



**S**.ervizio  
**I**nformativo  
**R**.appresentanti  
**S**.icurezza

**S**

**I**

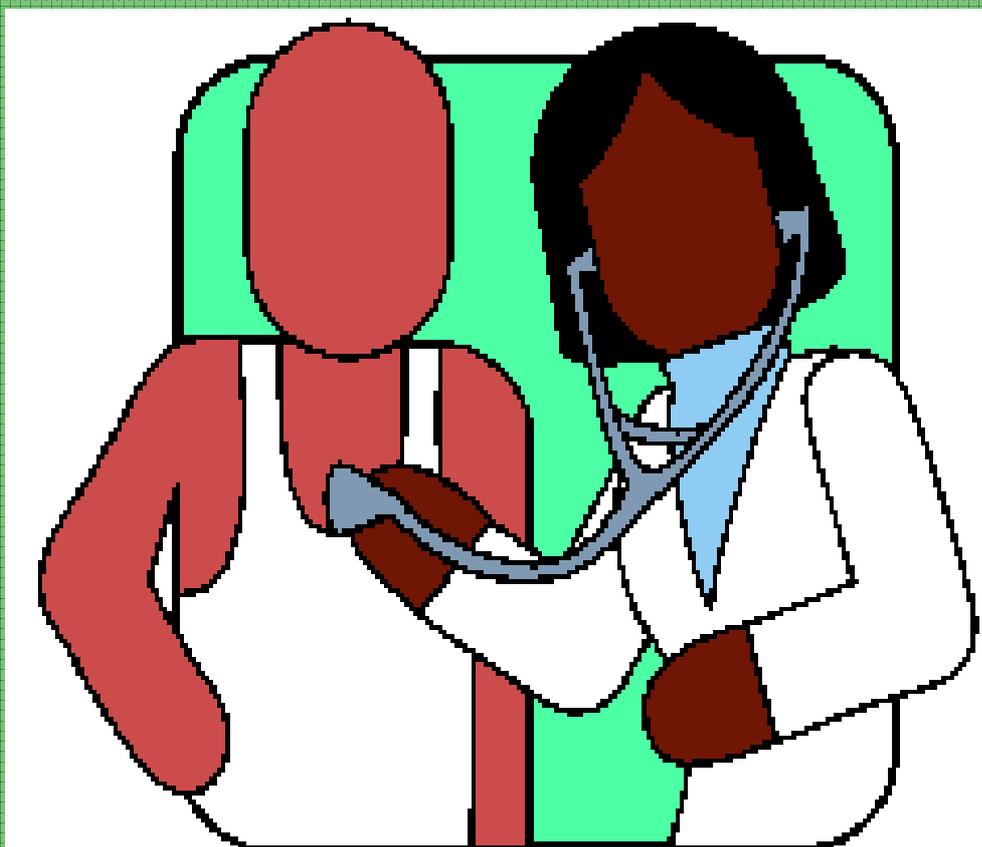
**R**

**S**

**Bologna 19 novembre 2005**

**Atti del seminario**

# **La nuova sorveglianza sanitaria alla luce delle modifiche apportate alla normativa**



**Collana INFOSIRS**

**N° 2- 2005**

**DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA**

**AZIENDA USL DI BOLOGNA**

**Via Gramsci n. 12 - 40121 Bologna**

**Tel. 051 6079934-9717 Fax 051 6079541**

[www.sirsrer.it/bologna](http://www.sirsrer.it/bologna)



Il SIRS - Servizio Informativo Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza di Bologna è costituito da

- Provincia di Bologna;
- Dipartimenti di Sanità Pubblica delle AUSL di Bologna e di Imola;
- Cgil Cisl Uil della Provincia di Bologna;

I componenti il Comitato di Progettazione e valutazione del SIRS sono:

Viliam Alberghini	SPSAL Ausl Bologna
Claudio Arlati	CISL Bologna
Giorgio Ghedini	SPSAL Ausl Bologna
Giuseppe Lelli	UIL Bologna
Leopoldo Magelli	PROVINCIA Bologna
Leo Morisi	SIRS Bologna- SIRS-RER
Daniela Patelli	SIRS Bologna
IlIANA Pompei	DSP Imola
Andrea Fabbri Cossarini	CGIL Bologna
Turchi Stefania	CSES Ausl Bologna
Barbara Giatti	PROVINCIA Bologna

La presente pubblicazione è stata curata da

- Leonildo Morisi, responsabile SIRS di Bologna e SIRS-RER
- Andrea Spisni, SIRS – AUSL di Bologna - RLS AUSL di Bologna

Copia del volume può essere richiesta a:

SIRS – Via Gramsci, 12 40121 Bologna  
tel. 051-6079934 - 9717 fax 051-6079541

[andrea.spisni@ausl.bologna.it](mailto:andrea.spisni@ausl.bologna.it)  
[daniela.patelli@ausl.bologna.it](mailto:daniela.patelli@ausl.bologna.it)

## **PROGRAMMA DELLA GIORNATA**

### **LA NUOVA SORVEGLIANZA SANITARIA ALLA LUCE DELLE MODIFICHE APPORTATE ALLA NORMATIVA**

**09.00**—Apertura dei lavori

**L. Morisi (SIRS - Bologna)**

**09.30**— La sorveglianza sanitaria : significato e funzioni

**F. Pugliese (Azienda USL di Piacenza)**

**10.00**— Ruolo e relazioni tra i soggetti

**L. Magelli (Provincia di Bologna)**

**10.30**— Dibattito a tema

**12.30**— A ruota libera

**Interventi non a tema di RLS**

**13.30**— Conclusioni

**L. Morisi (SIRS Bologna)**



# INDICE

*PROGRAMMA DELLA GIORNATA 3*

---

---

*PERCHE' LA SORVEGLIANZA SANITARIA? 5*

---

---

*LA SORVEGLIANZA SANITARIA: SIGNIFICATO E FUNZIONI 8*

---

---

*LA SORVEGLIANZA SANITARIA: RUOLO E RELAZIONI TRA I SOGGETTI 19*

---

---

*DIBATTITO 30*



## PERCHE' LA SORVEGLIANZA SANITARIA?

### **L. Morisi – SIRS Bologna**

Fino ad oggi, i seminari che il SIRS proponeva agli RLS erano su problematiche sempre diverse o legati a fattori contingenti, quali ad esempio l'uscita di nuove norme o modifiche rilevanti del 626. Oggi invece riproponiamo un argomento trattato già nel 1998 in occasione del primo incontro che l'allora neonato SIRS aveva organizzato per gli RLS della Provincia di Bologna, incontro che aveva come oggetto i rapporti tra RLS e medico competente.

Perché allora ripetere a distanza di sette anni una iniziativa analoga?

Le ragioni per cui il SIRS con questa iniziativa intende rivisitare la stessa materia sono legate a tre motivi principali: la prima riguarda principalmente i nuovi RLS che allora non erano presenti e che quindi non hanno avuto la possibilità di approfondire le problematiche legate alla sorveglianza sanitaria. Sette anni sono tanti e sicuramente molti vecchi RLS hanno passato la mano e quindi tutti coloro che li hanno sostituiti non hanno partecipato a quel seminario e quindi per loro sarebbe comunque un argomento nuovo con cui confrontarsi.

Perché la sorveglianza sanitaria rimane un problema importante e difficile per gli RLS ancora oggi, a più di dieci anni di distanza dall'approvazione del DLgs 626; lo sappiamo benissimo noi come SIRS in quanto quotidianamente riceviamo richieste da parte degli RLS e dei lavoratori che vertono proprio sui problemi della sorveglianza sanitaria e dei rapporti con il medico competente.

L'analisi delle domande che ci pervengono stanno ad indicare chiaramente che i rapporti con il medico competente e più in generale, tutti gli aspetti sanitari sono tra i più problematici per quanto riguarda l'attività degli RLS in azienda ed oggi avremo certamente occasione di capirne ed approfondirne le motivazioni, ma sicuramente sono uno degli aspetti più importanti su cui è utile ritornare a riflettere. Questo è il primo motivo.

Il secondo motivo che abbiamo preso in considerazione, sempre facendo riferimento a quanto proposto nel seminario sul medico competente di qualche anno fa, è che, con l'iniziativa di oggi, possiamo fare il punto su diversi aspetti che allora erano ancora oggetto di dibattito in quanto legati a dubbi applicativi o perché la normativa lasciava spazio a diverse interpretazioni, e che oggi sono stati se non risolti, almeno si è giunti ad una loro applicazione condivisa ed accettata su quasi tutti i luoghi di lavoro.

Infine la terza ragione è che, anche se qualcuno di voi ha già partecipato ad altri incontri su questo tema ed è già esperto in quanto da anni svolge le funzioni di RLS e su questi problemi ha già avuto modo di confrontarsi, comunque negli ultimi tempi sono uscite delle novità che hanno modificato in maniera sostanziale la prima stesura della normativa e quindi riprendere l'argomento a distanza di anni per rifare un po' il punto sulla situazione attuale alla luce di queste nuove modifiche costituisce un aggiornamento anche per coloro che hanno già avuto una prima formazione e in qualche modo conoscono già la materia.

Un'altra novità che voglio sottolineare è legata all'organizzazione della giornata. Non so se avete letto attentamente il programma, ma rispetto agli incontri che eravamo soliti organizzare nelle occasioni precedenti, questa volta abbiamo modificato leggermente i tempi di lavoro e modulato diversamente il loro spazio.

Spesso ci veniva, se non proprio accusato, ma velatamente fatto notare, che passavamo più tempo noi a parlare da questa parte del tavolo che gli RLS a confrontarsi, a discutere e a dibattere dall'altra. Quindi si lamentava che l'organizzazione delle giornate del SIRS lasciavano poco spazio agli RLS anche se abbiamo sempre cercato di dare il maggior spazio possibile agli RLS ed al confronto.

Per soddisfare questa richiesta, abbiamo pensato perciò di modificare leggermente l'organizzazione della giornata e, come potete constatare, l'incontro di oggi si svolgerà in due momenti distinti: la prima parte della giornata vedrà come sempre il trattamento dell'argomento in discussione attraverso relazioni tenute da esperti

del campo, ma queste sono state limitate a due; mentre di solito erano quattro o cinque, oggi le abbiamo ridotte al minimo indispensabile, non essendo possibile eliminarle completamente perché sono propedeutiche al proseguimento dei lavori, in quanto sono necessarie per fornire le informazioni di base su cui poi verrà aperta la discussione.

Dopo di che lasceremo un'ora, un'ora e mezza, il tempo necessario ad esaurire le richieste degli RLS che intendono entrare nel merito degli argomenti proposti dalle relazioni e quindi dare la possibilità di dibattere, chiedere chiarimenti e porre quesiti inerenti la materia specifica di cui oggi approfondiamo le tematiche visto che, avendo chiamato gli RLS a parlare della sorveglianza sanitaria, è giusto che gli RLS presenti si confrontino con gli esperti su questa materia.

Però nelle occasioni precedenti è capitato molto spesso che, al momento in cui si apre la discussione, altri RLS non hanno problemi inerenti l'argomento del giorno, ma ne hanno altri, che spaziano su altri temi, su altre materie, che ritengono importanti e che sentono il bisogno di riportarli in sala non avendo, probabilmente, altre occasioni di parlarne e confrontarsi con qualcuno. A questi RLS abbiamo deciso di dedicare un ulteriore spazio, detto a ruota libera, in cui parlare di qualsiasi problema e porre quesiti, anche al di fuori del tema trattato oggi è cioè della sorveglianza sanitaria, ai quali naturalmente cercheremo di rispondere oggi, se abbiamo gli strumenti, altrimenti ci prenderemo l'impegno di contattare ogni singolo RLS per poter rispondere poi in un secondo tempo.

Questo ulteriore spazio, dedicato al dibattito, non ha solamente lo scopo di chiamare gli RLS a discutere e a confrontarsi, ma ha anche un altro obiettivo che è quello di cercare di capire i loro bisogni, i loro disagi e quali argomenti diano loro maggiore difficoltà, proprio perché serve a noi, come SIRS, ad indirizzare meglio le nostre azioni e a mettere in atto ulteriori iniziative specifiche proprio su quei problemi che gli RLS stessi hanno evidenziato ed, in qualche modo, sponsorizzato. Se su dieci interventi, nove vertono su un problema, ad esempio sul problema della formazione, significa che quel problema è particolarmente sentito e quindi si metteranno a punto una serie di strumenti che vadano incontro a queste esigenze.

Queste sono un po' le novità che volevo evidenziare oggi e per non portare via ulteriore tempo, diamo inizio ai lavori sottolineando che per la riuscita di questa giornata, diventa fondamentale la vostra partecipazione, in quanto le modifiche organizzative che vi ho illustrato, si fondano sul fatto che la sala, cioè gli RLS presenti, diano il loro prezioso e, da oggi, indispensabile contributo ai lavori.



## **LA SORVEGLIANZA SANITARIA: SIGNIFICATO E FUNZIONI**

**Franco Pugliese – Azienda USL di Piacenza**

Mi presento un attimo in quanto essendo ospite non sono noto alla maggior parte di voi. Mi chiamo Franco Pugliese e sono medico del lavoro e sono stato responsabile del servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro nell'Azienda USL di Piacenza, poi sono stato a fare il direttore di un distretto, sono rientrato a fare il responsabile del servizio di prevenzione e protezione e il medico competente dell'Azienda USL dal 98. Vengo dalla scuola di Pavia, come si usa dire e, oltre che in medicina del lavoro, sono specialista in cardiologia e igiene e mi occupo di radioprotezione, visto la vicinanza anche di Caorso, che almeno fino a qualche tempo fa era una realtà importante, lo è ancora perché è in fase di dismissione e quindi ha una serie di problemi.

Una breve premessa: la sorveglianza sanitaria è sempre stata tradizionalmente un luogo e un oggetto di discussione, di compensazione, di conflitto. È tipicamente un ruolo, quello del medico competente, dove si mescolano tante relazioni: la principale è quella sanitaria, il rapporto medico-paziente che, in questo caso, assume una connotazione particolare, perché il medico è un decisore e un valutatore per nome e per conto di una parte, del datore di lavoro, nell'interesse di un'altra. Quindi è tipicamente nella situazione di una valutazione, ma anche di una mediazione.

Questo a volte confonde le acque, le idee e forse sarà oggetto del dibattito. In ogni caso cercherò di delineare quella che è la tecnica della sorveglianza sanitaria, perché partendo dalla tecnica e quindi dai riferimenti che la obbligano ad esercitare in un certo modo, si può capire quali sono gli spazi che attorno a questa tecnica, in termini di interpretazione, di gestione e di valutazione, si possono esercitare.

Parto quindi dall'aspetto tipicamente, come dire, disciplinare, quello per cui il medico del lavoro essendo inserito in un contesto aziendale è un collaboratore nell'attuazione di quanto necessario perché l'attività lavorativa si svolga senza

arrecare danno alle persone, e quindi nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute dei lavoratori. È uno specialista la cui competenza ha una radice culturale ed un'esperienza professionale che risalgono a Bernardino Ramazzini, che è l'iniziatore della medicina del lavoro in Italia e nel mondo anche in termini moderni e la rilettura del suo trattato delle malattie dei lavoratori è un qualcosa, per chi è appassionato in questa materia, certamente istruttivo.

C'è un momento di valutazione dell'ambiente di lavoro che serve a dare un peso ai rischi, valutazione in latino vuol dire dare un peso, dare un valore. Si parte quindi dall'analisi dei pericoli e si dà un peso alla quantità di pericolo che si realizza nei rischi, quindi si valuta e poi si fanno gli interventi di correzione e la verifica dei rischi residui. Queste è una tipica spirale di miglioramento che viene illustrata in tutti i convegni, ma il cui senso fondamentale, il cui perno è che se il tecnico, cioè

**il responsabile del servizio di prevenzione e protezione, agisce nella valutazione del rischio in questi termini, deve con il medico competente trovare un modo con cui dialogare, altrimenti già lì si ingenera un primo luogo di conflitto che si ribalta inevitabilmente sul giudizio nella valutazione dello stato di salute del lavoratore.**

Questa è una prima criticità che sottopongo alla vostra attenzione.

Questa serie di tubazioni presenti nella diapositiva, semplicemente significa quanto è complessa la realtà, dentro ci sono tubi che sono denominati come “psicologia del lavoro”, “educazione alla salute”, ecc. ecc., che stanno ad indicare come districarsi in questo ambito è estremamente complesso, ma ciò non dimeno necessario per trovare il flusso delle informazioni che sono necessarie per ottenere poi un risultato da parte del medico.

E il medico cosa deve fare? Deve individuare, non solo, come ci si aspetta da lui e da qualsiasi altro medico, le patologie d'organo per le quali è giudicato competente, ma anche la valutazione dell'ambiente di lavoro e delle relazioni nelle quali si trova immerso il nostro lavoratore, che interferiscono o influiscono con la sua salute, talvolta determinandone un'alterazione significativa che si definisce poi malattia. Quando questo avviene in termini acuti è tipicamente un infortunio.

Da come si sono andate designando in questo ultimo periodo le relazioni di lavoro, per cui, dal lavoro tipicamente dipendente si è arrivati fino al telelavoro, capite che in tutte queste attività, la medicina del lavoro e il medico competente, hanno un

ruolo di valutazione e di giudizio molto importante, sempre nel rapporto lavoro-salute.

La regolamentazione della relazione tra uomo-macchina-ambiente è nota disciplinarmente come ergonomia; se abbiamo fatto un buono studio ergonomico di quell'ambiente, vuol dire che c'è un corretto rapporto fra uomo-macchina-ambiente, un corretto rapporto non solo fisicamente ma anche psichicamente, cioè siamo in grado, per esempio, di evitare disturbi all'attenzione, di governare il carico mentale e non solo quello fisico: Tipicamente l'ergonomia nasceva come necessità di adattare la macchina uomo o comunque studiare il miglior ambiente possibile per la macchina uomo. Quindi Murrell, il fisiologo inglese che intraprese la scienza dell'ergonomia, studiò i marinai all'interno dei sommergibili nel periodo bellico e determinò, insieme agli svedesi, criteri di comfort termico, altrimenti questi stavano male e scoppiavano dentro ai sottomarini,.

Ci sono in questo sistema complesso delle variabili che si riproducono e delle variabili che invece sono uniche. Conoscere questo aspetto in termini concettuali significa poter prevedere quando si valuta ciò che è confrontabile e ciò che è invece valutabile da sé. Per esempio le variabili riproducibili sono la forma dei mattoni, il loro numero, ecc. sono quegli aspetti che si standardizzano. Viceversa il muratore non si può standardizzare e quindi quello che alla fine siamo chiamati a giudicare è la sintesi di tutte queste attività; se io sono l'interfaccia di valutazione fra l'ambiente di lavoro da una parte, che devo conoscere nei suoi determinanti del rischio e dall'altro lato la persona che sto valutando dal punto di vista sanitario, devo pendolare fra questi due aspetti e devo soprattutto esprimere un giudizio di idoneità.

**Il giudizio di idoneità esprime il livello di compatibilità fra quella persona con quello stato di salute e quell'ambiente con quelle caratteristiche.**

Per dare una griglia di riferimento molto povera, ma anche molto essenziale che serve in queste occasioni visto che i tubi erano tanti e bisognava orientarsi, i rischi sono classificabili sostanzialmente come:

1. rischi strutturali,
2. rischi per la salute
3. rischi di natura organizzativa o trasversali.

Questi tre livelli di estrema e rozza, mi scuso per questo, semplificazione, sono di orientamento per definire qual è il punto. È come se noi avessimo un giroscopio e potessimo determinare qual è il punto di valutazione che andiamo ad intercettare quando abbiamo questi tre elementi. Uno di questi elementi, le strutture e gli impianti, hanno un'influenza sulla salute remota, ce l'hanno quando appunto le condizioni igienico-sanitarie, l'accessibilità, ecc.. in qualche modo, condizionano la nostra attività.

**Siamo quindi di fronte, nella sorveglianza sanitaria, ad un elemento di specificità, un sistema unico e non riproducibile: la persona.**

Quali sono quindi i criteri e le categorie di variabili per esprimere un giudizio di idoneità?

Le variabili che dobbiamo valutare sono quelle dell'ambiente di lavoro, cioè un posto di lavoro è idoneo in base alla quantità di rischio che posso attribuirgli; ad esempio l'intensità del rumore e il livello di esposizione personale giornaliera che significa quanto rumore prendi e per quanto tempo è la tua dose di rumore. Inoltre ci sono le attività c.d. usuranti; ci sono alcune attività di lavoro che vengono giudicate tali e che danno per esempio come "vantaggio", la possibilità di accedere prima alla pensione. Chi è esposto ad amianto, per esempio, o chi ha lavorato in un'esposizione accertata di amianto, è considerato nella lista delle malattie usuranti e quindi va in pensione prima. Fino a qualche tempo era così, perché adesso, da giugno, c'è stata la modifica nella finanziaria.

Le variabili intrinseche, invece, sono le caratteristiche della macchina uomo, psichiche e fisiche, la loro variabilità e quindi l'ipersuscettibilità, attorno alla quale c'è un dibattito molto delicato e che poi cercherò di accennare, e il pregiudizio verso gli altri. Siccome siamo in un sistema di relazioni, la sicurezza non è solo la mia, ma è anche la tua, e quindi, da questo punto di vista, a volte, le situazioni di salute hanno un riverbero non solo sulla persona ma anche sui colleghi di lavoro. Pensate alle situazioni di natura psichiatrica, o all'abuso di alcune sostanze, l'alcolismo, le droghe, ecc..

Quando parlo di suscettibilità individuali si apre un portone che si chiama "Analisi preventiva del genoma" o delle "suscettibilità genetiche", studi fatti normalmente per cercare di verificare se vi sono persone che si possono, per esempio, ammalare facilmente di neoplasia. Allora voi capite che da questo punto di vista può esserci una difficoltà alla gestione di questo tema nella relazione con il lavoro, quando nel lavoro ci sono per esempio situazioni di pericolo, non dico di rischio, essendo il

pericolo ancora un rischio potenziale; tanto per intenderci, su questo concetto, se io metessi un bidone di benzina in mezzo alla sala, quello è un pericolo di esplosione e di incendio. Quando io mi avvicino con una fiamma libera, più mi avvicino trasformo questa potenzialità in rischio e più mi avvicino, più ho probabilità che accada l'evento dell'incendio e dell'esplosione. Questo è il criterio con cui si parametrizza il rischio. Lo fanno le assicurazioni per dare un valore al rischio in base alla probabilità di accadimento; se io sono un neo patentato pagherò di più che di un patentato da più lungo tempo, perchè ho maggiore probabilità di arrecare danno.

Allora questa idoneità significa espressione della compatibilità del sistema. Ci sono variabili che non sto qui a illustrarvi, perché penso le conosciate, che riguardano la gestione della prevenzione, le condizioni di sicurezza, le condizioni dell'ambiente di lavoro, il carico di lavoro e l'organizzazione del lavoro. Il lavoro viene analizzato per struttura, per ambiti di consistenza abbastanza importanti che vanno dagli aspetti organizzativi agli aspetti strutturali che li determinano. Ora quando noi valutiamo l'esposizione, che è uno degli elementi che consentono di valutare lo stato di salute di una persona, dobbiamo porci il problema se esistono fattori di pericolo e per quanto tempo e per quante volte il lavoratore vi è esposto nel turno lavorativo.

In altri termini, dobbiamo determinare il carico del rischio, cioè valutare il rischio per quella persona; da un lato, abbiamo il pericolo o rischio potenziale, dall'altra l'esposizione. Se il lavoratore non si espone al pericolo, non ha un'esposizione, questo vuol dire che il rischio cade verso lo zero. Non che non esista il rischio; non esiste concettualmente il rischio zero, diciamo che non c'è l'esposizione e quindi il rischio è molto molto basso. Se però integriamo l'esposizione rispetto al pericolo fino a farla coincidere, allora il rischio diventa massimo: E' chiaro allora che l'esposizione, che deve essere misurata, è direttamente proporzionale al rischio.

Le attività usuranti sono una delle attività che per loro natura sollecitano al massimo la persona nella sua componente fisica e psichica. Ci sono delle attività come i turni e i movimenti ripetitivi che immediatamente fanno capire cosa si intende da questo punto di vista. I turni di lavoro notturni, per esempio, sono una sollecitazione che va al di là, o meglio, al limite delle capacità di compensazione fisiologiche delle persone. Lo stesso per i movimenti ripetitivi.

In generale il concetto di attività usurante non può essere gabbellato a priori. Il Ministero del Lavoro sostiene che non esiste una definizione a priori ed esaustiva di tutte le attività usuranti. In realtà ci sono delle indicazioni concettuali, per cui sono lavori usuranti tutti quelli il cui svolgimento richiede un impegno psichico-

fisico intenso continuativo e protratto nel tempo. Questo comporta una sollecitazione della macchine e quindi una sua usura.

L'altro tema che rapidamente affrontiamo è quello dell'ipersuscettibilità. L'ipersuscettibilità la troviamo rappresentata dalle patologie di natura immunologica, l'asma bronchiale, oppure le stesse neoplasie ad esempio. A parità di esposizione ad alcuni cancerogeni o di abitudine al fumo, ci sono solo alcuni che si ammalano e altri no. C'è sicuramente una percentuale dovuta alla dose, ma c'è anche una componente genetica. Il dibattito è su quanto questa componente genetica pesi nell'essere un determinante maggiore o minore. Allo stato attuale degli studi le componenti genetiche sono ritenute ancora una componente minore.

Comunque l'ipersuscettibilità significa sostanzialmente che ci sono persone che hanno una possibilità di ammalarsi più di altri. Ho detto possibilità; perché per definizione, si parte dalla possibilità, si passa alla probabilità e si arriva alla certezza. Quando devo definire il legame fra un effetto e una causa, qual è il legame fra il rumore e la sordità ad esempio, devo dire, che è possibile ed è il minimo grado, che è probabile, un grado intermedio, oppure è certo. Quando faccio queste valutazioni non ho sempre la certezza di poter dire che quell'effetto o quel danno è legato sicuramente a quella causa. Esprimo anche dei giudizi di probabilità più o meno stretta, fino ad arrivare appunto a quella più labile che è la possibilità.

Il pregiudizio verso gli altri è un altro elemento, che prima ho citato per esprimere l'idoneità di cui bisogna tener conto quando si è in una comunità, perché la salute della persona ne è influenzata. Pensate al problema, con tutte le mitologie all'epoca, dell'AIDS. Il sieropositivo in ambiente di lavoro veniva ritenuto un pericolo, talvolta un rischio per i colleghi.

Ci sono diversi modi per leggere come è strutturato il lavoro e quindi una realtà complessa di relazioni dove la salute è uno degli aspetti che a noi interessano in questo momento. Quindi saper leggere il lavoro significa avere qualche strumento di conoscenza per capire quali aspetti determinano o meno degli effetti sulla salute.

Un metodo è quello di Romher e Landaw, due fisiologi di Dresda che, sostanzialmente, scompongono il lavoro nei loro determinanti e cercano di capire quali siano i fattori che possono andare ad influenzare la salute. Per esempio se ho un lavoro che è estremamente complesso e richiede un impegno fisiologico, ad esempio, il sommozzatore, che richiede un impegno fisico notevole e in più se

devo fare una saldatura sott'acqua, devo anche essere capace di dominare una serie di elementi che non sono naturali, con un impegno psico-fisico davvero notevole.

Allora non pensiamo solo al lavoro o a quello che siamo abituati a vedere, ma pensiamo a tutte le possibilità con cui il lavoro si può esplicitare, da quello in alta quota a quello sott'acqua, a lavori con elevato impegno psichico, come un neurochirurgo che fa un'operazione per sette otto ore e all'equipe che gli sta attorno. Alla quantità di informazioni, di disturbi, di tensioni che passano in quell'ambito e quindi alle sollecitazioni che si subiscono in quei frangenti.

Allora il medico cosa fa? Continua, come già vi avevo anticipato, a pendolare fra macro-variabili del sistema lavorativo organizzato e micro-variabili del soggetto lavoratore. Egli deve continuare a riconoscere l'uno e l'altra, a confrontarle per esprimere questo benedetto giudizio di idoneità.

**E allora la sorveglianza sanitaria che cos'è? È una valutazione periodica medica e fisiologica di un individuo, in quanto si rifà al normale funzionamento dell'organismo e non solo alla sue forme patologiche.**

E' vero che una medicina del lavoro è orientata clinicamente ma è anche vero che è una disciplina che è sbarcata tranquillamente nell'ambito preventivo. E quand'è che si fa la prevenzione: quando si studia bene il funzionamento normale della macchina, per coglierne immediatamente i malfunzionamenti.

Però gli aspetti che vengono ultimamente enfatizzati e sui quali ho qualche perplessità, sono quelli della promozione della salute e questo significa che la sorveglianza sanitaria nella promozione della salute si occuperà non solo dei rischi occupazionali, ma degli stili di vita e dei rischi derivanti dallo stile di vita, dal luogo in cui si vive, dall'appartenenza ad un certo ceppo familiare, ad una certa razza, l'ipertensione arteriosa che con il lavoro in senso stretto non hanno molto a che vedere.

L'importante è avere chiara questa distinzione perché altrimenti si fa confusione e si scambia una cosa per l'altra ed è questo scambio che in sé non va bene, non il fatto che ci possa essere una promozione della salute, anzi ben venga. Il problema è tenere distinte queste cose, in quanto sono due cose diverse anche in termini di responsabilità. C'è una responsabilità sociale dell'azienda e c'è una responsabilità penale e civile del datore di lavoro che deve tutelare la salute dei lavoratori. Quindi gli ambiti di applicazione sono concettualmente differenti.

Gli accertamenti sanitari si svolgono come:

1. accertamenti preventivi,
2. accertamenti periodici
3. accertamenti di congedo.

L'accertamento preventivo serve a valutare la conformità fra la persona e l'ambiente di lavoro, l'accertamento periodico a verificare il mantenimento dello stato di salute; questo tipo di accertamento può essere anche straordinario nel senso che può essere richiesto dal lavoratore stesso: Il medico del lavoro definisce un protocollo, e cioè è un programma di visite, con il tipo di esami e la loro periodicità, ma se ci sono delle questioni di salute riguardanti il lavoratore, questo ha titolo e diritto a richiedere una visita al di fuori di quel programma. Al medico competente è data la facoltà di riconoscere l'esistenza o meno del legame, cioè se questa richiesta sia o no pretestuosa. Rientra nella sua c.d. responsabilità professionale.

La visita di congedo è divenuta obbligatoria per alcune categorie di esposti, ad esempio per gli esposti a rischi chimici per i quali c'è un rischio non moderato e quindi c'è una registrazione dell'esposizione e, da più tempo, per gli esposti alle radiazioni ionizzanti. Coloro che sono esposti alle radiazioni ionizzanti fanno la visita di congedo che serve a verificare che sino a quel momento il lavoratore non ha in atto qualche cosa che può avere generato una patologia da ascrivere all'ambiente di lavoro.

Ci sono delle sorveglianze sanitarie per gli esposti a cancerogeni che possono proseguire nel tempo. Gli esposti ad amianto, od altri cancerogeni ad esempio; se il medico competente lo ritiene possono essere seguiti anche dopo le dimissioni. C'è un problema che ancora non è stato risolto, ... chi è che paga? Chi è che sostiene le spese della sorveglianza sanitaria terminata l'esposizione, sulla cui utilità possiamo discutere?

Con il Decreto Legislativo n. 25 del 2002, sostanzialmente una sorta di rivoluzione rispetto alla vecchia legislazione, un po' scricchiolante ma funzionante, dove c'era una classificazione delle visite con una cadenza minima prevista. Eri esposto ad acetone? Ogni 6 mesi facevi la visita, poi se il medico competente, in base all'art. 34 del D.P.R. 303, riteneva che la quantità era poca oppure l'esposizione era talmente bassa poteva richiedere all'organo di vigilanza periodi più lunghi o la possibilità di fare a meno della visita. Di conseguenza il buonsenso aveva una

porta per entrare nella scelta, altrimenti diventava una ritualità, cioè la visita senza scopo, come un colloquio fra due persone che magari da anni si frequentavano, ma che alla fine non arrivava da nessuna parte.

Invece la sorveglianza sanitaria deve essere appropriata; l'appropriatezza è un tema della medicina attuale e quando c'è un rischio per la salute allora deve essere finalizzata a cogliere quegli elementi di diagnosi precoce che consentono al medico di limitare il danno o di contenerne gli effetti, altrimenti non ha alcun senso, o meglio si sposta nell'ambito, ed allora bisogna essere chiari, della promozione della salute. Diventa un'altra cosa.

Il monitoraggio biologico, cioè il campionamento dei liquidi biologici di una persona, avviene di solito in maniera poco invasiva, e quindi di solito ci si accontenta delle urine, anche se talvolta si fa un prelievo venoso di sangue, ma non si va oltre. La sorveglianza sanitaria per i rischi derivanti da agenti chimici quindi viene fatta prima, periodicamente e all'atto della cessazione dal lavoro.

Il monitoraggio biologico è obbligatorio per i lavoratori esposti agli agenti per i quali è stato fissato un valore limite biologico. Nel protocollo di sorveglianza sanitaria, il medico competente deve controllare che questo abbia gli esami mirati, che questi esami abbiano una sensibilità e specificità adeguata e che non siano generici. Sensibilità e specificità indicano chi ha un'alterazione e chi no.

In più, diciamo che si devono correlare questi esami con le indagini ambientali, in modo da poter fare una correlazione fra ciò che si va a misurare nell'organismo e ciò che si misura nell'aria, in altre parole si integrano quei due valori. Dopodiché il medico competente esprime un giudizio di idoneità, istruisce ed aggiorna la cartella, fornisce le informazioni e su richiesta da anche informazioni agli RLS. Informazioni anonime perché c'è un problema di privacy.

Altro tema importante per il RLS, se vuole mantenere delle corrette relazione con il medico competente nell'interesse di chi rappresenta. A nessuno di voi farebbe piacere che qualcuno invadesse, tramite il medico competente, il vostro privato. A me è capitato di avere, quando ho iniziato a fare il medico competente in azienda, una persona, con la quale adesso sono in buoni rapporti, che male interpretando il suo mandato, voleva assistere, alla visita medica della persona. Se non c'è un legame di parentela e altro, mi spiace, ma la visita medica va fatta solo con la persona, poi se essa è d'accordo, ne possiamo parlare, altrimenti non esiste una cosa del genere.

Il medico competente informa ogni lavoratore dei risultati degli accertamenti sanitari, il che vuol dire che gli trasmette il giudizio di idoneità e gli rilascia anche copia della documentazione sanitaria se lui la richiede, fa la relazione sanitaria annuale, cioè il bilancio di salute della comunità degli esposti. Visita gli ambienti di lavoro e per cui ricava quelle informazioni di giudizio per correlare l'ambiente con le persone, altrimenti, se non conosce come vengono svolte le attività è un po' difficile esprimere giudizi. Diventano giudizi un po' straordinari.

Effettua le visite mediche a richiesta del lavoratore, quando queste siano correlate a rischi professionali, come vi avevo detto prima, si occupa del pronto soccorso, collabora per la formazione e l'informazione. Vi vorrei rammentare che nella formuletta del rischio, il rischio viene dato dalla probabilità per il danno. L'unica cosa che lo può diminuire il rischio risultante da questo prodotto è un fattore chiamato  $K_i$  (kappa-i) che la quantità dell'informazione-formazione - addestramento che ogni lavoratore riceve.

Se voi siete sull'autostrada, sulla tangenziale di Bologna e vedete delle frecce bianche-nere e delle luci che girano a sinistra, quando le vedete alzate il piede dall'acceleratore. Cosa significa questo? Che adottate un comportamento preventivo in base all'informazione-formazione-addestramento che avete ricavato dalla scuola-guida. Ed è l'unico modo per cui la probabilità che è data dal pericolo della curva che gira a sinistra non si attui e voi non finiate fuori strada e vi arrechiate un danno.

Questi sono i peccati mortali del medico competente: non fa le visite, non istituisce la cartella, non dà le informazioni, non informa ogni lavoratore sui risultati sanitari e non comunica; cioè sostanzialmente non svolge quella funzione a cui è demandato per legge ed in base alla quale può essere sanzionato.

Volevo solo accennarvi un aspetto della sorveglianza sanitaria, quello medico legale; una volta che ho rilevato un danno, c'è la gestione di questo danno, che prevede la denuncia della malattia professionale, il supporto per dare al paziente o al lavoratore gli strumenti che servono per ottenere il risarcimento, se e in quanto dovuto. Questo è un compito deontologicamente del medico in generale e in particolare del medico competente.

Rammento che l'angiosarcoma epatico fu acclarato dal Prof. Viola che era il medico della ditta che produceva il vinil-cloruro-monomero in Italia. Quindi non è così difficile trovare anche nei medici competenti, persone oneste, come non è difficile trovare nei medici normali persone disoneste. Non è l'appartenenza ad una

classe che identifica il deontologicamente corretto. Ecco, l'importante è non partire con dei pregiudizi perchè questo avvelena poi la relazione.



## **LA SORVEGLIANZA SANITARIA: RUOLO E RELAZIONI TRA I SOGGETTI**

**Leopoldo Magelli – Provincia di Bologna**

Franco Pugliese nella sua bella relazione ha scelto di volare piuttosto alto, dando fondamentalmente i concetti base e i principi su cui si fonda la sorveglianza sanitaria. Io abbasso molto la quota, volo molto più basso, cercando di puntare su alcuni aspetti di ordine pratico-applicativo, in particolare cercando di ragionare sulla relazione che c'è tra il medico competente e rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza. Chiaramente in questa mia breve chiacchierata, dirò anche qualcosa sulla relazione tra il medico competente e il datore di lavoro, perché ha un'influenza non marginale sui rapporti sugli RLS, mentre dirò molto poco sui rapporti tra medico competente e servizio di prevenzione e protezione perché di fatto già Pugliese partendo, con la valutazione dei rischi, ha messo in evidenza questo tipo di problemi.

Noi ci siamo trovati, qualche anno fa, a fare un primo seminario SIRS e parliamo proprio del rapporto tra RLS e medico competente. Facemmo un'iniziativa analoga, fu affrontato lo stesso problema, e in particolare (chi di voi c'era si ricorderà), mettemmo in evidenza proprio i possibili conflitti tra medico competente e RLS per analizzare le vie con cui evitare o superare questi conflitti. Se qualcuno si ricorda io battezzai la mia relazione con il titolo di un film: "Le relazioni pericolose", proprio per mettere in evidenza il fatto che non sempre tra medico competente e RLS le cose vanno lisce.

Bene, ragionando sulle relazioni corrette, si cercava pure di mettere in evidenza quali erano gli errori da evitare e viceversa, i comportamenti positivi. Cosa è

cambiato rispetto allora? Perché abbiamo deciso di riproporvi un'altra volta questo argomento?.

Perché in effetti la situazione in questi sette anni passati da allora si è modificata. Si è modificata non tanto per quanto riguarda la funzione, i compiti, il ruolo dell'RLS che almeno giuridicamente sono sempre quelli, quanto perché sono cambiate, come diceva Pugliese, le funzioni i compiti e soprattutto il potere decisionale del medico competente; questa direi è la differenza fondamentale con sette anni fa.

Oggi il medico competente ha un potere decisionale che sette anni fa aveva in misura molto minore; oggi, e lo vedremo, alcune delle sue decisioni, devono, è una parola pesante, devono essere rispettate dal datore di lavoro. Quindi in qualche modo sta un po' virando il suo ruolo, non è più un semplice consulente, consigliere, suggeritore, ma su alcune cose è diventato un decisore. E questo chiaramente sposta i termini del problema del vostro rapporto con il medico competente, perché avere un rapporto con una persona che può solo consigliare, è una cosa, il rapporto con chi può assumere decisioni che diventano vincolanti, è una cosa diversa.

In effetti che ci sono state tre cambiamenti che hanno comportato conseguenze importanti.

- 1. La prima, lo dicevo già, il medico competente oggi ha maggiore potere decisionale e maggiore autonomia anche rispetto al datore di lavoro.**
- 2. Secondo elemento, molti aspetti tecnici della sorveglianza sanitaria che in passato erano fissati in modo rigoroso, quasi pignolo, quasi esasperante, da norme di legge, per esempio la frequenza delle visite, per esempio alcuni accertamenti integrativi, ecc.. oggi non sono più normati in modo rigido, ma sono lasciati, completamente o quasi, alla discrezionalità del medico competente.**
- 3. Terza cosa per molti rischi il medico competente ha un potere di orientamento e di intervento anche sugli aspetti preventivi.**

Quindi, attenzione: ci troviamo di fronte ad un professionista della sicurezza e della prevenzione che negli ultimi anni ha visto crescere il suo spazio di azione di intervento e quindi dobbiamo spostare più in alto il livello del confronto con questa figura. Perciò si imponeva una messa al punto del problema rispetto al '98 e una

scelta come SIRS, (anche perché come Morisi diceva in apertura, molti quesiti che ci arrivano attengono a questo problema), di fare il punto della situazione.

Perché? Proprio perché la situazione nuova propone anche delle modifiche del rapporto RLS e medico competente soprattutto su due aspetti: aumentano, si modificano quelli che io chiamo, tra virgolette, “i contatti ufficiali”, cioè i casi in cui il medico competente deve, (non è una sua concessione, ma un obbligo), relazionarsi con l’RLS ed entrano in campo nuove tematiche di discussione con il medico competente. Faccio un esempio banale: se in passato il medico competente visitava i saldatori ogni tre mesi, questo non era oggetto di confronto, la legge glielo imponeva, tant’è che se voleva visitare ogni sei mesi non poteva deciderlo lui, doveva dirlo al datore di lavoro che faceva la richiesta all’organo di vigilanza, che eventualmente, valutato il caso, autorizzava la frequenza della visita ogni sei mesi. Oggi la frequenza della visita la decide lui. Quindi una cosa su cui sette anni fa non c’era nulla su cui discutere, oggi è diventata un possibile oggetto di discussione. E’ cambiata la situazione, quindi cambiano i rapporti, i problemi.

Allora partiamo dal primo punto; il medico competente quando ha l’obbligo di relazionarsi con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza? Tanto per essere chiaro se il medico competente delle vostre aziende non si rapporta con voi, nei casi che adesso vediamo, viene meno al suo dovere professionale e giuridico di confrontarsi con gli RLS.

Quali sono questi casi? Intanto, in generale, il medico competente quando riceve dagli RLS una richiesta di informazioni sul significato degli accertamenti sanitari cui sottopone i lavoratori, ha l’obbligo di dare indicazioni, di rispondere, chiarire, ecc.. Quindi se voi, per esempio, verificate che alcuni lavoratori sono sottoposti a determinati accertamenti e altri no, e non capite il perché di questa differenza, avete il diritto di chiedere al medico competente di motivare la sua scelta e il medico competente ha il dovere, ha l’obbligo di fornirvi questo tipo di informazione.

Se voi ritenete che il medico competente faccia degli accertamenti che secondo voi, per quel poco che sapete, non dovrebbe fare, o se viceversa, ritenete che non faccia accertamenti che a quanto vi risulta in altre aziende altri medici fanno ai lavoratori esposti a rischi simili, avete il diritto di chiedere il perché di queste scelte e il medico competente ha l’obbligo, (ripeto non è un atto di cortesia, è anche quello, ma è un obbligo giuridico), di darvi una risposta.

Fra l'altro, il mancato comportamento corretto è sanzionato, tanto per essere chiari. Inoltre quando almeno una volta all'anno, vi incontrate nella riunione periodica di prevenzione con il datore di lavoro (o con il suo rappresentante), con il responsabile del servizio di prevenzione e protezione e con il medico competente, in quell'occasione il medico competente deve, ancora una volta “deve”, (non può, non “valuta se”), fornire agli RLS i risultati, anonimi e collettivi, degli accertamenti effettuati sui lavoratori e le informazioni sul significato di questi risultati.

Tanto per essere chiaro, non vi dovrà dire che il sig. Rossi ha l'asma professionale, che il sig. Bianchi ha un'ipoacusia di terzo grado o il sig. Neri ha una tendinite per movimenti ripetuti. Vi dovrà dare il quadro della situazione: nella vostra azienda; quest'anno, abbiamo avuto 25 casi da sordità da rumore, la situazione è migliorata rispetto l'anno scorso o è peggiorata, e così via. Questo rappresenta il 20% dei casi, ecc.. Informazioni che vi aiutano a capire la situazione delle patologie professionali all'interno della vostra azienda e vi fanno capire se il rischio è sotto controllo o non lo è.

Faccio un esempio banale: vedo molta gente che lavora negli ospedali, come RLS, medici o quant'altro. Bene, sapere se nella mia azienda USL, nel 2005, le dermatiti da contatto sono aumentate del 30%, vuol dire che il fenomeno è fuori controllo; se sono stazionarie, vuol dire che il fenomeno è controllato; se invece i casi sono diminuiti del 20%, vuol dire che stiamo andando verso un buon governo del sistema. Sono informazioni fondamentali, per l'azienda, ma anche per l'RLS, per capire come si gestiscono le situazioni.

Proseguiamo con l'analisi di questi obblighi e veniamo ad un caso particolare, già lo accennava molto bene il dott. Pugliese; il cambiamento grosso di queste funzioni si è avuto con la normativa sugli agenti chimici. Una legge che è uscita come una legge a sé ed è entrata poi a far parte come TITOLO VII-bis del famoso 626. Bene, qui c'è una cosa importantissima; la vecchia legge sull'igiene del lavoro prevedeva per le visite periodiche per gli agenti chimici delle frequenze di visita stabilite per legge: trimestrale per certi rischi, semestrali per altri, annuali per altri ancora. E queste periodicità erano come le tavole di Mosè, erano lì scolpite ed imm modificabili. Soltanto con il percorso che dicevo prima potevano esser modificate, con l'autorizzazione dell'USL.

Bene, adesso il quadro cambia completamente. La legge dice semplicemente, “periodicità di norma annuale”, ma il medico competente in base alle sue valutazioni, quindi in piena autonomia e in pieno potere decisionale, può cambiare

questa periodicità, in più o in meno. Può dire: “il rischio mi sembra particolarmente elevato ho dei lavoratori molto anziani o molto giovani, le fasce a maggior rischio, per cui li voglio controllare ogni sei mesi”, può anche dire: “il rischio, tutto sommato, è modesto, li controllo ogni due anni; può decidere lui il comportamento. Però attenzione: siccome la legge dice “di norma annuale”, il medico competente che vuole derogare da questa generale affermazione ha due obblighi:

- 1. deve motivare nella valutazione dei rischi, il perché adotta una frequenza diversa, deve rendere trasparente la sua scelta, il suo orientamento;**
- 2. inoltre deve rendere nota questa scelta agli RLS senza bisogno che voi glielo chiediate; è lui stesso che deve darvi questa informazione e spiegarvi, le motivazioni che hanno indotto questa scelta.**

Attenzione, badate, su questo punto non è sanzionato, però mi lego a quanto dicevo prima: se il medico non vi dà questa informazione, avete tutto il diritto di chiederla. Allora il fatto di non darvela di sua iniziativa è un comportamento scorretto, ma non sanzionato giuridicamente, mentre se glielo chiedete ed anche questa volta non ve lo dice, entriamo nel campo del comportamento non solo scorretto, ma sanzionato giuridicamente. Quindi abbiate anche la percezione dei diversi strumenti di pressione che in qualche modo avete a disposizione.

Altro discorso; prima Franco Pugliese parlava del monitoraggio biologico, lo riprendo brevemente. Un modo molto importante per capire se una persona è esposta a rischio e sta, tra virgolette, “preparando” una malattia professionale, è per molti agenti chimici il monitoraggio biologico cioè il misurare direttamente nelle urine, nel sangue, nell’aria respirata, ecc.. la concentrazione di una sostanza tossica o di un suo prodotto del metabolismo. Questo ci informa sul livello di rischio.

Se si è stabilito (per legge) un certo limite di riferimento, per esempio per il piombo, il cromo o il cadmio e nel sangue si trovano valori al di sopra di questo limite, vuol dire che la persona sta assorbendo sostanze tossiche in quantità rilevante. Se trovo valori appena inferiori, vuol dire che sono in zona rischio, se trovo valori bassissimi, questo mi tranquillizza. Zero non si trova mai tanto per essere chiari.

I risultati del monitoraggio biologico, che sono un indicatore importantissimo di esposizione a rischio, devono essere inseriti nel documento di valutazione dei rischi e devono essere comunicati agli RLS. Anche questo aspetto non è sanzionato ma facciamo lo stesso discorso di prima. Quindi vedete che sta cominciando a diventare più ricco il menu che il medico competente deve offrire agli RLS!

Infine un ultimo caso, relativo ad una legge “freschissima” appena uscita e che riguarda il rischio da vibrazioni. Anche questa legge è costruita sulla falsariga della legge sugli agenti chimici: la normativa prevede, infatti, una visita medica per gli esposti a vibrazioni al di sopra del cosiddetto livello d’azione, ma anche in questo caso il medico può decidere di variare la frequenza della visita; se la varia, come sempre, deve motivarla, nella documentazione di valutazione dei rischi, e deve informare gli RLS della sua decisione e del perché l’ha assunta. Quindi vedete come già soltanto nel campo dei nuovi obblighi aumenta di molto il terreno di confronto e relazione tra RLS e medico competente.

In sintesi, fin da quando è entrato in vigore il 626, erano definite alcune forme di relazione obbligatoria tra medico competente e RLS; dal 2002 in poi il quadro si è molto ampliato con il discorso degli agenti chimici e da pochi mesi per le vibrazioni; ma vado oltre; la tendenza appare oramai evidente, quindi è presumibile che nel momento in cui altri rischi verranno normati, penso, ad esempio, ad un rischio che è in lista di attesa da molto tempo, il rischio legato alle radiazioni non ionizzanti (onde elettromagnetiche, radiofrequenze, ecc..), sarà previsto fondamentalmente, lo stesso tipo di meccanismo.

Però ci sono anche altre cose molto più importanti rispetto alla sorveglianza sanitaria. Sempre meno, e qui riprendo le cose molto belle che diceva Pugliese, sempre meno il medico competente è un mero esecutore di atti specialistici come le visite mediche. Questa certamente rimane la componente fondamentale del suo lavoro, ma non è più, come era con le vecchie leggi, il 98% del suo lavoro; oggi se posso tentare una percentuale, è un 51%, ma il 49%, quindi circa la metà, è tutt’altro tipo di attività. Sempre più il medico competente assume un ruolo diretto ed attivo in campo preventivo. Io uso sempre la metafora della mezza mela: il medico competente è l’altra mezza mela rispetto al servizio di prevenzione e protezione, è, in qualche modo, l’altro soggetto che aiuta il datore di lavoro a governare i problemi di sicurezza. Di conseguenza gli RLS dovranno imparare a coinvolgerlo di più e chiedergli maggiori informazioni ed interventi, perchè ha assunto, ripeto, anche un potere decisionale in molti campi.

Facciamo qualche esempio, perché al di là degli aspetti concettuali mi interessano molto gli esempi pratici.

1. Primo esempio: oggi sulla sorveglianza sanitaria non ci sono quasi, (quasi perché ancora qualcosa c'è), delle regole tabellate e rigide. Cioè, in passato il medico competente era, in qualche modo, come ingabbiato in un sistema di regole che gli lasciava pochissimi gradi di libertà, doveva in altre parole seguire ciò che la legge prevedeva come frequenza, per molti casi, anche del tipo di accertamenti integrativi da fare, addirittura per il piombo gli dava il comportamento da seguire a seconda dei risultati che emergevano.

Oggi, il medico competente, anche in termini di programmazione dell'attività ha acquisito molta autonomia, molto spazio e il datore di lavoro deve tenere conto delle sue decisioni. Questo vale, tanto per fare degli esempi, per il rischio da agenti chimici dove il medico competente è sovrano nello stabilire frequenze, accertamenti, integrativi ecc., vale per il rischio da agenti cancerogeni e mutageni, vale per il rischio da movimentazione manuale dei carichi, vale per il rischio da agenti biologici, vale per il rischio da vibrazioni. E scusate se è poco.

Quindi di fatto per il 90% dei rischi presenti nell'ambiente di lavoro, (perché chimici, cancerogeni, mutageni, biologici, movimentazione carichi e vibrazioni, prendiamo quasi tutto), il medico competente è lui che decide. Invece per pochi altri rischi, le cose sono ancora diverse, medico è ancora legato a frequenze e periodicità previste da altri. Questo vale per il rumore, ma tra poco se cambierà la normativa, cambierà anche questo, vale per l'amianto, vale anche per la silice, per quel poco che oggi conta, vale per il video terminale, vale per le radiazioni ionizzanti. Per questi 4 tipi di rischio il medico competente è ancora ingabbiato da sistemi più rigidi e coercitivi.

2. Un secondo esempio: parliamo del rischio da agenti cancerogeni e mutageni. Se il medico competente rileva nei lavoratori esposti, in modo analogo, ad uno stesso agente cancerogeno o mutageno (il termine è arzigogolato ma di fatto vuol dire un gruppo omogeneo di lavoratori, perché le vecchie cose sembrano che spariscano ma poi rimangono tutto sommato, le stesse) l'esistenza di un'anomalia imputabile a quella esposizione, ne informa il datore di lavoro che è obbligato a compiere determinati interventi. Quindi il medico competente, dando questa informazione, vincola il datore di lavoro ad effettuare determinati interventi in campo preventivo.

3. Un terzo esempio: rischio da agenti chimici. I risultati della sorveglianza sanitaria degli anni precedenti, sono uno dei criteri in base a quali l'azienda si classifica o meno a rischio moderato. Quindi voi capite l'importanza che ha il lavoro del medico competente anche ai fini di queste delicatissima classificazione. In base al parere del medico competente, il datore di lavoro adotta i provvedimenti nei confronti dei lavoratori cui sono rilevati problemi sanitari. Quindi ancora una volta il medico competente vincola il datore di lavoro.
4. Un quarto esempio, esattamente uguale a quello appena visto con i cancerogeni; se il medico competente riscontra in un gruppo omogeneo patologie simili o il superamento di limiti biologici, da indicazione al datore di lavoro di questo dato e il datore di lavoro deve adottare determinate misure. Quindi ancora una volta il medico competente è vincolante per far muovere il datore di lavoro e per far implementare i livelli di prevenzione.
5. Infine, un quinto ed ultimo esempio: anche per il rischio da vibrazioni se il medico competente riscontra anomalie imputabili ad esposizioni da vibrazioni (dito morto, dolori articolari, e così via), ne informa il datore di lavoro che è tenuto ad attivare gli specifici interventi e ancora una volta il medico competente dà input vincolanti al datore di lavoro.

Nota bene: in quasi tutti i casi che vi ho nominato il datore di lavoro deve tener conto dei suggerimenti del medico competente anche ai fini delle misure preventive e protettive, per esempio sul tempo di esposizione, sui mezzi di protezione individuale, perché sono elementi per ridurre il rischio.

Quindi, arrivando alla parte finale del mio discorso, c'è un ampio ventaglio di problemi che l'RLS può porre al medico competente. Ci sono cose "vecchie", come le informazioni sui rischi, sulla valutazione dei rischi, sulle possibili ripercussioni sulla salute dei lavoratori, chiarimenti sui protocolli di sorveglianza sanitaria (frequenze di accertamenti medici, quali esami integrativi vengono fatti, ecc) ed infine pareri su problemi di rischio e di salute che l'RLS ha rilevato o i lavoratori gli hanno segnalato. Queste cose c'erano già prima degli ultimi cambiamenti, ma certamente il ventaglio oggi si è ampliato ulteriormente. Ricordo che tra le cose vecchie c'erano anche le informazioni mirate sull'andamento delle patologie professionali, in forma anonima e collettiva.

Bene, il ventaglio oggi si amplia con delle cose nuove, le riprendo per rinforzare i concetti:

- motivazioni della modifica della periodicità standard annuale ed informazioni sugli accertamenti integrativi da rischio chimico e da rischio vibrazioni,
- informazioni sui risultati del monitoraggio biologico, ovviamente quando viene fatto,
- informazioni sui casi che spingono il medico competente a segnalare problemi particolari e sui provvedimenti che il medico competente consiglia al datore di lavoro;
- il perché dell'eventuale classificazione di rischio moderato per gli agenti chimici.

Il RLS può dunque chiedere al medico competente informazioni, chiarimenti, confronto su queste cose.

Naturalmente è evidente che il tipo di rapporto con il medico competente che l'RLS ha, già lo diceva Pugliese, determina il tema di relazione. Se il rapporto è teso, conflittuale, o anche semplicemente molto freddo, molto formale, il sistema di relazione si limita agli atti dovuti, che sono quelli visti in precedenza; se invece il rapporto è più fluido, più corretto, positivo e costruttivo, il sistema di relazione dà altre possibilità come le ultime che vi indicavo. Quindi, in qualche modo, la quantità di informazioni e di contatti dipende dal clima relazione che si è creato tra RLS e questa figura.

Volevo ricordare a questo punto un'ultima e importante novità, lo accennava già Pugliese. È uscito il 27 aprile dell'anno scorso un decreto molto importante che riporta l'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia all'organo di vigilanza. Attenzione non stiamo parlando di primo certificato INAIL ai fini assicurativi, ma di denuncia all'USL, a fini epidemiologici e conoscitivi. Ogni medico che riscontra una di queste malattie, è obbligato, pena sanzioni, a segnalarla all'USL (ed anche all'INAIL, a seguito dell'integrazione introdotta dall'art. 10 della legge 38/2000).

Cosa deve segnalare il medico competente? Deve segnalare tutte le malattie che sono comprese in tre elenchi che sono allegati a questo decreto. Il primo elenco, quello più grosso, quello più esaustivo, sono le malattie la cui origine professionale è ad elevata probabilità, le più frequenti. Il secondo elenco sono quelle malattie la cui origine professionale è a limitata probabilità. Ricordo il discorso di Pugliese:

possibili, probabili, certe. Direi che A sono le malattie certe, B sono quelle probabile e infine C sono quelle possibili.

Quindi il medico competente deve segnalare all'USL ed all'INAIL tutti i casi che riscontra, sul suo lavoro, di queste malattie. Pensate un patrimonio informativo ricchissimo che questo comporta, però non c'è nessun obbligo di segnalare queste malattie all'RLS in questo decreto e le malattie denunciate, segnalate all'USL in base a questo decreto, potrebbero non coincidere al 100% con quelle di cui il medico vi informa nella riunione annuale di prevenzione. Quindi potrebbe essere un dato informativo molto importante che queste malattie, oltre all'USL ed all'INAIL, siano segnalate anche all'RLS.

Quale potrebbe essere una possibile soluzione? Una possibile soluzione potrebbe essere quella di concordare con il medico competente che inserisca il tabulato delle malattie denunciate all'USL, sempre in forma anonima e collettiva, in questo caso, nella relazione annuale che presenta all'azienda, soprattutto quelle del secondo elenco, dell'elenco B, perché sono quelle patologie che oggi diventano sempre più importanti e crescenti. Oggi cos'è che domina il quadro delle malattie professionali? Le malattie legate ad agenti fisici, a posizioni incongrue, a microtraumi ripetuti, movimenti ripetitivi, a sforzi prolungati delle corde vocali, oppure malattie legate alle disfunzioni organizzative del lavoro, malattie psichiche e psicosomatiche, disturbi da stress, depressione, ecc...

Allora è chiaro che se queste informazioni, oltre che all'USL ed all'INAIL, arrivano anche agli RLS, gli danno una buona conoscenza di ulteriori aspetti di sicurezza e di salute, quali il benessere fisico, psichico e sociale, all'interno delle aziende. Naturalmente sono importanti anche altre malattie, ma in generale quelle ci sono già nelle relazioni dei medici competenti da tempo e quindi in qualche modo quelle le conosciamo già, mentre quelle che ci interessano sono altre malattie del lavoro che in genere non ci sono, sfuggono o scompaiono, quindi o le riconosciamo in questo modo o sennò ci possono sfuggire.

Infine, tra altre malattie importanti che vanno segnalate, ricordo anche i tumori professionali, perché quelli ad elevata probabilità, in genere sono segnalati, mentre quelli a bassa probabilità molte volte, anche se si verificano, non sono segnalati.

Allora, concludendo con tre battute dopo una relazione piuttosto pesante:

- primo comandamento: eviterai, se proprio non ci sei tirato con i capelli, di litigare con il medico competente perché un conflitto con il medico competente sarebbe negativo per la gestione della salute e sicurezza in

azienda e per la tua efficacia nello svolgimento del ruolo di RLS, privandoti di preziose informazioni e strumenti.

- secondo comandamento: cercherai di avere con il medico competente della tua azienda un rapporto bilaterale e corretto che da un lato non transiga sulle cose dovute, (niente sconti sugli obblighi!), ma dall'altro sappia superare questo limite ed andare oltre.
- infine, vi ricordate che c'è la leggenda di Androclo che, ai tempi delle persecuzioni romane nei confronti dei primi cristiani, una volta nel deserto trovò un leone; gli tolse una spina dal piede e il leone gli diventò amico. Quando Androclo finì nel circo per essere sbranato dalle belve, ebbe la fortuna incredibile di beccare proprio quel leone che non lo mangiò e gli salvò la vita. Allora se Androclo e il leone sono diventati buoni amici, anche il medico competente e l'RLS possono fare questo sforzo!



## DIBATTITO

**NOTA BENE:** per problemi tecnici alcuni interventi non sono venuti registrati, per cui non sono riportati negli atti. Ce ne scusiamo con i diretti interessati

### QUESITI

#### **Raffaele Giuffrida – RLS SpessorCromo**

Mi chiamo Giuffrida e lavoro alla SpessorCromo, che è una fabbrica di cromature. Il problema di stamattina, cioè del medico competente, è un problema che oramai va avanti da parecchi anni in quanto tutte le volte che ci dobbiamo confrontare con il medico competente c'è sempre qualche problema. Il medico competente è pagato dall'azienda, se non mi sbaglio, pertanto è chiaro che il medico competente alle nostre richieste, che sono sempre pressanti, è un po' latitante.

Primo, parlo della mia azienda perché ci siamo trasferiti da sei mesi, quindi è un'azienda nuova con tanti problemi. Il medico competente è venuto, ha dato un rapido sguardo all'azienda, soprattutto alle cose dove non c'è molto pericolo, dove invece c'è pericolo, dove ci sono, ad esempio, i bagni di cromatura, tutto a posto, va bene così. La nostra azienda ha anche altre lavorazioni con dei meccanismi obsoleti, torni vecchissimi, seghe antidiluviane e soprattutto il problema della rumorosità, altro discorso che qui abbiamo trattato.

Il problema della rumorosità; non è il medico competente che fa una richiesta tanto per farla, ma è il nostro datore di lavoro che chiama un'azienda per fare queste misurazioni. Queste misurazioni come vengono effettuate? Da quello che risulta dalla relazione che puntualmente ci consegnano sembra che sia stata fatta con il

consenso di questo o di quell'altro, il che non è vero, perché, quando fanno queste misurazioni, le fanno nei posti dove c'è meno rumore e quindi sono sicuri che poi dall'esame dei decibel che vengono riscontrati, è tutto ok, tutto a posto.

Ora non so se il medico competente, lo chiedo a voi, deve intervenire su questi aspetti anche perché noi abbiamo tante problematiche che viviamo nelle nostre aziende, e quando veniamo qua ne abbiamo tante in testa che non sappiamo da dove incominciare.

Questo signore che viene a fare la rilevazione, ha detto "Su questa macchina si supera il limite di 90 decibel", però non ha imposto alle persone di mettere le cuffie, ha solo detto che noi dovremmo essere quelli che devono informare la gente perché indossino le cuffie. Ti dice che in questa macchina supera i 90 decibel, ma poi non fa la comunicazione agli organi competenti. Quindi ci sono disfunzioni di questo genere.

E' già successo due volte, che ho fatto venire il medico competente perché c'è un problema di ricaduta ambientale. Noi trattiamo del cromo, cromo esavalente, cioè un tipo di cromo cancerogeno per cui viviamo una situazione molto critica.

Allora quando fanno queste rilevazioni, vale lo stesso discorso: dove le fanno? Le fanno in posti dove magari c'è poca ricaduta e quindi l'esame poi risulta chiaramente che non vi è nessun inquinamento e nessun rischio. Tutte queste cose purtroppo non abbiamo la possibilità di farle notare al datore di lavoro, perché è sempre latitante. Ecco perché quando arriviamo qui abbiamo tantissime domande e dubbi.

Ne faccio un'altra e mi riferisco ai solventi. Quando sono arrivato io sul posto di lavoro, si usava la trielina che era considerata già venti anni fa, se non mi sbaglio, un prodotto cancerogeno. Poi si è passati dalla trielina al percloritilene, che non si sa ancora se è cancerogena. Adesso, *dulcis in fundus*, stanno dando ai quei poveracci che lavorano al cromo del solvente alla nitro, quello che usano i meccanici quando verniciano le macchine.

Grazie.

---

## **Dante Beri - RLS Università**

Io sono dell'Università e mi sono trovato nel protocollo obbligatorio della sorveglianza medica, un esame che si chiama 8-desossi-2-idrossi guanosina urinaria. Allora ho chiesto spiegazioni a tutti e tutti mi hanno detto che questo esame non è significativo, che è un esame per la ricerca dei fattori alteranti in seguito ad esami chimici e quant'altro.

Sono riuscito a farlo togliere dal protocollo obbligatorio e l'hanno lasciato come ricerca a richiesta, a seguito naturalmente del consenso informato però la risposta a questo esame non viene fornita perché non esiste più ufficialmente. Comunque io continuo a non essere contento che sia rimasto seppure come ricerca, come esame volontario perché tutte le ricerche che sono state condotte fino ad oggi non hanno dato risposte e sono state abbandonate.

Questo parametro viene alterato non solo da degli indicatori quali l'esposizione ad agenti chimici, cancerogeni, mutageni, ma anche da cosa si mangia, dal fumo, dallo smog, da tantissimi altri agenti per cui non si riesce, o per lo meno io non sono riuscito ad attribuire un significato ben preciso all'attuazione di questo esame.

Però la volontà di volere mantenere comunque questo esame, che ritengo non significativo, mi ha messo in sospetto perché questo fatto del DNA potrebbe anche stare ad indicare che ci sia una predisposizione, che ne so, a malattie particolari, per cui all'atto dell'assunzione in servizio, questa predisposizione potrebbe essere tenuta come discriminante. È un'ipotesi fantasiosa, magari, ma siccome non c'è una risposta esatta alle ragioni di questa ricerca, che è stata mantenuta anche se dietro consenso informato, perché non si può mettere un esame di questo genere come obbligatorio in un protocollo sanitario.

Allora chiedo a voi, se sapete darmi una risposta su questa ricerca del 8-desossi-2-idrossi guanosina urinaria perché naturalmente si ribadisce il concetto precedente che il medico autorizzato o il medico competente deve fare degli esami mirati e deve fornire delle risposte, e queste cose le deve fare in una certa maniera. Allora questo esame, a mio giudizio, non soddisfa nessuno di questi requisiti.

## RISPOSTE

### *Pugliese*

*Per quanto riguarda il Sig. Giuffrida che parlava di una azienda galvanica, dove si fanno le cromature, quello dei bagni di cromatura è un antico problema, noto ai medici del lavoro prima ancora che si chiamassero più diffusamente medici competenti, banalmente la dizione medico competente è anch'essa antica, già presente nel D.P.R. 303 del 1956.*

*C'è un dato clinico disponibile, che quindi neanche necessita di indagini laboratoristiche, che è appunto quello dell'indagine otorinolaringoiatra, e cioè della perforazione del setto nasale; è un marker di esposizione ai vapori acidi dei bagni di cromatura che è un classico. Bernardino Ramazzini nel 1700 l'aveva già descritta. Però al di là di questo fatto, quello che mi pare di capire è che nella sua azienda, il problema è quello delle relazioni, cioè di capire chi sono le persone e cosa devono fare.*

*Lei ha rappresentato una serie di problemi nei confronti dei quali ci dovrebbero essere dei tecnici o responsabili del Servizio di Prevenzione e Protezione che fanno determinate cose, il medico competente che ne fa altre e che comunicano fra loro e con il RLS e gli dicono anche cosa la legge prevede. Comunque, il 277 prevede per quelle postazioni in cui viene superato il livello del 90 DBA, una delimitazione dell'area, un'informazione, una visita, addirittura una registrazione in un elenco di esposti, se uno ha il lap-day; però attenzione c'è una differenza concettuale fra la quantità di rumore che esce dalla macchina e la dose assorbita, perché bisogna che a 90 DBA un lavoratore ci stia almeno per un certo periodo di tempo tale da integrare la dose di 90 a livello di esposizione personale.*

*Però mi sembra che ci sia, prima ancora che un problema di cose che vengono fatte, un problema di assunzione di responsabilità. Allora in questo caso forse il ruolo del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza diventa quello che costringe un pochettino le persone ad assumerselo, senza tirarle per i capelli, ma costringe le diverse figure ad assumersi delle responsabilità con una chiarezza di interlocuzione. Se io faccio delle domande precise, a volte valgono molto di più dell'invettiva, la domanda pertinente mette molto più in crisi che non un litigio, o l'alzare la voce, perché quella crea solo confusione e diventa un diversivo, si scappa dalla discussione; invece la domanda pertinente ti inchioda al problema.*

*Prima osservazione, non so se ho risposto ma poi Leopoldo integrerà.*

*Per quanto riguarda l'RLS dell'Università, per quanto è nelle mie conoscenze quello è un esame che di solito si usa come valutazione di esposizione, si chiama indicatore di effetto, per esposizione a mutageni e cancerogeni. Cioè quello che viene valutato nelle urine è un metabolita del DNA, è uno delle basi del materiale genetico. Quindi è un prodotto di trasformazione del DNA ed è correlato all'esposizione a sostanze cancerogene-mutagene.*

*E' chiaro che i fattori di confondimento quando ci sono gli esami di questo tipo sono sempre tanti, le motivazioni probabilmente stanno nel fatto che è un esame fatto in un ambiente universitario, e quindi probabilmente correlato a qualche progetto o ambito di ricerca.*

---

## **Magelli**

*Volevo completare le risposte che ha dato Pugliese.*

*La prima, Giuffrida, è chiaro che noi oggi stiamo parlando del medico competente e dei rapporti con il medico competente. Quindi abbiamo giustamente messo sotto il riflettore questa figura, però, non pensiamo che il medico competente sia il padre eterno. Nel senso che il 90% dei problemi, che lei giustamente poneva, non tocca al medico competente affrontarli e risolverli, tocca al datore di lavoro, tocca al responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione come suo consulente, tocca ai consulenti esterni che l'appoggiano.*

*Quindi attenzione, bisogna litigare a ragion veduta. Io andrò a porre dei problemi al medico competente per quello che riguarda il suo campo di azione e la sua sfera d'intervento. La valutazione del rumore è un atto tecnico, viene fatta da tecnici esperti, quindi se non viene fatta correttamente, l'interlocutore è il tecnico, l'RSPP, il datore di lavoro. In questo caso il medico competente può essere un alleato perché se lui si trova in mano una valutazione sbagliata, trae poi delle conclusioni sbagliate. In questo senso, la sua domanda va benissimo anche perché ci dà l'occasione di capire un attimo anche il discorso dell'alleanza. Perché molte volte il medico competente ha lui stesso in azienda dei problemi a non ricevere informazioni, input e dati adeguati per poter lavorare.*

*Alla domanda di Beri su questo strano accertamento, io vorrei rispondere aggiungendo a quanto detto da Pugliese due o tre elementi.*

*Prima questione: intanto, lo dicevo prima, il medico competente ha l'obbligo di informare i lavoratori, sottoposti a controllo, degli accertamenti che fa ed il perché glieli fa. Quindi se questo esame veniva fatto e al lavoratore non veniva spiegato, neanche dietro sua richiesta, il perché, questo è un comportamento inaccettabile e fuori dalla logica della normativa.*

*Seconda questione: attenzione per quasi tutti gli indicatori di monitoraggio biologico abbiamo dei fattori di confondimento; non esiste nessuna sostanza chimica presenti in ambiente di lavoro che non sia presente anche al di fuori dell'ambiente di lavoro. Non a caso le leggi sul lavoro fissano dei limiti di esposizione professionale per chi ha a che fare con una certa sostanza, diversi da quelli della popolazione generale. Si tiene conto di questa sommatoria.*

*Terzo elemento ed è quello che direi fondamentale: immagino che questo tipo di accertamento, come diceva Franco Pugliese, si inserisca in un filone di ricerca che si sta conducendo dentro l'Università ed il consenso informato del lavoratore è fondamentale. Benissimo, ma diverso è il discorso che lei paventava, che è un problema molto grosso e che per fortuna in Italia è ancora molto limitato, mentre negli altri paesi, come negli Stati Uniti, sta diventando un problema di estrema gravità. E cioè il problema di una valutazione preassuntiva del profilo genetico della persona per potere escludere da determinate attività coloro che hanno, dimostrano, una predisposizione a certe patologie, in particolare a patologie tumorali.*

*Voi sapete tutto il giochino di parole oncogeni e oncogene. Ormai è accertato che nella genesi di un tumore contano sia dei fattori individuali geneticamente determinati, quelli che appunto si chiamano oncogeni, sia gli agenti oncogeni tumorali esterni, farmaci, alimenti, ambiente di lavoro, smog; in America, stanno lavorando molto su questo aspetto. Sicuramente una mappazione di tipo selettivo e discriminatorio, in Italia non sarebbe compatibile con l'attuale normativa. E credo che nessuno la stia facendo alla luce del sole, se poi qualcuno ci lavora in camuffa, questo non lo sappiamo.*

*Quindi mi sentirei di escludere che il suo caso avesse questa finalità.*

## QUESITI

### **Mancin – RLS Ferrovie Italiane**

Buondi. Mi chiamo Mancini, sono un RLS di Rete Ferroviaria Italiana. La mia domanda è molto semplice, forse anche molto spontanea, perché mi è venuto in mente all'inizio del seminario: mi sono chiesto, c'è differenza fra medico competente o dottore?

Personalmente ho una buona relazione con il Servizio Prevenzione e Protezione aziendale e quindi anche con il medico competente e i datori di lavoro, ma anche con gli organismi di vigilanza. Però una cosa ho sollecitato nel corso degli anni; pur dicendo ai medici competenti, sono ben consapevole della vostra specificità, cioè medici specialisti in medicina del lavoro, però possiamo cominciare a provare ad allargare un po' questo modo di intendere e di relazionarci, anche agli aspetti psicologici, cioè verso i comportamenti della persona? E ho sempre notato dal '96 ad oggi, che si è molto, molto lontani a questo.

Però anche questa volta il dott. Magelli mi rincuora perché, dallo spauracchio dell'anno scorso sul Testo unico, dicendo queste cose, io che comunque sono sostanzialmente fiducioso nella vita, mi porta a sperare bene. Perché se questi medici competenti adesso, anziché essere così rigidamente vincolati a certi comportamenti, accrescono il loro livello discrezionale e possono relazionarsi con più spirito collaborativo.

Dicendo che ho iniziato nel '96 questa attività è sottinteso che ho acquisito una certa esperienza.

Come ho vissuto io la relazione con il medico competente? Con un po' di paura, di timore; ecco il perché della domanda c'è differenza tra medico competente e dottore. Perché per me il medico è lo specialista della medicina del lavoro, mentre il dottore, forse anche culturalmente, uno pensa sempre a quella figura di riferimento a cui ci si rivolge quando sta male.

Invece i nostri medici competenti io li ho sempre visti, sentiti ancor di più da parte dei lavoratori, come quelle figure, tra virgolette "punitive" verso il lavoratore. Se io sollevo un carico nonostante abbiamo fatto tutti i corsi necessari, c'è anche il rischio che il medico competente ti dica, anche in maniera a volte approssimativa, "Non hai sollevato bene quel carico". Praticamente la relazione che si è creata fra

medico competente e lavoratore non è il desiderio di incontrare il medico o di rivolgersi a lui, ma di starne il più possibile lontano. Al contrario, invece, ho notato un po' più di attenzione e di buona relazione e sensibilità fra medico competente e azienda.

Finisco subito. Penso che questo miglioramento di relazione che può esserci fra gli RLS, i lavoratori e il medico competente, ancora una volta, sia dovuto allo sforzo di persone volenterose che hanno voluto creare queste migliori relazioni. E penso che questo sia un campo dove dovremmo lavorare di più per far sì che si possa collaborare sempre meglio per quanto riguarda la salute di tutti.

Grazie.

-----

### **Giancarlo Sabbi – RLS Poligrafici il Borgo**

Buongiorno. Io ho cominciato presto a fare l'RLS, all'indomani della emanazione della legge; mi sono dimesso dalla funzione che avevo allora di RSU, che allora erano i vecchi delegati, e sono passato, anima e corpo, a fare l'RLS. Ho fatto il corso, sono venuto tante volte a questi seminari favolosi e devo dire che sono poi tornato anche a fare l'RSU, forse ho sbagliato perché, da quel momento, la mia attenzione ai problemi della salute è un po' calata.

Evidentemente la scelta di allora fu una scelta giusta, anche se molto discussa nell'ambito sindacale. Ma fu una scelta, che ribadisco, fu giusta perché in quegli anni, fino al 2000, ho potuto fare delle esperienze notevoli, portare un contributo all'interno della mia azienda. Dimenticavo di dirvi che lavoro in un'azienda grafica, la "Poligrafici Il Borgo" e stampiamo riviste, periodici. I punti critici per la sicurezza sono sostanzialmente collocati nei due reparti di produzione; i reparti di produzione sono calati, erano tanti, poi con le ristrutturazioni e il decentramento, l'ingresso prepotente della tecnologia anche nel nostro comparto, sono naturalmente scomparsi alcuni processi lavorativi. Rimangono sostanzialmente, come attività industriali, la stampa dei periodici, la stampa e l'allestimento della rivista.

All'interno di questi reparti vi erano problemi che evidentemente negli anni abbiamo risolto, non sempre grazie al nostro intervento, ma grazie anche alla tecnologia, comunque sì, devo dire che c'è stato un buon mix di lavoro. Altri,

come la movimentazione manuale, rimangono nel reparto di confezionamento delle riviste.

Siccome mi sono impegnato su questo versante, devo dire che all'inizio ho avuto la fortuna, ma questo mi ha anche viziato, di avere un medico competente che veniva direttamente dal Servizio della USL, era un collaboratore o consulente e comunque lavorava per il Servizio. Quindi all'azienda parve naturale, essendo un medico veramente competente, di assumerlo anche in qualità di medico competente dell'azienda; ho usato assumerlo ma ho usato un termine improprio, diciamo che gli diede questo incarico che lui ha svolto egregiamente. Una persona veramente appassionata del suo lavoro, tanto appassionata che credo abbia cambiato lavoro.

Credo che proprio questa sua passione sia alla base di questa decisione, cominciava a diventare un po' incompatibile, forse, questo suo parlare con i lavoratori. Lui infatti parlava, si dedicava ai lavoratori, parliamo di una persona giovane, non di una persona sul finire della sua esperienza lavorativa. No, un medico giovane. Faceva delle relazioni sanitarie puntuali e precise che ripercorrevano tutta la storia individuale delle persone, pur senza nominarle, naturalmente, il percorso di aggravamento, i periodi di stasi, e da questi documenti io traevo spunti.

Mi sono trovato molto male nel momento in cui, anni fa, lui ha cambiato mestiere perché il medico competente che l'ha sostituito e che si attiene, formalmente, ai suoi doveri, produce un documento con criteri molto rigidi, che trovo molto scarno. Al che, una volta ho violato la privacy; in una riunione mi sono presentato con delle dichiarazioni dei lavoratori che dichiaravano di avere ben altri problemi e patologie, con disturbi al sistema scheletrico, disturbi alle spalle, tendiniti, ecc.. e ciò si è poi dimostrato vero con il fatto che sono stati operati tante lavoratrici di tunnel carpale e sottoposte molte altre persone a terapie continue.

In quel momento vi è stato conflitto, un grosso scontro, ma loro hanno continuato a trincerarsi, dietro alla motivazione che la popolazione in generale, raggiunto una certa età, soffre di questi disturbi alle articolazioni; questo è vero, siamo in una regione credo al top credo per questo tipo di disturbi e quindi dei grossi risultati non ce ne sono stati.

Quale è stato il risultato più importante? Il risultato più importante è stato purtroppo il turn-over. Un anno fa in occasione di una visita nel reparto in questione, reparto allestimento riviste, il medico mi ha detto "Vedi Sabbi che cosa ha fatto l'azienda? L'azienda non ha modificato il lavoro adattandolo alle persone, ha adattato le persone al lavoro" cioè ha effettuato un ricambio, perché sono andate

in pensione molte donne storiche che avevano 30– 35 anni di lavoro, e ha assunto a tempo determinato, come è di moda fare adesso, un sacco di uomini che probabilmente sono inizialmente più resistenti a questo tipo di sollecitazioni continue e quindi ha assunto dei giovani, sia italiani che stranieri, dei quarantenni, dei trentenni i quali, per qualche anno, andranno ancora.

Allora ho detto, “Bisogna fare qualcosa dottore. Queste persone entrate sono giovani, sono trentenni, quarantenni, probabilmente l’azienda si stancherà di fare un continuo turn-over, perché questi poi imparano, sono stranieri che hanno deciso di vivere nel nostro paese anche per 10 o più anni, si fermeranno, perché li dobbiamo mandare a casa rotti?” L’unica cosa che siamo riusciti a fare è una campagna di informazione e formazione.

Non è pochissimo, ma ora i lavoratori sono edotti e conto che questo faccia anche crescere la loro coscienza, perché evidentemente ora sanno che non sono più cose transitorie; se cominciano ad avere dei disturbi alle braccia, probabilmente con il tempo non potranno che peggiorare e sanno che gli viene da quel movimento continuo, da questa situazione lavorativa.

Ecco un’altra cosa di cui sono rimasto deluso. Dieci anni fa, io sono un ingenuo, credevo nello spirito della legge. Dicevo, conviene anche a loro collaborare, risolvere i problemi e ridurre o eliminare i rischi, perché c’erano dei costi aziendali, costi sociali, un invalido costa all’azienda, ma il problema è che costa alla società italiana, non costa alla società S.p.A. Siccome queste persone oltreché educarle, vanno anche costrette a fare le cose, ma poiché, secondo me, la leva economica è ancora a loro favore, propenderei per dei vincoli maggiori da questo punto di vista.

Vi ringrazio e vi saluto.

---

**Mirella Naldi – RLS BC Italiana**

Sono una RLS di un’azienda che produce stampaggio materiale plastico. I problemi sono tantissimi, ne ho sentiti già molti qui; da noi esiste il problema della movimentazione manuale dei carichi, dei movimenti ripetitivi, del tunnel carpale a non finire. Siamo il 95% donne e il problema, non più grave, ma al quale non riesco a trovare un minimo di soluzione, o perlomeno a relazionarmi con il medico

competente, è legato ai prodotti chimici che usiamo, cioè la plastica che quando viene fusa, manda naturalmente dei vapori e dei gas nell'ambiente.

L'azienda non intende rilevare queste polveri e questi gas perchè non è obbligatorio farlo secondo loro, in quanto dalla scheda del prodotto, risulta che il prodotto non è nocivo e quindi ... E' vero, il prodotto quando arriva non è nocivo, ma poi viene lavorato. E come viene lavorato? Questo noi non riusciamo a saperlo, perché se io chiedo a quanti gradi viene fusa, ecc..., queste sono tutte risposte che non mi danno.

Già è una materia difficilissima perché entrare nelle caratteristiche delle materie plastiche è una cosa molto difficile per me e inoltre mi sono trovata ad usare dei prodotti in sacchi che non so nemmeno che cosa siano, nonostante la legge dica che dovrebbe essere chiaro che tipo di prodotto è, che ditta lo produce, ecc.. Noi ci accorgiamo di utilizzare sostanze diverse addirittura dalla puzza, anche se la puzza non vuol dire che sia nocivo, perché una cosa che non fa odore può essere nociva. Però capisco subito che stiamo adoperando qualcosa di diverso, vado a vedere, e mi trovo di fronte dei sacchi anonimi di cui non si sa nulla.

Naturalmente il prezzo del petrolio sale, il prezzo della plastica pure, quindi loro per risparmiare cosa fanno? Prendono del materiale che, secondo me, è di scarto e più pericoloso per noi lavoratori.

Quindi questa è la mia difficoltà maggiore: entrare in questo campo specifico, poi per quanto riguarda tutto il resto, abbiamo i soliti problemi di tutti gli altri. Addirittura da noi non vengono nemmeno rispettate le prescrizioni mediche; ad esempio, io ho una prescrizione medica che mi vieta di sollevare più di 7 chili, immancabilmente dovrei sollevarne di più. È una lotta continua. Persone già operate di tunnel carpale, ecc.. che non dovrebbero stare più di 2 ore a fare certi lavori e che se non sono loro stesse a protestare continuamente, le lasciano tutto un turno completo, compresi i turni notturni, 7 ore e mezza di turno continuo. E' una lotta continua, insomma.

Grazie.

## RISPOSTE

### Pugliese

*Seguendo l'ordine cronologico, rispondo a Mancini che ha posto un tema delicato e a me molto caro che mette in evidenza il fatto che il medico competente si chiami appunto medico ed eserciti quello che si chiama l'arte di Ippocrate, cioè il suo dovere di ascoltare prima di tutto le persone ed un lavoratore è una persona prima di essere un dipendente di quel datore di lavoro con cui lui ha una relazione.*

*Io non so se sono abile o no come medico competente, so però che ho imparato molto con quello che ho fatto prima di entrare nell'USL, nella mia storia professionale; sono stato una decina di anni nell'Università e facevo il volontario, ma non c'era trippa per gatti e quindi il modo per mantenersi era quello di fare il medico del lavoro, intanto che operavo presso l'Università. In questi 10 anni, ho imparato molto perché avevamo un reparto di medicina del lavoro e quindi avevamo i letti, curavamo le persone e forse per questa coincidenza, trattavo i lavoratori con la stessa attenzione con cui trattavo i pazienti, a volte sbagliando, ma l'attenzione umana era importante. Devo dire che questo modo di approcciare mi ha sempre premiato.*

*L'altra riflessione che facevo, intanto che lei diceva queste cose, è la capacità di essere equanimi che è un po' il filo conduttore che tocca tutti quanti gli altri interventi e cioè il sapersi posizionare in qualsiasi momento, in un punto rispetto al problema che è di credibilità. Una persona è naturalmente portata a pendere da una parte o dall'altra, perché così è la sua natura, ma lo sforzo costante del medico competente deve essere quello di mettersi in una posizione di terzo credibile, e quindi aggiornato tecnicamente e professionalmente, valido dal punto di vista della relazione umana, ma soprattutto non di parte, nel bene e nel male, poi a volte prende degli schiaffoni, io ne ho presi tanti nella mia vita, glielo assicuro. Però devo dire che questa è una posizione che sempre mi ha premiato, perché mi ha messo nella posizione della trasparenza e dell'onestà; e questo è già un bel punto di partenza.*

*Il secondo RLS ha fatto un intervento molto articolato, mi sono riconosciuto perché ha fatto la storia dell'RLS. Devo dire che lei ha messo l'accento su due/tre cose: uno, che non sempre le azioni che facciamo ottengono l'effetto voluto; a volte entriamo in una strategia più generale e complessiva, l'esempio è: io volevo risolvere un problema e ho ottenuto un'altra cosa, cioè ho ottenuto il turn-over. Lei ha coartato le cose e alla fine del processo è uscita un'altra cosa rispetto a*

*quella che voleva, forse perché bisogna imparare l'arte di fare l'RLS, ad avere una strategia insieme al medico competente, come diceva prima Leopoldo. Bisogna imparare a gestire le relazioni, in termini talvolta di alleanza, talvolta di confronto, tal volta di conflitto. Però bisogna sapersi muovere.*

*Voi, venendo dal sindacato, avete imparato sul campo quest'arte, non è insegnata dalle Università e la s'impara con queste sconfitte. Però metterle in comune significa dare agli altri chiavi di lettura per capire l'importanza di quello che si diceva prima: il conflitto fallo quando qualcosa te ne viene. Se hai in qualche modo fatto un bilancio dei rischi e dei benefici, altrimenti ti conviene il confronto anche stretto e serrato, talvolta duro, perché il confronto è quello che ti fa fare dei progressi e poi soprattutto avere una strategia, sapendo che anche le aziende a volte ne hanno una.*

*L'ultima cosa, alla sig.ra Naldi, sulle plastiche; l'esperienza che io ho è che l'indagine ambientale è fondamentale perché le plastiche hanno aldeidi, come la formaldeide, che si sviluppano nel processo di fusione che è tipico della formatura, per non parlare degli altri rischi quali il rischio d'incendio, il rumore le alte temperature, ecc... Gli odori a volte sono parenti dei fumi e dei gas aereodispersi, ma al di là di questo, quello che, secondo me, è possibile fare, senza una grandissima spesa, è capire se vi è inquinamento ambientale mettendo dei campionatori personali, cioè pompette o diffusori ai lavoratori esposti a questi fumi.*

*Perché lei ha ragione; in questo momento di crisi, l'approvvigionamento delle materie prime, è fatto con materiali di scarsa qualità ed è possibile che quelle plastiche abbiano una quantità di cloro un pochino superiore a quella che normalmente le affligge e allora si sente il naso che pizzica un po' di più. Magari non è niente di particolare, però le aldeidi irritanti aumentano.*

---

## **Magelli**

*Rispetto al discorso di Mancini credo ci sia un dato oggettivo che prescinde dalla correttezza, equanimità e serietà del medico competente. È chiaro che se io, lavoratore, so che dal giudizio di questa persona, può dipendere il mio futuro lavorativo, una certa quota di paura e di diffidenza verso questa persona, ce l'avrò sempre, perché tutti abbiamo paura in qualche modo di chi ci giudica, soprattutto se da quel giudizio ne può arrivare, al limite, la mia espulsione dal lavoro.*

*E' chiaro che questo è un dato strutturale, ineliminabile ed il medico competente bravo riesce a minimizzare questo effetto, che però c'è sempre. Però attenzione questo riguarda il lavoratore; l'RLS non dovrebbe, se non in quanto lavoratore, essere o entrare in questa dinamica. Il suo è un rapporto di un ruolo professionale con un ruolo professionale, quindi dovrebbe riuscire in qualche modo a togliersi di mezzo questa dimensione. Capisco questo atteggiamento nel lavoratore, è molto umano e inevitabile, l'RLS, invece, dovrebbe riuscire a superarlo ed avere un rapporto, tra virgolette, più freddo, più professionale con questa figura.*

*Sulla questione di Sabbi, io credo che sia stata un'esperienza molto interessante da sentire. Io non l'ho detto, ma è scontato: secondo voi chi ha la patente è per definizione un buon guidatore? No! È una persona che è autorizzata a guidare. Chi ha la patente di medico competente non è per forza un buon medico competente, è autorizzato a svolgere quel lavoro. Quindi la variabilità individuale ve la troverete sempre. Però nell'intervento di Sabbi mi è piaciuto molto il fatto che, comunque anche col secondo medico competente, che pur non era così speciale come il primo, con pazienza è riuscito a stabilire un rapporto, a trovare un terreno, a realizzare delle cose. Ecco mi piace molto questa cosa, è nettamente in positivo.*

*Anche dove il problema può sembrare particolarmente complesso, oppure esserci delle incompatibilità, se si lavora sul metodo e sulle relazioni, è possibile, certo non sempre, arrivare ad avere dei risultati. Anche perché, sono convinto, sempre di più col tempo, che, in qualche modo, il medico competente e l'RLS possono anche giocare delle partite assieme.*

*Torno all'intervento della sig.ra Naldi. Quando lei parlava, alla fine, del problema dei lavoratori non idonei a movimentare i carichi che vengono rimessi ancora a fare certi tipi di lavoro, questo è molto pericoloso per il lavoratore, fa arrabbiare l'RLS, ma è anche frustrante per il medico competente che vede vanificate le sue indicazioni. Quindi, in qualche modo, l'RLS può anche essere uno strumento di pressione che può giocare in certi casi la stessa partita del medico competente per risolvere dei problemi.*

*Rispetto il discorso degli agenti chimici, a me veramente, a volte, quando raccontate queste cose, mi chiedo se siamo a Bologna nel 2005 o se siamo in un paesino sperduto della Basilicata, con tutto il rispetto, nel 1970, perché oggi un'azienda che lavora materie plastiche, in cui è vigente oramai da anni, la normativa sul rischio chimico, non sia in grado di dare o non voglia dare agli RLS la valutazione del rischio chimico, che darebbe tutte le risposte che lei cerca.*

*Allora i casi sono due: o l'azienda l'ha fatta e la tiene nascosta ed è penalmente sanzionata, o l'azienda non l'ha fatta, ed anche in questo caso è un'inadempienza penalmente sanzionata. Io credo che, a fronte di certi comportamenti, io prendo atto di quello che lei mi racconta e accetto la sua lettura dei fatti, l'RLS non abbia più strumenti di mediazione. L'RLS va all'USL, pone il problema e chiede l'intervento dell'organo di vigilanza, perché questi comportamenti non sono accettabili alla luce di quella che è la normativa. Quindi una volta tentate le buone relazioni interne, nulla si ottiene, non rimane altro che la strada del ricorso.*

-----

## **Morisi**

*Volevo aggiungere, velocemente, una cosa anch'io. Per quanto riguarda il discorso della tipologia, delle caratteristiche e delle proprietà chimiche delle materie plastiche, lei deve farsi dare le schede tecniche, visto che è un suo diritto averle. Nel caso l'azienda facesse dei problemi, lei le chiede per iscritto, mandando anche, copia della lettera per conoscenza all'azienda USL; così facendo molto probabilmente le schede le verranno date; dopodiché può venire al SIRS ed avere tutte le informazioni che le servono.*

*Non è che le risolviamo il problema, ma le diamo qualche conoscenza in più per capire le schede, cosa comporta l'utilizzo di quelle sostanze, i rischi correlati, ecc. in modo tale che lei avrà maggiori strumenti per fare pressione.*

*Ho davanti a me un RLS che aveva lo stesso problema vostro, un'azienda della plastica che anch'essa non collaborava, con fumi dappertutto, ecc. Sono venuti da noi e con l'aiuto dell'USL sono riusciti a risolvere il problema e ad ottenere tutto quello che la legge prevede. Ovviamente non andando dal datore a stringergli la mano, ma chiedendo, anche in maniera pesante, il riconoscimento dei loro diritti. Bisogna partire e cominciare a lavorare insieme e vedere di riuscire ad ottenere qualcosa.*

## QUESITI

### **Neri Simone – RLS Comune di Sasso Marconi**

Ciao a tutti. Una domanda molto semplice. Io sono nuovo e quindi certe cose non le so ancora. La ditta è tenuta a chiamare il rappresentante della sicurezza nella riunione annuale? E se ciò non avviene, posso richiedere che venga rifatta?

## RISPOSTA

### **Morisi**

*La risposta è sì; è un obbligo specifico del datore di lavoro e in assenza del'RLS non c'è riunione periodica. La legge prevede la presenza obbligatoria di quattro figure: il datore di lavoro (o un suo delegato), il medico competente, l'RSPP e l'RLS. In assenza di una queste figure, la riunione non ha valore di legge. Si può benissimo fare una riunione, ma non è la riunione periodica prevista dalla legge.*

## QUESITI

### **Stefano Giannini – RLS Redi**

Noi lavoriamo in un'azienda che produce manufatti in polivinilcloruro rigido cioè plastica. Il problema nasce quando l'azienda per cui lavoriamo, in base ad una legge del 2002, fa la valutazione del rischio chimico definendosi a livello moderato, in funzione al fatto che il rischio chimico comporta una sorveglianza sanitaria che è obbligatoria o meno a seconda che il rischio sia appunto moderato o non moderato.

Visto che il medico competente è pagato di tasca propria dal datore di lavoro, se fa una visita o due all'anno o non la fa proprio, cambia molto anche il budget annuale.

Naturalmente la nostra ditta che produce un prodotto famoso per non essere proprio acqua di rose, il PVC, e lo produciamo partendo dalle materie basi, cioè dalla resina fino ad aggiungere tutti i vari componenti che lo portano alla granulazione, ha deciso di dichiararsi a rischio chimico moderato esimendosi, quindi, dalla sorveglianza sanitaria. Il nostro medico competente, che è una

persona molto intelligente, si è trovato di fronte a dover scegliere se perdere un'azienda che gli fa fare 235 visite, oppure no, perché è stato minacciato molto chiaramente di essere sostituito con un altro.

Noi, allora, abbiamo fatto capire al medico competente che eravamo solidali con lui, abbiamo cercato di coinvolgerlo in quello che era il giusto percorso per arrivare alla corretta valutazione del rischio chimico e così facendo siamo andati in conflitto con l'azienda. Abbiamo accompagnato il medico competente, perché la legge lo prevede, nel sopralluogo all'interno dell'azienda, perché noi sappiamo se quella mattonella è sconnessa, come lo sa l'RSSP, ma l'RSPP lo accompagnerà passando dall'altro corridoio, noi invece dobbiamo accompagnarlo proprio su quella mattonella.

Abbiamo poi avviato uno scambio di richieste scritte con la direzione aziendale, coadiuvati dal SIRS, che debbono essere controfirmate perché l'azienda non possa dire un domani che non erano a conoscenza dei fatti evidenziati. L'azienda nonostante ciò, alla fine, ha deciso che la sua dichiarazione di rischio chimico moderato andava bene e se ne fregava delle nostre richieste, additandoci quasi di disfattismo nei confronti dei lavoratori, facendo loro credere che potevamo fargli perdere il posto di lavoro; figuriamoci, e' una multinazionale, guadagna un sacco di soldi, non è questo il problema.

Il medico competente a questo punto si è schierato per forza dalla nostra parte, perché abbiamo evidenziato quali fossero i suoi obblighi, quindi anche lui, di fronte ad un giudizio di terzi, doveva assumere una posizione ben chiara. Abbiamo agito appunto come ha detto il dott. Magelli, abbiamo portato l'azienda davanti alla polizia giudiziaria dell'ASL, che ha obbligato l'azienda a riscrivere, tempo tre mesi, la valutazione del rischio chimico e imposto tutta una serie di impianti atti a migliorare la salute dei lavoratori, aspiratori, nuovi impianti che producano meno polvere. Certamente il ruolo dell'RLS qui è centrale, si giocherà la carriera, da un punto di vista lavorativo, però per lo meno, ha la stragrande soddisfazione di riportare tutto nelle norme.

---

### **Patrizio Gagliardi – RLS Mab**

Salve. Volevo fare solo due brevissime considerazioni; una di carattere generale ed una di carattere un po' più specifico. Andando sullo specifico che è la parte più noiosa, brevissima, riguarda la nozione di rischio moderato.

Noi abbiamo avuto una disputa abbastanza lunga su questa storia, in quanto il medico aveva pensato, al termine della valutazione, di definire la nostra azienda a rischio moderato e siamo riusciti, portando tutta una serie di nostre controindicazioni da contrapporre a quelle che proponeva lui all'azienda, a fargli cambiare la valutazione.

Però su questo aspetto c'è un problema, legato, a mio avviso, alle diverse interpretazioni che si possono dare alla norma. Credo che uno dei rischi più grossi che ha questa legge, a livello generale, sono le interpretazioni; secondo me è la vera mina vagante. Perché con l'interpretazione di una norma, uno fa quello che vuole. E sta succedendo ovunque.

Infatti il discorso del rischio moderato o non moderato, è venuto fuori durante un controllo, pensa che ironia, dell'USL; anziché aumentare la sicurezza stavamo rischiando di farci togliere addirittura le visite mediche. Prima sentivo il discorso della periodicità; noi abbiamo le visite mediche annuali alcune a volte le facciamo anche semestrali ed è una cosa che abbiamo ottenuto. Ci è stato detto che era una cosa che non dovevamo fare. Ma come! abbiamo un'azienda che, una volta tanto, ci fa avere una cosa in più e noi dobbiamo fare una cosa in meno perché lo prevede il decreto.

E' tutto discutibile, al di là del fatto che, secondo me, il medico competente non deve essere pagato dall'azienda. L'azienda dovrebbe pagare una quota a un ente dello Stato, il quale ente dello Stato raccoglie queste quote, poi manda il medico che gli pare; solo così hai un controllo reale sui comportamenti dell'azienda, perché è umanamente impossibile che un medico pagato dall'azienda possa far torto all'azienda. E' un fatto umano e quindi, a mio parere, un tabù da superare, un tabù all'italiana come al solito.

Altro tabù all'italiana è il discorso che faceva prima l'altro RLS, il discorso del costo per la società. Molte volte uno ha la sensazione che fare sicurezza e prevenzione, sia quasi un'opzione mentre in realtà è un costo reale. Se uno va a guardare i dati sugli infortuni e sui morti da lavoro, vede cifre da guerra. Ma ci pensiamo a questo fatto? Questo è un costo per la società e quindi gli enti competenti, se un'azienda, in qualche modo sgarra, intervengono e la bastonano, forse, ...Invece vedo un grande lassismo e trovo quasi ridicola, peccato che non ci sia più quell'operatore dell'Università, quella considerazione "Noi questa analisi non la dobbiamo fare" perché state guardando una pagliuzza quando l'Università, che conosco bene, è messa da panico. Tutte le scuole sono messe da panico. Non le

controlla nessuno solo perché sono un ente pubblico e dovrebbero essere bastonate come le aziende private e purtroppo questo non avviene.

Poi il discorso della minaccia dell'approvazione del Testo Unico che abbiamo sventato, è solo prorogato, è una bomba ad orologeria, che vuole, grazie all'interpretazione di qualcuno al governo, arginare e ridurre i diritti costituzionali della tutela. Io non so, questa è una domanda che faccio: a che punto siamo a proposito di questa storia?

Poi un'altra piccola cosa: il discorso dei precari: Sappiamo che il mondo del lavoro è fatto ormai dalla maggioranza di precari, che se ne dica; questa gente chi la tutela? Perché quando entrano in azienda, ne vedo poche che rispettano le norme. Quando arrivano da noi, li obblighiamo a rispettare le regole dell'azienda, nonostante questo uno s'è fatto male lo stesso, è riuscito a farsi saltare 4 denti perché voleva fare le cose troppo in fretta con una fune e purtroppo siamo arrivati tardi. Al di là di questa situazione particolare, la normativa non riesce o quantomeno, non è adeguata per garantire la loro sicurezza.

Altro problema: l'edilizia: quanti morti ci sono nell'edilizia e nelle ferrovie? Ci siamo dimenticati gli infortuni nelle ferrovie: morti, servizi scadenti e adesso stanno pensando di fare il treno superelevato. perché lo Stato non interviene su questa storia; perché fare il treno superelevato, invece di far funzionare quello che c'è e farlo funzionare bene.

L'ultima cosa e scusate se vi ho annoiato. Riguarda la questione del ricatto legato alla mansione. Mi viene in mente un articolo letto su Porto Marghera, nota residenza balneare, con danni e morti a centinaia, dove era in atto il ricatto tra il diritto al lavoro e il diritto alla salute, che sono due diritti costituzionali, ma erano in contrapposizione. Le organizzazioni sindacali, questa è un'autocritica visto che sono anche RSU, si preoccupavano più del fatto che questi perdessero il posto di lavoro, cosa gravissima, rispetto al fatto che questi morissero. Io penso che prima venga la vita e poi venga il lavoro, certo, se ci sono tutti e due direi che sia molto meglio, però molte volte su questo ricatto l'azienda ci vive, come il discorso di essere abili o non abili alla mansione.

E' un terreno dove noi RLS non c'entriamo, per carità, però attenzione, non è che siamo fuori dai giochi e non possiamo fare sicurezza per la paura che se ti spingi troppo in là, magari dopo al lavoratore non gli danno la nuova mansione. Sai quanti ne sono capitati, in azienda da noi, di lavoratori che avevano problemi di ricollocazione, perché l'azienda contrattualmente lo può fare e allora, lì sì ci devi

andare con i piedi di piombo, c'è poco da fare, perché devi salvaguardare il posto, però sino ad un certo punto.

---

### **Rita Vaccari - RLST**

Sono un RLST, quindi un rappresentante della sicurezza dei lavoratori territoriale, per cui seguo le piccole imprese, le imprese artigiane che non hanno un RLS interno. Devo dire che questo seminario mi è stato molto utile perché ho imparato alcune cose, ad esempio il problema che diceva il collega di quell'azienda chimica con il rischio moderato; è capitato anche a me in un'impresa di 4 persone in cui si lavoravano sostanze chimiche, ma che risultava a rischio moderato e sono rimasta lì un po' come un cucco, nel senso che ho detto "Come? Lavorate sulle sostanze chimiche e allora?". E adesso so tutto quello che dovrò fare per tentare di risolvere questo problema.

Io non posso portare un esempio specifico, perché avendo a che fare con tutti i settori, chimico, legno, ecc.. rischio anche di essere poco competente e anche dispersiva, però col mio lavoro, la mia visione personale di salute e sicurezza, non comprende solo le cose puramente legate al danno fisico, ma do molta importanza anche all'aspetto psicologico e quindi a tutti gli aspetti psico-fisici del lavoratore all'interno del suo posto di lavoro e la mia domanda è riferita ad un problema presente, sia nelle piccole che nelle grandi imprese, che è quello che riguarda il mobbing.

Un problema che non ha una causa specifica; può essere vessazione, può essere tutta una serie di cose che però non ha, come nel rischio chimico una sostanza cancerogena che dà il cancro o il rumore che porta all'ipoacusia, un agente ben definito. Il mobbing ha una serie di conseguenze fisiche molto serie, che vanno dalla psoriasi, all'insonnia, alla depressione e anche a casi di tentato suicidio che nasce all'interno del posto di lavoro.

Io ho ascoltato attentamente quello che è stato detto stamattina e ho scoperto, anche con piacere che il medico competente ha acquisito sempre più potere, quindi ha più autonomia e più peso anche nei confronti del datore di lavoro e la mia esperienza nelle piccole imprese mi fa pensare che, mentre nelle grandi imprese il mobbing o la salute psichica è gestita a livello sindacale o di RSU, nelle piccole imprese si possa avere una collaborazione con il medico, cioè trovare il sistema a livello preventivo qualora si registrassero dei casi. Normalmente non bisogna

confondere il mobbing con le normali discussioni o conflitti all'interno del mondo del lavoro, però quando è proprio una cosa seria, che cosa si può fare?

Cosa si può suggerire, magari con la complicità del medico competente per fare in modo che questo problema si riduca?. Così come per il rischio, non so, di sostanze cancerogene viene consigliato l'uso di mascherine, per il contatto con il capo-ufficio che mi da un problema di questo tipo, posso, magari, pretendere che venga adibito temporaneamente ad altra mansione.

Non so se mi sono spiegata, comunque ecco tutto qua.

## **RISPOSTE**

### **Magelli**

*Dunque, Giannini ha detto una cosa estremamente importante, ma dovrei però fare una precisazione per evitare di commettere errori. Ha affermato che nella loro azienda, quando il medico competente fa il sopralluogo, viene accompagnato dall'RLS; mi sembra una cosa molto positiva, molto giusta, un obiettivo che deve essere perseguito; voglio però ricordare che questa è una cosa che si contratta e che si ottiene in quanto non c'è nessun obbligo di legge in questo senso. A volte alcune cose vanno richieste e si esigono a norma di legge, mentre questa è una cosa che va contrattata o strappata lottando, non è un obbligo di legge.*

*Volevo chiarire per evitare incomprensioni poiché l'azienda potrebbe dire "No, il medico competente il giro lo fa con l'RSPP perché così dice la legge". È chiaro che questo diritto va contrattato e ottenuto non essendo un obbligo di legge. Volevo solo chiarire questo per evitare che qualcuno magari commetta un errore.*

*Invece bisogna fare alcune precisazioni sulle cose che diceva Gagliardi. Intanto attenzione su una cosa che spesso in questi anni è stato oggetto anche di malintendimenti. Se il datore di lavoro si classifica a rischio moderato, premetto che mi fa ridere che sia il datore di lavoro a classificarsi, come se, rispetto alle tasse, uno si classificasse a reddito moderato e non le pagasse di conseguenza: allora tutti quanti ci classificheremmo a reddito molto moderato, se dipendesse da noi; in questo caso è la legge che fa decadere l'obbligatorietà delle visite periodiche.*

*A questo punto, il fatto di fare le visite periodiche è una cosa che l'azienda fa in più rispetto a quanto prevede la legge e che il lavoratore ha il sacrosanto diritto di*

*rifiutare, perché non è obbligato a fare quegli accertamenti, in quanto la norma è molto chiara: il lavoratore (art. 5) è tenuto a fare la sorveglianza sanitaria obbligatoria per legge, in questo caso invece essa è aggiuntiva, un benefit che l'azienda dà.*

*Seconda questione: il problema del medico competente che deve essere pubblico. È una novità talmente grossa che è stato così fino al 1970 quando c'era l'ENPI, struttura pubblica, che svolgeva questa attività. È stata un'esperienza fallimentare che è cessata; io penso che il problema non sia istituire una sorveglianza sanitaria pubblica, ma garantirne il controllo pubblico sulla qualità ed in questo senso non dimentichiamoci mai che uno strumento c'è, ed è lo strumento fondamentale del ricorso. Voi sapete che ogni lavoratore ha il diritto di fare ricorso contro il giudizio del medico competente all'organo di vigilanza, quindi il problema più delicato viene riportato in sede pubblica e, d'altra parte, l'operato del medico competente è soggetto al controllo dell'organo di vigilanza. Quindi ci sono tutti gli strumenti per agire correttamente.*

*Infine, scusami ma vorrei fare solo una piccola e garbata polemica. Non è assolutamente rispondente al vero, e lo dico non per polemica con te, ma per dare una chiara informazione agli RLS di strutture pubbliche, non è assolutamente vero che l'organo di vigilanza non intervenga nei confronti delle aziende pubbliche. Io ti invito ad andare a vedere l'archivio dell'ASL di Bologna, ci troverai ispezionati e sanzionati il Comune di Bologna, la Provincia di Bologna, la Regione Emilia-Romagna, l'Università di Bologna, l'Azienda Ospedaliera e Sanitaria di Bologna, ecc.. , questo lo volevo chiarire perché era un messaggio distorto. Io credo che tutti compreso la struttura pubblica siano tutelati esattamente come i lavoratori delle strutture private. Non è per fare polemica, ma per fare chiarezza.*

---

## **Pugliese**

*Allora io sarò brevissimo perché ho poco da aggiungere a quello che diceva Magelli.*

*L'intervento della signora Vaccari parlava del ruolo un po' delicato del Rappresentante dei Lavoratori sulla Sicurezza Territoriale o RLST, intanto perché ha che fare con le micro imprese, le imprese artigiane. Se si vuole essere laici, rispetto all'attività del medico competente, egli è anche un operatore di mercato, oltre che un professionista, con il suo codice etico e che si comporta*

*professionalmente, dobbiamo vedere come è nella realtà; dove c'è un mercato è chiaro che c'è una guerra tra medici competenti e le strutture che si occupano della medicina del lavoro. Dove? Sui prezzi. La spirometria a costo stracciato, l'audiometria a quest'altro costo, la visita in tempi brevissimi, ecc. Questo è un problema perché può inficiare la qualità della prestazione.*

## QUESITI

### **Marilena Paolini – RLS Produttori Sementi Spa**

Il medico, come abbiamo visto, ha un potere decisionale maggiore perché la legge gli dà ulteriori poteri, per cui assistiamo ad una variazione rispetto a quello che faceva prima, ad esempio, come frequenza delle visite e come tipologia dei controlli.

La mia domanda è: dove mi posso rivolgere per avere un parere sulla sua decisione? Se mi dice “Secondo me, questo tipo di esposizione richiede una frequenza minore” a chi mi posso rivolgere per un parere scientificamente corretto? E se alla fine ricevo un parere che mi dice “No il tuo medico ha torto e tu devi andarlo a contrastarlo” chi mi può dare un supporto a questo punto sulla decisione del medico per andargli a dire “No, tu non lo puoi fare perché c'è il tal organo di controllo che ti dice che non lo puoi fare”.

Viste le modifiche apportate, il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, dovrebbe avere una competenza maggiore dal punto di vista del controllo sull'operato del medico, ma non essendo un medico ha più difficoltà che in passato, quando c'era una tabella e, se io ero esposto a questa sostanza, sapevo che dovevo fare la visita una volta ogni 3 mesi, quindi se il medico non me la faceva era del torto. Adesso il medico può dare delle valutazioni a sua discrezione, ma a questo punto diventa anche più difficile il lavoro dei rappresentanti dei lavoratori, da questo punto di vista.

Grazie.

---

## **Lolli Paolo – RLS – Comune di Castel San Giovanni**

Lavoro in un Comune, che non è un posto di lavoro ad altissimo rischio, però ho avuto ugualmente problemi, di cui ho già parlato anche con il dott. Morisi, perché il nostro comune aveva sollevato la questione relativa ad una sorveglianza sanitaria troppo a tappeto ed io avevo risposto che il problema era legato al fatto che non c'era mai stata una valutazione del rischio seria a monte, nel senso che, i documenti di valutazione del rischio che mi erano stati dati, erano generici, parlavano di un rischio da polveri, da rumore, da vibrazioni, ma ho sempre chiesto che a monte di questo ci fosse una valutazione corretta.

Rispetto al discorso delle vibrazioni, io lavoro come autista e quello che volevo chiedere è questo: dal momento in cui si parla di vibrazioni, questa valutazione deve essere fatta seriamente, vorrei capire se bisogna andare a verificare come è organizzato il lavoro e lo stato dei mezzi, per esempio. Cioè a me non va bene che venga uno e mi dica “Ci sono le vibrazioni”. D'accordo, ma allora dobbiamo anche quantificarle.

Come è successo per la movimentazione manuale dei carichi dove mi è stato risposto, dall'allora medico competente, in quanto adesso è cambiato perché è cambiata l'amministrazione “Ma sì, faremo il calcolo della mole; però questo sistema americano è difficile, non vale la pena di farlo”. Solo dopo tre anni dopo che sono riuscito ad ottenere di fare il corso da RLS, che il Comune non aveva intenzione di farmi fare, a proposito di Enti pubblici, durante il corso mi dicono “Certo, questo calcolo si può applicare anche negli ospedali!”.

Volevo chiedere se questa valutazione, deve essere fatta seriamente oppure ...

## **RISPOSTE**

### **Magelli**

*Vorrei dare una risposta a Paolini, proprio dal punto di vista dei comportamenti pratici. Il medico competente dà un suo giudizio, fa una sua proposta, propone una periodicità e glielo comunica. Nella comunicazione di queste informazioni, alcuni medici competenti sono capaci di dare una comunicazione convincente, cioè porta delle ragioni e della documentazione che la convincono della giustezza del suo discorso. In questo modo non si pone nessun problema.*

*Se lei viceversa ha dei dubbi o perché gli vengono date delle informazioni in modo secco o perché non c'è una documentazione adeguata o perché non la convince, lei, insisto, ha sempre due strumenti a disposizione: da un lato lei può rivolgersi al SIRS per avere un confronto, un parere, un suggerimento e poi se lo spende e se lo gestisce lei il rapporto con l'azienda. Oppure lei può rivolgersi all'organo di vigilanza perché intervenga a controllare la situazione. Gli strumenti che l'RLS ha, quando ha finito gli strumenti interni, sono sempre questi due: l'uso del SIRS come supporto alla propria azione e alle decisioni da prendere nel merito e il ricorso all'USL come intervento imperativo nei confronti dell'azienda.*

*Rispetto al discorso di Lolli, io credo che da un lato abbia perfettamente ragione. Riprendo il discorso di stamattina di Pugliese: la sorveglianza sanitaria in Italia è mirata al rischio professionale, quindi fare un sacco di esame, un sacco di visite in modo indiscriminato non serve a nessuno se non al medico competente e ai laboratori privati. Quindi non serve a nulla per la salute dei lavoratori.*

*Rispetto alle vibrazioni la nuova normativa la 187 del 2005, prevede che l'azienda faccia una valutazione del rischio. Non basterà più dire che ci sono vibrazioni, ma dovrà farla o analizzando i dati di letteratura a disposizione presso alcune banche dati (vedi ISPESL) o i dati dell'azienda, o addirittura in molti casi, misurandole o facendole misurare, cosa per altro molto complessa ed esprimere un giudizio, attraverso un numero che darà indicazioni se l'azienda si trova sotto il livello d'azione, sopra il livello d'azione o sopra il valore limite ammesso.*

*Quindi lei avrà a disposizione, quando la cosa sarà pienamente a regime, un numero che le permetterà di capire qual è il livello di rischio e, in base al valore misurato, scattano diversi tipi di interventi; l'intervento sull'ambiente, i mezzi di protezioni, sulla macchina e la sorveglianza medica, che scatta soltanto oltre il livello d'azione. Quindi, come per la movimentazione dei carichi, esistono anche le vibrazioni, strumenti, come il Niosh, che danno una indicazione numerica del livello di rischio.*

*Se il vostro medico competente non lo sa fare vuol dire che non è competente, perché il suo mestiere richiede anche questo. Se io faccio il chirurgo non posso dire "Le appendiciti io non le opero". No, fai il chirurgo operi anche l'appendicite. Così il medico competente non può dire "Io non applico questo metodo, perchè troppo lungo o difficile". No, è il suo mestiere e lo devo fare. Se non è capace, chiamiamo un altro collega a farlo, anche se non è questa la soluzione corretta.*

## QUESITI

### **Cristian Rivola – RLS Hera**

Buongiorno a tutti. La mia domanda è semplicemente questa: il medico competente può essere chiamato in causa per il riconoscimento di una indennità e di un corso di formazione per quanto riguarda l'uso di un acido molto pericoloso, l'acido iperacetico, con il quale noi abbiamo regolarmente a che fare?. Perché noi, non come RLS, ma sindacalmente, abbiamo avanzato, già da mesi, all'azienda una richiesta di riconoscimento dell'indennità e di fare un corso-lavoro su questo acido, ma non abbiamo ancora avuto risposta.

---

### **Giuseppe Bernardo – RLS Istituto Comprensorio Monghidoro**

Buongiorno a tutti. Sarò molto breve semplicemente perché non ho grosse qualità oratorie. Per la prima volta quest'anno sono stato coinvolto in questo tipo di incarico dalla mia dirigente, non perché avessi particolari titoli o meriti, ma per mera disponibilità. All'inizio della mattinata, devo dire, la mia presenza mi sembrava quasi inopportuna, nel senso si parlava di fumi, agenti chimici, vibrazioni e roba varia. Ma poi l'intervento del dott. Magelli mi ha un po' confortato quando ha preso in considerazione le situazioni di rischio legati allo stress e al lungo lavoro a cui sono sottoposte le corde vocali per i docenti.

Magari sono cose che possono sembrare un po'... futili e che spesso vengono sottovalutate. Tre domande, per concludere: la riunione annuale è obbligatoria anche per le scuole, per le aziende pubbliche? E poi, per quanto riguarda le aziende private mi è sembrato di capire che il medico competente viene pagato dal datore di lavoro, cosa che comunque ritengo assurda, ma a parte questo, per le aziende di Stato, quale può essere considerata una scuola in quanto azienda, come funziona l'intervento del medico competente? Terza cosa, le visite preventive sulle corde vocali e sullo stato psico-fisico del docente possono essere considerate adeguate e opportune, o rientrano in quella che il prof. Pugliese prima parlava della promozione della salute. Grazie

---

## **Galli Mario – RLS Trenitalia**

Buongiorno a tutti. Sarò telegrafico perché voglio solamente capire se voi del SIRS ci potete aiutare sul rischio specifico dei campi elettromagnetici. Al di là di quelli prettamente ferroviari di linea, che comportano l'uso di pantografi e quindi una esposizione dei macchinisti, sui quali già stiamo lavorando, mi riferisco ai palmari che hanno il personale di bordo, con cui fanno i biglietti e danno informazioni ai viaggiatori, perché quando passano vicino alle persone che hanno un cellulare, questi ultimi iniziano a gracchiare. È evidente che siamo in presenza di un campo elettromagnetico non indifferente. Vi chiedo se avete degli studi o qualcosa che ci può aiutare a dare una valutazione di rischi per il lavoratore. Grazie.

---

## **Renzo Brunelli – RLST Ravenna**

Buongiorno a tutti. Mi chiamo Brunelli e sono un RLST. La mia domanda era questa. Recentemente è capitato in un'azienda dove noi andiamo a fare le visite assieme ai miei colleghi, che un addetto alla manipolazione di prodotti chimici accusi dei disturbi e si presenti al medico competente, il quale non gli riscontra alcuna patologia. Successivamente si rivolge ad uno specialista, il quale inizia a fare delle indagini approfondite e gli chiede la documentazione dei prodotti presenti nella sua azienda.

Lui, seguendo la procedura, si rivolge all'RLS e gli chiede sostanzialmente la scheda di sicurezza del prodotto; questa non gli viene rilasciata con la motivazione che è un documento riservato e perciò appartiene all'azienda. Il quesito è questo: sulle schede di sicurezza, rilasciata dal fornitore, su cui l'azienda non appone il logo, il timbro dell'azienda stessa, a parere nostro come RLST, dovrebbe essere di dominio pubblico, e di conseguenza rilasciata al lavoratore stesso, attraverso l'RLST.

Altre schede, invece, su cui viene posto il logo, viene considerato un documento riservato all'azienda e di conseguenza non può essere pubblicato.

Questo è un quesito. Un altro, se mi è consentito è riferito a quei casi in cui nella valutazione del rischio non viene messo in evidenza, dal medico competente, l'esigenza della sorveglianza sanitaria in una determinata mansione. Nel mio caso ad esempio, vi sono operatori che operano alle casse, ma queste casse, oggigiorno,

mi sono consultato, sono dei veri e propri terminali, e sono considerati a tutti gli effetti, videoterminalisti.

Queste cassiere, tra virgolette, “videoterminaliste” stanno per tutta la giornata in piedi a digitare sul video, ma non vengono sottoposte a visita medica perché non compare nell’analisi del rischio il medico competente. Domanda. Quando il medico fa la visita preventiva, di cui parlava il dott. Pugliese, per l’avviamento al lavoro, dovrebbe prescrivere queste cose oppure ci deve essere un legame con il medico competente?

Vi ringrazio scusatemi.

## RISPOSTE

### **Morisi**

*Abbiamo terminato gli interventi, rimane solamente una richiesta di un RLS che ha presentato due quesiti scritti; li leggo ed eventualmente il tavolo gli darà risposta.*

*L’RLS chiede se il personale precario della scuola è obbligato alle visite mediche, sia iniziali che periodiche e la seconda domanda è sulla obbligatorietà delle visite mediche dei lavoratori interinali in qualsiasi categoria di lavoro, sia pubblico che privato essi si collochino.*

*Intanto rispondo alle richieste che chiamano in causa il SIRS. Nell’ambito della nostra attività di supporto, assistenza, documentazione ed informazione, siamo in grado di fornire la documentazione esistente su eventuali ricerche e studi epidemiologici inerenti i rischi legati ai campi elettromagnetici. La documentazione che siamo in grado di recuperare è a vostra disposizione, sempre tenendo presente che, dopo aver avuto quel materiale, l’iniziativa è vostra nell’attuare le azioni che riterrete più opportune. Non abbiamo la possibilità, in quanto non rientra nei nostri compiti istituzionali, venire in azienda e risolvere il problema. Vi diamo gli strumenti, vi supportiamo eventualmente nel vostro confronto, quello sì ma non andiamo oltre; perché oltre a quelli che sono i nostri compiti, subentra l’organo di vigilanza nel caso abbiate delle ulteriori necessità.*

-----

## **Magelli**

*Partiamo da Rivola, l'RLS di HERA. Se la richiesta di una indennità è una richiesta di ordine sindacale ed economico, in questo senso, il medico competente non c'entra assolutamente nulla. Potrebbe essere consultato dall'azienda per sentire se effettivamente il rischio esiste ed è di un certo tipo, ma il medico competente saggio si limita a rispondere a questa domanda e poi si chiama fuori dal discorso. L'indennità è un discorso squisitamente economico tra azienda e lavoratori e se lo definiscono tra di loro, fermo restando che in generale, da tempo, si tende a superare e non gestire più queste forme di monetizzazione del rischio.*

*Comunque se i rischi ci sono, il medico competente non c'entra nulla. È un accordo tra sindacato e azienda. Poi è chiaro che, se si decide, questa è una cosa molto importante, di fare corsi di formazione dei lavoratori che usano questi prodotti, il medico competente potrebbe essere coinvolto in questi corsi per spiegare bene quali possano essere gli effetti e le misure preventive rispetto all'agente chimico.*

*Bernardo poneva una serie di problemi nell'ambito della scuola. Allora, tengo una cosa per ultima e rispondo alle domande precise. La riunione annuale è obbligatoria anche per la scuola, perchè l'obbligo scatta al di sopra dei 15 addetti. Immagino che nessuna scuola o istituto comprensivo abbia meno di 15 addetti, quindi l'obbligo c'è.*

*Seconda domanda: aziende pubbliche e medico competente. Le aziende pubbliche non hanno un regime diverso dalle aziende private, le aziende pubbliche scelgono anche loro il loro medico competente, a volte può essere un dipendente, a volte un convenzionato, un consulente esterno, e lo pagano come fanno le aziende private. Non c'è un regime diversificato pubblico-privato.*

*Terza domanda: le visite preventive, come possono essere considerate adeguate ed opportune rispetto al rischio? Cioè, le visite preventive, anche queste come le visite periodiche, devono essere mirate al rischio. Qui voglio essere molto chiaro: non si tratta di stabilire se un lavoratore è o non idoneo a lavorare. Non è una generica idoneità aspecifica al lavoro, è un'idoneità specifica e mirata al lavoro che la persona andrà a svolgere. Quindi hanno senso e devono essere effettuate quando si è in presenza di lavorazioni che comportano un certo rischio e quando ha un senso cercare di capire se la persona presenta delle patologie preliminari che potrebbero metterlo in grossa difficoltà rispetto a quel rischio.*

*Per quello che riguarda il discorso delle corde vocali, le ho citate per curiosità perché è una novità, devo dire che è un problema, in Italia, sistematicamente sottovalutato. Dico in Italia perché, l'anno scorso, ero per lavoro in Vietnam ad Hanoi, e i medici vietnamiti mi hanno fatto vedere i loro lavori sui problemi delle patologie croniche sulle corde vocali degli insegnanti. Su questo avremmo quindi qualcosa da imparare da un paese del terzo mondo, visto che noi, ancora oggi, lo sottovalutiamo ampiamente mentre è un problema molto diffuso. Sono molti gli insegnanti che hanno delle non-idoneità per insegnamento per patologie delle corde vocali.*

*Brunelli, RLST territoriale. Attenzione qui il problema è delicato e dobbiamo fare riferimento agli articoli 19 e 21 della 626, perché l'articolo 21 già dice molte cose. Il lavoratore, non l'RLS, il lavoratore ha diritto ad avere l'informazione sui rischi specifici a cui è esposto, il che vuol dire magari non l'aspetto psicologico, ma le sostanze. A me non interessa sapere che il prodotto pinco-pallino ha 27 componenti, mi interessa sapere che lì dentro c'è del cromo, e c'è, che ne so io, dell'ammonio di solfato. Ecco questo mi interessa. Questo l'azienda lo deve dire e se non lo dice va contro la legge.*

*Secondo; deve essere informato sui pericoli connessi all'uso delle sostanze. Quindi su questo non ci piove, il lavoratore ha diritto ad avere queste informazioni, non dall'RLS, ma dall'azienda. Se l'azienda dà queste informazioni, le darà non a voce, ma su un foglio scritto. Lo deve fare. E non è compito dell'RLS fare delle pressioni perché l'RLS non è un mediatore fra azienda e lavoratore, non può fare lui i compiti dell'azienda. L'RLS anche se ha diritto alle schede tossicologiche, è anche tenuto al segreto industriale, quindi l'RLS potrebbe informare il lavoratore, sulle sostanze a cui è esposto, mentre, penso, non dovrebbe dare la scheda al lavoratore, ma dare solo informazioni sulle sostanze che utilizza, informazioni che deve dare comunque l'azienda.*

*Ultima questione: cassiere e videoterminali. Le normative sui videoterminali fanno scattare determinati provvedimenti, tra cui la visita medica preventiva e periodica, per le persone che hanno mediamente un tempo di utilizzo del videoterminale di 20 ore settimanali. Io credo che una cassiera in un supermercato, difficilmente sia al di sotto di questo tempo medio e credo sia comparabile assolutamente ad un videoterminalista.*

-----

## **Pugliese**

*Chiedo scusa se intervengo interrompendo questa volta, ma era sulla questione della definizione di videoterminale. La delicatezza del problema è lì, perché nella definizione, sia della direttiva comunitaria che del recepimento, videoterminale viene detto qualsiasi schermo alfanumerico che ha determinate dimensioni per cui vengono esclusi, esplicitamente, i registratori di cassa. Questi attrezzi, vengono esclusi nel considerarli come videoterminali, fermo restando, però, che nella valutazione del rischio, si devono anche considerare i rischi posturali. Ad esempio, la cassiera del supermercato o sta in piedi o ha torsioni del tronco che sono problematiche, al di là del fatto di prevedere la visita oculistica come una sorta di benefit.*

---

## **Magelli**

*E' necessario precisare che ci possono essere interpretazioni della legge anche diverse. Ad esempio la legge definisce il videoterminale, uno schermo alfanumerico o grafico a prescindere dal tipo di procedimento con esso utilizzato, in questo senso, una cassa che abbia uno schermo simile ad un personal computer, è assimilabilissima ad esso. Se poi il tempo di utilizzo dell'apparecchiatura con quei requisiti è superiore alle 20 ore medie, scattano tutte le misure previste per legge e questo percorso deve essere previsto nella valutazione dei rischi. Se non è presente il RSL può chiedere una integrazione ed una correzione al RSPP.*

*Ultime due domande: i precari della scuola sono obbligati alle visite mediche e come le devono fare? La legge non distingue mai, dico mai, per le visite mediche in base al tipo di rapporto di lavoro. Quindi se il lavoratore di un'azienda ha un rischio che prevede le visite mediche, il lavoratore dipendente a tempo indeterminato, il lavoratore precario o il lavoratore interinale che fanno tutti la stessa attività, hanno ugualmente diritto alla sorveglianza sanitaria. Quindi non c'è nessuna discriminazione in base al contratto di lavoro, in presenza di un rischio che implichi la sorveglianza sanitaria; questo vale per i dipendenti a tempo indeterminato, a tempo determinato, interinali, precari, stagisti, studenti e volontari che fanno quel tipo di attività.*

---

## **Pugliese**

*Il lavoratore interinale è assimilato a un lavoratore subordinato. Quello che amplia la tutela sanitaria e la tutela sulla sicurezza in generale, è il tipo di relazione in atto, che in questo caso è una relazione di potere: tu sei subordinato, io ti do determinati ordini per fare determinate cose, ma se per fare questo ti espongo ad un rischio, ti devo anche tutelare attraverso la sorveglianza sanitaria, se è prevista. Viceversa se io non ti espongo a nessun rischio o a rischi che non debbono essere tutelati dal punto di vista sanitario, non devo attivare la sorveglianza sanitaria. Non ci sono figli e figliastri tanto che si può allargare la nozione di lavoratore anche a chi non prende del denaro.*

*Lo studente che apprende un arte od un mestiere con l'uso di un tornio e paga la tassa di iscrizione per quel corso, anche se è lui che dà del denaro, è comunque tutelato dal punto di vista della sicurezza e dell'igiene del lavoro, parimenti al lavoratore dipendente.*

*Una cosa volevo dire a Bernardo a proposito delle corde vocali; è un problema di salute e sicurezza sul lavoro nella misura in cui è un rischio professionale e non un rischio generico. In medicina legale e in medicina del lavoro, si distingue a seconda che sia un rischio generico, siamo esposti tutti all'insolazione per esempio, è un rischio generico aggravato, per esempio l'agricoltore che sta in mezzo ad un campo e in questo caso non è proprio professionale, ma sicuramente più specifico del precedente.*

*Il rischio professionale è legato alla singola attività, è mio perché faccio quell'attività, chi fa un'altra attività, ha un altro rischio. Di solito la sorveglianza sanitaria tende a tutelare il rischio professionale, quindi se professionalmente devo utilizzare la voce, come ad esempio i cantanti, sono soggetto a rischio di noduli. Infatti i polipi delle corde vocali sono una tipica malattia professionale dei cantanti lirici, che erano tipicamente indagati per questo tipo di rischio, mentre gli insegnanti, pensando che parlassero poco, non erano contemplati.*