**S.I.R.S.**Servizio Informativo
Rappresentanti
dei Lavoratori alla SicurezzaProvincia di Bologna
Comune di Bologna
Azienda USL di Bologna
INAIL di Bologna
Direzione Provinciale del Lavoro di Bologna
CGIL CISL UIL di BolognaPROVINCIA DI
BOLOGNAANNO 14 - NUMERO 5
SETTEMBRE
OTTOBRE 2014

articol

19

BOLLETTINO DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE DELLA RETE DI RLS DELLE AZIENDE DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

Il Piano Nazionale Amianto, dalla carta all'impegno concreto. Quando?

di *Ivano Pioppi e Stefano Franceschelli*

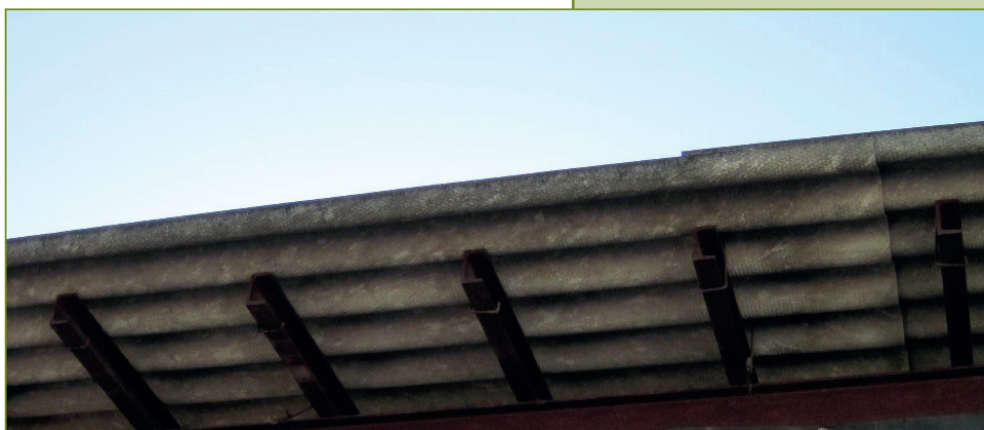
A Novembre 2012 durante i lavori della Conferenza governativa sull'amianto convocata a Venezia dall'allora Premier Mario Monti, il Ministro della Salute Renato Balduzzi che introduceva i lavori rimproverava le Istituzioni di "avvitarsi in fiumi di parole destinati a rimanere tali" davanti ai problemi cronici del Paese.

Durante quell'assise venne poi annunciato ufficialmente il Piano Nazionale Amianto (PNA), un documento redatto poi in forma compiuta nella primavera del 2013 in cui si identificavano alcune azioni da mettere in campo per arrivare ad una bonifica completa del Paese dall'amianto attraverso tre linee di intervento: la tutela della salute (introducendo soprattutto misure di diagnosi precoce per i cittadini), la protezione dell'ambiente attuando sistemi di tracciabilità e di smaltimento sostenibile della sostanza, la sicurezza sul lavoro esonerando le aziende da costi importanti. Le parole del Ministro Balduzzi suonarono però, alla prova dei fatti, come una profezia anziché essere da stimolo. Il Piano da allora è infatti rimasto un fiume di parole, scritte per la prima volta, ma parole. E dire che il 2012 si configurava già come una data caratterizzata da un ritardo cronico rispetto alla gravità del problema: il Piano del 2012 censiva 34.000 contaminazioni (la Onlus ONA, Osservatorio Nazionale Amianto nel 2014 ne censisce 40.000) senza considerare il dato di Calabria e Sicilia per le quali non era stato possibile raccogliere alcuna informazione a riguardo. Ma oltre a questo dato prettamente statistico il Piano racchiudeva un calcolo ben più drammatico: in un lasso di tempo che può variare dal 2010 al 2020 o dal 2012 al 2025, basandosi sui dati inerenti il consumo di amianto riportati al numero di decessi legati ad esso, si prevede un picco di decessi annui pari a circa 800 - 1.000 eventi legati a malattie in-

sorte a seguito all'esposizione alla sostanza killer. Tutt'altro che profezie se considerati alla luce dei casi più emblematici vissuti nel nostro territorio dai lavoratori delle OGR o pochi chilometri più a Nord dai cittadini di Casale Monferrato e dai lavoratori della Olivetti, per i quali le cronache più recenti hanno raccontato dell'apertura di nuove indagini nei confronti di manager di fama. Nonostante questo quadro drammatico, il PNA ha subito quasi immediatamente una bocciatura dalla Conferenza Stato-Regioni a causa dell'incapacità di conciliare le azioni istituzionali dello Stato con quella degli enti locali e di alcune imprecisioni riguardanti le coperture economiche contenute nella stesura del testo. Per un anno e mezzo se ne sono perse le tracce, complice anche, come troppo frequentemente avviene, il dilungarsi della fase elettorale che ha caratterizzato il 2013.

Il mese di giugno di quest'anno sembra aver finalmente riaperto i riflettori sul tema, ancora dimenticato dai mezzi di informazione, in quanto la Camera dei Deputati raccoglie le mozioni provenienti da tutti i partiti e approva all'unanimità una

Sommar

1 Il Piano Nazionale Amianto, dalla carta all'impegno concreto. Quando?di *Ivano Pioppi e Stefano Franceschelli***3 Infortuni stradali: un rischio da attenzionare**di *Giorgio Ghedini e Sandro Vedovi***4 Nel valutare lo stato di salute dei lavoratori si deve tener conto anche delle malattie e dei disturbi psichici e/o comportamentali?**di *Leopoldo Magelli*



mozione che impegna il Governo a concludere il programma di “censimento, bonifica e smaltimento dei materiali contaminati” in accordo con le Regioni e in diretta conseguenza “ad approvare definitivamente il Piano Nazionale Amianto prevedendo i finanziamenti necessari alla sua completa attuazione”. L'odg approvato a Montecitorio impegna il Governo anche su altri fronti molto importanti, chiedendo in particolare di destinare più risorse al Fondo per le vittime dell'esposizione, prevedendo la possibilità di estenderlo anche ai famigliari, e di modificare la vigente legge pensionistica per concedere benefici ai lavoratori colpiti da patologie legate all'amianto.

Il sindacato ha svolto diverse iniziative recentemente per premere affinché l'impegno all'adozione del Piano trovi finalmente un riscontro nella pratica, nella ricostruzione della vicenda dell'amianto nel nostro Paese non può passare come secondario il lavoro svolto da Cgil - Cisl - Uil al Ministero del Lavoro per ottenere l'applicazione di meccanismi di identificazione collettivi in merito alle mansioni effettivamente svolte dai lavoratori. Un criterio di valutazione che si è poi rivelato determinante nel riconoscimento del pensionamento anticipato per riconosciuta esposizione all'amianto ad oltre 130 mila lavoratori dal 1992, anno in cui la Legge 257 sancisce la cessazione dell'uso dell'amianto e il conseguente diritto dei lavoratori a svolgere il proprio compito in ambienti epurati da quella sostanza.

A distanza di oltre 20 anni da quella legge risultano essere state rimosse circa 500 mila tonnellate di amian-

to, di questo passo per rimuovere completamente le 34 milioni di tonnellate della sostanza rimaste in giro per città, fabbricati e aziende (secondo le stime dell'ONA) occorrerebbero altri 60 anni.

È per questa ragione che ogni giorno che passa rappresenta un aggravio ulteriore di ritardo nell'adozione di un programma in grado di ricomporre a sistema le azioni necessarie ad eliminare la piaga dell'amianto dalla vita di lavoratori e cittadini.

L'obiettivo della lotta all'amianto non può che rappresentare la frontiera principale dell'impegno delle istituzioni e del sindacato in difesa della salute dei lavoratori nei posti di lavoro e per la salvaguardia della salute di tutti i cittadini.





Infortuni stradali: un rischio da attenzionare

di *Giorgio Ghedini e Sandro Vedovi*

Nel 2013 l'INAIL ha registrato 694.648 denunce, con 457.000 feriti e 660 casi mortali.

Più del 18% degli infortuni riconosciuti sono avvenuti "fuori dall'azienda", cioè "con mezzo di trasporto" o nel percorso casa-lavoro-casa (ovvero "in itinere") ma la stessa percentuale sale fino a quasi il 57% nel caso degli incidenti che hanno avuto un esito mortale. Sul totale degli infortuni mortali (660), 376 sono avvenuti "fuori dall'azienda".

Il rischio non riguarda solo coloro che usano i mezzi pesanti trasporto merci o persone, ma i dati evidenziano che tutti coloro che usano veicoli (scooter, auto, furgoni, etc.) su strada hanno un'esposizione al rischio elevatissima, in particolare le imprese del settore dei servizi e del terziario, hanno pochi incidenti in azienda ma molti negli spostamenti, superando spesso l'80% del numero degli infortuni complessivi denunciati (professionale + itinere).

La probabilità media di morte per ogni ora dedicata agli spostamenti su strada è fra le 20 e le 30 volte superiore a quella che si registra mediamente in un'ora trascorsa sul posto di lavoro. Dati questi che ci fanno dire che è necessario attenzionare il rischio stradale. Il trasporto stradale è uno dei settori più pericolosi anche nella UE. Le vittime degli incidenti stradali sono all'incirca 10.000 l'anno.

Queste cifre comprendono in media 1.300 conducenti di autobus, pullman, veicoli per il trasporto di merci pesanti e furgoni leggeri. Per ridurre il numero degli infortuni sul lavoro diventa fondamentale intervenire sugli incidenti stradali, ben sapendo che non è possibile esercitare sui veicoli che si muovono fuori dell'azienda lo stesso controllo che può avvenire all'interno del luogo di lavoro. Uomo, mezzo ed infrastruttura sono tre elementi che si intrecciano e non sono facilmente governabili.

È necessaria un'efficace tutela mirata ai rischi professionali in accordo con il D.L. 81/2008 in modo da eliminare, minimizzare o controllare i rischi individuali al fine di evitare e prevenire gli effetti da essi derivanti.

Molti incidenti stradali possono essere prevenuti semplicemente analizzando le dinamiche effettive del settore, identificandone i rischi e prendendo le necessarie misure pratiche. La strada deve essere considerata un luogo di lavoro e il veicolo l'attrezzatura di lavoro.

L'approccio da avere con questa tipologia di infortuni deve essere uguale a quello previsto per gli altri rischi, prevedendone la valutazione e realizzando un piano preventivo per la sicurezza stradale e la salute in cui vengano presi in considerazione anche i veicoli e il loro equipaggiamento, la pianificazione delle operazioni, lo stress a cui è sottoposto il personale, le operazioni di carico e scarico.

Per analizzare al meglio il problema e trovare le soluzioni

adeguate proponiamo alcuni punti su cui porre l'attenzione e a cui trovare delle risposte.

- Valutazione del rischio stradale. All'interno del documento di valutazione dei rischi è data attenzione e spazio a ciò che avviene fuori dall'azienda.
- Identificazione dei pericoli. Conoscendo i pericoli è possibile limitarli.
 - Stima dell'entità delle esposizioni
 - Stima della gravità degli effetti che ne possono derivare
 - Stima della probabilità che tali effetti si manifestino
 - Identificazione e valutazione del rischio
 - Definizione di un piano per la messa in atto delle misure individuate
 - Verifica dell'idoneità delle misure in atto
- Programma di informazione ed aggiornamento per quei lavoratori che utilizzano veicoli per lavoro, ad integrazione degli obblighi di legge (CQC, patentini, ADR). Una sensibilizzazione e formazione, al di là degli obblighi previsti dal Codice della Strada, aiuta a comprendere quanto possano incidere sulla buona guida fattori come lo stress psicofisico collegato al traffico, lo scarso riposo, i disturbi del sonno, una scorretta alimentazione, l'assunzione di sostanze e farmaci, i disturbi della vista.
- Presenza di un registro all'interno del quale annotare tutti gli incidenti stradali con la relativa dinamica. Questi possono essere analizzati in modo che sia possibile stabilire quale sia la migliore azione da intraprendere per evitare che si ripetano.
- Per le aziende che hanno una propria flotta, la presenza di una figura di riferimento o un registro per segnalare le anomalie tecniche dei veicoli.
- Per le aziende che hanno una propria flotta, la presenza di una scheda di manutenzione del mezzo.
- Per le aziende che effettuano trasporto di merce, la presenza di procedure per la corretta movimentazione dei carichi.
- Per le aziende che effettuano trasporto di merce, documenti che regolamentano la cooperazione con altri soggetti (clienti, subcontraenti presso cui le merci vengono ritirate o a cui vengono consegnate).



Nel valutare lo stato di salute dei lavoratori si deve tener conto anche delle malattie e dei disturbi psichici e/o comportamentali?

di Leopoldo Magelli

Quel che segue non è una vera e propria risposta ad un quesito, ma è una risposta a diverse (anche se in verità non troppo numerose) sollecitazioni poste da lavoratori e RLS sul problema citato nel titolo. In effetti sembra che una certa parte di medici competenti abbiano una visione un po' troppo meccanicistica del lavoratore, valutando soprattutto (se non esclusivamente) solo le problematiche legate a patologie o disturbi fisici e rimuovendo in modo inspiegabile le problematiche legate a disturbi o patologie comportamentali e psichiche.

Vale la pena anzitutto ribadire che, secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) la salute non è solo l'assenza di malattia, ma è il pieno benessere fisico e psichico (nonché sociale) della persona.

Questo approccio globale è ovviamente ripreso dal D.Lgs 81/2008, che all'art. 25, comma 1, lett. a, così si esprime: il medico competente *"collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori ..."*.

Quindi, chiaro e preciso è il richiamo all'integrità psico-fisica come bene da tutelare. Ciò impone quindi che nella valutazione del medico competente in ordine all'idoneità o meno del lavoratore alla mansione specifica tutti gli elementi relativi allo stato di salute della persona siano presi in esame, e così pure nel valutare eventuali conseguenze sfavorevoli sul lavoratore delle condizioni di lavoro e di esposizione al rischio.

Da ciò derivano alcune importanti conseguenze:

- 1) Sia in sede di visita preventiva che di visita periodica che di visita per cambio mansione la valutazione deve essere completa ed eventuali problematiche di ordine psichico e/o comportamentale che il lavoratore dichiara e che il medico accerti (e le può accertare in molti casi anche se il lavoratore non le dichiara) devono entrare a far parte dei criteri con cui valuta l'idoneità.
- 2) Il lavoratore può richiedere l'accertamento ai sensi dell'art. 41, comma 2, lett. c (visita medica su richiesta del lavoratore, qualora sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica) anche per problemi di ordine psichico e/o comportamentale, ed il medico deve affrontare queste situazioni al pari di tutte le altre (ricordando sempre che può accedere alla collaborazione, se lo ritiene necessario, di uno specialista, vedi art. 39, comma 5. (Il medico competente può avvalersi, per accertamenti diagnostici, della collaborazione di medici specialisti scelti in accordo con il datore di lavoro che ne sopporta gli oneri).
- 3) Un aspetto molto particolare è quello legato alla lettera e-ter) dell'art. 41, comma 2, ovvero la visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione. Infatti, visto che un'assenza della durata di almeno due mesi corrisponde certamente ad uno stato morboso di una notevole importanza (un grosso intervento chirurgico, un infarto del miocardio, ecc.) è tutt'altro che improbabile che un tale evento possa aver avuto ripercussioni sullo stato di salute psichica del lavoratore che ne è stato colpito. Pertanto il medico competente dovrebbe accertarsi del pieno recupero della persona che rientra al lavoro non solo dal punto di vista meramente fisico e valutare le eventuali menomazioni residue alla malattia.

Naturalmente, le problematiche di ordine comportamentale e/o psichico dovranno anche essere prese in esame e valutate in occasione dell'esposizione a fattori stressanti in ambiente di lavoro: esse sono infatti annoverate tra le possibili conseguenze sullo stato di salute dei lavoratori dell'azione di condizioni organizzative (o di errori organizzativi) capaci di indurre stress lavoro-correlato. Bisogna quindi che i medici competenti (o almeno quella quota non certo marginale che ancora non lo fa) si attrezzino delle competenze professionali in materia, individuino supporti specialistici per eventuali consulenze nel merito, ma soprattutto inizino a prestare la dovuta attenzione al problema. ■