforzo vocale degli insegnanti o condizioni di stress mentale, che si ritiene debbano essere affrontati dal punto di vista organizzativo e formativo e non solo sanitario.

Si osserva inoltre che la valutazione di tutti i rischi lavorativi per la salute e la sicurezza deve comprendere anche quelli riguardanti “gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari”. Ci si riferisce nello specifico soprattutto alla condizione di gravidanza che può rappresentare uno stato incompatibile con l’esposizione ad alcuni rischi lavorativi presenti nella scuola o comunque necessitare di particolari misure preventive. La normativa particolare al riguardo (D.Lgs. 151/01) prevede una valutazione “specificata” dei rischi lavorativi e alcuni divieti di esposizione (movimentazione manuale dei carichi, postura eretta prolungata, esposizione ad agenti biologici e chimici pericolosi per la gravidanza, ...). È il datore di lavoro che, venendo a conoscenza dello stato di gravidanza di una lavoratrice, sulla base della valutazione specifica già effettuata, deve prendere i provvedimenti conseguenti compresa, qualora necessario, la richiesta di interdizione anticipata del lavoro motivata dall’inadeguatezza della condizione lavorativa e dall’impossibilità organizzativa di adeguarla.

LAVORO MINORILE

Non si applica alle scuole nella fascia 0-6 anni la normativa relativa al Lavoro minorile:
Circolare n. 1 del 5 Gennaio 2000: “Lavoro minorile - Decreto legislativo 4 agosto 1999, n. 345 - Prime direttive applicative” in merito alle lavorazioni vietate ...
DLgs 4 agosto 1999, n. 345: “deroga ai suddetti divieti per scopi didattici e di formazione professionale”.
D. Lgs n. 262 del 18 agosto 2000: “Disposizioni integrative e correttive del Decreto legislativo 4 agosto 1999, n. 345 in materia di protezione dei giovani sul lavoro, a norma dell’art. 1, comma 4, della legge 24 aprile 1998, n. 128”.

PRIMO SOCCORSO

Il Decreto Ministeriale n° 388 del 15/07/2003: “Regolamento recante disposizioni sul primo soccorso aziendale”

è entrato in vigore il 3 febbraio 2005 ed ha abrogato il Decreto del 1958. Ad esso rimanda il D. Lgs 81/08 art 45 c 2.

Le Scuole, sulla base della classificazione prevista dal D. M. 388/03 ai fini della organizzazione del primo soccorso, sono inserite nelle aziende del gruppo B avendo, generalmente, un numero di dipendenti superiore a 3. Le Scuole devono nominare gli addetti al primo soccorso che devono essere formati secondo le modalità individuate dall’allegato 4 del decreto stesso.

Nello specifico i requisiti e la formazione degli addetti al pronto soccorso possono così riassumibili:

- corso di 3 moduli da 4 ore ciascuno = totale 12 ore (di cui 8 teoriche e 4 pratiche);
 - il modulo di 4 ore di pratica va ripetuto ogni 3 anni;
- Si puntualizza che la responsabilità della formazione dei lavoratori addetti al pronto soccorso è posta in carico a “personale medico” che opera, ove possibile, in collaborazione, con il sistema di emergenza del servizio sanitario regionale (118), garantendone l’efficacia.

PREVENZIONE INCENDI

CERTIFICATO DI PREVENZIONE INCENDI (CPI) E DOCUMENTO DI VALUTAZIONE RISCHIO INCENDI AI SENSI DEL D.M. 10.3.9816

Criteri di sicurezza antincendio negli edifici scolastici di qualsiasi tipo, ordine e grado, per tutelare l’incolumità delle persone e i beni, contro il rischio di incendio

PREVENZIONE INCENDI NEI SERVIZI EDUCATIVI DELLA PRIMA INFANZIA

Sulla base dell’inquadramento legislativo, sono classificati luoghi a rischio di incendio elevato i locali nei quali “le limitazioni motorie delle persone presenti rendono difficoltosa l’evacuazione in caso di incendio” “indipendentemente dalla presenza di sostanze infiammabili e dalla facilità di propagazione della fiamma” (DM 10/03/98).

La circolare del Ministero dell’interno n. 4 del 1 marzo 2002 al paragrafo 5.3 equipara i bambini a persone con disabilità motorie (oltre che percettive del pericolo) ai fini della evacuazione in caso di incendio. Secondo il D.M. 10.03.98 “Una categoria di rischio elevata può essere ridotta se il processo di lavoro è gestito accuratamente e le vie di esodo sono protette contro l’incendio”.

Dal quadro normativo si evince che i nidi di per sé sono luoghi a rischio elevato sebbene sia possibile un declassamento con adeguate misure tecniche, procedu-

Tabella 3

NIDO	SCUOLA DELL'INFANZIA
EDUCATRICI Rischio infettivo Movimentazione carichi >5 Kg Stazione eretta	INSEGNANTI 3 -4 anni: Rischio infettivo Movimentazione carichi >5 Kg Stazione eretta 5 - 6 anni: Posture incongrue Rischio infettivo
PERSONALE DI ASSISTENZA Rischio infettivo Movimentazione carichi >5 Kg Stazione eretta	COLLABORATRICI SCOLASTICHE Movimentazione carichi >5 Kg Stazione eretta Utilizzo di scale a pioli
CUOCA - AIUTO CUOCA Movimentazione carichi >5 Kg Stazione eretta	CUOCA - AIUTO CUOCA Movimentazione carichi >5 Kg Stazione eretta
	AUTISTA SCUOLABUS Vibrazioni

rali e organizzative e da questo deriva la possibilità di vincoli meno stringenti ma comunque perentori.

LAVORATRICI MADRI

D.Lgs. n° 151 del 26/03/2001: “Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell’articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53”

La valutazione dei rischi deve prevedere una specifica valutazione per la lavoratrici madri in quanto il cambio di mansione, l’anticipazione o il prolungamento dell’astensione obbligatoria sono presi in considerazione proprio sulla base della valutazione dei rischi per la tutela delle lavoratrici madri.

Figure analoghe che svolgono attività a rischio da valutare in modo specifico sono, ad esempio, insegnanti di asili nido e scuole dell’infanzia, insegnanti di sostegno con alunni “problematici”, di educazione fisica, ecc. Gli aspetti principali della normativa vigente sono contenuti nel decreto legislativo n. 151 del 26.03.01 i cui articoli di maggior riferimento sono:

Art. 11. Valutazione dei rischi.

1. Fermo restando quanto stabilito dall’articolo 7, commi 1 e 2, il datore di lavoro, nell’ambito ed agli effetti della valutazione di cui all’articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni, (oggi art. 28 comma 1 D. Lgs 81/08) valuta i rischi per la sicurezza e la salute delle lavoratrici, in particolare i rischi di esposizione ad agenti fisici, chimici o biologici ..., nel rispetto delle linee direttrici elaborate dalla Commissione dell’Unione Europea, individuando le misure di prevenzione e protezione da adottare.

2. L’obbligo di informazione stabilito dall’articolo 21 del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni (oggi art. 18 comma 1 lett. l D. Lgs 81/08), comprende quello di informare le lavoratrici ed i loro rappresentati per la sicurezza sui risultati della valutazione e sulle conseguenti misure di protezione e di prevenzione adottate.

Art. 12. Conseguenze della valutazione (Decreto Legislativo 25 novembre 1996, n. 645, art. 5).

1. Qualora i risultati della valutazione di cui all’articolo 11, comma 1, rivelino un rischio per la sicurezza e la salute delle lavoratrici, il Datore di Lavoro adotta le misure necessarie affinché l’esposizione al rischio delle lavoratrici sia evitata, modificandone temporaneamente le condizioni o l’orario di lavoro.
2. Ove la modifica delle condizioni o dell’orario di lavoro non sia possibile per motivi organizzativi o produttivi, il Datore di Lavoro applica quanto stabilito dall’articolo 7, commi 3, 4 e 5, dandone contestuale informazione scritta al servizio ispettivo del Ministero del lavoro competente per territorio, che può disporre l’interdizione dal lavoro per tutto il periodo di cui all’articolo 6, comma 1, in attuazione di quanto previsto all’articolo 17.
3. Le disposizioni di cui ai commi 1 e 2 trovano applicazione al di fuori dei casi di divieto sanciti dall’articolo 7, commi 1 e 2.

Nella tabella 3 sono indicati i principali fattori di rischio, presenti nelle scuole, che potrebbero motivare l’astensione anticipata di gravidanza e, successivamente, quelli che motivano l’astensione protratta a 7 mesi dopo il parto.

DIVIETO DI ASSUNZIONE DI ALCOL

Nell’ambito degli obblighi riferiti alla Sorveglianza Sanitaria, il comma 4 dell’art. 41 del D. Lgs. 81/08 dispone che: “Le visite mediche di cui al comma 2, a cura e spese del datore di lavoro, comprendono gli esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio ritenuti necessari dal medico competente. Nei casi ed alle condizioni previste dall’ordinamento, le visite di cui al comma 2 sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti”. La normativa di riferimento è costituita dalla **LEGGE 30 Marzo 2001 n°125**: Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati che all’art. 15 contenente le “disposizioni per la sicurezza sul lavoro” prevede che:

1. Nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l’incolumità o la salute dei terzi, individuate con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro della sanità, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e’ fatto divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche.
2. Per le finalità previste dal presente articolo i controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro possono essere effettuati esclusivamente dal medico competente ai sensi dell’articolo 2, comma 1, lettera d), del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni, ovvero dai medici del lavoro dei servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza competenti per territorio delle aziende unità sanitarie locali.
3. Ai lavoratori affetti da patologie alcolcorrelate che intendano accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione presso i servizi di cui all’articolo 9, comma 1, o presso altre strutture riabilitative, si applica l’articolo 124 del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.
4. Chiunque contravvenga alle disposizioni di cui al comma 1 è punito con la sanzione amministrativa consistente nel pagamento di una somma da lire 1 milione a lire 5 milioni.

Le attività lavorative per le quali è previsto il divieto di assunzione di alcol sono indicate nell’allegato 1 del **Provvedimento 16 marzo 2006**: “Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Intesa in materia di indi-

viduazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l’incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell’articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125. Intesa ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. (Repertorio atti n. 2540). (GU n. 75 del 30-3-2006)

Il punto 6 del suddetto elenco indica le “attività di insegnamento nelle scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado”.

Le modalità di esecuzione dei suddetti accertamenti sono oggetto di revisione anche ai sensi del comma 4-bis dell’art. 41 del D.Lgs. 81/08 che dispone: “Entro il 31 dicembre 2009, con accordo in Conferenza Stato-regioni, adottato previa consultazione delle parti sociali, vengono rivisitate le condizioni e le modalità per l’accertamento della tossicodipendenza e della alcol dipendenza”.

BIBLIOGRAFIA

- o Decreto Legislativo n°81 del 9 aprile 2008, Supplemento ordinario alla G.U. n°101 del 30 aprile 2008, attuazione dell’Articolo 1 della Legge n°123 del 3 agosto 2007
- o Decreto Legislativo n°106 del 3 agosto 2009, Supplemento ordinario alla “Gazzetta Ufficiale” n. 180 del 5 agosto 2009, Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro
- o Decreto Ministeriale n°382 del 29 settembre 1998; “Regolamento recante norme per l’individuazione delle particolari esigenze negli istituti di istruzione ed educazione di ogni ordine e grado, ai fini delle norme contenute nel decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modifiche ed integrazioni”. G.U. n°258 del 04/11/1998
- o Circolare Ministeriale n°119 - Prot. n. D11/1646 del 29 aprile 1999: “Decreto legislativo 626/94 e successive modifiche e integrazioni - D.M. 382/98: Sicurezza nei luoghi di lavoro - Indicazioni attuative”.
- o Regione Puglia: “Piano Regionale della Prevenzione”: Progetto “Sicurezza nella Scuola”. Bollettino ufficiale della Regione Puglia n°85 del 12-05-2010
- o Regione Veneto: Legge Regionale n°32 del 23 aprile 1990: “Disciplina degli interventi regionali per i servizi educativi alla prima infanzia: asili nido e servizi innovativi”
- o Regione Liguria: Legge Regionale n°6 del 9 aprile 2009: “Promozione delle politiche per i minori e i giovani”
- o Regione Emilia Romagna: Legge Regionale n°1 del 10 gennaio 2000: “Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia”
- o Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n°151: “Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell’articolo 15 della L. 8 marzo 2000, n. 53 G. U. n. 96 del 26 aprile 2001 - Supplemento Ordinario n. 93
- o Legge 30 marzo 2001, n.125; “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati” G.U. n° 90 del 18 aprile 2001
- o Provvedimento 16 marzo 2006: “Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l’incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell’articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125. Intesa ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 G.U. n. 75 del 30-3-2006
- o Ministero della Salute: Decreto n°388 del 15 luglio 2003: “Regolamento recante disposizioni sul pronto soccorso aziendale, in attuazione dell’articolo 15, comma 3, del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni”. G.U. n. 27 del 3-2-2004



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

Donghi R.,
Amendola P., Pellicciotta G.,
Pierfelice Bertuzzi*

H San Raffaele Resnati spa
Milano

*Fasen S. Donato M.

I PROGRAMMI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: L’ESPERIENZA DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE IN UNA GRANDE AZIENDA

RIASSUNTO

Vengono riassunti i risultati di un intervento di controllo del rischio cardiovascolare, condotti nei confronti dei lavoratori di una grande azienda. Scopo dell’intervento è stato promuovere la cultura della prevenzione dei rischi cardiovascolari, attraverso l’adozione di un corretto stile di vita. Lo studio è stato effettuato su un campione di più di 9000 soggetti lavoratori, prevalentemente di sesso maschile e di età media pari a 47 anni (20,2<x<71,9 anni). La maggior parte di essi risiede in Lombardia, Sicilia e Lazio. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a visita cardiologica, esami di laboratorio mirati, elettrocardiogramma. Per tutti i soggetti è stata effettuata una indagine anamnestica per la definizione delle abitudini di vita. I risultati mostrano per molti dei parametri considerati differenze rilevanti nella popolazione in relazione alle diverse regioni di appartenenza. Sono state rilevate differenze nei parametri ematochimici (profilo lipidico in particolare), nell’indice di massa corporea (BMI) nei valori pressori e nell’abitudine al fumo. Questi risultati concordano con i dati di letteratura e sottolineano l’importanza degli interventi di prevenzione, specie considerando che gli studi epidemiologici documentano la reversibilità del rischio, attraverso la modificazione delle abitudini personali.

SCOPO DEL LAVORO

Nell’ambito di un programma di check-up effettuato nei confronti di una popolazione lavorativa distribuita su tutto il territorio nazionale è stato analizzato il rischio di sviluppare patologie cardiovascolari, ponendo in evidenza, ove possibile, l’entità correlata ai fattori modificabili in particolare legati alle abitudini di area, cioè alle abitudini sociali, culturali, individuali. In aggiunta alla valutazione dei risultati dello screening si è operato al fine di promuovere la cultura della prevenzione dei rischi cardiovascolari attraverso l’adozione di corretti stili di vita.

METODI

Sono stati reclutati su base volontaristica i soggetti impiegati in un’azienda con sedi disseminate su tutto il territorio nazionale nel periodo novembre 2005 - dicembre 2008. La partecipazione alla campagna di screening prevedeva la compilazione di un modulo di adesione da parte di ciascun soggetto, cui venivano comunicate successivamente, data e modalità di effettuazione del check-up. Tutti i soggetti aderenti allo studio sono stati sottoposti a: visita

Tabella 1 - Valutazione del rischio cardiovascolare	
Rilevamento dei dati demografici e intervista anamnestica	Anamnesi patologica in particolare relativa a patologie cardiovascolari
Visita specialistica cardiologica	
Elettrocardiogramma	

Tabella 2 - Parametri di laboratorio esaminati			
Glicemia	Colesterolemia tot. hdl. ldl	Trigliceridemia	Ast-Alt
Uricemia	Omocisteinemia	Emocromo e piastrine	Creatininemia
Azotemia	Fibrinogeno plasmatico	Bilirubinemia tot. e fraz.	Prot C reattiva
Elettroforesi delle proteine plasmatiche			

Tabella 3								
Area di appartenenza			Area di appartenenza			Area di appartenenza		
Area	N°	%	Area	N°	%	Area	N°	%
Lombardia	3398	37.1	Sicilia	2035	22.2	Lazio	921	10.1
Veneto	508	5.6	Puglia	340	3.7	Piemonte	300	3.3
Emilia	246	2.7	Calabria	241	2.6	Marche	240	2.6
Liguria	220	2.4	Campania	194	2.1	Abruzzo	185	2.0
Toscana	164	1.8	Basilicata	114	1.3	Sardegna	46	0.5

cardiologica per la valutazione del rischio cardiovascolare, con il rilievo dei parametri indicati in tabella 1, ad esami di laboratorio, indicati in tabella 2, ed infine ad esame elettrocardiografico basale.

Per la registrazione delle adesioni, delle prenotazioni, accettazione pazienti, programmazione accertamenti, registrazione dei risultati sono stati utilizzati sistemi informatici di supporto, così come per la refertazione degli accertamenti e la loro consegna agli interessati. Tutti i risultati sono stati consegnati ai lavoratori entro i quindici giorni lavorativi successivi alla data dell’ultimo accertamento. Ove necessario è stata effettuata un’apposita comunicazione per il medico curante.

Per ogni soggetto è stata effettuata la valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto, che è un indicatore della probabilità di ammalarsi di un evento cardiovascolare maggiore, conoscendo il livello di alcuni fattori di rischio. È stato calcolato il punteggio individuale, preferendolo alla stima fornita dalle carte del rischio cardiovascolare, dal momento che il punteggio individuale stima la probabilità di un evento, nei dieci anni successivi, considerando i valori di otto fattori di rischio, mentre le carte del rischio cardiovascolare lo esprimono per ciascuna categoria.

RISULTATI

Hanno aderito allo studio 9145 soggetti, in prevalenza di sesso maschile (n=7050, 77,1%), nell’arco di venticinque mesi. L’età media dei soggetti era di 47,6 anni (20,2<x<71,9 anni). Il 74,7% del totale delle persone esaminate è risultato di età compresa nella fascia dai 41 ai 60 anni (n=6829). Le caratteristiche della popolazione in studio sono descritte nella tabella 3. Per alcuni soggetti non è stato possibile completare l’acquisizione dei dati (n=657, 7,2%). L’analisi della loro distribuzione per età, genere e area di appartenenza non è risultata differente da quella degli altri lavoratori. L’analisi è stata ristretta a quella parte di popolazione i cui dati erano completi (n=8495).

La tabella 4 riporta i dati relativi all’età, al peso, altezza, BMI dei soggetti esaminati, stratificati per aree di appartenenza. Tali caratteristiche della popolazione non appaiono distribuite in modo uniforme attraverso le diverse aree geografiche. Ad esempio l’indice di massa corporea è più basso in media in Lombardia. I soggetti dell’area sud ed in particolare in Abruzzo, sono mediamente più anziani. I risultati relativi a colesterolo totale, hdl, trigliceridi, glicemia basale, omocisteinemia, sono riportati in tabella 5 anch’essi suddivisi per area geografica. Anche in questo caso emergono differenze tra le varie regioni.

Tabella 4					
Caratteristiche della popolazione esaminata	Nord est	Nord ovest	Centro	Sud isole	Campione generale
Uomini < 50 aa	48.7	54.5	53.5	57.7	56.9
Uomini > 50 aa	51.3	45.5	46.5	42.3	43.1
Donne < 50 aa	45.3	65.5	53.3	72.4	62.6
Donne > 50 aa	54.7	34.5	46.7	27.6	43.1
Totale < 50 aa	48.3	58.2	53.4	58.6	56.9
Totale > 50 aa	51.7	41.8	46.6	41.4	43.1

Età (Media)	49.01	47.77	48.81	46.54	47.58
Peso (Medio)	79.48	73.87	76.12	80.04	77.13
Statura (Media)	175.10	171.94	173.13	172.44	172.57
BMI (Medio)	25.84	24.71	25.27	26.83	25.74
PA sistolica (Media)	126.42	121.54	124.53	124.43	123.41
PA diastolica (Media)	80.45	77.90	79.07	79.85	78.97

Tabella 5					
Risultati di alcuni parametri di laboratorio	Nord est	Nord ovest	Centro	Sud isole	Campione generale
Colesterolo (Media) totale	210.30	206.37	212.69	205.15	207.29
Colesterolo (Medio) HDL	56.88	56.81	55.36	46.44	52.80
Colesterolo (Media) LDL	127.18	127.91	134.57	131.57	130.39
Trigliceridi (Medio)	131.02	107.99	114.87	136.49	120.90
Glicemia (Media)	93.88	89.23	93.90	96.42	93.88
Prot C reattiva (Media)	2.44	2.81	2.78	2.72	2.75
Omocisteina (Media)	15.79	15.01	14.84	16.80	15.67

Tabella 6					
% elettrocardiogramma alterato	Nord est	Nord ovest	Centro	Sud e isole	Campione generale
Maschi	23	12	10	08	11
Femmine	09	09	10	02	08

La tabella 6 mostra la frazione di elettrocardiogrammi alterati.

È stata calcolata la percentuale di soggetti che presentava congiuntamente più fattori di rischio: alterazione del colesterolo (>200 mg/dl), alterazione della pressione (sistolica e/o diastolica: 140/90 mmHg), alterazione del BMI (obesità >30), fumo (si oppure no). Le combinazioni sono riportate in tabella 7. Una quota rilevante dei soggetti indagati presenta uno o più fattori di rischio, in modo particolare quelli relativi a colesterolo, sovrappeso e pressione arteriosa elevata.

In tabella 8 sono riportati i risultati relativi al calcolo del rischio cardiovascolare, suddivisi per area geografica: lo 0.8% dei soggetti esaminati ha un rischio cardio-

vascolare superiore al 15% (n= 100), lo 0.3% (n=30) ha un rischio superiore al 20%. Sono risultati affetti da sindrome metabolica secondo la definizione del National Institute of Health (2001) 46 soggetti (0,5%). La proporzione dei soggetti con rischio più elevato appare maggiore nelle Regioni del Centro Italia rispetto alle Regioni del Nord Ovest o del Nord Est ed è quasi doppia nelle Regioni del Sud Italia.

CONCLUSIONI E DISCUSSIONE

L’analisi dei dati mostra l’utilità dell’indagine ai fini di porre in evidenza la condizione di rischio cardiovascolare. Per raggiungere lo scopo di una prevenzione effi-

Tabella 7

Soggetti portatori di più fattori di rischio	Nord est	Nord ovest	Centro	Sud e isole	Campione generale
Con almeno 4 fattori di rischio Colesterolo tot > 200 PA > 140/90 BMI > 30 Fumo si	16 (3.2%)	55 (1.6%)	44 (2.9%)	117 (3.8%)	232 (2.7%)
Con almeno 3 fattori di rischio: Colesterolo tot > 200 PA > 140/90 BMI > 25	81 (16.2%)	228 (6.7%)	139 (9.1%)	392 (12.7%)	840 (9.9%)
Con almeno 3 fattori di rischio Colesterolo tot > 200 PA > 140/90 Fumo si	19 (3.8%)	117 (3.5%)	85 (5.6%)	168 (5.5%)	389 (4.6%)
Con almeno 3 fattori di rischio Colesterolo tot > 200 BMI > 25 Fumo si	17 (3.4%)	81 (2.4%)	65 (4.3%)	179 (5.8%)	342 (4%)
Con almeno 3 fattori di rischio PA > 140/90 BMI > 25 Fumo si	41 (8.2%)	166 (4.9%)	111 (7.3%)	325 (10.6%)	643 (7.6%)

Tabella 8

Classi di rischio cardiovascolare	Nord est	Nord ovest	Centro	Sud e isole	Campione generale
< 5%	280 (56%)	2143 (63.1%)	989 (64.9%)	1254 (40.8%)	4666 (54.9%)
5-10%	96 (19.2%)	398 (11.7%)	230 (15.1%)	560 (18.2%)	1284 (15.1%)
11-15%	11 (2.2%)	64 (1.9%)	42 (2.8%)	115 (3.7%)	232 (2.7%)
15-20%	2 (0.4%)	15 (0.4%)	10 (0.7%)	39 (1.3%)	66 (0.8%)
21-30%	0	6 (0.1%)	6 (0.4%)	14 (0.5%)	24 (0.3%)
> 30%	0	1 (0.03%)	0	3 (0.1%)	4 (0.1%)
Non valutabile*	110 (22%)	770 (22.7%)	247 (16.2%)	1092 (35.5%)	2218 (26.1%)

*per soggetti in cui almeno uno dei fattori necessari al calcolo non era disponibile

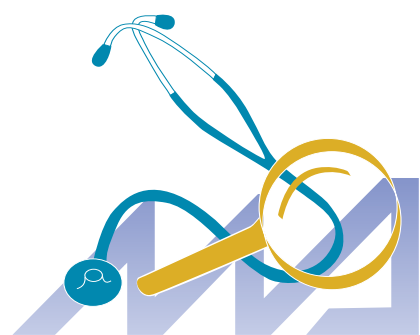
cace è tuttavia importante che, alla raccolta di questi dati, seguano azioni di modifica dei fattori di rischio correggibili (fumo, alimentazione, peso corporeo, pressione sanguigna, parametri di laboratorio etc.). L'efficacia dell'intervento è pertanto legata al fatto che queste iniziative siano a) portate a conoscenza di tutta la popolazione lavorativa per la quale sono state pensate; b) che vi siano azioni di informazione e formazione perché l'adesione a queste campagne di prevenzione sia la più ampia possibile; c) che vi siano interventi di edu-

cazione sanitaria volti a far cessare abitudini di vita non corrette ed a far conoscere adeguati stili di vita. Infine, altrettanto importante è che si possa monitorare nel tempo, attraverso interventi di follow-up che rilevino l'andamento dei dati raccolti, l'effettivo cambiamento della entità del rischio, conseguenza del cambiamento degli stili di vita. Un attore che, in questo processo, non può sottrarsi al suo ruolo è il medico competente, cerniera naturale fra lavoratore e figure datoriali, fra mondo del lavoro e

mondo privato di ciascun soggetto considerato. Quanto previsto, consentito, disposto dal nuovo ordinamento legislativo, consente ormai al medico competente, di superare criticità come quelle relative alla distinzione fra le patologie da lavoro e quelle lavoro correlate, alla liceità degli accertamenti connessi, alla dicotomia nell'utilizzo degli accertamenti finalizzati alla espressione del giudizio di idoneità e di quelli non ad essa finalizzati. Questo stesso studio, condotto in epoca precedente l'emanazione del dlgs 81/08 e delle sue modifiche, non a caso non ha considerato il fattore "mansione". Non dimentichiamo che, per il rischio cardiovascolare in modo particolare, deve essere invece considerata una pericolosità intrinseca della patologia, la persistenza di fattori di rischio professionali non sempre ben definibili, fattori non sempre specifici caratterizzanti la mansione, una significativa variabilità inter individuale e intra individuale dei soggetti. Ma anche solo nell'ambito specifico della promozione al cambiamento degli stili di vita, il medico competente è il riferimento naturale per la raccolta e la gestione dei bisogni di salute che vengono segnalati dalla popolazione lavorativa. Il medico competente è in grado di garantire una risposta efficace ed il coordinamento dell'azione multidisciplinare delle altre professionalità sanitarie (infermieri, psicologi, logopedisti, fisioterapisti, ortottisti, etc.). Inoltre è il medico competente che è in grado di stimolare la partecipazione a questi programmi, degli stessi lavoratori e garantire la loro gestione nel tempo. Appare infatti sempre più necessario passare da interventi spot trasversali istantanei, ad interventi strutturati su archi temporali più lunghi, integrati in progetti di prevenzione ed educazione sanitaria che prevedano la rivalutazione a distanza della loro efficacia.

BIBLIOGRAFIA

AAVV Osservatorio epidemiologico cardiovascolare italiano Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 3): 49S-92S
Adler I, Stratton I. M., Neil H. A. et al (2000). Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): prospective observational study. BMJ 321: 412-419 (in en).
Giampaoli S. et al. iLa carta del rischio cardiovascolare globale Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 3): 177-185
Giampaoli S. et al. L'identificazione degli individui ad elevato rischio coronarico nella popolazione italiana: indicazioni dall'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 3): 1098-1106



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

Luciano Greco
Responsabile
Servizio Sanitario ILVA Taranto

ESPERIENZA DI SCREENING CARDIOVASCOLARE IN UN'INDUSTRIA SIDERURGICA

Si descrive una esperienza di screening cardiovascolare nello Stabilimento ILVA di Taranto, il più grande stabilimento siderurgico a ciclo integrale d'Europa, dove lavorano circa 13.000 dipendenti e si producono circa 10 milioni di tonnellate di acciaio all'anno.

Nel 2007 la direzione dell'Azienda, ha avviato un progetto di promozione della salute che si è concretizzata in un piano di prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Questa iniziativa, presentata ai lavoratori nel dicembre 2007, ha anticipato quanto è stato successivamente espresso nel D.Lgs.81 del 2008.

Si è scelto di attuare uno screening cardiovascolare perché le malattie cardiovascolari rappresentano oggi la principale causa di morte, perché la prevenzione primaria consente di evitare un primo episodio di infarto o di ictus e migliora la prognosi delle sindromi coronariche acute.

Un'altra importante motivazione è il contributo dei fattori di rischio lavorativi che oggi sono chiamati in causa nella patogenesi delle malattie cardiovascolari e dell'aterosclerosi, come l'esposizione a polveri, stress termici e rumore, il lavoro a turni e lo stress lavoro-correlato.

Per attuare il piano di prevenzione delle malattie cardiovascolari si è scelta come partner la Fondazione S. Raffaele - Cittadella della Carità di Taranto.

MATERIALI E METODI

Lo screening è stato proposto nei primi mesi del 2008 a impiegati, quadri e dirigenti dello Stabilimento (tecnici e amministrativi), senza limite di età. L'adesione allo screening è stata esclusivamente volontaria e ha previsto la sottoscrizione di un modulo di consenso.

È stato effettuato al di fuori dell'orario di lavoro ed è stato eseguito dal personale sanitario ILVA e dal team di cardiologia della Fondazione S. Raffaele - Cittadella della Carità di Taranto.

I controlli si sono svolti all'interno della struttura sanitaria ILVA, dotata di un laboratorio analisi, di ambulatori per visite mediche del lavoro e per esami strumentali (ECG, spirometrie, audiometrie).

IL PROGETTO DELLO STUDIO

Il protocollo dello screening si è basato sulla "Carta del Rischio Cardiovascolare" che è inserita nel "Progetto Cuore" dell'Istituto Superiore di Sanità, è disponibile on-line e in base alla presenza di uno o più fattori di rischio, attribuisce una possibilità percentuale di andare incontro ad un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus), nei 10 anni successivi. La conoscenza del rischio individuale consente di intervenire precocemente per ridurre il livello di rischio, attraverso stili di vita sani (smettere di fumare,



alimentazione sana, attività fisica regolare) e/o con terapie per la cura di ipertensione, dislipidemia o iperglicemia.

Il rischio cardiovascolare calcolato viene espresso in sei livelli di rischio.

Oltre i fattori di rischio considerati nella Carta (genere, presenza o meno di diabete, età, abitudine al fumo di sigaretta, pressione arteriosa sistolica, colesterolemia), il protocollo degli accertamenti a cui sottoporre ogni lavoratore è stato ampliato con visita cardiologica, questionari ed esami strumentali.

ORGANIZZAZIONE DELLO SCREENING

Lo screening si è svolto in due giornate: nella prima giornata il lavoratore ha effettuato gli esami di laboratorio e l'ECG (questa fase è stata eseguita dal personale sanitario ILVA); nella seconda giornata, il lavoratore ha effettuato la visita cardiologica e gli accertamenti strumentali previsti dal protocollo (questa fase è stata eseguita dal team di Cardiologia della Fondazione S. Raffaele).

Prima di essere sottoposto alla visita cardiologica al lavoratore è stato richiesto di sottoscrivere un modulo di "consenso informato", quindi sono stati somministrati 2 questionari su abitudini alimentari (EPIC) e su storia lavorativa e abitudini di vita (SF-36).

Il lavoratore è stato poi sottoposto alla visita cardiologica e ad ecocolordoppler cardiaco per la rilevazione di eventuali patologie valvolari o segni di cardiopatia, alla valutazione dello spessore intima - media carotideo e al test FMD (misura del diametro dell'arteria brachiale a riposo e dopo iperemia reattiva ad ischemia indotta).

I risultati delle analisi di laboratorio, i parametri elettrocardiografici ed ecocardiografici sono stati inseriti in un data base appositamente costruito. Il programma utilizzato ha consentito di generare l'indice individuale

di rischio cardiovascolare e una relazione clinica, comprendente gli eventuali suggerimenti su modifiche di stili di vita e/o terapie.

RISULTATI

Sono stati invitati a partecipare allo screening 1.649 dipendenti e l'adesione è stata molto alta: l'84% dei lavoratori invitati, pari a 1.386 soggetti. I controlli sono stati effettuati nel periodo marzo 2008 - dicembre 2009. L'età media dei lavoratori esaminati è risultata di circa 40 anni.

L'iniziativa ha avuto un alto gradimento, tanto che è già partita una seconda fase rivolta agli operai di età superiore ai 45 anni (sono stati invitati a partecipare circa 1.200 lavoratori).

L'88% dei soggetti esaminati ha presentato un basso livello di rischio (entro il 10%), il 9,3 % un rischio medio (compreso fra il 10 e il 20%) e solo il 2,2 % un rischio elevato (oltre il 20%).

In alcuni lavoratori sono state evidenziate patologie fino ad allora ignorate dall'interessato, motivo per cui sono stati consigliati ulteriori accertamenti da eseguire nella divisione di cardiologia della Fondazione S. Raffaele di Taranto e in un caso è stato necessario l'intervento cardiocirurgico presso l'Ospedale S. Raffaele di Milano.

CONCLUSIONI

La popolazione esaminata ha presentato un basso rischio cardiovascolare. Ai soggetti con indice di rischio più elevato sono state fornite indicazioni immediate sui comportamenti da seguire, compresi quelli terapeutici, oltre alla possibilità di eseguire ulteriori accertamenti strumentali, da effettuare nella Divisione di Cardiologia della Fondazione S. Raffaele, a spese dell'ILVA.

Per questi soggetti è prevista la rivalutazione del rischio cardiovascolare con cadenza biennale.

L'indagine è stata anche occasione per promuovere stili di vita sani in tutti i soggetti esaminati.

I numerosi dati ottenuti con gli accertamenti e con i questionari sono oggetto di una valutazione statistica ed epidemiologica tuttora in corso.

Lo screening assume anche una finalità preventiva, in quanto utilizzata dal medico competente in fase di giudizio di idoneità alla mansione specifica e in fase di visita periodica, valutando se permangono nel tempo le condizioni che hanno inserito il soggetto in quella classe di rischio.



Paolo Santucci
ANMA Liguria
Medico competente
Personale di terra,
Costa Crociere spa,
Genova

Emilio Pavione,
Responsabile Servizio
Prevenzione e
Protezione,
Costa Crociere spa,
Genova

TENDINITE DA IPERUSO DI PDA-PHONE?

Il PDA (Personal Digital Assistant) è un computer palmare di dimensioni contenute, tali da essere portato sul palmo di una mano, che è comparso per la prima volta nel 1993. Lo smartphone, o in italiano ‘telefonino intelligente’, è un dispositivo portatile che abbina funzionalità di gestione di dati personali e di telefono. Può derivare dall’evoluzione di un PDA a cui si aggiungono funzioni di telefono (PDA-Phones) o, viceversa, di un telefono mobile a cui si aggiungono funzioni di PDA. I più noti modelli di PDA-Phones sono ‘Treo’ e ‘BlackBerry’.

‘POLLICE DA BLACKBERRY’

I computer fissi e portatili, telefoni cellulari e smartphone o altri PDA possono avere in comune il rischio da sovraccarico degli arti superiori ed in particolare del distretto mano-polso. Tuttavia, se è presente una letteratura scientifica dedicata all’utilizzo professionale dei personal computer, non sono note pubblicazioni mirate alle conseguenze dell’uso di PDA-phones o smartphone, pur essendo utilizzati da milioni di persone nel mondo.

Tra i pochissimi Enti che si sono pronunciati in merito, per lo più in articoli di divulgazione scientifica, si segnala la Società Americana dei Terapisti della mano (2005), che ha osservato un incremento di patologie lavoro correlate da traumi ripetuti in utenti di dispositivi elettronici dotati di tastiera in miniatura.

Il principale quadro, descritto dal ‘Gruppo salute occupazionale dell’Associazione americana terapia fisica’, è il cosiddetto ‘pollice da Blackberry’ (Blackberry thumb), caratterizzato da dolore di origine tendinea alla base del dito con gonfiore, intorpidimento e impotenza funzionale per un suo uso intensivo ed esclusivo, spesso monolaterale, che si osserva soprattutto nella fascia di età compresa fra 40 e 50 anni.

Il pollice in realtà andrebbe utilizzato per premere il tasto spaziatore, riservando le lettere alle altre dita dotate di maggiore agilità. Inoltre viene raccomandata una breve pausa ogni 5 minuti di uso continuativo del PDA (Hedge A., Cornell University, Ithaca, NY) e comunque sessioni di lavoro non superiori a 10-15 minuti (Hajic, 2009). Infine vengono correlati ai traumi ripetuti anche il Morbo di De Quervain e l’aggravamento di artrite pre-esistente (Hedge A., 2005).

Tuttavia, in questo ambito professionale, una letteratura scientifica mirata alla tendinite del pollice è pressoché inesistente, con unica eccezione per alcuni articoli divulgativi, mentre sono riscontrabili pubblicazioni riferite alla stessa patologia in altre attività, come ‘il pollice dell’endoscopista’ o ‘del musicista’, per esempio.

DECALOGO PER LA PREVENZIONE DEI DISTURBI DA IPERUSO PROFESSIONALE DI PDA-PHONE

1. Leggere attentamente le istruzioni del proprio PDA-phone prima dell’uso.
2. Alternare le altre dita all’uso dei pollici.
3. Digitare dolcemente i tasti imprimendo la minima forza necessaria.
4. Effettuare una breve pausa ogni 5 minuti di uso continuativo e comunque limitare una sessione a 10-15 minuti al massimo.
5. Utilizzare una tastiera esterna ogni volta che è possibile, privilegiando comunque l’uso del computer da tavolo per invio/ricezione e mail.
6. Utilizzare il PDA per brevi risposte, o per rapide consultazioni, evitando di scrivere lunghi testi.
7. Utilizzare, se possibile, il PDA con avambracci appoggiati ad un piano e non ‘sospesi’.
8. Sospendere l’uso di PDA nel caso di comparsa di sintomatologia tipica al pollice.
9. Effettuare periodicamente esercizi di allungamento dei muscoli della mano, soprattutto del pollice (‘stretching’)
10. Informare il medico competente, anche nell’ambito di eventuale ‘visita su richiesta’ (art.41.2,c D.Lgs. 81/08 e s.m.i.), nel caso di persistente sintomatologia tipica.

CASE REPORT

Una lavoratrice, R.R. di anni 47, office worker, dipendente da 11 anni di una società multinazionale, già sottoposta a sorveglianza sanitaria in qualità di videoterminista, ha predisposto l’effettuazione di una visita su richiesta (art.41.2,c D.Lgs.81/08 e s.m.i.) per la progressiva comparsa, circa 8 mesi prima, di una tumefazione al pollice sinistro, in considerazione di una correlazione con le “sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell’attività lavorativa svolta”. All’atto della visita medica la lavoratrice negava specifici rischi extraprofessionali, dichiarando, per circa due ore al giorno, un utilizzo intenso del proprio PDA (modello Blackberry), in dotazione da circa due anni, con recente comparsa di dolore continuo al polso ed impotenza funzionale in corrispondenza di una tumefazione alla base del pollice sinistro.

All’esame obiettivo, eseguito in conseguenza del superamento della soglia anamnestic (Colombini et Al., 2003, 2005), si apprezzava una sospetta cisti tendinea a livello del tendine abducente del pollice, con limitazione funzionale antalgica dello stesso dito, ipoergia e test di Finkelstein debolmente positivo*. L’esame ecografico mirato, richiesto ai sensi dell’art.39.5 D.Lgs.81/08, confermava la diagnosi di “cisti tendinea dell’abducente del I dito di circa 1,16 cm di diametro massimo..”.

Trattandosi di una menomazione ‘comune’ e reversibile, ricollegabile eventualmente ad un rischio assente nel

* NOTE

* Test di Finkelstein. Con avambraccio supino il pollice flesso e addotto viene imprigionato nel pugno, quindi l’esaminatore effettua una deviazione ulnare del polso che, evocando dolore, determina la positività del test.

documento aziendale e comunque legata ad attività svolta per meno della metà del turno lavorativo (Decreto 11 dicembre 2009, ‘Aggiornamento dell’elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell’articolo 139 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni’), non si è proceduto alla segnalazione presso l’Ente assicuratore o tanto meno ad una denuncia presso l’Organo di Vigilanza.

Inoltre è stata cautelativamente formulato un giudizio di idoneità vincolato all’utilizzo del modello di PDA più ergonomico. Nello specifico dopo un approfondimento delle schede tecniche dei diversi modelli disponibili è stato scelto, in accordo con la lavoratrice, un modello dotato di tasti più agevoli da digitare e privo di ‘rotellina’ (trackball), sostituita da un piccolo touchpad che limita l’impegno del dito pollice.

Tale situazione ha reso necessario un approfondimento del rischio da sovraccarico negli utilizzatori del PDA aziendale, tramite calcolo della Check list OCRA (Colombini et Al., 2000), che è tuttora in corso. Tuttavia la valutazione effettuata sulla lavoratrice, oggetto dell’indagine, ha dato un esito molto favorevole: 3,9 , fascia verde, per l’arto superiore sinistro (dominante).

INFORMATIVA AGLI UTILIZZATORI DI PDA AZIENDALE

A titolo cautelativo il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione ed il Medico competente hanno predisposto una azione informativa mirata agli utilizzatori di PDA aziendale, il cui contenuto è riassumibile nella tabella seguente (Smith, 2008, Hajic, 2009).

CONCLUSIONI

Con riferimento al ‘case report’ descritto, non sono emerse correlazioni certe fra la tendinite del primo dito e l’iperuso del PDA aziendale, tuttavia l’occasione si è rivelata utile per approfondire un rischio, seppure non significativo per la lavoratrice (Check list OCRA, arto superiore sinistro dominante = 3,9 , fascia verde), che non era stato preso in considerazione e per contribuire comunque al miglioramento delle sue condizioni di salute, “suscettibili di peggioramento a causa dell’attività lavorativa svolta” (art.41.2,c D.Lgs.81/08 e s.m.i.). Inoltre l’episodio ha prodotto una mirata sensibilizzazione nel medico competente e nel R.S.P.P. aziendale, che terranno rispettivamente conto dell’eventuale comparsa di disturbi correlabili all’attività specifica e dell’evoluzione tecnologica dei modelli di PDA.

ABSTRACT

Gli Autori descrivono un ‘case report’ che approfondisce la relazione fra i movimenti ripetitivi dell’attività specifica, la digitazione sulla micro-tastiera, ed una tendinite del primo dito, comparsa dopo alcuni mesi di uso intenso del PDA-phone aziendale (Personal Digital Assistant = computer palmare con funzione di telefono).

Non risultando ad oggi una letteratura scientifica dedicata, il Medico competente ed il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione, hanno previsto cautelativamente l’adozione di un modello più ergonomico per la lavoratrice, che ne ha tratto beneficio, ed intrapreso una azione informativa generale sulla prevenzione di disturbi da sovraccarico dell’arto superiore in ogni utilizzatore di Personal Digital Assistant aziendale, pur in assenza di una specifica valutazione nell’ambito del Documento di Valutazione dei Rischi.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione ha perciò condotto una valutazione del sovraccarico tramite ‘Check list OCRA’ verso i lavoratori utilizzatori di PDA, tuttora in corso, ma il dato calcolato per la lavoratrice oggetto dell’indagine è risultato favorevole: 3,9 , fascia verde, per arto superiore sinistro dominante.

In ogni caso il S.P.P. monitorerà dal punto di vista ergonomico l’evoluzione tecnologica dei PDA forniti ai lavoratori, mentre il medico competente dedicherà attenzione all’eventuale comparsa di disturbi correlabili all’uso di PDA, in occasione delle prossime visite mediche preventive e periodiche.

La puntuale gestione del caso, oltre all’approfondimento di un rischio inizialmente sottovalutato e comunque

rivelatosi non significativo per la lavoratrice, ha permesso l’attenuazione del disturbo, apparentemente extraprofessionale, della lavoratrice.

Infine, con questo approccio, è stata valorizzata anche l’innovativa indicazione dell’art.41.2,c D.Lgs.81/08 che prevede l’effettuazione della visita su richiesta se solo le condizioni di salute sono “suscettibili di peggioramento a causa dell’attività lavorativa svolta”.

BIBLIOGRAFIA

Colombini D., Occhipinti E., Grieco A.: La valutazione e la gestione del rischio da movimentazione e sforzi ripetuti agli arti superiori, Milano, F. Angeli editore, 2000.

Colombini D., Occhipinti E., Cairoli S., Battevi N., Menoni O., Ricci M.G., Sferra C., Balletta A., Berlingò E., Draicchio F., Palmi S., Papale A., Di Loreto G., Barbieri P.G., Martinelli M., Venturi E., Molteni G., De Vito G., Grieco A., Le affezioni muscolo-scheletriche degli arti superiori e inferiori come patologie professionali: quali e a quali condizioni. Documento di consenso di un gruppo di lavoro nazionale, La Medicina del Lavoro, Volume 94, n.3, maggio-giugno 2003.

Colombini D., Menoni O., Occhipinti E., Battevi N., Ricci M.G., Cairoli S., Sferra C., Cimaglia G., Missere M., Draicchio F., Papale A., Di Loreto G., Ubiali E., Bertolini C., Piazzino D.B., Criteri per la trattazione e la classificazione di casi di malattia da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori nell’ambito della medicina del lavoro. Documento di consenso di un gruppo di lavoro nazionale, La Medicina del Lavoro, Vol. 96, Supplemento 2/2005.

Decreto 11 dicembre 2009, Aggiornamento dell’elenco delle malattie per le quali e’ obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell’articolo 139 del testo unico approvato, con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche e integrazioni, Lista I- Malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità, Gruppo 2 - malattie da agenti fisici, Agente: microtraumi e posture incongrue a carico degli arti superiori per attività eseguite con ritmi continui e ripetitivi per almeno metà del tempo del turno lavorativo.

Hajic M., PDA & Smartphone Ergonomics, www.usernomics.com, 2009

Hedge A., Cornell University Ergonomics Web, Ithaca NY, www.ergo.human.cornell.edu, 2005.

Santucci P., Il videoterminalista e il D.Lgs.81/2008, Orientamenti operativi per il medico competente, Monografia ANMA, 2009.

Smith B. Mindy, Ergonomics Issues regarding text messaging and PDA use, ErgoSmith Consulting, LLC Newsletter, 2008.

Wikipedia, The free encyclopedia, it.wikipedia.org.



È SUCCESSO A...

P. Santucci, M. Saettone
ANMA Liguria

VENEZIA

LA CRONACA DEL XXIII CONGRESSO NAZIONALE ANMA

OLTRE 350 PARTECIPANTI A VENEZIA

FRA ISCRITTI, RELATORI ED ACCOMPAGNATORI

La diagnostica per immagini ha caratterizzato l’apertura del XXIII Congresso Nazionale ANMA presso l’immensa sala congressi del VTP, Venezia Terminal Passeggeri.

Gli interventi hanno approfondito in particolar modo la diagnosi delle patologie professionali e lavoro correlate in ambito polmonare, osteo-articolare e muscolo-tendineo con riferimento agli arti superiori ed al rachide lombosacrale. L’ampia discussione ha messo a fuoco la problematica della corretta gestione dei lavoratori ‘ex esposti ad amianto’, nell’ambito della quale G. Mastrangelo (Associato Istituto di Medicina del Lavoro Università di Padova) ha evidenziato la ‘balance’ negativa dell’analisi costo-benefici del programma di screening con TAC spirale per la diagnosi precoce di cancro polmonare, e ribadito che non vengono applicati protocolli omogenei sul territorio. Inoltre sono state affrontate le principali malattie lavoro-correlate degli arti superiori e sono emerse patologie meno note, quali la sindrome dello stretto (sbocco) toracico e la sindrome del tunnel cubitale, peraltro riferita più frequente tra gli utilizzatori di telefono cellulare.

La giornata si è conclusa con il cocktail di benvenuto, in realtà una vera e propria cena a buffet, nella suggestiva sala vetrata del VTP, ‘punta’ dalla prua di una immensa nave da crociera.

La seconda sessione è stata inaugurata da una spettacolare presentazione di G. Bordin, medico dell’Ospedale Piccole Figlie di Parma, sui cambiamenti del mondo del lavoro attraverso la storia dell’arte. Successivamente P.A. Bertazzi (Ordinario Medicina del Lavoro Università di Milano), insieme a U. Candura





e D. Ditaranto, rispettivamente Vicepresidente e Segretario ANMA, hanno delineato molto efficacemente i nuovi scenari che caratterizzano la medicina del Lavoro dopo le ultime modifiche al D.Lgs.81/08. Da questi contributi possiamo trarre una morale molto semplice: la Legge ormai è definita e il destino è solo nelle nostre mani.

Al culmine della mattinata la grande attesa per i rappresentanti delle Istituzioni non è andata delusa. Il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, Maurizio Sacconi, ha inviato un videomessaggio nel quale, oltre a ringraziare il Presidente Briatico Vangosa per l'evento e l'impegno costante di ANMA ha ribadito il ruolo fondamentale del medico competente per raggiungere gli obiettivi di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

L'Avvocato Fantini, Direzione Generale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ha invece regalato ai partecipanti un ampio e puntuale aggiornamento tecnico sui temi di maggiore attualità. Dopo aver ribadito che non sono previste modifiche all'attuale D.Lgs. 81/08, il Dott. Fantini, in qualità di Presidente della Commissione Consultiva, ha espresso pessimismo sulla pubblicazione, entro il 1 agosto 2010, delle attese Indicazioni per la valutazione del rischio stress lavoro-correlato. L'autorevole Rappresentante del Ministero ha ribadito la non applicabilità dell'art.40 in assenza di una indicazione operativa sull'allegato 3B, prospettando la possibilità dell'eliminazione della firma del lavoratore dall'allegato '3 A', aspetti questi sottolineati dagli applausi dei partecipanti. Nel corso della ricchissima discussione, avviata da numerose proposte e riflessioni dei medici competenti presenti, è emersa la volontà del

Ministero di migliorare e semplificare la normativa che ruota intorno al tema alcol e sostanze stupefacenti e psicotrope: si parla di modifiche delle due tabelle che comprendono le mansioni interessate (Allegati del Provvedimento 16 marzo 2006 e 30 ottobre 2007) e della possibilità di test randomizzati, per escludere, almeno in alcune mansioni, il consumo sostanze stupefacenti e psicotrope.

La sessione del pomeriggio, dedicata alla prevenzione delle malattie cardiovascolari, ha permesso di mettere a fuoco sia i fattori di rischio che le strategie mirate a modificarli. I medici competenti particolarmente impegnati in questo ambito (R. Borchini) hanno riferito brillanti esperienze, mentre i cardiologi (Martino A.P.) hanno sottolineato la necessità di una stretta collaborazione, ma anche l'unicità del nostro screening quotidiano che, avvantaggiandosi dall'obbligo legislativo, può raggiungere risultati importanti nell'ambito della prevenzione.

Come già accaduto un anno fa a Colli del Tronto (AP), la sessione del sabato mattina, estesa agli Operatori del Comparto Scolastico per la Prima Infanzia del Comune di Venezia, non ha risentito della stanchezza dell'ultimo giorno, decretando il successo dei temi legati al mondo della scuola. Il filo conduttore è stato offerto da una grande esperienza di approfondimento della problematica ergonomica fra gli insegnanti delle scuole materne comunali di Milano e Venezia. Dopo il puntuale inquadramento normativo di M. Saettone (Consigliere Nazionale ANMA) sono stati trattati vari rischi che caratterizzano i lavoratori della scuola: dallo stress al sovraccarico vocale, dalle mansioni di pulizia agli



infortuni ed alla somministrazione di farmaci salvavita, attraverso presentazioni innovative e di utilità pratica, tra le quali segnaliamo P.Torri e A De Santa (rispettivamente ANMA Padova e Trento), S.Cairolì (EPM Milano) e O.Calcinoni (medico ORL, INAIL Milano).

In sintesi, un programma scientifico ricco ed articolato che ha offerto ancora una volta strumenti concreti ai medici competenti, lasciando anche un po' di ottimismo nel ricordo delle parole dell'Avv. Fantini.

Per quanto riguarda la nostra Associazione sarà invece necessario prevedere una collocazione adeguata per l'assemblea, che quest'anno è stata fortemente compressa a favore del programma scientifico. Tuttavia nella circostanza, oltre alla presentazione di un bilancio molto favorevole (L. Aversa, Tesoriere ANMA), c'è stato il tempo di ricordare le numerose iniziative formative di ANMA e le interessanti prospettive future (G. Briatico Vangosa, Presidente ANMA).

Il programma sociale è stato impreziosito da eventi unici che non dimenticheremo facilmente: l'escursione

in barca all'isola di San Lazzaro degli Armeni e soprattutto la visita serale, in esclusiva per i congressisti, alla Basilica di San Marco e Pala d'oro, che ha regalato momenti di autentica emozione ed ammirazione.

Durante le calde serate veneziane oltre 350 fra partecipanti, accompagnatori e relatori si sono distribuiti nei caratteristici locali, godendo di momenti di svago e socializzazione in un contesto unico al mondo.

In conclusione, sono d'obbligo i ringraziamenti agli Organizzatori della Sezione veneta, Danilo Bontadi e Piero Patané, ai loro Collaboratori, ai Relatori ed ai Moderatori, agli Sponsor, vecchi e nuovi, alle Sig.re Benedetta Mesiano e Serena Trincanato della segreteria nazionale ed organizzativa.

Infine grazie a tutti i Colleghi partecipanti provenienti da ogni regione d'Italia che con il loro contributo hanno reso l'evento più ricco, fornendo spunti, suggerimenti e stimoli per fare ancora meglio in futuro.



XXIII CONGRESSO NAZIONALE ANMA
VENEZIA, GIUGNO 2010.TRASCRIZIONE DEL MESSAGGIO
DEL MINISTRO ON. MAURIZIO SACCONI

Carissime amiche, carissimi amici, consentitemi questo saluto virtuale a distanza, perché purtroppo non mi è stato possibile accogliere l'invito che il vostro presidente nazionale, il dott. Giuseppe Briatico Vangosa, mi ha rivolto a partecipare al vostro XXIII Congresso, che oltretutto si svolge in una città che mi è cara, nella mia terra di origine e di elezione.

Voglio soltanto, oltre al saluto, rivolgervi alcune brevi considerazioni: voi siete figure esperte, decisive per la realizzazione di luoghi di lavoro sicuri e per costruire condizioni all'interno di questi luoghi di lavoro tale da far ritenere davvero la persona al centro di ogni cosa. La persona nella sua integrità, nella sua integralità, la persona che nel lavoro realizza una delle sue fondamentali proiezioni relazionali e che non deve per questo affrontare rischi che mettano a repentaglio la sua incolumità.

Noi abbiamo bisogno di andare oltre i risultati già raggiunti, che pure sono significativi, se solo pensiamo alle terribili situazioni degli anni sessanta quando raggiungevamo il picco degli infortuni mortali nella attività lavorativa con le grandi migrazioni dalle campagne verso le fabbriche.

Noi dobbiamo lavorare affinché le statistiche, soprattutto quelle riferite agli infortuni più gravi e alle malattie professionali più rilevanti, scendano in termini prossimi allo zero ideale; e il nuovo Testo Unico, pur ancora viziato da pesanti formalismi che sono proprio di una certa cultura giuridica e a monte di essa politica, tuttavia credo si sia configurato in termini migliori rispetto alla sua originaria versione, tali da sollecitare un approccio alla sicurezza nel lavoro più del tipo sostanzialistico che non formalistico, cioè per meri adempimenti magari sostenuti da sanzioni sproporzionate.

È quello che abbiamo cercato di fare, è quello che cerchiamo di promuovere anche attraverso la collaborazione fra le parti sociali, i comitati paritetici, gli enti bilaterali, in modo che anche adempimenti rilevanti come la redazione del documento della valutazione del rischio non siano realizzati in termini squisitamente formali, soltanto per evitare una sanzione, ma costituisca un'occasione per un'effettiva verifica del luogo di lavoro, delle caratteristiche anche soggettive che possono essere anche molto diverse, delle diverse persone nel luogo di lavoro e quindi per definire, analizzato quel contesto tutto, le azioni che lo possano rendere più sicuro.

Noi abbiamo voluto, con la manovra dei giorni scorsi, dotare la politica della salute e della sicurezza nel lavoro, anche di una strumentazione nazionale molto più adeguata.

Eravamo l'unico o tra i pochissimi paesi, ad avere disseminate le proprie competenze istituzionali.

Abbiamo per questo voluto finalmente realizzare un unico Istituto Nazionale per la sicurezza attraverso l'incorporazione nell'Inail, del IPSEMA (l'Istituto dedicato alla gente di mare) e dell'Ispesl, l'Ente esperto per quanto riguarda i profili di carattere scientifico e tecnologico legati alla prevenzione e più in generale alla sicurezza. Abbiamo cercato di garantire non solo, ovviamente, la continuità del rapporto di lavoro per tutti i dipendenti di questi Istituti ma anche la continuità dei diversi comparti contrattuali, in particolare per i dipendenti dell'Ispesl, che sono inseriti nel comparto della ricerca e che manterranno quel comparto attraverso

la loro collocazione in un dipartimento della ricerca all'interno dell'unico istituto. Ma quanto importante è offrire un'unica entità istituzionale dialogante con le forme associative internazionali e soprattutto dialogante con le tante figure esperte tra le quali innanzitutto voi, nelle diverse situazioni aziendali e territoriali.

Vedo che approfondirete anche alcune tematiche, anche alcune patologie, i modi con cui prevenirle.

Io vi ringrazio per questo modo con il quale celebrate il vostro

Congresso, cioè consolidando la vostra utilità, la vostra necessità per il bene comune. Vi ringrazio e vi auguro i migliori risultati nella vostra riflessione congressuale, interessato a riceverli - una volta prodotti - e disponibile anche ad un incontro specifico perché me le possiate direttamente raccontare, affinché noi decisori possiamo, dalle vostre competenze esperte, trarre tutte le indicazioni che ci consentano di fare meglio il nostro lavoro nell'interesse di tutti.

Grazie e a presto!

LETTERA DI RINGRAZIAMENTO
AL MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI, MAURIZIO SACCONI

Milano, 29 giugno 2010

Ill.mo On. Maurizio Sacconi
Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

Gentilissimo Signor Ministro,

La ringraziamo di cuore del saluto rivolto all'Assemblea del nostro congresso nazionale che ha chiuso, come da programma, i lavori della seconda sessione dedicata al tema "manca il lavoro, manca la salute".

È questo un tema che noi medici del lavoro, oggi definiti competenti dalla norma, sentiamo particolarmente vicino poiché, come Ella ha sottolineato, riteniamo che il complesso delle disposizioni per tutelare la salute e la sicurezza sul lavoro si realizza compiutamente quando la persona è messa al centro di ogni cosa.

È uno sforzo notevole, davvero oneroso, che noi come Associazione stiamo da tempo cercando di diffondere capillarmente tra i nostri associati e, attraverso loro, al sistema di prevenzione delle imprese e più in generale al mondo del lavoro.

Non a caso nel nostro Codice di comportamento, pubblicato nel 1997, abbiamo definito come medico d'azienda "quel medico, competente in quanto provvisto dei requisiti richiesti dalla legge e nominato dal datore di lavoro, che, inserito nel contesto aziendale per il perseguimento delle finalità generali dell'impresa, attraverso la specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale, collabora all'attuazione di quanto necessario affinché l'attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute dei lavoratori".

Questo è il senso autentico del nostro impegno che cerchiamo di esprimere nel corso delle nostre iniziative sociali, formative e di aggiornamento di tipo congressuale, ma ancor più nelle più capillari iniziative formative in aula che ci auguriamo poter continuare a sviluppare e proporre, sempre in veste di Società scientifica e associazione professionale in campo sanitario, anche nel nuovo sistema di "provider accreditato" secondo le nuove regole dettate dall'Accordo Stato-Regioni del 1 agosto 2007 e del 5 novembre 2009 di riordino del programma di formazione continua in medicina (ECM).

Parimenti rimarchiamo il nostro impegno di dialogare con le Istituzioni e le Parti Sociali non perché animati da spirito di casta, ma per mettere a disposizione dei decisori il nostro contributo professionale e tecnico onde rendere sempre più efficace ed incisivo il nostro apporto "sostanzialistico" al successo della prevenzione.

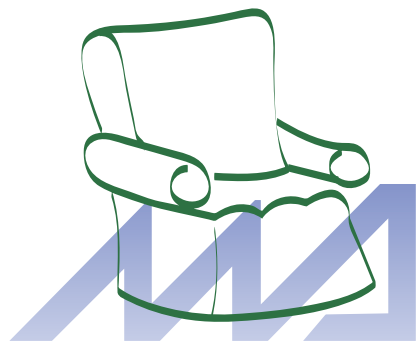
È lo spirito con cui stiamo affrontando, ad esempio, la collaborazione con il Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio tesa a rendere efficace la delicata procedura di verifica dell'uso di alcol e sostanze stupefacenti sul lavoro, nel rispetto della dignità della persona.

Abbiamo davvero apprezzato le Sue parole e, ringraziandoLa ancora, rinnoviamo la nostra piena disponibilità a dare il nostro contributo per la piena attuazione del percorso della prevenzione.

Con i migliori saluti
Giuseppe Briatico-Vangosa
Presidente ANMA



E PERCHÉ NO ?

DA LEGGERE
IN POLTRONA

tratto dal libro
“E perché no?” -
Intervista a Francois Michelin -
Marietti editore

Come è nato l'interesse dei Michelin per i pneumatici?

Tutto iniziò con l'arrivo di un ciclista inglese nel cortile della fabbrica. Aveva forato, e la sua bicicletta era caricata su un carro trainato dai buoi. Era venuto fino a Clermont-Ferrand dove aveva saputo che si lavorava la gomma. Il pneumatico della sua gomma era stato messo a punto da un certo sig. Dunlop, di professione veterinario, che ne aveva abbastanza di percorrere in lungo e in largo le strade su una bici le cui le ruote non erano altro che semplici cerchi di ferro ricoperti da una fascia di gomma. Un giorno, questo sig. Dunlop ebbe la buona idea di mettere dell'aria tra la ruota e il terreno, allo scopo di migliorare la propria comodità. È lui il vero inventore del pneumatico. (...) Mio nonno fece la riparazione in due ore. Inforcò la bici e fece il giro del cortile; la gomma scoppiò di nuovo. “È un invenzione notevole si disse, ma a condizione che il pneumatico sia riparabile in meno di dieci minuti.”. Sei mesi dopo, il pneumatico smontabile era stato inventato. Per provarne l'efficacia si organizzò una corsa di biciclette a Clermont-Ferrand. Andrè Michelin ebbe la buona idea di comprare da un chincagliere dei chiodi in grado di restare con la punta all'insù, e li dispose lungo tutto il percorso. Tutti forarono. Ma i ciclisti della squadra Michelin rimontarono in sella in pochi minuti; gli altri, due ore dopo.

La carcassa radiale è però quella che vi ha contraddistinto

La carcassa radiale è nata dalle difficoltà della carcassa classica. Il pneumatico classico non permetteva di superare i 130 Km orari senza scoppiare. Fu necessario trovare una gomma che si scaldasse meno. Il ricercatore che la scoprì, Marius Mingol, era entrato in fabbrica come operaio tipografo. È diventato l'ingegnere pneumatico del secolo. Senza aver fatto studi, Mingol si è realizzato presso la Michelin. Era inoltre un notevole mineralogista, in grado di parlare di tutto. Fu lui a spiegarmi la scienza atomica... Sa, alcuni reclutano i loro inventori negli alpeggi. (...) L'essenziale è dire: “io non so”. È proprio l'atteggiamento del vero sapiente, che si proietta sempre al di là di quello che sa.

L'avventura della Michelin è fantastica: la sua famiglia ha firmato un prodotto come l'artista firma un quadro. Come fa lei a vivere con semplicità questa condizione?

Io non guardo al cammino percorso, ma a quello che resta da fare. Questo permette di rimanere con i piedi per terra. Si prova una tale piccolezza di fronte alla vastità del compito che si ha davanti. A volte mette spavento dire a se stessi che 120.000 persone dipendono dalla tua azienda. Nulla è scontato; se le scelte fanno tanta paura, è perché, quando si prende una decisione, non si hanno mai in mano tutti gli elementi. Bisogna agire in tempo reale, questo è il problema. Ancora una volta, alla base di ogni decisione, c'è la domanda: questo è utile al cliente? È questo che porta a soddisfare gli azionisti e il personale (...) Ogni avventura lavorativa ha come punto di partenza il desiderio degli uomini di costruire qualcosa in comune. L'impresa nasce così, perché alcuni individui hanno la sensazione che, unendo i loro sforzi, potranno essere utili alla società.

CORSO DI AGGIORNAMENTO
PER IL MEDICO D'AZIENDA COMPETENTE
ANNO 2010

PRESENTAZIONE

La proposta per il 2010 consiste in un percorso formativo che ripropone l'articolazione plurimodulare con alternanza di lezioni frontali ed esercitazioni, nell'arco di quattro giornate monotematiche di 8 ore, alla quale si aggiunge una mezza giornata di 4 ore prevalentemente a carattere pratico.

Gli argomenti da approfondire nel corso in oggetto sono trattati tenendo sempre presente una figura di medico competente moderno, globale, orientato ad aspetti valutativi, formativi, organizzativi, di gestione economica del ruolo, ed avendo sempre presente alcune variabili importanti - da considerare come elementi in comune in tutti i temi proposti - utili per l'efficace applicazione delle norme, quali:

- il mondo delle PMI
- i prevalenti modelli contrattuali del MC
- la presenza di categorie speciali di lavoratori (temporanei, stranieri, apprendisti, disabili, ecc.)
- l'orientamento al problem solving nelle situazioni più critiche legate all'idoneità lavorativa (casi-discussione, ecc.)
- l'enfasi da conferire - pur nel rispetto della normativa vigente - agli aspetti sostanziali e non formali dell'azione del MC, con spunti di originalità e proposte rivolte ad una Prevenzione basata sull'efficacia.

Il corso è a numero chiuso, riservato a 35 medici competenti: disciplina Medicina del Lavoro e sicurezza dei luoghi di lavoro. Con la partecipazione a tutti i moduli e la compilazione dei relativi questionari, il discente acquisisce 32 crediti ECM

PROGRAMMA

MODULO N. 1
VACCINAZIONI IN AMBIENTE DI LAVORO
ALLA LUCE DEL D.LGS. 81/08 E S.M.I.

La vaccinazione/immunizzazione è uno degli interventi sanitari con il migliore rapporto costo-benefici, soprattutto quando può interessare in maniera controllata popolazioni a maggior rischio di contrarre malattie infettive e di diffonderle a sua volta. In questa ottica gli ambienti di lavoro che operano nell'ambito dei Servizi essenziali alla collettività (Sanità, Trasporti Pubblici, Energia, ecc.) rappresentano da sempre un ambito privilegiato di intervento.

In prima linea vi sono però le vaccinazioni rese obbligatorie dalla vigente normativa in alcune categorie nelle quali il rischio biologico diventa significativo per le modalità di svolgimento della mansione, ovvero dal contesto lavorativo (attività di assistenza, smaltimento rifiuti, settori specifici della ricerca scientifica, lavoratori in trasferta ecc.) secondo quanto indicano gli articoli 271 (valutazione del rischio) e 279 (Prevenzione e controllo) del D.Lgs. 81/08.

MODULO N. 3
IL SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI: DALLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO ALLA RIABILITAZIONE

Da anni ormai si assiste alla progressiva diffusione della problematica legata ai movimenti ripetitivi degli arti superiori in molti settori lavorativi, tanto che l'importanza sul piano economico ed assicurativo delle conseguenti Work related Musculo Skeletal Disorders (WMSDs), nonché l'attenzione sul tema degli Organi di Vigilanza, è da tempo particolarmente sentito nelle aziende.

Tuttavia si ritiene che non vi sia ancora sufficiente conoscenza del possibile contributo che il Medico Competente (MC) può dare alle diverse metodologie di Valutazione del Rischio, alle modalità di informazione e formazione degli addetti, alla progettazione ergonomica della postazione lavorativa, alla stessa organizzazione del lavoro, e soprattutto al recupero del lavoratore affetto da WMSDs. Nella giornata si ritiene inoltre utile dare enfasi alla conoscenza dei meccanismi fisiopatologici alla base di tale patologie, ai quadri clinici più significativi, alle corrette modalità di svolgimento di esami obiettivi mirati al riconoscimento dei sintomi precoci. Imprescindibile quindi un confronto interdisciplinare con specialisti ortopedici e/o fisiatrici che aiutino il MC nell'elaborazione di un corretto protocollo di indagini, e nel guidarlo nella giusta valutazione degli esami diagnostici neurofunzionali e di imaging.

L'obiettivo finale è quello di fare il punto sullo stato dell'arte delle conoscenze sul tema, ma anche di orientare il MC nel delicato compito della formulazione dei giudizi di idoneità e nel recupero lavorativo dei soggetti con vari gradi di menomazione.

MODULO N. 2
COME FORMARE I FORMATORI
PER I SOCCORRITORI AZIENDALI
CORSO PER MEDICI COMPETENTI FORMATORI BLS-D:
DALLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A QUELLE ESERCITATIVE

Il Medico Competente "...collabora all'attività di informazione e formazione nei confronti dei lavoratori ed alla organizzazione del servizio di primo soccorso" (art. 25, comma 1 D.Lgs. 81/08).

Pertanto il Corso di primo soccorso ex DM 388/2003 rappresenta uno strumento di lavoro imprescindibile per rendere efficace tale collaborazione e fare in modo che vengano trasferite ai lavoratori nozioni tecniche valide, ma anche orientate specificamente sui rischi e sulle organizzazioni delle singole realtà lavorative.

Un "pacchetto formativo" che si è ben quindi definito e codificato in vari anni di pratica, ma in realtà non ha mai trovato occasione di essere affrontato in modo condiviso ed organico da ANMA.

Inoltre il valore aggiunto è oggi dato dall'utilizzo dei DAE semiautomatici, normato dalla Legge 120 del 2001 ed oggetto di ddl (1517 del 15/01/2008) che ne prospetta l'obbligo in molti luoghi pubblici ed a bordo di molti mezzi delle Forze dell'Ordine.

MODULO N. 4
IL SOPRALLUOGO NEGLI AMBIENTI DI LAVORO: IL PROCESSO DEL CONTROLLO PERIODICO

Alcune fasi di lavoro del MC, inserite negli obblighi di legge, ma anche e soprattutto tra gli indicatori di qualità del suo mestiere, meritano un approfondimento ed uno sforzo di inquadramento organico.

Tra questi si ritiene che il sopralluogo negli ambienti di lavoro rivesta un ruolo centrale: è concettualmente il momento iniziale di conoscenza dal quale prendono spunto le strategie di prevenzione del MC e del SPP, ma è anche il primo impatto che il MC affronta con il sistema impresa, al quale deve dare immediatamente il segnale di una valida collaborazione alle procedure di VdR.

Dunque "un biglietto da visita" del MC che merita tutti gli sforzi possibili per essere reso organicamente come una parte essenziale della Medicina d'Azienda, ed impostarlo come un processo continuo di controllo delle condizioni di lavoro, che vada possibilmente al di là dell'uso di checklist.

Le basi teoriche sono date dai riferimenti normativi, dalla letteratura e dalle norme tecniche, dall'esperienza di buone prassi maturate sul campo e da una fattiva collaborazione interdisciplinare con le figure tecniche. Sul piano pratico è prevista l'esposizione di esempi specifici di interventi sui luoghi di lavoro per alcuni settori lavorativi.

Al presente modulo viene abbinata una mezza giornata di lavoro da svolgere direttamente "sul campo" con un sopralluogo guidato in Azienda, con un ciclo lavorativo sufficientemente articolato, a seguito del quale i discenti elaboreranno in aula un report sul quale saranno evidenziate le eventuali criticità e suggerite le azioni correttive.

CALENDARIO

SEDE DEL CORSO	INIZIO
SALERNO	29 MAGGIO 2010
PERUGIA	25 GIUGNO 2010
ANCONA	16 LUGLIO 2010
BOLOGNA	4 SETTEMBRE 2010
MODENA - REGGIO EMILIA	18 SETTEMBRE 2010

SEDE DEL CORSO	INIZIO
RAVENNA - FORLÌ - RIMINI	2 OTTOBRE 2010
ROMA	13 OTTOBRE 2010
GENOVA	23 OTTOBRE 2010
MILANO	13 NOVEMBRE 2010



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