Medico Competente Journal

GIORNALE
PROFESSIONALE E SCIENTIFICO

OCCUPATIONAL PHYSICIAN SCIENTIFIC AND PROFESSIONAL JOURNAL

MAGGIO 2010

Anno 16, Numero 3-4/2009

editoriale 5

Arrivederci a Venezia -
XXIII CONGRESSO ANMA “Dalla tutela alla promozione della salute. Il Medico Competente protagonista delle nuove attese di salute”.

contributi e articoli originali 6

D.M. 9 aprile 2008 e D.M. 11 dicembre 2009:
il parere del Medico Competente

La gestione del rischio stress lavoro-correlato in azienda
alla luce delle ultime linee guida.

Disturbi muscolo-scheletrici in un gruppo di controllo maschile
di lavoratori non esposti a rischi ergonomici e psicosociali

La promozione della salute: un investimento di successo per l’azienda e la sua produttività

esperienze e materiali di lavoro 25

DTLR - Monitoraggio e valutazione del Drug Test nei Lavoratori
con mansioni a Rischio

La sorveglianza sanitaria nell’artigianato e nella piccola impresa:
quale organizzazione?

attualità 35

CIIP - Mi impegno per la prevenzione

ANMA si “impegna per la prevenzione”

L’AUDIZIONE CIIP AL SENATO

ufficio & salute 41

L’astenopia nel videoterminalista

da leggere in poltrona 50

Il lavoro è per risuscitare

Associazione Nazionale
Medici d’Azienda
e Competenti

FEDERATA FISM -
FEDERAZIONE ITALIANA SOCIETÀ
MEDICO SCIENTIFICHE

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

Notiziario A.N.M.A. - Rivista trimestrale dell’Associazione
Spedizione in Abbonamento Postale Padova

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 dai 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 i 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.

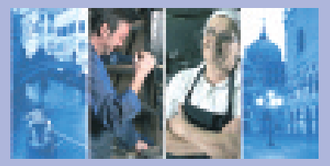
L'Associazione ha sempre svolto una attività di sensibilizzazione presso le Istituzioni centrali, regionali e locali tesa a migliorare e rendere visibile la figura del Medico d'Azienda.

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 3-4/2009



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

Numero 3-4/2009
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

DIRETTORE
Giuseppe Briatico-Vangosa

COMITATO DI REDAZIONE
Paolo Santucci (coordinatore)
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, Boschiroli Gilberto, Candura Umberto, Ditaranto Daniele, Farabi Anselmo, Giglioli 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 Gazzerro
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: giuseppeolivetti@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 Cappucinelli, 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./fa.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: giuseppegiubbarelli@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@tiscalinet.it

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

medwork suite
sicurezza sanità formazione

di NSI Nier Soluzioni Informatiche

La soluzione collaborativa che permette ad azienda e medici la pianificazione e gestione congiunta delle attività in un ambiente intuitivo e semplice. Uno strumento completo per affrontare la gestione della sicurezza, della formazione e della sorveglianza sanitaria.

MEDWORK Suite è:

La soluzione software integrata e completa che supporta la gestione della sorveglianza sanitaria, la sicurezza e salute nei luoghi di lavoro e la formazione per le aziende pubbliche e private.

Conforme alle norme e agli standard in tema di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro:
D.lgs. 81/08, c.d. Testo Unico sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e D.M. 88/99.

Un software 100% web-based.
Non richiede installazione sui client, usabile ovunque e compatibile con tutti i principali browser.

Conforme alle norme sulla privacy 196/2003 e ai provvedimenti del Garante.

Composto da moduli aut totalmente integrati e interoperabili.
Una soluzione completa e unica sul mercato italiano.

Rivolto a datori di lavoro, RSPP, cliniche e Aziende Sanitarie, medici competenti e a tutte le figure aziendali che collaborano al miglioramento continuo della sicurezza e salute in azienda.

professional

MEDWORK Suite – Professional
La soluzione per il medico competente:

Medwork Suite Professional è la soluzione ideale per i medici competenti e i professionisti che offrono il servizio di sorveglianza sanitaria. Ciò grazie alla gestione diretta dei protocolli sanitari e delle cartelle cliniche; al controllo dei costi; alla produzione automatica delle cartelle e di tutta la documentazione di lavoro necessaria.
Con **Medwork Suite Professional** il medico competente può offrire servizi aggiuntivi all'azienda cliente e avere uno strumento per condividere le informazioni. L'azienda cliente può consultare lo scadenziario ed effettuare la prenotazione delle visite dei lavoratori. **Medwork Suite Professional** viene erogato come servizio a fronte del pagamento di un canone. **In questo modo l'acquirente non deve sostenere nessun altro costo, in particolare:**

- Nessun costo di licenza software né di mantenimento.
- Nessun costo per hardware dedicato.
- Nessun costo di backup e di recovery dei dati.
- Nessun costo legato alla sicurezza del network e alla salvaguardia dei dati.
- Nessun costo di personale IT per il supporto e mantenimento degli apparati hardware.
- Nessun costo e rischio di interruzione del servizio.

clinic

MEDWORK Suite – Clinic
La soluzione per la Clinica e il Poliambulatorio:

Medwork Suite Clinic si configura come sistema informativo dipartimentale, integrabile con il sistema informativo ospedaliero da un lato e con i sistemi di fatturazione dall'altro.

enterprise

MEDWORK Suite – Enterprise
La soluzione per l'azienda:

Medwork Suite Enterprise è la soluzione per le aziende, e in particolare i dipartimenti delle risorse umane, gli RSPP e tutto il personale che in azienda segue la sorveglianza sanitaria dei lavoratori, la loro formazione e sicurezza.

MEDWORK Suite – Sorveglianza Sanitaria

Il nostro software rappresenta l'incontro tra lo staff del medico competente e l'azienda. Uno strumento, facile e completo, di supporto ai medici e di governo e pianificazione per l'azienda. Medwork Suite è un'unica soluzione che permette:

- Gestione informatica dell'attività del medico competente
- Gestione dei profili di rischio e dei protocolli sanitari
- Pianificazione delle visite periodiche e scadenziario condiviso
- Previsioni di spesa basate sugli scadenziari e condivise con le aziende
- Garanzia degli adeguamenti normativi
- Stampe
- Gestione della cartella clinica conforme all'allegato 3A D.lgs 81/08

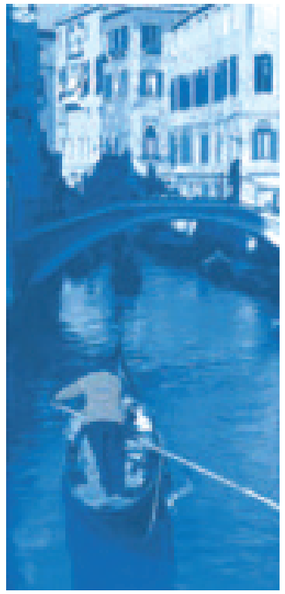
> nsi
nier soluzioni informatiche

Via Bonazzi, 2 - 40013 - Castel Maggiore (BO) - T +39 051 5880378 - F +39 051 5880379
commerciale@nsi-mail.it - www.nsi-online.it

Presente come espositore al XXIII Congresso ANMA dal 10 al 12 giugno 2010 a Venezia

EDITORIALE

D. Bontadi, P. Patanè
ANMA Veneto



Arrivederci a Venezia

XXIII CONGRESSO ANMA
"Dalla tutela alla promozione della salute. Il Medico Competente protagonista delle nuove attese di salute"

VENEZIA 10-12 GIUGNO 2009

Le nuove normative, che seguono le trasformazioni del mondo del lavoro, non lasciano dubbi sulla necessità di affrontare la nostra disciplina con nuovi strumenti di valutazione dei rischi lavorativi, aggiornando le conoscenze nella diagnostica, affinando gli aspetti legati alla riabilitazione del lavoratore/paziente, ma migliorando anche una capacità di dialogo con altre specialità e con la medicina di base.
Proporre l'asserzione "*Il lavoro è per l'uomo*" significa riaffermare il lato positivo del lavoro come motore dello sviluppo sociale in termini economici e culturali. Solo un lavoro sano e sicuro però ci consente di parafrasare un vecchio detto, legato ad un altro modo di concepire il lavoro, ed affermare che "*Lavorare fa bene alla salute*".
Infatti se il lavoro è per l'uomo e l'uomo ha bisogno del lavoro per il proprio sviluppo, economico ma anche culturale, il binomio lavoro/salute diventa inscindibile e diventa un obbligo sociale recuperare la capacità lavorativa persa, reinserendo nel tessuto produttivo il disabile o il cronico, oggi più che mai una risorsa da non abbandonare.
In questo Congresso intendiamo contribuire alla promozione della salute attraverso l'esplorazione di alcuni temi:

- la sostenibilità del modello sociale italiano che deve anche valutare i vantaggi economici della prevenzione e gli svantaggi della sua mancata applicazione, non solo per le aziende ma per l'intera collettività;
- la corretta gestione del cardiopatico sul lavoro attraverso l'analisi dei comportamenti e degli stili di vita del lavoratore che ha una ricaduta riconosciuta non solo sul suo reinserimento, ma soprattutto sulla favorevole evoluzione del quadro clinico;
- la necessità della 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 come la Scuola e nel nostro esempio quella per l'infanzia, con nuove metodologie di valutazione e gestione dei rischi;
- la collaborazione con le altre discipline mediche e con la medicina di base, come il caso della diagnostica radiologica di patologie invalidanti quali le malattie polmonari e quelle dell'arto superiore, per realizzare un network finalizzato al miglioramento della qualità di vita del lavoratore.

Si consolida la missione del medico competente che, come recita l'articolo 1 del nostro "Codice di Comportamento" pubblicato nel 1997, 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.

CONTRIBUTI E
ARTICOLI ORIGINALI

Daniele Ditaranto
Segretario Nazionale ANMA

Marco Saettone
Consigliere Nazionale ANMA

D.M. 9 aprile 2008 e D.M. 11 dicembre 2009*: il parere del Medico Competente

***D.M. 9 aprile 2008: "Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura". (GU n. 169 del 21-7-2008),**
D.M. 11 dicembre 2009: "Aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del testo unico, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni". (GU n. 66 del 1-4-2010)

Il D.M. del 9 aprile 2008 ha approvato le nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura in sostituzione delle precedenti inserite nel Decreto del Presidente della Repubblica 13 Aprile 1994, n. 336

La struttura delle nuove tabelle appare simile a quella precedentemente in vigore.

La lista numerata è costituita da tre colonne nelle quali sono elencate:
- le malattie raggruppate per agente causale
- le lavorazioni che espongono all'agente causale
- il periodo massimo di indennizzabilità

Nella prima colonna appare evidente una significativa novità: **la malattie vengono nosologicamente definite e specificate con la denominazione della patologia tabellata**. Ciò renderà sicuramente più efficace la presunzione legale di origine delle malattie che nel precedente decreto erano indicate solo con la generica definizione:
" malattie causate da …".
Le patologie sono state classificate secondo la codifica internazionale ICD-10.

La Circolare n°47 della Direzione Generale dell'INAIL del 24 luglio 2008 precisa infatti che: "*… a fronte della denuncia di una malattia nosologicamente definita cioè nominativamente indicata in tabella, la presunzione legale d'origine è operante una volta che siano state accertate l'esistenza della patologia e l'adibizione non sporadica o occasionale alla mansione o alla lavorazione che espongono all'agente patogeno indicato in tabella, ovvero, nell'ipotesi in cui siano state genericamente indicate le lavorazioni che espongono a un dato agente, l'esposizione lavorativa all'agente patogeno indicato in tabella*".

L'elenco delle malattie nosologicamente definite è peraltro concluso in prima colonna dalla generica definizione: ***"altre malattie causate dalla esposizione professionale"*** all'agente patogeno: ciò al fine di evitare un abbassamento del livello di tutela per le patologie non ancora nosologicamente definite.
In questi casi la malattia potrà ritenersi "tabellata" solo in presenza di una probabilità epidemiologicamente significativa che l'agente causale della patologia denunciata sia la sostanza/lavorazione indicata in tabella.

Tra le novità più significative evidenziamo l'introduzione delle ***malattie muscolo-scheletriche*** **causate da sollecitazioni biomeccaniche, a seguito di movimenti ripetuti e/o posture incongrue dell'arto superiore, del ginocchio e della colonna vertebrale;** per tali patologie la presunzione legale opera quando le lavorazioni indicate vengono svolte in maniera non occasionale e/o prolungata, ossia quando costituiscono una componente abituale e sistematica dell'attività lavorativa per un periodo di tempo sufficientemente idoneo a causare la patologia.
In riferimento alle ipoacusie da rumore, è stato ampliato il numero delle lavorazioni che determinano l'insorgenza della ipoacusia ed è stata aggiunta la voce ***"altre lavorazioni,svolte in modo non occasionale che comportano una esposizione a livelli superiori a 80 dB"***.

Ricordiamo peraltro, non senza perplessità, che la normativa specifica sul rumore prevede l'obbligatorietà della sorveglianza sanitaria *per i lavoratori esposti a livelli di esposizione giornalieri o settimanali superiori ai valori superiori di azione*, mentre, *per le esposizioni superiori ai livelli inferiori di azione*, la sorveglianza sanitaria è facoltativa essendo prevista solo nei casi in cui è richiesta dai lavoratori e quando il medico competente ne conferma l'opportunità.
Pertanto la popolazione dei lavoratori esposti a livelli compresi fra i valori inferiori e superiori di azione può non essere in toto o parzialmente sottoposta a sorveglianza sanitaria.
La presunzione dell'origine professionale anche delle ipoacusie insorte tra gli 80/ 85 db(A) nonché tra i 135/137dB(C) impone quindi importanti riflessioni sulle scelte programmatiche della sorveglianza sanitaria orientando verso un **estensione dell'audiometria**, previo accordo tra l'azienda e gli RLS, alla popolazione degli esposti in questi range di valori.

Meglio dettagliate appaiono ancora le malattie causate dalle **radiazioni laser, infrarosse ed U.V., comprese le radiazioni solari**.

Come nel precedente Decreto, la seconda colonna elenca, in modo forse meno dettagliato, le lavorazioni che espongono all'agente causale.

Nella terza colonna viene infine indicato per ogni patologia il periodo massimo di indennizzabilità che decorre dalla data di abbandono della lavorazione che ha determinato l'esposizione a rischio e non dalla data di abbandono, per ragioni anagrafiche o di altra natura, dell'attività lavorativa genericamente intesa.

In questo passaggio troviamo una stretta correlazione con **Il Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali dell' 11 dicembre 2009 (D.M. 11-12-2009) concernente: *"Aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del testo unico, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni"***, che sostituisce l'elenco approvato con D.M. 14 gennaio 2008.
Ricordiamo che struttura dell'elenco, introdotta dal D.M. 27 aprile 2004, presenta un'articolazione complessa basata sulla suddivisione delle patologie in tre liste:
- **LISTA I: Malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità**: la più consistente e oggetto di revisione ex artt. 3 e 211 del Testo Unico;
- **LISTA II: Malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità**: per le quali non sussistono ancora conoscenze sufficientemente approfondite per essere incluse nella prima lista;
- **LISTA III: Malattie la cui origine lavorativa è possibile** per sporadiche e ancora carenti evidenze scientifiche.

Dopo questo ulteriore aggiornamento, resta immutato il giudizio positivo espresso sull'elenco già nel 2004 in occasione del **Congresso Nazionale ANMA di Portofino**.
Infatti esso rappresenta un'opportunità per il sistema aziendale per la prevenzione, costituendo un volano per l'ampliamento e per il miglioramento della valutazione dei rischi. Questo aspetto risulta di particolare attualità proprio per il medico competente considerato il rafforzamento, espresso nel D. Lgs. 81/08 e s.m.i., del suo ruolo nel processo aziendale di valutazione dei rischi.

Rimangono tuttavia del tutto immutate le criticità che erano state da noi evidenziate sempre in quell'occasione congressuale.

Se le novità introdotte dal recente aggiornamento sono limitate, infatti, alla **sostituzione di alcuni codici e alla rettifica di alcune voci di malattia**, ricordiamo ben più significative le modifiche introdotte con il precedente D.M. 14 gennaio 2008 nel quale la Commissione scientifica, appositamente istituita ex art. 10 del D. Lgs. 38/2000, confermando la diffusa percezione di una sottostima epidemiologica e conseguentemente previdenziale del fenomeno dei **tumori di origine professionale**, è intervenuta aggiornandone in modo capillare l'elenco, ***"in quanto patologie emergenti in termini di incidenza e prevalenza"*** e riconducendone l'indicazione al solo Gruppo 6 delle liste sopra citate, senza peraltro inserire una **previsione della graduazione dell'ob-**

bligazione medico legale in capo al medico a seconda della lista di appartenenza della patologia, che noi avremmo auspicato.

Con questa lettura parallela intendiamo sottolineare con forza che la vera sfida per il MC non sarà solo rappresentata dalla interpretazione delle nuove tabelle, ma dalla armonizzazione dell'impianto tabellare con quanto contenuto nel decreto sopra citato, soprattutto in considerazione degli obblighi medico legali che ne derivano.
Riteniamo infatti che le nuove tabelle delle malattie professionali rappresentino una naturale ed auspicata evoluzione scientifica delle precedenti; il Medico Competente le utilizzerà come strumento di lavoro e, come in precedenza, procederà agli adempimenti formali e medico legali previsti dalla normativa di riferimento.

Più complesso appare invece armonizzare l'obbligo di denuncia ai sensi dell'art. 139 del DPR 1124/65 con le finalità preventive, assicurative e soprattutto epidemiologiche espresse nella Relazione Tecnica di accompagnamento al DM 27 aprile 2004 laddove si sottolinea che la segnalazione delle malattie la cui origine lavorativa si può ritenere possibile, ma per le quali si hanno sporadiche e ancora non precisabili evidenze scientifiche, ha finalità di ordine scientifico ed epidemiologico.

L'intento dichiarato e pienamente condivisibile del legislatore di prevedere un monitoraggio epidemiologico delle patologie con origine professionale di limitata probabilità (lista II) o soltanto possibile (lista III), **contrasta quindi con il permanere dell'obbligo di denuncia ai sensi del già citato art. 139 del DPR 1124/65** e, nei casi in cui ne ricorrano i presupposti, di referto ex art. 365 c.p., anche per queste patologie la cui origine professionale nella stessa normativa è posta con formula dubitativa.

Non va infatti dimenticato che al di là delle frequentemente sbandierate **finalità preventive dell'art. 139, esso in realtà dispone una "denuncia" che va trasmessa ad un Organo di vigilanza cui sono attribuiti compiti di Polizia Giudiziaria e quindi anche finalità ispettive e repressive.**

Ferma restando l'impostazione dell'attuale obbligazione medico legale per le patologie la cui origine professionale è di elevata probabilità (lista I), sarebbe auspicabile che quelle contemplate nelle liste II e III diventassero oggetto di una **"segnalazione"** o **"dichiarazione" come, in modo più equilibrato, prevede la Raccomandazione 2003/670/CEper le patologie di sospettaorigine professionale da tenere sotto osservazioneepidemiologica.**
Altra criticità irrisolta è quella che riguarda la confusione derivante dall'incerta identificazione dei **flussi della denuncia e del referto**.
Manca una sufficiente chiarezza sui destinatari ed esiste una **grande variabilità negli orientamentidegli Organi di vigilanzae delle Istituzioni**.
L'attività del medico competenterisulta pertanto fortemente complicacta proprio in uno dei momenti di maggiore responsabilità.
Amche se ci rendiamo conto della delicatezza delle questiuoni che poniamo, considerate le logiche e le dinamiche consolidate, ci chiediamo se non sia giunto il momento di affrontarequeste contraddizioni anche al fine di rendere più effecace e trasparente l'operato del medico competente.

CONTRIBUTI E
ARTICOLI ORIGINALI

La gestione del rischio stress lavoro-correlato in azienda alla luce delle ultime linee guida

M. Servadio, P. Dusi**

**Psicologo del Lavoro e delle Organizzazioni, Società di Consulenza Prima Training & Consulting srl di Genova - AIS Group*

Il fenomeno del disagio lavorativo è in costante aumento (tra il 50 e il 60% delle giornate lavorative perse in un anno è correlato allo stress lavorativo) e sembra destinato crescere ancora.

La rilevanza del rischio stress lavoro-correlato nasce non solo per le possibili conseguenze che questo rischio potrebbe avere in modo diretto sulla salute dei lavoratori (patologie di tipo fisico, psichico, psicofisiologico, ecc.) ma anche dal fatto che esso agisce come modulatore dei rischi tradizionali (chimici, fisici, ecc..) aggravandone gli effetti.

Tra le aree di variabili che rendono emergenti i rischi psicosociali ricordiamo:
1) *Utilizzo di nuove forme di contratto di lavoro (contratti precari) e l'incertezza e l'insicurezza del lavoro (scarsità di lavoro).*
2) *Forza lavoro sempre più anziana (poco flessibile e poco adattabile ai cambiamenti) Alti carichi di lavoro (pressione da parte del management).*
3) *Mercato del lavoro in costante cambiamento.*
4) *Interferenze e squilibrio tra lavoro e vita privata.*

Non solo, anche le differenze individuali di genere, di età, di estrazione culturale e di tipologia contrattuale possono ricoprire un ruolo rilevante nella determinazione degli effetti di tali rischi.

Gli atti della recente Conferenza Internazionale di Psicologia del Lavoro (Roma, 29-31 marzo 2010) hanno confermato la necessità impellente di colmare il gap tra teoria e pratica, con la priorità assoluta nei confronti dell'implementazione degli interventi di prevenzione e protezione rispetto alle già numerose diagnosi portate a termine.

Prima Training & Consulting è un'Azienda composta da un team di professionisti: Psicologi del Lavoro e delle Organizzazioni ed esperti in materia di Sicurezza sul Lavoro.
Sede Regionale A.I.F.O.S. (Associazione Italiana Formatori della Sicurezza sul lavoro), opera nel rispetto del rigore professionale e tecnico delle prestazioni erogate, mettendo al centro le peculiarità e le esigenze delle aziende committenti, offrendo quindi al Cliente un servizio di alta qualità.
Nata dall'esperienza decennale di A.I.S., Azienda attiva nei settori Ambiente, Igiene e Sicurezza, si integra a essa per rispondere alle esigenze formative in materia di Sicurezza sul Lavoro e alla Valutazione del Rischio da Stress Lavoro-Correlato.

i servizi offerti

Valutazione Stress Lavoro-Correlato: offriamo a tutte le Aziende il Servizio di Valutazione del Rischio da Stress Lavoro-Correlato (art. 17 e 28 del D.Lgs. 81/08 e 106/09), in collaborazione con i Soggetti del Sistema di Prevenzione e Protezione e con altre figure professionali aziendali, con la conseguente stesura del documento di riferimento. La valutazione, in accordo con quanto disciplinato dalle normative e dalle linee guida attuali, si pone come obiettivo l'analisi della situazione in atto.

Formazione in materia di Sicurezza sul Lavoro: l'offerta formativa, certificata a livello Regionale e Nazionale comprende un ampio ventaglio di corsi di Formazione Aziendali e Interaziendali per l'acquisizione delle qualifiche professionali legalmente riconosciute in tema di Sicurezza sul Lavoro e altri corsi di approfondimento. Prima organizza, in collaborazione con AiFOS e ANMA, corsi formativi con rilascio di crediti ECM per la formazione professionale del medico competente.

Servizi aggiuntivi di consulenza: ci proponiamo come partner aziendale per rispondere alle esigenze in tema di Consulenza Manageriale (selezione del personale, analisi del potenziale, bilancio delle competenze, indagini di customer satisfaction e sul clima organizzativo, etc.). Formazione Manageriale (comunicazione, negoziazione, team building, formazione formatori, leadership, time-management, project management, etc.). Privacy (il servizio erogato risponde agli adempimenti richiesti dal D.Lgs. 196/03).

Prima Training & Consulting srl
Piazza Rossetti, 3b/1
16129 Genova
Telefono e Fax 010 740.33.55
sito web: www.webprima.it
e-mail: info@webprima.it

Prima srl Training & Consulting

Ambiente Igiene Sicurezza

A.I.S. è una società composta da professionisti esperti e qualificati che operano da diversi anni nei settori ambiente, igiene industriale, igiene alimentare, sicurezza sul lavoro, prevenzione incendi, ADR, privacy e sistemi per la gestione di qualità, ambiente e sicurezza e può offrire i seguenti servizi:

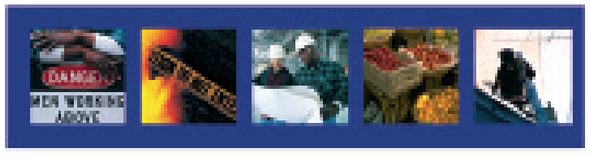
- consulenza aperta in materia di igiene industriale e Sicurezza sul lavoro;
- audit di conformità e stesura delle relazioni tecniche ai sensi della normativa vigente e delle altre normative inerenti la sicurezza sul lavoro;
- assunzione del Ruolo di Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione aziendale, secondo quanto stabilito dalla normativa vigente;
- assistenza e intermediazione con gli Organi di Vigilanza e Controllo

e inoltre...

Stesura relazioni tecniche in riferimento:

- doc. Valutazione dei Rischi;
- doc. Valutazione del Rischio Incendio;
- piano di emergenza ed evacuazione;
- doc. Valutazione del Rischio Rumore dei lavoratori;
- doc. Valutazione del Rischio Vibrazioni;
- doc. Valutazione dei Requisiti di Sicurezza dei Macchinari;
- doc. Valutazione del Rischio da esposizione ad agenti chimici;
- doc. Valutazione del Rischio da esposizione ad agenti cancerogeni o mutageni;
- doc. Valutazione dei Rischi delle lavoratrici;
- doc. Valutazione dei Rischi dei minori;
- doc. Protezione contro le Esplosioni - ATEX;
- doc. di Valutazione del Rischio Stress Lavoro-Correlato;
- doc. Valutazione parametri microclimatici e illuminotecnica.

A.I.S. dispone delle professionalità in grado di supportare le Aziende nel percorso volontario di certificazione secondo le normative applicabili (9000-14000-18000).



Sedi Operative:
Genova: P.zza Rossetti, 3b/1
16129 Genova
Alassio: Corso A. Diaz, 8/7
17021 Alassio (SV)
Tel. 348.52.75.376

Sede legale:
Via delle Viole, 8/1
16148 Genova
www.aiscoop.it •
info@aiscoop.it
tel./fax 010 740.33.55

Proposta metodologica ISPESL		Guida Operativa del Coordinamento Tecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro	
Aziende fino a 10 dipendenti compresi	*Aziende con più di 10 dipendenti*	*Aziende fino a 10 dipendenti compresi*	*Aziende con più di 10 dipendenti*
CHI PARTECIPA a. Collabora il Medico Competente, se previsto b. È doverosa la partecipazione attiva del RLS territoriale, quando presente c. Si consiglia il coinvolgimento diretto dei lavoratori	**CHI PARTECIPA** È consigliata la partecipazione di figure organizzative significative (responsabile del personale, preposti, lavoratori esperti per anzianità e conoscenze, ecc.) ed eventuali consulenti esterni (psicologo, sociologo del lavoro, ecc.)	**CHI PARTECIPA** Alla fase di valutazione ed individuazione degli interventi migliorativi è necessaria la partecipazione del RLS interno o territoriale	**CHI PARTECIPA** I lavoratori e i RLS devono essere consultati dalla fasi iniziali dall'intervento alle misure preventive e correttive individuate. L'intervento deve essere promosso dal datore di lavoro e da tutto il management
Primo livello: Valutazione con approccio verificabile Si consiglia l'utilizzo delle prime dieci domande della check-list Che si riferisce agli "indicatori aziendali" di stress (infortuni, assenze, turn-over ecc..)	***Primo livello: Valutazione con approccio verificabile*** Questa fase necessita di supporto documentale o riferimenti espliciti di quanto segnalato: - rilevazione di indicatori indiretti di stress: indicatori aziendali - analisi del contesto e contenuto lavorativi: check list di indicatori verificabili	***Primo livello: Valutazione oggettiva*** Questa fase necessita di supporto documentale o riferimenti espliciti di quanto segnalato: - rilevazione di indicatori indiretti di stress: indicatori aziendali - analisi del contesto e contenuto lavorativi: check list di indicatori verificabili	***Primo livello: Valutazione oggettiva*** Questa fase necessita di supporto documentale o riferimenti espliciti di quanto segnalato: - rilevazione di indicatori indiretti di stress: indicatori aziendali - analisi del contesto e contenuto lavorativi: check list di indicatori verificabili
SI DEVE PROCEDERE AD UN ULTERIORE LIVELLO DI APPROFONDIMENTO (COMPLETAMENTO DELLA CHECK LIST) OVE: a. il punteggio della check list di "indicatori aziendali" superi il valore di 20 b. emergano chiari indicatori di rischio (malattie professionali, casi conclamati di disagio lavorativo, ecc). *Stante l'esiguo numero di dipendenti, non si ritiene praticabile, in queste tipologie aziendali, il ricorso a strumenti di rilevazione della soggettività come i questionari.*	**SI DEVE PROCEDERE AL SECONDO LIVELLO DI VALUTAZIONE** Nei seguenti casi: - presenza di potenziali fattori di stress noti in letteratura - punteggio finale della check list "alto" - presenza di istanza/e giudiziarie per molestie morali o sessuali - presenza di casi di disagio lavorativo clinicamente accertati dai centri pubblici di riferimento - se dopo un anno di azioni di miglioramento il punteggio della check list di indicatori verificabili si conferma al livello di "rischio medio"	**NON SI DEVE PROCEDERE ALLA VALUTAZIONE DELLA SOGGETTIVITÀ** L'uso di strumenti per la rilevazione della soggettività non è generalmente indicato. Possibili elementi soggettivi potranno essere introdotti da segnalazioni da parte del MC e dalla partecipazione dei lavoratori alla discussione delle soluzioni da attuare in caso di rischio non basso	**SI DEVE PROCEDERE AL SECONDO LIVELLO DI VALUTAZIONE** Nei seguenti casi: - Quando l'esame degli elementi oggettivi porta all'individuazione di un rischio stress lavoro-correlato non basso
Secondo livello: Valutazione con coinvolgimento diretto dei lavoratori - focus group - intervista semistruttura *Nel caso di istanze giudiziarie per molestie morali e/o sessuali o segnalazioni al medico competente da parte dei centri specializzati*	***Secondo livello: Valutazione con coinvolgimento diretto dei lavoratori*** - questionari - focus group - intervista semi-strutturata	***Secondo livello di valutazione:*** **Non previsto**	***Secondo livello di valutazione:*** - questionari - focus group - intervista semi-strutturata

Dal punto di vista metodologico, in assenza ad oggi delle indicazioni operative della Commissione Consultiva della Prevenzione (art.6 del D.lgs.vo 81/08 e s.m.i.), si assiste un ad proliferare di diverse proposte metodologiche, tra le ultime in ordine cronologico la guida operativa del Coordinamento Tecnico Interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro e la proposta metodologica dell'Ispesl, entrambe datate Marzo 2010.

Entrambe le proposte sopra citate hanno ribadito come la Valutazione del Rischio da Stress Lavoro Correlato, sia a tutti gli effetti un processo articolato da implementare in azienda, composto da precisi step, non unicamente la definizione asettica di un "giudizio di livello di rischio".

La valutazione del rischio deve essere effettuata in tutte le aziende, seppur a livelli differenti, con diversi gradi di approfondimento.
È cruciale condurre la valutazione in modo da riuscire a collocare con precisione nel ciclo lavorativo le eventuali criticità riscontrate, così da ricavarne indicazioni su dove concentrare gli interventi di prevenzione (mappa aziendale di rischio):
Nelle aziende a maggiore complessità organizzativa è opportuno condurre la valutazione non considerando l'azienda nella sua interezza, ma analizzando i dati per ripartizione organizzativa o gruppo omogeneo. L'omogeneità è da intendere rispetto al soggetto da cui dipende l'organizzazione del lavoro (una struttura che fa capo ad una figura dirigenziale) sono da evitare ripartizioni/accorpamenti generici per mansione, categoria professionale ecc.
La particolare natura del rischio stress lavoro-correlato richiede, secondo le linee guida vigenti, che la sua gestione comprenda:

- **le azioni informative e comunicative**, finalizzate ad accrescere la consapevolezza e la comprensione della tematica "stress" e a creare un terreno favorevole all'attuazione dell'intervento;
- **l'analisi documentale**, orientata alla raccolta di informazioni inerenti l'organizzazione del lavoro; il sistema di gestione aziendale del rischio e di indicatori aziendali riconducibili ad una situazione potenzialmente stressogena;
- **le azioni formative**, rivolte a tutte le figure interne coinvolte nella promozione/gestione della sicurezza in azienda;
- **la valutazione del rischio e la sua gestione**, in termini di azioni migliorative e correttive;
- **la stesura del documento di valutazione del rischio stress lavoro-correlato.**

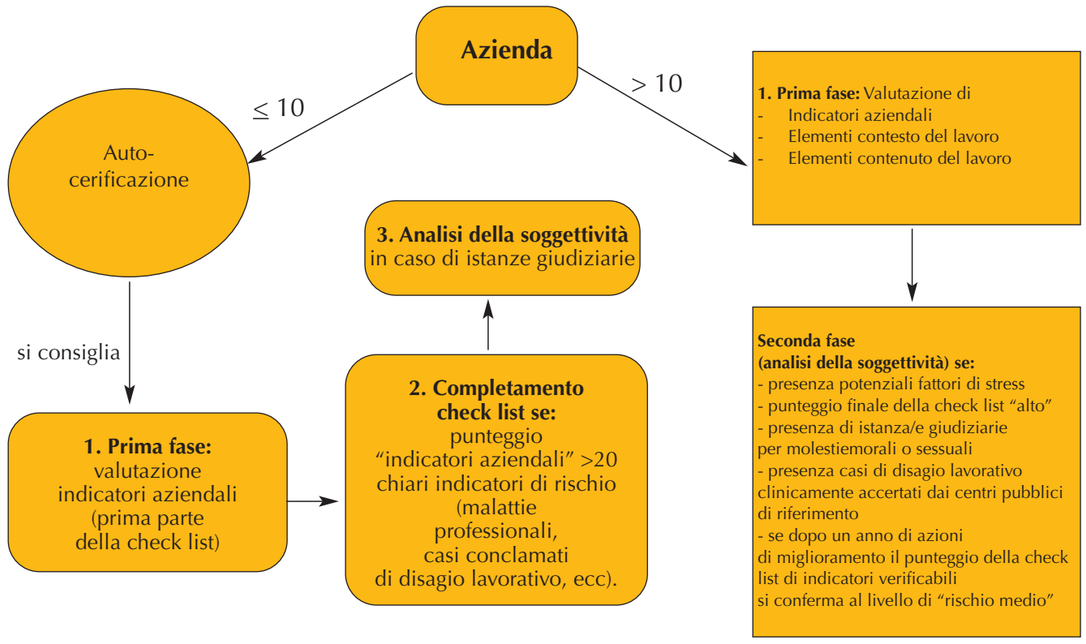
La **valutazione del rischio**, in particolare, si vede composta di due momenti: una prima valutazione orientata all'analisi degli indicatori oggettivi di stress, al fine di "fotografare" la realtà organizzativa ed identificare gruppi omogenei di lavoratori in merito ai fattori di rischio organizzativo (tramite l'utilizzo di diverse tecniche: osservazione diretta con report, check-list, job analysis) - step obbligatorio per tutte le aziende di qualsiasi dimensione settore), e una seconda fase, detta "di approfondimento" o "soggettiva", avente l'obiettivo di raccogliere, attraverso il coinvolgimento diretto dei lavoratori, la percezione soggettiva collettiva dell'organizzazione del lavoro rilevata tramite diversi metodi di indagine (questionari, focus group, interviste semistrutturate) - step di approfondimento obbligatorio solo per le aziende con più di 10 lavoratori il cui esito dello step 1 di valutazione ha riportato un giudizio di rischio non basso.

In caso di rischio non basso andranno adottati **interventi correttivi** su diversi piani:
a) soluzioni di prevenzione collettiva che intervengono sull'organizzazione,
b) soluzioni di interfaccia con i gruppi di lavoratori,
c) soluzioni individuali.
Il processo di valutazione del rischio dovrà prevedere in ogni caso un piano di monitoraggio (concordato con la partecipazione dei lavoratori e rls) che dovrà contenere l'indicazione della tempistica di rivalutazione del rischio e il monitoraggio secondo tempi definiti dell'efficacia degli interventi di prevenzione e protezione effettuati, là dove previsti.

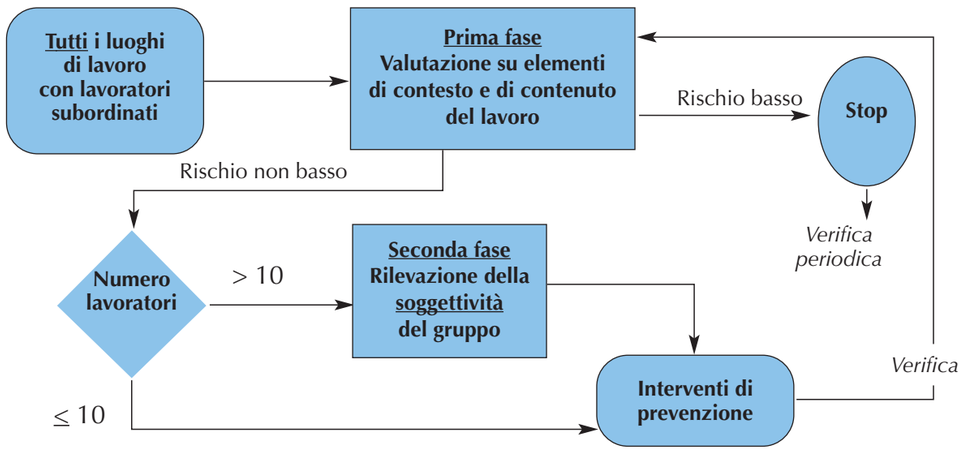
Tutte le fasi sopra descritte hanno come obiettivo finale **la stesura del documento di valutazione del rischio stress lavoro-correlato che deve attestare**:

- Le azioni di sensibilizzazione ed informazione effettuate, i soggetti coinvolti, gli strumenti utilizzati.
- L'analisi documentale rispetto all'organizzazione del lavoro, alla gestione del sistema di sicurezza e tutela della salute e ai flussi informativi inerenti gli indicatori aziendali di stress lavoro-correlato.
- Le azioni formative intraprese per le varie figure interne (strumenti adottati e durata delle iniziative)
- Il processo valutativo effettuato, gli strumenti di indagine utilizzati (oggettivi/soggettivi), il report di analisi dei dati con il livello di rischio per aree/gruppi omogenei.
- Programma delle misure di prevenzione/protezione collettiva ed individuale da attivare con la tempistica di intervento ed il ruolo dei soggetti aziendali che vi devono provvedere.

Proposta ISPESL



Proposta Coordinamento tecnico interregionale



- o Eventuale sorveglianza sanitaria mirata ai gruppi a rischio, implementata nel piano sanitario esistente, compresi i programmi di promozione della salute su base volontaria.
- o Piano di monitoraggio/follow-up con relativa tempistica.

Rispetto all'argomento **sorveglianza sanitaria** precisiamo che le linee guida affermano che nelle situazioni di stress lavoro-correlato vanno privilegiati gli interventi sull'organizzazione del lavoro, pertanto la sorveglianza sanitaria non deve essere intesa come misura d'elezione andando così a evitare di medicalizzare, dove è possibile, gli interventi di prevenzione.
La sorveglianza sanitaria è però utile a raccogliere informazioni sulla percezione del rischio (elementi soggettivi), che possono essere prese in considerazione nella fase di valutazione e di intervento (post-valutazione). Essa è da attuare ogni qual volta si evidenzi un rischio non basso che non può essere ridotto con interventi sull'organizzazione del lavoro. Sono comunque sempre possibili le visite mediche a richiesta del lavoratore.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Il fine della valutazione del rischio stress lavoro-correlato è la definizione degli interventi migliorativi sull'organizzazione del lavoro e non la stima parametrica del rischio.
La valutazione del rischio stress lavoro correlato rappresenta un processo partecipativo generativo articolato; non è un'azione situata nel tempo e nello spazio fine a se stessa e alla risoluzione dell'adempimento legislativo.
Il pericolo potenziale ***esiste sempre*** (a differenza di altri fattori di rischio), pertanto la valutazione del rischio

deve essere fatta ***in tutte le aziende*** (nessun luogo di lavoro può essere aprioristicamente definito a rischio in base alla tipologia produttiva), deve basarsi su ***elementi oggettivi***, non può limitarsi all'osservazione di indicatori oggettivi o soggettivi che dimostrino presenza/assenza di stress, **ma si devono analizzare gli aspetti dell'organizzazione del lavoro che possono essere migliorati con azioni correttive**.
Il processo di valutazione e gestione del rischio deve essere promosso dal datore di lavoro e dal top management e accompagnato da coerenti azioni di contesto (adozione di codici di condotta, di accordi di clima).
Gli strumenti di valutazione devono essere utilizzabili e gestibili dai soggetti aziendali (con eventuale adeguamento delle competenze o appoggio verso consulenti esterni). In caso di intervento di consulenti esterni la **centralità degli attori interni deve essere comunque sempre garantita**.
Ad oggi in alcune aziende di nostra conoscenza si è assistito in diversi casi a Valutazioni esclusivamente basate sul rilevamento della Percezione dei lavoratori tramite questionari o tramite strumenti di indagine qualitativa quali focus groups o interviste con i testimoni privilegiati (quali il Medico competente, il Responsabile del servizio prevenzione e protezione, il Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, il Responsabile delle Risorse Umane), in altri casi ad analisi squisitamente ed esclusivamente basate sul rilevamento degli indicatori oggettivi, in altri casi, a nessun tipo di valutazione.
Oggi abbiamo indicazioni più chiare per realizzare in azienda un processo di gestione del rischio stress lavoro correlato più articolato caratterizzato da maggiore professionalità e competenze.
Il **Medico competente** svolge un ruolo determinante nel processo di analisi e valutazione del rischio stress lavoro correlato. Può svolgere il ruolo di capo-progetto oppure di principale interlocutore per il gruppo di lavoro e lo psicologo del lavoro in quanto:
- o possessore dei dati di outcome di salute
- o portatore di conoscenze rispetto ai vissuti aziendali
- o conoscitore del clima relazionale
- o attore attivo di formazione e sensibilizzazione ai lavoratori
- o trade d'union tra gli attori della prevenzione

Ma ricordiamoci: **il focus analitico è l'organizzazione come generatrice di rischio**: in particolare "quegli aspetti di progettazione del lavoro e di organizzazione e gestione del lavoro, nonché i rispettivi contesti ambientali e sociali, che potenzialmente possono arrecare danni fisici o psicologici".
È l'organizzazione del lavoro a non essere idonea, non il lavoratore.

CONTRIBUTI E
ARTICOLI ORIGINALI

Teresio Marchì,
Giancarlo Magarotto

SPISAL ULSS 12 Veneziana

DISTURBI MUSCOLO-SCHELETRICI IN UN GRUPPO DI CONTROLLO MASCHILE DI LAVORATORI NON ESPOSTI A RISCHI ERGONOMICI E PSICOSOCIALI

RIASSUNTO

L'obiettivo dello studio è di misurare la prevalenza dei disturbi dolorosi articolari recidivanti in un gruppo di controllo di lavoratori maschi occupati nel territorio veneziano e non esposti a rischi lavorativi ergonomici o psicosociali, in modo che possano essere un utile punto di riferimento per i medici aziendali nella loro attività di sorveglianza sanitaria.
Sono stati rilevati anche dati sull'abitudine a svolgere attività motorie e sportive, oltre che attività di un certo impegno fisico nel tempo libero.
I risultati indicano che la quantificazione dei disturbi dolorosi articolari, per la loro rilevanza numerica e per la breve latenza, si presta bene a valutazioni epidemiologiche con modelli di studio trasversali.
La proporzione di soggetti che riferiscono dolore articolare e gli indicatori di costo confermano la rilevanza sociale e sanitaria di questi disturbi.

INTRODUZIONE

I disturbi e le malattie muscolo-scheletrici costituiscono un gruppo eterogeneo di quadri patologici a genesi multifattoriale che colpiscono i sistemi e apparati osteo-articolare, muscolo-tendineo, nervoso e vascolare.
Varie ed ampie rassegne della letteratura mondiale (1-17) descrivono la notevole diffusione di questi quadri patologici tra i lavoratori dei paesi industrializzati e l'importanza nella loro eziologia dei fattori di rischio occupazionali, sia fisici che psico-sociali. Tali fattori di rischio hanno una notevole diffusione, tanto che i lavoratori che ne sono esposti per almeno un quarto del proprio tempo di lavoro raggiungono in Europa proporzioni dell'ordine del 50% (18). Di conseguenza, nelle società ad economia avanzata, le stime dei costi economici delle patologie considerate evidenziano la loro enorme rilevanza sociale (19-25).
Quanto accennato rappresenta il motivo per cui la medicina del lavoro deve impegnarsi a migliorare e diffondere la propria capacità di comprendere il fenomeno e di organizzare specifiche attività preventive.
La presente ricerca si propone di misurare, con metodi epidemiologici standardizzati, la prevalenza dei disturbi dolorosi articolari recidivanti in un gruppo di controllo di occupati nel territorio veneziano non esposti a rischi lavorativi ergonomici o psico-sociali. L'auspicio è che i dati possano essere un utile punto di riferimento per i medici aziendali che, attraverso l'attività di sorveglianza sanitaria, intendano quantificare tale fenomeno nelle proprie realtà produttive.
I metodi utilizzati si devono caratterizzare per la loro semplicità, così da poter essere agevolmente applicati non solo dalle strutture sanitarie specialistiche, ma anche dai medici competenti aziendali.

Alcooltest Marketing Italy®

Branan Medical Corporation

DISPOSITIVI
MEDICO DIAGNOSTICI

ACCERTAMENTO SOSTANZE STUPEFACENTI
PSICOTROPE E METABOLITI DERIVATI

Medicina del Lavoro

2010

Sede Logistica e Amministrativa:
MEDICAL S.R.L.

Sede tecnico/produttivo-importatore:
ALCOOLTEST MARKETING ITALIA

Presente come espositore al XXIII Congresso ANMA dal 10 al 12 giugno 2010 a Venezia

Essi si devono qualificare per l'approccio multidisciplinare e la rispondenza a protocolli e linee guida riconosciuti dalla comunità scientifica, in modo da rendere possibile lo scambio di esperienze ed informazioni tra diverse professionalità e specialità mediche.

MATERIALI E METODI

Sono stati reclutati 330 lavoratori di sesso maschile occupati nel territorio della ULSS 12 veneziana in aziende dei settori finanziario, chimico e di produzione di energia elettrica. L'età media del gruppo è risultata essere pari a 44 anni (da 23 a 66) con un'anzianità lavorativa media nella mansione svolta al momento dell'intervista di 13,1 anni (da 0,5 a 36). Il gruppo è risultato composto da 35 dirigenti, 165 impiegati amministrativi, 41 impiegati tecnici, 41 operai specializzati, 48 operai.

Il criterio di inclusione è stato l'assenza di esposizione a rischi ergonomici e psico-sociali nei luoghi di lavoro.

I fattori fisici sono stati definiti sulla base dei documenti di valutazione dei rischi elaborati dalle aziende e della percezione soggettiva dei lavoratori stessi. La quantificazione soggettiva del carico fisico del lavoro è stata effettuata con l'algoritmo proposto da Hollmann nel 1999 (26), calcolato sulla base del giudizio di ogni intervistato in merito alla frequenza di specifiche posizioni di tronco, arti superiori e inferiori e di specifiche attività di movimentazione manuale di carichi, accettando valori inferiori al 50° percentile. La conferma soggettiva dell'assenza di rischi da sovraccarico meccanico degli arti superiori è stata eseguita sulla base del documento di consenso delle università di Amsterdam e Massachusetts del 2001 (28).

La valutazione dello stress da fattori psico-sociali al lavoro si è realizzato sulla base della rielaborazione proposta da Theorell del questionario di Karasek (27). Il metodo permette in modo semplificato di calcolare gli algoritmi sulla domanda psicologica del lavoro e sulla relativa capacità di controllo, definendo coloro che si caratterizzano per domanda e controllo alti come "attivi", per domanda e controllo bassi come "passivi", per domanda alta, sopra il 50° percentile, e controllo basso, sotto il 50° percentile, come ad "alto strain".

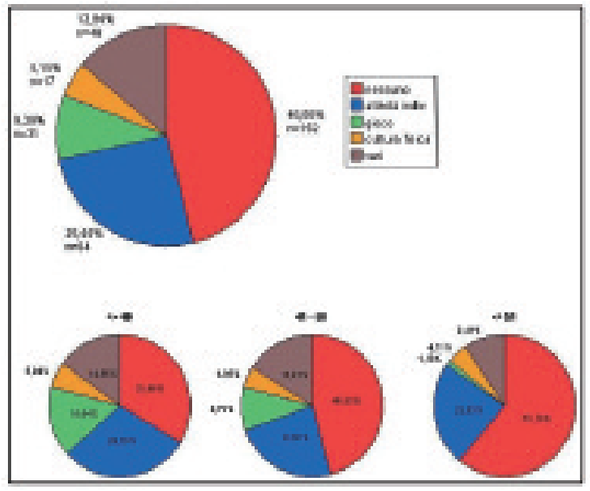
La gravità della sintomatologia dolorosa riguardante i diversi distretti articolari è stata classificata in lieve, moderata e rilevante sulla base di una matrice che considera la combinazione tra durata in settimane degli episodi di dolore e loro ricorrenza negli ultimi dodici mesi. La matrice è stata costruita sulla base della linea guida della regione Toscana "Mal di schiena: raccomandazioni per la costruzione di percorsi assistenziali aziendali nelle cure primarie", elaborata nell'ambito del Piano Nazionale Linee Guida, e dei relativi materiali scientifici nazionali e internazionali pubblicati (cfr.: http://www.pnlg.it/REG/001/). Il criterio è stato esteso alle altre sedi articolari esaminate considerando l'analogia strutturale e funzionale insieme al già citato consensus del 2001 (28) che considera la settimana di dolore come unità di misura temporale per i sintomi dolorosi riferiti al collo e agli arti superiori. Il dolore è stato definito "rilevante" quando si è manifestato cumulativamente per 12 settimane o più nell'arco degli ultimi 12 mesi, "lieve" quando gli episodi dolorosi sono durati meno di 1 o tra 1 e 2 settimane e si sono ripetuti rispettivamente per non più di 11 e 2 volte nello stesso arco temporale, "moderato" nelle situazioni intermedie. Ad ogni intervistato è stato chiesto di fornire indicazioni sulle proprie abitudini di vita nel tempo extralavorativo. È stata quantificata l'abitudine a effettuare attività motoria, in particolare sono state
rilevate le ore settimanali spese in spostamenti a piedi o in bicicletta. Sono state chieste informazioni sulle ore settimanali dedicate all'attività sportiva o di palestra, quantificando con la scala di Borg la fatica soggettivamente percepita in tali attività quale indicatore dell'impegno profuso. È stata anche rilevata l'attività pesante effettuata nel tempo "libero" in termini di ore settimanali dedicate al lavoro domestico, seconde attività, hobbies o giardinaggio e in termini numero di sollevamenti settimanali di pesi giudicati soggettivamente come rilevanti.

Le interviste sono state effettuate tra marzo 2004 e dicembre 2006 da operatori direttamente delegati dallo SPISAL e opportunamente addestrati.

La prevalenza di episodi di dolore nei diversi distretti articolari esaminati è stata calcolata dopo aver selezionato i soggetti privi di esiti funzionali per gravi traumi o malattie genetiche e degenerative agli stessi distretti. In particolare, per la quantificazione dei disturbi dorso-lombari sono stati esclusi: 5 casi di scoliosi con storia di utilizzo di busto, 4 casi di spondilolistesi e 1 caso di altra patologia invalidante del rachide dorsale. Per la quantificazione dei disturbi cervicali e di spalla sono stati esclusi: 4 casi di ernia del disco cervicale, 5 casi di scoliosi con storia di utilizzo di busto, 12 casi di altra patologia invalidante del rachide cervicale e 3 casi di altra patologia invalidante della spalla.

Per la quantificazione dei disturbi dell'arto superiore distale sono stati esclusi 7 casi di patologia invalidante dell'arto superiore. Per la quantificazione dei disturbi dell'arto inferiore distale sono stati esclusi 20 casi di patologia invalidante dell'arto inferiore.

Fig. I - Pratica dell'attività sportiva dei lavoratori studiati (n=330)



RISULTATI

La figura I rappresenta la pratica di attività sportiva nel tempo non lavorativo da parte dei soggetti intervistati. Il 46% del campione non pratica attività sportiva; tale comportamento è minimo nella classe d'età più giovane (34%) e progressivamente cresce fino a oltre il 61% in quella più anziana.

Le attività fisiche individuali come jogging, ciclismo, nuoto, atletica, arti marziali, sono le più praticate (25%), seguite dai giochi sportivi quali pallavolo, basket, calcio, tennis (9%), che tendono a contrarsi molto con l'incremento dell'età, e dalle attività di cultura fisica esemplificate da pesi, body building, fitness (5%). Nessuno svolge come unica attività gli sport ginnici (aerobica, acquagym, mantenimento, yoga, danza), mentre il 14% pratica più di una categoria di sport contemporaneamente. Nessuno ha dichiarato di fare sport a livello agonistico. I 178 soggetti che praticano attività sportive hanno mediamente iniziato da 13,4 anni (i.c. 95% 11,8-15,0) e si impegnano in media per 4,3 ore a settimana (i.c. 95% 3,8-4,7). La quantificazione soggettiva della fatica percepita nell'esercizio sportivo, quantificata con la scala di Borg, ha rilevato un punteggio medio di 5,5 (i.c. 95% 5,2-5,8).

Una quota di 294 intervistati eseguono un'attività motoria nel tempo libero. In particolare 291 camminano mediamente per 8,3 ore a settimana (i.c. 95% 7,6-9,0) mentre 129 utilizzano la bicicletta mediamente per 3,9 ore a settimana (i.c. 95% 3,4-4,4).

Attività di un certo impegno fisico sono svolte nel tempo libero da 232 soggetti: 168 si occupano di lavori domestici mediamente per 3,9 ore a settimana (i.c. 95% 3,4-4,4), 123 di altre attività pseudo lavorative, hobbistiche o giardinaggio per 4,5 ore settimanali (i.c. 95% 3,7-5,2). Un piccolo insieme di 18 persone ha dichiarato di effettuare sollevamenti manuali di pesi rilevanti, in media nel numero di 4,4 settimanali (i.c. 95% 2,4-6,3).

La tabella I mostra le diagnosi di patologie muscolo-scheletriche poste nel corso della vita degli intervistati da parte di specialisti o di strutture sanitarie, desunte dalle loro storie cliniche. Si può notare come le relative casistiche sono limitate, considerando che si tratta di una rilevazione "life time". La numerosità più consistente riguarda l'ernia del disco intervertebrale lombare con 29 casi diagnosticati a partire dal 1978. Per quel che riguarda le patologie degli arti superiori potenzialmente correlabili al lavoro, si sono registrati 11 casi di s. della cuffia dei rotatori a partire dal 1973, 6 casi di epicondilite dal 1998, 1 caso di s. del tunnel carpale dal 2000, 1 caso di epitrocleite del 2005, 1 caso do m. di Raynaud del 1970.

Diverso è il riscontro dei disturbi dolorosi nei diversi distretti articolari (tabelle II -V) che si dimostra un fenomeno rilevante, considerando l'arco temporale di rilevazione limitato agli ultimi dodici mesi.

Particolarmente numerosi sono gli episodi di lombalgia e cervicalgia, a livello dell'arto superiore prevale la spalla, nell'arto inferiore il ginocchio. Considerando la colonna vertebrale, si nota una certa tendenza alla maggiore presenza delle forme più gravi nelle classi di età più avanzata. Il fenomeno non è evidenziabile per le forme intermedie e lievi. Queste ultime tendono invece

TABELLA I - Patologie muscolo-scheletriche nella storia clinica dei lavoratori studiati (n=330)

PATOLOGIA	CASI	PCT
Ernia del disco cervicale	4	1,2%
Ernia del disco lombare [1]	29	8,8%
Scoliosi [2]	14	4,2%
Spondilolistesi	4	1,2%
S. della cuffia dei rotatori	11	3,3%
Epicondilite	6	1,6%
Epitrocleite	1	0,3%
S. del tunnel carpale[3]	1	0,3%
S. di Raynaud	1	0,3%
Altra patologia invalidante del rachide	13	3,9%
Altra patologia invalidante dell'arto superiore	7	2,1%
Altra patologia invalidante dell'arto inferiore	20	6,1%

Note: 1 - di cui 6 casi sottoposti a intervento chirurgico
2 - di cui 5 casi con utilizzo di busto
3 - sottoposto a intervento chirurgico

a ridursi nel caso del dolore lombare e cervicale, condizionando di conseguenza una flessione della prevalenza globale dei sintomi. A livello della spalla e dell'arto inferiore sembra assente una dinamica di relazione dei disturbi con la classe di età che invece riappare nella sintomatologia dolorosa dell'arto superiore distale, considerando tutte le sedi insieme, sempre nel senso dell'aumento delle sintomatologie più gravi e della riduzione di quelle lievi.

Gli indicatori di costo esaminati confermano la rilevanza sociale e sanitaria di questi disturbi articolari. Tra i 330 lavoratori esaminati sono state perse in un anno 419 giornate lavorative, con una media di 1,3 giornate per lavoratore in 12 mesi. L'assenteismo maggiore è dovuto ai disturbi dorso-lombari con una perdita media di 1,6 giornate di lavoro per ogni paziente. Seguono le algie di arti inferiori e di collo e arti superiori rispettivamente con 0,4 e 0,6 giorni persi a paziente (tabella VI). Notevole è tra i casi il consumo di farmaci che coinvolge, a seconda del distretto articolare, una percentuale di casi compresa tra il 29% e il 62% (tabella VII). Rilevante è anche il ricorso a prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione effettuate nell'arco di 12 mesi. In particolare le visite specialistiche, gli esami clinici e le terapie riabilitative riguardano quote considerevoli di casi che raggiungono approssimativamente il 20-30%.

DISCUSSIONE

Lo studio mette a disposizione dei medici competenti aziendali una quantificazione della prevalenza attesa delle algie articolari recidivanti tra i lavoratori non esposti a rischi ergonomici o psico-sociali. I risultati suggeriscono che lo studio dei disturbi dolorosi articolari, per la loro rilevanza numerica, anche considerando periodi limitati di rilevazione, si presta bene a valutazioni epidemiologiche con modelli di studio trasversale. Inoltre questi disturbi, per la loro breve latenza, rispecchiano le condizioni di stress articolare contin-

TABELLA II - Prevalenza di dolore al rachide lombare e dorsale (12 mesi)

Dolore	d 40 anni (n=99)	41 - 50 a. (n=136)	· 51 anni (n=85)	Totale (n=320)
lombare	43,5%	43,4%	40,1%	42,5%
lieve	35,4%	31,6%	22,4%	30,3%
moderato	8,1%	3,7%	7,1%	5,9%
rilevante		8,1%	10,6%	6,3%
dorsale	8,1%	8,9%	15,3%	10,4%
lieve	7,1%	5,9%	9,4%	7,2%
moderato	1,0%	1,5%	1,2%	1,3%
rilevante		1,5%	4,7%	1,9%
totale lom.-dor.	50,5%	47,7%	46,0%	48,2%
lieve	41,4%	33,8%	27,1%	34,4%
moderato	9,1%	5,1%	7,1%	6,9%
rilevante		8,8%	11,8%	6,9%

TABELLA III - Prevalenza di dolore al rachide cervicale e alla spalla (12 mesi)

Dolore	d 40 anni (n=99)	41 - 50 a. (n=136)	· 51 anni (n=85)	Totale (n=320)
cervicale	53,7%	40,7%	32,9%	42,6%
lieve	48,4%	27,1%	21,5%	32,2%
moderato	4,2%	9,8%	7,6%	7,5%
rilevante	1,1%	3,8%	3,8%	2,9%
spalla	13,7%	13,6%	15,2%	14,0%
lieve	7,4%	8,3%	7,6%	7,8%
moderato	2,1%	3,0%	7,6%	3,9%
rilevante	4,2%	2,3%		02,3%
totale cer.-spal.	59,0%	46,6%	41,7%	49,2%
lieve	49,5%	30,1%	27,8%	35,5%
moderato	4,2%	10,5%	10,1%	8,5%
rilevante	5,3%	6,0%	3,8%	5,2%

TABELLA IV - Prevalenza di dolore alla parte distale degli arti superiori (12 mesi)

Dolore	d 40 anni (n=99)	41 - 50 a. (n=141)	o 51 anni (n=83)	Totale (n=323)
gomito	5,0%	6,3%	9,6%	6,8%
lieve	3,0%	2,8%	2,4%	2,8%
moderato	1,0%	0,7%	1,2%	0,9%
rilevante	1,0%	2,8%	6,0%	3,1%
avambraccio	6,1%	2,8%	2,4%	3,7%
lieve	5,1%	2,1%		2,5%
moderato	1,0%		1,2%	0,6%
rilevante		0,7%	1,2%	0,6%
polso	8,1%	7,1%	7,2%	7,4%
lieve	6,1%	5,7%		4,3%
moderato	2,0%	0,7%	3,6%	1,9%
rilevante		0,7%	3,6%	1,2%
mano	11,1%	2,1%	8,4%	6,5%
lieve	7,1%	1,4%	1,2%	3,1%
moderato	2,0%	0,7%	2,4%	1,5%
rilevante	2,0%		4,8%	1,9%
totale a. sup. d.	23,2%	14,8%	18,0%	18,3%
lieve	17,2%	10,6%	3,6%	10,8%
moderato	3,0%	0,7%	4,8%	2,5%
rilevante	3,0%	3,5%	9,6%	5,0%

TABELLA V - Prevalenza di dolore agli arti inferiori (12 mesi)

Dolore	d 40 anni (n=95)	41 - 50 a. (n=135)	o 51 anni (n=80)	Totale (n=310)
anca		2,2%	11,3%	3,8%
lieve		1,5%	10,0%	3,2%
moderato			1,3%	0,3%
rilevante		0,7%		0,3%
ginocchio	14,8%	12,6%	10,0%	12,6%
lieve	11,6%	8,9%	7,5%	9,4%
moderato	1,1%	2,2%	2,5%	1,9%
rilevante	2,1%	1,5%		1,3%
caviglia	4,2%	4,4%	6,3%	4,9%
lieve	2,1%	2,2%	2,5%	2,3%
moderato		0,7%	2,5%	1,0%
rilevante	2,1%	1,5%	1,3%	1,6%
piede	3,3%	1,4%	3,9%	2,6%
lieve	1,1%	0,7%	1,3%	1,0%
moderato	1,1%	0,7%	1,3%	1,0%
rilevante	1,1%		1,3%	0,6%
totale arto inf.	21,0%	17,1%	21,3%	19,3%
lieve	14,7%	11,1%	12,5%	12,6%
moderato	2,1%	3,0%	6,3%	3,5%
rilevante	4,2%	3,0%	2,5%	3,2%

TABELLA VI - Giorni persi per dolori articolari (12 mesi)

Dolore	n° casi	giorni persi	media sui casi (i.c. 95%)	media sul totale (i.c. 95%)
dorso-lombare	162	254	1,6 (0,6-2,6)	0,8 (0,3-1,3)
collo e arti superiori	180	75	0,4 (0,0-0,8)	0,2 (0,0-0,5)
arti inferiori	77	45	0,6 (0,0-1,4)	0,1 (0,1-0,3)

n = 330

TABELLA VII - Indicatori di costo dei dolori articolari (12 mesi)

Dolore	dorso-lombare		collo e arti superiori		arti inferiori	
	% sui casi	% sul totale	% sui casi	% sul totale	% sui casi	% sul totale
Farmaci	61,7	30,3	50,0	27,3	28,6	6,7
Visite special.	31,5	15,5	18,9	10,3	31,2	7,3
Ricoveri	3,1	1,5	2,2	1,2	2,6	0,6
Esami clinici	25,3	12,4	13,9	7,6	26,0	6,1
Riabilitazione	25,3	12,4	21,1	11,5	20,8	4,8

n = 330

gente alla rilevazione, la qual cosa avvalora l'idea che questa attività epidemiologica possa dare un importante contributo al processo di valutazione del rischio nelle aziende. L'individuazione di clusters di casi conferisce maggiore concretezza, interesse e precisione alla valutazione dei singoli fattori causali, rendendola più pertinente ed efficace anche in merito alla definizione e verifica degli interventi di miglioramento. Lo studio indica che, per queste valutazioni, siano maggiormente informativi i casi che, per frequenza e durata degli episodi dolorosi, presentano una sintomatologia importante, essendo di scarso rilievo quelli caratterizzati da episodi dolorosi fugaci e sporadici, che condizionano in modo trascurabile il livello di salute dei soggetti colpiti.

I risultati consigliano invece cautela nel considerare per la stima dei livelli di rischio in popolazioni lavorative, in studi trasversali, le diagnosi di malattie muscoloscheletriche, a causa della loro contenuta incidenza. Per l'epidemiologia di queste patologie appaiono più idonei studi longitudinali di ampie dimensioni campionarie.

Presente come espositore al XXIII Congresso ANMA dal 10 al 12 giugno 2010 a Venezia

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE: UN INVESTIMENTO DI SUCCESSO PER L'AZIENDA E LA SUA PRODUTTIVITÀ

CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Umberto Candura,
VicePresidente ANMA

PREMESSA

La salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro costituiscono da tempo un'azione prioritaria svolta a tutti i livelli della società, dalle Istituzioni Europee e Nazionali , alle organizzazioni datoriali e sindacali, alle Associazioni scientifiche di Medicina del Lavoro.

Il lavoro sicuro, il miglioramento della qualità della vita lavorativa, la prevenzione di infortuni e dei danni da lavoro sono gli obiettivi che muovono tali azioni, nell'ottica di coniugare etica e mercato, nel rispetto di una normativa sul tema, che come è noto ha assunto una dimensione comunitaria.

Sul piano strettamente formale, ma non sostanziale, gli interventi di Promozione della Salute sul Lavoro (Workplace Health Promotion, WHP) si differenziano dagli adempimenti obbligatori di prevenzione in quanto le iniziative sono su base volontaria, e sono quelli che in azienda consentono ai lavoratori di *esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla.* (OMS, 1991).

In particolare la promozione della salute è stata definita dalla Dichiarazione di Lussemburgo come: ***"lo sforzo congiunto di imprese, addetti e società per migliorare la salute ed il benessere dei lavoratori"***.

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE IN AZIENDA

Secondo le Linee Guida ISPESL, il corretto svolgimento delle attività di WHP può concretizzarsi solo con una forte responsabilità manageriale, e solo se esse vengono integrate all'interno dei sistemi di gestione esistenti.

Pertanto è necessario partecipare in modo quanto più capillare la filosofia aziendale, che parte da un' attenta analisi dei fabbisogni e della domanda di salute emersa dalla popolazione lavorativa.

Il successo di tali iniziative passa anche attraverso un'affermazione del ruolo aziendale come soggetto responsabile verso la società, che può giungere fino alla relativa certificazione (Social Accountability 8000).

Nella fattispecie di un'iniziativa- ad es. lotta al tabagismo - che si pone l'obiettivo di promuovere stili di vita più salutari, è necessario formare soggetti o un comitato di controllo (SPPA?), che si faccia testimone dei comportamenti più sani, ponendosi obiettivi misurabili ed eventualmente migliorabili. In particolare il gruppo analizzerà l'impatto sugli indicatori indiretti di salute aziendali (tasso di assenteismo e di infortunio), e su quelli economici: turnover personale, produttività, incidenza degli scarti, analisi costo-benefici, ecc.

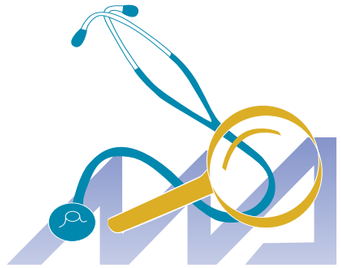
I PUNTI DI FORZA DELLA WORKPLACE HEALTH PROMOTION

a) Il lavoro non rappresenta solo un modo di procurarsi i mezzi economici necessari ma anche una fonte importante di identità personale e sociale e di autostima, perciò gioca un ruolo determinante per la salute fisica e psichica delle persone;
b) La maggioranza della popolazione adulta attiva impiega la maggior parte del suo tempo al lavoro;
c) La popolazione attiva che lavora costituisce una sorta di "opinion leader" per la popolazione inattiva, così lo stile di vita salutare acquisito dai lavoratori si estende anche alla famiglia ed alla società;
d) Molti posti di lavoro hanno una popolazione stabile, per cui le azioni a favore della salute possono aumentare nel tempo la loro efficacia
e) Ha una positiva ricaduta sulla stessa struttura organizzativa aziendale
f) Incoraggia la *partecipazione e la responsabilizzazione* di ogni dipendente e favorisce il lavoro di gruppo e la collaborazione intersettoriale: elementi certamente positivi per l'azienda;
g) Ha un grande potere sinergico e favorisce le situazioni in cui tutti risultano vincenti;
h) Ha una *ricaduta di immagine positiva* presso i dipendenti della azienda, la comunità in cui l'azienda è localizzata e di riflesso la collettività nel suo insieme.

CAMPAGNA ANTIFUMO

La cessazione dell'abitudine al fumo promossa da campagne educative su vasta scala rappresenta la strategia più efficace per ridurre la mortalità associata al fumo di sigaretta a medio termine. Ciò è quanto afferma l'Istituto Superiore della Sanità (Osservatorio Fumo, Alcol e Droga) nel suo documento "*Linee Guida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*"
Una riduzione del 50% nel numero di attuali fumatori potrebbe evitare da 20 a 30 milioni di morti premature nel primo quarto di secolo e circa 150 milioni nel secondo quarto in tutto il mondo.
Le prove di efficacia hanno dimostrato l'utilità di diversi interventi sulla popolazione lavorativa:
- Distribuzione di materiale educativo.
- Utilizzo di opinion leaders locali per illustrare i vantaggi di stili di vita più salutari.
- Interventi rivolti ai singoli lavoratori più a rischio.
- Coinvolgimento del *medico competente* come figura di riferimento e di couseling.

In particolare la figura del sanitario è chiamata - dopo la fase di divulgazione generale degli scopi e dei benefici dell'iniziativa - a cercare di stabilire un'"alleanza" con il soggetto.
Gli argomenti sui quali è possibile trovare punti di incontro sono diversi:
o esprimere chiaramente la consapevolezza che si tratta di una scelta difficile
o accettare lo stato di ambivalenza e la resistenza come aspetti normali ed evitare di entrare in conflitto verbale o psicologico con il fumatore
o aiutare il fumatore a trovare le proprie motivazioni per smettere (che non necessariamente sono quelle indicate dal medico)
o accettare di parlare degli aspetti "positivi" del fumare oltre che di quelli negativi per entrare in relazione con il paziente,
o comprenderne meglio i meccanismi e aiutarlo ad accettare il ruolo guida del medico
o discutere gli aspetti di prevenzione delle malattie legate al fumo:
  - *malattie respiratorie*: il fumo ne è la principale causa o concausa (cancro del polmone e delle vie respiratorie, enfisema polmonare, infezioni broncopolmonari, asma, bronchiti recidivanti);
  - *neoplasie diverse dal cancro del polmone*: il fumo le provoca in organi e sistemi diversi (cavo orale e faringe, laringe, prime vie digestive, pancreas, rene e vescica, collo dell'utero)
  - *cardiovasculopatie*: il fumo è uno dei più importanti fattori di rischio per malattie coronariche e le vasculopatie cerebrali
  - *vasculopatie periferiche (morbo di Buerger, claudicatiointermittens)*
  - *gravidanza e puerperio*: il fumo della madre è la principale causa di basso peso alla nascita, di aumento di mortalità perinatale e di malattie respiratorie dopo la nascita
  - *fattori di rischio associati* che aumentano il grado di rischio globale, in particolare cardiovascolare (diabete, ipercolesterolemia, dislipidemie, ipertensione arteriosa)
  - *possibili interazioni con l'assunzione di farmaci*: contraccettivi orali (aumento effetto trombotico), neurolettici (modifica la farmacocinetica), teofillina (aumentato metabolismo), ipocolesterolizzante (il fumo abbassa i livelli di HDL), antianginosi.
o Illustrare infine ulteriori vantaggi:
  - estetici (pelle meno rugosa, alito non sgradevole),
  - economici (fumo come spesa),
  - affettivi (rispetto per la salute dei familiari e dei conviventi, miglioramento dell'autostima: sentirsi orgogliosi per essere riusciti in un impresa importante).



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

Ente affidatario:

Rete Ferroviaria Italiana - Gruppo Ferrovie dello Stato - Direzione Sanitaria

In collaborazione con:

Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale

Associazione Nazionale Medici d'Azienda

Confindustria

Ente Nazionale Assistenza al Volo

Istituto di Medicina Legale dell'Università Cattolica del Sacro Cuore

Istituto di Medicina Legale dell'Università di Verona

ULSS 20 Verona - Dipartimento delle Dipendenze

Gruppo Tossicologi Forensi Italiani

Ministero della Salute

Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti

Ministero dell'Interno

Altre Amministrazioni Centrali interessate

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

DTLR
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL DRUG TEST NEI LAVORATORI CON MANSIONI A RISCHIO

Progetto per la creazione di un sistema di monitoraggio e valutazione dei drug test eseguiti sul territorio nazionale nei lavoratori con mansioni a rischio, finalizzato anche alla creazione di un flusso permanente di dati a supporto del tavolo tecnico interistituzionale presso il Dipartimento per le Politiche Antidroga.

PREMESSE

In Italia non si dispone di dati centralizzati e standardizzati che consentano di analizzare il riscontro delle indagini tendenti a quantificare l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope da parte di lavoratori con mansioni a rischio, con particolare riferimento alle attività di trasporto. Vista l'importanza strategica rivestita dalla questione per i rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute dei terzi in caso di incidenti sul lavoro, si rende necessario disporre di una base informativa costantemente aggiornata per supportare eventuali azioni di contrasto al fenomeno e di regolamentazione del settore.

OBIETTIVI

Obiettivo generale del progetto è la costituzione di un network tra le unità operative esistenti per lo sviluppo di sistemi di monitoraggio e valutazione standardizzata degli esiti dei test eseguiti presso le Aziende per il rilevamento dell'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope da parte di lavoratori addetti a mansioni a rischio. Attraverso l'utilizzo della rete web si intende creare inoltre un flusso costante e aggiornato periodicamente dei dati inerenti le casistiche relative agli accertamenti tossicologico-analitici di I livello e diagnostico-

RICERCA DROGHE D'ABUSO

Presente come espositore al XXIII Congresso ANMA dal 10 al 12 giugno 2010 a Venezia

accertativi di II livello. Le evidenze che si manifesteranno costituiranno la base per la predisposizione di linee di indirizzo tecnico omogenee sul piano nazionale e per la definizione di modelli per la valutazione degli esiti dei trattamenti da porre a confronto. In questo modo si vuole anche provare a rendere omogenee le procedure su tutto il territorio nazionale.

METODOLOGIA

Al fine di avere una rappresentazione corretta ed esaustiva del fenomeno, il monitoraggio in questione dovrà rivestire carattere intersettoriale andando ad intercettare casistiche nei settori previsti dal Provvedimento della Conferenza Unificata Stato-Regioni del 30 ottobre 2007. Dovranno quindi essere considerate tutte quelle attività per le quali è richiesto un certificato di abilitazione per l'espletamento di lavori pericolosi specificatamente individuati, le funzioni operative proprie degli addetti e dei responsabili della produzione, del confezionamento, della detenzione, del trasporto e della vendita di esplosivi e con uno specifico focus nelle mansioni inerenti le attività di trasporto. Dovranno essere resi disponibili in particolare la prevalenza e il destino dei casi riscontrati come positivi sia in fase di accertamento da parte del medico competente che nell'approfondimento diagnostico-accertativo a carico delle strutture competenti. Le procedure operative saranno indirizzate ad escludere o identificare non solo la condizione di tossicodipendenza, ma anche l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope (sia essa occasionale, periodica o costante) al fine di assicurare un regolare svolgimento delle mansioni lavorative a rischio. A scopo preventivo, dette procedure non faranno distinzione tra uso occasionale, uso regolare o presenza di dipendenza, per evitare che ciò possa essere fonte di possibili conflitti tra lavoratore e datore. Tuttavia il rilevamento di condizioni cliniche che necessitano di terapia o trattamenti specifici per la tossicodipendenza e i comportamenti a rischio dovranno obbligatoriamente essere presi in considerazione per indirizzare la persona verso programmi di cura e riabilitazione nel primo caso e verso supporti specialistici nel secondo caso.

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 Madicina 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 _____

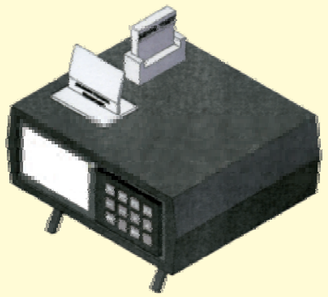
SILMARC® PHARMA

Tel. 0583-948884 - Fax: 0583-947742
e.mail: silmarc@silmarc.it - sito web: www.silmarc.it

EasyCheck®

DrugCheck®

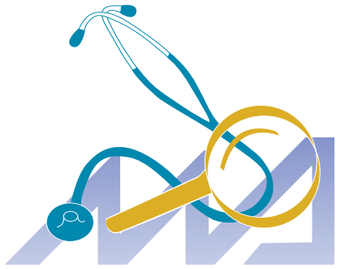
SecurKit®



TestPrint®

La Diagnostica resa semplice
per la Medicina del Lavoro

Presente come espositore al XXIII Congresso ANMA dal 10 al 12 giugno 2010 a Venezia



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

LA SORVEGLIANZA SANITARIA NELL'ARTIGIANATO E NELLA PICCOLA IMPRESA: QUALE ORGANIZZAZIONE?

G. Mosconi

Unità Operativa Ospedaliera Medicina del Lavoro - Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo

RIASSUNTO

Per l'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro, la maggior parte delle piccole imprese (artigiane) presentano più rischi per la salute rispetto alle grandi imprese e hanno bisogno di assistenza per far fronte agli obblighi di sicurezza e tutela della salute. Lo scopo del presente lavoro è quello di discutere la validità di un modello di organizzazione della attività di sorveglianza sanitaria adottato in 174 imprese artigianali del settore edile.

INTRODUZIONE

"Small is beautifull. A Study of Economics as if People Mattered" ("Piccolo è bello: l'economia come se la gente contasse"), così recitava alla fine degli anni settanta il titolo di un famoso libro dell'economista tedesco Ernest F. Schumacher.

Probabilmente l'affermazione di Schumacher non è più così vera. È infatti ampiamente riconosciuto che le piccole e medie imprese (PMI), che occupano quasi due terzi della forza lavoro in Europa, creano un nuovo posto di lavoro su due e costituiscono la struttura portante dell'economia europea, secondo il Parlamento Europeo sono un po' "troppo piccole" ed indifese rispetto alle insidie della globalizzazione e della recente crisi economica. Le difficoltà per le imprese di piccole dimensioni sono superiori, rispetto alle imprese di maggiori dimensioni, anche nel campo della prevenzione e sicurezza dei luoghi di lavoro. L'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro ha portato a termine un'inchiesta sulle iniziative a livello nazionale, regionale e settoriale che ha esaminato 18 servizi di assistenza in materia di sicurezza e salute sul lavoro per le PMI in 14 Stati membri: "Piccole, sicure e produttive - come consolidare la cultura di prevenzione nelle PMI europee"(1) dalla quale è emerso che: *"la maggior parte delle piccole imprese ha bisogno di assistenza per far fronte ai propri obblighi di sicurezza e salute. La nostra indagine sugli schemi di assistenza negli Stati membri rivela che potrebbe risultare difficile attirare l'attenzione delle PMI e spingerle ad agire: tuttavia ciò non è impossibile se vengono presi in considerazione i criteri di successo identificati"* commenta Hans-Horst Konkolewsky, direttore dell'Agenzia. *"Auspichiamo che i risultati della nostra relazione e gli studi dei casi presentati conducano ad iniziative analoghe in Europa, in modo da migliorare le condizioni di sicurezza e salute di circa 75 milioni di lavoratori dell'UE occupati nelle PMI"*.

Le PMI, rispetto alle imprese di più grandi dimensioni, hanno una percentuale quasi doppia di infortuni con esiti mortali. Non così dettagliate sono le informazioni e le stime sulle malattie da lavoro, anche se le banche dati internazionali e nazionali (2) confermano che nelle piccole aziende è più elevata

anche la probabilità di ammalare. Su questo tema pesa anche la mancata segnalazione (sottostima), che è ragionevole pensare essere più rilevante nelle aziende artigiane.
L'Agenzia di Bilbao riconosce, per le piccole imprese, i seguenti motivi di "debolezza":

1. Ridotta conoscenza di rischi e normative,
2. debolezza nella formazione professionale,
3. minor tempo e risorse dedicate,
4. ridotti contatti con organi di controllo e esperti istituzionali in OSH,
5. assenza di servizi interni,
6. non adeguata stima dei costi diretti e indiretti di infortuni e malattie professionali.

In generale la cura della salute e l'adozione di presidi per la prevenzione dipendono, sempre secondo l'Agenzia, principalmente dalla soggettività dei titolari. Le attività per la prevenzione nelle PMI sono viste più come costo che come beneficio, anche se, nelle piccolissime imprese, il datore di lavoro è spesso esposto agli stessi rischi, se non di più, del lavoratore dipendente. Presente è anche il pericolo di essere destinatari di "trasferimenti di rischi".
La EU-OSHA, in sintesi, invita all'adozione di standard più avanzati in materia di sicurezza sul lavoro nelle PMI: è un compito prioritario che richiede uno sforzo congiunto dell'Unione Europea e degli Stati membri.
Ciò vale anche per la sorveglianza sanitaria. Sono infatti generalmente maggiori le difficoltà che incontra il MC nella gestione di un SSA di una impresa artigianale rispetto a quelle che incontra nella gestione di servizi sanitari di aziende di grandi dimensioni.

LO STATO DELL'ARTE

È difficile reperire in letteratura studi sull'argomento, soprattutto in Italia. Si fa riferimento a opinioni diffuse, a "sentito dire" o ci si basa su singole esperienze. Questo è stato anche il principale motivo che ha stimolato la realizzazione di una indagine per sentire il parere dei MC che operano in imprese artigiane in 4 province italiane, invitati a rispondere ad un breve questionario sul tema e di cui riferiremo i dati preliminari essendo, l'indagine, ancora in corso.
Sulla base dei primi risultati e da quanto emerso in interviste a MC di imprese artigianali sull'argomento, quindi senza volere essere esaustivi sul tema, ci sembra di poter fare la seguente sintesi.
Per quanto riguarda gli spazi, le attrezzature e gli strumenti, frequentemente il MC di imprese artigiane lamenta una serie di carenze strutturali degli ambienti dove è costretto ad operare. Visita in ambienti "adattati ad ambulatorio" (uffici, magazzini, per non dire sottoscala…) più che in ambulatori veri e propri. Gli spazi non sempre sono adeguati, angusti, le condizioni igieniche, talvolta anche quelle strutturali, sono precarie, la pulizia non è sempre garantita. Inadeguati sono pure il lettino da visita (molte volte, portato dal MC), la scrivania, il computer (quando c'è, più spesso il MC usa il proprio pc portatile che rappresenta una buona soluzione), gli armadi per la conservazione del materiale sanitario ed in particolare delle cartelle sanitarie e di rischio. Per gli accertamenti integrativi ci si avvale spesso di strutture sanitarie esterne, i lavoratori si devono spostare, ma in questo caso le strutture e gli strumenti sono, di norma, adeguati. Quando invece il MC desidera fare gli esami in azienda (spirometria e audiometria, i più frequenti), oltre a dover portare la propria strumentazione, spesso svolge questi accertamenti in condizioni di precarietà gestionale. In aziende di piccole dimensioni è difficile garantire, per esempio, l'isolamento acustico (vicinanza a reparti rumorosi). Anche per le visite, la soluzione più frequentemente adottata dal MC è quella di visitare nei propri ambulatori.
Sul fronte della collaborazione e supporto aziendale alla programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria, la situazione non cambia. La raccolta delle informazioni è probabilmente uno dei passaggi più delicati. Spesso incomplete sono le descrizioni dell'attività lavorativa, dei fattori di rischio, mancano misure dell'esposizione (indagini ambientali - stima del rischio). I DVdR presentano spesso carenze e risultano non rappresentativi delle realtà espositive. Sono carenti anche le informazioni sui cantieri aperti, sul numero di ore lavorate, sulle assenze dal lavoro. Lo stesso organigramma (pensionamenti, licenziamenti, nuove assunzioni) non è sempre tempestivamente aggiornato. Sull'organizzazione delle visite mediche, sulle modalità di convocazione: frequenti sono le defezioni, i ritardi, lo scambio di persone.
È veramente raro che il MC abbia collaborato alla VdR, più spesso prende visione del DVdR (o dei POS, in edilizia), raramente da indicazioni su aggiornamenti od integrazioni.
Mancano spesso figure aziendali di riferimento con adeguata formazione (DL, RSPP, RLS) e la collaborazione fra gli attori della prevenzione in azienda è in molti casi problematica.
Le difficoltà si riscontrano soprattutto nel percorso che porta alla diagnosi di malattia da lavoro e ancor più difficoltosa è la gestione dei giudizi di idoneità con limitazioni. Su questi due temi talvolta nascono veri e propri conflitti tra il MC e l'azienda (DL).
Secondo la maggioranza dei MC intervistati, i problemi, più che di natura economica, sono di tipo organizzativo-gestionale (organizzazione degli accertamenti sanitari, in particolare quelli diagnostici, e la ricollocazione dei lavoratori con limitazioni) e di tipo culturale: è ancora insufficiente la cultura della prevenzione, non sempre il DL ha ben chiaro il ruolo del MC.
Stante le difficoltà sopracitate, il problema, così come viene richiamato dall'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro, è quello di proporre iniziative finalizzate al miglioramento delle condizioni di tutela e nello specifico, di migliorare la qualità della sorveglianza sanitaria.

UN MODELLO PER LA GESTIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA IN EDILIZIA

La scelta del modello da adottare per la gestione della Sorveglianza Sanitaria in edilizia che, come è noto, si caratterizza per la presenza di imprese di piccole dimensioni (più del 85% delle imprese ha meno di 10 dipendenti) con le caratteristiche classiche delle imprese artigiane, non può prescindere da una analisi dei bisogni, sintetizza nella richiesta di una maggiore tutela della salute da parte delle maestranze (3). L'edilizia è infatti il settore che ha il maggior numero di infortuni mortali e di malattie da lavoro. L'Obiettivo è quindi quello di definire percorsi che consentano di affrontare le criticità della sorveglianza sanitaria nel settore in modo efficace e/o (quantomeno) appropriato, definendo, dove possibile, gli standard minimi per la tutela della salute dei lavoratori edili. È chiaro anche che la sorveglianza sanitaria si inserisce in un contesto ben più ampio di prevenzione e sicurezza aziendale, che devono crescere di pari passo.
Rimanendo al tema specifico della sorveglianza sanitaria, è opportuno individuare il modello organizzativo che dia le maggiori garanzie, partendo dalle criticità del settore, di efficacia ed efficienza. Il presupposto ci è offerto da un articolo di Apostoli e coll. del novembre del 1995 dal titolo "*Modelli organizzativi e servizi di medicina del lavoro nelle unità produttive*" (4), nel quale gli autori indicano un percorso attraverso il quale è possibile individuare il modello più adatto. La scelta prevede l'analisi di una serie di variabili:

- il settore produttivo di appartenenza;
- l'ambiente di lavoro (fabbrica, cantiere, ciclo e livello tecnologico);
- i fattori di rischio e rischi (tipo, entità, conoscenza dei rischi,…);
- le dimensioni e caratteristiche azienda (numero dipendenti, logistica, ...);
- l'organizzazione aziendale (organizzazione, strategie aziendali, certificazione...);
- il personale dedicato alla prevenzione;
- la disponibilità economica;
- gli obblighi di legge;
- la cultura della prevenzione...

L'applicazione del percorso proposto all'edilizia, porta immediatamente a mettere in evidenza le criticità del settore. In primis del contesto lavorativo: il cantiere. Nel caso specifico, come è noto, il cantiere si caratterizza per essere un ambiente di lavoro in continua evoluzione (realizzazione di prototipi), con una complessa organizzazione sia del lavoro sia della prevenzione e sicurezza (coordinatori per la Sicurezza, POS..). Numerosi e rilevanti sono i fattori di rischio presenti e la loro stima e valutazione è complessa: "*…l'esposizione ai principali fattori di rischio occupazionali in un cantiere edile si caratterizza per essere incostante per intensità, durata e frequenza, mutabile, non sempre prevedibile, si ripete nel tempo ad intervalli molto variabili, con punte anche di elevata entità, è soggetta all'influenza di variabili ambientali ed organizzative difficilmente controllabili, ma che ne possono amplificare il rischio*" (3).
Più in generale, le imprese edili sono nella stragrande maggioranza di piccole dimensioni, hanno difficoltà organizzative e gestionali, non hanno grandi disponibilità economiche, scadente è spesso la professionalità delle maestranze, insufficiente è la cultura della prevenzione. A questo va aggiunto che la normativa in ambito di tutela della salute nei luoghi di lavoro "poco si adatta" alle esigenze del settore.
In sintesi, in cantiere è difficile garantire un livello costante ed adeguato di tutela della salute!
In questo contesto è evidente che è difficile, per il MC, gestire in modo appropriato ed efficace l'attività di sorveglianza sanitaria, soprattutto se non adeguatamente supportato. Più semplicemente potremmo affermare che è difficile pensare che "da solo" il MC sia in grado di garantire un buon servizio alle persone di cui deve tutelare la salute.
Sulla base dei ragionamenti maturati nei primi anni '90 e ripresi nel già citato articolo di Apostoli e coll., il CPT degli edili e la UOOML di Bergamo, promossero una iniziativa che si basava sul "Modello Consortile di Settore" come scelta strategica per tutelare i lavoratori delle imprese edili della provincia iscritti alla Cassa Edile.
Il modello prevedeva il sostegno organizzativo da parte o delle associazioni imprenditoriali o di organismi

paritetici, che meglio soddisfa le esigenze delle imprese del settore *(le già citate ...piccole realtà produttive, scarsa cultura, rischi elevati per la salute, difficoltà alla stima e valutazione dei rischi, difficoltà a mantenere elevati livelli di tutela della sicurezza e prevenzione in cantiere, scadente organizzazione aziendale, presenza elevata di lavoratori stranieri, carenza di personale dedicato alla prevenzione, scarsa professionalità…)*.

Sulla base di questa decisione, è nata una collaborazione, a partire dalla fine 1994 inizio 1995, tra la UOOML ed il CPT di Bergamo, che ha portato alla definizione di un progetto ed alla realizzazione, presso la sede del CPT, di ambulatori per la sorveglianza sanitaria. La collaborazione prevede in carico all'organismo paritetico gli aspetti organizzativi dell'attività: tenere i contatti con le imprese (ad oggi 174 sono le imprese che hanno aderito, per 1500 dipendenti), organizzare le visite mediche e gli accertamenti sanitari, invio referti, invio della posta, stipula dei contratti, richiesta di informazioni, supporto di segreteria… Alla UOOML è stata affidata la gestione della parte sanitaria ed il coordinamento dei MC (6 medici), gli accertamenti in assunzione (le prime visite sono effettuate presso la sede ospedaliera) ed i secondi livelli: indagini finalizzate alla diagnosi di malattia da lavoro o a giudizi di idoneità particolarmente complessi. Le visite periodiche sono effettuate presso gli ambulatori del CPT, che sono attrezzati con arredi ed attrezzatura di buona qualità: scrivanie, computer con software per la cartella sanitaria e di rischio e la relazione sanitaria annuale, lettino, armadi, strumenti per esami integrativi. Il protocollo sanitario utilizzato è quello delle "Linee Guida per la valutazione del rischio e la sorveglianza sanitaria in edilizia" della SIMLII(3). I medici competenti seguono un percorso formativo e di tutoraggio, applicano procedure standardizzate per le visite, sopralluoghi e relazione annuale. Un percorso formativo è stato previsto anche per l'infermiere e il personale amministrativo. Il MLC per i lavoratori dell'impresa effettua le visite mediche (30' per assunzione e 15' per periodiche), esprime i GdI e collabora al reinserimento in cantiere di lavoratori con limitazioni, effettua i sopralluoghi in presenza di RLS e di tecnici CPT utilizzando una scheda di sopralluogo ad hoc, redige la relazione sanitaria annuale (secondo modello standard ed informatizzato), collabora alla VdR, visiona i POS, collabora alla formazione ed informazione ed effettua in prima persona i corsi di formazione sui rischi da lavoro e sul primo soccorso. È a disposizione dell'impresa per attività di consulenza specialistica (ergonomia, tossicologia, protezione personale…), supportato in questo dai colleghi della UOOML.

Il complesso delle attività è certificato ISO 9000 e si inserisce nelle iniziative di eccellenza per la sorveglianza sanitaria nel settore avallate dal Dipartimento di Prevenzione della ASL provincia di Bergamo.

A quasi 15 anni dall'inizio dell'esperienza, il modello ha funzionato molto bene (6,8) producendo i seguenti risultati:

- Ridotto le difficoltà e i disguidi gestionali
- Favorito il coinvolgimento delle imprese
- Favorito il coinvolgimento dei MC nell'attività di VdR
- Migliorato l'efficacia dei sopralluoghi e delle riunioni periodiche
- Migliorato la qualità delle prestazioni sanitarie ed in particolare delle diagnosi di malattie da lavoro e della gestione delle idoneità con limitazioni
- Migliorato la qualità della formazione ed informazione sui temi della tutela della salute
- Garantito l'aggiornamento del personale coinvolto
- Garantito l'aggiornamento dell'attività sanitaria
- Favorito la collaborazione con le altre figure della prevenzione: DL, RLS/T e CS (coordinatori della Sicurezza)
- Migliorato la consapevolezza delle maestranze e del management sui temi della prevenzione attraverso
- Valorizzato i risultati della sorveglianza sanitaria anche nella prevenzione dei rischi e nella riabilitazione
- Realizzato iniziative di promozione della salute
- Rispetto degli obblighi di legge
- Sviluppo di progetti di ricerca applicata

Questo modello oltre a garantire il miglioramento delle prestazioni in termini di qualità ha anche garantito un contenimento dei costi. Tre anni fa si è pure proceduto ad una customer stisfaction tra le maestranze ed imprenditori con risultati più che dignitosi (7).

CONCLUSIONI

L'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro invita all'adozione di standard più avanzati in materia di sicurezza sul lavoro nelle Piccole e Medie Imprese. Lo ritiene un compito prioritario in relazione proprio ai rischi e alle conseguenze sulla salute di chi opera in imprese artigiane. L'auspicio è che lo sforzo congiunto dell'Unione Europea e degli Stati membri consideri anche la sorveglianza sanitaria come argomento prioritario sul quale sviluppare iniziative finalizzate a migliorare la tutela della salute dei dipendenti.

Sappiamo quanto sia difficile valutare l'efficienza e soprattutto l'efficacia dei servizi sanitari aziendali, e quando ciò non è tecnicamente possibile, come sia importante garantire almeno l'appropriatezza delle procedure adottate (6).

In queste realtà produttive il MC è frequentemente chiamato ad un lavoro aggiuntivo rispetto a quello che generalmente svolge nella gestione dell'attività sanitaria di imprese di più grosse dimensioni.

Sono infatti spesso carenti le necessarie collaborazioni con le altre figure aziendali della prevenzione (DL, RSPP, RLS) che, essendo impegnate in più attività, dedicano (o possono dedicare) solo una parte, spesso residuale, del proprio tempo alla prevenzione e sicurezza. Questa "solitudine" è forse l'aspetto più critico che deve affrontare e superare il MC dell'impresa artigiana.

È complesso e complicato cercare di capire le ragioni che sottendono le carenze in ambito preventivo. Ci sembra comunque di potere affermare che, per le piccole imprese, i rischi professionali costituiscano raramente una priorità. Anche tra i lavoratori ci risulta basso il livello di conoscenza e di coscienza sul tema: spesso non sono sufficientemente informati, non hanno ben presente il ruolo del MC e le finalità della sorveglianza sanitaria. Risulta così che l'attività sanitaria in azienda viene più spesso considerata un adempimento disposto dalla norma, burocratico, fine a se stesso.

Sempre secondo i MC intervistati, più che un problema di ordine **economico**, che pur è presente, anche in modo drammatico in molte realtà produttive stante le limitate risorse finanziarie recentemente acuite dalla crisi economica, sono le carenze **organizzative e gestionali** (mancanza di personale dedicato, difficoltà a reperire le informazioni, carenza di strumenti…) che rappresentano un reale problema pratico, oltre che di contenuto, ma soprattutto le carenze **culturali**, la mancanza cioè di conoscenze anche minimali in ambito di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, sono l'aspetto di maggiore criticità.

La presa di coscienza della rilevanza della tutela della salute in azienda è effettivamente la base per affrontare in modo appropriato ed efficace i problemi di tutela della salute.

Il modello adottato nell'esperienza realizzata con l'organismo paritetico degli edili di Bergamo si inserisce in un più ampio sistema integrato di prevenzione aziendale che, oltre all'attività sanitaria, supporta le imprese anche in ambito di prevenzione igienico ambientale, di sicurezza, di formazione ed informazione, difficilmente realizzabile in una piccola impresa.

La formazione, tema di grande rilevanza strategica, rappresenta uno degli aspetti più difficili da affrontare per una impresa artigiana che non è quasi mai nelle condizioni di potere garantire un livello sufficiente di qualità se non attraverso un supporto esterno (6). Proprio su questo tema l'azione del CPT e della UOOML di Bergamo viene supportata dal contributo specialistico della locale Scuola Edile che garantisce la necessaria integrazione della formazione sulla prevenzione e sicurezza in cantiere con quella professionale.

Riteniamo che il modello abbia in se le potenzialità di migliorare effettivamente la tutela sanitaria delle maestranze. La fidelizzazione delle imprese che da anni hanno aderito al progetto conferma che il modello trova anche tra gli imprenditori un buon grado di soddisfazione. Grado di soddisfazione che è stato documentato anche nella valutazione della customer satisfaction di tre anni fa, che ha inoltre evidenziato un elevato grado di soddisfazione da parte delle maestranze.

I risultati biostatistici della sorveglianza sanitaria depongono inoltre per un reale miglioramento delle condizioni di salute e del controllo dei rischi lavorativi (per es.: netta riduzione dei nuovi casi di sordità da rumore, la malattia professionale più diffusa e segnalata nel settore) (11). L'organizzazione del servizio ha dato anche la possibilità di gestire, nel migliore dei modi, il reinserimento di lavoratori con limitazioni attraverso il supporto e la collaborazione del rispettivo capocantiere che, opportunamente informato, ha agito di conseguenza adattando l'organizzazione della attività di cantiere alle indicazioni fornite.

Il modello ha consentito inoltre di realizzare iniziative di eccellenza nell'ambito della riabilitazione (back school), della formazione (corsi e produzione di materiale originale), di promozione della salute (su temi quali l'alimentazione, alcol e droghe) e di ricerca applicata con l'obiettivo di trovare soluzioni alle criticità documentate (9,10).

La collaborazione con l'ente bilaterale ha consentito anche il contenimento dei costi della sorveglianza sanitaria ed il giusto riconoscimento economico per i MC impegnati nell'iniziativa, tema, quest'ultimo, ritornato d'attualità nella comunità dei Medici del Lavoro.

Probabilmente il valore aggiunto di questa esperienza, in ambito sanitario ma non solo, sta nella possibilità di utilizzare i risultati complessivi ottenuti su 1500 lavoratori come se appartenessero ad una sola "grande impresa", con il contenuto informativo che quindi ne consegue, e di utilizzarlo per progettare e programmare la sorveglianza sanitaria e più in generale contribuire alla tutela della salute delle maestranze in ognuna delle 174 imprese, comprese quelle di soli 2 o 3 dipendenti.

Si pensi ad esempio a quante informazioni in più possiamo ottenere se invece di pochi addetti alla guida di macchine per la movimentazione terra vengono elaborati i risultati di 100/150 addetti, con età ed anzianità lavorativa differenti.

Il modello è stato adottato, più di recente, in altri settori quali la panificazione e gli autotrasporti, con il coinvolgimento nel primo caso dell'associazione locale dei panificatori (12) e nel secondo caso attraverso la collaborazione con l'Ente Bilaterale Trasporti e Logistica (E.BI.TRA.L).

L'argomento è sicuramente interessante e probabilmente anche strategico. I medici del lavoro devono trovare soluzioni anche sull'organizzazione dei SSA che meglio rispondano ai bisogni di un mondo del lavoro che è in rapida e turbolente evoluzione. L'esperienza è stata positiva, si è ritenuto pertanto utile una sua diffusione: il congresso è una grande occasione per poterla discutere con esperti della materia.

BIBLIGRAFIA

1. European Agency for Safety and Health at Work Roxane "Occupational safety and health and economic performance in small and medium-sized enterprises: a review". 2003, ISBN 92-9191-043-0 (http://sme.osha.europa.eu/index_it.htm)
2. Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro "Rapporto Annuale Analisi dell'andamento infortunistico 2008". Giugno 2009
3. Linee Guida SIMLII per la formazione continua e l'accreditamento del Medico del lavoro: "Linee Guida per la valutazione del rischio e la sorveglianza sanitaria in edilizia". Volume 22 - 2008.
4. P. Apostoli e coll. "Modelli Organizzativi E Servizi Di Medicina Del Lavoro Nelle Unita' Produttive". Atti convegno "Organizzazione e costi dell'attività di MC nell'applicazione Del Dlvo 626\94" ALMLII. Bergamo 24\11\95
5. Atti del convegno nazionale "la formazione e l'informazione sulla prevenzione e sicurezza in edilizia" - G Ital Med Lav Erg 2006; Volume XXVIII - supplemento al N 1.
6. Atti del convegno nazionale " Ricerca e dimostrazione formale delle basi scientifiche delle prove di efficacia in medicina del lavoro" - G Ital Med Lav Erg 2006; Volume XXVIII - supplemento al N 1.
7. D. Simat e coll. "Indagine sull'attività di sorveglianza sanitaria del CPT di Bergamo". G Ital Med Lav Erg 2006; Volume XXVIII - supplemento al N 1; (192 - 195).
8. G. Mosconi e coll. "Considerazioni sull'efficacia della sorveglianza sanitaria periodica di lavoratori edili visitati presso il CPT di Bergamo". G Ital Med Lav Erg 2006; Volume XXVIII - supplemento al N 1; (196 - 202).
9. M. Santini e coll. "Un'esperienza di Back School in edilizia: ruolo formativo e preventivo". Atti del 69° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro e di Igiene Industriale - G Ital Med Lav Erg 2006. . VOLUME XXVIII - N. 3; 28:3 (suppl) 143-144.
10. M.M. Riva e coll. "Incidenza delle malattie professionali in edilizia. Il ruolo della prevenzione". Atti del 69° Congresso Nazionale SIMLII - G Ital Med Lav Erg 2006; 28:3, 351-352.
11. M.M. Riva e coll. "Differenze nella prevalenza delle malattie professionali in edilizia tra la fine degli anni '90 e il 2006". G Ital Med Lav Erg 2007; 29 (3):311-313.
12. M. Santini e coll. "L'esperienza del progetto di tutela sanitaria per gli addetti al settore della panificazione artigianale in provincia di Bergamo". Atti del 72 congresso nazionale SIMLII - Firenze 2009 (in press).

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 _____

Le Associazioni

CIIP Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione

MI IMPEGNO PER LA PREVENZIONE

PREMESSA

Negli ultimi anni si sono registrati molti autorevoli interventi sui temi della prevenzione dei rischi presenti nei luoghi di vita e di lavoro, dal Presidente della Repubblica Italiana al Pontefice, dalla istituzione dell'Agenzia Europea a dichiarazioni1 di ILO, ISSA, KOSKA, EWHN, ENSHPO.

Il 28 aprile l'ILO-ONU (Organizzazione Internazionale del Lavoro) **promuove** la ***"giornata mondiale della salute e sicurezza sul lavoro"***, che nel 2010 riguarda i rischi emergenti e i modelli di prevenzione in un mondo del lavoro in evoluzione.

Il 28 Aprile è il **Workers' Memorial Day**, giornata in cui le organizzazioni dei lavoratori commemorano i morti sul lavoro.

Sempre il **28 aprile** l'**EU-OSHA** (Agenzia Europea per la sicurezza sul lavoro) **promuove "SAFE MAINTENANCE", Campagna 2010-2011** sulla sicurezza sul lavoro nella manutenzione.

Il **28 aprile la CIIP** promuove **"MI IMPEGNO PER LA PREVENZIONE"**, iniziativa 2010-11 per favorire lo sviluppo della cultura della prevenzione da tutti i rischi, presenti nei luoghi di vita e di lavoro. Infatti due giorni dopo il 30 aprile ricorre il secondo anniversario dalla **pubblicazione sulla G.U. del D.Lgs. 81/2008** (il cosiddetto *Testo Unico* sulla salute e sicurezza sul lavoro).

Il numero di malattie professionali e di infortuni sul lavoro mortali, gravi e gravissimi rimane alto e inaccettabile in Italia, in Europa e nel mondo, nonostante l'approvazione di norme di legge e l'aggiornamento di norme tecniche per la prevenzione e la protezione dai rischi presenti sul lavoro.

Ciò è principalmente dovuto sia alla insufficiente attuazione sia delle normative di prevenzione e di protezione dai rischi presenti sul lavoro (norme di legge, tecniche e di buone prassi) sia al permanere di ampie aree di lavoro irregolare.

La mancata attuazione delle norme è causata - fra l'altro - da un'errata concezione dello sviluppo, che non computa i costi della mancata prevenzione, né economici (che nella sola Italia ammontano ad oltre 42 miliardi di euro/anno), né umani e sociali (che comportano la perdita ogni anno di oltre 1.000 vite per infortunio, quasi 30.000 infortuni con conseguenze permanentemente invalidanti e più di 30.000 nuove denunce di malattie professionali, circa un 10% delle quali portano a morte).

Rispetto a ciò non va dimenticato che molte stime depongono per un elevato "sommerso" in termini di patologie professionali, specie tumorali, e di decessi conseguenti.

Per invertire questa tendenza è necessario favorire la "CULTURA DELLA PREVENZIONE" dei rischi in ogni direzione: culturale, sociale, economica e politica, ed impegnarsi tutti, individualmente e collettivamente, in ogni ambito di attività, dalla scuola ai luoghi di vita e di lavoro.

L'obiettivo di questa *dichiarazione* è quello di stimolare il confronto e mobilitare tutti i soggetti pubblici e privati per diffondere la *cultura della prevenzione* al fine di promuovere azioni realmente efficaci in tutti i luoghi di vita e di lavoro.

NOTE

1. L'**EU-OSHA** (European Agency for safety and Health at Work) promuove ogni anno (o biennio) una apposita **"campagna europea"** (nel 2010-11 sarà sulla manutenzione). **ILO** (International Labour Office), ISSA (International Social Security Association), **KOSKA** (Korea Occupational Safety and Health Agency hanno sottoscritto il 29 giugno 2008 la dichiarazione di Seoul dedicata ai principi fondamentali per l'attuazione della prevenzione dai rischi sul posto di lavoro. Il 4 novembre 2009 a Duesseldorf durante l'**European Forum High-Level Meeting**, organizzato dall'ISSA, ILO e KOSHA con la collaborazione di numerose organizzazioni delle parti sociali e di organizzazioni professionali tra cui l'**ENSHPO** (European Network of Safety and Health Professional Organisations) è stata sottoscritta la suddetta dichiarazione per l'area Europea. Nel 2008 **EWHN** (European Work Hazards Network) ha promosso la XI Conference sulla "valutazione dei rischi", sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica italiana, proseguita nel 2009 come "open Conference".

Mi impegno per la prevenzione

DODECALOGO DI IMPEGNI GENERALI PER FAVORIRE LA PREVENZIONE...

Una prevenzione vera, efficace ed efficiente in linea con le dichiarazioni internazionali ed europee e con l'impegno a livello pubblico e professionale a promuovere e attuare i seguenti aspetti principali:

1) **Diffondere la** *cultura della prevenzione* **e della legalità sul lavoro**
   Inserire la cultura della legalità sul lavoro e della prevenzione (sicurezza, salute e ambiente) nelle scuole di ogni ordine e grado e nelle università, promuovendo anche l'educazione continua di tutti i soggetti coinvolti.
2) **Sviluppare azioni di prevenzione da** *tutti* **i rischi, che coinvolgano** *tutti* **i soggetti, a partire dai soggetti svantaggiati, meno protetti e** *diversamente abili* **e che affrontino gli** *aspetti di genere* **e le differenze culturali dei lavoratori migranti**
3) **Favorire il recupero al lavoro dei lavoratori infortunati o affetti da patologie da lavoro**
4) **Garantire** *adeguati* **organici e risorse alle strutture pubbliche di prevenzione**
   Raggiungere almeno gli standard minimi previsti (oggi sono inferiori mediamente del 50%), superando differenze tra i vari territori e utilizzare le risorse previste (a partire dalle entrate di cui all'art. 13 del D.Lgs. 81/2008); garantire il turn over e l'aggiornamento professionale degli operatori pubblici.
5) **Garantire la** *formazione continua* **dei soggetti professionali coinvolti**
   Promuovere l'incremento continuo delle conoscenze professionali degli operatori pubblici e privati che operano nei settori della sicurezza, della salute e dell'ambiente e in particolare degli operatori del sistema pubblico di prevenzione e controllo e dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RSPP, ASPP, RLS, medici competenti, operatori della prevenzione, progettisti, installatori, ricercatori, …).
   Adottare un sistema di aggiornamento professionale che dia certezze (esempio ECM) e combattere l'elusione degli obblighi formativi e di aggiornamento, con il decadimento dagli incarichi professionali. Sanzionare severamente i soggetti formatori che promuovono corsi di formazione/aggiornamento non conformi alla effettività dei risultati imposti dalla legge.
6) **Favorire metodi e strumenti didattici innovativi**
   Favorire la diffusione e l'utilizzo di corretti e coerenti sistemi di leadership e sistemi per la gestione dei comportamenti.
7) **Promuovere l'utilizzo delle innovazioni tecnologiche nei processi e nei prodotti**
   Favorire l'approvazione, la diffusione e l'utilizzo di norme di buona tecnica, di buone prassi e linee guida secondo standard riconosciuti a livello nazionale e internazionale e come previsto dal D.Lgs. 81/2008.
8) **Promuovere sistemi volontari di gestione per la prevenzione (SGSL - D.Lgs. 231/01) e programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro**
9) **Promuovere un** *sistema premiante* **(qualificazione, incentivazione e assistenza)**
   Promuovere, accanto agli obblighi, un sistema volontario per la qualificazione e l'incentivazione delle imprese basato su indici di risultato e indicatori di funzionamento, atti a promuovere una sicurezza reale e ad evitare una prevenzione cartacea e solo apparente.
   Favorire un sistema pubblico e privato che assicuri il compito istituzionale dell'assistenza rivolto in particolare alle micro, piccole e medie imprese, che coinvolga anche i lavoratori, basato su incentivi economici e riduzione degli aspetti burocratici e procedurali inutili.
10) **Rafforzare le azioni** *proattive***, oltre alle sanzioni penali,** *deterrenti* **e** *bonus-malus*
11) **Favorire l'assistenza legale agli infortunati sul lavoro e loro Associazioni**
12) **Riconoscere e qualificare le Associazioni di prevenzione**
   Promuovere il riconoscimento delle Associazioni qualificate, professionali, tecniche e sociali per la prevenzione, quali promotrici della professionalità e della formazione continua degli associati e di ogni operatore interessato, a garanzia delle prestazioni verso gli utenti.

Mi impegno per la prevenzione, in particolare:

Nei DECISORI POLITICI1 e nel SISTEMA PUBBLICO:

1) attuare i decreti delegati, ad iniziare da quello sulla formazione e sui rischi stress lavoro-correlati;
2) controllare e punire le violazioni degli obblighi formativi, oggi spesso fin troppo evidenti;
3) potenziare in tutte le forme la cultura della sicurezza e della legalità sul lavoro con iniziative periodiche e generalizzate;
4) sanzionare Enti e modalità formative elusive degli obblighi di effettività sanciti dalla legge;
5) definire Piani Regionali della Prevenzione che, pur in linea con gli obiettivi individuati dal Piano Nazionale della Prevenzione, non perdano di vista i principi della prevenzione primaria, rivolta alla collettività, e le specificità di ciascun territorio, valorizzando tutti i temi che nel PNP sembrerebbero penalizzati;
6) ribadire la centralità dei controlli sulle condizioni di elevato rischio e di violazione delle norme a partire dalle "norme salva-vita" e per il contrasto al lavoro nero e illegale;
7) potenziare le risorse umane, tecnologiche e formative del sistema pubblico e la rete dei servizi di prevenzione e controllo: ASL; DPL, etc. anche utilizzando finalmente i fondi delle sanzioni (es. art. 13 del Decreto 81/2008), garantendo almeno il turn-over degli operatori, cancellando anche in questo settore il ricorso al lavoro precario;
8) garantire iniziative di coordinamento e trasparenza delle attività di prevenzione e controllo, che devono sempre di più basarsi su programmi legati ai rischi gravi ed emergenti ed alle specificità territoriali, basati sulla individuazione delle priorità degli interventi e sulla definizione di criteri condivisi di valutazione della efficacia delle azioni;
9) promuovere la semplificazione e l'armonizzazione della legislazione.

Nelle FORZE SOCIALI

1) semplificare per le imprese gli adempimenti come già in vigore in alcune regioni;
2) incentivare con forti sgravi fiscali, utilizzando anche le risorse INAIL: l'innovazione tecnologica, misure sostanziali di sicurezza, bonifiche, buone prassi, attività di formazione e addestramento;
3) eleggere, rafforzare, formare e qualificare la rete degli RLS, aziendali, territoriali e di sito, rendendo finalmente agibili i diritti di partecipazione, informazione e intervento conquistati in questi anni;
4) concretizzare la partecipazione e l'aggiornamento di tutti i soggetti interessati a: valutazione dei rischi, ricerca e attuazione delle misure e proposizione di soluzioni (a partire dalle malattie professionali, rischi nuovi o emergenti, rischi stress lavoro-correlati, ….);
5) garantire sempre nelle imprese un lavoro collettivo del sistema di prevenzione (datore di lavoro e dirigenti, RSPP, MC, RLS, lavoratori, …);
6) favorire politiche formative e di inclusione dei lavoratori stranieri e dei diversamente abili.

Nel SISTEMA della FORMAZIONE

1) garantire che in tutti gli ambiti scolastici, dalla formazione di base a quella universitaria, vi sia una particolare attenzione alla cultura della prevenzione e della sicurezza, per creare cittadini e lavoratori finalmente consapevoli dell'importanza della prevenzione;
2) qualificare i percorsi formativi sulla prevenzione, valorizzandone l'effettività dei risultati.

Negli OPERATORI e PROFESSIONISTI della prevenzione:

1) garantire l' effettività della formazione e dell'aggiornamento continui;
2) aumentare le occasioni di confronto tecnico ed operativo;
3) fare emergere anche in Italia, come in Europa, il vero quadro delle patologie legate al lavoro sia del passato (ad esempio i tumori professionali) sia dell'oggi (patologie legate allo stress lavoro-correlato, movimenti ripetuti, …);
4) incrementare la ricerca di strumenti e iniziative utili alla costruzione di una rete, rispettosa delle specificità di ciascuno ma al contempo consapevole della condivisione degli obiettivi e degli strumenti per perseguirli.

NOTE
1 Governo, Ministeri, Parlamento, Commissioni parlamentari, Regioni, Enti, ...

ANMA
SI "IMPEGNA PER LA PREVENZIONE"

ATTUALITÀ

Marco Saettone
Consigliere nazionale ANMA

Il 28 aprile 2010 CIIP ha promosso "MI IMPEGNO PER LA PREVENZIONE", iniziativa 2010-2011 per favorire lo sviluppo della cultura della prevenzione da tutti i rischi, presenti nei luoghi di vita e di lavoro.
ANMA, che sostiene da sempre la CULTURA DELLA QUALITà nella professione del Medico Competente, ha aderito all'iniziativa CIIP e sottoscrive ogni sforzo per favorire la cultura della prevenzione proponendo ai suoi soci azioni concrete riguardanti tutti gli aspetti della sua attività (professionali, operativi e relazionali), orientate a qualificarne maggiormente la figura ed il ruolo e finalizzate ad integrarlo con efficienza ed efficacia nel sistema aziendale per la prevenzione.
È nostra opinione infatti che l'obiettivo salute e sicurezza nei luoghi di lavoro venga centrato con maggiore efficacia ed efficienza laddove prevale una logica di sistema fondata su un approccio integrato di tipo interdisciplinare che orienti le organizzazioni aziendali verso la scelta dell'adozione e dell'efficace attuazione di un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro.
Un significativo impegno per la prevenzione prevede quindi una completa e qualificata analisi dei pericoli presenti negli ambienti di lavoro al fine di eliminarli o controllarli, per effettuare la valutazione dei rischi residui, documentarli e per adottare tutte la misure di tutela necessarie per la loro efficace gestione.
Già nel novembre 2007 ANMA formulò queste proposte , finalizzate a rendere più incisiva l'azione di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, alla "Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro con particolare riguardo alle cosiddette "morti bianche".

ANMA sottoscrive quindi il dodecalogo sottolineando in particolare che:
- L' azione di promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro risulta più efficace ed efficiente laddove prevale una logica di sistema fondata su un approccio integrato di tipo interdisciplinare che orienti le organizzazioni aziendali verso la scelta dell'adozione e dell'efficace attuazione di un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro.
- È preferibile rafforzare le azioni proattive rispetto all'effetto reattivo dell'introduzione di nuove sanzioni
- È opportuno garantire il miglioramento delle occasioni di interscambio, aggiornamento e verifica attraverso la creazione di Gruppi di Lavoro composti da medici istituzionali e medici competenti, al fine di promuovere una attività di "collaborazione e non solo di controllo".
- È urgente promuovere la semplificazione ed armonizzazione a carattere nazionale della legislazione vigente, regolamentando, armonizzando o meglio ELIMINANDO la legislazione concorrente
- È necessario combattere il fenomeno dei "bandi al ribasso" per incarichi di "Sicurezza e Sorveglianza Sanitaria", spesso pubblicati da Strutture ed Enti pubblici, che rendono di fatto impossibile lo svolgimento di un'attività professionale efficiente ed efficace.
- Il trend delle MP (segnalate/denunciate) è in aumento, come emerge dai dati nazionali dell'INAIL, non certo per il peggioramento degli ambienti di lavoro.
- Un ulteriore incremento delle segnalazioni di patologie riconducibili all'attività lavorativa svolta sarebbe significativamente favorito da un più chiaro ed esplicito riferimento normativo alla valenza epidemiologica e non penale delle segnalazioni stesse.

L'AUDIZIONE CIIP AL SENATO

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
sul fenomeno degli infortuni sul lavoro
con particolare riguardo alle cosiddette «morti bianche»

ATTUALITÀ

MERCOLEDÌ 28 APRILE 2010
50ª Seduta

Presidenza del Vice Presidente
NEROZZI

Assistono alla seduta, ai sensi dell'articolo 23, comma 6, del Regolamento interno, i collaboratori dottoressa Francesca Costantini, professor Domenico Della Porta e maresciallo capo Giovanni Maceroni.

Intervengono il dottor Rino Pavanello, la dottoressa Laura Bodini, l'ingegner Giancarlo Bianchi e la dottoressa Anna Cipolla Alemani, in rappresentanza della Consulta interassociativa italiana per la prevenzione (CIIP); la dottoressa Adele Seniori Costantini, in rappresentanza dell'Associazione italiana epidemiologia (AIE); il dottor Rocco Vitale, in rappresentanza dell'Associazione italiana formatori della sicurezza sul lavoro (AiFOS); il dottor Franco Pugliese, in rappresentanza dell'Associazione italiana responsabili servizi di prevenzione e protezione in ambiente sanitario (AIRESPSA); il professor Franco Ottenga, in rappresentanza dell'Associazione italiana radioprotezione medica (AIRM); il dottor Sandro Sandri, in rappresentanza dell'Associazione italiana responsabili di radioprotezione (AIRP); il dottor Vincenzo Di Nucci, in rappresentanza dell'Associazione italiana tecnici della prevenzione (AiTEP); la dottoressa Manuela Cadringher e il dottor Claudio Francia, in rappresentanza dell'Associazione ambiente e lavoro (Amblav); il dottor Salvatore Taliercio, in rappresentanza dell'Associazione nazionale medici d'azienda (ANMA); l'ingegner Elisa Gerbino, in rappresentanza dell'Associazione nazionale ingegneria della sicurezza (ANIS); il dottor Giovanni Moro, in rappresentanza dell'Associazione nazionale medici del lavoro pubblico (ANMeLP); il dottor Antonio Campagni, in rappresentanza dell'Associazione nazionale professionale esperti qualificati (ANPEQ); il dottor Giorgio Di Leone, in rappresentanza della Società nazionale operatori della prevenzione (SNOP).

La seduta inizia alle ore 14,35.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

Il PRESIDENTE avverte che sarà redatto e pubblicato il resoconto stenografico della seduta e propone altresì di attivare, ai sensi dell'articolo 13, comma 2, del Regolamento interno della Commissione, il circuito audiovisivo. Non facendosi osservazioni, tale forma di pubblicità è adottata per il prosieguo dei lavori.

AUDIZIONE DEI RAPPRESENTANTI DELLA CONSULTA INTERASSOCIATIVA ITALIANA PER LA PREVENZIONE (CIIP).

Il presidente NEROZZI, dopo un breve indirizzo di saluto, introduce l'audizione in titolo. Ricorda che oggi si celebra la "Giornata mondiale della salute e sicurezza sul lavoro" promossa dall'Organizzazione internazionale del lavoro dell'ONU, che richiama l'attenzione di tutti sul problema degli infortuni sul lavoro in Italia, ancora molto elevati nonostante l'andamento decrescente degli ultimi anni. Cede quindi la parola ai rappresentanti della Consulta interassociativa italiana per la prevenzione (CIIP).

Il dottor PAVANELLO, a nome della Consulta e delle Associazioni ad essa aderenti, ringrazia il Presidente e la Commissione per aver concesso l'audizione odierna, che intende cogliere l'occasione della "Giornata mondiale della salute e sicurezza sul lavoro" e del concomitante "*Workers' Memorial Day*", promosso dalle principali organizzazioni sindacali internazionali, per presentare l'iniziativa "Mi impegno per la prevenzione". Si tratta di una serie di attività, articolate sul biennio 2010-2011, volte a favorire lo sviluppo della cultura della prevenzione da tutti i rischi presenti nei luoghi di vita e di lavoro, attraverso convegni, informazioni, documenti e altre iniziative.
Si sofferma quindi sui principali problemi della prevenzione ancora aperti in Italia e sugli interventi necessari. Cita, in particolare, la carenza delle varie figure degli esperti tecnico-professionali della salute e sicurezza, sia in ambito pubblico che privato, e l'insufficienza delle risorse finanziarie (dovuta anche al mancato utilizzo, da parte di molte Regioni, dei fondi provenienti dalle sanzioni comminate dalle ASL, come previsto dalle norme vigenti). Ribadisce la disponibilità della Consulta a collaborare con la Commissione sui temi ricordati.

Il presidente NEROZZI conferma l'attenzione e l'apprezzamento della Commissione per l'iniziativa della CIIP. Svolge quindi alcune considerazioni sugli organici insufficienti dei professionisti della prevenzione e sicurezza sul lavoro, nonché sulle carenze nel campo della formazione e della progettazione tecnica degli ambienti di lavoro ai fini della sicurezza.

L'ingegner BIANCHI sottolinea l'importanza di sistemi integrati per la sicurezza, volti ad elevare gli *standard* degli ambienti di lavoro, della preparazione dei dirigenti e dei comportamenti individuali dei lavoratori, tenendo conto della concreta realtà delle singole aziende.

La dottoressa BODINI richiama la necessità di promuovere la ricerca e la conoscenza in materia di sicurezza sul lavoro, anche utilizzando maggiormente le risorse delle ASL provenienti dalle sanzioni. Chiede poi maggiore attenzione per le malattie professionali.

Il senatore ROILO *(PD)* chiede informazioni sulla distribuzione degli esperti della prevenzione e sicurezza sul lavoro tra le diverse Regioni italiane, atteso che il numero, oltre ad essere insufficiente, appare anche mal distribuito. Si sofferma infine sul problema della qualificazione delle suddette figure professionali.

Il dottor DI NUCCI conferma la forte sperequazione, oltre che il basso numero, nella distribuzione dei tecnici e professionisti della prevenzione fra le varie Regioni italiane, sia in ambito pubblico che privato.

Il dottor VITALE segnala l'esigenza di sanzionare coloro che fanno cattiva formazione, spendendo meglio le risorse disponibili. Occorre inoltre pensare a un sistema premiante per i comportamenti virtuosi sotto il profilo della sicurezza, rivolto sia alle aziende che ai lavoratori.

Il presidente NEROZZI ringrazia gli auditi per il loro intervento e dichiara infine conclusa l'audizione in titolo.

La seduta termina alle ore 15,25.

L'ASTENOPIA NEL VIDEOTERMINALISTA

Paolo Santucci
ANMA Liguria

La sorveglianza sanitaria viene definita dall'art.2.1,m D.Lgs.81/2008 e s.m.i., come "insieme degli atti medici finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionale e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa".
Nello specifico del videoterminalista la sorveglianza sanitaria, ai sensi di art. 176.1, D.Lgs.81/08 e s.m.i. viene effettuata con particolare riferimento: a) ai rischi per la vista e per gli occhi …
I 'rischi per la vista e gli occhi' possono essere tradotti in un insieme di disturbi o disfunzioni riassumibili nel termine di 'astenopia'.

DEFINIZIONI

Astenopia è il termine di derivazione greca (a, alfa privativo - stenos, forza, potenza, energia - opis, vista) che può essere sinonimo di "fatica visiva", ma che a tutt'oggi non ha ancora trovato una definizione universalmente accettata. Probabilmente la più antica risale al 1949 (Duke Elder) che definisce l'astenopia come quella sensazione che si avverte quando si prende coscienza del lavoro dell'apparato oculare, per rendere chiara una visione attraverso aggiustamenti talora inefficaci dell'accomodazione. Nel tempo la definizione si è resa più articolata e completa, ma ha mantenuto la sua natura essenzialmente soggettiva (Scullica et Al., 1990).
Per il GILV (Gruppo Italiano Lavoro e Visione) si tratta di una "sindrome causata da noxae occupazionali in grado di concorrere a determinare, anche in rapporto alle caratteristiche oftalmologiche del lavoratore, un disagio nella visione, che si manifesta con un insieme di sintomi e segni in prevalenza oculari e visivi, ma anche generali" (Scansetti, 1994).
Per le Linee Guida SIMLII (Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale), l'astenopia è "una sindrome causata da fattori e compiti lavorativi che, in associazione con le caratteristiche oftalmiche del soggetto, favoriscono l'insorgenza o la reiterazione di un insieme di sintomi oculari e/o visivi che, nei casi più gravi, possono anche accompagnarsi a disturbi generali" (Romano et Al., 2003).
Per Piccoli (2006) l'astenopia occupazionale è un insieme di disturbi funzionali che si originano quando l'apparato visivo cerca di conseguire, ricorrendo ad artifici stressanti, risultati funzionali eccedenti le proprie possibilità fisiologiche.

LE CAUSE DELL'ASTENOPIA

Da più di vent'anni numerosi Autori si sono dedicati allo studio delle cause dell'astenopia nel videoterminalista.

Tabella 1 - Proposta di classificazione eziologica dell'astenopia occupazionale negli utilizzatori di VDT, Scansetti, Piolatto, Perrelli, Medicina del Lavoro, 2000.

Tipo di astenopia	Elemento causale	Tipo di affaticamento
Accomodativi	Impegno visivo protratto	Affaticamento muscolare (m. ciliare)
Discriminativi	Attività di discriminazione visiva elevata protratta (rapporto fra acuità visiva e particolari da discriminare)	Affaticamento sensoriale
Sensoriale retinica	Stimolazione luminosa elevata protratta	Affaticamento neurosensoriale dei recettori retinici
Muscolare estrinseca	Movimenti oculari protratti, protratto sforzo di convergenza	Affaticamento muscolare (muscoli estrinseci)
Irritativi	Fattori microclimatici: inquinamento indoor. Alterata funzione lacrimale; uso di lenti corneali	"affaticamento" della superficie corneale
Ottica	Aberrazioni ottiche derivanti da lenti a tempiale in soggetti con difetti rifrattivi elevati	Affaticamento mentale
Cognitiva	Grado di impegno e/o attenzione elevato protratto	Affaticamento mentale
Somatomorfa	Fattori organizzativi e/o interpersonali	Affaticamento psico-emozionale

L'età (Ong et Al., 1987), la predisposizione del soggetto (sindrome dell'occhio secco, aspetti legati alla personalità o disturbo della motilità oculare estrinseca, Piccoli et Al., 2007), l'uso incongruo del VDT, per esempio continuativo con poche pause (Sanchez-Roman et Al., 1996), la postazione non ergonomica, (Gobba et Al., 1988), la qualità dell'aria, la disomogeneità nella distribuzione delle luminanze (Piccoli, 1995), le patologie corneali o l'uso cronico delle lenti a contatto (Wolkoff et Al., 2005) e i difetti di rifrazione non adeguatamente corretti (non diagnosticati o sotto/sovra-corretti) rappresentano le cause generali più frequenti di astenopia

Tabella 2 - Relationship between work and effects on the visual apparatus: the conceptual Framework, tratta da: Piccoli B., A critical appraisal of current knowledge and future directions of ergophthalmology: consensus document of the ICOH Committee on `Work and Vision', Ergonomics, 2003, VOL. 46, N° 4, 384 ± 406.

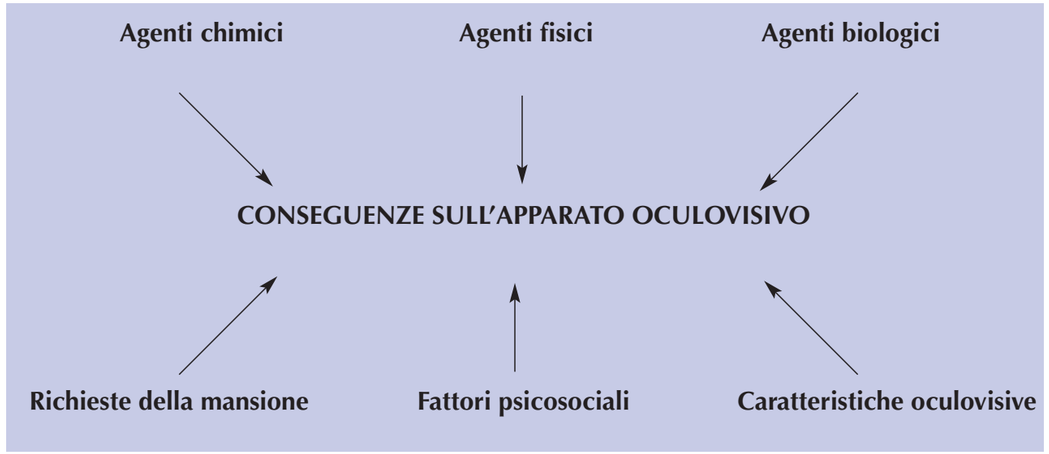


Tabella 3 -

MANSIONE	DESCRIZIONE ED ESEMPI
Data entry (immissione dati)	Inserimento dati secondo schemi preordinati. Ritmo elevato, scarse interruzioni, scarsa possibilità di controllare il flusso. Esempi: contabilità amministrativa, carico fatture, controllo polizze.
Data acquisition (acquisizione dati)	I dati sono letti sullo schermo con massimo impegno visivo al VDT. Il ritmo di lavoro é medio, controllo sul ritmo di lavoro variabile. Esempi: operatore telefonico
Interactive communication-conversational mode (comunicazione interattiva)	Sia acquisizione che immissione dati, quindi conversazione con il VDT ed interazione con il pubblico. Ritmo medio, intermittente con prevalente impegno sullo schermo e frequenti intervalli per elaborazione dati. Variabile il controllo sulla velocità del lavoro. Esempi: impiegati addetti alla prenotazione viaggi, sportelli postali, banche, ecc.
Word processing (videoscrittura)	Immissione testi, richiamo, ricerca, formattazione, correzione. Il ritmo di immissione è elevato ma intermittente con impegno variamente distribuito tra schermo e documenti cartacei. Limitate interruzioni, possibilità di controllo del flusso. Esempi: segretari, impiegati, studi professionali.
CAD (Computer Assisted Design), CAM (Computer Assisted Manufacturing) (programmazione/controllo)	Attività di carattere professionale con carattere creativo. Impegno sullo schermo e sui documenti variabile, motivazione di lavoro buono, ritmi controllabili. Esempi: programmatori, progettisti, informatici.

occupazionale (Piccoli et Al., 1989, Rubino et Al., 1993).

Piccoli riassume le cause dei disturbi oculovisivi in tre grandi categorie, le richieste della mansione, le caratteristiche individuali oculovisive e le condizioni ambientali, che sono schematizzate nella tabella 2 (Piccoli B., 2003).

Tra le **caratteristiche oculovisive** sono già state ricordate alcune patologie o condizioni predisponenti, quali la sindrome dell'occhio secco, i disturbi della motilità oculare estrinseca, le patologie corneali o l'uso cronico delle lenti a contatto, i difetti di rifrazione soprattutto se non adeguatamente corretti.

Le **'richieste della mansione'**, in base alla tipologia di attività, possono favorire l'insorgenza di astenopia occupazionale. In tabella 3 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (1987) evidenzia, nell'ambito di cinque mansioni di riferimento, le caratteristiche che rendono molto variegata l'attività del videoterminalista.

Negli uffici possono essere utilizzati vari prodotti **chimici** necessari al funzionamento di apparecchiature e macchinari, oppure alla pulizia in genere, ma sono soprattutto le sostanze correlate all'utilizzo di stampanti e fotocopiatrici laser, come i VOC's (Composti Organici Volatili) e l'ozono, che possono essere irritanti per le mucose e gli occhi in particolare (Cabella, 2004, Muzi et Al., 2004).

La 'luce', quale agente **fisico**, costituisce il principale inquinante indoor per il videoterminalista.
Le condizioni illuminotecniche con elevati contrasti di luminanza, nell'ambito del campo visivo dell'operatore, possono causare un 'abbagliamento', vale a dire una condizione di discomfort, una diminuzione complessiva dell'efficienza, aumento del numero degli errori e dei tempi dei esecuzione (Grosso et Al., 2007, Piccoli et Al., 1995, 2004).
Per tali considerazioni l'allegato XXXIV del D.Lgs.81/08 e s.m.i., nel paragrafo 2 b), ricorda che "l'illuminazione generale e specifica (lampade da tavolo) deve garantire un illuminamento sufficiente e un contrasto appropriato tra lo schermo e l'ambiente circostante…".

Nell'ambito dei parametri termo igrometrici, Tobia et Al. (2004) hanno segnalato, in uno studio all'interno di open space di imprese nazionali di telecomunicazione, il rilievo di una umidità relativa troppo bassa con evidenza soggettiva di secchezza delle mucose oculari favorente l'insorgenza di astenopia.

Le condizioni di rischio **biologico** negli uffici sono generalmente correlate a carenti condizioni igieniche

dell'impianto di condizionamento o della stessa postazione di lavoro, soprattutto se soggetta ad elevata turnazione di personale, come accade frequentemente, nei 'call center'.
Nel 2001 Piccoli et Al. hanno evidenziato un eccesso di microrganismi, quali batteri e funghi, sia sulla strumentazione che a livello della congiuntiva di una popolazione di addetti CAD (Computer Assisted Design), permettendo di ipotizzare una forma di astenopia biologica, considerato che molti lamentavano una sintomatologia caratteristica correlabile all'uso del VDT.

Tra le cause favorenti l'astenopia occupazionale sono sempre più evidenti i fattori **psico-sociali**. Un'attività variegata e gratificante al VDT, oppure una mansione monotona, ripetitiva e con ridotte possibilità di gestione da parte dell'operatore, possono influenzare sensibilmente l'entità dell'astenopia occupazionale (Mocci et Al., 2001).
Perciò l'approfondimento di questa possibile causa non può prescindere da una corretta analisi dell'organizzazione del lavoro e perciò dalla valutazione del rischio stress lavoro-correlato effettuato nel rispetto delle indicazioni di cui all'articolo 6, comma 8, lettera m-quater, ai sensi di art.28.1 bis D.Lgs.81/08 e s.m.i. .

In sintesi, le caratteristiche oculovisive dell'operatore, le richieste della mansione e gli elevati 'contrasti di luminanza' costituiscono le principali cause di astenopia nel videoterminalista.

CENNI STORICI DELL'ASTENOPIA DA VIDEOTERMINALE

Negli anni '90 molti studi epidemiologici (Bergqvist et Al.,1994, Colombini et Al. 1997, Rechichi et Al., 1990) dimostravano fenomeni di "affaticamento visivo" soprattutto nei lavoratori esposti professionalmente al videoterminale oltre 4 ore al dì.
Alla luce di questi dati ed a seguito della condanna dell'Italia da parte della Corte Europea, il Legislatore ha modificato il titolo VI del D.L. 626/94, emanando il Decreto n°422 del 29/12/2000 che ridefinisce la figura del "videoterminalista" come il lavoratore esposto professionalmente a videoterminale per almeno 20 ore settimanali dedotte le pause.
La letteratura scientifica ha comunque escluso concordemente danni permanenti, sia anatomici che funzionali, all'apparato oculo-visivo dell'utilizzatore di videoterminale (Boos et Al.,1985, Dickerson et Al.,1994, Nyman et Al., 1985, Rubino et Al., 1990, Rubino et Al. 1993), infatti già nel 1990 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO) respingeva definitivamente la "possibilità di un danno oculare diretto dovuto a qualsiasi emissione da parte dei VDT".
Il Decreto 11 dicembre 2009, ultimo 'Aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali e' obbligatoria la

Tabella 4 - Manifestazioni dell'astenopia e possibile obiettività correlata (Apostoli e Coll., 1998)

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

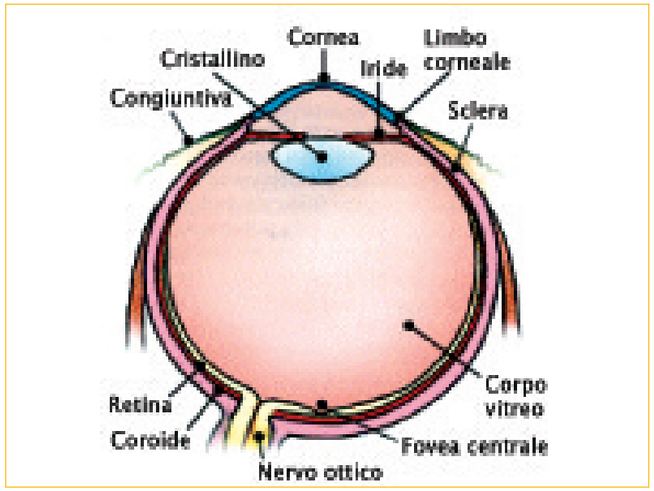


Figura 1

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 comprende tra le malattie lavoro-correlate né gli aspetti visivi, né quelli extravisivi dell'astenopia occupazionale.
Tuttavia va riportata per completezza una pubblicazione giapponese che, seppure isolata nel contesto scientifico internazionale, ha messo in relazione l'insorgenza del glaucoma con l'intenso uso del videoterminale (Tatemichi et Al., 2004). Va ricordato che diversi studi epidemiologici italiani negli anni '80 hanno escluso correlazioni tra il glaucoma e l'attività professionale al VDT (Grignolo et al.1987, Bonomi e Bellucci, 1989 in: Gobbato F., Medicina del Lavoro, Masson, 2002).

LE MANIFESTAZIONI DELL'ASTENOPIA

Al di là delle definizioni di astenopia già ricordate, la maggior parte degli autori concorda sulle principali caratteristiche: sintomatologia aspecifica e natura essenzialmente soggettiva e reversibile, suddivisione in manifestazioni oculari, visive e generali, eziologia non completamente definita ma con diffusione maggiore nella popolazione di videoterminalisti rispetto ai soggetti non esposti, componente psico-emotiva significativa, nessuna evidenza di cronicizzazione, impossibilità a quantificare il fenomeno e a definire un livello di soglia per la sua manifestazione (Apostoli et Al., 1998, Romano et Al., 2003).
Le manifestazioni dell'astenopia sono efficacemente classificate da Apostoli e Coll. (1998) nella tabella 4.

In numerose pubblicazioni autori come Colombini et Al., 1997, Trusiewicz et Al., 1995, Gur et Al.,1994, Iribarren et Al., 2002, Lantsburg et Al., 1992, hanno riscontrato alcuni specifici elementi obiettivi in associazione ai disturbi astenopici: l'aumento del punto prossimo di convergenza, la diminuita accomodazione, la miopizzazione transitoria, l'alterazione della fusione motoria in convergenza da vicino e la deviazione oculare, soprattutto exoforia nel cover test (Santucci, 2009).

CENNI DI FISIOPATOLOGIA OCULARE

Per comprendere meglio la natura delle manifestazioni astenopiche sono utili alcuni cenni di fisiopatologia oculare.
Esistono due tipi di muscolatura nell'occhio, la muscolatura estrinseca e quella intrinseca. La prima è deputata alla convergenza dei globi oculari nel processo di messa a fuoco dell'immagine e può soffrire la continua sollecitazione di immagini poste a distanze differenti, per esempio un documento cartaceo a 30 cm. e lo schermo a 60 cm: diverse pubblicazioni dimostrano l'esistenza di un allungamento del punto prossimo di convergenza, durante o al termine di una giornata lavorativa al computer, come causa dell'affaticamento visivo.
La muscolatura intrinseca si occupa invece della regolazione dell'apertura della pupilla, tramite l'iride, e può soffrire la percezione contemporanea di immagini molto e poco luminose nello stesso campo visivo (p.es. una finestra o una lampada, lo schermo, un documento

cartaceo).
Un altro compito della muscolatura intrinseca è legato alla determinazione della curvatura del cristallino (muscolo ciliare), che favorisce il processo accomodativo (messa a fuoco dell'immagine): minore è la distanza, maggiore è l'impegno del muscolo per rendere il cristallino "più curvo", perciò una prolungata attività al videoterminale con poche pause (utili per rilassare il muscolo, fissando immagini da lontano) può facilmente creare l'insorgenza di astenopia.

Un'altra situazione esemplificativa è fornita dal soggetto ipermetrope (giovane adulto con visus per lontano 'oltre la norma') misconosciuto che, a seguito di una intensa attività al VDT, può lamentare un importante affaticamento da "spasmo accomodativo" che si risolve dopo adeguata correzione (Santucci, 2009).
Secondo la SUVA, l'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (SUVApro, 2003), il 20-30% della popolazione soffre di difetti visivi non corretti o corretti in modo insufficiente, perciò l'inizio di un intensa attività lavorativa al videoterminale può costituire il momento rivelatore, l'occasione per slatentizzare alcune condizioni di ipo-correzione, in realtà pre-esistenti.
Questi esempi permettono di comprendere perche tanti lavoratori ritengono erroneamente che l'intensa attività al computer sia responsabile del peggioramento della propria acuità visiva.

DISTURBI OCULO-VISIVI E PATOLOGIE SISTEMICHE

Nakaishi nel 1999 ha riscontrato una corrispondenza diretta fra le anomalie del film lacrimale, la ridotta secrezione, soprattutto la sindrome dell'occhio secco, e la presenza di alcuni disturbi soggettivi quali la sensazione di 'sabbia negli occhi', il bruciore e l'irritazione oculare.
Tra le cause di 'secchezza oculare' si segnalano diverse patologie quali collagenopatie o patologie autoimmuni, il consumo di stupefacenti quali cannabis e derivati, o metanfetamine, l'effettuazione di cicli di radioterapia e numerosi farmaci quali anestetici (in anestesia generale), antiistaminici, beta bloccanti, diuretici, miorilassanti, anticolinergici, antineoplastici ed immunosoppressori, ansiolitici, antidepressivi, antiparkinsoniani ed antipsicotici.
Con l'incremento delle diagnosi precoci di tumore mammario, sono più frequenti i casi di videoterminaliste che lavorano, assumendo contemporaneamente una chemioterapia adiuvante.
In queste situazioni la sintomatologia astenopica professionale può sovrapporsi alla nota tossicità oculare della chemioterapia, caratterizzata da diminuzione dell'acuità visiva, irritazione oculare e cataratta (Gianni L. et Al., 2006).
I soggetti con sclerosi multipla presentano una riduzione della sensibilità al contrasto e della percezione del colore. Inoltre possono comparire diplopia, oscillopsia, visione offuscata, astereopsia e senso di affaticamento alla lettura (Chen et Al., 2005).
Il medico competente deve perciò prendere in considerazione questi aspetti di fronte ad una manifestazione astenopica, portando una particolare attenzione alla compilazione dell'anamnesi farmacologia e patologica.
Di fronte a manifestazioni di secchezza oculare possono essere prescritte 'lacrime artificiali' e/o l'approfondimento oculistico con eventuale esame del film lacrimale (Test di Schirmer, Break Up Time, B.U.T.).

LENTI A CONTATTO E CHIRURGIA REFRATTIVA

Il disagio legato all'uso prolungato delle lenti a contatto resta una problematica a volte sottovalutata dagli operatori, soprattutto quando si tratta di soggetti con ridotta lacrimazione ed utilizzo intenso del videoterminale.

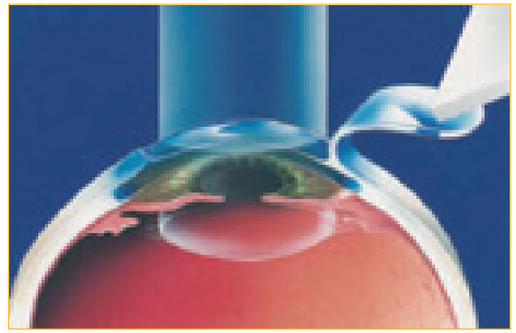
In conseguenza di un abuso delle lenti a contatto, associato a condizioni microclimatiche sfavorevoli (bassa umidità relativa) o di inquinamento indoor (polveri, sostanze chimiche, ecc.), possono essere riscontrati "secchezza oculare", sensazione di "sabbia negli occhi" e di "corpo estraneo", arrossamento e bruciore oculare, fino all'insorgenza di patologie quali congiuntivite, cheratite e ulcere corneali ed all'intolleranza assoluta ed irreversibile nei casi più gravi.

Tuttavia in alcuni casi questo dispositivo medico si rende indispensabile per la particolare richiesta correttiva: una miopia molto elevata o un cheratocono, per esempio.
Wolkoff et Al. (2005) propongono programmi di sorveglianza sanitaria specifica a favore dei lavoratori considerati 'suscettibili' (Direttiva del Consiglio Europeo 90/207/EEC), come, per esempio, i soggetti portatori di lenti o affetti da patologie corneali croniche.
Per le raccomandazioni sul corretto uso delle lenti a contatto va preso a riferimento il Decreto 3 febbraio 2003, "Guida al corretto utilizzo delle lenti a contatto".

Le tecniche di correzione **chirurgica** dei vizi refrattivi (miopia, ipermetropia, astigmatismo) sono molteplici ma negli ultimi anni, grazie all'avvento del laser ad eccimeri, le tecniche prevalentemente usate sono due: la cheratectomia fotorefrattiva (PRK) e la cheratomileusi in situ con laser ad eccimeri (LASIK). Quest'ultima presenta due ulteriori varianti tecniche nella gestione del lembo epiteliale della cornea denominate LASEK (LASer Epithelial Keratomileusis) e EPI-LASIK (EPIthelial-LASIK).
Tra gli effetti collaterali del periodo post-operatorio, si segnala il possibile calo dell'acuità visiva dell'occhio operato nei primi giorni con ripresa graduale nelle settimane successive. Si può anche notare una lieve ipermetropia (nel trattamento della miopia), che generalmente sparisce col passare del tempo: ciò può rendere difficile la lettura nei primi giorni dopo l'intervento.
Inoltre va segnalata la possibile insorgenza di astenopia, dopo interventi correttivi in soggetti lievemente miopi intorno ai 40 anni, a causa dell'imminente presbiopia.
Molti pazienti nei primi sei mesi post-operatori descrivono l'apparizione di aloni attorno alle sorgenti luminose e una ipersensibilità alla luce.

VALUTAZIONE E PREVALENZA DE 'L'ASTENOPIA SIGNIFICATIVA'

Un aspetto oggetto di discussione è la **valutazione** dell'astenopia 'significativa', che corrisponde al raggiungimento, per frequenza e numero di disturbi, di una soglia prestabilita, utile per paragonare dati omogenei ma soprattutto per indurre il medico competente ad una modifica nella formulazione del giudizio di idoneità. Non tutti gli Autori prevedono però la stessa soglia di significatività.
Per Colombini è sufficiente la presenza del disturbo oculovisivo "qualche volta al mese" (Colombini et



Al.,1997), per Apostoli l'astenopia è significativa quando sono presenti almeno due disturbi "tre volte alla settimana" per un ora con presenza di almeno un segno obiettivo correlato ai sintomi (Apostoli et Al., 1998).
Le Linee Guida SIMLII propongono anche un metodo alternativo più complesso nell'utilizzo, che appare leggermente meno severo nella valutazione della soglia di astenopia significativa.

Santucci et Al. (2004) hanno proposto il calcolo dell'astenopia significativa partendo dalla definizione di Apostoli et Al. (1998), determinando soggettivamente la comparsa di due disturbi almeno tre volte alla settimana per un ora. Rispetto alla definizione originaria, sono state ponderate due modifiche:

- é stata rimossa "la presenza di almeno un segno obiettivo correlato ai sintomi', poiché l'astenopia è universalmente riconosciuta di natura "soggettiva" e caratterizzata da un difficile riscontro obiettivo, tenuto anche conto dei tempi non brevi che trascorrono fra i successivi controlli sanitari in base alla normativa
- sono stati aggiunti tra i disturbi, gli aspetti 'generali', o 'extravisivi', correlabili all'esposizione al VDT, considerato che, seppure generalmente trascurati, rientrano nelle più accreditate definizioni di astenopia occupazionale (Scansetti, 1994, Romano et Al., 2003) e nella 'storica' classificazione delle manifestazioni dell'astenopia di Apostoli e Coll. (1998).

L'importanza della soglia di astenopia significativa è legata alla gestione della periodicità di visita e dei criteri di formulazione del giudizio di idoneità, proposti autorevolmente dalle Linee Guida SIMLII (Romano et Al., 2003) ed al monitoraggio del benessere oculo-visivo degli operatori in funzione dell'attività al videoterminale.

La **prevalenza** dell'affaticamento visivo (astenopia, fatigue, eye-strain o ocular discomfort) risulta compresa fra il 30 ed il 50 %, sulla base dei più recenti dati disponibili (Assini et Al., 2003, Cassina et Al.,2002, Colombini et Al.,1997, Quintili et Al., 1995, Romano et Al. 2003, Scansetti et Al., 2000, Piccoli B et Al., 1989), per le caratteristiche della popolazione, delle condizioni di lavoro e dei variabili metodi di determinazione.
Alcune indagini, effettuate nell'area genovese su aziende di varie dimensioni (Santucci et Al., 2004, 2005), hanno confermato la comparsa dei tradizionali sintomi nel videoterminalista (bruciore e pesantezza oculare, visione sfuocata) correlati con le ore trascorse al VDT e con prevalenza nel sesso femminile, già evidenziati da numerosi autori (Bauleo et Al., 1990, Colombini et Al. 1997, Belisario et Al., 1990, Zanetti et Al., 1993).
Lo studio genovese ha dimostrato che si può arrivare ad una riduzione dei casi di astenopia fino al 25 % (18,7 % della popolazione maschile e 29,5 % della popolazione femminile) pur comprendendo una percentuale non trascurabile (4 %) di disturbi extravisivi (Santucci et Al., 2005).
Tra i disturbi extravisivi, correlati all'uso del videoterminale, la preferenza è confermata verso il sesso femminile e si evidenziano soprattutto 'mal di testa' (quasi il 14 % di prevalenza) ed altri disturbi extravisivi (dermatite, debolezza, nausea e vertigini) in percentuali comprese tra il 2 % e il 6,3 % di prevalenza.
Uno studio di Taino G. et Al. (2006) ha riportato una prevalenza di astenopia significativa pari al 32,6 % (16,6 % maschi, 44,4 % femmine) in una popolazione di videoterminalisti, confermando la tendenza alla riduzione dei casi di affaticamento visivo rispetto agli anni '90.
Se l'approccio multidisciplinare si attiva precocemente, a livello di progettazione degli ambienti di lavoro, con particolare riguardo al profilo ergonomico (strutturale e del layout), si può registrare una drastica riduzione dei casi di 'astenopia rilevante', pari ad una prevalenza del 3 %, favorito anche dall'età media molto bassa dei lavoratori (D'Orso et Al., 2007).

BIBLIOGRAFIA

- Apostoli P., Bergamaschi A., Muzi G., Piccoli B., Romano C.: Funzione visiva ed idoneità al lavoro. Atti 61° Congresso Nazionale della Società di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Chianciano, Folia Med, 69 (1): 13-34 (1998).
- Assini R., Gallo E., Cavallo D., Zimbelli P.L., Piccoli B.: Applicazione del Decreto Legislativo 626/94 in una collettività di lavoratori del settore bancario-assicurativo: risultati di un'esperienza sul campo. G. Ital. Med. Lav. Erg; 25:2, 199 (2003).
- Bauleo F.A., Cianchetti A., Gigli M., Marini M.., Mollichella E, Sicilia L., Burattini L., Giordanelli A.: Lavoro al videoterminale: caratteristiche dell'ambiente di lavoro e alterazioni dell'apparato visivo. Atti 53° Congresso Nazionale della Società di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Stresa, 485-489 (1990).
- Belisario A., Nini D., Gennai E., Modiano A., Olivetti G., Bassein L.: Sintomatologia oculare in un gruppo di operatori videoterminalisti. Atti 53° Congresso Nazionale della Società di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Stresa, 433-436 (1990).
- Bergqvist U., Knave B.G., Eye discomfort and work with visual display terminals, Scand. J. Work Environ. Health, 33, 20 (1994).
- Boos SR, Calissendorff BM, Knave BG et Al: Workwith video display terminals among office employees. III. Ophtalmologic factors. Scand. J Work Environ Health; 11: 475-481 (1985).
- Cabella R., Rischio ozono da apparecchiature di fotoriproduzione, Convegno: L'igiene del lavoro quale rilevante prevenzione nella pubblica amministrazione, Roma 11 maggio 2004.
- Cassina T., La sorveglianza sanitaria dei videoterminalisti, analisi dei risultati registrati in SISINFO 626 - periodo 2 luglio 2001 - 31 dicembre 2003. Medico Competente Journal, ottobre 2002, n°2/2002.
- Chen L., Gordon L.K., Curr Opin Ophthalmol, 16: 315-320, 2005.
- Colombini D., De Marco F., Meroni M., Occhipinti E., Petri A., Soccio A., Tosatto E., Vimercati C., Scarselli R., Palmi S.: Screening ergoftalmologici in addetti a VDT: valutazione comparata di protocolli differenziati da applicare in funzione delle caratteristiche di esposizione a carico visivo. Prevenzione oggi, ISPESL n°3-4, 1997.
-D'Orso M.I ., Assini R., Gallo E., Magrini A.,Bergamaschi A., Piccoli B., La valutazione ergoftalmica preventiva dei posti di lavoro nei call center: un valido strumento di prevenzione dei disturbi astenopici occupazionali, G Ital Med Lav Erg 2007; 29:3, www.gimle.fsm.it.
- Decreto 3 febbraio 2003, Guida al corretto utilizzo delle lenti a contatto, avvertenze, precauzioni e rischi collegati all'uso.
- 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.
- Decreto Legislativo n°626/94 e sue successive modifiche ed integrazioni.
- Dickerson O.B., Baker W.E., Practical ergonomics and Work with Video Display Terminals, In: Zenz C., Dickerson O.B. Horvath E.P. (editors): Occupational medicine, Mosby, St.Louis 3^ ed., 428 (1994).
- Duke Elder S., Eyestrain and visual hygiene, In: Kimpton's textbook of ophthalmology, IV, 4466 (1949).
- Gianni L., Panzini I., Li S., Gelber R.D. et al., Ocular toxicity during adjuvant chemoendocrine therapy for early breast cancer;106(3):505-13, Cancer 2006.
- Gobba FM, Broglia A, Sarti R, Luberto F, Cavalleri A., Visual fatigue in video display terminal operators: objective measure and relation to environmental conditions., Int Arch Occup Environ Health. 1988;60(2): 81-7.
- Gobbato F., Medicina del Lavoro, Masson, 2002.
- Grosso D., Bellini A., Zambelli P., Troiano P., Di Bisceglie M., Bergamaschi A., Piccoli B., Efficienza lavorativa e condizioni illuminotecniche, G Ital Med Lav Erg 2007; 29:3, www.gimle.fsm.it.
- Gur S, Ron S, Heicklen-Klein A., Objective evaluation of visual fatigue in VDU workers, Occup Med (Lond). 1994 Sep;44(4):201-4.
- Iribarren R, Iribarren G, Fornaciari A, Visual function study in work with computer, Medicina (B Aires). 2002;62(2):141-4.,
- Lantsburg M.E., Moikin IuV., Rozenblium IuZ., The dependence of the degree of visual fatigue on the shift duration in work with video terminals and an assessment of the efficacy of preventive measures Gig Tr Prof Zabol. 1992;(4):12-5.
- Mocci F, Serra A, Corrias GA. Psychological factors and visual fatigue in working with video displayterminals, Occup. Environ. Med. 2001 Apr; 58 (4): 267-71.
- Muzi G., Dell'Omo M., Murgia N., Abbritti A., "Inquinanti chimici dell'aria interna ed effetti sulla salute", 67° Congresso Nazionale SIMLII, Monitoraggio biologico e ambienti confinati non industriali: aggiornamenti e prospettive, Sorrento, 3-6 novembre 2004, G Ital Med Lav Erg 2004; 26:4, FSM PIME, Pavia, ottobre-dicembre 2004.
- Nakaishi H, Yamada Y., Abnormal tear dynamics and symptoms of eyestrain in operators of visual displayterminals. Occup Environ Med. 56(1): 6-9, 1999.
- Nyman KG, Knave BG, Voss M: Work with video display terminals among office employees. IV. Refraction, accommodation, convergence and binocular vision. Scand J Work Environ Health; 11: 483-487 (1985).
- Ong CN, Phoon WO., Influence of age on VDU work, Ann. Acad. Med. Singapore. 1987 Jan;16(1):42-5).
- Piccoli B., A critical appraisal of current knowledge and future directions of ergophthalmology: consensus document of the ICOH Committee on `Work and Vision', Ergonomics, VOL. 46, N° 4, 384 ± 406, 2003.
- Piccoli B., Funzioni visive e attività lavorative. Impegno visivo ed ambiente di lavoro: valutazione e quantificazione, Seminari di Medicina del Lavoro 2006, Scuola di Specializzazione di Medicina del Lavoro, Università degli studi di Genova, Genova 7 giugno 2006.
- Piccoli B., Assini R., Gambaro S., Pastoni F., D'Orso M., Franceschini S., Zampollo F., De Vito G., Microbiological pollution and ocular infection in CAD operators: an on-site investigation, Ergonomics, 2001, vol.44,n°6, 658-667.
- Piccoli B., Chiodini A., Zambelli P., Consonni D., Bergamaschi A., 'Visual effort evaluation in VDU bank operators', WWCS, Computing Systems for Human Benefits from the 8th International Conference on Work With Computing Systems, Stockholm, Sweden, May 21st-24th 2007.
- Piccoli B., D'Orso M., Zambelli P.L., Fotometria ambientale: analisi ed interpretazione dei rapporti di luminanza in relazione ai valori limite di riferimento nazionale ed internazionale. Atti del 14° Congresso Nazionale della Associazione Italiana degli Igienisti Industriali (AIDII) - Pavia, Tipografia PI-ME, 1995, 200-202.
- Piccoli B., Gratton I., Pierini F., Catenacci G., Raimondi E., Farulla A., Asthenopia and objective ophthalmological findings in a population of 2058 VDT operators in Lombardy, G Ital Med Lav. 1989 Nov;11(6): 267-71.
- Piccoli B., Soci G., Zambelli L., Pisanello D., Photometry in the Workplace: The Rationale for a New Method, Ann. occup. Hyg., Vol. 48, No. 1, pp. 29-38, 2004.
- Quintili M., Presto M., Anagni C., Beccia G., Lepre L., Masci O.: Alterazioni del visus in un gruppo di operatori addetti al VDT. Contributo casistico. Atti 58° Congresso Nazionale della Società di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Bologna, 1003-1007 (1995).
- Rechichi C., Rizzotti A., Trincali C.G.M., Scullica L., Influenza della durata di applicazione al videoterminale sulla insorgenza della astenopia, Boll. Ocul., 69 (suppl.1), 101 (1990).
- Romano C., Piccoli B., Bergamaschi A., Di Bari A., Gullino A., Iacovone T., Muzi G., Troiano P., Apostoli P.: Linee Guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali. S.I.M.L.I.I., Fondazione S. Maugeri, Consorzio per l'accreditamento e aggiornamento in Medicina del Lavoro, PI-ME Pavia, 2003.
- Rubino G.F., Epidemiologic survey of ocular disorders. The Italian multicentric research. In: Work with display unit 89. Berlinguet L, Berthelette D (ed): North Holland: Elsever Science Publishers BV, 13-20 (1990).
- Rubino G.F., Maina G., Piolatto G. et al: Longitudinal survey of ocular disorders and general complaints in VDU operators. In: Human-Computer Interaction: applications and case studies. Smith MJ, Salvendj G (ed): Amsterdam: Elsever, 768-773 (1993).
- Sanchez-Roman F.R., Perez-Lucio C., Juarez-Ruiz C., Velez-Zamora N.M., Jimenez-Villarruel M., Risk factors for asthenopia among computer terminal operators, Salud Publica Mex. May-Jun;38(3):189-96, 1996.
- Santucci P., Massaferro E., Dall'astenopia allo stress. Una casistica ligure. Portofino Vetta (GE), Congresso nazionale ANMA 2004: 10 anni di 626 "Il percorso del Medico d'Azienda Competente", 27-29 maggio 2004.
- Santucci P., Massaferro E., La riduzione dell'indice di discomfort oculovisivo, 'astenopia significativa', primo passo verso l'obiettivo benessere del videoterminalista, Medico Competente Journal, n°2/2005.
- Santucci P., Il Videoterminalista e il D.Lgs.81/2008, Orientamenti operativi per il medico competente, Monografia ANMA, 2009.
- Scansetti G., Possibili effetti sulla salute del lavoro al videoterminale. Professione Sanità pubblica e Medicina Pratica , Edizioni Medico Scientifiche, 3: 18-21, Torino, 1994.
- Scansetti G, Piolatto P.G., Perrelli G., Medicina del Lavoro, Edizioni Minerva Medica, Torino: 56-59 (2000).
- Scullica L, Rechichi C.: Definizione del termine di astenopia nelle inchieste epidemiologiche sui lavoratori al videoterminale, Boll. Ocul., 69 (suppl. 1), 95 (1990).
- SUVApro IL lavoro al videoterminale, Sicurezza sul lavoro, 10^ edizione, 2003, www.suva.ch
- Taino G., Ferrari M., Imestad I.J., Fabris F., Imbriani M., Astenopia e lavoro al videoterminale: studio di una popolazione

di 191 lavoratori esposti al rischio mediante somministrazione di questionario anamnestico mirato e valutazione oftalmologia, G Ital Med Lav Erg 2006; 28:4, 487-497 © PI-ME, Pavia 2006.

- Tatemichi M., Nakano T., Tanaka K., Hayashi T., Nawa T., Miyamoto T., Hiro H., Sugita M.: Possible association between heavy computer users and glaucomatous visual field abnormalities: a cross sectional study in Japanese workers. J Epidemiol Community Helath. 2004; 58 (12): 1021 - 1027.
- Tobia L., Santostefano M., Casilli A., Spera G., Paglione M., Tarquini M., Grandi G., Tiberti S., Paoletti A., Studio delle condizioni microclimatiche in uffici "open space" mediante più di 600 rilievi, G Ital Med Lav Erg 2004; 26:4, Suppl.
- Trusiewicz D., Niesluchowska M., Makszewska-Chetnik Z., Eyestrain symptoms after work with a computer screen Klin Oczna 1995 Nov. - Dec; 97 (11-12):343 - 5.
- Wolkoff P., Noigaard J.K., Troiano P., Piccoli B., Eye complaints in the office enviroments: precorneal tear film integrity influenced by eye blinking efficiency, Occup Environ Med 2005; 62:4-12.
- Zanetti C., Ballarin M.N.: Astenopia occupazionale da VDT: analisi critica della sintomatologia in rapporto ai fattori di rischio, Atti 56° Congresso Nazionale della Società di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Venezia, 701-705 (1993).

Il lavoro è per risuscitare

DA LEGGERE IN POLTRONA

Pigi Colognesi

Il Sussidiario.net - editoriale di venerdì 30 aprile 2010

In una veloce riunione di redazione a ilsussidiario.net facciamo l'ipotesi che l'editoriale di oggi abbia come tema il lavoro, dato che domani è il primo maggio. Comincio a pensarci su mentre vado in biblioteca - un'importante biblioteca pubblica di Milano - per cercare un libro che mi serve, appunto, per il mio lavoro.

Sto compilando i moduli necessari per l'ingresso e l'impiegata che ho di fronte dice, tra l'affranto e l'astioso, alla sua collega: «Non è il lavoro che mi dà fastidio. Sono le persone che mi scocciano». Mi suona falso e riduttivo e vorrei capire perché. Decido che l'editoriale prenderà spunto da qui.

Per prima cosa mi torna in mente che quando, in attesa di un volume, mi è capitato di ascoltare i colloqui degli impiegati in quella biblioteca, l'argomento era spesso il lamento verso qualche collega, assente ovviamente, o capo: quello ha lasciato la postazione in disordine, quell'altra è arrivata in ritardo, il boss ha ingiustamente definito le ferie e via lamentandosi. Ma, tutto sommato, questo mi sembra sufficientemente normale. Ogni convivenza, soprattutto quando non è scelta, ha le sue spine e ruvidezze.

Poi ho pensato che anch'io, come utente, in fondo sono uno che scoccia, perché pongo un problema, ho un'esigenza, interrompo una lettura o un discorso, sono un fattore di disturbo rispetto a un programma stabilito. Ma così si può dire di ogni rapporto lavorativo.

E, se dà fastidio una persona e quindi la si tratta male, immaginiamoci cosa possa succedere con le cose che, a differenza degli uomini, non si lamentano neppure. Capisco bene, allora, da dove deriva la sciatteria di tanti ambienti di lavoro, quel brutto disordine che denota assenza di rispetto per le cose e per la bellezza dei loro equilibrati rapporti.

Torna in mente la grande lezione che François Michelin aveva tenuto al Meeting di qualche anno fa. Il patron della fabbrica di pneumatici aveva stupito tutti esponendo il principio in base al quale faceva tutte le sue scelte economiche e organizzative: il rispetto del dato. Ogni lavoro, diceva, è un rapporto che si prende con qualcosa di diverso da sé, di preesistente alle proprie immaginazioni, calcoli, previsioni.

Lavorare - e avere successo nel lavoro - significa piegarsi a questa irriducibile e feconda alterità: il collega, l'operaio, il fornitore, il cliente. Persino la materia prima; sì, perché l'uomo non è creatore, come Dio, e può modellare la materia secondo i propri scopi solo se ne rispetta le caratteristiche.

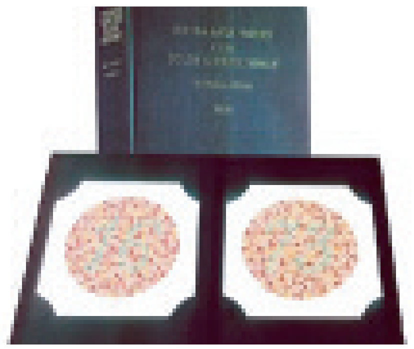
È evidente, allora, che la vera difficoltà che spesso troviamo nel lavoro, quell'insoddisfazione che fa da sfondo alle giornate che siamo costretti a dedicargli provengono direttamente dalla non accettazione del dato - persone e cose -, dalla pretesa di avere a che fare solo con una realtà selezionata dai nostri gusti, piaceri, desideri.

E così ci condanniamo alla sterilità di chi non trova mai niente di nuovo. Ci condanniamo a non fare mai l'esperienza descritta dal poeta polacco Kiprian Norwid: «La bellezza esiste per suscitare ammirazione che poi porta al lavoro: il lavoro è per risuscitare».

CONTROLLO VIDEOTERMINALISTI

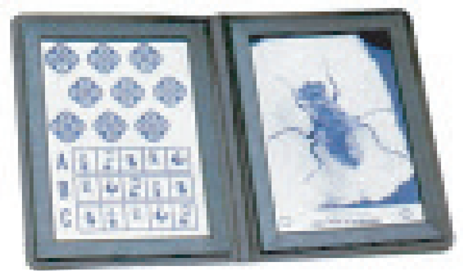
701100
Telebinocular
con il test dell'acutezza visiva da vicino e lontano, forie, fusione, stereopsi, percezione dei colori e coordinazione laterale - semplice utilizzo - portabile.

6201000
Luci di Worth
per valutare la binocularità e la soppressione centrale.



6400138
Test di Ishihara
per la determinazione del senso cromatico a 38 pagine.

63001
Mosca di Titmus
3 test per stereopsi con occhialino.



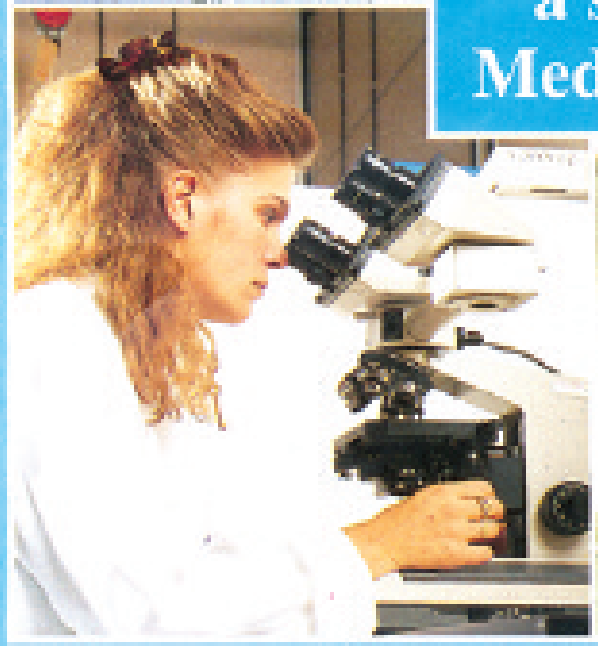
62017
Campimetro manuale
permette allo specialista di valutare il campo visivo centrale a 30° - plastica lavabile.

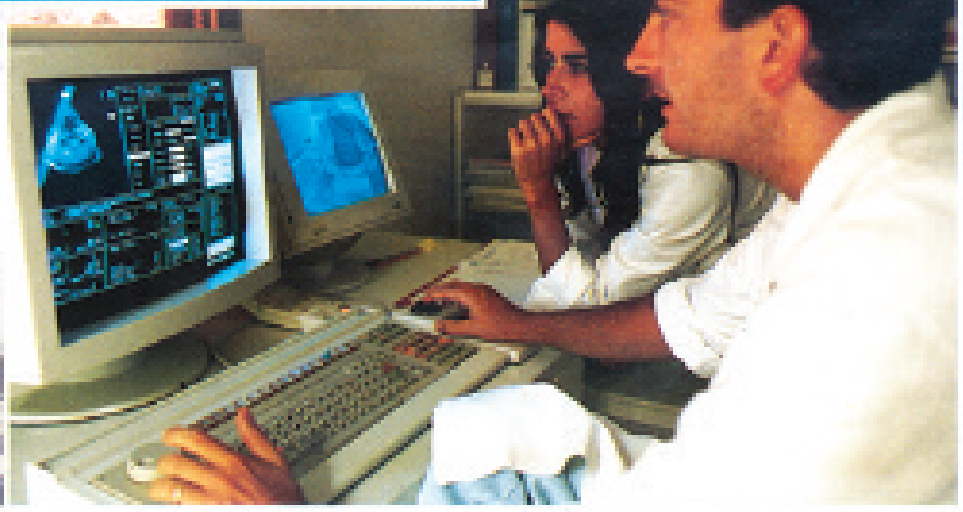
C.O.I - COMPAGNIA OTTICA ITALIANA
Via Paganini 10, 20131 MILANO tel. (+39) 0229526650/1 fax. 0229513244 _ E-Mail: info@coivision.com_ www.coivision.com

H San Raffaele Resnati

Servizi di Medicina Occupazionale

Il San Raffaele a supporto del Medico d'Azienda





Laboratorio di Base e Specialistico - Laboratorio di Igiene Industriale - Ecologia - Tossicologia - Poliambulatorio - Imaging - Consulenza nel Campo della Sicurezza e dell'Infortunistica - Indagini Ambientali - Unità Mobili

H San Raffaele Resnati S.p.A.

Servizi di Medicina Occupazionale

Via Santa Croce 10/A - Tel. 02/58187512 - Fax 02/8321645

Per informazioni: Servizio Promozione e Sviluppo - Tel. 02/26432099