

Medico Competente Journal

NOTIZIARIO A.N.M.A.
NUMERO 3/2014

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

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@mcmlink.it
internet: www.anma.it

Federata FISM Federazione Italiana Società medico
Scientifiche

Associazione Certificata UNI EN ISO 9001:2008
certificato Certiquality n.7344

ANMA è un marchio registrato

Autorizzazione Tribunale di Milano
n.96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE: Eugenio Andreatta

RESPONSABILE DEL COMITATO DI
REDAZIONE: Paolo Santucci

COMITATO DI REDAZIONE: Giuseppe Briatico
Vangosa, Gino Barral, Danilo Bontadi, Umberto
Candura, Azelio De Santa, Daniele Ditaranto, Piero
Patanè, Marco Saettone

MARKETING E COMUNICAZIONE:
Serena Trincanato

PRESIDENTE: Giuseppe Briatico Vangosa

VICE PRESIDENTE: Umberto Candura

SEGRETARIO: Daniele Ditaranto

CONSIGLIERI: Luigi Aversa, Danilo Bontadi, Rino
Donghi, Anselmo Farabi, Giuseppe Olivetti, Francesco
Origlia, Pietro Antonio Patanè, Massimo Sabbatucci,
Marco Saettone, Paolo Santucci, Salvatore Taliercio,
Mauro Valsiglio (*Verbale della commissione elettorale a
seguito del rinnovo delle cariche sociali per il quadriennio
20012-2016*)

SEZIONI TERRITORIALI REGIONALI

Campania Segr. Giuseppe Iannuzzi	Marche Segr. Giuseppe Olivetti
Emilia Romagna Segr. Mauro Valsiglio	Piemonte e Val d'Aosta Segr. Valter Brossa
Lazio Segr. Paolo Sanchioli	Puglia e Lucania Segr. Antonio Lo Izzo
Liguria Segr. Carlo Valchi	Trentino Alto Adige Segr. Azelio De Santa
Lombardia Segr. Luigi Aversa	Umbria Segr. Anselmo Farabi
	Veneto Segr. Piero Patanè

REALIZZAZIONE GRAFICA: *Alberto Manfrinati,
Chiara Bonaldo* per CUSL Nuova Vita Coop. Sociale,
via Belzoni 162, Padova
email: cuslpadova@gmail.com

TIPOGRAFIA: Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)



SOMMARIO

CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

2

- La malattia da virus Ebola
- Rischio malattia professionale da agenti chimici nei lavoratori addetti ad asfaltatura

MATERIALI DI LAVORO

10

- Rendere più efficace l'attività del medico competente: semplificare per migliorare la prevenzione
- Rischi emergenti: l'esposizione lavorativa a fumi esausti di motori diesel e la tutela del lavoratore

UFFICIO & SALUTE

26

- Idoneità del videoterminalista con prescrizione uso 'mini-mouse': prima esperienza sul campo

ANMA RISPONDE

32

DA LEGGERE IN POLTRONA

36

- L'onore del lavoro

La quota associativa annuale per i **Medici Competenti** è di € 100,00

Per gli **Specializzandi in Medicina del Lavoro** non è prevista alcuna quota e pertanto possono associarsi gratuitamente.

Per tutti i Soci è richiesta, all'atto dell'iscrizione o del rinnovo tramite il portale www.anma.it, anche la registrazione o la conferma dei propri dati. Il pagamento dell'iscrizione o del rinnovo può essere effettuato tramite:

- carta di credito (seguendo le istruzioni nel portale www.anma.it)
- bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio - Sede di Milano
Codice IBAN: IT55 V056 9601 6000 0001 4539 X22



Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

LA MALATTIA DA VIRUS EBOLA



CONTRIBUTI E
ARTICOLI ORIGINALI

Rino Donghi,
Consigliere nazionale ANMA

La malattia da virus Ebola (EVD) è una grave sindrome la cui diffusione sta interessando alcune regioni dell'Africa occidentale. L'origine del nome Ebola deriva proprio da un fiume congolese.

I Paesi direttamente interessati sono Guinea, Sierra Leone, Liberia.

Epidemie di Ebola si sono susseguite, negli anni, in Congo D.R., e, meno frequentemente, in Uganda, Sudan e Gabon, coinvolgendo la popolazione locale e il personale sanitario.

L'OMS, considerata la recrudescenza della malattia, ha elevato al grado di "Emergenza Internazionale" l'epidemia in corso.

Ciononostante l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha ritenuto a tutt'oggi, di non porre alcuna restrizione a viaggiare verso questi paesi. L'OMS ha invece sollecitato i paesi interessati a condurre screening (attraverso la misurazione della temperatura corporea) a tutte le persone in uscita dagli aeroporti internazionali, porti marittimi e principali valichi.

I paesi interessati dall'emergenza internazionale per l'epidemia di Ebola sono attualmente la Nigeria, Guinea, Sierra Leone, Liberia.

Le persone a più alto rischio di infezione sono gli operatori sanitari, i familiari o altre persone a stretto contatto con persone infette, persone che hanno contatto diretto con i corpi dei defunti nelle cerimonie funebri e i cacciatori nella foresta pluviale che entrano in contatto con animali trovati morti nella foresta (pipistrelli, scimmie e primati in particolare).



L'OMS ribadisce che il rischio di infezione per i turisti, i viaggiatori in genere ed i residenti nelle zone colpite, durante il soggiorno e durante il viaggio aereo, è considerato molto basso (a differenza di infezioni come l'influenza o la tubercolosi, Ebola non si diffonde per via aerea, ma per contatto con i fluidi biologici).

In caso ci si debba trovare per lavoro o per turismo in una delle aree interessate debbono essere messe in atto le seguenti precauzioni igieniche elementari:

- evitare il contatto con malati e/o i loro fluidi corporei ed evitare il contatto con i corpi e/o fluidi corporei di pazienti deceduti,
- evitare il contatto con fauna selvatica e il consumo della carne cruda. Tutti i prodotti di origine animale devono essere ben cotti prima del consumo.

Queste precauzioni si aggiungono alle altre semplici e generiche precauzioni sempre consigliate in caso di viaggi in Africa Sub-sahariana: lavare e sbucciare frutta e verdura prima del consumo, evitare di consumare preparazioni alimentari vendute per strada, lavarsi frequentemente le mani e in caso di febbre rivolgersi immediatamente al più vicino servizio medico.

Per quanto riguarda persone extracomunitarie (specie, ma non solo), che si trovino nei nostri paesi, un contatto occasionale in luoghi pubblici o di lavoro, con persone che non mostrino segni di malattia (febbre), non è in grado di trasmettere Ebola. Non si può contrarre malattia maneggiando denaro, prodotti alimentari, documenti o effetti di altre persone. Le zanzare non trasmettono la malattia.

E' possibile consultare linee guida relative all'emergenza Ebola e trovare le risposte alle F.A.Q. collegandosi al seguente link del Ministero della Sanità: http://www.salute.gov.it/portale/p5_1_1.jsp?lingua=italiano&id=184 condivise con la Direzione Generale della Prevenzione Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC).

Si ringrazia il dott. Enzo Nicosia di SAIPEM per la preziosa collaborazione



RISCHIO MALATTIA PROFESSIONALE DA AGENTI CHIMICI NEI LAVORATORI ADDETTI AD ASFALTATURA



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Maria Nicoletta Ballarin,
Giorgio Carradori,
Cipriano Bortolato,
Sergio Bontempi,
Giancarlo Magarotto (SPISAL
ULSS 12 Veneziana)
Maria Gregio (Unità Operativa
di Igiene Ambientale LIATF
ULSS 12 Veneziana)

Premessa

Nel corso dell'attività di vigilanza del Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro della ULSS 12 Veneziana, sono state riscontrate carenze sotto il profilo dell'igiene e della sicurezza nei cantieri dove si effettuano operazioni di asfaltatura. L'attenzione è stata rivolta in particolare allo scarso utilizzo di misure di protezione individuale e collettiva.

Nel 2010 è stata condotta un'indagine per quantificare il rischio chimico derivante dall'utilizzo di asfalti, bitumi, idrocarburi policiclici aromatici, polveri e idrogeno solforato.

A seguito delle misure effettuate è stato possibile definire un profilo di rischio con conseguenti raccomandazioni per ridurre il rischio di malattia professionale negli addetti alle operazioni di asfaltatura.

Rischi ed effetti sulla salute noti

Gli asfaltatori sono esposti a svariati rischi lavorativi: infortuni, rumore, carichi pesanti, microclima, radiazioni solari, ma soprattutto a molti agenti chimici, con potenziale effetto irritante e genotossico, con i quali vengono a contatto sia per inalazione che per contatto cutaneo.

In particolare, sono esposti a Idrocarburi Policiclici Aromatici (IPA), presenti nei fumi e vapori che si sviluppano quando il bitume viene scaldato per essere applicato. Infatti l'asfalto o conglomerato bituminoso è una miscela di bitume e materiali inerti. Il bitume contiene tracce di idrocarburi aromatici e di metalli pesanti. Quando il bitume è scaldato per essere applicato (fino a 200-250°C), produce fumi e vapori in cui si ritrovano piccole quantità (1%) di Idrocarburi Policiclici Aromatici (IPA); Alcuni IPA sono considerati cancerogeni certi, possibili o probabili dalla IARC (International Agency for Research on Cancer) in particolare il benzo(a) pirene è considerato cancerogeno certo.

I lavoratori possono quindi avere un rischio cancerogeno per il contatto

con i fumi di bitume. L'ACGIH (American Conference of Governmental Industrial Hygienists) indica

- un limite di esposizione inalatoria per le otto ore lavorative 0,5 mg/m³ di fumi di asfalto aerodispersi
- un limite di esposizione inalatoria per fumi di catrame e pece di carbone pari a 0,200 mg/m³
- un indicatore biologico di esposizione a IPA, l'1-idrossipirene nelle urine con idrolisi.

Alcuni stati europei hanno fissato limiti di esposizione inalatoria professionale per il benzo(a)pirene:

- la Svezia, l'Austria ed altri paesi europei, adottano un limite di esposizione occupazionale di 8 ore per il benzo(a)pirene di 2000 ng/m³ e di esposizione di breve durata di 8000 ng/m³ per lavorazioni diverse da quelle inerenti la produzione di coke
- la Germania propone un livello di accettabilità per la concentrazione del benzo(a)pirene aerodisperso di 70 ng/m³ e di massima tollerabilità di 700 ng/m³ (Ausschuss für Gefahrstoffe - AGS-Geschäftsführung - BAuA - www.baua.de)

Si è osservato un aumento del rischio di cancro polmonare in esposti a fumi di asfalto in associazione con il fumo di sigaretta (Olsson 2010) e un aumento della compromissione della funzione respiratoria (Ulvestad, 2007). I dati epidemiologici evidenziano anche la possibile associazione con il tumore cutaneo e vescicale.

Gli IPA sono elencati quale fattore di rischio di malattia professionale con elevata probabilità e quindi soggetta ad obbligo di denuncia quali il tumore del polmone, della vescica, della cute. Altre malattie professionali citate sono la dermatite irritativa da contatto, dermatite allergica da contatto, dermatite follicolare acneiforme per contatto a IPA contenuti nel catrame, bitume, oli minerali, ecc.

Indagine conoscitiva ulss 12 veneziana

Lo SPISAL e l'Unità Operativa di Igiene Ambientale della ULSS 12 Veneziana hanno condotto un'indagine su lavoratori di 5 cantieri stradali con asfaltatura per quantificare il rischio lavorativo da agenti chimici, con particolare riferimento all'esposizione cutanea a IPA mediante metodica standardizzata (PADs, lavaggio delle mani ecc.)

Fasi lavorative esaminate

L'attività di asfaltatura è caratterizzata da molteplicità di fasi e macchinari, da variabilità di contesti (urbano, extraurbano, rurale, industriale, autostradale) e da variabilità delle condizioni meteo-climatiche.

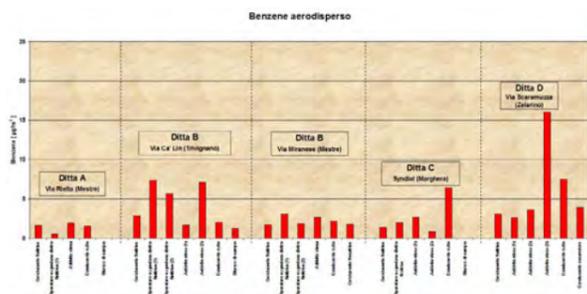


Risultati dell'indagine

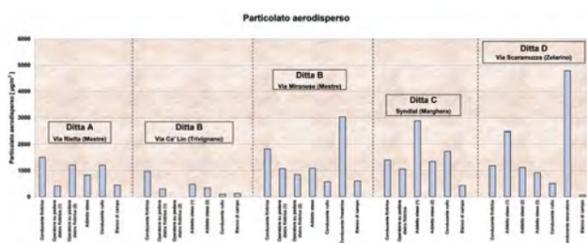
Nelle tabelle successive sono illustrati i dati della popolazione studiata in relazione alle condizioni climatiche, ai campioni prelevati ed all'abitudine al fumo. Sono stati analizzati i dati di 5 conducenti finitrice, 7 operatori su pedana finitrice, 9 addetti stesa, 5 conducenti rullo, 1 conducente fresatrice ed 1 conducente escavatore.

L'esposizione inalatoria a benzene è risultata ampiamente sotto i limiti di riferimento per lavoratori esposti (TLV-TWA ACGIH 1600 µg/m³), il valore più elevato è stato riscontrato su un

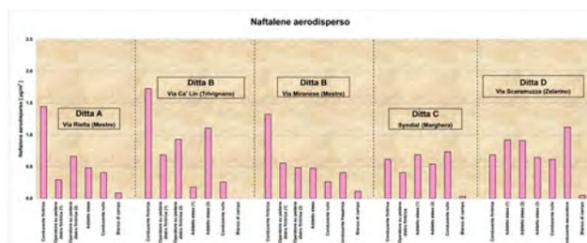
adetto alla stesa (16 µg/m³).



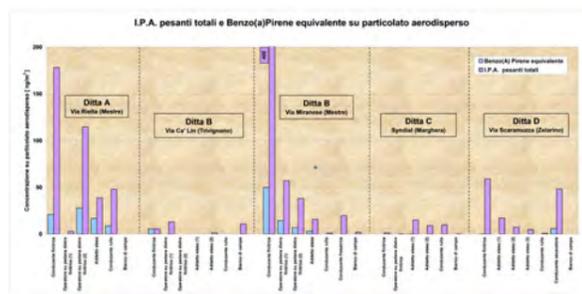
L'esposizione inalatoria a particolato inalabile è risultata ampiamente sotto i limiti di riferimento per lavoratori esposti (TLV-TWA ACGIH polveri inalabili 10000 µg/m³), i valori più elevati sono stati riscontrati in un conducente escavatore (circa 5000 µg/m³) ed in un conducente fresatrice (circa 3000 µg/m³).



L'esposizione inalatoria a naftalene è risultata ampiamente sotto i limiti di riferimento per lavoratori esposti (TLV-TWA ACGIH 52000 µg/m³), il valore più elevato è stato riscontrato su un addetto conducente finitrice (1,7 µg/m³).

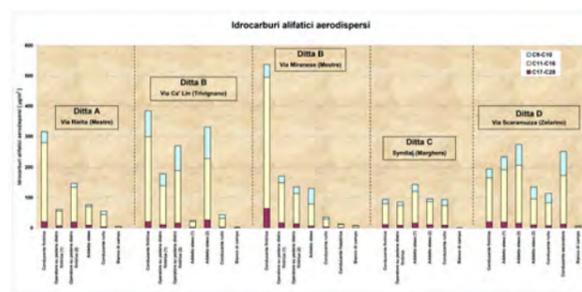


L'esposizione a B(a)pirene equivalente (parametro che tiene conto del complesso degli IPA cancerogeni tenuto conto del potere di cancerogenicità di ciascuno rispetto alla cancerogenicità del benzo(a) Pirene) è risultata sotto i limiti di riferimento per lavoratori esposti (TLV-TWA Svezia e Austria 2000 ng/m³), i valori più elevati sono stati riscontrati in un conducente finitrice (circa 400 ng/m³) ed in un altro conducente finitrice (circa 180 ng/m³). L'operatore su pedana dietro finitrice presenta un'esposizione di circa 120 ng/m³.



Ricordando che la Germania ha recentemente indicato una concentrazione accettabile di esposizione inalatoria occupazionale al Benzo(a)pirene pari a 70 ng/m³ e una concentrazione massima tollerabile di 700 ng/m³, si ritiene che il superamento del limite di accettabilità, ma non di massima tollerabilità in alcuni campioni, evidenzia la necessità di intraprendere misure di prevenzione per la riduzione del rischio.

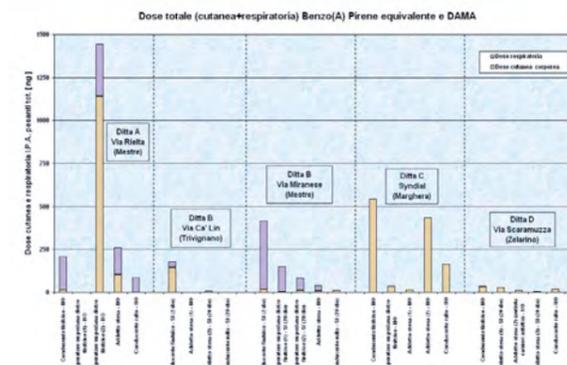
L'esposizione inalatoria a idrocarburi alifatici (indicatore di esposizione correlabile ai fumi di asfalto) è risultata mediamente sotto i limiti di riferimento per lavoratori esposti (TLV-TWA ACGIH fumi asfalto 500 µg/m³), anche se alcuni valori di punta vanno segnalati in particolare per il caso di un conducente finitrice (circa 520 µg/m³) ed di un altro conducente finitrice (circa 390 µg/m³).



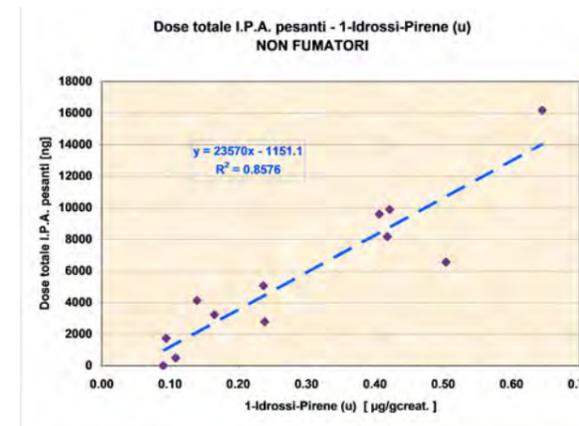
L'esposizione cutanea a IPA è risultata piuttosto diversificata come intensità di assorbimento a seconda della zona corporea.

In un cantiere, ad esempio, il conducente finitrice presenta la maggiore contaminazione su avambracci e polpacci, mentre in un secondo cantiere l'addetto alla stesa risulta avere una contaminazione a livello della coscia 3 volte superiore rispetto al primo. Nel terzo cantiere, invece, il conducente finitrice presenta una contaminazione paragonabile a quella del primo cantiere soprattutto per via coscia, mentre l'esposizione per l'addetto stesa pare principalmente dovuta alla contaminazione degli avambracci. Prendendo in considerazione la dose totale per

operatore, cioè quella derivante dalla somma della componente cutanea e di quella respiratoria, emerge con chiarezza l'importanza della componente cutanea.



L'escrezione urinaria di 1-idrossipirene, rappresentativa di tutte le vie di assorbimento cutanea e respiratoria, risulta ben correlata, soprattutto nei non fumatori, con l'esposizione complessiva a IPA, e non con la sola dose respiratoria come ci si potrebbe aspettare se l'esposizione fosse principalmente per via aerea. Ciò va a confermare l'importanza del contributo dell'assorbimento cutaneo alla dose totale.



La dose cumulativa (dose respiratoria, cutanea) risulta più elevata per l'operatore su pedana dietro finitrice e per il conducente finitrice.

Conclusioni

I risultati dell'indagine sono complessivamente confortanti sotto il profilo dei rischi per la salute dei lavoratori, pur presentando ampi margini di possibilità di miglioramento. Le mansioni più a rischio di assorbimento di sostanze pericolose risultano essere quella di conducente finitrice, operatore su pedana dietro finitrice e addetto stesa. Emerge con chiarezza che al fine di ridurre il

più possibile l'esposizione professionale, oltre all'esposizione per via inalatoria, appare importante considerare anche l'assorbimento per via cutanea in particolare quello a livello degli arti superiori e inferiori.

Misure di prevenzione e protezione da adottare

Una corretta valutazione del rischio ambientale e personale dei lavoratori è premessa indispensabile per un adeguato programma di misure di prevenzione e di formazione degli addetti ai lavori sui rischi legati all'attività, sulle loro conseguenze e sulle precauzioni da adottare per agire in sicurezza, applicando misure igieniche elementari ed evitando l'esposizione combinata a fumo di tabacco.

Particolare attenzione va dedicata alla corretta scelta dei DPI in rapporto ai rischi lavorativi per mansione (protezione mani e avambracci che rappresentano la principale sede di assorbimento cutaneo).

I PAD applicati sul vestiario hanno evidenziato la possibilità di un trasferimento degli inquinanti dagli indumenti alla cute: in tal caso, quindi, si è evidenziato che gli indumenti ed i guanti, anziché svolgere una funzione protettiva, possono anche amplificare l'esposizione cutanea.

E' quindi di fondamentale importanza l'applicazione delle misure igieniche di base quali il lavaggio delle mani, la doccia dopo il lavoro e il cambio e la frequente pulizia degli indumenti di lavoro.

Indumenti da lavoro consigliati

Tute da lavoro complete, oppure pantaloni lunghi con maglietta o camicia a maniche lunghe, che devono assicurare un'adeguata protezione dagli agenti atmosferici (giubbotto) e garantire l'alta visibilità.

DPI e loro criteri d'uso

- Guanti resistenti al calore.
- Calzature con soles anticalore.

- Tuta monouso in tyvek in caso di spruzzatura manuale di emulsione bituminosa.
- Occhiali con protezione anche laterale in caso di spruzzatura manuale di emulsione bituminosa.
- Facciale filtrante antipolvere di classe 2 con filtro in carbone attivo (FFP2SL) in caso di stesa di asfalto su strade in particolari situazioni (gallerie, ecc.) o stesa di asfalto su marciapiedi in particolari situazioni (sottopassi, ecc.).
- Organizzare un programma di pulizia, manutenzione e verifica dell'efficienza dei DPI con appropriati controlli periodici ed al termine di ogni utilizzo, assicurando l'immediata sostituzione ove necessario.
- Messa a disposizione per ogni lavoratore di contenitori individuali ove riporre la propria dotazione di DPI.
- Provvedere affinché nel cantiere mobile sia

disponibile attrezzatura per consentire il lavaggio delle mani degli operatori e/o la doccia.

Le indicazioni sopra citate, riferite in particolare al rischio chimico/cancerogeno, sono da integrare con i risultati della valutazione degli altri rischi aziendali

Bibliografia

1. I profili di rischio nei comparti produttivi dell'artigianato, delle piccole e medie industrie e pubblici esercizi: asfaltatori, ISPESL 2009
2. Vademecum per il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori nelle opere di asfaltatura. Regione Lombardia 2011
3. Monitoraggio biologico dell'esposizione a IPA negli asfaltatori. G Ital Med Lav Erg 2011; 33:3, Suppl, 43-45
4. Monitoraggio biologico mediante 1-idrossipirene urinario in asfaltatori: confronto tra lavorazioni in esterno e in ambiente confinato. Battaglia A, et al. Prevention&Research Volume 2, Numero 1 08.03.2012



LA RASSEGNA BIBLIOGRAFICA SU WWW.ANMA.IT

La rassegna bibliografica, curata dal dott. Pier Agostino Gioffré, mette a disposizione i sommari di quattro riviste di medicina del lavoro, due italiane e due internazionali, riportando l'abstract degli articoli di maggior interesse con una piccola recensione.

C'è una quinta rivista virtuale: si tratta di una miscellanea, aggiornata trimestralmente, in cui compariranno gli abstract di articoli tratti da varie riviste e particolarmente interessanti.

E' anche possibile lanciare una ricerca degli articoli tramite parole chiave e nel tempo questa ricerca sarà sempre più ricca e interessante.

Sono veramente numerosi gli articoli selezionati dal Collega Gioffré che permettono di acquisire spunti ed elementi utili alla nostra professione.

Tra i tanti ne vogliamo segnalare uno, di particolare impatto per l'attività del medico competente, dedicato all'inserimento professionale del lavoratore affetto da cardiopatia ischemica di G. Taino et Al. (Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, n°2/2013).

Per usufruire del servizio sul sito www.anma.it è necessario eseguire il 'login' e poi cliccare su 'Rassegna bibliografica' all'interno della 'Area Riservata Soci'.

Buona lettura!



MATERIALE DI LAVORO

D. Ditaranto
Segretario nazionale ANMA

RENDERE PIÙ EFFICACE L'ATTIVITÀ DEL MEDICO COMPETENTE: SEMPLIFICARE PER MIGLIORARE LA PREVENZIONE

Considerazioni preliminari

Vorrei innanzi tutto sgombrare il campo da qualsiasi malinteso: l'ANMA concorda pienamente con chi sostiene che, in una materia così delicata come la salute e sicurezza sul lavoro, «semplificare» non può e non deve significare il venir meno al rispetto dei livelli inderogabili di tutela raggiunti attraverso il recepimento delle direttive comunitarie e finalizzati a garantire l'effettività dei diritti sanciti negli articoli 32 e 41 della Costituzione (1).

Tuttavia della necessità di una semplificazione burocratica anche in questa materia ne era già consapevole il legislatore della Legge n. 123/07 (2) che, infatti, aveva inserito la «semplificazione degli adempimenti meramente formali» tra i «principi e criteri direttivi generali» della norma (art. 1, comma 2, lettera d).

Alla luce delle esperienze applicative di questi anni dobbiamo ammettere che il D. Lgs. 81/08 (TU), generato da quella riforma, non ha centrato quell'obiettivo e riconoscere che le sue successive modificazioni ed integrazioni, ad opera del c.d. «decreto correttivo» 106/09 e dei vari decreti attuativi, hanno finito con appesantirne progressivamente la struttura rendendone sempre più difficile l'applicabilità da parte degli addetti ai lavori e la sostenibilità da parte delle imprese.

A fronte delle centinaia di articoli del TU (312 con il Titolo X-bis), l'analoga normativa francese ne conta 32, soltanto 26 quella tedesca, 30 e 54 rispettivamente la britannica e la spagnola, senza che queste impostazioni più «sostanziali» siano andate a scapito dell'efficacia e dell'efficienza dei sistemi preventivi di quei Paesi.

Alla base di queste differenze così eclatanti vi è evidentemente anche una diversa visione del rapporto tra lo Stato ed i cittadini.

Da una parte la tipica impostazione rigida e burocratica della normativa italiana che tutto vuole regolamentare anche al fine di creare le condizioni per un pesante impianto di sanzioni penali; dall'altra le normative europee, che fissano i principi e definiscono gli obiettivi generali, lasciando poi alla responsabilità ed alla professionalità degli attori l'applicazione delle norme tecniche e la definizione delle buone pratiche per la loro attuazione ed il loro raggiungimento, con molteplici riflessi positivi per il sistema: la facilitazione dell'applicabilità delle norme, la loro maggiore sostenibilità e l'aumento della consapevolezza e della responsabilizzazione degli attori.

Sento le comprensibili obiezioni: «ma negli altri Paesi c'è un'altra etica

delle responsabilità», «c'è un altro rispetto delle regole».

E' vero, ma compito della politica non è forse anche quello di creare le condizioni favorevoli ad un miglioramento dei comportamenti?

Ci chiediamo: possiamo escludere che non sia proprio quella rigida ed eccessiva regolamentazione a fornire gli alibi ai tanti comportamenti elusivi ed evasivi? Siamo proprio sicuri che una normativa meno incentrata sugli aspetti formali e più su quelli sostanziali non possa favorire la tanto auspicata crescita culturale sui temi della sicurezza?

Un'evoluzione della nostra normativa verso il modello europeo presupporrebbe un salto culturale da parte di tutti gli attori compreso il nostro legislatore.

In realtà, com'è noto, nel corso degli ultimi anni qualcosa ha cominciato a muoversi.

Infatti gli ultimi Governi, sollecitati dalle indicazioni europee e sensibili alle annose critiche provenienti dai vari portatori di interesse, anche se non hanno ancora inciso sul gap «culturale», almeno hanno iniziato ad affrontare il tema della semplificazione amministrativa.

Il primo atto di questo nuovo corso politico è stato il cosiddetto «pacchetto semplificazioni», un disegno di legge recante «Nuove disposizioni di semplificazione amministrativa a favore dei cittadini e delle imprese», presentato nell'ottobre del 2012, il cui Capo I° era dedicato proprio al tema della «Semplificazione di adempimenti formali in materia di sicurezza sul lavoro».

Il disegno di legge si inseriva in un'ampia cornice di analoghi provvedimenti giuridici ed orientamenti istituzionali:

- proseguiva l'opera intrapresa con il Decreto Legge 9 febbraio 2012, n. 5 (c.d. «Semplifica Italia»);
- risultava in sintonia con analoghe iniziative della UE per la semplificazione degli adempimenti burocratici e documentali in materia di salute e sicurezza sul lavoro: Small Business Act del 2008 ed analoga raccomandazione del 2011;
- era in accordo con il documento approvato dalle parti sociali l'11 febbraio 2009 presso il Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL) sulla «semplificazione degli adem-

pimenti dell'impresa relativi alle comunicazioni alla pubblica amministrazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro».

Come sappiamo l'iter del disegno di legge sul «pacchetto semplificazioni» s'impantanò nelle vicende che caratterizzarono in quei mesi la politica nazionale e, per le prime disposizioni legislative in tema di semplificazione, abbiamo dovuto attendere il cosiddetto «Decreto del Fare», Decreto Legge n. 69 del 21 giugno 2013, convertito dal Parlamento con la Legge n. 98 del 9 agosto 2013 con una serie di modifiche rispetto al testo originario da molti giudicate peggiorative.

Anche se ha deluso le aspettative di chi auspicava un maggiore coraggio e suscitato numerose critiche per il frequente rinvio ai decreti attuativi (3), peraltro ormai quasi tutti in fase di approvazione, il «Decreto del Fare» indubbiamente ha avuto il merito di rompere il ghiaccio.

Infatti l'attenzione della politica e delle Istituzioni al tema della «semplificazione» e «sburocratizzazione» resta alta e si parla di nuovi imminenti provvedimenti che riguarderebbero anche la nostra materia.

L'ANMA, fin dai tempi dei tavoli tecnici sul TU e sul «decreto correttivo» 106/09, man mano che pervenivano le bozze delle normative in discussione, aveva via via formalizzato, rimanendo inascoltata, una serie di proposte finalizzate a migliorare la sostenibilità e l'efficacia del sistema di prevenzione aziendale.

Ora che anche le Istituzioni hanno finalmente preso atto della situazione, riteniamo doveroso e necessario partecipare da protagonisti al dibattito in corso.

Infatti, considerato il nostro ruolo di «tecnici» che operano sul campo con un'esperienza diretta e continua di applicazione della normativa, riteniamo di avere tutti i numeri per dover essere ascoltati.

Semplificare – Sburocratizzare

Il documento «Proposte per una strategia nazionale per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali» approvato il 29 maggio 2013 dalla Commissione consultiva permanente ex art. 6 del TU, delinea la strategia nazionale dei prossimi anni per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Fra le azioni strategiche indicate dal documento vi è anche la «semplificazione del quadro regolatorio – alla imprescindibile condizione che essa non comporti abbassamenti dei livelli di tutela».

Quindi la sfida è complessa: coniugare la semplificazione con il mantenimento dei livelli di tutela, ma riuscendo anche a coniugare la sicurezza con la competitività delle imprese.

Ma allora cosa significa «semplificare» e «sburocratizzare» nella materia della salute e sicurezza sul lavoro?

Sicuramente eliminare gli adempimenti non funzionali al raggiungimento degli obiettivi di fattibilità, sostenibilità, efficacia ed efficienza delle azioni del sistema di prevenzione aziendale, ma significa anche facilitare l’applicabilità di quelli sostanziali fissandone i principi e gli obiettivi ed evitando rigide regolamentazioni.

Già le «Linee Guida per il Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro» presentate a Napoli il 26 e 27 gennaio 2007 in occasione della Seconda Conferenza nazionale sul tema «Salute e Sicurezza sul Lavoro», affrontando il tema della «semplificazione», specificavano che il suo scopo dovrebbe essere innanzi tutto quello di facilitare l’applicazione della normativa in quanto fattore a sua volta determinante per facilitare le imprese a fare quel tanto auspicato salto culturale per cui la tutela della salute e della sicurezza sul lavoro non è «un obbligo da adempiere», ma «un obiettivo della gestione dell’impresa e parte integrante di essa».

Questo auspicio implica un’attenzione particolare anche alla «sostenibilità» della norma attraverso l’eliminazione delle situazioni di eccessiva «burocratizzazione» e di «incertezza delle regole».

La Relazione della Commissione «Morti bianche» del Senato del 15 gennaio 2013 ben evidenzia questi aspetti nel seguente passaggio: «il problema della semplificazione non è solo di tipo normativo, ma anche – e talvolta soprattutto – di tipo amministrativo. Una delle conseguenze dell’insufficiente coordinamento tra i vari enti preposti alla tutela della salute e sicurezza sul lavoro...è proprio l’adozione di procedure ed interpretazioni spesso difformi...Questo fatto da un lato compromette l’efficienza e l’efficacia dell’attività di prevenzione e controllo, dall’altro crea gravi incertezze presso le imprese, determinando costi più

elevati ...ed alimentando sentimenti di diffidenza e di disaffezione nei confronti delle istituzioni».

Il superamento di queste criticità è fondamentale ed ormai inderogabile.

Pertanto sosteniamo l’iniziativa legislativa per il «ripensamento» della modifica dell’art. 117 della Costituzione operata dall’art. 3 della Legge 18 ottobre 2001 n. 3, avente la finalità di rivedere gli elenchi di potestà legislativa concorrente ed esclusiva spostando, fra le altre, le materie della «tutela e sicurezza sul lavoro» e della «tutela della salute» dall’elenco delle materie di potestà legislativa concorrente di Stato e Regioni all’elenco di quelle di potestà legislativa esclusiva dello Stato.

A tale proposito ricordiamo che la Commissione “Morti bianche” del Senato già nel gennaio 2009, a valle di un’indagine conoscitiva condotta in Germania, Francia e Regno Unito, tutti Paesi contraddistinti da un elevato grado di decentramento amministrativo in cui la materia della salute e sicurezza sul lavoro appartiene in via esclusiva allo Stato centrale, riteneva ormai maturi i tempi per una modifica legislativa dell’art. 117 che «non si porrebbe assolutamente in contrasto con i più recenti orientamenti di riforma dello Stato in senso federale, ma andrebbe anzi a rafforzare tali posizioni garantendo una uniformità di regolamentazione e tutela dei lavoratori su tutto il territorio nazionale».

Semplificare e sburocratizzare l’attività del medico competente

Anche nell’attività del medico competente (MC) il tema della «semplificazione degli adempimenti meramente formali» è in forte evidenza.

Infatti con il TU questi adempimenti sono aumentati e con essi i casi in cui si ha la necessità di «formalizzare» le attività effettuate per evitare di incorrere nei rischi di un pesante impianto sanzionatorio sostanzialmente incentrato proprio sugli aspetti formali.

Il «problema» non è il dover documentare, anzi una fase documentale ispirata da criteri di qualità è parte integrante di ogni attività professionale, ma la pervasività raggiunta da questi adempimenti anche nell’attività del MC, con la conseguente trasformazione della sua gestione, anche dal punto di vista

amministrativo e documentale, in una pleora di «formalità» che distolgono tempo e risorse dall’attuazione di quelli sostanziali.

Ci troviamo in una situazione schizofrenica: da un lato nel TU è evidente l’intento del legislatore di favorire l’integrazione del MC nel sistema di prevenzione aziendale, dall’altro lo schiaccia sotto un pesante fardello di formalità che ostacolano quell’integrazione anche perché risultano poco o nulla funzionali al raggiungimento degli obiettivi del sistema.

D’altra parte, di fronte a questa marea di formalità, vere e proprie «trappole» sanzionatorie, non possiamo che autodenunciarci, ammettendo che, nonostante l’impegno, qualcosa sempre sfuggirà al nostro controllo.

Tuttavia in tale contesto anche la sanzione perde il significato di valorizzazione giuridica di un divieto e di un’omissione per diventare un «obolo» che fatalmente si dovrà pagare perché tanto «qualcosa che non va» sarà sicuramente trovato.

Eppure il risultato delle innovazioni del ruolo e della figura del MC introdotte dal TU, doveva essere ben altro.

E’ stata più volte rimarcata l’estensione del suo ruolo dagli ambiti della prevenzione secondaria e terziaria verso il campo della prevenzione primaria, finalizzata all’attuazione delle attività preventive sostanziali e strategiche come la valutazione e la gestione dei rischi e la formazione.

E’ stata anche sottolineata l’attribuzione alla figura del MC di un’impronta sempre più sociale, di risorsa per il miglioramento complessivo della tutela e della promozione della salute del cittadino-lavoratore.

Vari obblighi del MC contribuiscono anche a concretizzare l’efficacia dei Sistemi di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro anche dal punto di vista dell’esimenda della responsabilità amministrativa dell’ente ai sensi del D. Lgs 231/01 (4):

- valutazione dei rischi e predisposizione delle conseguenti misure di tutela;
- gestione del primo soccorso;
- riunioni periodiche di sicurezza;
- sorveglianza sanitaria;
- informazione e formazione dei lavoratori.

Tutto questo risulta in sintonia con i «doveri ed i compiti degli operatori di medicina del lavoro» indicati nel Codice Etico dell’ICOH (artt. 1 «Obiettivi del ruolo di consulenza» e 2 «Conoscenza e competenza») i cui principi sono esplicitamente richiamati dall’art. 39, comma 1 del TU sullo svolgimento dell’attività di MC.

Pertanto dal contesto giuridico ed istituzionale emerge una figura di MC fortemente impegnata a dare il suo valore aggiunto non soltanto con l’attuazione della sorveglianza sanitaria, ma anche e soprattutto attraverso l’integrazione in una complessa rete di ruoli collaborativi, partecipativi e relazionali sostanziali e strategici per il successo del sistema di prevenzione aziendale.

Ma allora cosa significa «semplificare» e «sburocratizzare» l’attività del MC?

Innanzitutto ristabilire degli equilibri e delle priorità nei tempi e nei compiti con la finalità di spostare il baricentro della sua attività dagli adempimenti meramente formali a quelli sostanziali effettivamente funzionali alla tutela e promozione della salute.

Significa anche spostare l’attenzione dalla «carta», al lavoratore ed all’ambiente di lavoro per poter basare la propria attività sulle «evidenze» e, quindi, per essere messo nelle condizioni di poter essere «efficace» ed «efficiente», facendo le cose giuste, «appropriate», per raggiungere gli obiettivi con l’impiego delle minori risorse possibili.

Solo così il MC può contribuire alla creazione negli ambienti di lavoro di condizioni favorevoli alla reciproca promozione tra salute e lavoro e, quindi, favorevoli sia al mantenimento in attività di lavoratori «sani», sia a facilitare l’integrazione di quelli «fragili», aspetti che vanno assumendo sempre maggiore importanza alla luce dei rapidi cambiamenti in atto nella struttura demografica e negli assetti occupazionali della popolazione lavorativa italiana.

Proposte per la semplificazione dell’attività del medico competente

Prima di entrare nel merito di alcune proposte per la semplificazione dell’attività del MC, vorrei riprendere e riproporre il «modello di medico competente», o meglio di «sistema di prevenzione aziendale», presentato dall’ANMA nel 2007, in pieno

dibattito sul TU, in occasione del XX° Congresso nazionale (5):

“Il M.C. deve far parte di «team aziendali» che operano per la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori. Questi team devono comprendere competenze:

- in medicina ed igiene del lavoro (health);
- ingegneristiche, tecnico-impianistiche (safety);
- in organizzazione del lavoro ed ergonomia”.

“Siamo infatti convinti che la strategia del sistema aziendale per la prevenzione possa avere successo solo se fondata sul **lavoro di squadra**. L’efficacia e l’efficienza delle sue varie fasi...possono derivare soltanto da un **approccio interdisciplinare**”.

“Nel «team» il ruolo del M.C. deve essere quello dell’esperto in Medicina del Lavoro, ma deve anche:

- conoscere il contesto in cui opera: quindi conoscere come «funziona» un’impresa (struttura, organizzazione, relazioni);
- essere formato a **lavorare in squadra**;
- apprendere le tecniche di comunicazione e di formazione**”.

“Questo presuppone l’adeguamento dei Corsi di Specializzazione universitari che formano il “Medico Competente” attraverso la previsione di moduli formativi finalizzati alla conoscenza delle dinamiche aziendali, comprese quelle relazionali, e delle tecniche di comunicazione e formazione...”.

Questo modello, basato sul lavoro di squadra e fondato su un approccio interdisciplinare, non si è concretizzato nel TU.

Riteniamo che questo sia il principale motivo per cui nel nostro modello di approccio alla prevenzione spesso **manca o è carente quella logica di «sistema» che è invece strategica per il successo delle azioni preventive** come dimostrano le esperienze nord-europee.

Infatti, nonostante i vari ruoli collaborativi, partecipativi e relazionali richiamati dal TU, la realtà è che ancora oggi nella maggioranza dei casi il MC ha difficoltà ad integrarsi nel sistema, operando spesso scollegato dal Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP), venendo poco o per nulla coinvolto nei processi strategici

(valutazione dei rischi, formazione) e finendo con l’essere emarginato nel ruolo di mero esecutore della sorveglianza sanitaria (s.s.).

Non possiamo continuare a pensare che si possa scaricare tutto sulla buona volontà e la proattività del MC, o che ci si possa basare soltanto sulle pur autorevoli risposte della Commissione per gli Interpelli (6).

E’ l’impianto normativo che deve facilitare questa integrazione.

Pertanto riproponiamo all’attenzione delle Istituzioni questo «modello» **per una riflessione finalizzata ad una sua regolamentazione nella normativa specifica.**

Sostanzialmente proponiamo un modello di «sistema di prevenzione aziendale» **che integra in modo sistemico le attuali competenze del SPP e del MC e che attua «in squadra» i seguenti compiti:**

- **valutazione di rischi (risk assessment);**
- **gestione dei rischi (risk management);**
- **informazione e formazione dei lavoratori.**

Infatti riteniamo che soltanto così potranno essere superate le incoerenze ed i limiti dell’attuale impostazione, dando concreta attuazione al disegno del legislatore che ha individuato, fin dai tempi del «626», a supporto del datore di lavoro, **un «insieme» di competenze tecniche e sanitarie per la realizzazione di un approccio integrato, multidisciplinare, di tipo sistemico, «un’alleanza» per il raggiungimento degli obiettivi del sistema di prevenzione aziendale.**

Le semplificazioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro introdotte dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98 di conversione del cosiddetto «decreto del fare», riguardano specialmente i cantieri, la valutazione dei rischi (VR), le attrezzature e la formazione, mentre l’attività del MC non è stata oggetto di particolare attenzione.

Di seguito alcune proposte per una riflessione sul tema della semplificazione dell’attività del MC.

Le misure di semplificazione per le prestazioni lavorative di breve durata

Sono note le difficoltà gestionali implicate dalle disposizioni dell’art. 3 sul campo d’applicazione del TU con particolare riferimento alle tipologie contrattuali che comportano prestazioni lavorative di breve durata.

Già dai tempi della legge 196/97 (cosiddetto «pacchetto Treu») e, ancor di più, dopo l’emanazione

del D. Lgs. 276/03 (cosiddetta «legge Biagi»), gli addetti ai lavori hanno segnalato varie criticità: oltre ai problemi organizzativi, è stata rimarcata in più occasioni l’inutilità, ai fini dell’efficacia e dell’efficienza del sistema, della ripetizione in tempi brevi, per ragioni meramente formali, degli stessi adempimenti sanitari e formativi.

Dopo l’art. 1 del «pacchetto semplificazioni», «Misure di semplificazione per le prestazioni lavorative di breve durata», si aspettava sul tema un provvedimento risolutivo.

Invece la Legge 98 ha rimandato ancora tutto introducendo all’art. 3 del TU il comma 13-ter che, con apposito decreto interministeriale, prevede la definizione di «misure di semplificazione degli adempimenti relativi all’informazione, formazione, valutazione dei rischi e sorveglianza sanitaria per le imprese agricole, con particolare riferimento ai lavoratori a tempo determinato e stagionali, e per le imprese di piccole dimensioni». (7)

Suscita perplessità il fatto che l’interesse si sia concentrato soltanto sul settore agricolo e sulle imprese di piccole dimensioni (quale dimensione?). In una logica di semplificazione sarebbe auspicabile che la discriminante nella definizione delle misure sia la prestazione lavorativa di breve durata, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, dal settore e dalla dimensione dell’impresa.

Nei vari contratti che regolano prestazioni di questo tipo, stante lo stesso profilo di rischio professionale nel passaggio da una prestazione lavorativa all’altra, **l’approccio dovrebbe essere quello della regolamentazione della validità della visita medica per un certo arco temporale (uno o due anni) e della «trasmissibilità» del giudizio d’idoneità da un datore di lavoro all’altro.**

Ovviamente ciò presuppone che la copia della cartella sanitaria e di rischio accompagni il lavoratore nei suoi passaggi da una missione lavorativa all’altra.

La consegna della copia della cartella sanitaria e di rischio alla cessazione del rapporto di lavoro

Semplificare l’attività del MC significa anche «facilitarla» lasciando una maggiore flessibilità per l’attuazione degli adempimenti.

Da questo punto di vista è emblematico il caso dell’art. 25, comma 1, lettera e) del TU che regola la consegna da parte del MC al lavoratore, alla cessazione del suo rapporto di lavoro, della copia della cartella sanitaria e di rischio.

Comprensibile la *ratio* della disposizione che

permetterebbe la «razionalizzazione» della s.s., non solo nelle prestazioni lavorative di breve durata.

Il problema è come renderla effettiva.

Innanzitutto va rimarcato che nonostante l’art. 18, comma 1, lettera g-bis), nelle imprese è tuttora assai poco diffusa la prassi di comunicare al MC le cessazioni dei rapporti di lavoro che, infatti, sono generalmente «scoperte» in occasione della programmazione della sorveglianza sanitaria periodica.

In secondo luogo, se il significato della disposizione fosse quello della consegna della cartella al lavoratore da parte del MC in modo «personale» e «contestuale» alla cessazione del suo rapporto di lavoro, dobbiamo ammettere che nella stragrande maggioranza delle organizzazioni non sarebbe possibile ottemperarle: esclusi i sempre più rari casi in cui la presenza del MC nell’impresa è programmata, in tutti gli altri è impossibile essere così tempestivi.

D’altra parte, dal punto di vista dell’efficienza del sistema, sarebbe del tutto irragionevole che il MC si attivasse per fare, in definitiva, una fotocopia, con difficili aggiustamenti della sua agenda e con ulteriori oneri per il datore di lavoro.

Pertanto, considerata la molteplicità delle situazioni, la disposizione dovrebbe limitarsi a precisare il principio (la consegna al lavoratore della documentazione relativa alla sua sorveglianza sanitaria), lasciando al MC ed all’organizzazione la discrezionalità nella scelta della modalità con cui assolvere all’obbligo.

Per un elenco indicativo delle modalità che, nella logica del problem solving, sono adottate nelle varie organizzazioni, si rimanda al «Manuale operativo del medico competente», presentato in occasione del recente Congresso Nazionale dell’ANMA e di prossima pubblicazione.

La visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro

La visita è prevista per gli esposti ad agenti chimici nei casi di rischio chimico valutato «non irrilevante» per la salute (art. 229, comma 2, lettera c).

Le difficoltà per la programmazione ed attuazione di queste visite sono analoghe a quelle che s’incontrano per la consegna della cartella sanitaria alla cessazione del rapporto di lavoro.

Riteniamo lecito chiedersi quale valore aggiunto abbia questa visita per la tutela della salute dei lavoratori, a fronte di un monitoraggio sanitario che prevede un follow-up annuale (ma possibili

periodicità anche inferiori) e la facoltà da parte del lavoratore di richiedere al MC in qualsiasi momento una visita medica.

Inoltre, se come risulta dagli artt. 229 e 242, lo scopo della visita è sostanzialmente quello di fornire al lavoratore «indicazioni relative alle prescrizioni mediche da osservare» ed informazioni «riguardo all’opportunità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell’attività lavorativa», **è evidente che queste comunicazioni possono rientrare nell’ambito degli obblighi informativi che il MC ha nei confronti dei lavoratori già ai sensi dall’art. 25, commi 1, lettera g) (8)**, obblighi assolti durante le ripetute occasioni di incontro con il lavoratore nel corso della sua sorveglianza sanitaria periodica o su richiesta

Infine, ai sensi dell’art. 41, comma 6, le visite mediche di cui al comma 2 terminano con l’espressione di un giudizio sull’idoneità del lavoratore alla mansione specifica di cui non si comprende la *ratio* «alla cessazione del rapporto di lavoro».

Per l’insieme di questi motivi si ritiene la visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro di cui all’art. 41, comma 2, lettera e), ridondante e quindi abrogabile.

La visita medica precedente alla ripresa del lavoro dopo assenza di durata superiore ai sessanta giorni continuativi

Ratio comprensibile, ma problemi organizzativi dovuti alla combinazione di due fattori: l’art. 18, comma 1, lettera bb), per il quale il lavoratore non può riprendere il lavoro senza il «prescritto giudizio di idoneità» e la consuetudine di comunicare al MC la data della sua ripresa del lavoro a ridosso della stessa.

Su questa fattispecie di s.s. prevista dall’art. 41, comma 2, lettera e-ter, riteniamo condivisibili le considerazioni espresse dal Servizio di Medicina Preventiva dei Lavoratori dell’ASL di Treviso. (9) Poiché il comma 2 dell’art. 41 ricomprende varie tipologie di visite, «alcune sicuramente obbligatorie (preventiva, periodica, alla cessazione del rapporto di lavoro), altre su istanza (su richiesta del lavoratore, preventiva in fase preassuntiva), non appare immediatamente chiaro se il datore di lavoro debba attivare obbligatoriamente quella individuata alla lettera e-ter...o se, al contrario, possa farlo in via discrezionale qualora ritenga che il dipendente possa essere divenuto ipersuscettibile ai fattori di rischio

propri della mansione assegnata. Lo scrivente propende per questa seconda ipotesi... ».

A tale proposito si pensi ad esempio al caso dei lavoratori «video-terminalisti» e ci si chieda quali e quante siano le situazioni patologiche che possono configurare una condizione di ipersuscettibilità o addirittura d’inidoneità all’uso di un videoterminale.

Pertanto è lecito chiedersi se l’art. 41, comma 2, lettera e-ter non possa essere abrogato, facendo rientrare questa tipologia di visita medica nell’ambito della «visita richiesta» attraverso la modifica dell’art. 41, comma 2, lettera c): «visita medica su richiesta del lavoratore anche dopo assenza per motivi di salute, qualora sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute...».

Quindi sarà il lavoratore, qualora lo ritenga necessario, a richiedere la visita alla ripresa del lavoro dopo un’assenza per motivi di salute.

Anche perché, continua il Servizio dell’ASL di Treviso, «oggi è realisticamente difficile pensare alla presenza negli ambienti di lavoro di fattori di rischio in grado di causare danni alla salute per esposizioni della durata di pochi giorni, termine entro il quale deve essere comunque eseguita la visita richiesta».

La periodicità della visita medica

Art. 41, comma 2, lettera b): «...la periodicità di tali accertamenti, qualora non prevista dalla relativa normativa, viene stabilita, di norma, una volta all’anno...».

Per noi il significato della disposizione è chiaro: nello specificare che la periodicità viene stabilita, di norma, una volta all’anno, la norma **non fa riferimento ad altri criteri temporali e tantomeno all’intervallo di tempo che deve intercorrere tra una visita e la successiva, non escludendo quindi anche la possibilità di effettuarla entro il termine dell’anno solare.**

Considerata la «globalizzazione» delle aziende italiane che sono riuscite a restare sul mercato, comportante frequenti trasferte del personale e l’esigenza di far fronte tempestivamente alla variabile ed imprevedibile pianificazione delle produzioni, **questa flessibilità introduce un importante elemento di semplificazione nella programmazione della sorveglianza sanitaria.**

Tuttavia tuttora giungono frequenti segnalazioni di interpretazioni “rigide” della disposizione in base alle quali la visita medica periodica dovrebbe

essere effettuata quando è trascorso addirittura esattamente un anno dalla precedente (ammessa la tolleranza di qualche giorno solo quando la visita cade in un giorno festivo).

Il problema è che questa lettura talvolta contagia anche gli auditor degli enti di certificazione della OHSAS 18001.

Da una parte il MC deve comunque impegnarsi per cercare di far cadere la periodicità nello stesso periodo e deve registrare i motivi che determinano degli scostamenti significativi della programmazione; dall’altra è necessario evitare che una lettura «rigida», ma infondata, della disposizione crei delle incomprensioni e delle tensioni tra il MC e l’organizzazione (che è poi proprio quella che spesso chiede lo spostamento della programmazione delle visite).

La collaborazione del medico competente alla valutazione dei rischi

Il rafforzamento del ruolo collaborativo del MC nella VR è stato auspicato, perorato e motivato dall’ANMA fin dagli anni ’90 in numerosi documenti pubblici, quando tutti ancora ragionavano soltanto in termini di MC e sorveglianza sanitaria. Tuttavia l’inopinata e discutibile sanzione introdotta dal «decreto correttivo» 106/09 e la giurisprudenza da essa generata, hanno indubbiamente complicato il quadro soprattutto perché **il legislatore non ha fatto corrispondere a quel rafforzamento la precisazione dei «confini» della collaborazione e delle «modalità» con le quali il MC deve attestare questo compito e, quindi, ritenere assolto il relativo obbligo sanzionato.**

La riflessione su queste criticità iniziata dall’ANMA fin dal 2010, ha portato all’elaborazione e pubblicazione di documenti contenenti una serie di considerazioni ed indicazioni proprio per la definizione dei «confini» di questo ruolo collaborativo e delle «modalità» per attestarli. (10) **Ora è necessario che l’art. 25, laddove dispone la collaborazione del MC alla VR, precisi questi “confini” per evitare interpretazioni estensive od addirittura arbitrarie della norma.**

Ma c’è un altro aspetto molto delicato su cui è necessario un intervento: **tuttora permane nella normativa una forte ambiguità sul ruolo collaborativo del MC nella VR.**

Infatti dalla lettura combinata delle disposizioni dell’art. 2, comma 1, lettera h), dell’art. 18, comma 1, lettera a) e dell’art. 29, comma 1, emerge che

la nomina del MC è finalizzata alla effettuazione della sola s.s., mentre la sua collaborazione alla VR è condizionata al verificarsi dei «casi di cui all’art. 41».

Quindi la collaborazione del MC alla VR risulta di fatto ancora limitata «ai casi in cui sia obbligatoria la sorveglianza sanitaria» com’era nell’abrogato art. 4, comma 6 del 626, con **un’evidente mancanza di coordinamento** con l’art. 25, comma 1 che la dispone proprio «anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria», ma con **un’incoerenza ancora più grave** con il modello di approccio integrato, multidisciplinare auspicato dal TU.

Anche queste ambiguità contribuiscono a complicare l’integrazione del MC nel sistema. Pertanto:

- dalla definizione dell’art. 2, comma 1, lettera h) e dalla disposizione dell’art. 18, comma 1 lettera a), deve risultare chiaramente che **il MC viene nominato per l’effettuazione di tutti i compiti previsti a suo carico dal TU e non soltanto per quella della s.s.;**
- l’art. 29, comma 1 va riscritto: «**il datore di lavoro effettua la valutazione ed elabora il documento di cui all’articolo 17, comma 1, lettera a), in collaborazione con il responsabile del servizio di prevenzione e protezione e il medico competente**», in modo da consentire al MC di collaborare alla VR fin dalle sue fasi iniziali (12) e non soltanto quando qualcun altro ha individuato i «casi di cui all’articolo 41».

I rapporti del medico competente con il servizio sanitario nazionale

Com’è noto l’ANMA sull’art. 40 e sull’allegato 3B non ha mai assunto posizioni pregiudiziali o di chiusura.

Fin dai tempi della discussione del TU, ha chiarito che considera il MC una «risorsa» per l’ottimizzazione sui versanti pubblico e privato delle risorse e della catena di azioni volte a realizzare la tutela e la promozione della salute del cittadino-lavoratore.

Ha partecipato a tutti i tavoli istituzionali che si sono succeduti in questi anni con una posizione sempre costruttiva e propositiva, anche se non condiscendente, nonostante spesso si sia trovata di fronte a degli schemi precostituiti.

Tuttavia alla luce dell’esperienza e degli eventi che si

sono succeduti in questi anni e negli ultimi mesi, ci siamo convinti che l’allegato 3B nell’attuale struttura sia soltanto **un ulteriore, inutile appesantimento** di un’attività già fortemente burocrattizzata come quella del MC, **un ulteriore ingiustificabile onere** amministrativo ed economico per le aziende ed uno strumento di controllo dell’attività del MC **inconcepibile in uno Stato di diritto**.

Pertanto se nei prossimi tavoli non saranno affrontati i veri nodi e cioè: **non saranno dichiarati e condivisi scopi ed obiettivi della trasmissione dei dati**, premesse indispensabili sia per **fuggere qualsiasi dubbio sulla sua finalità**, sia per **definire la struttura ed i contenuti** dell’allegato, se non sarà **dichiarato e condiviso tutto il processo che si sviluppa attorno alla piattaforma** (a chi vanno i dati, chi li legge, chi li tratta, con quali modalità e finalità), **l’abrogazione dell’art. 40 resta per l’ANMA un’opzione aperta**.

Infatti, come già più volte ricordato, l’abrogazione non è un’ipotesi remota dal punto di vista giuridico visto che già in due occasioni il legislatore si è espresso in tal senso: nella bozza del marzo 2009 dello schema del «decreto correttivo» del D. Lgs. 81/08 ed in quella del disegno di legge sul «pacchetto semplificazioni» che era girata su vari tavoli nel settembre 2012.

Anzi, per non condizionare la fase consultiva in atto (11), probabilmente sarebbe molto più corretto dal punto di vista metodologico fare tabula rasa, abrogando l’art. 40 e l’allegato 3B per poterli ripensare liberi da modelli e schemi precostituiti.

La cartella sanitaria e di rischio

Emblematico è il risultato delle risposte alla domanda dell’indagine sulla figura del MC commissionata nel 2012 dall’ANMA al CERGAS dell’Università Bocconi sull’entità del «peso degli adempimenti burocratici sul tempo della visita medica»: quasi il 40% degli intervistati ha risposto che quel peso supera il 50%.

E’ evidente che si tratta di una situazione insostenibile: durante la visita medica gran parte del tempo che il MC dovrebbe dedicare al lavoratore, è espropriato dal «peso degli adempimenti burocratici» ed in particolare dall’attenzione da prestare, per non incorrere in una sanzione, alla pedissequa compilazione dell’allegato 3A.

Ma a chi deve servire la cartella sanitaria e di rischio?

Deve essere uno strumento di lavoro per il MC, oppure, come sta accadendo, una «miniera» di occasioni per irrogare sanzioni su aspetti formali e marginali che poco hanno a che fare con la tutela della salute dei lavoratori?

Ovviamente per un medico non è facile digerire un modello imposto di cartella sanitaria, anche se dobbiamo riconoscere che quanto è avvenuto è anche la conseguenza del fatto che non sempre i modelli utilizzati soddisfacevano i requisiti di una cartella che non deve essere sia «sanitaria» che «di rischio».

I contenuti della cartella sanitaria e di rischio che stiamo attualmente utilizzando sono quelli specificati nell’allegato I° del DM 9 luglio 2012 che ha modificato, migliorandoli, i requisiti dell’Allegato 3A del TU, anche se restano numerose le ridondanze che ne appesantiscono la compilazione.

Poiché anche l’Allegato 3A è oggetto della fase consultiva in atto con le Istituzioni, questa potrebbe essere l’occasione per fare la scelta che doveva essere fatta sin dall’inizio e cioè affidare alle associazioni scientifiche e professionali l’elaborazione di un modello da proporre ai MC come «buona prassi» (un modello unico, modulabile anche per le RI ed i cancerogeni).

Le sanzioni per il medico competente: artt. 58, 220, 264, 284: il medico competente è punito...

In tale contesto ritengo interessanti le seguenti considerazioni sulle differenze «culturali» tra i sistemi di prevenzione nord-europei ed il nostro: *“...il sistema di prevenzione nord-europeo...è un sistema orizzontale, democratico e partecipativo nel quale il rappresentante dei lavoratori (RLS) e quello del datore di lavoro (RSPP) parlano lo stesso linguaggio e condividono l’esigenza di ottenere il miglior livello di prevenzione con il minor costo...Lo Stato, la magistratura, i carabinieri non hanno alcun ruolo in un processo sociale regolamentato da pochissime leggi di carattere generale...La nostra mentalità e la struttura sociale piramidale, gerarchizzata e immobile ci hanno indotto a credere che sarebbe stato facile imporre la prevenzione mediante il diritto penale. In realtà, tutto quello che possiamo imporre per legge è l’adesione formale ad alcune ritualità, ma non il cambiamento di mentalità...Il diritto penale è fra tutte le forme di diritto, quella più primitiva, ...la mosaica «legge del taglione»...Altre forme di diritto (civile,*

amministrativo, ambientale), sono state elaborate da civiltà sempre più evolute, per il preciso scopo di regolamentare comportamenti sociali complessi, come appunto quelli collegati alla prevenzione dei rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori. Solo l’Italia, tra i Paesi del mondo, prevede di stimolare la prevenzione con la legge del taglione...”. (12)

Alcune considerazioni sull’argomento sanzioni, solo apparentemente lontano dal tema delle semplificazioni ed ora, se possibile, ancora più scottante dopo la loro rivalutazione del 9,6% ai sensi dell’art. 9, comma 2 del decreto legge n. 76/2013:

- se si escludono alcuni casi (art. 55, c. 1 e 5c), d), f), non esistono sostanziali differenze nell’entità delle ammende e delle sanzioni amministrative pecuniarie tra datore di lavoro e MC: è irragionevole, considerata la loro diversa posizione giuridica ed economica;
- considerata la valenza delle disposizioni, risultano eccessive le sanzioni amministrative pecuniarie previste per la violazione dell’art. 41, c. 3, 5 e 6-bis;
- la sanzione prevista per la violazione dell’art. 40, c. 1, anche se ridimensionata del D. Lgs. 106/09, resta spropositata e comunque incomprensibile alla luce delle dichiarate finalità epidemiologiche della disposizione;
- la sanzione prevista per la violazione dell’art. 25, c. 1a) con riferimento alla collaborazione alla valutazione dei rischi, dovrebbe essere sospesa fintanto che non verranno specificati nella disposizione i «confini» della collaborazione.

Noi non vogliamo sfuggire alle nostre responsabilità, ma auspichiamo che, sulla base delle precedenti considerazioni, venga avviata una riflessione per un profondo ripensamento dell’impianto sanzionatorio che ci riguarda.

Qualche solerte giurista ci ha ricordato che l’importanza di una «figura», di un «ruolo» è anche attestata dal numero e dal peso delle sanzioni previste a suo carico.

Continuando sul filo di questo ragionamento, allora noi dovremmo essere orgogliosi di essere secondi soltanto ai datori di lavoro....

Peraltro non ci chiediamo neanche più perché a carico del RSPP non siano previste sanzioni, in quanto, alla luce della giurisprudenza che ha riguardato e riguarda questa figura, dovremmo

riconoscere che sarebbe una domanda non corretta politicamente.

Quello che invece ci stiamo chiedendo è se qualcuno, in questo «new deal» italiano, si sia cominciato ad interrogare sull’efficacia di un sistema di governo giuridico della nostra materia basato esclusivamente sul diritto penale.

«Semplificare», «sburocrattare» significa anche imboccare il percorso per un cambiamento della visione del rapporto tra lo Stato ed i suoi cittadini e questo dovrebbe implicare anche una riflessione sul tema «dei delitti e delle pene».

BIBLIOGRAFIA

- (1): art. 32: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo...; art. 41: L’iniziativa economica privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l’utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana...
 (2): legge di delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in tema di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro
 (3): da cui anche l’appellativo di «decreto del faremo». Alcuni giuristi hanno anche richiamato l’attenzione sul fatto che un Decreto Legge dovrebbe essere operativo e non programmatico rinviando a dei provvedimenti da attuare;
 (4): si veda l’articolo 30, comma 1 del D. Lgs. 81/08 e s.m.i.
 (5): “Il modello ANMA di Medico Competente” - XX° Congresso Nazionale dell’ANMA, Viareggio, 14 – 16 giugno 2007
 (6): Interpello n. 5/2014: risposta al quesito della FNOMCEO sulla corretta interpretazione dell’articolo 25, comma 1, lettera a) del D. Lgs. 81/08 – Prot. 37/0006232/MA007.A001, Roma 27/03/2014
 (7): in realtà il legislatore si è già interessato del settore agricolo attraverso il decreto interministeriale del 27 marzo 2013 sulla semplificazione in materia di informazione, formazione e sorveglianza sanitaria dei lavoratori stagionali.
 (8): il medico competente «fornisce informazioni ai lavoratori sul significato della sorveglianza sanitaria...e, nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell’attività che comporta l’esposizione...»
 (9): prot. n. 0117677, 20/10/2010. Si tratta della richiesta di un parere su questa tipologia di visite mediche da parte del Dirigente Responsabile del Servizio alla Direzione Regionale per la Prevenzione anche a nome del coordinamento dei medici competenti delle Aziende Sanitarie Ospedaliere Pubbliche regionali
 (10): D. Ditaranto “I confini della collaborazione del medico competente alla valutazione dei rischi” – Piano formativo ECM 2012
 (11): ai sensi dell’art. 4 del DM 9 luglio 2012 come modificato dall’art. 1 del DM 6 agosto 2013
 (12): dalla lettera alla redazione de La Medicina del Lavoro «Il vestito nuovo dell’imperatore» di Nicola Magnavita (Med Lav 2014; 105, 1: 74-77)



MATERIALE DI LAVORO

Rino Donghi,
Consigliere nazionale ANMA,
Coordinatore medici del lavoro
H San Raffaele Resnati,
Milano

RISCHI EMERGENTI:

L'ESPOSIZIONE LAVORATIVA A FUMI ESAUSTI DI MOTORI DIESEL E LA TUTELA DEL LAVORATORE

Nel giugno 2012 la IARC, a conclusione di una ricerca partita nel 1988 da studi su minatori, ha classificato i fumi esausti di motore a gasolio come cancerogeni certi (gruppo 1).

La ricerca è stata oggetto della monografia 105 della IARC nella quale la cancerogenicità risulta accertata per quanto riguarda il tumore del polmone (*lung cancer*). Mentre viene sottolineata l'associazione anche con il tumore della vescica urinaria.

La stessa Monografia ha affrontato anche il problema della cancerogenicità delle emissioni determinate dai motori a benzina, concludendo che non c'è una adeguata evidenza scientifica di un loro effetto cancerogeno.

Quali sono i dati di letteratura che hanno portato a questa valutazione? Il maggior peso è stato attribuito alle coorti che riportavano dati di esposizione (durata, esposizione media, esposizione cumulativa) e che fornivano la possibilità di correggere per altri fattori di rischio (potenziali confondenti), come il fumo di sigaretta. Studi di coorte effettuati tramite record-linkage ad archivi esistenti (fondi assicurativi o pensionistici, registri tumori) sono stati considerati come evidenze di supporto alla valutazione, possedendo classificazioni dell'esposizione meno precise e dettagliate.

Gli studi caso controllo sono stati valutati ed inclusi quando:

- Possedevano precise valutazioni dell'esposizione.
- Le mansioni descritte erano ricollegabili ad una esposizione a fumi di scarico di motori diesel, o a benzina o a entrambi.

Non sono invece stati considerati, per quanto riguarda il tumore del polmone, tutti quegli studi in cui la classificazione risultava "vaga", ossia l'indicazione di un settore produttivo di esposizione non era specificamente descritta come esponente a fumi di scarico di motori. Gli studi meta-analitici hanno evidenziato un consistente aumento del rischio per tumore del polmone e per tumore della vescica, ma non per quello del pancreas.

Nella monografia è presente anche una ampia sezione di valutazione delle esposizioni e una altrettanto ampia di report sugli studi di cancerogenesi sperimentale animale.

Quanto riportato nella Monografia 105 può quindi essere considerato uno strumento di valutazione statisticamente solido. In particolare, l'azione cancerogena sul polmone appare ben documentata dalle osservazioni epidemiologiche su coorti occupazionali di diversi settori

produttivi.

Nella monografia sono riportati i dati relativi agli studi su coorti delle seguenti popolazioni lavorative:

- Conducenti di bus e mezzi pesanti
- Lavoratori del settore ferroviario
- Lavoratori delle autorimesse (Garage workers)

e studi caso-controllo per il:

- Tumore del Polmone
- Tumore della Vescica

Gli studi nei confronti dei conducenti di autobus posseggono alcuni limiti, come ad esempio una non sempre valida valutazione del fumo di sigaretta e talvolta dell'esposizione. Nonostante ciò, nella maggior parte degli studi si osserva un effetto di incremento del rischio (o dell'incidenza) di tumore del polmone intorno al 20-40%.

Un analogo aumento è stato osservato anche per il tumore della vescica, che sembrerebbe essere in qualche modo più intenso di quello del tumore del polmone.

Nell'unico studio disponibile che presenti risultati disaggregati per sesso, le donne hanno un incremento dell'incidenza circa una volta e mezza superiore rispetto a quello dei colleghi uomini.

Anche gli studi nei confronti dei conducenti di mezzi pesanti presentano il limite di una non sempre valida valutazione del fumo di sigaretta e talvolta dell'esposizione. Nonostante ciò nella maggior parte degli studi si osserva un effetto di incremento del rischio (o dell'incidenza) di tumore del polmone intorno al 40-60%.

Studi più recenti tendono ad osservare rischi minori: questo potrebbe riflettere differenti esposizioni nel tempo oppure essere dovuti al più breve periodo di osservazione (coorte "giovani") e/o ad un effetto lavoratore sano.

Il tumore della vescica non sembra avere rischi aumentati per questa categoria professionale

Per il settore ferroviario la maggior parte degli studi mostra un incremento del rischio (o dell'incidenza) di tumore del polmone intorno al 40-60%, simile a quella dei conducenti di mezzi pesanti ma occasionalmente più elevata.

Alcuni studi non trovano associazione tra esposizione a fumi esausti di motori diesel e rischio di cancro del polmone o della vescica, ma soffrono dell'assenza di una precisa ricostruzione della carriera lavorativa.

Il tumore della vescica non sembra avere rischi aumentati per questa categoria professionale, come osservato per i conducenti di mezzi pesanti.

Per la categoria dei Bus Garage workers risulta riportato un solo studio di coorte, condotto da Gustavsson et al. nel 1990 tra gli addetti ai garage degli autobus di Stoccolma (Svezia). I risultati non risultano corretti per fumo di sigaretta, ma per pregressa esposizione ad amianto. La mortalità è risultata aumentata (SMR 1.22) in modo non staticamente significativo, mentre la categoria con il massimo indice di esposizione ha un OR pari a 2.63 (0.74-9.42) volte maggiore rispetto alla categoria minima di esposizione.

Studi Caso-Controllo

Anch'essi presentano il limite di una non sempre valida valutazione del fumo di sigaretta e talvolta dell'esposizione, ma nella maggior parte degli studi si osserva un effetto di incremento del rischio relativo (OR) di tumore del polmone intorno al 40-60%, con alcuni studi che mostrano effetti di maggiore ampiezza.

I motori a gasolio sono grandemente diffusi e largamente utilizzati sia per motivi professionali che non e, dai dati sopra riportati, possono quindi costituire un rischio sia per la salute del lavoratore, che per la salute pubblica.

l'impiego di motori a gasolio, per motivi professionali, non riguarda solamente il settore dei trasporti (stradale e non), ma diversi settori industriali: le costruzioni, le estrazioni minerarie, i lavori stradali, etc.

L'alimentazione diesel per i mezzi pesanti è comparsa sul mercato nel 1950 e tra il 1960 e 1970 è diventata predominante. In numerosi paesi le autovetture sono quasi esclusivamente motorizzate diesel.

Includendo anche gli autocarri, i motocarri, gli autobus e le motrici, il numero del parco circolante motorizzato in Italia oltrepassa i 44 milioni di veicoli. Secondo l'Agenzia Europea per l'Ambiente il 69% del carburante consumato sulle strade in Europa nel 2012 è diesel.

Si stima che in Europa i lavoratori esposti a fumi esausti di motori diesel siano circa 3 milioni.

I motori a gasolio hanno vissuto una notevolissima evoluzione tecnica, stimolata dalle richieste del mondo del lavoro e sociale, con conseguenti grandissimi cambiamenti per quanto riguarda le caratteristiche delle loro emissioni e delle normative che le hanno regolamentate nel corso degli anni.

Quali lavoratori pertanto sono da considerare esposti? Come valutare l'esposizione? Esistono dei valori limite professionali di riferimento?

L’esposizione del passato era analoga a quella attuale? Come contribuire alla riduzione dell’esposizione? Esistono degli obblighi per il medico competente? Una possibile classificazione delle esposizioni è la seguente che considera i mezzi di lavoro in:

VEICOLI ON-ROAD (STRADALI) con le seguenti categorie di lavoratori addetti: meccanici, garagisti, agenti di polizia locale, casellanti autostradali, conducenti (autobus, autocarri, taxi, autoveicoli, etc.)

VEICOLI OFF-ROAD (FUORI STRADA)

VEICOLI PER ATTIVITÀ ESTRATTIVA

VEICOLI PER AGRICOLTURA

VEICOLI PER COSTRUZIONI (superficie e sotterranei)

LAVORAZIONI VARIE cui fanno riferimento gli addetti a veicoli ferroviari, addetti al carico e scarico navi e aerei, macchinisti di navi, addetti alla movimentazione con carrelli elevatori/gru, addetti ai generatori FEM.

Nella determinazione dell’esposizione è necessario considerare almeno i seguenti fattori:

- lo stato di manutenzione del motore;
- la qualità del carburante impiegato; il numero degli scarichi;
- le dimensioni del motore e il regime di funzionamento (portata);
- il punto di emissione (a terra o in elevazione, all’esterno di un luogo confinato tramite aspiratori, ventilatori e condotti di espulsione/ adduzione, con o senza sistemi di abbattimento);
- il grado di confinamento dell’area di lavoro;
- i sistemi di ricambio dell’aria (naturale o forzato).

Dal punto di vista tossicologico, le emissioni diesel sono caratterizzate da una fase gassosa (Monossido di carbonio, NO_x), da composti volatili (benzene) e da composti organici semi-volatili (Idrocarburi Policiclici Aromatici (IPA), Nitro-IPA, Nitrosamine). Le emissioni di particolato (Carbonio elementare (EC) Carbonio Organico (OC), Cenere, Solfati, Nitrati, Metalli, IPA, Nitro-IPA) hanno dimensioni inferiori ad 1µm nella quasi totalità dei casi (92%).

È possibile misurare l’esposizione utilizzando varie metodiche più o meno sofisticate: misurazione degli Addotti al DNA e proteine, Addotti al DNA, Addotto idrossietilvalina /emoglobina (HEV), Addotti all’emoglobina/nitro IPA, determinazione dei Metaboliti Urinari per 1-Idrossipirene, 1-Nitropirene.

In letteratura sono reperibili Circa 300 lavori di valutazione dell’esposizione, nel 28% dei casi includono misurazioni (oltre 5000) effettuate dopo il 2000, nel 53% negli anni ‘90 (circa 3000 misurazioni), nel 12% negli anni ‘80 (circa 1500 misurazioni), nel 7% negli anni ‘70 (circa 400 misurazioni).

Delle circa 10000 misurazioni totali il 32% riguardano esposizioni da veicoli on-road, nel 68% rappresentano esposizioni nella industria estrattiva (30%), ferroviaria (15%) e da altri veicoli off-road (22%).

Le indagini hanno riguardato la misura del Carbonio Elementare (35%), PM (42%), CO (6%), NO (3%), NO₂ (14%).

Nel corso degli anni sono state pubblicati alcuni valori limite di esposizione. Negli USA non ci sono limiti che abbiano valore legale. L’ACGIH propose alcuni valori 1995-1996 e nel 2003. nel 2006 il Mine Safety and Health Administration (MSHA) ne ha proposto di nuovi. In Germania, come in Svizzera sono presenti limiti di esposizione per ciascuna sostanza o elemento componente le emissioni dei fumi esausti di motori diesel.

A due anni dalla pubblicazione della monografia 105 della IARC, a pochissimo tempo dalle prime richieste di riconoscimento della eziologia professionale della patologia e del conseguente indennizzo per i danni subiti, avanzate dai primi lavoratori e patronati, è opportuno evidenziare gli elementi e gli strumenti per inquadrare il problema derivante dalla esposizione professionale a fumi esausti di motori a gasolio.

Quale il metodo che può aiutare il medico competente nella sua gestione? Il medico del lavoro ha nel proprio bagaglio culturale tutti gli elementi per potersi porre come riferimento scientificamente e tecnicamente autorevole: nella valutazione dei rischi possiede la professionalità per:

1. Rivalutare i rischi chimici per la salute e la sicurezza (D.Lgs. n. 81/2008, Titolo IX, Capi I e II)
2. Identificare quali-quantitativamente le sorgenti
3. Correlare mansioni ed esposizioni
4. Monitorare gli agenti misurabili
5. Verificare l’adeguatezza delle precauzioni adottate, tecniche procedurali organizzative
6. Formare gli addetti con attenzione agli aspetti sostanziali della salute e della sicurezza
7. Programmare l’ulteriore miglioramento
8. Monitorare i risultati raggiunti

9. Aggiornare periodicamente le valutazioni e i programmi secondo l’evoluzione della tecnica e delle conoscenze.

Quali sono gli obblighi già ora riconducibili alla figura del medico competente? Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali li ha evidenziati nel decreto 11 dicembre 2009 “Aggiornamento dell’elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell’articolo 139 del testo unico approvato, con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche e integrazioni”, quando ha inserito i Gas di combustione dei motori diesel nella lista II Gruppo 6 – tumori professionali, come agenti per la possibile insorgenza di tumori del polmone e tumori della vescica.

In alcune realtà maggiormente sensibilizzate al problema sono state condotte, in tempi recenti, alcune esperienze relative all’inquadramento del rischio o alla gestione dei singoli casi verificatisi.

In un grande comune lombardo, il possibile rischio derivante dalla esposizione a fumi esausti di motore a gasolio è stato gestito nell’ambito più ampio del problema della esposizione all’inquinamento urbano come possibile fonte di aggravamento del rischio salute per alcune categorie di propri lavoratori.

In questa ottica, il tema è stato trattato nel documento di valutazione dei rischi aziendale, accompagnato dalla registrazione di una serie di dati relativi alla esposizione in alcune condizioni operative.

L’analisi di questi dati ha suggerito l’adozione di provvedimenti nei confronti della organizzazione del lavoro con una variazione del tempo di lavoro all’aperto e del numero delle pause e dei tempi di recupero.

In una grande azienda per la raccolta rifiuti urbani la prevenzione del rischio si è concentrata sull’obiettivo della riduzione delle emissioni alla fonte, considerata la necessità, non alienabile per i propri addetti, di operare in prossimità delle emissioni degli automezzi di lavoro. Le strategie aziendali hanno portato alla sostituzione programmata dei mezzi in uso con altri classificati come eco sostenibili alimentati da un carburante alternativo a gpl.

Una grande azienda commerciale, caratterizzata da un elevato numero fra i propri lavoratori di “mobile workers” sparsi sull’intero territorio nazionale

(pertanto con condizioni espositive molto diverse), ha elaborato un policy di eco sostenibilità, che ha portato alla scelta dei modelli di autoveicoli maggiormente ecosostenibili, metodiche di controllo e di efficienza dei veicoli in termini di sicurezza, ma anche di sostenibilità ambientale attraverso il rigoroso rispetto dei programmi di manutenzione programmata, completata da informazioni e formazione a comportamenti sicuri e rispettosi dell’ambiente: (le dieci regole d’oro della eco guida e del rispetto delle norme comportamentali su strada).

Una grande azienda di trasporto urbano ha invece intrapreso un percorso mirato alla valutazione del rischio, intendendo con essa la ricerca delle modalità di lavoro e delle caratteristiche tecniche dei propri mezzi contestualizzati nel periodo storico ed ambientale nel quale sono stati utilizzati, con la ricostruzione dell’andamento della possibile esposizione nel tempo e l’acquisizione delle informazioni relative al periodo odierno mediante la misurazione dei parametri noti.

Nonostante queste prime esperienze anche molto diverse fra loro, quali sono gli aspetti che rimangono aperti?

Sono numerosi e complessi, anche per l’influenza di più fattori nel determinismo del problema: tecnici, ambientali, di modalità di impiego, di condizioni di impiego.

Vi sono aspetti tecnici legati alla differenza fra le misurazioni effettuate in condizioni sperimentali di laboratorio ed in condizioni d’uso effettivo, aspetti derivanti dal grande sviluppo della tecnologia ed alle conseguenti differenti esposizioni nelle differenti epoche.

Vi sono aspetti legati alle diverse modalità di lavoro anche per analoghe tipologie di lavoro, esistenti in realtà diverse per dimensioni, area geografica di appartenenza, mezzi utilizzati periodi storici.

Non va dimenticata la difficoltà di determinare il ruolo concausale svolto anche da altri fattori professionali legati ad altre esposizioni laddove non vi sia stata un’unica tipologia di esperienza lavorativa. Ugualmente rilevante è l’apporto derivante dalle differenze fra genere, età, abitudini di vita, fattori concausali personali e socio culturali. Come per quasi tutte le patologie tumorali, debbono essere considerati i problemi legati ai tempi di latenza che sono molto lunghi e non si esauriscono completamente nell’arco temporale della vita lavorativa.

Alcune proposte operative:

Il medico competente è chiamato, anche in questo caso, a contribuire alla valutazione del rischio inteso come risultato della componente proveniente dall’ambito professionale distinta da quella ambientale.

È tuttavia opportuno valutare il peso svolto dalla componente ambientale, nei casi in cui essa vada a costituire un elemento caratterizzante la modalità di lavoro imposta dal particolare compito considerato (ad esempio per i soggetti operanti abitualmente all’aperto ma in ambienti ugualmente confinati).

Ove possibile dovranno essere caratterizzati i ruoli delle diverse fonti di inquinamento: auto, riscaldamento, fonti naturali, grandi impianti, etc. Da ciò deriva la decisione circa le modalità di gestione dell’argomento da parte del medico competente che consente di rispondere alle seguenti domande:

- debbo gestire (anche) io il problema?
- sono in grado di gestirlo ed attraverso quali modalità, compresa quella della sorveglianza sanitaria?

In quest’ultimo caso, nella predisposizione dei piani di sorveglianza sanitaria della popolazione lavorativa, debbo adottare per i soggetti esposti, indicatori di esposizione e/o di effetto e valutare, in senso professionale, i segni ed i sintomi per gli organi critici?

Nella valutazione del caso singolo, è necessario che il medico competente tenga conto degli aspetti tecnico sanitari, prognostici riabilitativi, medico legali.

Nella espressione della idoneità alla mansione specifica è opportuno considerare: le condizioni predisponenti, favorevoli l’insorgenza delle patologie

considerate, la presenza di patologie a carico degli organi critici e della stessa patologia già presente per gli organi critici considerati.

Il passaggio dalla valutazione del rischio alla sorveglianza sanitaria è opportuno che preveda in prima istanza:

- la ricostruzione della attività lavorativa svolta e delle sue modalità,
- la contestualizzazione storica della esposizione,
- l’anamnesi mirata alla identificazione dei fattori favorevoli, confondenti o protettivi: familiare, voluttuaria, personale patologica),
- il ricorso alle strutture specialistiche di medicina del lavoro di secondo e terzo livello per un corretto inquadramento clinico diagnostico per i casi sospetti,
- l’utilizzo del follow-up periodico per i soggetti a rischio,
- la registrazione degli eventi sentinella.

Sin da ora appare opportuno che il medico competente diffonda l’informazione, all’interno della realtà in cui opera, almeno al SPP ed al suo responsabile ed al datore di lavoro, verificando almeno i seguenti aspetti:

- l’azienda è al corrente del problema?
- l’azienda ha scelto se affrontarlo oppure no?
- l’azienda dispone degli elementi per operare la scelta giusta considerate le proprie peculiarità?

Sin da ora appare necessario:

- non ignorare il problema
- guardare ad esso con attenzione e sensibilità
- cogliere l’evoluzione del sapere sull’argomento
- essere disponibili ai provvedimenti che le conoscenze più avanzate e consolidate suggeriscono come opportune o necessarie

METODI DI MISURA DELL’ESPOSIZIONE

CO e CO₂ : NDIR – Detector Infrarosso

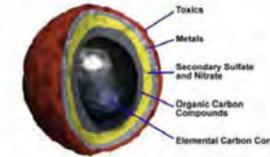
NO_x (NO+NO₂): CLD – Detector a Chemiluminiscenza

HC (idrocarburi incombusti) : FID – Detector a Ionizzazione di Fiamma

PM: Determinazione gravimetrica



EC (Carbonio Elementare): Analisi termo-ottica



LIVELLI DI ESPOSIZIONE (analisi della letteratura)

	EC			NO	NO ₂	CO
	Range µg/m ³	Media µg/m ³	Max	Range ppm	Range ppm	Range ppm
Autisti di mezzi pesanti	1-22	2		0.2-0.3	0.03-0.04	0.03-0.04
Meccanici riparatori di mezzi pesanti	4-39	29		0.3-1.0	0.2-1.1	1.7-24
Vigili del fuoco			40			
Veicoli on-road (polizia municipale, addetti alle autorimesse)			<10			
Attività estrattive (perforazione)	148-637			<1-15		
Attività estrattive (manutenzione)	53-144	141				
Attività estrattive (lavori di superficie)	3.5-23	8		0.07-0.3	0-0.04	
Equipaggi di mezzi ferroviari	4-20	8		0.2-1.1	0.03-0.3	
Manutentori di mezzi ferroviari	5-39	24				

Substances in Diesel Exhaust Listed by the California Air Resources Board as Toxic Air Contaminants

acetaldehyde	cobalt compounds	nickel
acrolein	cresol isomers	4-nitrophenyl
aniline	cyanide compounds	phenol
antimony compounds	dibutylphthalate	phosphorus
arsenic	dioxins and dibenzofurans	POM, including PAHs and their derivatives
benzene	ethyl benzene	propionaldehyde
beryllium compounds	formaldehyde	selenium compounds
biphenyl	hexane	styrene
bis[2-ethylhexyl]phthalate	lead (inorganic)	toluene
1,3-butadiene	manganese compounds	xylene isomers, mixtures
cadmium	mercury compounds	o-xylenes
chlorine	methanol	m-xylenes
chlorobenzene	methyl ethyl ketone	p-xylenes
chromium compounds	naphthalene	

	EC			NO	NO ₂	CO
	Range µg/m ³	Media µg/m ³	Max	Range ppm	Range ppm	Range ppm
Addetti alle costruzioni (tunnel)	100-300	215		0-2.6	0.22-0.88	
Addetti alle costruzioni (superficie)		13		0-0.2	0.02-0.32	
Carico/Scarico delle navi	4-122	43				
Carico/Scarico degli aerei		10		0.1	0.1	



Paolo Santucci,
Consigliere nazionale
ANMA
Emilio Pavione, RSPP
Costa Crociere spa
Danilo Bontadi,
Consigliere nazionale
ANMA

IDONEITÀ DEL VIDEOTERMINALISTA CON PRESCRIZIONE USO 'MINI-MOUSE': PRIMA ESPERIENZA SUL CAMPO

Introduzione

Il 'mouse', così denominato per la forma simile ad un topolino con la coda, è un dispositivo in grado di inviare un input all'indicatore dello schermo di un computer detto puntatore. Brevettato nel 1967 da Douglas Engelbart è stato prodotto in innumerevoli modelli, ma nel corso degli ultimi anni sono stati introdotti 'mouse' di diverse forme e dimensioni.

Il modello di gran lunga più diffuso negli uffici, e che possiamo definire 'tradizionale', è generalmente di colore nero, di tipo 'ottico' e caratterizzato mediamente dalle seguenti dimensioni: cm. 12 x 6 x 3,5.



Esempio di mouse tradizionale -fig.1

Gli autori hanno osservato nella pratica quotidiana che l'utilizzo di un mouse di analoga forma e caratteristiche, ma più piccolo (cm 8,7 x 5,4 x 3,3), di solito fornito a corredo di pc portatili, per semplicità d'ora in poi 'mini-mouse', portava beneficio ad alcuni operatori, soprattutto se affetti da disturbi o disfunzioni del distretto polso-mano. In pratica le dimensioni del minimouse evidenziano in meno qualche millimetro in altezza, circa mezzo centimetro in larghezza e soprattutto 3 cm almeno in lunghezza.



Un mouse tradizionale e un 'mini mouse' a confronto -Fig.2

Peraltro alcune case costruttrici, come Microsoft per esempio, hanno affrontato questo tema condividendo l'impostazione di base: "scegliere un mouse che possa essere tenuto comodamente sotto la mano in posizione rilassata: la parte finale della mano deve appena toccare il mouse, mentre il punto d'incontro tra mano e polso deve poggiare sul piano di lavoro".

Non sono note però in letteratura scientifica pubblicazioni dedicate. Si è perciò deciso di prescrivere l'utilizzo di 'mini-mouse' in casi selezionati, che manifestavano fastidio/dolore alla superficie dorsale delle mani o presenza di cisti e/o infiammazione dei tendini estensori della mano dominante, utilizzata per governare il mouse, tali da determinare un disagio significativo all'operatore. L'attività si è sviluppata nell'ambito della sorveglianza sanitaria finalizzata alla formulazione del giudizio di idoneità a videoterminista (art.176, comma 1, D.Lgs.81/08 e s.m.i.), con successivo monitoraggio della riduzione del dolore/disagio percepito.

La popolazione osservata non è vastissima, tuttavia lo scopo principale dell'iniziativa era di attenuare il disagio o la disfunzione nell'utilizzo del mouse, più che formulare diagnosi di certezza, ma anche di cercare i primi riscontri all'impiego di mouse dalle dimensioni ridotte rispetto al modello tradizionale.

La postura

I tendini sono circondati da guaine che contengono un liquido lubrificante detto liquido sinoviale che può rivelarsi insufficiente a compensare l'eccessivo scorrimento richiesto dalla contrazione e rilassamento dei muscoli. La conseguenza è una frizione fra i tendini e la guaina, con possibili fenomeni infiammatori fino alla eventuale formazione di cisti e/o alla cronicizzazione.

La posizione anatomica della mano 'a riposo' permette di osservare le dita atteggiate in semiflessione. Questa postura, che si può definire 'neutra', sembra poter accogliere un mouse dalle dimensioni ridotte nella classica posizione di utilizzo ad avambraccio appoggiato sul piano di lavoro. Un modello dalle dimensioni 'eccedenti' richiede invece una maggiore apertura della mano con attivazione dei muscoli e tendini, soprattutto estensori delle dita, tensione delle strutture cutanee e della muscolatura in corrispondenza dell'articolazione radiocarpica, che tende ad estendersi.

Tuttavia, non tutti i 'raggi' della mano sono

coinvolti nella stessa misura. Per esempio, il pollice concorre maggiormente alla 'presa' del mouse ed agli spostamenti sul piano orizzontale, tramite piccoli muscoli, tra cui l'abduktore lungo, mentre l'indice è impegnato in una attività ripetitiva di digitazione e di scorrimento della 'rotella' attraverso il 2° raggio del m. estensore delle dita.

Materiali e metodi

L'osservazione ha riguardato complessivamente n°789 Office Worker (450 femmine, 339 maschi) e n° 201 Teleseller (173 femmine e 28 maschi), per un totale di n°990 operatori, tutti lavoratori 'videoterministi' ai sensi di art.173, comma 1 lettera c, D.Lgs. 81/08 e s.m.i., visitati almeno una volta nell'arco degli ultimi 5 anni.

In particolare l'Office Worker svolge la propria attività quasi esclusivamente in ufficio con postazione individuale dotata di videoterminale. L'orario di lavoro è generalmente di 8 ore con pausa pranzo di un'ora. L'attività consiste, al di là delle peculiarità del dipartimento di appartenenza, nell'inserimento e controllo di dati, compilazione di report, invio e ricezione di e-mail. In alcuni dipartimento è previsto l'uso contemporaneo del telefono per contatti con clienti. Non sono previste contrattualmente pause di lavoro per l'uso del videoterminale, perciò ogni lavoratore può organizzare in autonomia il lavoro inserendo le interruzioni di Legge (15 minuti ogni 2 ore) in base alla consultazione e/o stampa di documenti, all'interazione di persona e/o telefonica con colleghi e clienti esterni.

Il Teleseller svolge la propria attività esclusivamente in ufficio con postazione individuale dotata di videoterminale. E' in costante contatto telefonico con clienti esterni e interni con controllo e inserimento dati ed invio/ricezione e mail. Tutti gli operatori hanno in dotazione cuffia auricolare per rispondere al telefono con uso contemporaneo di tastiera e mouse. L'orario di lavoro può variare con turni di 4, 6, 8 ore secondo il contratto di lavoro. Per la particolare tipologia di lavoro che non consente interruzione dall'uso del videoterminale, sono previste pause contrattuali obbligatorie di 15 minuti ogni due ore con distacco dalla postazione in area relax e una pausa pranzo di almeno un'ora a circa metà turno per i turni che superano le 6 ore. Per la valutazione di questa mansione è stato preso in considerazione il turno di 8 ore a titolo cautelativo. Nell'ambito della sorveglianza sanitaria sono stati selezionati, secondo un criterio anamnestico-

clinico, i casi che evidenziavano segni e sintomi significativi (presenza di cisti, dolore o disfunzioni) a livello della superficie dorsale del distretto mano-polso dell'arto dominante, quasi sempre strutture mio-tendinee, eccetto il caso di una cicatrice chirurgica cheloidea in esiti di sinoviectomia. Nei casi (n°3 su 10) con ridotta o dubbia obiettività, si è resa necessaria l'effettuazione di un esame ecografico dei tessuti molli del distretto mano-polso (ved. tabella).

Per eseguire una misurazione attendibile del disturbo/dolore, e soprattutto del sollievo conseguente al passaggio al 'mini-mouse', è stata utilizzata una scala unidimensionale VRS (Scala

verbale). La scala verbale propone una asta di 10 cm in cui la scelta viene facilitata dalla presenza di aggettivi che quantificano il dolore. Risultati soddisfacenti si ottengono generalmente quando vi sono almeno sei livelli di intensità.

Tale scala di valutazione è stata somministrata a n° 10 casi selezionati (n°0 maschi, n°10 femmine), pari a 1,01 % della popolazione osservata, suddivisi in n°9 Office worker, di cui 2 ex tele seller, e n°1 Teleseller. L'età dei dieci lavoratori è compresa fra i 28 a 53 anni, l'anzianità lavorativa superiore a 5 anni. Non si è proceduto ad una analisi statistica per la ridotta numerosità della popolazione esaminata.

Domanda formulata : Quanto è il suo dolore che sta provando in questo momento ?

Nessuno - Molto lieve - Lieve - Moderato - Forte - Molto forte

La risposta fotografa la situazione al momento della prescrizione e successivamente a distanza di alcune settimane di utilizzo del 'mini-mouse'.

Di seguito la tabella che riassume i risultati.

Sesso	Iniziali Età	Mansione	Disturbo-diagnosi	Eventuali prescrizioni oltre a 'mini-mouse'	Misurazione dolore alla visita	Misurazione dolore dopo impiego mini-mouse	Note
F	AA 30	OW	Tendinite est. carpo, (eco neg.)	TPPM	moderato	Lieve	
F	APC 39	OW- Ex TS	Tend. est. carpo e 1° dito, (eco pos.) lipom. 3° dist. avamb. F.M.	TPPM	moderato	Lieve	
F	BF 30	OW	Cisti tendinea dorsale, tendinite estens. e abd. 1° dito	TPPM-TPPT	Forte	Molto lieve	Evidenz. sollievo da TPPM già in uso
F	BS 33	OW	Tendinite estensore del carpo	-	moderato	Lieve	
F	CC 28	TS	Cisti tendinea abduttore I. 1° dito	-	Nessuno	Sollievo	impaccio in cisti tendinea
F	FA 53	OW	Cisti tendinea abduttore I. 1° dito	TPPM- TPPT	Lieve	Nessuno	Evidenziato sollievo da assoc. TPPM
F	LL 33	OW	Tendinite abduttore I. 1° dito (eco pos.)	TPPM	Forte	Nessuno	Evidenziato sollievo da assoc. TPPM
F	LA 30	OW-Ex TS	Tenosinovite cronica estens. operata chir. dors. Cheloide	TPPM	Moderato	Molto lieve	Evidenziato sollievo da assoc. TPPM
F	MAM 40	OW	Tendinite estensore del carpo e 2° dito	TPPM	Moderato	Molto lieve	
F	PM 40	OW	Tendinite abd. 1° dito	TPPM	Lieve	Molto lieve	

Legenda: *TPPM = Tappetino poggia polso per mouse, **TPPT = Tappetino poggia polso per tastiera. OW Office worker, TS Teleseller.

Risultati e considerazioni

Dall'esame del campione selezionato (ved. tabella) si evidenziano schematicamente n°5 tendiniti estensore del carpo, n° 1 tendinite estensore 2° dito, n°3 cisti tendinea, n°6 tendinite primo dito (iniziale o lieve M. De Quervain) e n°1 cicatrice chirurgica cheloidea (sinoviectomia in forma idiopatica) in 10 soggetti.

Suddividendo i casi selezionati nelle due mansioni, si tratta tra le femmine di n° 3, fra 'addette tele seller' ed 'ex tele seller', su 173 (prevalenza 1,734 %) e n° 7 casi di office worker su 450 (1,556 %). Per i maschi n°0 casi in entrambe le popolazioni, n°339 office worker e n°28 teleseller (0 %).

Va precisato che sono stati conteggiati fra i teleseller anche office worker che hanno recentemente cambiato mansioni, a causa di menomazioni extraprofessionali a carico del distretto polso-mano, poiché sono stati esposti per la maggior parte del tempo ai rischi della mansione 'tele seller'.

La modesta preferenza di casi verso l'attività di tele seller si può giustificare con la presenza di un rischio leggermente maggiore, correlabile anche ad una minore autonomia nella gestione delle pause previste di Legge.

A questo proposito va ricordato che i valori misurati, nell'ambito della valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore (1), evidenziavano per l'arto dominante, che utilizza in larga misura il mouse, valori in fascia verde per Office Worker e Teleseller, rispettivamente valori di

MANSIONE	ARTO SUPERIORE DOMINANTE	ARTO SUPERIORE NON DOMINANTE
Office Worker	6,125	2,85
Teleseller	7	4

Punteggio Check list OCRA

6,125 e 7 alla Check list OCRA (2).

Perciò si può affermare che i casi selezionati rappresentano alterazioni individuali sub-cliniche, che hanno trovato l'occasione di slatentizzarsi per la necessità di utilizzare uno strumento, probabilmente non ideale dal punto di vista ergonomico, favorite in alcuni casi da patologie coesistenti (esiti sinoviectomia e fibromialgia per esempio) e comunque a fronte di un rischio, poco significativo ma presente, di sovraccarico biomeccanico.

Peraltro, tra i casi selezionati, non ci sono state segnalazioni da parte di sanitari terzi di malattie presenti nell'Elenco 'per le quali è obbligatoria la denuncia', ai sensi e per effetto dell'articolo 139 del T.U. approvato con DPR n°1124 del 30 giugno 1965 e s.m.i. (3).

Per alcuni aspetti può essere utile prendere a riferimento un importante studio di Meroni et al. del 2010 (4) dedicato alle patologie lavoro-correlate nei videoterminalisti, dove si osserva una prevalenza di patologie tendinee al distretto polso-mano (tendiniti + cisti + Sindrome di De Quervain) fra i maschi dello 0,267 % (3 casi su 1125) e fra le femmine dello 0,557 % (5 casi su 897): complessivamente, maschi + femmine, 8 casi su 2022 = 0,396 %.

Tenuto conto che nella presente indagine, finalizzata ad esigenze più pratiche/funzionali che diagnostiche, è stato utilizzato sostanzialmente un criterio clinico-anamnestico (alcuni casi non hanno, ed altri probabilmente non avrebbero, ricevuto una conferma strumentale), i n°9 casi complessivi di 'tendinopatia clinica' in 990 lavoratori (0,909 %), appaiono tutto sommato 'in linea' con il numero di quadri clinici, naturalmente inferiore, che ha ricevuto anche una 'conferma strumentale' nell'indagine di Meroni et Al. (n°8 su 2022). Va infatti ricordato che nella presente osservazione in n°3 ecografie effettuate, su n°9 casi di tendinopatia, soltanto n°2 hanno trovato una conferma strumentale.

Per completezza si ricorda che nella indagine di Meroni et Al. la comparazione statistica fra i casi di patologie correlabili all'attività al videoterminale e le stesse patologie presenti in una popolazione 'non esposta' al rischio, non ha evidenziate differenze significative.

Tornando alla presente indagine, l'assenza di casi nella popolazione maschile, seppure meno numerosa di quella femminile (circa un terzo del totale), produce almeno due considerazioni:

- I disturbi derivanti da alterazioni muscolo-tendinee della mano, correlabili a sovraccarico biomeccanico, si confermano nettamente prevalenti nel sesso femminile (più del doppio i casi patologici nella pubblicazione di Meroni et Al.) o comunque, se presenti, oligo/asintomatici nel sesso maschile
- Il sesso maschile sembra confermare caratteristiche antropometriche vantaggiose, per esempio la mano di dimensioni mediamente maggiori rispetto a quello femminile, in relazione all'uso del mouse tradizionale, che perciò non beneficiano dall'uso di un modello di dimensioni ridotte.

Passando ad una analisi più qualitativa, nella maggior parte dei casi si è assistito al passaggio da un dolore 'moderato' ad un livello 'lieve' o 'molto lieve', producendo la sensazione che si tratti

sostanzialmente di un importante fastidio, che si attenua sensibilmente, ma spesso non si risolve del tutto.

In uno dei casi selezionati, peraltro l'operatrice più giovane, poiché evidenziava un semplice fastidio in presenza di piccola cisti tendinea al 1° dito, si è assistito ad un significativo sollievo dopo l'utilizzo del mini-mouse.

Da segnalare il ruolo favorevole svolto, in appoggio al 'mini-mouse', dal tappetino poggia polsi, (utilizzato in n°8 casi su n°10, ma introdotto insieme al mini-mouse soltanto in n°3 casi) che, rialzando il 'terzo distale' dell'avambraccio, agisce soprattutto sull'annullamento della estensione del carpo, mettendo sostanzialmente 'a riposo' la omologa struttura muscolo-tendinea.

In tabella si osserva come le operatrici che riferiscono il massimo beneficio (n°1 passaggio da dolore 'forte' a 'nessuno' e n°1 da 'forte' a 'molto lieve') siano due dei soggetti che hanno sottolineato il ruolo decisivo del tappetino poggia polsi, presidio che meriterebbe un approfondimento dedicato.

Tuttavia il miglioramento sensibile di casi anche piuttosto diversi (tendinite abducente del 1° dito, cisti tendinee, estensore comune dita e 2° dito) non permette per adesso di individuare un possibile approccio mirato in base al tipo di disturbo o alla disfunzione correlata.

Perciò è soltanto possibile ipotizzare, da parte del 'mini-mouse', un meccanismo di riduzione della tensione delle strutture dorsali, quasi sempre i tendini, che concorrono alla mobilitazione del mouse sul piano di lavoro e, in parte, alla digitazione dei tasti ed allo scorrimento della 'rotellina'.

A proposito della digitazione dei tasti del mouse, si precisa che nel caso di coinvolgimento dell'estensore del 2° dito, è stato raccomandato con successo, almeno per il periodo di maggiore acuzie, l'impostazione del mouse 'da mancino' (se l'utilizzatore era destrimane), tramite il software in dotazione, in modo da consentire l'utilizzo del dito medio per la digitazione ed il mantenimento a riposo del dito indice.

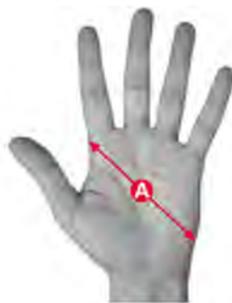
In un caso di persistenti algie al 1° dito è stato invece raccomandato l'aumento di sensibilità del mouse, tramite il software, al fine di ridurre il raggio

d'azione del mouse e perciò l'attività dell'abducente lungo del pollice con sollievo per il medesimo tendine.

A margine dell'indagine, si osserva come altre lavoratrici 'non selezionate', in assenza di disturbi correlati, abbiano riferito un maggior confort alla mano dopo utilizzo occasionale di mouse di ridotte dimensioni, per la disponibilità di 'mini-mouse' di collega assente, oppure di analogo modello acquistato personalmente per impiego domestico.

Il riscontro di benefici soggettivi, anche tra operatrici 'sane e asintomatiche', permette di ipotizzare un possibile vantaggio ergonomico nell'utilizzo di mouse di ridotte dimensioni, verosimilmente più adeguato alla conformazione della mano femminile.

Ulteriori conferme in tal senso potrebbero suggerire la distribuzione in azienda di modelli di mouse, previo verifica della taglia della mano (molto piccola, piccola, media, grande e molto grande), nella stessa maniera in cui si procede prima di consegnare guanti protettivi (DPI), senza produrre alcuna spesa aggiuntiva.



Attenzione: per una corretta misurazione prendere un metro da sarta o un metro flessibile e misurare dalla base dell'indice seguendo le indicazioni della freccia. Vi ricordiamo che le misure sono indicative.

TAGLIA	A
XS	7
S	8
M	9
L	10
XL	11
XXL	12

Le misure sono espresse in cm.

Conclusioni

Gli autori hanno monitorato l'attenuazione del disagio, e perciò il relativo beneficio, a favore di lavoratrici affette da dolori/disfunzioni nel distretto mano-polso dorsale, attraverso l'impiego di mouse dalle dimensioni ridotte, 'mini-mouse', rispetto al modello tradizionale precedentemente usato, in associazione al tappetino poggia-polsi nella maggior parte dei casi.

L'osservazione di n°990 lavoratori video terminalisti ha permesso di registrare un primo riscontro, empirico, ma molto favorevole, in n°10 casi su 10, quasi tutte tendinopatie dell'apparato estensore.

Perciò, indagini più ampie e approfondite sono molto auspicabili, al fine di giustificare adeguatamente la prescrizione di un 'mini-mouse',

affinare la scelta del dispositivo in base alla problematica esistente e valutare anche il ruolo svolto dal tappetino poggia-polso, quando associato.

La prima impressione è che l'adozione del mini-mouse, soprattutto in associazione con il tappetino poggia-polso, possa ridurre la tensione del comparto dorsale della mano, portando beneficio alle lavoratrici, affette soprattutto da tendiniti e cisti tendinee.

Inoltre la percezione degli autori che si debba arrivare più in generale a modelli di mouse personalizzati per forma e dimensione, quale misura preventiva generale in base alla tipologia di lavoro ed alle caratteristiche antropometriche, necessita di una conferma epidemiologica anche in questo ambito.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

- 1) Pavione E., Santucci P., La valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori nell'uso della tastiera, del mouse e del PDA-phone: una esperienza in una azienda multinazionale, Medico competente Journal n°4/2012.
- 2) Colombini D., Occhipinti E., Grieco A.: La valutazione e la gestione del rischio da movimentazione e sforzi ripetuti agli arti superiori, Milano, F. Angeli editore, 2000.
- 3) Decreto 10 giugno 2014, Aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del testo unico approvato, con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche e integrazioni, Lista I- Malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità, Gruppo 2 – malattie da agenti fisici, Agente: microtraumi e posture incongrue a carico degli arti superiori per attività eseguite con ritmi continui e ripetitivi per almeno metà del tempo del turno lavorativo.
- 4) Meroni M., Battevi N., Vitelli N., Ricci M.G., Petri A., Menoni O., Colombini D., Indagine epidemiologica sulle patologie e sui disturbi muscolo-scheletrici degli arti superiori in un gruppo di 2022 videoterminalisti, La Medicina del Lavoro, Volume 101, n° 4, luglio-agosto 2010.



A cura di Piero Patanè
Consigliere nazionale

Le risposte ai quesiti di interesse generale
tratte da www.anma.it

ANMA RISPONDE

QUESTIONARIO AMBIENTI CONFINATI

Dove posso trovare la versione italiana del questionario MM040/IAQ per gli ambienti confinati/interni? Cordiali Saluti

Ti diamo alcuni elementi per orientarsi nell'applicazione del questionario:
http://www.anma.it/rassegna_biblio/sorveglianza-sanitaria-lavoratori-ambienti-confinati-versione-italiana-questionario-mm040iaq/ Vol. 104, N° 3, Maggio – Giugno 2013
<http://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCYQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile>

Per la formulazione della versione italiana, bisogna rivolgersi al suo estensore prof. Nicola Magnavita.

IDONEITA' AL TURNO DI LAVORO NOTTURNO DI UN NEUROLOGO AFFETTO DA S. APNEE NOTTURNE

Caso clinico: Medico Neurologo ospedaliero si presenta a visita medica periodica di idoneità ai rischi della mansione ossia rischio biologico non deliberato e lavoro notturno (circa 4 turni notte/mese). Patologie : psoriasi ed ipertrofia prostatica in stabilizzato buon compenso. Dal Maggio 2014 diagnosi di OSAS ossia S. delle apnee notturne trattata con uso di maschera C-Pap con buon risultato. Non ipersonnia, non deficit mnescici e/o cognitivi. Giudizio di idoneità espresso: IDONEO. Ricorre al giudizio di idoneità in quanto ritiene che la patologia di Sindrome delle apnee notturne sia incompatibile con il turno di lavoro notturno (frequenza del turno di lavoro notturno: al massimo un turno di 12 ore alla settimana). Ho espresso il giudizio di idoneità al turno di lavoro notturno in quanto ritengo che un soggetto affetto da OSAS (S.Apnee notturne) dopo avere effettuato il turno di lavoro notturno può tranquillamente andare a riposare la mattina ed usare la maschera C-Pap durante il sonno diurno, senza alcun problema per la sua salute. Chiedo un Vostro, certamente più qualificato, parere. Cordialmente ringrazio. F. Adamo (socio ANMA- Campania).

Si concorda, anche per un altro motivo: il turno di notte con questa cadenza non rappresenta un rischio a meno che il lavoratore sia considerato ipersuscettibile rispetto agli effetti anche di pochi turni; ma si può affermare che un turno di notte peggiora la qualità del sonno del lavoratore anche in considerazione dell'uso di maschera C-Pap? Difficile da sostenere. Sarebbe interessante conoscere il parere dei colleghi del Servizio di Vigilanza e con quale motivazione. Saluti

INVIO CREDITI ECM 2011-13

Buonasera, vorrei sapere se per inviare al Ministero della Salute i crediti ECM conseguiti nel triennio 2011-13 posso stampare la pagina del sito Cogeaps che li contiene o se invece devo trascriverli e mandarli in autocertificazione. Grazie per l'attenzione, cordialità dott.sa Giovanna De Francesco

Ti rimandiamo alla news pubblicata il 10 febbraio per una risposta più ampia.
<http://www.anma.it/news-anma/adempimenti-per-il-medico-competente-a-conclusione-del-ciclo-triennale-di-aggiornamento-ecm-20112013/Riportiamo>



l'estratto della nota del Ministero della Salute riguardante l'invio: può bastare una autocertificazione "La trasmissione della certificazione o dell'autocertificazione attestante l'avvenuto conseguimento dei 150 crediti previsti deve avvenire, preferibilmente attraverso posta elettronica certificata, utilizzando l'indirizzo PEC dgprev@postacert.sanita.it." Cogliamo l'occasione per rammentare a tutti alcune indicazioni contenute nella news : (...) E' quindi indispensabile che ognuno di noi verifichi la "propria contabilità" interrogando i siti di Age.na.s (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali) (www.agenas.it) e di Co.Ge.A.P.S.(Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie) (www.cogeaps.it), previa iscrizione nell'apposita area ("registrazione professionisti sanitari – "myecm" di Age.na.s; "accesso anagrafe crediti ecm" di Co.Ge.A.P.S.). Il sito di Age.na.s fornisce l'elenco dei crediti acquisiti nel triennio 2011-2013. Quello di Co.Ge.A.P.S. fornisce invece l'elenco complessivo dei crediti maturati nel triennio 2008-2010 e 2011-2013, erogati sia da provider regionali che da quelli nazionali. E' bene tenere presente che il provider ha tempo 60 giorni dalla conclusione di un evento per riportare i crediti attribuiti ai partecipanti dell'evento in questione. E' pertanto possibile che crediti di eventi conclusi negli ultimi mesi dell'anno non siano stati ancora riportati e quindi non risultano conteggiati nel rendiconto personale. E' bene dunque verificare la propria rendicontazione dopo il 31 marzo.

DATA CERTIFICATI DI IDONEITÀ

Buongiorno, volevo sapere se è corretto indicare in calce ai certificati di idoneità alla mansione solo il mese e l'anno di esecuzione della visita, per fare in modo che ci sia elasticità sia da parte dell'azienda sia del dipendente per poter effettuare il controllo periodico. Chiedo questo poichè un funzionario dell'ispettorato del lavoro ha preteso che apponesse la data, comprensiva del giorno, sui certificati di un'azienda, con lo scopo preciso, di controllare, in seguito, che la periodicità venga rispettata anche per il giorno. Francamente la cosa mi sembra assurda, così non si migliora la sicurezza, anzi si fa del terrorismo psicologico nei confronti delle aziende che, nonostante tutto, cercano di essere in regola. Gradirei avere una risposta, per sapere il vostro punto di vista. Grazie

Il nostro punto di vista concorda con le tue considerazioni. Anche su questo ANMA sta lavorando sul manuale del MC da proporre alle istituzioni e agli stessi MC. Tra l'altro, l'articolo 41, c2b parla di periodicità stabilita di norma una volta all'anno senza alcuna ulteriore precisazione temporale compresa quella dell'arco temporale che deve intercorrere tra una visita e la successiva. E' buona norma, precisare con la data di visita anche la periodicità (per esempio annuale) anche la data di scadenza degli accertamenti; ma l'interpretazione dell'ispettore è assolutamente fuorviante. L'impressione è che certi organi di controllo ... ma ultimamente anche enti certificatori, facciano la gara a chi la spari più grossa o la metta giù più dura, incurante del significato di un

atto quale il giudizio di idoneità che è una certificazione non una abilitazione. Temiamo che stante l'attuale quadro normativo, per i 'diversamente ragionevoli' si aprano delle praterie su cui scorrazzare. Buon lavoro

PARERE RIGUARDO A GIUDIZIO DI IDONEITÀ ESPOSIZIONE R.I.
Buongiorno possono ritenersi come fattori determinanti il giudizio di idoneità per l'esposizione professionale a radiazioni ionizzanti (lavoratore esposto in categoria a) l'aver famigliari di primo grado che sono stati affetti da tumore alla tiroide? grazie

Caro collega, siamo 'poveri' MC e gli esposti in categoria A sono di pertinenza dei Medici Autorizzati, molto più titolati di noi sulle problematiche da R.I. Comunque 'si parva licet': NO. Lo si tiene presente nella sorveglianza.

VISITA DI IDONEITÀ DOPO ASSENZA PER MALATTIA

Salve vi pongo il mio quesito, dopo quasi un anno di malattia x due interventi al polso ho finito il periodo di comporto e nei tempi previsti ho richiesto l'aspettativa non retribuita come da contratto gomma plastica. Il datore me l'ha rifiutata e mi ha invece concesso le ferie al termine delle quali dovrò fare la visita di idoneità x rientro al lavoro. Purtroppo però il mio polso non ha ripreso la normale funzionalità e io so già che così non potrò riprendere il mio lavoro che consiste nel movimentare pesi dai 2 ai 16 kg. Cosa devo fare? grazie

Salve. Stante il fatto che il suo DL non intende concedere aspettativa, la sua situazione si configura come un rientro del lavoratore dopo lunga assenza per patologia (e che quindi deve essere suffragato da certificazione medica) e che necessita del giudizio di idoneità del MC. Questo vuol dire che il collega che la visiterà, prendendo atto dei disturbi ancora presenti, esprimerà il giudizio di idoneità eventualmente con le limitazioni che riterrà opportune. Se la sua situazione è molto critica potrà anche formulare il giudizio di non idoneità a quella mansione. Questo vuol dire che potrebbero esserci le condizioni per un cambio mansione. Solo nel caso che l'azienda non avesse alternative potrebbe scattare la giusta causa di licenziamento e che comunque dovrebbe seguire un iter di legge e quindi non arbitrario. Le rammentiamo anche che avverso il giudizio del MC potrebbe fare ricorso nei termini di legge. Per quanto riguarda la sua asserita impossibilità temporanea di tornare al lavoro, a qualsiasi lavoro inerente il suo profilo professionale, potrebbe percorrere la richiesta di inabilità temporanea facendosi assistere da un patronato.

COPERTURA ASSICURATIVA INCLUSA NELLA QUOTA DI ISCRIZIONE

Gradirei sapere se nella quota annuale che pago

regolarmente da tanti anni, 100 euro è l'importo, è ancora compresa la copertura assicurativa per la responsabilità professionale con la Zurigo Assicurazioni. Se non lo fosse con questa compagnia prego comunicarmi gli estremi della Compagnia e della relativa copertura. Ringraziando. Distinti saluti. Dr. Fabio Gherarducci

Nella quota di iscrizione c'è un polizza sul concorso spese legali per eventi connessi all'attività del medico competente. Per la Responsabilità professionale abbiamo aperto una convenzione che potrai trovare sul sito... ehm... abbiamo mandato vari avvisi... vedi: <http://www.anma.it/convenzioni-riservate-ai-soci-anma/>

TRASMISSIONE GIUDIZI DI IDONEITÀ

Sono Medico Competente in aziende che si è dotate di un software che gestisce tutti gli aspetti della sicurezza (DVR, Programmi Sanitari, Schede di Rischio; Scadenze, Cartelle sanitarie, Giudizi di Idoneità). Ovviamente ciascun settore è gestibile ed esplorabile solo con PW criptate specifiche proprie delle diverse funzioni aziendali comprese le funzioni del personale che inseriscono l'anagrafica, le mansioni, i cambi mansione. I Giudizi di Idoneità da me formulati vengono stampati, firmati da me e dal lavoratore, fotocopiati, inseriti nella CSR cartacea ed inoltre anche scanditi e inseriti nella posizione del lavoratore presente nel software. Tale giudizio è visibile anche alle funzioni del personale che hanno accesso al software. Si può considerare ottemperato in tal modo l'obbligo di dare copia al DDL del giudizio di Idoneità o devo comunque inviare in allegato via mail alle funzioni del personale il Giudizio di idoneità del lavoratore? Grazie

Innanzitutto, complimenti per l'organizzazione. Per quanto riguarda la specifica richiesta suggeriamo una procedura di sorveglianza sanitaria condivisa con l'azienda. In questa verranno specificati i flussi informativi interni ed esterni. Riteniamo però che la lettera del D.Lvo richieda una copia cartacea del certificato contenente il giudizio: Art. 41 c. 6-bis. Nei casi di cui alle lettere a), b), c) e d) del comma 6 il medico competente esprime il proprio giudizio per iscritto dando copia del giudizio medesimo al lavoratore e al datore di lavoro. Buon lavoro

LAVORO NOTTURNO E MMC IN LAVORATORE CON PREGRESSO INTERVENTO DI STENT

Buonasera, spero possiate essermi di aiuto. Sono stata nominata medico competente di un peschereccio e vedo un lavoratore di 55 anni, ex fumatore che nel 2008 viene sottoposto con ottimo risultato finale a ptca per riscontro di stenosi subocclusiva di da primo tratto. All'ultimo controllo (luglio 2013): ecocardio: fe 60%; test da sforzo: dubbio per alterazioni del tratto st associato ad elevati livelli pressori e prontamente regrediti nella prima fase del recupero, non sintomi, non aritmie; ecg: nella norma; esami ematochimici: nella norma. Giudizio del vecchio medico competente: idoneo con esclusione al lavoro notturno. Ciò vuol dire inidoneo visto che lavorano dalle 24 alle 6 del mattino.

Al ddl non sta più bene un giudizio del genere, perché fino ad ora il lavoratore ha sempre lavorato nonostante questo giudizio. Come vi comportereste? Grazie anticipatamente

Cara collega, alcune volte il giudizio di idoneità è veramente difficile. In questo caso che ci presenti sono molti i fattori che bisogna tenere presente, innanzitutto il fatto che il pescatore ha risolto una subocclusione coronarica senza che si sia realizzato un danno. Altre cose bisogna considerare e che qui non sono indicate, prima fra tutte la situazione delle altre coronarie che sicuramente sono state indagate nel contesto del primo intervento. D'altronde la funzionalità cardiaca appare normale e il lavoro di notte rappresenta uno stress minore in assenza di rotazione del turno; sicuramente la perdita di lavoro rappresenta uno stress ben maggiore. Questi elementi sono dettagliati per sottolineare che il giudizio deve essere fatto sulla base di elementi non solo clinici. Il suggerimento che ti diamo è di pervenire al giudizio di idoneità confrontandoti con lo specialista cardiologo (meglio quello che lo segue): lui fornirà gli elementi clinici e tu quelli lavorativi. Altrimenti si rischia di scegliere una forma cautelativa ma senza ragioni evidenti (per es. la notte no e lo sforzo sì? ...). Sicuramente la collega è a conoscenza della normativa specifica ma a beneficio di tutti i lettori, segnaliamo che il MC non è l'unica figura sanitaria coinvolta nella sorveglianza sanitaria del pescatore, come riportato dalla tabella tratta da Ipsel.it.

IDONEITÀ ALLA MANSIONE NELLA GRANDE DISTRIBUZIONE

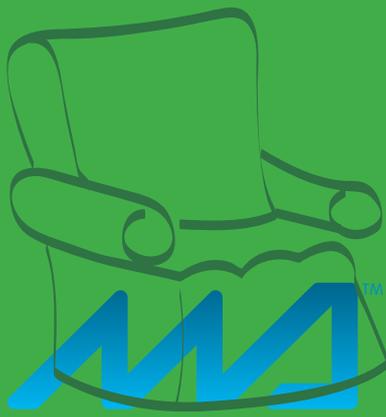
Lavoro in un grosso supermercato come addetta al caricamento e ultimamente ho avuto un problema ad una spalla. Dopo i vari accertamenti mi è stata diagnosticata un'inizio di tendinite alla cuffia dei rotatori. Siccome ho fatto più di 60 giorni di malattia la ditta ha richiesto la visita del medico competente. E' questa una patologia che può determinare l'inidoneità alla mia mansione e quindi al licenziamento? Con i tempi che corrono sono preoccupata. Grazie

Idoneità alla mansione e lesione alla cuffia dei rotatori (risponde il dott. G. Boschirola - Anma Milano)

La Inidoneità alla mansione specifica può determinarsi per diversi fattori, per prima cosa dovuti alla patologia lamentata dalla lavoratrice, alla sua gravità, alle limitazioni croniche che questa pone, ma anche ai rischi effettivi a cui la lavoratrice può essere esposta in quanto adibita a quella mansione. Dal punto di vista teorico non si può quindi escludere che la patologia lamentata dalla lavoratrice sia incompatibile con l'attività prevista dalla mansione "addetta al caricamento": dipende dalla valutazione di rischio inerente la movimentazione manuale dei carichi, i movimenti frequenti e ripetuti e le posture incongrue (scorrette, affaticanti) della spalla. Una non idoneità totale è comunque evento piuttosto raro; se sono presenti i rischi di cui sopra in genere il medico competente esprime un giudizio di idoneità con

limitazioni o prescrizioni, che significa che la lavoratrice può essere impiegata nella mansione a cui è addetta, ma che non può svolgere alcuni compiti (come per esempio il sollevamento di carichi di una certa entità, alcuni movimenti, ecc). Il datore di lavoro è tenuto ad osservare le indicazioni del medico competente. Il licenziamento è quindi solo teoricamente possibile nel caso di Inidoneità totale e permanente, ma in questo caso il datore di lavoro deve dimostrare che non esistono in azienda altre mansioni compatibili con le condizioni di salute della lavoratrice. L'articolo 42 comma 1 del D.Lgs. 81/08 infatti dice: "Il datore di lavoro ... attua le misure indicate dal medico competente e qualora le stesse prevedano un'inidoneità alla mansione specifica adibisce il lavoratore, ove possibile, a mansioni equivalenti o, in difetto, a mansioni inferiori garantendo il trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza". La possibilità di licenziamento dipende quindi anche da come è organizzato il supermercato, quanto è grande, quali effettive possibilità di lavoro sono presenti. Come vede, ogni singolo caso va approfondito per le sue reali condizioni specifiche, per verificare l'effettiva applicabilità delle considerazioni teoriche di cui sopra. Tenga conto comunque che avverso il giudizio espresso dal medico competente il lavoratore può fare ricorso al servizio ASL territorialmente competente, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione scritta del giudizio stesso. Il medico competente dovrà inoltre valutare se la patologia lamentata dalla lavoratrice non sia di origine professionale, con una attenta analisi delle condizioni di rischio a cui la lavoratrice è stata esposta; in caso affermativo dovrà effettuare la specifica denuncia di malattia professionale e consegnare alla lavoratrice il relativo certificato, con il quale aprire attraverso il datore di lavoro la pratica INAIL. In questo caso il licenziamento è molto più difficile sino a divenire praticamente impraticabile.





DA LEGGERE IN POLTRONA

*A cura di Danilo Bontadi,
Consigliere Nazionale*

L'ONORE DEL LAVORO



Lo si creda o no, noi siamo stati allevati nel seno di un popolo allegro. Un cantiere era allora un luogo della terra dove gli uomini erano felici. Oggi un cantiere è un luogo della terra dove gli uomini recriminano, si odiano, si battono; si uccidono. ai miei tempi tutti cantavano. Nella maggior parte dei luoghi di lavoro si cantava; oggi vi si sbuffa...

Lo si creda o no, fa lo stesso, abbiamo conosciuto operai che avevano voglia di lavorare. Abbiamo conosciuto operai che, al risveglio pensavano solo al lavoro. Si alzavano la mattina – e a quale ora – cantavano all'idea di andare al lavoro. E cantavano alle undici, quando si preparavano a mangiare la loro minestra. Nel lavoro stava la loro gioia, e la radice profonda del loro essere. E la ragione stessa della loro vita. Vi era un onore incredibile del lavoro, il più bello di tutti gli onori, il più cristiano, il solo forse che possa rimanere in piedi. Abbiamo conosciuto un onore del lavoro. Abbiamo conosciuto l'accuratezza spinta fino alla perfezione, compatta nell'insieme, compatta nel più minuto dettaglio. Abbiamo conosciuto questo culto del lavoro ben fatto perseguito e coltivato sino allo scrupolo estremo. Ho veduto, durante tutta la mia infanzia, impagliare seggiole con lo stesso identico spirito, e col medesimo cuore, con i quali quel popolo aveva scolpito le proprie cattedrali

Un tempo gli operai non erano servi: lavoravano. Coltivavano un onore assoluto, come si addice a un onore. La gamba di una sedia doveva essere ben fatta. Era naturale. Era inteso. Era un primato. Non occorre che fosse ben fatta per il salario o in modo proporzionale al salario. Non doveva essere ben fatta per il padrone, né per gli imprenditori, né per i clienti del padrone. Doveva essere ben fatta di per sé, in sé, nella sua stessa natura. Una tradizione venuta, risalita dal profondo della razza, una storia, un assoluto, un onore esigevano che quella gamba di sedia fosse ben fatta. E ogni parte della sedia che non si vedeva era lavorata con la medesima perfezione delle parti che si vedevano. Secondo lo stesso principio delle cattedrali. Non si trattava di essere visti o di non essere visti. Era il lavoro in sé che doveva essere ben fatto.

C. Peguy. "Lui è qui, pagine scelte" BUR Rizzoli Milano 1997