PuntoSicuro

ARTICOLO DI PUNTOSICURO

Anno 14 - numero 2927 di giovedì 13 settembre 2012

Sovraccarico biomeccanico: medico competente e sorveglianza sanitaria

La sorveglianza sanitaria nella prevenzione delle patologie correlate ai rischi di natura ergonomica e sovraccarico biomeccanico. Finalità della sorveglianza, giudizio di idoneità, criteri per il reinserimento lavorativo e scelta del peso limite.

Bologna, 13 Set ? Una corretta prevenzione delle patologie muscoloscheletriche, delle problematiche relative al sovraccarico biomeccanico in ambito lavorativo, passa necessariamente attraverso un'adeguata **attività di sorveglianza sanitaria** attuata dal medico competente.

Di sorveglianza sanitaria si parla in uno degli interventi al seminario " Il ruolo del RLS nella prevenzione dei rischi di natura ergonomica e da sovraccarico biomeccanico" che si è tenuto il 19 aprile 2012 a Bologna e che è stato organizzato dal Servizio Informativo per i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (SIRS) con la collaborazione di altri enti e organizzazioni (Provincia, CGIL-CISL-UIL e AUSL di Bologna, Dipartimenti sanità pubblica, DTL e Inail di Bologna, AUSL di Imola, ...).

In " **Compiti e obblighi del Medico Competente**", a cura di Vincenzo D'Elia (Ausl di Bologna), il relatore offre innanzitutto un'idea dell'incidenza delle malattie professionali per i lavoratori esposti a rischi di natura ergonomica e sovraccarico biomeccanico:
-**tendinite di spalla**: "nella popolazione generale incidenza 11,2 casi per 1000 per anno; in professionalmente esposti incidenza sino al 14-18% (fonte UpToDate settembre 2010);
-**STC** (Sindrome Tunnel Carpale, ndr) ha una prevalenza nella popolazione generale dal 1 al 5%; in professionalmente esposti la prevalenza è stimata dal 5 al 15% (fonte UpToDate settembre 2010)".

Il relatore sottolinea che la **sorveglianza sanitaria** "non può esaurirsi semplicemente con l'atto della visita medica ma deve estendersi, in termini propositivi, sia al campo della prevenzione primaria, sia a quello della prevenzione secondaria". E se la prevenzione primaria "deve essere attuata mediante un approccio multidisciplinare con le altre figure tecniche presenti in azienda", la prevenzione secondaria "deve prevedere un forte impegno nella tutela psico-fisica del lavoratore tenendo conto del lavoro e dell'ambiente/condizioni nelle quali esso si effettua".

Pubblicità
<#? QUI-PUBBLICITA-MIM-[ELPS13] ?#>

Queste le **finalità della sorveglianza sanitaria** (SS) a livello individuale:
- "identificazione dei soggetti portatori di 'ipersuscettibilità' al fine di adottare idonee misure cautelative;
- individuazione di eventuali patologie in fase preclinica al fine di evitarne l'aggravamento;
- individuazione di soggetti con patologie conclamate, al fine di adottare misure protettive adeguate ed adempiere agli obblighi medico legali".
E le finalità a livello collettivo:
- "contributo ad una più accurata VR (valutazione dei rischi, ndr) mediante i dati di occorrenza delle patologie e dei disturbi nei diversi gruppi di lavoratori esposti;
- redazione di bilanci di salute sovraindividuali, utili al fine di verificare l'efficacia degli interventi di prevenzione adottati e di programmare eventuali ulteriori interventi di prevenzione".

La relazione affronta il tema dell'**attivazione della sorveglianza sanitaria** (esistenza di una significativa esposizione a rischio, segnalazione di più casi di patologia muscoloscheletrica) ricordando che - come indicato nelle Linee Guida della Regione Lombardia del 2009 - **criteri** utilizzabili per l'attivazione della SS possono essere:
- "incidenza annua di patologia conclamata correlabile al lavoro > 1% dei casi;
- prevalenza di entità doppia rispetto alla popolazione lavorativa a bassa esposizione (> 8% di soggetti con almeno una WRMSDs, > al 12% di singole patologie conclamate)".

Le finalità di carattere collettivo della sorveglianza sanitaria comportano che la sorveglianza sia effettuata secondo metodi standardizzati, accreditati dalla letteratura scientifica.
In particolare la raccolta anamnestica "deve essere completa", deve includere tutti i fattori di rischio potenzialmente associabili ai CTD, ai *Cumulative Trauma Disorder* ("ad es. terapie ormonali, BMI, menopausa, n° gravidanze, patologie tiroidee, diabete, connettivopatie, pregresse fratture ecc.").

Dopo aver parlato dell'importanza di un esame obiettivo mirato, il relatore ricorda che:
- "il DVR (documento di valutazione dei rischi, ndr) deve prendere in considerazione l'influenza che le differenze di genere, età, provenienza e fattori individuali di rischio" (allegato XXXIII del Decreto legislativo 81/2008) "possono esercitare nella stima del livello di rischio. Il MC deve adottare un programma di SS modulato su tali fattori;
- il programma di sorveglianza sanitaria deve essere modulato nelle periodicità e nei contenuti nei casi di inserimento preventivo/reinserimento di lavoratori a ridotta capacità lavorativa (presenza di invalidità o limitazioni di idoneità alla mansione)".

La **certificazione** contenente il **giudizio di idoneità** specifica alla mansione deve "essere nominativa con precisa indicazione per ogni lavoratore della mansione e dei compiti svolti" e deve risultare "correlata all'effettivo ambiente di lavoro non ad ambienti generici".
Ricordiamo, su suggerimento di un nostro lettore, i **contenuti minimi della comunicazione scritta del giudizio di idoneità alla mansione**, recentemente definiti dal **decreto del 9 luglio 2012** " Contenuti e modalità di trasmissione delle informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, ai sensi dell'articolo 40 del decreto legislativo 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".
Questi i nuovi **contenuti minimi**:
- generalità del lavoratore;
- ragione sociale dell'azienda;
- reparto (da non indicare in caso di reparto unico), mansione e rischi;
- giudizio di idoneità alla mansione specifica;
- data della espressione del giudizio di idoneità;
- scadenza visita medica successiva (periodicità);
- firma del medico competente;
- informazioni sulla possibilità di ricorso;
- data di trasmissione del giudizio al lavoratore;
- firma del lavoratore (deve attestare l'informazione circa il significato e i risultati della sorveglianza sanitaria, la corretta espressione dei dati anamnestici, l'informazione circa la possibilità di ricorrere contro il giudizio di idoneità);
- data di trasmissione del giudizio al datore di lavoro.

L'intervento si conclude con alcune indicazione relative ai **criteri per il reinserimento lavorativo**.

In particolare si rende necessaria "una procedura operativa di tipo fortemente partecipativo che comporti il coinvolgimento di tutti i protagonisti aziendali (inclusi Medico competente e RLS) nonché degli stessi lavoratori portatori di WRMSDs" (Work related Muscolo Skeletal Disorders, ndr). Il medico competente deve pertanto "acquisire la conoscenza diretta di tutti i determinanti di rischio e dei relativi livelli per la postazione/compito lavorativo oggetto del reinserimento ed esprimere il giudizio di idoneità in riferimento a quella 'specifica postazione/compito'". Deve inoltre farsi "parte attiva nella indicazione di interventi strutturali, tecnici od organizzativi che possano risolvere la limitazione all'idoneità".

Sempre in riferimento alle Linee Guida della Regione Lombardia del 2009 si evidenzia che i posti/compiti "potenzialmente adatti a soggetti portatori di UL ? WMSD hanno, di massima, le seguenti caratteristiche di esposizione:
- frequenza di azione non superiore a 20 azioni/minuto;
- uso di forza degli arti superiori minimale e comunque inferiore al 5% della massima capacità individuale di esposizione;
- assenza sostanziale di posture e movimenti che comportino 'elevato impegno' delle principali articolazioni, soprattutto per

l'articolazione portatrice di patologie;
- presenza, all'interno di ogni ora di lavoro, di un adeguato tempo di recupero".

Concludiamo questa breve presentazione del seminario SIRS raccogliendo alcuni dati relativi ai limiti di peso nella movimentazione manuale di carichi riportati nell'intervento " **Elementi di ergonomia: limiti di peso e documentazione**".

L'intervento riporta i limiti di peso accettabili, secondo le indicazioni NIOSH, calcolati sulla base di considerazioni biomeccaniche, fisiologiche e psicofisiche.
Riporta inoltre la **scelta del peso limite** di riferimento secondo una lettura integrata delle tabelle della ISO 11228-1 e della UNI EN 1005-2:
- maschi (18-45 anni): 25 kg;
- femmine (18-45 anni): 20 kg;
- maschi giovani (fino a 18 anni) ed anziani (oltre 45 anni): 20 kg;
- femmine giovani (fino a 18 anni) ed anziane (oltre 45 anni): 15 kg.

" Compiti e obblighi del Medico Competente", a cura di Vincenzo D'Elia - Ausl di Bologna, intervento al seminario "Il ruolo del RLS nella prevenzione dei rischi di natura ergonomica e da sovraccarico biomeccanico" (formato PDF, 884 kB).

" Elementi di ergonomia: limiti di peso e documentazione", intervento al seminario "Il ruolo del RLS nella prevenzione dei rischi di natura ergonomica e da sovraccarico biomeccanico" (formato PDF, 413 kB).

RTM

Questo articolo è pubblicato sotto una Licenza Creative Commons.
