

## **IL MEDICO COMPETENTE E LA VALUTAZIONE DEI RISCHI E DELLE MISURE DI PREVENZIONE**

### **D. Rina, Medico Competente**

L'uscita del Testo Unico, D.Lvo 81/08 tanto atteso dai Medici Competenti come mezzo chiarificatore e semplificatore del mare magnum di interpretazioni delle leggi di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, si è rivelato l'ennesima complicazione normativa, emanata in tutta fretta, sull'onda di esigenze politiche, senza i sufficienti confronti tra le parti interessate, e già con la consapevolezza della necessità di numerosi aggiustamenti, proroghe e ritirate strategiche.

Nel momento in cui scriviamo già si defila all'orizzonte una modifica di norme e sanzioni, oggi vissute da molti come inutili, demagogiche e vessatorie, frutto però più della reazione emotiva al decreto originale e di spinte di parte, che dell'esperienza del primo anno di lavoro.

In questa relazione cercheremo di focalizzarci, al di là delle probabili e imminenti modifiche, su quello che un M.C. si aspetta dal legislatore per poter svolgere il proprio ruolo di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, nell'interesse delle persone, della società civile e del sistema produttivo.

In particolare ci è stato chiesto di analizzare la posizione del M.C. all'interno dell'Azienda nel momento della valutazione dei rischi e delle conseguenti misure di protezione.

In questo ambito le novità apportate dal D.Lvo 81/08 rispetto al D.Lvo 626/94 sono di importanza primaria e portano ad una visione della funzione del M.C. in Azienda decisamente innovativa e qualitativamente riqualificante.

Ove il D.Lvo 626/94 all'art.17 richiamava il M.C. a collaborare con il DDL e il SPP, sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale e delle situazione di rischio, "*alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e ...*", Il T.U. definisce il "medico competente": medico in possesso di uno dei titoli e dei requisiti formativi e professionali di cui all'articolo 38, **che collabora**, secondo quanto previsto all'articolo 29, comma 1, **con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi** ed è nominato dallo stesso per effettuare la sorveglianza sanitaria e per tutti gli altri compiti di cui al presente decreto

Al c.2 dell'Articolo 28 si ribadisce poi che:

“Il documento di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a), redatto a conclusione della valutazione, deve avere data certa e contenere:

....

e) l'indicazione del nominativo del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza o di quello territoriale **e del medico competente che ha partecipato alla valutazione del rischio”**

ed al c.1 dell'Articolo 29: *Modalità di effettuazione della valutazione dei rischi:*

“ Il datore di lavoro effettua la valutazione ed elabora il documento di cui all'art...., in collaborazione con il RSPP **e il medico competente**, nei casi di cui all'articolo 41”

Mi sembra pertanto chiaro che oggi il M.C. non può essere più un notaio che appone una firma su un documento per dimostrare che ne ha preso visione o, nella migliore delle ipotesi che ne condivide i contenuti, ma partecipa attivamente alla valutazione dei rischi, cui è chiamato specificatamente, rispetto agli altri compiti e non limitatamente a parti specialistiche.

Il MC può collaborare con il DdL e l'RSPP nell'individuazione delle figure professionali aziendali ed esterne da coinvolgere nella valutazione, confrontandosi sulle metodologie e procedure applicative, sulle priorità e sui tempi d'esecuzione, effettuando lui stesso la valutazione dove abbia particolari disposizioni e competenze, ed infine collaborando all'interpretazione dei dati ed all'elaborazione delle azioni migliorative da mettere in atto.

Si delinea così, in maniera più chiara, l'appartenenza funzionale anche del M.C. ad una squadra operativa costituita dai componenti del servizio di prevenzione e protezione.

A questo punto ritengo opportuno eseguire una piccola digressione sul Servizio di Prevenzione e Protezione che molto spesso viene fatto coincidere con il suo Responsabile: in moltissime aziende anche di non piccole dimensioni esiste l'RSPP, non il Responsabile del SPP, esiste cioè una persona che da solo riunisce in sé tutte le competenze necessarie a far fronte alle problematiche correlate a rischi per la salute e la sicurezza che anche solo per la loro individuazione, e non parliamo di eliminazione o riduzione, necessiterebbero di un apporto plurispecialistico.

Sarebbe poi un grossolano errore pensare che un Servizio così organizzato sia necessario e possibile solamente in Aziende medio grandi, che possono trovare al loro interno le forze e le competenze necessarie.

Anche ove esista solo l'RSPP o le dimensioni dell'Azienda siano tali da dover ricorrere ad un RSPP o a consulenti esterni, si dovrebbe far strada la consapevolezza dei limiti delle proprie

competenze e della necessità di servirci di professionisti diversi che possano ciascuno dare il loro apporto specialistico.

Nel corso delle mie esperienze lavorative mi sono dovuto confrontare con commercialisti, avvocati, consulenti del lavoro, che grazie a sanatorie e corsi anche di qualità svolgevano il ruolo di RSPP per ignari DdL che non avevano la minima idea che dietro ad un Documento di Valutazione dei Rischi, necessario per rispondere alla forma del dettato legislativo, ci dovesse essere una Valutazione dei rischi effettuata *nella* loro Azienda da qualcuno in possesso delle competenze tecniche e scientifiche necessarie.

Ho visto DVR fotocopia di fotocopie, con inutili parti introduttive, riferimenti di legge e totalmente privi di una analisi seria delle mansioni, dei processi e della descrizione delle misure di miglioramento necessarie ed alla fine, prive anche delle firme del Datore di Lavoro, di RLS inesistenti, e degli organici.

Naturalmente sono rimasti privi anche della mia firma.

Possiamo anche chiederci quanto costa un RSPP di qualità, ma l'alternativa è fare solamente tanto fumo.

Un M.C. non può svolgere il suo lavoro ove non esista una valutazione dei rischi, come pure non può far finta di nulla allorché il suo protocollo di sorveglianza sanitaria contrasti con il DVR che gli viene presentato: uno dei due documenti non è adeguato o per deficienze o per ridondanze.

Questa nuova posizione del MC nell'organizzazione dell'Azienda necessita pertanto di un ribaltamento della visione che del MC hanno molti DDL<sup>1</sup> ed RSPP, che non possiamo realizzare da soli, ma che necessita della spinta e dell'azione sensibilizzatrice delle organizzazioni datoriali e di categoria, dei consulenti del lavoro e degli organismi di controllo.

<sup>1</sup>Art. 18: *Obblighi del datore di lavoro e del dirigente*

1. Il datore di lavoro, che esercita le attività di cui all'articolo 3 e i dirigenti, che organizzano e dirigono le stesse attività secondo le attribuzioni e competenze ad essi conferite, devono:

a) nominare il medico competente per l'effettuazione della sorveglianza sanitaria *nei casi previsti dal presente decreto legislativo*.

2. Il datore di lavoro fornisce al servizio di prevenzione e protezione ed al medico competente informazioni in merito a:

a) la natura dei rischi;

b) l'organizzazione del lavoro, la programmazione e l'attuazione delle misure preventive e protettive;

c) la descrizione degli impianti e dei processi produttivi

d) i dati di cui al comma 1, lettera g), e quelli relativi alle malattie professionali;

e) i provvedimenti adottati dagli organi di controllo

Questa rivoluzione richiede un maggior coinvolgimento del MC nella vita Aziendale, portandolo a leggere la VDR non come atto propedeutico a stilare il protocollo di Sorveglianza Sanitaria, ma come essenza stessa della Sorveglianza Sanitaria che deve essere vista non come l'insieme di atti medici finalizzati all'espressione del giudizio di idoneità (esaurendo il dettato di legge), ma come l'insieme delle attività che il MC svolge in Azienda, dai sopralluoghi che sono parte dinamica ed essenziale di una VdR in continua evoluzione ed aggiornamento, alla conoscenza delle schede di sicurezza, alla conoscenza della storia lavorativa e clinica del lavoratore, fino ad arrivare alla stesura di un protocollo di sorveglianza sanitaria che potrà così essere tagliato su misura del lavoratore.

Dall'estensione della definizione di lavoratore anche ai lavoratori a domicilio, a progetto, ai lavoratori a distanza, somministrati e distaccati, e dall'obbligo di stilare il giudizio d'idoneità per cambio di mansioni, si aprono altre difficoltà oggettive nella valutazione dei rischi relativi allo svolgimento di lavori in luoghi diversi dall'azienda, con modalità insolite ed effettuati da lavoratori dei quali è difficile individuare la collocazione.

Si amplia infatti il tempo che il MC deve dedicare alla valutazione dei rischi ed alla sorveglianza sanitaria intesa nella sua globalità.

Non esiste un'Azienda in cui questo processo sia più facilmente applicabile; per motivi diversi sarà difficile tanto nella media e grande Azienda che nella piccola, e senza falsi pudori, la maggiore difficoltà consisterà nella necessità di stilare contratti di lavoro che, prevedendo più esplicitamente questo ruolo attivo di consulenza, comporteranno un aumento di responsabilità, di tempo e di onorario.

Di conseguenza il MC sarà portato a effettuare una selezione, privilegiando le Aziende che gli permetteranno di svolgere a pieno il suo ruolo.

Dovrà esserci piena sintonia tra DDL, RSPP, Preposti e MC, in uno spirito di coinvolgimento e collaborazione in cui nessuna funzione sia di ostacolo alle altre: la sorveglianza sanitaria ed i sopralluoghi o l'accesso alle informazioni non possono essere viste come un ostacolo o un problema per lo svolgimento della normale attività produttiva.

Oggi non è più concepibile lo scollamento che ancora si percepisce in alcune Aziende, tra le dichiarazioni di intenti, contenute nel DVR e la pratica operativa, non è possibile svolgere l'attività di MC senza reciproca fiducia tra azienda<sup>2</sup>, lavoratori<sup>3</sup> e loro rappresentanti e MC<sup>4</sup>.

Se guardiamo i risultati del questionario somministrato ad un gruppo di MC toscani, alla domanda se partecipano alla valutazione dei rischi, poco più di un terzo risponde "sempre" e poco più della metà risponde "a volte", mentre 25 su 30 effettuano almeno il sopralluogo.

Sicuramente visto lo scarso numero di risposte pervenute il questionario non può essere rappresentativo della categoria, ma le risposte dovrebbero farci comunque riflettere: la maggioranza dei MC non vede essenziale la VDR per lo svolgimento del loro lavoro.

E se avessimo chiesto se vengono consultati in fase di progettazione, prima di introdurre un nuovo prodotto o prima di acquistare una nuova macchina?

Probabilmente non vedono essenziale una VDR di cui è unica espressione un Documento spesso non rispondente alla realtà dell'Azienda, che invece riescono a inquadrare per mezzo dei sopralluoghi.

Ma il sopralluogo è valutazione dei rischi: non è una passeggiata negli ambienti di lavoro.

Il sopralluogo perché sia utile si può effettuare solamente assieme ad altre funzioni aziendali dotate di competenze integranti ed interagenti con le nostre, serve a confermare la corrispondenza dell'attualità a quanto fotografato nel DVR, serve a percepire gli effetti dell'informazione e della formazione sulle modalità operative dei lavoratori e sulla loro percezione dei rischi.

Durante il sopralluogo si verifica l'idoneità dei DPI e delle misure di prevenzione e protezione e si stabilisce la necessità di indagini ambientali e di modifiche del protocollo di sorveglianza sanitaria

in funzione delle modalità operative che potremmo scoprire essere diverse da quanto previsto dalle procedure, dalla buona prassi e da quanto scritto nel DVR.

In pratica, dopo ogni sopralluogo, se mirato e ben fatto, saremmo in grado di aggiornare la VDR.

Gli RSPP non devono spaventarsi, non sto chiedendo la revisione del DVR, ma semplicemente di allegare il verbale del sopralluogo in appendice al Documento, schedulando le azioni correttive che si dimostrino necessarie con le indicazioni dei tempi di attuazione e dei soggetti interessati.

Vedendo i lavoratori nel contesto delle loro mansioni possiamo anche capire se sia necessario dedicare maggior spazio alla formazione, che dovrebbe essere effettuata non solo con scadenze che ci siamo dati, ma anche in seguito ad osservazioni sul campo o in seguito ad infortuni o mancati infortuni.

## <sup>2</sup>Articolo 22

### **Obblighi dei progettisti**

(rif. art. 6 d.lgs. n. 626/1994)

.....

Consultazione del MC e dell'RSPP in fase di progetto

## <sup>3</sup>Articolo 20

### **Obblighi dei lavoratori**

.....

e) segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dei dispositivi di cui alle lettere c) e d), nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie competenze e possibilità e fatto salvo l'obbligo di cui alla successiva lettera f) per eliminare o ridurre le situazioni di pericolo grave e incombente, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza

.....

i) sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal presente decreto legislativo o comunque disposti dal medico competente

Chiediamoci anche cosa c'entra l'art. 20 con l'oggetto della relazione.

Qualunque segnalazione di deficienza nelle misure di prevenzione e protezione dovrebbe essere comunicata anche al MC e dovrebbe dar luogo ad un sopralluogo mirato.

A questo proposito suggerirei al legislatore l'inserimento di un ulteriore comma: "*segnalare immediatamente al MC disturbi o patologie di sospetta genesi lavorativa*" utile a rafforzare quanto già indicato alla lettera c) del punto 2 dell'art 41: visita medica su richiesta del lavoratore, *qualora sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute*, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Come dalla sorveglianza sanitaria può scaturire la necessità di un sopralluogo atto a individuare una causa di danno non postulata alla luce solo di una analisi teorica del rischio, così da un sopralluogo potrebbe scaturire la necessità di una sorveglianza sanitaria straordinaria o più attenta ad indicatori particolari di rischio o di danno.

#### <sup>4</sup>Articolo 25

##### **Obblighi del medico competente**

(rif.: art. 17 d.lgs. n. 626/1994; art. 14 direttiva 89/391/CEE)

- collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza, e alla organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro. Collabora inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute", secondo i principi della responsabilità sociale;
- .....

Alla fine nessuno degli atti in cui è coinvolto il MC è indipendente dagli altri.

Anche la Riunione periodica<sup>5</sup> ex art 35 che è ormai entrata nella prassi come "Riunione annuale di sicurezza" che rimane il luogo istituzionale minimo e necessario per il confronto tra le parti, deve

servire a valutare l'adeguatezza del DVR: in tale sede ci si confronta sulle parti che devono essere aggiornate o modificate.

Considerando l'ampiezza del problema ne scaturisce che spesso la Riunione di Sicurezza non può ridursi ad essere una R.A.S.

Di tutte le occasioni che coinvolgono il MC assieme a DDL, RSPP, RLSA ed altre funzioni Aziendali deve rimanere traccia scritta, sia che si tratti di riunioni per analisi di problematiche emergenti, interpretazione di dati, sintesi e comunicazione di azioni intraprese od elaborazione di verbali e documenti.

Le decisioni prese in tali occasioni dovrebbero essere sempre inserite in uno scadenziario, consultabile dalle parti, in cui sia evidente chi deve fare, cosa ed in che tempi. La dilazione, la mancata o parziale effettuazione dovrebbe essere giustificata per scritto.

#### <sup>5</sup>Articolo 35

##### ***Riunione periodica***

(rif.: art. 11 d.lgs. n. 626/1994)

-2. Nel corso della riunione il datore di lavoro **sottopone all'esame** dei partecipanti:

-a) il documento di valutazione dei rischi;

-b) l'andamento degli infortuni e delle malattie professionali e **della sorveglianza sanitaria;**

-c) i criteri di scelta, le caratteristiche tecniche e l'efficacia dei dispositivi di protezione individuale;

-d) i programmi di informazione e formazione dei dirigenti, dei preposti e dei lavoratori ai fini della sicurezza e della protezione della loro salute.

-3. Nel corso della riunione **possono essere individuati:**

-a) codici di comportamento e buone prassi per prevenire i rischi di infortuni e di malattie professionali;

-b) obiettivi di miglioramento della sicurezza complessiva sulla base delle linee guida per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro.

Possiamo concludere che il M.C. è un medico dotato di caratteristiche e competenze che gli permettono di approcciare problematiche le più disparate, ma che deve avere l'umiltà di non considerarsi autonomo ed esaustivo, che può svolgere il proprio lavoro solo grazie alla collaborazione di altri soggetti, aziendali e professionali, inoltre ci appare legittima l'aspettativa di poter svolgere la nostra professione serenamente, con alcune certezze riguardanti la qualità, la continuità e l'utilità del nostro lavoro, ma il sovrapporsi di leggi e decreti applicativi, che si succedono in tempi ristretti e spesso in direzione opposta ci porta verso una sensazione di incertezza e di vulnerabilità che ci costringe a dedicare minor tempo agli atti più qualificanti del nostro lavoro, ed a cercare invece di farci scudo di formalità e formalismi che aderiscono solo alla lettera della legge, anche a costo di perdere di vista la sostanza e la qualità e soprattutto a costo di innalzare un muro di carta tra sé ed il lavoratore.

# **IL RUOLO DEL MEDICO DEL LAVORO NELLA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI IN EDILIZIA**

G Mosconi\*, M.M. Riva\*, P Apostoli\*\*

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

\*\* Università degli Studi di Brescia

## **Corrispondenza:**

Giovanni Mosconi

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

Largo Barozzi, 1

24128 Bergamo

FAX: 035/266866

TEL: 035/269196

e-mail: [gmosconi@ospedaliriuniti.bergamo.it](mailto:gmosconi@ospedaliriuniti.bergamo.it)

## **Introduzione**

La sorveglianza sanitaria, così come definita dalle Linee Guida della SIMLII, è un *“insieme di atti medici finalizzati alla tutela della salute e alla sicurezza (nella sua componente sanitaria) dei lavoratori, in relazione ai fattori di rischio professionali ed alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa, ed alla formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica”*.

La tutela della salute dei lavoratori dunque viene realizzata da parte del Medico del Lavoro Competente (MLC) non solo attraverso la prevenzione e la diagnosi precoce delle patologie lavoro-correlate, ma prendendo in considerazione nell'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica anche gli aspetti relativi alla sicurezza dei lavoratori.

Per provare a chiarire quali siano le effettive possibilità di incidere sul fenomeno infortunistico da parte del MLC proveremo ad avanzare alcune considerazioni partendo da una esperienza pratica, analizzando i risultati di 12 anni di sorveglianza sanitaria di una popolazione di lavoratori edili della provincia di Bergamo.

Il settore edile si presta bene a considerazioni sul tema in quanto il rischio infortunistico si caratterizza come una specificità del settore (l'indice di mortalità per infortunio è circa il doppio di quella degli altri settori). L'esperienza ci insegna che all'interno del cantiere non è semplice mantenere un elevato grado di prevenzione e sicurezza, di rispetto delle “norme” di tutela della salute, è difficile conoscere l'entità reale dei rischi occupazionali e, di conseguenza, svolgere attività di controllo.

In provincia di Bergamo, su 110 infortuni mortali accaduti negli anni dal 1999 al 2007 (34% per caduta dall'alto, 26% per movimentazione di materiali con mezzi di sollevamento e trasporto), 45 (il 41%) sono avvenuti nel settore edile. Il problema degli infortuni nei cantieri peraltro è rilevante non solo in Italia, dove ogni anno si registrano in media 22 morti ogni 100.000 addetti, ma anche in paesi come Stati Uniti e Gran Bretagna, che tuttavia hanno saputo adottare delle politiche di contenimento del fenomeno più efficaci delle nostre, capaci

di portare il dato dei morti rispettivamente a 10-13 e 3-4 ogni 100.000 lavoratori. La situazione acquista invece caratteristiche del tutto drammatiche per la sua rilevanza se si osservano i dati provenienti da paesi del terzo mondo, peraltro sicuramente sottostimati, dove le morti arrivano ad essere fino a 300 all'anno ogni 100.000 lavoratori.

Per quanto riguarda la provincia di Bergamo, dove il settore è uno dei più importanti a livello nazionale, nell'ultimo decennio si sono sviluppate importanti iniziative finalizzate al contenimento degli infortuni e delle malattie occupazionali ed alta è l'attenzione per gli aspetti relativi alla prevenzione ed alla sicurezza soprattutto per la stretta collaborazione fra i Comitati Paritetici e dagli organi di vigilanza, la mortalità per infortunio si attesta, secondo nostre stime, a circa 8-9 casi ogni 100.000 lavoratori, nettamente inferiore alle stime nazionali e più vicina al "gold standard" inglese.

### **La multifattorialità degli infortuni**

Per infortunio si intende un evento avverso "avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte o un'inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro per più di tre giorni" (DPR 1124/1965, art. 2, comma 1).

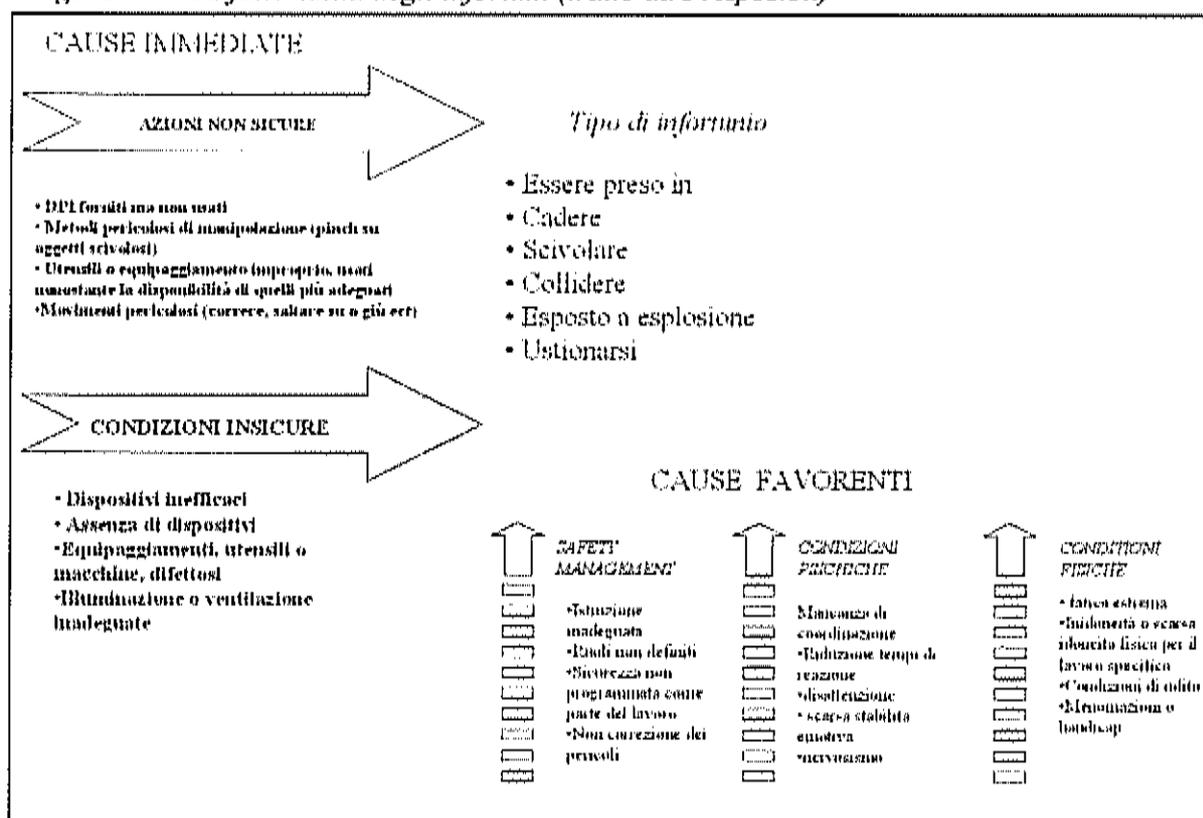
Più complesso invece è conoscere e determinare i fattori causali o concausali che contribuiscono all'accadimento dell'infortunio stesso. Ma è anche di questi che ci si deve occupare se si vuole raggiungere l'obiettivo di ridurre la frequenza. Una definizione di infortunio più utile a comprendere le cause che lo favoriscono è quella fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) nel 1994: "*concatenazione di eventi a carattere multifattoriale, conseguenza statisticamente prevedibile di carenze tecniche, organizzative, sociali, umane del sistema uomo-lavoro*".

Molti fattori sono coinvolti nel determinismo dell'infortunio. Schematicamente potremmo raggrupparli in due grandi categorie:

- fattori *ambientali*, riguardanti l'organizzazione del lavoro, l'ambiente, gli strumenti e le procedure.
- fattori *comportamentali*, riguardanti l'uomo, quali ad esempio una impropria attitudine, dei limiti conoscitivi, l'assenza di esperienza-abilità, le inadeguate condizioni psico-fisiche etc;

Per non dilungarsi oltre nella difficile disquisizione sulle teorie della genesi degli infortuni, che esula dalla presente trattazione, nella Figura 1 viene proposta una sintesi che cerca di integrare le più note ipotesi circa la multifattorialità degli infortuni e la complessità dei fattori in causa .

Figura 1 - Multifattorialità degli infortuni (tratto da P. Apostoli)



Per quanto riguarda l'analisi dei fattori coinvolti nella genesi di un infortunio in edilizia, possiamo facilmente constatare, visitando un qualunque cantiere, che il problema centrale per il settore è la carente applicazione di adeguati presidi/sistemi per la sicurezza. Fermo restando questo elemento e ribadendo la priorità e l'importanza della prevenzione primaria, viene naturale per chi, come il Medico del Lavoro Competente che si occupa di aspetti sanitari in un settore dove è oggettivamente difficile mantenere un costante ed elevato livello di prevenzione e sicurezza, porsi il problema del ruolo svolto da altri fattori identificati, nello schema riportato in Figura 1, come "cause favorenti", in particolare i "fattori umani", quelli cioè legati alle condizioni fisiche e psichiche dei lavoratori.

Per la comprensione della dinamica di un infortunio, per esempio quello da caduta dall'alto che nel settore è la principale causa di morte, occorre chiedersi il perché il lavoratore abbia "...improvvisamente perso l'equilibrio". Vi sono stati dei "fattori umani" che possono avere giocato un ruolo nella multifattorialità dell'evento accidentale e che se precedentemente noti e valutati potevano essere motivo di un intervento preventivo?

Il tema assume un ruolo di rilevanza e di attualità essendo ormai invalsa l'abitudine, presso il Pronto Soccorso di molti ospedali, di procedere alla determinazione dei livelli di alcolemia e alla ricerca di sostanze stupefacenti su matrici biologiche anche in caso di infortunio sul lavoro. Sull'argomento è importante ricordare gli obblighi per il MLC conseguenti la recente emanazione di norme specifiche sull'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Fra le cause che possano determinare la perdita di equilibrio e la conseguente caduta di un lavoratore legate a fattori umani possiamo annoverare:

- le condizioni di salute, patologie cardiovascolari o neurologiche, menomazioni o handicap, difetti uditivi, visivi, disturbi dell'equilibrio o della coordinazione, eccesso ponderale, alterazione dei tempi di reazione... condizioni psichiche; la scarsa stabilità emotiva, la paura, la disattenzione, la scorretta percezione del rischio...;

- la fatica, per l'elevato dispendio energetico di alcune attività o compiti tipici del settore e l'elevato numero di ore lavorate;
- gli stili di vita (alcol, stupefacenti, fumo, alimentazione etc);

È possibile in sintesi che, oltre alle carenze dei sistemi di sicurezza, dell'organizzazione del lavoro, della formazione etc., vi sia anche da considerare una eventuale inidoneità o scarsa idoneità fisica del soggetto per il lavoro specifico.

Nel settore sono inoltre presenti fattori sociali che possono essere "variabili favorenti", anche se di più difficile stima, quali: la scolarità, la conoscenza della lingua (immigrati), la formazione professionale, spesso correlate al fenomeno infortunistico.

Ciò a nostro avviso prefigura la necessità di un approccio sistemico al fine di contenere il fenomeno infortunistico, quantomeno in edilizia.

Ne consegue anche una ulteriore riflessione che ci porta a ritenere che non sono solamente gli infortuni a poter influire negativamente sulle condizioni di salute dei lavoratori, ma possono essere anche queste ultime a contribuire nel "favorire" gli infortuni sul lavoro.

### **L'esperienza maturata in edilizia in provincia di Bergamo**

Nel corso degli ultimi 12 anni di impegno nella realizzazione del progetto-studio "Tutela della salute nei cantieri edili", promosso dal Comitato Paritetico Territoriale di Bergamo (CPT) e realizzato dall'Unità Operativa Ospedaliera di Medicina del Lavoro degli Ospedali Riuniti (UOOML), abbiamo cercato di applicare, quanto sopra riferito, alla Sorveglianza Sanitaria di lavoratori del settore edile ponendo particolare attenzione ad identificare le condizioni di salute o le abitudini di vita "favorenti" gli infortuni e formulando di conseguenza dei giudizi di idoneità alla mansione specifica che prendessero adeguatamente in considerazione anche gli aspetti relativi alla sicurezza, intesa appunto come prevenzione degli infortuni.

Basti considerare a titolo esemplificativo che dalle prime valutazioni effettuate nel periodo 1996-2000, sottoponendo a Sorveglianza Sanitaria 1480 lavoratori, è emerso che su 291 soggetti per i quali è stato formulato un giudizio con idoneità condizionata il 13% ha ricevuto una limitazione ai lavori a rischio caduta dall'alto (in molti casi a carattere temporaneo). Analizzando maggiormente nel dettaglio le ragioni che hanno indotto a formulare questa limitazione, emerge che le cause più frequenti sono state i disturbi dell'equilibrio e l'ipertensione arteriosa non compensata, seguite da patologie della vista, neuropatie e disturbi della sfera psichica. Per quanto riguarda le abitudini di vita, la limitazione per i lavori a rischio caduta dall'alto è stata posta anche in un caso di tossicodipendenza ed in 4 casi di etilismo.

Sempre restando in tema di espressione dell'idoneità alla mansione specifica, tra i 29 casi ritenuti non idonei (dopo che erano stati sottoposti ad accertamenti i primi 2000 lavoratori), 8 lo erano anche a causa di condizioni di salute o abitudini di vita che rappresentavano una controindicazione assoluta per lavorazioni ad elevato rischio infortunistico, tra le quali appunto quelle a rischio di caduta dall'alto: 3 epatopatie (di cui 2 alcoliche), 2 gravi patologie della vista, 2 disturbi psichiatrici, 1 tossicodipendenza.

Una appropriata Sorveglianza Sanitaria di lavoratori edili porta quindi a raccogliere una serie di informazioni utili sulle condizioni di salute e sulle abitudini indispensabili alla corretta espressione dei giudizi di idoneità.

Non si deve infatti dimenticare che il "cerchio" disegnato dall'attività del MLC si chiude nel momento in cui, oltre ad avere individuato i lavoratori a rischio e posto le appropriate limitazioni, lo stesso si preoccupa, in tutti i casi in cui sia possibile, di avviare il lavoratore ad un percorso terapeutico (si pensi all'ipertensione), riabilitativo (cardiopatie, patologie muscoloscheletriche cronico-degenerative etc) o di recupero (etilisti, tossicodipendenti).

Per quanto riguarda i deficit conseguenti a patologie non professionali che possono influire sull'espressione dell'idoneità alla mansione specifica, in uno studio condotto su un campione di 795 lavoratori edili sottoposti a Sorveglianza Sanitaria nel corso del 2006 (età media 38.8 aa, DS 11.1; anzianità lavorativa media 22 aa, DS 11.8) sono stati riscontrati: 24 casi cardiopatia, di cui 9 (37,5%) nuove diagnosi; 75 casi di ipertensione arteriosa, di cui 33 (44%) nuove diagnosi; 3 casi di neoplasia dell'apparato emopoietico, di cui 1 nuova diagnosi.

Sono tutte condizioni di salute da considerare attentamente per la formulazione di un appropriato giudizio di idoneità alla mansione specifica, specie (ma non solo) al rischio di caduta dall'alto.

È importante inoltre che il MLC valuti bene il consumo di farmaci che, anche se correttamente prescritti ed assunti, sono in grado di alterare la vigilanza o i tempi di reazione del lavoratore o determinare un calo della pressione o della glicemia. A questo riguardo circa il 20% della popolazione edile sottoposta ad accertamenti nel corso del 2007 ha dichiarato nel corso della visita l'assunzione abituale di farmaci, tra i quali: ansiolitici, sedativi e ipnotici, antidepressivi, antiistaminici, antipertensivi, ipoglicemizzanti, farmaci per l'apparato cardiovascolare etc. In questi casi, di concerto con lo specialista di riferimento, è possibile per il MLC intervenire ad esempio sostituendo il farmaco con uno maggiormente "compatibile" con la mansione, o modificandone l'orario di assunzione.

Per quanto riguarda le abitudini di vita, non è per ovvie ragioni possibile per il MLC ignorare il problema legato all'assunzione di bevande alcoliche, spesso favorita dal fatto di svolgere professioni pericolose e mal pagate, gregarie, in ambienti in cui può esistere una pressione sociale a bere, con facile disponibilità di alcol e libertà da controlli. Che il consumo di alcolici in edilizia sia un problema rilevante è ben riassunto dai dati riportati nelle Tabelle 1 e 2.

*Tabella 1 - Consumo giornaliero di bevande alcoliche dichiarato da 1348 (1996-2000) e 795 (2006) lavoratori, divisi fra maestranze ed impiegati (dichiarato)*

Consumo quotidiano di bevande alcoliche (equivalente in vino)	1996-2000		2006	
	Maestranze	Impiegati	Maestranze	Impiegati
Non bevitori	36,7%	56,8%	34,9%	63,5%
Soggetti che assumono meno di 0,5 litri di vino	29%	35,1%	49,7%	33,9%
Soggetti che assumono tra 0,5 ed 1 litro di vino	25,9%	8,1%	14,7%	2,6%
Soggetti che assumono più di 1 litro di vino	8,4%	-	0,7%	-

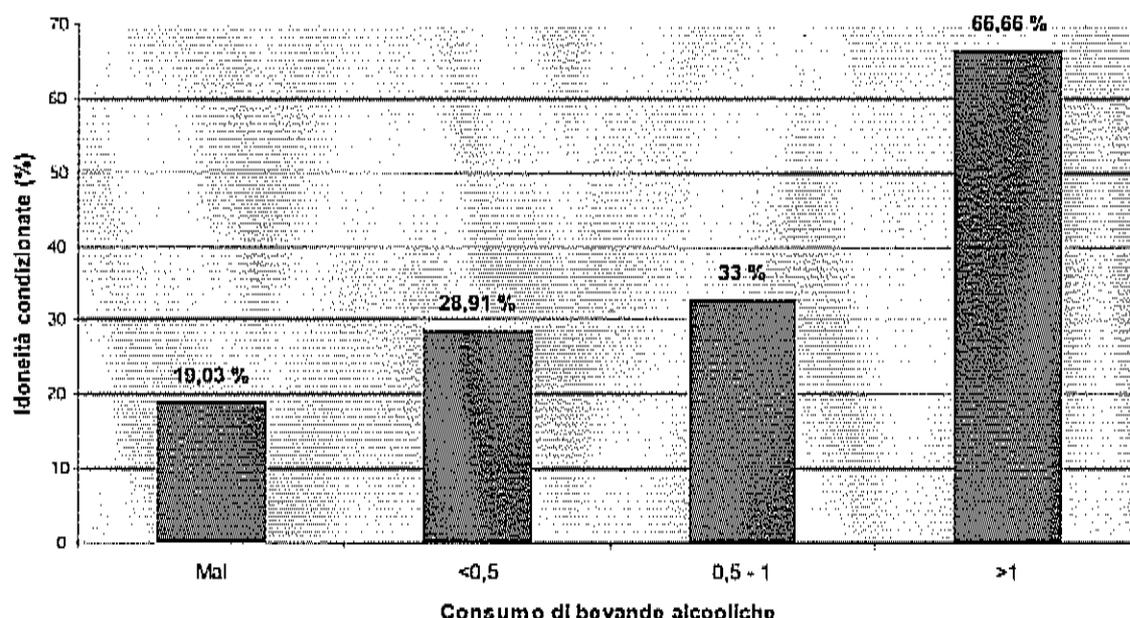
*Tabella 2 - Consumo giornaliero di bevande alcoliche dichiarato dai lavoratori di età inferiore o uguale a 25 anni (2006) (dichiarato)*

Consumo quotidiano di bevande alcoliche (equivalente in vino)	
Non bevitori	42,3%
Soggetti che assumono meno di 0,5 litri di vino	64,6%
Soggetti che assumono tra 0,5 ed 1 litro di vino	1%
Soggetti che assumono più di 1 litro di vino	2,1%

Risultati di analogo significato sono stati ottenuti anche con indagini effettuate attraverso determinazioni volontarie con etilometro, condotte nel corso del 2006. Su 76 lavoratori sottoposti ad accertamento durante l'attività in cantiere, 10 sono risultati positivi e 7 (di cui 2 fortemente sospetti per segni di ebbrezza) hanno rifiutato il consenso. Senza giungere ai casi di franco etilismo, per i quali come si è già detto abbiamo sempre proceduto a formulare idoneità condizionate se non addirittura inidoneità assolute, abbiamo potuto constatare che spesso tra coloro che hanno un consumo medio di alcolici elevato si sviluppano alterazioni dello stato di salute tali da imporre la formulazione di limitazioni. La Figura 2 riassume alcune delle nostre osservazioni, ponendo in correlazione giudizio di idoneità con consumo medio di alcolici dichiarato.

Chiara anche la relazione fra infortuni e consumo di bevande alcoliche emersa nel corso dei nostri studi.

*Grafico 1 – Relazione tra consumo giornaliero di bevande alcoliche (equivalente in vino) dichiarato da 795 lavoratori e giudizio di idoneità alla mansione specifica con limitazioni (2006).*



Sempre in relazione alle abitudini di vita dei lavoratori edili, se si vuole intervenire per ridurre il fenomeno infortunistico, rilevanza deve essere fornita anche all'eventuale assunzione di stupefacenti. Recenti indagini condotte sempre in provincia di Bergamo, favorite anche dalla pubblicazione di nuove disposizioni di legge, hanno documentato che almeno 7 lavoratori edili su 100 consumano abitualmente stupefacenti (4 ne hanno dichiarato l'assunzione occasionale, 3 sono risultati positivi ai test di determinazione sulla saliva).

Interventi efficaci sul tema di alcol e stupefacenti possono essere attuati anche grazie alla collaborazione del MLC, come la nostra esperienza è riuscita a documentare. Nel breve periodo di 3 anni (dal 2003 al 2005) siamo infatti riusciti a dimezzare il numero di etilisti, favorendo dunque il recupero al lavoro di soggetti altrimenti destinati ad incorrere con maggiore probabilità in infortuni gravi o mortali.

Ma gli interventi del MLC possono andare anche oltre. Un problema socialmente rilevante, ma che nel cantiere può divenire anche fonte di un maggiore rischio infortunistico, è quello dell'obesità, che comporta una ridotta mobilità del lavoratore, una minore agilità (si pensi ad

ambientanti di lavoro quali ponteggi e tetti). Su un campione di 837 lavoratori edili sottoposti a sorveglianza sanitaria nel 2007 (età media 38.46 anni, DS 11.12) il 14.7% è risultato con un indice di massa corporea superiore a 30.

All'interno dello stesso gruppo di lavoratori vale la pena ricordare, sempre perché dati utili per il Medico del Lavoro Competente che intenda occuparsi con efficacia di prevenzione, che il 41.8% dei lavoratori sono risultati fumatori e che il 10.1% dichiarava di consumare abitualmente da 4 a 10 caffè/die.

Tutto questo, ed altro si potrebbe aggiungere, per quanto riguarda le condizioni di salute fisica e le abitudini di vita che possono influire in maniera significativa sul fenomeno infortunistico. Tra i "fattori umani", come già detto, rientrano anche gli aspetti psicologici, per esempio, nella percezione del rischio dei lavoratori possono giocare un ruolo importante elementi quali la disposizione interna del soggetto, la preparazione, l'abitudine ad eseguire determinati compiti, lo stato psicofisico del momento, la storia di pregressi infortuni, l'esperienza. Da uno studio da noi condotto nel 2007 con la collaborazione dell'Unità di Psicologia Clinica sulla percezione del rischio su 120 lavoratori del settore realizzato mediante interviste semi strutturate e focus group, sono emersi alcuni elementi interessanti:

- che l'esperienza lavorativa sembra avere un ruolo marginale rispetto al grado di pericolosità percepita;
- che l'infortunio cambia solo l'atteggiamento verso quel tipo di rischio e solo per chi lo ha subito;
- che gli artigiani hanno una più bassa percezione del rischio;
- che la fretta è percepita dai più come causa principale dell'infortunio tra quelle organizzative;
- che la pressione del gruppo ha un peso rilevante sulla determinazione dei comportamenti (come ad esempio il consumo di alcol e l'utilizzo dei DPI).

Queste informazioni, assieme al riscontro che l'analisi delle "percezioni di gruppo" rivela effetti di polarizzazione che producono spostamenti verso posizioni più prudenti, devono essere opportunamente utilizzati dal Medico del Lavoro Competente (ma non solo) nelle attività di formazione ed informazione per migliorare la comunicazione ed influire in modo più efficace nel ridurre i comportamenti errati.

Questi 12 anni di esperienza nel settore edile ci porta a fare una ultima breve considerazione su un argomento che, a parer nostro, caratterizza l'attività di cantiere seppur di difficile determinazione, ma che sovente può coprire un ruolo primario nel favorire gli infortuni: la fatica.

È noto da alcuni studi in letteratura che il numero di infortuni aumenta in relazione alle ore lavorate. È altrettanto semplice constatare visitando i cantieri che nel settore edile, in particolare nella stagione primaverile ed estiva ma non solo, la giornata lavorativa supera di molto le classiche 8 ore, arrivando spesso a 10 o addirittura 12 ore. Questo in una realtà produttiva caratterizzata da un carico di lavoro intenso (mediamente un muratore movimentata 4000 Kg/die di materiale) e da ritmi di lavoro incalzanti (frequente anche il cottimo), spesso in condizioni di macroclima sfavorevole.

Per alcune attività analizzate con l'ausilio di un ergospirometro portatile, ci è stato possibile documentare come il lavoratore edile si trovi sovente ad operare in condizioni di sforzo fisico submassimale. È naturale dunque che in queste condizioni la fatica si caratterizzi come un elemento di rilievo, capace di provocare stati di malessere o di calo dell'attenzione tali da favorire il verificarsi di un infortunio, tanto più quanto maggiore è il numero delle ore lavorate e tanto più quanto il lavoratore è affetto da patologie cardiovascolari o respiratorie.

## **Conclusioni**

La nostra esperienza ci insegna che lo stato di salute fisica e psichica del lavoratore edile, la fatica ed alcune abitudini voluttuarie possono essere considerati a buon diritto “variabili favorenti” il fenomeno infortunistico in edilizia.

Ne consegue che il Medico del Lavoro Competente, nello svolgimento delle proprie funzioni, può contribuire al contenimento del fenomeno. Ciò si realizza sia partecipando alla valutazione e gestione del rischio, sia attraverso una appropriata Sorveglianza Sanitaria che tenga in considerazione, in particolare nella scelta degli accertamenti integrativi e nell’espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica, gli aspetti relativi alla sicurezza che caratterizzano il lavoro nel cantiere edile.

Ulteriori contributi del MLC si possono realizzare nei percorsi di recupero e di riabilitazione di lavoratori con deficit e nella partecipazione attiva, anche di promozione, di momenti di informazione e/o di formazione per i lavoratori sui rischi per la salute e sulla loro prevenzione e sulle abitudini di vita.

Il contenimento degli infortuni in edilizia necessita comunque di un approccio di sistema nel quale il contributo del MLC si spende, per quelle che sono le sue incombenze sanitarie, nel valutare al meglio le condizioni di salute dei lavoratori, in un contesto nel quale l’espressione del giudizio di idoneità alla mansione è una attività complessa, principalmente perché è difficile conoscere la reale esposizione a rischio.

In una situazione così articolata la collaborazione con gli altri attori della prevenzione aziendale (DL, RSPP, RLS), più che una priorità, è una necessità.

Dai risultati della sorveglianza sanitaria si possono ottenere informazioni utili che, se condivise, possono comportare una maggiore efficacia dell’azione preventiva, anche sul fronte degli infortuni.

È quanto emerso, nella nostra esperienza, nella ricollocazione al lavoro di operai edili con Giudizi di Idoneità alla mansione specifica con limitazioni. La nostra procedura prevede infatti di informare in merito alle limitazioni del lavoratore il capocantiere, che come è noto è il responsabile dell'organizzazione del lavoro, e quindi può fare rispettare le indicazioni/limitazioni fornite dal MLC. Ciò ha di fatto notevolmente aumentato l'efficacia dei giudizi di idoneità espressi.

Concludendo riteniamo che il ruolo del MLC nel contenimento del fenomeno infortunistico sia un argomento di attualità e che, anche alla luce della norme di recente emanazione sulla prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, compreso il D.Lgs 81/08, il tema necessiti di una più ampia discussione, che definisca meglio i contenuti e le modalità con le quali il MLC possa offrire il suo contributo.

## **Bibliografia**

1. Apostoli P. Dalla qualità alla dimostrazione di efficacia in Medicina del Lavoro. *G Ital Med Lav Erg* 2006; 28 (1 Suppl): 131-134
2. Bigoni F, Borleri D, Seghizzi P, Mosconi G. La valutazione dell'impegno cardiovascolare in alcune attività di cantiere edile mediante l'impiego di un ergospirometro portatile. *G Ital Med Lav Ergon* 2003; 25 (Suppl 3): 239-40
3. Borleri D, Mosconi G, Bigoni F, Mandelli G, Pavese G, Riva MM, Macchione M, Papagorgiou . Il giudizio di idoneità lavorativa specifica in edilizia. CD-rom atti del convegno: 1<sup>st</sup> International Symposium Mantova 2003.
4. Haddon W Jr. Advances in the epidemiology of injuries as a basis for public policy. *Public Health Rep.* 1980; 95: 411-21.
5. Mosconi G, Assennato G, Battevi N, Carino M, Coato F, Consonni D, Cottica D, Cristaudo A, Di Camillo G, Giachino GM, Leocata G, Macchia C, Manfredini F, Nano G, Negro C, Peretti A, Prandi E, Ramenghi D, Riva MM, Rivolta G, Scarno G, Scopacasa L: Lince Guida per la valutazione del rischio e la sorveglianza sanitaria in edilizia. Tipografia Pime Editrice Srl. Pavia, 2008.
6. Mosconi G, Riva MM, Lorenzi S, Silva G, Bartolozzi F, Pavese G, Bancone C, Bettineschi O, Magno D. Alcol e lavoro in edilizia. *Med Lav* 2007; 98, 6: 493-500.
7. Mosconi G, Riva MM, Pavese G, Bancone C, Ramenghi D, Simat D, Bettineschi O, Magno D. Considerazioni sull'efficacia della sorveglianza sanitaria periodica di lavoratori edili visitati presso il CPT di Bergamo. *G Ital Med Lav Erg* 2006; 28 (1 Suppl): 196-202.
8. Richter ED, Berman T. Environmental and occupational medicine and injury prevention: education and impact, classroom and community. *Public Health Rev.* 2002; 30: 277-92.
9. Snashall D. Occupational health in the construction industry. *Scand J Work Environ Health* 2005; 31 (Suppl 2): 5-10

# LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO, L'INDIVIDUAZIONE E LA REALIZZAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE: IL PUNTO DI VISTA DEL MEDICO DEL LAVORO PUBBLICO

Donatella Talini, Oriana Rossi °, Lucia Turini

UF PSSL, Dipartimento della Prevenzione ASL 5 di Pisa

° UF PSSL, Dipartimento della Prevenzione ASL 6 di Livorno

Gli obiettivi centrali della Medicina del Lavoro relativi alla salute occupazionale sono stati definiti dall'ILO e dal WHO fin dal 1950 e successivamente nel 1995 come segue: *“ Scopi primari della medicina del lavoro sono la promozione e il mantenimento del più elevato grado di benessere fisico, mentale e sociale dei lavoratori in tutte le attività, la prevenzione delle alterazioni della salute provocate dalle condizioni di lavoro; la tutela dei lavoratori sul luogo di lavoro da pericoli per la salute; la collocazione e il mantenimento dei lavoratori in un ambiente di lavoro idoneo alle loro capacità fisiologiche e psicologiche e in definitiva l'adattamento del lavoro all'uomo e dell'uomo alla sua mansione....”* Di conseguenza i principali adempimenti del medico competente sono rappresentati dalla collaborazione al processo di valutazione del rischio e alla predisposizione delle misure preventive e protettive, dalla sorveglianza sanitaria (valutazione esposizioni personali con esami specifici individuali, rilevazione di eventuali effetti sanitari avversi precoci, conoscenza dello stato di salute, idoneità al lavoro, etc) e dalle azioni di informazione, formazione e counselling finalizzate anche alla promozione della salute.

In Italia la normativa degli anni '50 (DPR 303/56) cita la figura del medico competente senza definirne ruolo, responsabilità e compiti. Per molto tempo dal '56 agli anni '90 la Sorveglianza Sanitaria viene affidata al “medico di fabbrica”, non necessariamente specialista in medicina del lavoro, di conseguenza non necessariamente formato in tal senso. Il mandato principale che la norma affidava al medico era la valutazione dei requisiti di idoneità dei lavoratori prima della ammissione al lavoro e successivamente la valutazione del loro stato di salute. Come è noto il decreto indicava anche le periodicità prescindendo dai livelli di rischio e da valutazioni puntuali delle sostanze, preparati, processi ecc. In sostanza ci si riferiva ad un sistema tabellare rigido che individuava sia le lavorazioni o categorie di lavoratori, sia la periodicità con la quale questi ultimi dovevano essere visitati, non c'era alcun riferimento agli accertamenti integrativi (unica eccezione

quanto previsto dal DPR 1124765 per gli esposti a silice). Nulla peraltro si riferiva nel decreto sul ruolo e sui rapporti tra Medico Competente (MC) e Datore di Lavoro, configurandosi pertanto il medico come una figura quasi scorporata dal sistema aziendale il cui compito si limitava alla sola esecuzione della visita. Successivamente, nella normativa degli anni '90 di derivazione comunitaria, i requisiti, il ruolo, le competenze e le funzioni del MC vengono definite e si configura, almeno giuridicamente, una nuova autonomia di questa figura. La prima innovazione si riferisce alla definizione dei requisiti formativi (specializzazione in medicina del lavoro, libera docenza, esperienza professionale con autorizzazione o altra specializzazione equipollente); l'altro elemento innovativo di questa normativa è il coinvolgimento di questa figura nel processo di prevenzione messo in atto per ridurre i rischi seppur in un ambito circoscritto dal cosiddetto sistema gabbellare. Viene così promossa la partecipazione attiva del MC al processo di valutazione dei rischi, fase imprescindibile per la messa in atto del processo di prevenzione. Tuttavia la presenza del MC è ancora limitata alle aziende per le quali sono individuati rischi previsti dalla normativa ovvero nei casi in cui è obbligatoria la Sorveglianza Sanitaria, anche se la sentenza della Corte Europea ha individuato l'obbligatorietà di valutare "tutti i rischi".

Successivamente il D.Lgs 81/08 introduce altre importanti novità. La prima e fondamentale è una indicazione di tipo etico contenuta nell'art. 39 secondo la quale l'attività del medico competente deve essere svolta in base ai principi enunciati dall'ICOH. La seconda riguarda la partecipazione del MC al sistema di prevenzione aziendale e precisa (art. 25) che *"il MC collabora con il datore di lavoro e con il Servizio di Prevenzione e Protezione alla valutazione dei rischi anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria"*. Tale elemento di novità sembrerebbe poter risolvere il dubbio generatosi in regime 626 relativo alla nomina del MC solo in caso di obbligo di Sorveglianza Sanitaria, prevedendo che il Datore di Lavoro debba avvalersi comunque del MC per la valutazione dei rischi e che solo nel caso in cui la stessa valutazione arrivi ad escludere tale obbligo, il Datore di Lavoro potrà fare a meno a questo titolo del MC.

Sempre nel Dlgs 81/94 all'art. 29 tuttavia, in apparente contraddizione con quanto sopra riportato, si legge che *"il datore di lavoro effettua la valutazione... in collaborazione con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e il MC, nei casi di cui all'art. 41"*, quindi solo nei casi in cui sia prevista la Sorveglianza Sanitaria. E' evidente come in queste interpretazioni normative residuino ancora forti elementi di incertezza.

A questo proposito è interessante rilevare che anche nella relazione della Commissione del Senato sull'andamento infortunistico (deliberazione del 20 marzo 2008), veniva ribadito che oggi il contributo del MC *".. alla valutazione dei rischi appare trascurabile .."*, con ciò portando *".. ad un impoverimento del D.V.R., nel quale i rischi per la salute vengono spesso valutati in modo*

*parziale e/o incompleto senza che venga adeguatamente indagato il legame tra tecnologia, organizzazione, comportamenti, che è il contributo originale e tipico della medicina del lavoro ... " sino a ridurre " .. .la sorveglianza sanitaria ad un rito ... svilendone la natura di misura di prevenzione secondaria". Sottolineando poi come fondamentale la partecipazione del medico competente alla stesura del documento stesso, nella relazione si indicava che " ... occorre che la sorveglianza sanitaria sia fortemente ancorata alla valutazione dei rischi, che il medico partecipi a tutte le fasi di questo percorso. La valutazione dei rischi ne risulterà arricchita dalla specifica competenza professionale del medico, cui spetta il giudizio ultimo sulla compatibilità tra condizioni di lavoro e salute dei lavoratori, e allo stesso tempo la sorveglianza sanitaria sarà utile non solo verso il singolo lavoratore ma contribuirà a mettere in luce rischi o danni precoci apportando contributi per ridurli o prevenirli. E' questa una misura sostenuta, tra l'altro da diverse associazioni scientifiche e dei medici del lavoro, aziendali e non, e proposta come modifica da inserire nell'emanando Testo Unico". Successivamente il testo indicava possibili azioni di miglioramento affermando che " ... per migliorare la sorveglianza sanitaria ..... occorrerebbe prevedere una maggiore integrazione del medico competente nei processi di valutazione dei rischi: il medico competente presente già nelle fasi iniziali della valutazione dei rischi e non solo successivamente quando il datore di lavoro ha deciso, in assenza di specifiche competenze in materia, se c'è o meno necessità di sorveglianza sanitaria".*

Proprio a proposito delle associazioni scientifiche e dei medici del lavoro citate nel testo, dobbiamo ricordare che la Società Italiana di Medicina del lavoro e Igiene Industriale (SIMLII), in particolare, ha a suo tempo suggerito agli interlocutori istituzionali di modificare il TU con questa dicitura: "*Il datore di lavoro nomina il medico competente ai fini della valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori e per l'esecuzione della sorveglianza sanitaria, da effettuarsi nei casi previsti dalla normativa e ogniqualvolta venga individuata, all'esito della valutazione del rischio, quale misura specifica di prevenzione e protezione.*" Nonostante questo il legislatore nel Dlgs 81/08, confermando quanto già previsto dal D.lgs n. 626/94, si è limitato invece a enunciare che "*Il datore di lavoro effettua la valutazione di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a) in collaborazione con il responsabile del servizio di prevenzione e protezione e il medico competente, nei casi previsti di cui all'art. 41*" mantenendo quindi la stessa ambiguità sulla necessità della nomina del MC.

Per quanto detto la partecipazione del Medico Competente al processo di valutazione del rischio per la salute dovrebbe quindi rappresentare una delle principali attività, dal momento che questa figura ha a disposizione strumenti conoscitivi peculiari per valutare i rischi, quali i dati sanitari individuali e collettivi, le conoscenze scientifiche ed epidemiologiche degli effetti di un rischio sulla salute, la conoscenza degli indicatori biologici adeguati anche alla luce della variabilità di esposizione e di

risposta individuale etc. E' proprio dalla stessa definizione di rischio già' prevista dal Dlgs 626/94 ma chiaramente ribadita nel decreto 81/08: **«rischio»: probabilità di raggiungimento del livello potenziale di danno nelle condizioni di impiego o di esposizione ad un determinato fattore o agente oppure alle loro combinazioni.** (art. 2, comma 1 lettera s), che discende la necessità di conoscere i danni, sia quelli reali (malattie professionali o malattie correlate al lavoro), sia quelli potenziali, nonché i possibili effetti precoci ed i livelli di esposizione personale di ogni lavoratore. Tuttavia, come già detto, spesso i MC, non pienamente consci di questa loro peculiarità, tendono a non considerare un proprio compito la diretta collaborazione nella predisposizione del Documento di Valutazione dei Rischi, focalizzandosi solo sulla Sorveglianza Sanitaria. Anche dal nostro osservatorio, spesso ci capita di vedere che i MC risultano avere esercitato uno scarso ruolo attivo nell'ambito della valutazione di rischio, in parte per una certa emarginazione di questa figura professionale da parte del Datore di Lavoro, visto che, come già detto, il ruolo del MC a questo proposito non è adeguatamente definito neanche dalla normativa, ma in parte anche a causa di una sorta di "auto-emarginazione" dello stesso MC ad un ruolo esclusivamente clinico, sia per uno scarso interesse per le tematiche di igiene del lavoro, sia talora per "malpractice". In effetti, in genere, vengono riferiti pochi incontri e scambi di informazione con gli altri soggetti della prevenzione (in particolare Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza e Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione), limitati spesso agli obblighi minimi di legge, e i dati collettivi dei risultati della Sorveglianza Sanitaria nel Documento di Valutazione dei Rischi sono spesso assenti o poco rappresentati. Invece la partecipazione al processo di valutazione dei rischi per la salute deve rappresentare il compito centrale del MC, che può contribuire alle indagini di valutazione e caratterizzazione delle esposizioni, visitando gli ambienti di lavoro, partecipando alle strategie di monitoraggio ambientale, effettuando il monitoraggio biologico, e registrando le valutazioni soggettive dei lavoratori, tenendo sempre conto che l'esposizione è un processo dinamico, non una condizione o uno stato d'essere e che fondamentalmente può determinare effetti diversi a seconda delle diverse suscettibilità individuali.

Entrando comunque nel merito del Documento di valutazione dei rischi, sia la valutazione (risk assessment) che la gestione del rischio (risk management), in cui si possono distinguere alcune fasi logicamente concatenate quali l'identificazione dei pericoli, la valutazione della relazione dose-risposta, la valutazione dell'esposizione, la caratterizzazione del rischio e infine la gestione del rischio, devono essere governate dalle figure identificate dal sistema di prevenzione aziendale. Inoltre, mentre il risk management tiene conto anche di fattori di tipo economico, gestionale e di compatibilità tecnologica, la valutazione dei rischi vera e propria è il processo più strettamente analitico-scientifico che richiede fondamentalmente conoscenze specifiche di luoghi, fasi, modalità

e organizzazione del lavoro che sono quasi esclusivamente di pertinenza di figure interne quali il DDL, l'RSPP e l'RLS, nonché competenze professionali di tipo igienistico e di medicina del lavoro, che riguardano l'Igienista Industriale (o altre figure tecniche specifiche) e il Medico del Lavoro, soprattutto quando sono presenti problematiche di tipo chimico, ergonomico o organizzativo.

Ogni processo di valutazione d'altra parte, se da un lato prevede l'analisi preliminare del ciclo tecnologico in cui il Responsabile del servizio di Prevenzione e Protezione su mandato del Datore di Lavoro ha un ruolo fondamentale, dall'altro necessita del coinvolgimento del MC nella fase di analisi delle attività lavorative, delle mansioni e dei gruppi omogenei di esposizione, ciò al fine della definizione dei fattori di rischio dal punto di vista qualitativo e quantitativo, nonché della loro pericolosità in relazione ai tempi e modalità di esposizione. Nella fase infatti in cui si verifica la caratterizzazione delle esposizioni, il MC è indispensabile sia per la scelta e la messa a punto degli indicatori dell'esposizione (monitoraggio biologico ecc.), sia nella fase dell'interpretazione dei dati di esposizione raccolti e integrati con le valutazioni cliniche e biologiche dei soggetti esposti in relazione ai valori di riferimento. Fra i suoi compiti comunque al MC spetta in via esclusiva quello di portare a sintesi i risultati degli accertamenti sanitari effettuati sui lavoratori esposti e di adattare le misure di prevenzione e protezione alle specifiche condizioni individuali dei lavoratori. Qualora infatti vengano rilevati sui lavoratori esposti a determinati fattori di rischio effetti pregiudizievoli per la salute, anche tenendo conto dell'ipersuscettibilità, necessariamente dovrà essere revisionato tutto il processo di valutazione del rischio. Questo ovviamente rafforza l'indispensabilità dell'apporto del MC nel processo di valutazione dei rischi nonostante, troppo spesso, venga chiamato in causa solo per la firma di presa visione del documento conclusivo.

Detto questo appare indispensabile che i medici competenti, nell'esercizio delle loro funzioni, raccolgano in maniera coerente e professionale i risultati osservati e registrino i profili di rischio rilevati, ma questo non solo ai fini preventivi all'interno della singola azienda, ma anche per renderli disponibili per gli enti ed istituzioni pubblici ai fini di rilevazioni di numeri significativi che consentano di integrare le informazioni per una corretta valutazione e gestione del rischio, compresa la stima di occorrenza degli effetti avversi. Di conseguenza solo un'appropriata e costante sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti e la raccolta sistematica dei loro dati di esposizione (compresi gli indicatori di dose e di effetto) possono consentire, attraverso una corretta caratterizzazione del rischio, di tenere sotto controllo la salute dei lavoratori esposti. Tali dati potrebbero concorrere inoltre, nell'interesse della salute pubblica e della salute dei lavoratori esposti, a formare la base conoscitiva su cui fondare le scelte per il miglioramento delle condizioni lavorative, non solo della singola impresa, ma di tutta la popolazione esposta per motivi occupazionali agli stessi fattori di rischio.

E' evidente quanto il ruolo del sistema pubblico sia rilevante per integrare i dati e trarre conclusioni di tipo epidemiologico e quindi contribuire a migliorare i livelli di conoscenza sugli effetti dei nuovi rischi sulla salute dei lavoratori. Un concreto contributo a tutto questo dovrebbe essere apportato anche dalla raccolta sistematica dei dati derivanti dalle valutazioni effettuate in tutti i luoghi di lavoro, in modo da contribuire così alla conoscenza e diffusione di informazioni utili per il territorio, sia per costruire standard di buona prassi, sia per promuovere azioni di miglioramento.

Allo stato attuale comunque, dato che la valutazione del rischio si limita quasi esclusivamente ad una descrizione dell'esposizione, spesso senza sviluppare adeguatamente né l'approfondimento della caratterizzazione dell'esposizione stessa, né tanto meno quella del rischio, sembra ancora lontana la possibilità di realizzare progetti di raccolta di dati su popolazioni di esposti sufficientemente vaste con strumenti adeguati ed omogenei. Tutto questo anche se la necessità di ricentrare la prevenzione sui problemi di salute e non solo della sicurezza, sembra comunque un'esigenza sentita diffusamente anche dai lavoratori, come testimonia quanto recentemente emerso dalla somministrazione di un nostro questionario a 100 RLS (23% donne, 76% uomini) i quali hanno dimostrato un rinnovato interesse alle problematiche di tutela della salute, e in particolare per rischi "nuovi", misconosciuti o sottostimati: ergonomico, psicosociale, radiazioni, microclima, chimico/cancerogeno e biologico. Deve quindi crearsi l'opportunità di costruire una rete di servizi pubblici e privati (prevista anche dalla recente normativa: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 Dicembre 2007: Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro e SINP previsto dal Dlgs 81/08) che vada nella direzione di una prevenzione efficace, anche se tutto ciò ancora oggi si scontra con una realtà diversa che rende l'obiettivo, allo stato attuale, raggiungibile solo su pochi, selezionati, determinanti di rischio e attraverso specifici progetti o piani mirati.

Intanto per il sistema pubblico sarebbe auspicabile associare ai sistemi di sorveglianza epidemiologica e ricerca attiva delle malattie professionali, la raccolta sistematica dei dati sanitari attraverso le relazioni sanitarie annuali per migliorare la conoscenza dello stato di salute delle popolazioni lavorative sia delle singole ditte ma, in maniera aggregata, anche di grandi numeri di lavoratori. In questo senso la partecipazione e il ruolo attivo dei medici del lavoro potrebbe essere fondamentale per l'individuazione di "tutti i rischi", ed in particolare di quelli "nuovi".

Attualmente invece stiamo assistendo ad una sottodenuncia e ad una sottostima delle MP e ad una evidente difficoltà da parte dei MC nell'attribuire ad eziologia professionale nuove malattie correlate con il lavoro. Ciò evidenzia quanto sia importante per i medici competenti sviluppare una migliore valutazione del nesso causale, ma anche di quello concausale (come ribadito dalle

recenti sentenze e relative circolari INAIL) di talune patologie rilevate tra i lavoratori e prestare inoltre particolare attenzione alla rilevazione degli eventuali “eventi sentinella”.

La valutazione di rischio sviluppata dai soggetti aziendali, se eseguita in un contesto di regole certe e di punti di riferimento chiari, potrebbe quindi costituire un patrimonio prezioso, non solo per migliorare la sicurezza e la tutela della salute nei singoli luoghi di lavoro, ma anche per aumentare le informazioni e le conoscenze a disposizione dei tecnici e degli organismi governativi e scientifici, documentando anche con il contributo della parte pubblica, la base di dati su cui si fondano le regolamentazioni e le norme.

## Bibliografia

Codice Etico ICOH: [http://www.icohweb.org/core\\_docs/code\\_ethics\\_it.pdf](http://www.icohweb.org/core_docs/code_ethics_it.pdf)

Linee Guida del Coordinamento Tecnico delle Regioni e delle Province Autonome per l'applicazione del Dlgs 626794, ASL di Ravenna, 1999

Ossicini A, Miccio A. <http://www.eptpalermo.it>

Commissione del Senato sull'andamento infortunistico (2008). <http://www.senato.it>

Bartalucci GB et al. Linee Guida per la valutazione del rischio, SIMLII, 2004

Paustenbach D J Elementi della valutazione e gestione del rischio. Am.Ind.Assoc.J. 1990, 51(7) : 339-351

Loi A. M. et al. La valutazione del rischio da agenti chimici. Le conoscenze tossicologiche, il monitoraggio biologico e il processo operativo nei luoghi di lavoro. RISCH. Il rischio chimico nei luoghi di lavoro. Modena 13 ottobre 2006. Vol. 1. pg 369-398.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 Dicembre 2007: Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro e SINP previsto dal Dlgs 81/08 (Gazzetta ufficiale n. 31 del 6 Febbraio 2008)

ISPESL-Rapporto Mal Prof: <http://www.ispesl.it/>

Rapporto Annuale INAIL: <http://www.inail.it>

...

Prospettive per il miglioramento della tutela della salute dei lavoratori  
Pisa 28-29 maggio 2009

*"Sorveglianza sanitaria e test unico: ruoli, interazioni e prospettive"*

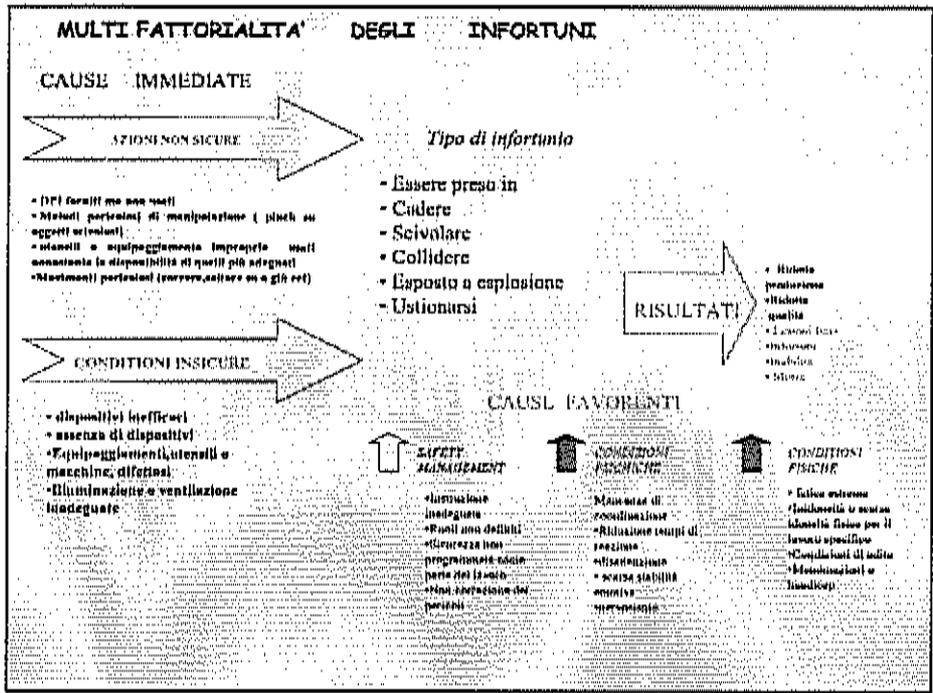


"il contributo del MC nella valutazione del rischio in settori particolari"

Giovanni Mosconi

**La Sorveglianza Sanitaria può contribuire al contenimento degli infortuni?**

Considerazioni sul tema analizzando i risultati di 15 anni di Sorveglianza sanitaria in una popolazione di lavoratori edili della provincia di Bergamo e su una popolazione di autisti (studio iniziato 2007)



## I FATTORI UMANI: CAUSE FAVORENTI

(letteratura)

Int Arch Occup Environ Health 2004;77: 60-66  
**Relationships of job, age, and life conditions with the causes and severity of occupational injuries in construction workers**

Int Arch Occup Environ Health 2007;79:517-525  
**Contributions of occupational hazards and human factors in occupational injuries and their associations with job, age and type of injuries in railway workers**  
 CHAU Neerkasen ; GAUCHARD Gerome C. ; DEHAENE Dominique ; BENAMGHAR Lahoucine ; TOURON Christian ; PERRIN Philippe ; MUIR Jean-Marie

Occupational and Environmental Medicine 2005;62:508-507  
**The impact of overtime and long work hours on occupational injuries and illnesses: new evidence from the United States**  
 A. E. Dennis, J. B. Crickey, R. G. Drabos and S. M. Hanks

Accid. Anal. and Prev., Vol. 27, No. 3, pp. 295-305, 1995  
**MEDICAL CONDITIONS, RISK EXPOSURE, AND TRUCK DRIVERS' ACCIDENTS: AN ANALYSIS WITH COUNT DATA REGRESSION MODELS**  
 DEBORAH J. DUNN, RUTH DEGUARDINS, CLAIRE LARRODE-MADEAU, and DRE KAC

Accid. Anal. and Prev., Vol. 29, No. 4, pp. 471-477, 1997  
**HOURS OF WORK, AND PERCEPTIONS OF FATIGUE AMONG TRUCK DRIVERS**  
 PAULINE K. ARNOLD, LAURENCE R. HARTLEY, ANGELA CORRY, DAVID HOCHSTADT, FULVIO PENNA and ANNE MARIE FEYR

## I FATTORI UMANI: CAUSE FAVORENTI (?)

letteratura

### CONDIZIONI FISICHE

Condizioni di malattia, Menomazioni o handicap, Fatica,  
Inidoneità o limitazioni alla mansione specifica, Difetti  
uditivi, visivi --

### CONDIZIONI PSICHICHE

Riduzione tempi di reazione, disattenzione, scarsa stabilità  
emotiva, Nervosismo, Paura, Percezione del rischio,  
coordinazione...

### STILE E ABITUDINI DI VITA

Alcol, stupefacenti, fumo, alimentazione/sovrappeso --

### [CONDIZIONI SOCIALI

Scolarità e reddito (??)]

## GLI INFORTUNI IN EDILIZIA

La mortalità per infortunio è circa il doppio rispetto agli altri  
settori → **IL RISCHIO INFORTUNISTICO E' SPECIFICITA'  
DEL SETTORE!**

### I Morti per infortunio:

ITALIA: 22/100.000

Provincia Bg: 8-9/100.000

In cantiere è difficile:

-mantenere un elevato grado di prevenzione e sicurezza e di  
rispetto delle "norme" di tutela della salute!

-conoscere l'entità reale dei rischi occupazionali!

-svolgere attività di controllo

## PROVINCIA DI BERGAMO

110 INFORTUNI MORTALI (1999 - 2007)

MODALITA' DI ACCADIMENTO:

1. CADUTE DALL'ALTO (34% con 37 casi)
2. MOVIMENTAZIONE MATERIALI CON MEZZI SOLLEVAMENTO E TRASPORTO (26% con 29 casi)

EDILIZIA → 45 morti pari al 41% (5 all'anno)

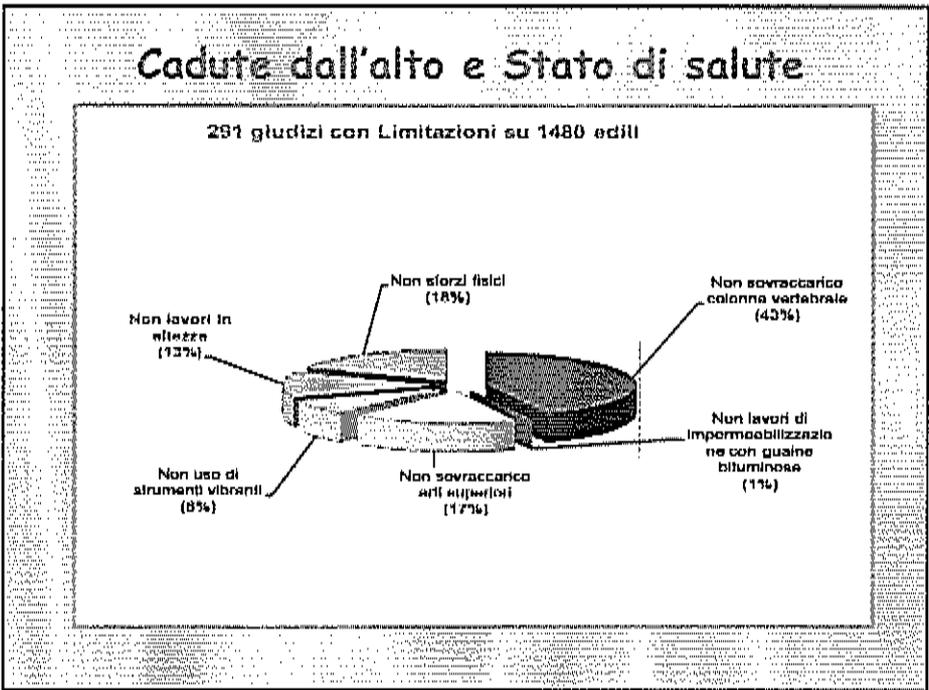
La Carenza di adeguati sistemi di sicurezza si pone come tema Centrale in edilizia.

Cosa spiega la mancata sicurezza?

Perché cadono dall'alto?

...*improvvisamente ho/ha perso l'equilibrio e...*

Che ruolo (peso) hanno i fattori Umani?



## Patologie che hanno determinato una limitazione dei lavori in altezza

- 20 disturbi equilibrio
- 14 ipertensione arteriosa
- 4 Neuropatie
- 2 Patologie psichiatriche
- 2 Deficit della funzione visiva
- 1 Tossicodipendenza
- 4 etilisti cronici

**Il 2,5% ha patologie o abitudini che potrebbero comportare disturbi "dell'equilibrio"!!!**

## Patologie che hanno determinato un Giudizio di non Idoneità (29 casi su 2000)

Apparato	N°	Limitazioni causa della non Idoneità
Apparato osteoarticolare	12	Sforzi fisici, sollevamento manuale carichi, sovraccarico spalla
Apparato cardiovascolare	8	sforzi fisici e sollevamento manuale di carichi
Epatopatie (2 etilisti)	3	sforzi fisici, lavori in altezza alto rischio infortunistico
Neuropatie	4	lavori in altezza, sforzi fisici e sollevamento manuale di carichi
Patologie psichiatriche	2	lavori in altezza ed alto rischio infortunistico
Deficit della funzione visiva	2	lavori in altezza ed alto rischio infortunistico
Tossicodipendenza	1	lavori in altezza ed alto rischio infortunistico

## **Risultati della Sorveglianza Sanitaria 2007**

(Campione di 1314 edili Età M 38.46 aa AL M 21.8 aa)

**Sordità: 4.5% Classe 3 - 5 (Classe 6 - 7: 23%)**

**Funzione visiva: patologie importanti con limitazioni 1.2%  
e il 4,5% con prescrizioni di lenti o occhiali protettivi**

**Malattie psichiatriche: 0.8%**

**Assunzione di Farmaci (circa 20% nst campione):  
ansiolitici, sedativi e ipnotici, antidepressivi,  
antistaminici, antipertensivi, antidiabetici, farmaci  
cadiovascolari...**



**Infortunati      Abitudini di vita**

**INDAGINE ANONIMA E  
VOLONTARIA (UOOML BG - 2006)**

Alcol su aria espirata in 142 edili

**A) IN AMBULATORIO: 66 lavoratori**

--> 1 positivo e 1 rifiutato consenso

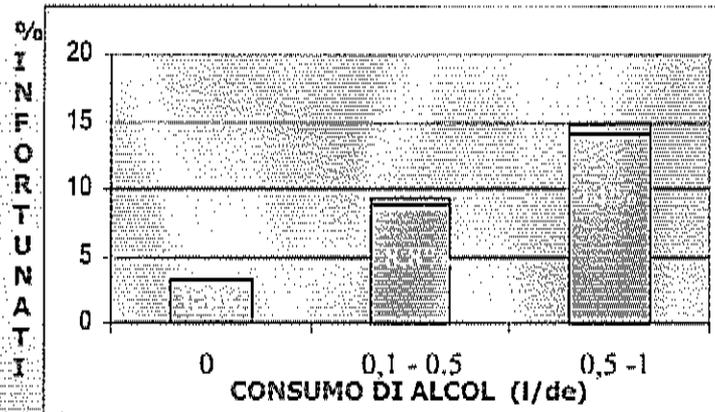
**B) IN CANTIERE: 76 lavoratori**

--> 10 positivi e 7 rifiutato consenso  
(2 fortemente sospetti)

**Patologie che hanno determinato un  
Giudizio di non Idoneità (29 casi su 2000)**

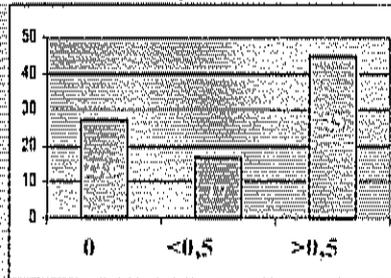
<i>Apparato</i>	<i>N°</i>	<i>Limitazioni causa della non Idoneità</i>
Apparato osteoarticolare	12	Sforzi fisici, sollevamento manuale carichi, sovraccarico spalla
Apparato cardiovascolare	8	sforzi fisici e sollevamento manuale di carichi
Epatopatie (2 etilisti)	3	sforzi fisici, lavori in altezza, alto rischio infortunistico.
Neuropatie	4	lavori in altezza, sforzi fisici e sollevamento manuale di carichi
Patologie psichiatriche	2	lavori in altezza ed alto rischio infortunistico.
Deficit della funzione visiva	2	lavori in altezza ed alto rischio infortunistico.
Tossicodipendenza	1	lavori in altezza ed alto rischio infortunistico.

**RELAZIONE FRA INFORTUNI E CONSUMO DI ALCOL  
TRA LAVORATORI ITALIANI (UOML Bergamo 2007)**



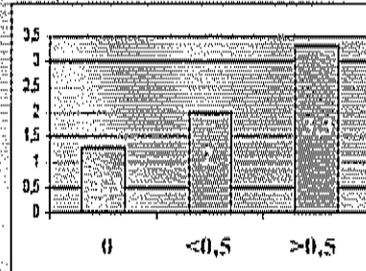
**Consumo di alcol ed assenteismo in lavoratori > 40 a  
(104 edili - anno 2006)**

**Giornate perse**



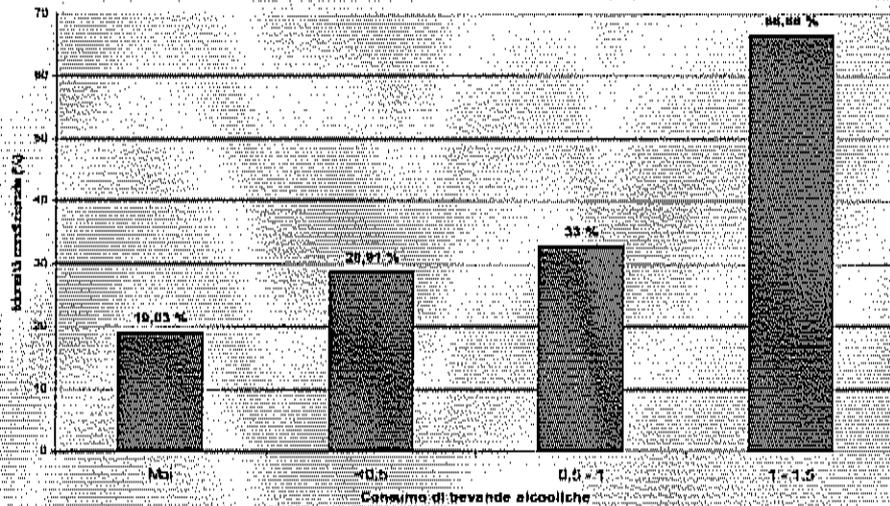
**Consumo di alcol**

**Frequenza del Periodi di assenza**



**Consumo di alcol**

## Relazione fra consumo di alcol ed idoneità con limitazioni (2003-2006)



### Influenza dell'ambiente sul consumo di alcol

- professioni pericolose e mal pagate
- professioni gregarie (subappalto, cottimo...lavoro nero!!!)
- pressione sociale a bere, disponibilità di alcol
- libertà da controlli
- bassa scolarità

**Assunzione di sostanze stupefacenti**  
(campione di 100 lavoratori edili, età media di 38,10 anni, DS 10,04)

**2 rifiuti di sottoporsi al test!**  
*Dato anamnestico*

Consumo di stupefacenti (%)		Modalità di assunzione		Tipologia di sostanze di cui è stata dichiarata l'assunzione (anche più di una per soggetto)				
		occasionale	abituo/ dipendenza	cocaina	cannabis	anfetamine	ecstasy	oppioidei
Mai	80							
Preterreno	16	13	3	2	14	1	0	0
Attuale	4	1	0	1	3	0	0	0

**Determinazione su saliva con Cozart DDS**

Edili	Test negativi	Test positivi					
		cocaina	cannabinoidi	oppiacei	anfetamine	ecstasy	benzodiazepine
Edili	93	1	0	1	0	0	4

**Test effettuati su urina nei primi mesi del 2009:**

– 180 test su lavoratori edili c/o il CPT

**I risultati:\***

– tra i lavoratori edili: 4 positivi a THC  
2 positivi a COC

\* verificati successivamente con gasmaxa

## Patologie che hanno determinato un Giudizio di non Idoneità (29 casi su 2000)

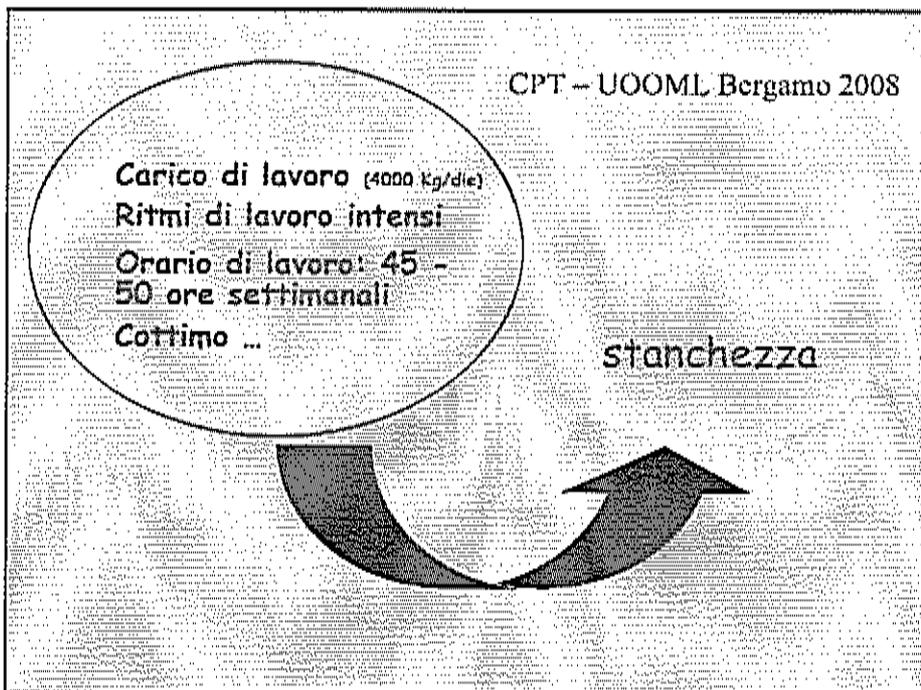
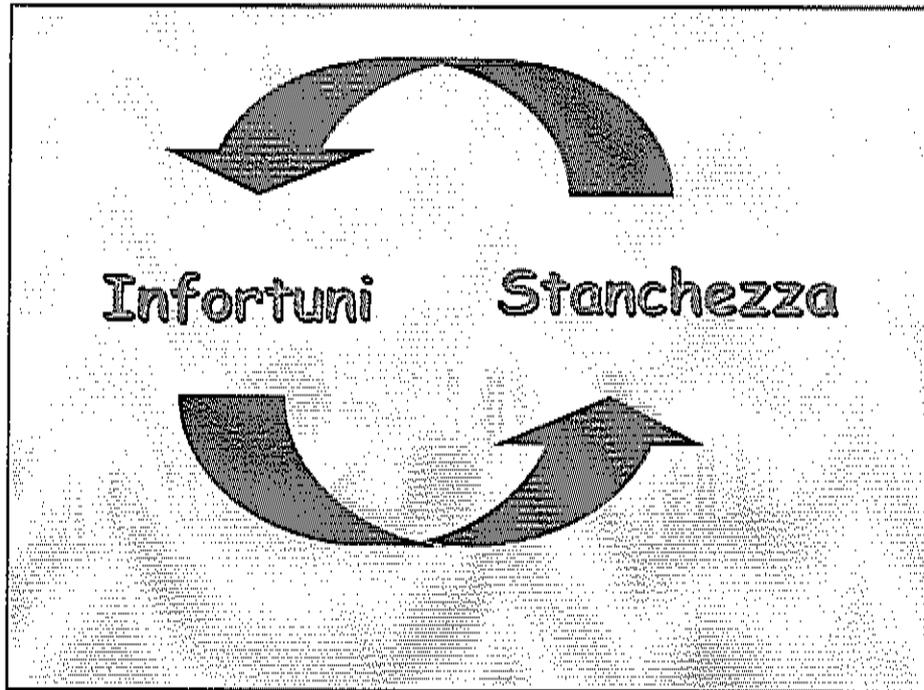
<i>Apparato</i>	<i>N°</i>	<i>Limitazioni causa della non Idoneità</i>
Apparato osteoarticolare	12	Sforzi fisici, sollevamento manuale carichi, sovraccarico spalla
Apparato cardiovascolare	8	sforzi fisici e sollevamento manuale di carichi
Epatopatie (2 etilisti)	3	sforzi fisici, lavori in altezza rischio infortunistico
Neuropatie	4	lavori in altezza, sforzi fisici e sollevamento manuale di carichi
Patologie psichiatriche	2	lavori in altezza ed alto rischio infortunistico.
Deficit della funzione visiva	2	lavori in altezza ed alto rischio infortunistico.
Tossicodipendenza	1	lavori in altezza ed alto rischio infortunistico.

## EDILI

### Alimentazione

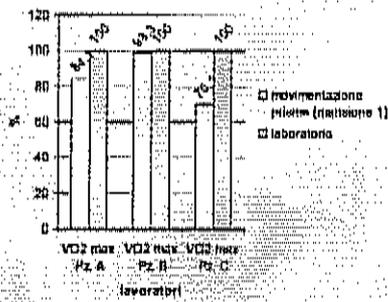
**Obesità: BMI > 29 aumento del rischio per "ridotta mobilità" (tra gli "Aspetti preventivi e gestionali per i lavoratori all'estero" - direttive UKOOA - viene segnalata l'Obesità)**

**Nel nostro campione : 14.7% con BMI > 30 (BMI medio: 26.2) - In alcuni casi motivo di giudizio con limitazione (salite scale, ponteggi...)**

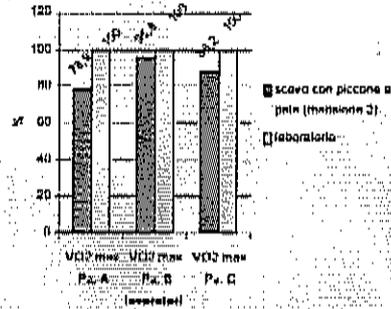


## Lavoro in edilizia è faticoso: Stanchezza e patologie croniche

Movimentazione prisma



Scavo con piccone e pala



Infortunati

Fattori culturali,  
sociali e  
psicosociali



PISA  
28 – 29 maggio 2009

**Prospettive per il miglioramento della tutela  
della salute dei lavoratori**

**Introduzione**  
**D. TADDEO**



**ringraziamenti**

- Regione Toscana
- ASL6 di Livorno

**Società scientifiche patrocinanti**

- ANMA
- SIMLII
- SNOP

## I numeri del convegno

- 350 iscritti
- 80 in lista di attesa
- Le richieste per il futuro

*...apprezzo subito per chiederti se ritieni possibile duplicare il convegno di Pisa del 26 e 29 maggio sulla costa adriatica. Vorrei partecipare a Pisa ma non ci sono più posti. E come me altri colleghi. I contenuti sono di grande interesse in modo particolare la seconda giornata... una collega di ANCONA*

Speriamo di corrispondere alle  
aspettative

Grazie a tutti coloro che hanno  
collaborato

Ruolo dei Servizi di prevenzione  
nei Luoghi di lavoro da  
aggiornare sempre  
.....ora di più

Medici del lavoro pubblici e  
medici competenti

Nel sistema di prevenzione

## Il processo di valutazione dei rischi

- il sistema delle figure aziendali del sistema di Prevenzione

## Il quadro aziendale il quadro territoriale dei rischi

conoscenza per prevenire

## I danni da lavoro noti, meno noti e misconosciuti

conoscenza per prevenire

## Competenze da integrare

- Nella singola azienda
- Tra soggetti pubblici e privati

## La qualità dell'operato

- la prevenzione basata sulle evidenze

## Le informazioni per la prevenzione

- i soggetti destinatari e attivi per la costruzione e per la condivisione

## Dalla teoria alla pratica

### Alcuni temi caldi .....

- **Nello schema di decreto integrativo e correttivo del D.Lgs 81/08 l'art. 58 prevede tra le sanzioni per il medico competente anche "l'arresto fino a tre mesi" o "l'ammenda da 400 a 1600 per la violazione dell'art. 25 c. 1 lett. a), con riferimento alla valutazione dei rischi".**

### **Art.10 bis (Articolo aggiuntivo al decreto legislativo 81/08)**

**Dopo l'art. 14 del decreto è aggiunto il seguente:**

- **Art. 15-bis (Obbligo di impedimento)**
  1. **Nel reato commesso mediante violazione delle norme relative alla prevenzione degli infortuni e all'igiene sul lavoro il non impedire l'evento equivale a cagionarlo alle seguenti condizioni:**
    - a) .....
    - d) **che l'evento non sia imputabile ai soggetti di cui agli articoli 56, 57, 58, 59 e 60 del presente decreto**

## Art 40 dlgs 81

- Formulazione attuale, proposte di modifiche
- In corso

Pisa – 28 maggio 2009

## La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

Stefano Bianchi – Medico Competente

### La definizione dei protocolli sanitari

- Protocollo sanitario: strumento per effettuare la sorveglianza sanitaria
- Comprende:
  - Visita specialistica di medicina del lavoro con anamnesi anche lavorativa ed esame obiettivo
  - Questionari
  - Esami integrativi di laboratorio
  - Esami integrativi strumentali

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### La definizione dei protocolli sanitari

- Utilizzo di indicatori di tipo subclinico (sensibili e specifici) con sufficiente valore predittivo ed in grado di evidenziare effetti precoci e reversibili
- La stesura dei protocolli sanitari rappresenta una delle fasi più critiche della attività del M.C.

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### La definizione dei protocolli sanitari

- I protocolli costituiscono il risultato finale di un processo valutativo molto complesso che richiede
  - conoscenze mediche e di medicina del lavoro
  - conoscenze tecniche relative a:
    - specifico settore lavorativo
    - fattori di rischio tipici
    - ambienti di lavoro
    - risultati di eventuali indagini analitiche ambientali

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### La definizione dei protocolli sanitari

- Il M.C. ha l'obbligo di definire i protocolli sanitari "in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati" (Art. 25 comma 1 lettera b del D.Lgs. 81/2008)
- Comunque una corretta definizione dei protocolli sanitari non può che conseguire direttamente da una attenta analisi dei rischi

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### La definizione dei protocolli sanitari

- Quindi per il M.C. sarà necessario:
    - esaminare il documento di valutazione dei rischi
    - analizzare le schede di sicurezza dei prodotti chimici
    - effettuare sopralluoghi sugli ambienti di lavoro
    - parlare con dirigenti, preposti e lavoratori
- per definire il profilo di rischio di ciascuna mansione

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### La definizione dei protocolli sanitari

- **Importanza che in ciascuna azienda sia ben identificato un mansionario al quale possano far riferimento tutti i documenti aziendali in modo da poter definire con chiarezza ed in maniera univoca, per ciascuna mansione, tutti i rischi per la salute e la sicurezza a cui sono esposti i lavoratori**
- **In definitiva i rischi lavorativi previsti nel D.V.R. aziendale devono corrispondere a quelli indicati dal M.C. nel profilo di rischio di ciascuna mansione**

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### La definizione dei protocolli sanitari

- **Profilo di rischio      →      Protocollo sanitario**
- **La visita medica "di norma" deve essere effettuata con periodicità annuale (Art. 41 del D.Lgs 81/2008)**
- **Tale periodicità può comunque venire modificata con adeguata motivazione sia dal medico competente che dall'organo di vigilanza**

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### La definizione dei protocolli sanitari

- Per quanto riguarda il tipo e la periodicità degli accertamenti integrativi, il M.C. deve far riferimento agli indirizzi scientifici più avanzati:
  - necessità di un continuo aggiornamento
  - opportunità di considerare protocolli sanitari suggeriti in letteratura, come ad esempio i protocolli delle Linee Guida della S.I.M.L.I.I.

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### La definizione dei protocolli sanitari

- Tutte le indagini integrative inserite in un protocollo sanitario devono essere mirate al rischio lavorativo
- Sono indagini di primo livello che vengono effettuate da tutti i dipendenti che hanno una analoga esposizione professionale
- Eventuali indagini di secondo livello non rientrano nel protocollo sanitario ma vengono effettuate solo da alcuni lavoratori

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### La definizione dei protocolli sanitari

- Nella stesura di un protocollo sanitario il M.C. deve mantenere un giusto equilibrio
  - evitando di definire un protocollo sanitario non sufficientemente tutelante per la salute del lavoratore
  - ed evitando di redigere un protocollo ridondante e carico di esami integrativi non correlati al rischio lavorativo

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### La definizione dei protocolli sanitari

- Il M.C. deve tenere in giusta considerazione sia le esigenze del lavoratore (che rappresenta l'utente) che quelle del datore di lavoro (che è il cliente)
- la difficoltà sta nell'ottenere la massima tutela possibile della salute dei lavoratori con costi comunque accettabili per le aziende
- ciò tenendo comunque sempre presente che gli accertamenti sanitari devono essere a basso rischio per il lavoratore (Art. 229 comma 3 D.Lgs 81/2008)

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### La definizione dei protocolli sanitari

- **Verifica e continuo aggiornamento dei protocolli sanitari a seguito di:**
  - ◆ variazioni del ciclo produttivo
  - ◆ revisioni della valutazione del rischio
  - ◆ risultati della sorveglianza sanitaria
  - ◆ risultati del monitoraggio biologico
  - ◆ criticità evidenziate durante colloqui con i preposti o con i lavoratori

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente o gli obblighi informativi

#### La definizione dei protocolli sanitari

- **Obiettivi dei protocolli sanitari:**
  - ◆ contribuire alla prevenzione delle malattie professionali
  - ◆ evidenziare situazioni pericolose per gli ipersuscettibili
  - ◆ evidenziare criticità causate da micropollesposizioni
  - ◆ contribuire alla corretta formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente o gli obblighi informativi

#### La definizione dei protocolli sanitari

- Uno degli aspetti più problematici per il M.C. nella stesura dei protocolli sanitari consiste nel fatto che non sono molti gli esami integrativi veramente specifici in relazione ai rischi professionali
  - In particolare per il rischio chimico si è fortunatamente passati dalle esposizioni significative e spesso dannose di un tempo alle attuali micropoliesposizioni che sono sicuramente meno pericolose ma che sono anche più difficilmente monitorizzabili

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### La definizione dei protocolli sanitari

- Il monitoraggio biologico, in particolare, può essere utilizzato solo per un numero limitato di prodotti chimici
- Questo è ancora più vero se consideriamo che ogni anno l'industria introduce sul mercato numerosi nuovi prodotti di sintesi che non hanno metaboliti da poter ricercare ed i cui effetti, peraltro poco noti, il M.C. dovrebbe evidenziare precocemente

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### La definizione dei protocolli sanitari

- Talora si può avere addirittura l'impressione di inserire nei protocolli sanitari indagini integrative di scarsa o nulla adeguatezza
- Possono quindi sorgere dubbi sull'utilità del protocollo sanitario ai fini del raggiungimento degli obiettivi della sorveglianza sanitaria

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### La definizione dei protocolli sanitari

- Discrepanza tra obiettivi della sorveglianza sanitaria e possibilità reali di monitorare i rischi professionali con indagini mirate, specifiche e sensibili
- E pertanto auspicabile che quanto prima sia possibile avere a disposizione indicatori più sensibili degli attuali e più adeguati ai livelli di esposizione che si osservano al giorno d'oggi

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### Obblighi informativi

- Il M.C. deve informare adeguatamente i lavoratori su:
  - ◆ rischi professionali a cui sono esposti e loro possibili manifestazioni
  - ◆ significato della sorveglianza sanitaria
  - ◆ risultati degli accertamenti sanitari

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### Obblighi informativi

- Per ottemperare agli obblighi informativi il M.C. può:
  - ◆ programmare incontri formativi ed informativi con i dipendenti da ripetere frequentemente
  - ◆ utilizzare anche le visite mediche che ben si prestano a brevi ma utili richiami informativi proprio in virtù della periodicità con cui vengono effettuate

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### Obblighi informativi

- La consegna per iscritto del giudizio di idoneità al lavoratore (Art. 41 del D.Lgs 81/2008) consente di ottemperare ad alcuni degli obblighi informativi
- La comunicazione dei risultati degli esami integrativi deve avvenire in maniera tempestiva e comunque in un lasso di tempo ragionevole rispetto al momento in cui è stato effettuato l'esame

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### Obblighi informativi

- Spesso i lavoratori stranieri incontrano enormi e talora insuperabili difficoltà per comprendere e per esprimersi nella nostra lingua:
  - ↳ impossibilità di raccogliere correttamente l'anamnesi
  - ↳ vani tutti i tentativi di formarli ed informarli
  - ↳ dubbi sulla possibilità che riescano a svolgere il proprio lavoro in sicurezza

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### Obblighi informativi

- Difficoltà in alcune realtà aziendali di informare e formare i lavoratori atipici nei tempi e nei modi richiesti dalla normativa
- Talvolta questi lavoratori non vengono sottoposti addirittura neanche alle visite mediche ed alle altre indagini previste dal protocollo sanitario

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### Obblighi informativi

- Novità per il M.C.: collaborazione "alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di 'promozione della salute', secondo i principi della responsabilità sociale" (Art. 25 comma 1 lettera a del D.Lgs. 81/2008)
- Tali programmi devono essere attuati in particolare grazie ad attività di informazione e formazione e sono volti a prevenire patologie ad etiologia multifattoriale

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### Obblighi informativi

- Il M.C. ha conoscenze scientifiche per poter partecipare a programmi di promozione della salute
- Il M.C. conosce i fattori di rischio extraprofessionali di ciascun lavoratore e può monitorarli nel tempo
- Il M.C. rappresenta spesso per i lavoratori un importante punto di riferimento
- si tratta di iniziative che possono rafforzare l'immagine del M.C. nei confronti dei lavoratori

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### Obblighi informativi

- Per l'effettuazione di tali programmi è opportuno preventivamente accordarsi con il datore di lavoro, con il rappresentante dei lavoratori ed ottenere il consenso informato del lavoratore
- Questo punto della normativa può essere di difficile attuazione anche alla luce dei tanti obblighi vecchi e nuovi a cui deve ottemperare il M.C. specie in considerazione del fatto che richiederà un impegno non trascurabile

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### Obblighi informativi

- Un momento fondamentale riguarda l'opportunità di informare in maniera adeguata il datore di lavoro su:
  - ◆ ruolo ed importanza che il M.C. riveste nel "sistema prevenzione" dell'azienda
  - ◆ significato ed obiettivi della sorveglianza sanitaria

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

#### Obblighi informativi

- Occorre far comprendere ai datori di lavoro i vantaggi che possono derivare da un'attività di sorveglianza sanitaria corretta, efficace ed efficiente, tutto ciò anche per armonizzare l'attività del D.D.L. e del M.C. al fine di eliminare od almeno ridurre alcune criticità che si verificano durante l'attuazione del programma di sorveglianza sanitaria

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

La definizione dei protocolli sanitari da parte del medico competente e gli obblighi informativi

Grazie per l'attenzione

Stefano Bianchi — Medico Competente