



Classificazione Decimale Dewey:

616.9803 (23.) MEDICINA DEL LAVORO

ENRICO CALANDRI

ELEMENTI DI IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO

**PER I MEDICI COMPETENTI
E PER I DATORI DI LAVORO**





©

ISBN
979-12-218-2409-4

PRIMA EDIZIONE
ROMA 3 APRILE 2026

In ricordo di Claudio Stanzani

INDICE

Introduzione	9
Capitolo I	11
Storia della Medicina del lavoro e del Medico Competente	
Capitolo II	25
Salute e Sicurezza del lavoro tra il '68 e i giorni nostri	
Capitolo III	31
Quadro normativo, Sistema della prevenzione e della protezione	
Capitolo IV	49
La figura del Medico Competente	
Capitolo V	99
L'Ambiente di lavoro	
Capitolo VI	147
Medicina del lavoro in un'ottica di genere	
Capitolo VII	151
Il rischio Stress lavoro correlato	
Capitolo VIII	173
Il Primo Soccorso	
Capitolo IX	253
I Dispositivi di protezione collettivi e individuali (DPI)	
Capitolo X	259
Gli Infortuni sul lavoro	

Capitolo xi	289
Le Malattie Professionali	
Capitolo xii	307
La Formazione	
Capitolo xiii	321
La tutela dei dati personali aziendali	
Capitolo xiv	325
L'Attività di Vigilanza dell'Organo di Vigilanza-Spresal sull'Ambiente di lavoro	
Capitolo xv	331
Rischio da Movimentazione manuale dei carichi	
Capitolo xvi	349
Rischio da VDT	
Capitolo xvii	359
Rischi da Agenti fisici	
Capitolo xviii	431
Rischio da sostanze pericolose agenti chimici e cancerogeni. Amianto, Silice, Radon	
Capitolo xix	535
Rischio Biologico. Le vaccinazioni	
Capitolo xx	571
Rischio Covid	
Capitolo XXI	581
Rischi trasversali/organizzativi	
Capitolo xxii	585
Sindrome dell'edificio malato	
Bibliografia generale	587
Allegati	593

INTRODUZIONE

In qualsiasi contesto lavorativo riveste enorme importanza la medicina del lavoro, che si occupa della prevenzione, come della cura e della riabilitazione delle malattie e degli infortuni professionali.

Inizialmente la Medicina del lavoro era considerata una branca specialistica di secondaria importanza, tanto che non era richiesta la specializzazione per esercitare come medico di fabbrica.

Dopo gli anni '70 c'è stato un tale sviluppo normativo e scientifico, che la Medicina del lavoro è diventata una delle principali specialità mediche, finalizzata al miglioramento continuo della tutela e della sicurezza dei lavoratori.

Le competenze del Medico del lavoro, relative agli specifici rischi di cui si occupa durante la sua attività, riguardano, in quanto collaboratore globale del d.l., la salute e la sicurezza.

La disciplina è connessa ad un sistema molto preciso e puntuale, che prevede in caso di violazione delle prescrizioni e delle normative, emanate negli ultimi anni, pesanti e severe sanzioni penali.

Nel corso degli anni dall'emanazione del d.lgs. 81/08 si è verificato un crescente ampliamento della platea dei datori di lavoro obbligati ad effettuare la valutazione ordinaria del rischio, con esclusioni ormai residuali.

La nomina del MC avviene nel momento in cui il d.l. ravvisa la necessità della Sorveglianza sanitaria, di seguito alla Valutazione del Rischio, ovvero quanto il d.l. voglia effettuare una valutazione più attenta e congrua della sua realtà aziendale. Il d.l., per quanto riguarda la Sorveglianza sanitaria, ha diverse possibilità.

Può convenzionarsi con una struttura pubblica o privata che assegna all'azienda un MC, avvalersi di un MC libero professionista o assumere alle proprie dipendenze un MC.

Si ricorda che i medici che operano nei servizi degli Spresal non possono effettuare l'attività di MC sul territorio nazionale.

Infatti l'attività dei Servizi delle ASL di vigilanza sull'osservanza delle norme, di assistenza ai d.l. e di informazione e formazione dei lavoratori esclude, di per sé, l'attività di Medico competente per i propri Operatori.

La Sorveglianza sanitaria costituisce una delle misure della prevenzione che deve essere attuata in maniera integrata con le altre misure.

Essa consente di adottare le misure di prevenzione adeguate alla peculiarità del lavoratore e di verificare l'efficacia delle misure adottate attraverso il controllo dello stato di salute degli esposti a rischio.

Perché la prevenzione sia efficace occorre che gli impianti siano sicuri e che i lavoratori adottino procedure conformi alle esigenze di sicurezza.

La Informazione-Formazione dei lavoratori rappresentano la leva fondamentale per la realizzazione dei comportamenti dei lavoratori volti alla prevenzione nel corso dell'attività lavorativa.

Gova ripetere quanto sia importante, nello specifico, la collaborazione del MC con il d.l. per la predisposizione degli eventi formativi mirati alla realtà aziendale, come la Cassazione penale, più volte, ha ribadito, relativi al Primo Soccorso ed ai rischi igienici.

Entrambi gli strumenti, la Sorveglianza sanitaria e la formazione, promuovono l'adozione, da parte dei lavoratori, di comportamenti idonei al lavoro sicuro.

Essi sono il presupposto perché il lavoratore possa godere ed usufruire dei propri diritti di consultazione, partecipazione e, nei casi estremi, della consapevole valutazione dell'esercizio del diritto di abbandono del posto di lavoro, in caso di pericolo grave e imminente.

Il d.l. che valuta i rischi dell'ordinaria attività lavorativa, deve stabilire anche le misure di emergenza e apprestare i necessari presidi, provvedere alla organizzazione delle squadre di Primo Soccorso, della lotta antincendio e della gestione dell'emergenza, rendere edotti tutti i lavoratori sulle misure adeguate per affrontare tali eventi, pianificare ed organizzare i rapporti e gli accordi con i servizi esterni.

CAPITOLO I

STORIA DELLA MEDICINA DEL LAVORO E DEL MEDICO COMPETENTE

La Medicina del lavoro dalle origini a Bernardino Ramazzini

Il quadro sopradescritto è il risultato di un lungo percorso, che fa parte della storia della Medicina del lavoro che affonda nell'antichità; a partire da Orazio, che narra come le esalazioni dei forni del piombo annerissero i muri. Ma lo studio vero e proprio del lavoro e delle malattie correlate al lavoro è recente, perché i romani ed i greci consideravano il lavoro manuale non degno dell'uomo. Fra i precursori si citano G. Agricola (George Bauer) autore della "De re metallica" nel 1556, Paracelso, che suggerisce ai suoi colleghi di andare negli ambienti di lavoro "*imparando i segreti della natura per mezzo dell'esperienza e del sudore della fronte*". Bernardino Ramazzini il vero e proprio fondatore della Medicina del lavoro, come noi la intendiamo, nel suo libro *De morbis artificum diatriba* (le malattie dei lavoratori), pubblicato nell'edizione definitiva nel 1771, inquadra le malattie in lesioni determinate dal materiale lavorato (tossici, polveri) e in quelle derivate da posizioni o movimenti abnormi durante l'attività lavorativa. Egli suggerisce di effettuare il sopralluogo del luogo di lavoro, per avere una conoscenza de visu del lavoro che viene svolto e di acquisire la conoscenza delle sostanze manipolate. Per Ramazzini il medico provvede a diversi adempimenti. Essi sono: Individuazione del ciclo lavorativo e descrizione dello svolgimento della mansione, Acquisizione di informazioni complete sulla tecnologia lavorativa e sulle sostanze utilizzate, Esame clinico preventivo del lavoratore nella mansione in corso di svolgimento e dei lavoratori che hanno già lavorato nella medesima mansione per gli opportuni

confronti, Bibliografia, Analisi degli atteggiamenti di tutela messi in atto autonomamente dagli stessi lavoratori, Cenni di terapia, Descrizione delle possibili bonifiche ambientali e delle buone tecniche da sostituire alle tecniche anticate, Individuazione dei vari soggetti che sono coinvolti nella tutela.

L'inizio delle Assicurazioni sociali nell'800 In Italia

Dopo alcuni secoli, durante i quali il messaggio di Ramazzini sembra dimenticato, ecco che esso riprende con la apertura, il 19/7/1888, degli uffici, a Milano, della Cassa Mutua antesignana dell'INAIL. Fra il 1888 e il 1898 sono emanate le leggi per la tutela del lavoro nelle miniere e del lavoro dei fanciulli, nel 1898 viene emanata la legge sugli infortuni.

Fin dall'800 e soprattutto nel 1900 l'attenzione dello Stato verso la prevenzione nel mondo del lavoro si è mossa avendo di mira la tutela dei lavoratori, tramite le forze ispettive, con sanzioni di ordine penale, e la prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni. Nel 1906 viene celebrato il primo congresso internazionale della Medicina del lavoro.

Nei primi anni del secolo, sono affrontati nei Congressi nazionali e internazionali di Medicina del lavoro importanti questioni rappresentate dal lavoro delle donne e dei minori, nonché dal lavoro notturno e dalle piaghe dell'alcolismo e della malnutrizione dei lavoratori.

Dopo un lungo periodo di eclissi il genio di Ramazzini, ritornato alla luce, si concretizzò nella Clinica del lavoro che Luigi Devoto ha istituito a Milano nel 1910. Nel 1912, sono legiferate le tabelle dove viene stabilito il principio che le malattie professionali sono determinate da cause specifiche e viene introdotto il termine minimo di risarcibilità.

All'epoca, qualunque medico poteva esercitare la medicina di fabbrica. Ma già dal 1927 Il Regolamento Generale dell'Igiene del lavoro prescriveva, in un uno dei suoi articoli, che i lavoratori dovevano essere visitati *“da un medico competente”* riferendosi al medico di fabbrica.

Gli anni '50: Il Primato della Medicina del lavoro prescrittiva

Negli anni '50 è stato realizzato un quadro legislativo di largo respiro, preciso e puntuale. Mirato soprattutto ai fatti materiali della processualità aziendale. Sono stati indicati in modo chiaro e preciso i modi per prevenire gli infortuni, sono state specificate le singole attrezzature ed è stato analizzato l'ambiente di lavoro. Si parla del d.P.R. 547/55 sugli infortuni sul lavoro, del d.P.R. 303/56

sulle norme di igiene del lavoro e del d.P.R. sull'edilizia che sarà ripreso dal Titolo IV del d.lgs. 81/08. Il d.P.R. 303/56, che è restato in vigore per oltre 50 anni di storia della Medicina del lavoro, prescriveva che gli addetti alle lavorazioni indicate nella tabella allegata al decreto, lavorazioni che esponevano a rischi di diversa natura i lavoratori, dovevano essere visitati da un medico competente. Il medico competente, in relazione alla prescrizione delle visite per i lavoratori esposti a silice, torna ad essere denominato medico di fabbrica con il d.P.R. 1124 del 1965.

La normativa degli anni 50 insieme al Codice penale del 1930 ed al Codice Civile del 1942 e soprattutto all'art. 1 ed all'art. 32 e 41 della Costituzione della Repubblica, è venuta perciò a costituire, prima della normativa di matrice europea, un quadro legislativo ben strutturato e stabilizzato.

Gli anni della Contestazione studentesca ed operaia, l'autunno caldo (1968-1970) e il rifiuto della nocività del lavoro

Alla fine degli anni '60, in coincidenza con lo sviluppo della nuova sensibilità verso i temi della salute pubblica e della salute in fabbrica e nei luoghi di lavoro, tutti i settori nei quali veniva svolta la Medicina del lavoro vennero investiti dalla contestazione. Libri, che furono un mito in quegli anni, come ad es. *“La Scuola di Barbiana, lettera ad una professoressa*, i libri sulla Medicina della collana fondata e curata da Alfredo Giulio Maccacaro, *“l'Istituzione negata”* di Franco Basaglia e tanti altri, consolidarono culturalmente la scelta di fare il medico del lavoro, scelta eminentemente ideale.

Negli anni '70 con l'introduzione massiccia dell'elettronica, dell'informatica e delle telecomunicazioni si è avuta la terza rivoluzione industriale, dopo quella del 1870 caratterizzata dall'introduzione dell'elettricità e del petrolio, la quale seguiva a quella realizzatosi ancor prima tra il 1760 ed il 1830. Questo insieme di eventi di natura epocale produssero il clima che favorì grandi cambiamenti nelle istituzioni e la possibilità, per chi voleva fare il medico secondo la nuova sensibilità, di farlo nelle istituzioni.

Molti di coloro che si laureavano in Medicina e che avevano partecipato al generale moto di contestazione del '68, l'anno degli studenti, fatto di manifestazioni, occupazioni, assemblee e letture, rifiutarono l'esercizio della medicina tradizionale, che ritenevano asservita alle classi dominanti, e indirizzarono la lotta per una nuova medicina vicina ai deboli, agli emarginati, ai lavoratori, vittime anche sul piano della salute della società industriale capitalista.

Nella storia del lavoro si sono verificati e intrecciati tra di loro in Italia, a decorrere dal secondo dopoguerra, due modelli, il primo conflittuale, il

secondo collaborativo. La storia della Medicina del lavoro è stata caratterizzata dall'intreccio di aspetti conflittuali e collaborativi con i Datori di lavoro, con la prevalenza di quelli conflittuali durante la stagione dei movimenti del biennio '68-'69 e di quelli collaborativi all'epoca nella quale, negli anni 90 dello scorso secolo, si affermano le Direttive europee di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro.

“Il Modello Operaio Italiano” ed i Gruppi di rischio

Agli inizi degli anni 60 i comitati paritetici avanzavano suggerimenti al d.l. per la prevenzione e per la sicurezza nei luoghi di lavoro, contro le conseguenze, sulla salute dei lavoratori, delle lavorazioni nocive e della esposizione a sostanze nocive. Nel corso del tempo nacquero, nel biennio '68-'69, precedute di qualche anno dalla importante esperienza di prevenzione presso la Farmitalia a Milano, le Commissioni Ambiente che man mano entrarono a far parte del Sindacato e dei Consigli di fabbrica, composte unicamente da lavoratori, che, tramite la contrattazione collettiva, conquistarono pertinenti strumenti di indagine sulle lavorazioni, di controllo e di ispezione sulle condizioni di lavoro. Dalle Commissioni Ambiente si generarono concetti come il rifiuto della monetizzazione della salute, il principio della non delega, il principio del ruolo centrale del gruppo operaio omogeneo nell'analisi e nella valutazione dell'Ambiente, che è stato introdotto nella normativa attuale come gruppo omogeneo dei lavoratori, del quale sia il d.l. che il MC devono tenere conto.

Il '68, a sua volta, veniva ad incidere sul movimento operaio tramite gli operai di catena, attraverso la contestazione, lo spontaneismo e la soggettività operaia che contrastavano con una gestione verticistica del sindacato. Il '68 e il biennio '68-'69 scossero l'intera società civile e politica e, con il suo vangelo egualitario, contribuì alla vasta diffusione nel movimento operaio della lotta contro la monetizzazione della salute.

Lo slogan più noto di quegli anni *“la salute non si vende”* risuonò dovunque. La cultura della prevenzione, della quale il Sindacato fu una forza trainante, investì tutto il Paese e non si fermò nei luoghi di lavoro, ma si sviluppò in tutta la società.

In luogo della monetizzazione del rischio, subentrò la volontà dei lavoratori di acquisire la conoscenza dell'ambiente di lavoro, partendo dalla propria esperienza (la cosiddetta soggettività operaia), cioè da quella del Gruppo operaio omogeneo, definito come insieme di operai/lavoratori esposti agli stessi rischi nelle medesime lavorazioni. I rischi cui sono esposti gli operai, inquadrati nei 4 fattori di rischio, non vennero più trattati da parte di specialisti esterni

al mondo del lavoro, ma dagli stessi operai. Questi, attraverso la propria metodologia (le indagini ambientali e le mappe di rischio) li indicarono ai tecnici che proposero delle soluzioni.

Esse dovevano essere condivise dai lavoratori medesimi (attraverso la convalidazione consensuale) e far parte delle rivendicazioni nei confronti del datore di lavoro, per la bonifica dell'ambiente di lavoro. Nacque perciò la dialettica tra gli esperti (psicologi del lavoro, medici del lavoro e ingegneri) ed il gruppo operaio omogeneo, che confluì in quell'insieme di metodologia preventiva che avrebbe presso il nome di "Modello Operaio Italiano" esportato in tutto il mondo industriale.

Se quindi l'ergonomia, prima del biennio '68-'69, voleva adattare il lavoratore alla macchina e veniva esaltata la competitività, invece con il biennio '68-'69 e successivamente, è la macchina, l'ambiente di lavoro e il contesto lavorativo che devono essere adattati all'uomo. Allora vennero posti tutti i temi che sarebbe stati poi normati e specificati con ampiezza scientifica non comune, con il d.lgs. 626/94 prima e con il d.lgs. 81/08 poi. Era difficilmente immaginabile all'epoca l'evoluzione normativa di matrice europea, che si sarebbe avuta successivamente e che trasse le proprie fondamenta dall'esperienza in argomento di lotta contro la nocività nel luogo di lavoro.

L'esigenza di macchine e impianti sicuri, l'abbattimento dell'esposizione alle sostanze pericolose, il principio del continuo miglioramento, secondo il ciclo di Deming, dell'organizzazione del lavoro, il diritto all'informazione sui rischi ed alla formazione per essere in grado di attuare un comportamento preventivo, l'organismo di rappresentanza esclusiva sindacale specifico sui problemi dell'ambiente di lavoro, sono tutti diventati strumenti ordinari di prevenzione e gestione della vita aziendale

La metodologia proposta in quegli anni da Ivan Oddone, Gastone Marri e Giovanni Berlinguer, precursori della prevenzione, per controllare l'ambiente di lavoro e per renderlo abitabile, si basava sulla valutazione del rischio, da parte del gruppo omogeneo, formato al riconoscimento dei 4 gruppi di fattori di rischio presenti nell'ambiente di lavoro. Il 36esimo congresso della Società Italiana di Medicina del Lavoro riconobbe il valore scientifico del punto di vista del gruppo operaio omogeneo.

Entrando nello specifico dei gruppi di rischio, al I gruppo appartenevano i fattori di rischio, anche presenti negli ambienti di vita, per loro natura misurabili, come temperatura, illuminazione, ventilazione, umidità e rumore. Il II gruppo comprendeva fattori caratteristici dell'ambiente di lavoro (polveri, gas, vapori, etc), Il III gruppo comprendeva la fatica fisica, il IV gruppo comprendeva fattori psicosociali con effetti stancanti (monotonia, ritmi eccessivi,

saturazione dei tempi, ripetitività, ansia, responsabilità), tradotto dalla normativa attuale nell'attuale rischio stress-lavoro correlato.

Per Oddone e Marri il modello utilizzabile dai lavoratori per attivarsi in merito alla conquista di adeguate condizioni di lavoro doveva essere semplice, ma doveva soddisfare esigenze di scientificità. Attraverso questo modello i lavoratori, organizzati nel gruppo operaio omogeneo, raccoglievano, a partire dalle loro esperienze, le percezioni sul loro ambiente di lavoro e facevano una diagnosi della patologia lavorativa dell'ambiente di lavoro e della postazione lavorativa, che avrebbe consentito agli stessi lavoratori di svolgere fondamentali attività preventive.

Queste consistevano nella capacità e nella possibilità di esprimersi e confrontarsi con il d.l. e con gli esperti eventualmente chiamati a produrre una valutazione del rischio ambientale, nel partecipare, come lavoratori direttamente interessati alla lotta alla nocività nel proprio luogo di lavoro, alle valutazioni e contrattare le proposte di soluzioni ai problemi ambientali su un piano di parità, senza subire l'impostazione dei tecnici di gestione delle problematiche preventive, calata dall'alto.

Il concetto della non delega, introdotto da Gastone Marri Marri, medico legale, protagonista dell'INCA-CGIL, nel dibattito sindacale, viene illustrato con le sue parole, tratte dalla pubblicazione periodica, da egli diretta "La Rassegna di Medicina dei lavoratori":

"Le segnalazioni indirette di nocività ambientale sono rappresentate dall'alterazione dello stato di benessere, dalle sensazioni di malessere, di stanchezza. In questi casi, l'operaio si rivolge al suo medico curante. Sia che l'operaio colleghi o no questo stato di malessere con l'ambiente di lavoro, non c'è nessuna possibilità da parte del medico di cogliere questo rapporto causale, perché al medico mutualista manca la conoscenza dell'ambiente di lavoro, senza la quale non è possibile cogliere una correlazione causale.

Solo gli operai, nel loro insieme, come gruppo di reparto o di officina, possono essere in grado di rilevare la ripetizione degli stessi sintomi e delle stesse manifestazioni nocive all'interno del loro gruppo. Ma non esiste né all'interno della fabbrica né all'esterno un valido sistema di rilevamento che permetta di confermare le segnalazioni degli operai. In un'era che viene definita genericamente, per quanto riguarda l'aspetto medico, un'era di dati biostatistici, non esiste nessuna possibilità di effettuare una seria correlazione fra i dati ambientali di fabbrica e i dati della salute dei lavoratori.

Esistono però sin d'ora degli aspetti importanti di un atteggiamento dei sindacati, che possono costituire un avvio alla soluzione dei problemi che qui poniamo. Il movimento sindacale affronta in questo periodo compiti molto

difficili, di enorme importanza, intervenendo di fatto nella organizzazione del lavoro. Certi aspetti della contrattazione soprattutto relativi ai premi, ai cottimi, alla assegnazione dei macchinari e alle maggiorazioni dei tempi, possono essere la via attraverso la quale il problema della salute dei lavoratori diventa un elemento di riferimento per qualunque trasformazione del processo produttivo e dell'ambiente di fabbrica in generale.

Quali sono i criteri in base ai quali noi possiamo dire che un dato tipo di lavoro è causa di fatica patologica per l'uomo? Quali sono i criteri in base ai quali noi possiamo indicare come deve essere calcolata la maggiorazione dei tempi di lavoro? Quali sono i criteri in base ai quali noi possiamo indicare il limite del numero di macchinari per operaio? Questi criteri evidentemente noi non li abbiamo; dobbiamo trovarli prima di tutto attraverso il superamento del criterio oggettivo, cioè quel criterio in base al quale è possibile, sulla base di misurazione di calorie, della frequenza del polso, del peso, valutare la capacità di sopportazione dell'individuo. Questo criterio oggettivo come criterio assoluto va rifiutato; bisogna introdurre, accanto ad esso il criterio "soggettivo" degli operai. Anche l'operaio deve poter intervenire come rappresentante di un gruppo, reparto o officina, per stabilire, proprio in base all'esperienza di gruppo, la sua capacità di eseguire un determinato lavoro in un determinato tempo, senza ricevere danno alla salute" [...]

Per passare da una fase di denuncia ad una fase di controllo della nocività ambientale è innanzitutto necessario assicurarsi la partecipazione attiva e cosciente del gruppo operaio interessato. Infatti è solo all'interno della fabbrica che si può esplicare in modo continuato ed efficiente un'azione di reale difesa del lavoro e della salute dell'uomo. È necessario realizzare dunque quella che inizialmente in gergo sindacale, è stata chiamata la "non delega".

"Non delega" significa prima di tutto non affidare al padrone a ai suoi rappresentanti il controllo degli effetti nocivi del lavoro sull'uomo.

"Non delega" significa processo ininterrotto di conoscenza della realtà ambientale, verifica dello stato di efficienza degli strumenti che assolvono al mantenimento del più alto livello di salute (dagli strumenti sindacali a quelli giuridici, al medico di fabbrica, all'organizzazione della Sanità; dall'Ispettorato del lavoro all'ENPI, ai centri di ricerca scientifica, all'INAIL, alle Casse Mutue)".

Marri, dopo avere fatto notare che è necessario avere dati sufficienti per trarre delle conclusioni scientificamente valide, continua a scrivere:

"È necessario conquistarsi il diritto di avere tutti questi dati; non si tratta soltanto di chiedere dei valori già determinati. Si tratta di elaborare una metodologia di rilevamento che tenga conto del fine, che è quello di correlare tutti i dati biostatistici, cioè relativi alla salute, con i dati ambientali. [...] La nostra proposta concreta è appunto quella della istituzione in ogni fabbrica di due

registri permanenti per questi dati, uno per i dati ambientali, uno per i dati biostatistici. A livello individuale dovrebbero corrispondere due registri un libretto di rischio e un libretto sanitario”.

I lavoratori devono conoscere la sintomatologia delle malattie ambientali cui sono esposti, e debbono trovare nel tecnico della salute una valida guida per dare un valore ed un rigore scientifico a quella ricerca spontanea, che oggi ha come unico effetto la denuncia della sintomatologia legata al nuovo ambiente professionale”.

Ivar Oddone e Gastone Marri con un gruppo della V lega Mirafiori raccolsero nella Dispensa “Ambiente di lavoro” edita prima dalla FIOM nel 1969 e poi dalla FLM nel 1971, l’esperienza delle lotte operaie degli anni ’60 e formalizzarono un modello di intervento sindacale per i delegati sindacali dei Consigli di fabbrica. Il volume divenne il veicolo per far conoscere “il modello operaio” in migliaia di fabbriche e l’art. 9 della legge 300 fu il frutto di questo grande movimento.

Ritmo, cottimo, nocività dell’ambiente di lavoro furono discussi negli ambienti di lavoro e la dispensa, originata dall’azione delle due sopraindicate personalità illuminate, si radicò nella base operaia, con ciò contribuendo a provocare una rivoluzione nelle relazioni industriali e nella trattazione dei problemi del lavoro, che investirà anno dopo anno l’intera società.

La nascita ed il ruolo del CRD (Centro Ricerche e Documentazione Rischi e Danni da Lavoro)

La Conferenza delle Federazioni CGIL CISL e UIL del 1972 colse e mise al centro la contrattazione di tutti quei temi inerenti la prevenzione della malattie lavorative e degli infortuni nell’ambiente di lavoro, i rapporti con le neonate Regioni, con gli Enti locali e con la Magistratura.

Venne fondato il CRD nel 1974, Il Centro Ricerche e Documentazione Rischi e Danni da Lavoro. Il Centro, per oltre 10 anni, contribuì ad indirizzare questo enorme movimento per la salute, pubblicando la nuova rivista “Medicina dei lavoratori” prosecuzione della Rivista “Rassegna di Medicina dei lavoratori, fondata nel 1968 da Marri e Bentivegna. Direttore del CRD fu la eccezionale figura di Claudio Stanzani, asse portante e storico del CRD, per la cui storia si rimanda alle pubblicazioni di Diego Alhaique. Attualmente l’I-NAIL raccoglie il materiale documentale del CRD, che è stato attivo nell’arco temporale dal 1974 al 1985, assai prezioso dal punto di vista storiografico per la memoria della partecipazione, in quegli anni cruciale, dei lavoratori alla lotta per la salute.

Oggi 50 anni dopo, la rappresentanza dei lavoratori per la sicurezza è diffusa in tutti i luoghi di lavoro, con prerogative del tutto più estese ed incisive ed inoltre presidiate penalmente, di quanto non fossero quelle conquistate e concordate con i datori di lavoro dell'epoca. Tutti gli strumenti allora in voga come i delegati di reparto, le assemblee di fabbrica, i consigli di fabbrica di zona e di quartiere, si sono poi trasfusi nella istituzione della figura del RLS (Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza). Il concetto del rischio, di matrice operaia e sindacale, si è sviluppato e normativizzato nella Valutazione del rischio.

Nel 1975, grazie alle modifiche legislative inerenti il conferimento del diritto di voto ai diciottenni si verificò un profondo rinnovamento delle Amministrazioni locali, che favorì l'istituzione da parte degli Enti Locali più progressisti dei Centri di Igiene Mentale e dei Centri di Medicina del lavoro, in cui i primi giovani medici del lavoro ed altri operatori sanitari e tecnici, figli ed adepti della **“Nuova Frontiera”** della Medicina del lavoro, iniziarono ad operare.

All'epoca mancava la funzione di vigilanza espletata dagli UPG ed i cancelli della fabbrica si aprivano agli Operatori sanitari soltanto attraverso l'art. 9 della legge 300, oppure come consulenti dell'Ufficiale sanitario o del medico provinciale. I risultati degli interventi non avevano un potere prescrittivo nei riguardi delle imprese ed erano i Sindacati e gli Enti locali che tramite gli strumenti della partecipazione, della contrattazione e dei Regolamenti locali di igiene, tentavano di migliorare le condizioni di lavoro in fabbrica. Anche l'Ispettorato del lavoro emanava prescrizioni, disposizioni e diffide. Il vademecum dell'epoca, oltre alla sopracitata Dispensa, era il testo, edito da Mazzotta nel 1977 **“CGIL CISL UIL Salute e Ambiente di lavoro l'esperienza degli Smal”**, che erano i Servizi pubblici territoriali di prevenzione nei luoghi di lavoro.

Fin dall'inizio gli SMAL, antesignani degli attuali Servizi di Prevenzione e Sicurezza delle ASL erano mirati all'azione preventiva di ricerca, previo accordo con i consigli di fabbrica e di territorio e con il recupero della conoscenza empirica dei lavoratori del proprio ambiente di lavoro.

Nel 1978, il 13 maggio, la Legge Basaglia, conclude il lungo percorso di lotta contro la Psichiatria manicomiale e poco dopo la sua approvazione viene approvata la legge di Riforma sanitaria, con la quale viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale. Con la Riforma Sanitaria del 1978, il mondo della prevenzione e della sicurezza, dall'ambiente ristretto della fabbrica e del luogo di lavoro, viene inserito nel più vasto mondo della Sanità Nazionale e Regionale

La Legge Basaglia di Riforma Psichiatrica e la legge di Riforma Sanitaria: una svolta epocale ed assiologica

Con la L. 833/78 veniva istituito l'ISPSEL sulle ceneri dell'ENPI e dell'ANCC e, a livello territoriale, alle USL erano attribuite le competenze relative. Con la Riforma sanitaria del '78, i principi che si erano prodotti nel lungo percorso di consapevolezza, diverranno la direttiva fondamentale del modo di fare Sanità e Salute negli anni avvenire, basato sulla triade prevenzione, cura e riabilitazione e sulla potestà specifica nella materia dello Stato e delle Regioni, diretta ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale, anche in materia di igiene e sicurezza in ambienti di vita e di lavoro e di omologazione, per fini prevenzionali, di macchine, di impianti, di attrezzature e di mezzi personali di protezione. La salute nei luoghi di lavoro assume prioritaria importanza. Gli art. 21 e 22 individuavano gli aspetti organizzativi delle attività di prevenzione svolte nelle USL, rispettivamente con i servizi igiene ambientale Medicina del lavoro ed i Presidi multizonali di prevenzione.

Nell'articolo 21 veniva normato che spettava e tuttora spetta al Prefetto, su proposta del Presidente della Regione, stabilire quali addetti ai servizi di ciascuna unità sanitaria locale, nonché ai presidi e servizi, di cui all'art. 22, assumano ai sensi delle leggi vigenti la qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria, in relazione alle funzioni ispettive e di controllo esercitate dalla USL, prima, e dalla ASL dopo, relativamente all'applicazione della legislazione sulla sicurezza del lavoro. Al personale individuato era ed è esteso il potere di accesso attribuito agli ispettori del lavoro dall'art. 8 della predetta Legge, nonché la facoltà di diffida prevista dall'art. 9 d.P.R. 19 marzo 1955, n 520.

Prima della riforma gli operatori della prevenzione potevano accedere nel luogo di lavoro soltanto su precisa richiesta dei Sindacati in base all'art. 9 dello Statuto dei lavoratori, oppure per accordo di entrambe le parti sociali, allo scopo di affrontare le tematiche sanitarie.

Prima della Riforma Sanitaria un articolata e vivace domanda di salute e sicurezza proveniente dai lavoratori, agevolata e promozionata dall'art. 9 della legge 300/70, trovava una risposta volontaristica negli operatori della prevenzione. Dopo la Riforma Sanitaria, la possibilità di accesso degli ispettori spalancava le porte all'iniziativa ed ai programmi di intervento preventivi. Quindi i diversi centri di medicina del lavoro comunali e provinciali vennero convertiti in Servizi di medicina del lavoro delle USL ed il personale costituì l'organico del Servizio Sanitario Nazionale, acquisendo lo stato giuridico ed economico previsto dalle norme vigenti. L'indipendenza e lo spirito pionieristico dello svolgimento del lavoro nei Centri furono pertanto inquadrati nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il contrasto, negli anni 80 dello

scorso secolo, tra gli operatori provenienti dalle esperienze di avanguardia e gli operatori provenienti dagli ex enti disciolti, dal mondo accademico, impiegatizio, nonché gli esponenti dei partiti politici insediatisi nei Comitati di Gestione delle USL e poi delle ASL, fu particolarmente vivace. Nel 1985 il Coordinamento nazionale degli operatori, fondato nel 1977, lasciò il posto alla SNOP, Società Italiana degli Operatori della Prevenzione. Il passaggio di competenze dalle Ispettorato alle USL avvenne nel 1982 spesso solo formalmente, senza personale e risorse strumentali.

Il passaggio fu molto sofferto per molti operatori, soprattutto medici del lavoro, preoccupati sia della scelta normativa di attribuire le funzioni di vigilanza allo stesso organismo titolare della attività preventiva, che della possibile prevalenza delle funzioni di vigilanza su quelle di prevenzione.

Si trattò e si tratta del dibattito che continua ancora tra i Medici del Lavoro ed i Tecnici di Prevenzione con qualifica di UPG, entrambe le categorie inquadrare in servizio nei Servizi di prevenzione di Igiene e Sicurezza nei luoghi di lavoro delle ASL.

Lo stesso organo che fu istituito per fare prevenzione e repressione, cioè controllare le aziende e contestare le violazioni è stato poi coinvolto in una metodologia virtuosa, repressiva e preventiva, di cui meglio si tratterà a proposito del d.lgs. 758/94, nel capitolo relativo alle funzioni ispettive della ASL, attraverso il Servizio PRESAL.

Nel 1980 Il Ministero del lavoro con una Circolare ministeriale definiva ulteriormente il medico competente come un medico dotato di una specifica conoscenza della materia di medicina del lavoro e che disponeva di attrezzature idonee per svolgere la sua attività, come era il caso dei medici di fabbrica dell'ENPI. Veniva perciò confermato il ruolo pubblico e istituzionale del medico di fabbrica.

Infine con il d.P.R. 962 del 10/9/82 (Attuazione della Direttiva CEE n 78/610 sulla protezione dei lavoratori esposti a Cloruro di vinile monomero-CVM), la figura del Medico Competente inizia ad essere definita con le caratteristiche che ne faranno una delle figure chiavi della prevenzione in Azienda. L'art. 2 determina infatti che il medico competente è "il medico incaricato del controllo dei lavoratori esposti a cloruro di vinile monomero nelle zone di lavoro, in possesso di uno dei seguenti titoli: specializzazione o docenza in medicina del lavoro, o in medicina preventiva dei lavoratori, o in tossicologia industriale, o in igiene industriale o specializzazione in clinica del lavoro".

L'applicazione della normativa europea in Italia

Con il d.lgs. 277/91 e il d.lgs. 626/94, la figura del medico di fabbrica viene rinnovata e trasformata nella figura del Medico Competente. Fino al 1991 una consistente fascia di medici generici e di famiglia, intesi come medici di fabbrica, si occupava della salute dei lavoratori in modo diffuso sul territorio, mentre alcuni grandi e talvolta non grandi gruppi industriali avevano istituiti Servizi di medicina aziendale, spesso curati da professori di chiara fama, che svolgevano e dirigevano didattica e ricerca nelle Cattedre e nelle aule universitarie ovvero da medici specializzati in medicina del lavoro. Dopo il d.lgs. 277/91, la genericità dell'esercizio della medicina del lavoro non sarà più consentita dalle norme.

Il d.lgs. 277/91 affidava al medico competente la Sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a piombo, amianto e rumore, prescriveva per lo stesso oltre ai titoli già indicati nel d.P.R. relativo al CVM ed altri ancora specifici della materia e preventivava, con la formula "ove possibile" contenuta nell'art. 3 comma 1 lettera c, che il medico competente fosse dipendente del Servizio sanitario nazionale. Ne precisava inoltre gli obblighi nei confronti del datore di lavoro e dei lavoratori.

La Direttiva 89/391 CEE venne trasposta in Italia con il d.lgs. n. 626/94 (19/9/94). Con il d.lgs. 626/94 veniva ampliata la platea dei titoli, ma sempre inerenti l'igiene e la medicina del lavoro, che erano considerati per legge requisiti inderogabili per lo svolgimento dell'attività di MC, nonché veniva inserita come requisito abilitante la specializzazione in medicina legale e delle assicurazioni e, per i medici che avevano svolto, pur in assenza di specializzazione in medicina del lavoro o specializzazioni equipollenti, la medicina di fabbrica per un determinato periodo precedente l'emanazione della norma, veniva disposta l'emanazione di una sanatoria ai sensi dell'art. 55 del d.lgs. 277/91. La norma escludeva il vincolo, per l'esercizio dell'attività di medico competente, della dipendenza del Sanitario dal Servizio sanitario nazionale ed all'art. 17 comma 7 vietava al medico dei servizi di vigilanza l'attività di medico competente per i datori di lavoro pubblici e privati.

È seguito il d.lgs. 81/08, suddiviso in 13 titoli e 51 allegati. I titoli del citato decreto, dopo le disposizioni generali, trattano il merito dei rischi, incluse le ferite da taglio e punta nel settore ospedaliero e chiudono con due Appendici e gli allegati.

Nel corso degli anni, con il d.lgs. 277/91, il d.lgs. 626/94, il d.lgs. 81/08 e la sua integrazione con il d.lgs. 106// 2009, il MC è sempre più stato normato come soggetto attivo e responsabile della realtà aziendale, collaboratore, insieme al RSPP con il d.l. Di seguito al d.lgs. 277/91, con il d.lgs. 626/94 e

soprattutto con d.lgs. il 81/08 è stata dato spazio alla professionalità del medico, che è stata severamente inquadrata in un insieme di obblighi presidiati dall'Organo di Vigilanza della ASL, che di fatto rendono di qualità l'operato del medico, in quanto la sua attività deve rispondere a precise regole normative, presidiate dalla sanzione amministrativa e penale. Gli obblighi sono via via aumentati e fra questi prioritaria è la collaborazione con il d.l.

Le profonde trasformazioni che hanno coinvolto il sistema sanitario negli ultimi 50 anni in Italia hanno anche interessato la Medicina del lavoro. Temi come soggettività operaia, committenza operaia, non delega sono spariti dal vocabolario del medico del lavoro e dei tecnici della prevenzione.