

Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base

Servizi di igiene e medicina del lavoro

These publications have been published by the Regional Office for Europe of the World Health Organization respectively in:

- 1986 under the title "Occupational Health as Component of Primary Health Care";
- 1989 under the title "Occupational Health Services".

Translation rights for an edition in Italian have been granted to Sedi • PMP Usi 28, Via Ciamician 2, 40127 Bologna, by the Director of the Regional Office for Europe of the World Health Organization.

The publisher alone is responsible for the accuracy of the translation.

Questi documenti sono stati pubblicati dall'Ufficio regionale europeo della Organizzazione mondiale della sanità rispettivamente nel:

- 1986 col titolo "Igiene e medicina del lavoro: componente dell'assistenza sanitaria di base";
- 1989 col titolo "Servizi di igiene e medicina del lavoro".

I diritti di traduzione per una versione italiana sono stati concessi al Sedi - PMP - USL 28, Via Ciamician 2, Bologna, dal Direttore dell'Ufficio regionale europeo della Organizzazione mondiale della sanità.

La traduzione del testo è stata curata dal Sedi che ne assume l'intera responsabilità.

La Collana *Dossier* è pubblicata a cura di:

Sedi (Settore documentazione e informazione sui rischi e danni in ambienti di vita e di lavoro) del Presidio multizonale di prevenzione della Usl 28, Bologna, via Ciamician 2 - tel. 051/244095-244216

Regione Emilia-Romagna, Servizi sanitari di prevenzione, Bologna, via Aldo Moro 30 - tel. 051/283182-283152

Copia del volume può essere richiesta al Sedi

Stampa: Regione Emilia-Romagna, Bologna, aprile 1990

PRESENTAZIONE

L'Ufficio regionale europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha tenuto, nel 1985 e nel 1989, due riunioni di esperti sui temi dell'organizzazione dei servizi di igiene e medicina del lavoro. Perché tradurli e pubblicarli, oggi, in questa nuova Collana rivolta agli operatori della prevenzione?

Per tre buone ragioni, io credo. Uno, per la rilevanza in sé dei documenti, per il loro contenuto. Due, perché ci permettono di gettare uno sguardo rapido, ma significativo, su ciò che è avvenuto e sta avvenendo in Europa, consentendoci confronti interessanti con la nostra situazione. E tre, perché ci sono degli elementi che si inseriscono con tempestività e pertinenza nel dibattito ormai largamente aperto sulle prospettive dei servizi per la tutela della salute dei lavoratori delle unità sanitarie locali.

Molti hanno, infatti, recentemente avvertito la necessità di riflettere su questo tema da diversi punti di vista. Quantitativo innanzi tutto, in modo da garantire risorse sufficienti di personale, fondi, attrezzature. Il 2° Piano sanitario della Regione Emilia-Romagna, ad esempio, definisce per la prima volta, degli standard per le piante organiche.

Peraltro anche il tema delle figure professionali che devono essere presenti in un servizio e il loro ruolo è al centro dell'attenzione, in parte perché è in discussione il rinnovo del contratto di lavoro e in parte perché non esiste ancora un equilibrio tra le diverse componenti e, magari, tra le diverse corporazioni.

Vi è anche la riflessione sul funzionamento dei servizi. Timidi, ancora, ma importanti passi si stanno compiendo nel campo della formazione degli operatori mentre, sotto la spinta dei problemi

ambientali, l'esigenza di costruire migliori rapporti e collaborazioni con gli altri servizi per la prevenzione e con le strutture di supporto tecnico (presidi multizonali di prevenzione, centri regionali di documentazione), sta diffondendosi seriamente. L'esperienza ormai pluriennale consentirebbe anche qualche tentativo di valutazione dei risultati ottenuti dalle attività di prevenzione, ma per questo mi sembra ci sia in giro molta prudenza.

Questi interessi, comunque, non sono solo interni al sistema. Il progresso tecnologico, le trasformazioni nell'organizzazione del lavoro, le ristrutturazioni aziendali, i mutamenti culturali, e anche quelli demografici, rappresentano il contesto di una società nella quale i servizi di prevenzione sono un soggetto.

Non si tratta, quindi, di una dimensione solamente tecnica: le caratteristiche e il funzionamento dei servizi di prevenzione sono, forse, l'espressione più evidente di quale importante ruolo sociale possa svolgere il servizio sanitario.

Non deve sorprendere, quindi, che non una, ma ben due Commissioni Parlamentari abbiano nello scorso anno affrontato questo tema () giungendo, attraverso percorsi non facili, a conclusioni del tutto convergenti (necessità di rafforzare ed estendere la rete dei servizi); e non sorprende neppure che nel disegno di legge del Governo di riforma del Servizio sanitario nazionale, si propongano miglioramenti, ancora un po' vaghi per il vero, ai servizi di prevenzione.*

Sta avvenendo in realtà, in modo non ancora sistematico e disciplinato, una riflessione sul ruolo del servizio pubblico nel campo del controllo dei rischi ambientali. Questa riflessione non è una nostra peculiarità, essa sta investendo da alcuni anni anche gli altri paesi industrializzati.

Piuttosto vi sono alcune caratteristiche della situazione italiana per la prevenzione nei luoghi di lavoro che sono peculiari, e precisamente:

- a) integrazione nell'ambito della stessa struttura sanitaria, sia delle funzioni di vigilanza che di quelle di promozione della salute;*
- b) assenza di una normativa specifica sui servizi sanitari d'azienda;*
- e) notevole sviluppo a livello territoriale di strutture tecniche, almeno in alcune aree, in carenza di una forte istituzione centrale di indirizzo, di ricerca e di supporto;*
- d) ampia possibilità di rapporto (almeno relativamente agli altri paesi) con i servizi per l'igiene ambientale.*

Questi elementi sono, in effetti, così caratteristici del nostro modello da renderlo notevolmente diverso dagli altri.

Si diceva all'inizio, per tornare ai nostri documenti, che essi sono stati predisposti da esperti dell'Organizzazione mondiale della sanità. Ufficio regionale europeo. L'OMS, come è noto, è una organizzazione tra i governi di tutto il mondo, che ha la sede centrale a Ginevra e che si articola in aree regionali, una delle quali è quella europea i cui uffici

hanno sede a Copenhagen. L'OMS non adotta, come altre organizzazioni internazionali quali l'Organizzazione internazionale del lavoro o la Comunità economica europea, strumenti vincolanti per gli Stati membri (.es. direttive, convenzioni, etc.), ma fornisce, sui temi di maggiore rilevanza, delle dichiarazioni di principio, delle linee guida, indica degli obiettivi e promuove programmi di intervento.

*Molto note, a questo proposito, sono la Dichiarazione di Alma Aia sull'assistenza sanitaria di base del 1978 e l'iniziativa, lanciata circa 10 anni or sono, chiamata "Strategia per la salute per tutti nell'anno 2000". In questo ambito va considerata l'iniziativa dell'Ufficio per l'igiene e la medicina del lavoro dell'OMS di Copenhagen che, sulla spinta dell'importanza crescente che negli anni '70 aveva avuto il tema della prevenzione nei luoghi di lavoro nei paesi europei e partendo dall'Obiettivo n. 25 della Strategia per la salute per tutti nell'anno 2000 relativamente all'Europa (**), ha mobilitato energie, organizzato gruppi di lavoro, realizzato convegni e condotto un importante studio comparato sulla organizzazione dei servizi di igiene e medicina del lavoro nei diversi paesi.*

I due documenti che vengono qui presentati sono frutto di tali iniziative e consentono, peraltro, anche di seguire l'evoluzione degli orientamenti avvenuta su questi temi negli anni '80. Per completare l'informazione va anche detto che dal 1987 l'Ufficio per l'Igiene e la medicina del lavoro della OMS di Copenhagen è stato assorbito all'interno di quello per l'igiene ambientale.

I due documenti riflettono soprattutto le situazioni più forti a livello europeo, cioè quella scandinava e quella inglese, e vanno letti ricordando le differenze con la situazione italiana. Con queste premesse vorrei attirare l'attenzione, elencandoli soltanto, su alcuni degli elementi chiave affrontati, molto rilevanti anche nel nostro contesto:

- il rapporto del servizio di igiene e medicina del lavoro con le altre strutture sanitarie, per garantire al lavoratore un'assistenza "comprensiva", come viene definita nel testo;*
- la necessità di concepire un sistema di prevenzione che preveda l'integrazione di diversi modelli di offerta dei servizi, in quanto in nessun modo lo stesso tipo di struttura sarà in grado di rispondere efficacemente in tutte le circostanze;*
- l'analisi delle attività e dei compiti delle diverse figure professionali di un servizio, anche di quelle da noi mai prese in considerazione ancora, come lo psicologo, o come l'ergonomo, figura praticamente sconosciuta;*
- la necessità di inserire i servizi in una rete che comprenda adeguati supporti tecnici esterni (per consulenza, formazione, informazione e analisi strumentali);*
- l'importanza della valutazione sia dei processi che degli esiti delle attività di prevenzione.*

Per finire, un'ultima notazione nelle vesti di traduttore questa volta.

Nella lingua inglese esiste il termine "occupational health" che è molto efficace perché sinteticamente esprime tutto ciò che riguarda il rapporto tra lavoro e salute e che nei due documenti è usato centinaia di volte. Disgraziatamente questo termine non ha una traduzione efficace in italiano a meno che non si faccia uso di un neologismo "salute occupazionale", in realtà anche ben comprensibile.

Salute nei luoghi di lavoro; medicina dei lavoratori; medicina preventiva dei lavoratori; medicina preventiva del lavoro; medicina negli ambienti di lavoro; prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro; medicina preventiva e igiene del lavoro; tutela della salute e della sicurezza sul lavoro; prevenzione e sicurezza del lavoro. Quante versioni di un medesimo concetto, sinonimi, ma non del tutto, usati in questi anni per definire discipline universitario, strutture di ricerca, servizi di prevenzione.

A ben vedere però, anche per gli autori di lingua inglese occupational health è divenuto a volte troppo elastico, o troppo poco preciso, e si è cercato di apportare correzioni (preventive occupational health), o cercato di porre l'enfasi su alcuni aspetti (occupational health and safety oppure worker's health).

E allora? Non azzardandomi a usare il neologismo e senza avere un termine sufficientemente accreditato ho ritenuto opportuno usare, a meno che le circostanze non imponessero soluzioni diverse, la versione più tradizionale: igiene e medicina del lavoro. Igiene, in effetti va ricordato, ha una radice etimologica che significa "sano". Per semplificare, inoltre, quando ci si riferisce a un servizio, e ciò avviene assai di frequente, inteso come struttura organizzata, è stata utilizzata una sigla, la più semplice, per intenderci (SML).

Marco Biocca
Responsabile del Sedi

(*) 1. Commissione Affari Sociali - Camera dei Deputati, *La rete di prevenzione dei rischi produttivi, lavorativi e ambientali*. Camera dei Deputati, Ufficio Pubblicazioni, Roma, 1989, pp. X-230 - 2. Senato della Repubblica, *Relazione della Commissione parlamentare d'inchiesta sulle condizioni di lavoro nelle aziende*. Doc. XXII bis n. 2, Roma 1989

(Disponibili anche nel n. 7 della Collana "Materiali" dell'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna)

(**) Obiettivo n. 25 della Strategia per la salute per tutti nell'anno 2000. Organizzazione mondiale della sanità. Ufficio regionale europeo: *"Per il 1995 le popolazioni della Regione dovrebbero essere protette in modo efficace dai rischi per la salute correlati con il lavoro"*.

INDICE

Igiene e medicina del lavoro: componente dell'assistenza sanitaria di base

Prefazione	pag. 13
1. Introduzione	pag. 15
2. Rapporti tra l'assistenza sanitaria di base e l'igiene e la medicina del lavoro	
2.1 Definizione e scopi dell'igiene e medicina del lavoro	pag. 17
2.2 Servizi di igiene e medicina del lavoro	pag. 20
2.3 Definizioni e finalità dell'assistenza sanitaria di base	pag. 22
2.4 Igiene e medicina del lavoro come componente della assistenza sanitaria di base - assistenza sanitaria di base come componente della salute dei lavoratori	
2.4.1 Modelli di servizio sanitario per i lavoratori	pag. 24
2.4.2 La salute dei lavoratori va considerata come assistenza sanitaria di base?	pag. 28
2.4.3 L'assistenza sanitaria di base come componente della salute dei lavoratori	pag. 29
3. Caratteristiche attuali della salute dei lavoratori	
3.1 Integrazione istituzionale o funzionale o coordinamento dei servizi di igiene e medicina del lavoro e di quelli di assistenza sanitaria di base	pag. 31
3.2 Limiti nella offerta di prevenzione nei luoghi di lavoro	pag. 32
4. Valutazione dei servizi sanitari per i lavoratori	
4.1 Definizione, bisogni e finalità	pag. 33
4.2 Metodologie di valutazione	pag. 35

4.3 Indicatori, criteri, standard e sistema informativo per la valutazione	pag.	37
4.4 Aspetti economici dei diversi modelli alternativi	pag.	39
4.5 Ricerca sul sistema sanitario	pag.	43
5. Conclusioni e raccomandazioni		
5.1 Conclusioni	pag.	51
5.2 Raccomandazioni	pag.	52

Allegato 1

Un esempio di applicazione delle metodologie di ricerca sui servizi sanitari per la valutazione di un servizio di prevenzione in agricoltura

1. Introduzione	pag.	55
2. Modello semplificato per la valutazione	pag.	55
2.1 Obiettivi funzionali	pag.	58
2.2 Obiettivi di esito	pag.	58
2.3 Discussione	pag.	58
3. Modello più dettagliato di valutazione	pag.	59
3.1 Obiettivi funzionali	pag.	59
3.2 Obiettivi di programma	pag.	60
3.3 Obiettivi finali	pag.	60
4. Conclusioni	pag.	63
Bibliografia Elenco partecipanti	pag.	67

Servizi di igiene e medicina del lavoro

1. Prefazione	pag.	73
2. Introduzione	pag.	75
3. Definizioni di obiettivi e scopi del servizio di igiene e medicina del lavoro	pag.	79
4. Funzioni e attività del servizio di igiene e medicina del lavoro		
4.1 Fasi della progettazione delle attività	pag.	81
4.2 Attività principali di un servizio di igiene e medicina del lavoro	pag.	82
5. Ruolo dell'igiene industriale nel servizio di igiene e medicina del lavoro		
6. Promozione della salute	pag.	85
7. Risorse umane, competenze e capacità necessario in un servizio di igiene e medicina del lavoro	pag.	87
8. Copertura dei servizi	pag.	89
9. Modelli di servizi	pag.	93
	pag.	95

10. Rapporti di collaborazione tra servizi di igiene e medicina del lavoro ed altri servizi correlati	pag. 99
11. Problemi particolari che i servizi di igiene e medicina del lavoro hanno nelle piccole aziende	pag. 101
12. Problemi particolari del servizio di igiene e medicina del lavoro per occupazioni ad alto rischio, per gruppi vulnerabili o lavoratori particolarmente sensibili e per gruppi poco considerati	
13. Servizi di supporto	
13.1 Supporto informativo	pag. 103
13.1 Consulenza di esperti	pag. 106
14. Approccio orizzontale nei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro	pag. 107
15. Valutazione	pag. 109
16. Conclusioni e raccomandazioni	
16.1 Conclusioni	pag. 111
16.2 Raccomandazioni	pag. 113
Allegato 1	
Attività dei servizi di igiene e medicina del lavoro	pag. 115
Allegato 2 (<i>non pubblicato</i>)	
Elenco partecipanti	pag. 123

Igiene e medicina del lavoro: componente della
assistenza sanitaria di base

Rapporto della Riunione d'esperti della Organizzazione
mondiale della sanità. Ufficio europeo, tenutasi a Turku,
Finlandia, 9-13 settembre 1985

PREFAZIONE

Lo studio dei rischi per la salute determinati dal lavoro ha una storia di molti secoli. Tuttavia solo in quest'ultimo secolo la igiene e la medicina del lavoro da mera diagnosi delle malattie da lavoro è divenuta anche studio delle misure di prevenzione.

Nel primo incontro del Comitato misto formato dalla Organizzazione mondiale della sanità (OMS), e dall'Organizzazione internazionale del lavoro (OIL) sui temi della salute dei lavoratori, che si è tenuto nel 1950, è stato sottolineato come tale termine dovesse essere interpretato nel senso di promozione e protezione della salute dei lavoratori. Questo principio fondamentale è anche contenuto nella Raccomandazione n. 112 dell'OIL sui "Servizi di medicina del lavoro" (SML). Nella maggior parte dei paesi sviluppati questa Raccomandazione ha condotto all'organizzazione di servizi di medicina del lavoro, con caratteristiche assai diverse, da quelli che prestano attenzione esclusiva agli aspetti della prevenzione a quelli che includono anche assistenza medica per malattie di tipo non professionale.

La Conferenza internazionale organizzata dall'OMS, in collaborazione con l'UNICEF, sulla assistenza sanitaria di base ad Alma Ata nel 1978 ha sottolineato la necessità di garantire a tutti l'assistenza sanitaria di base, con particolare attenzione per quelle popolazioni in cui i rischi per la salute sono più alti. E tra questi ha incluso diversi gruppi di lavoratori.

Nel 1976, la XXIX Assemblea mondiale della sanità ha richiesto al Direttore generale di promuovere la progettazione e la realizzazione di programmi sanitari per i lavoratori di "tipo comprensivo", come parte integrale di servizi sanitari nazionali. Il programma di salute dei

lavoratori che si è sviluppato forma parte del VI Programma generale di lavoro dell'OMS.

Nel 1985 , la Convenzione n. 161 dell'OIL sui "Servizi di medicina del lavoro" ha definito in particolare le funzioni di tipo preventivo di tali servizi.

A causa di questi sviluppi che si sono prodotti nel campo della salute, e soprattutto della salute dei lavoratori, si è convenuto di dar vita ad un Gruppo di lavoro che studiasse il ruolo della igiene e della medicina del lavoro e dei programmi sanitari per i lavoratori nel contesto dell'assistenza sanitaria di base. Tra le finalità della riunione di questo gruppo c'è anche la necessità di studiare come introdurre processi valutativi per assicurare che i programmi vengano condotti nei modi più appropriati.

Il lavoro della riunione si è basato su una serie di documenti preparatori e di relazioni sulle attività nei singoli paesi. Questi sono stati stampati separatamente in una collana del Servizio sanitario finlandese.

Jorma Järvisalo
Responsabile dell'Ufficio per l'igiene e la medicina del lavoro
dell'Organizzazione mondiale della sanità. Ufficio regionale europeo

1. INTRODUZIONE

Il Gruppo di lavoro sulla "Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base" si è riunito a Turku, in Finlandia, dal 9 al 13 settembre 1985. L'organizzazione è stata a cura dell'Ufficio europeo dell'OMS in collaborazione con il Governo finlandese. Alla riunione hanno partecipato 19 esperti di 13 paesi, 3 osservatori e 1 rappresentante della Commissione internazionale di medicina del lavoro. (ICOH).

La Dichiarazione di Alma Ata (11) sulla assistenza sanitaria di base impone di fornire gli elementi essenziali della assistenza sanitaria in modo che siano accessibili a tutti, e in particolare a quelle popolazioni esposte a più alti rischi. In molti paesi esistono specifici servizi sanitari con il compito di occuparsi dei rischi per la salute correlati con il lavoro. Inoltre, i servizi per la salute dei lavoratori offrono molti elementi di assistenza sanitaria di base per condizioni di salute che non sono correlate con il lavoro. I modelli organizzativi dei servizi per la salute dei lavoratori sono diversi, e alcuni Stati membri non li hanno ancora sviluppati. La necessità di avere appropriati programmi di salute per i lavoratori è ovvia, ed essi dovrebbero avere due approcci complementari: offrire una assistenza sanitaria generale e prevenire gli effetti negativi sulla salute derivanti dai rischi negli ambienti di lavoro.

I quattro compiti principali della riunione erano:

- 1) definire il rapporto fra assistenza sanitaria di base e salute dei lavoratori;
- 2) analizzare i modelli organizzativi della assistenza sanitaria dei lavoratori e i metodi di valutazione dei diversi modelli;
- 3) studiare le modalità per coordinare SML e servizi di assistenza sanitaria di base;

4) mettere a punto metodi per la valutazione sul piano economico dell'assistenza sanitaria dei lavoratori.

Il Dr A. Niemi è stato nominato Presidente, il Prof. G. Kanra Vice Presidente e il Prof. F. Valic Relatore.

2. RAPPORTI TRA L'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E L'IGIENE E LA MEDICINA DEL LAVORO

2.1 Definizioni e scopi dell'igiene e medicina del lavoro

Varie definizioni di igiene e medicina del lavoro sono state proposte. Il punto centrale di tutte queste definizioni è che l'igiene e medicina del lavoro si occupa del benessere fisico, mentale e sociale degli esseri umani in relazione con il loro lavoro e con l'ambiente in cui si svolge il lavoro, e del loro adattamento al lavoro e dell'adattamento del lavoro agli esseri umani. Nella prima riunione nel 1950 del Comitato misto OMS/OIL sulla salute dei lavoratori è stato affermato:

"l'igiene e medicina del lavoro dovrebbe puntare alla promozione e al mantenimento del più alto grado di benessere fisico, mentale e sociale dei lavoratori in tutte le occupazioni; la prevenzione degli effetti dannosi per la salute causati dalle condizioni di lavoro; la protezione dei lavoratori nel loro posto di lavoro; il collocamento e il mantenimento del lavoratore in un ambiente di lavoro adatto alle sue capacità fisiologiche e psicologiche; e in definitiva l'adattamento del lavoro all'uomo e di ogni essere umano al suo lavoro."

La stessa definizione si ritrova nella Raccomandazione n. 112 (2) dell'OIL sui "Servizi di medicina del lavoro". Nel 1972, la Conferenza mista OMS/OIL sull' "Insegnamento dell'igiene e della sicurezza del lavoro" oltre a notare che questa definizione era ancora valida osservava:

"l'igiene e medicina del lavoro è un campo ampio, e durante gli ultimi decenni l'importanza relativa delle sue componenti è cambiata. Questo cambiamento è correlato con i progressi scientifici nel campo della salute e della sicurezza sul lavoro, e anche con le modificazioni che sono

avvenute negli individui nella valutazione del lavoro e degli ambienti di lavoro. Nel passato l'enfasi era rivolta alla sicurezza, ora è piuttosto rivolta alla salute ed alla soddisfazione nel lavoro." (3)

Nel 1976, la XXIX Sessione dell'Assemblea mondiale della sanità ha richiesto al Direttore generale di promuovere la progettazione e la realizzazione di programmi sanitari per i lavoratori di tipo comprensivo, come parte integrale dei servizi sanitari nazionali. Questa richiesta precisava il ruolo dell'OMS nel campo della salute dei lavoratori secondo due strade. Da un lato la salute dei lavoratori era vista come entità unica piuttosto che come somma di attività separate, come avviene spesso nella sanità pubblica e nella medicina del lavoro. In secondo luogo, concentrandosi sulla salute della popolazione lavoratrice, chiaramente definisce il mandato dell'OMS nel campo della salute dei lavoratori in coordinamento con quelli di altre agenzie delle Nazioni unite. Inoltre, il documento dell'Assemblea mondiale n. 32.14 definisce il programma di salute per i lavoratori inserendolo come parte integrale della Strategia adottata per la salute per tutti entro l'anno 2000.

In rapporto con il programma di salute per i lavoratori, l'OMS nel 1980 (4) ha definito gli obiettivi generali dell'igiene e medicina del lavoro:

"controllare i rischi per la salute originati dal lavoro, proteggere e promuovere la salute delle popolazioni lavoratrici, e promuovere l'umanizzazione del lavoro". Nello stesso anno, il Gruppo di lavoro OMS sulla "Valutazione dei servizi di medicina del lavoro e igiene industriale" definiva così il fine ultimo di tali servizi:

"promuovere condizioni nel lavoro che garantiscano il più alto grado di qualità della vita lavorativa proteggendo la salute dei lavoratori, migliorando il loro benessere fisico, mentale e sociale, e prevenendo malattie e infortuni. Per raggiungere questo obiettivo, sono necessario competenze mediche, in igiene industriale e in discipline correlate." (5)

Due sono i possibili scopi dell'igiene e della medicina del lavoro:

- a) dedicarsi ai problemi di salute correlati con le condizioni nei posti di lavoro (problemi di salute correlati con il lavoro), oppure
- b) dedicarsi a tutti i problemi di salute del lavoratore occupato.

Le attività di un servizio sanitario che copra soltanto il primo gruppo di problemi, specifici del lavoratore nel suo ambiente di lavoro, sarebbe di tipo prevalentemente preventivo. In questo documento termini come "medicina preventiva dei lavoratori" o "servizio di prevenzione negli ambienti di lavoro" sono riservati a questo tipo di casi. Le attività dei servizi sanitari che hanno a che fare con tutti i problemi di salute dei lavoratori occupati devono essere sia di tipo preventivo che orientati verso la cura. In questo documento termini come "salute dei lavoratori" o "servizio sanitario dei lavoratori" saranno usati per riferirsi ad una assistenza sanitaria più comprensiva dei lavoratori che includa sia l'igiene e la medicina del lavoro e i problemi della prevenzione che l'assistenza sanitaria di base, indipendentemente da dove e da chi tali

servizi siano offerti.

La interazione tra gli esseri umani e il loro ambiente di lavoro può essere uno strumento per promuovere la salute fisica e mentale. Il lavoro che richiede un accettabile grado di performance fisica può migliorare la capacità fisica. Analogamente quel lavoro che impegna, ad un grado accettabile l'attività mentale, può migliorare le capacità mentali. Tuttavia, uno sforzo eccessivo al lavoro può risultare in uno stress. Se non controllati, tali stress possono causare patologie professionali e infortuni, aggravare malattie e disabilità causate da fattori non professionali e determinare malattie ad eziologia multipla dovute all'esposizione combinata sia in ambiente di lavoro che negli altri ambienti di vita.

L'importanza del contributo dei lavoratori al prodotto nazionale lordo e allo sviluppo economico dei paesi è ben conosciuta. La forza di lavoro occupata può andare fino al 40%, e anche fino al 50% della popolazione totale, distribuita sia in forme di lavoro organizzato sia in sottogruppi di popolazione di agricoltori o di lavoratori autonomi ad un livello minore di organizzazione.

La salute dei lavoratori può essere realizzata in tre principali modi. In primo luogo attraverso la legislazione, la definizione di standard minimi di salute e di sicurezza nei posti di lavoro sotto forma di leggi per la protezione dei lavoratori, di leggi per l'igiene e la sicurezza nel posto di lavoro, etc.. La normativa viene fatta rispettare e la sua applicazione viene controllata da organi del governo come gli ispettorati del lavoro o altri organismi per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, etc. In secondo luogo può essere realizzata con SML all'interno dei posti di lavoro o all'esterno. In terzo luogo può essere realizzata attraverso la ricerca e le indagini sul campo e con iniziative di educazione alla salute e di aggiornamento realizzate soprattutto da istituti nazionali e regionali di igiene e medicina del lavoro o da università.

L'autorità pubblica responsabile per la salute dei lavoratori è diversa da paese a paese; in alcuni paesi sono responsabili le autorità che si occupano dei problemi del lavoro, mentre in altri sono le autorità che si occupano della sanità. Nei paesi con una lunga tradizione nella protezione dei lavoratori nel posto di lavoro, l'autorità normalmente è del Ministero del lavoro. Questo modello ha il vantaggio di collocare sotto una medesima autorità sia gli aspetti ambientali/tecnici che gli aspetti medici della salute dei lavoratori. Quando l'autorità sanitaria ha queste competenze assicura, invece, una migliore integrazione dell'igiene e della medicina del lavoro nell'ambito più generale della sanità pubblica, facilitando la definizione di priorità sanitarie a livello nazionale. Qualunque sia la scelta, sempre più si sta sviluppando la tendenza ad integrare ambedue gli aspetti della salute dei lavoratori, che va considerata come una sola entità. La nuova Convenzione (6) dell'Organizzazione internazionale del lavoro sui "Servizi di medicina del lavoro", n. 161, prevede che ogni paese *"dovrebbe formulare,*

realizzare e periodicamente valutare una politica nazionale coerente sui servizi di medicina del lavoro". Alcuni paesi evitano di operare una divisione rigida tra autorità del lavoro e della sanità, creando invece nuove autorità, come per esempio, il National Institute of Occupational Health/Occupational Safety and Health Administration (NIOHS/OSHA) negli Stati Uniti di America, oppure la Health and Safety Commission in Gran Bretagna.

Un'altra filosofia è quella di lasciare la responsabilità primaria della sicurezza e della salute dei lavoratori ai datori di lavoro e ai lavoratori. Il ben noto rapporto della Commissione Robens in Gran Bretagna introdusse il concetto:

"la responsabilità primaria per intervenire sugli attuali livelli di rischio di infortunio sul lavoro e di malattia professionale ricade su coloro i quali creano tali rischi e su coloro che vi lavorano". (7)

Molti paesi hanno approvato una normativa specifica contenente l'obbligo di costituire SML anche se la Raccomandazione OIL n. 112 non prevede che proprio la normativa debba essere l'unico modo per istituire tali servizi.

2.2 Servizi di igiene e medicina del lavoro

Tré principali elementi formano un programma, a livello locale, di medicina preventiva dei lavoratori:

- a) valutazione e controllo dell'ambiente di lavoro attraverso la definizione e l'adozione di standard (valori soglia di esposizione ambientale), valutazione periodica delle esposizioni ad agenti fisici, chimici e meccanici nell'ambiente, e controllo delle esposizioni ambientali eccessive;
- b) esami medici preventivi (prima dell'assunzione e prima della collocazione in un determinato posto di lavoro, periodici e speciali, e prima di un eventuale reinserimento al lavoro);
- e) cure mediche (pronto soccorso e cura delle intossicazioni acute di minore importanza).

Un quarto elemento, cioè quello delle misure generali di prevenzione, è opzionale. Si tratta delle vaccinazioni, dell'educazione alla salute, della pianificazione familiare, dell'alimentazione e della riabilitazione.

Tutto ciò è sostanzialmente in accordo con le finalità di un programma di salute dei lavoratori, così come definite dal Comitato di esperti della OMS sul "Monitoraggio ambientale e sanitario" (8) e con gli elementi principali della Raccomandazione dell'OIL n. 112 sui "Servizi di medicina del lavoro" (2), della nuova Convenzione n. 161 (6) e con la

Raccomandazione n. 171 (9) adottate dalla LXXI Conferenza internazionale del lavoro tenutasi nel 1985.

Il miglioramento negli ambienti di lavoro, il reciproco adattamento degli esseri umani e del lavoro, e la salute e il benessere dei lavoratori sono i principali effetti che ci si attende dai SML. Ciò dovrebbe essere confermato da una diminuzione della frequenza degli infortuni e delle malattie professionali, da una riduzione della mortalità e della morbosità e da un più basso tasso di assenze per motivi di salute. Il più importante obiettivo di una legislazione e della organizzazione per la salute dei lavoratori è la prevenzione attraverso la identificazione e la stima dei rischi negli ambienti di lavoro o nel lavoratore stesso e attraverso l'adozione di misure per eliminare o per ridurre i rischi quanto più precocemente sia possibile, ivi compresi gli interventi nella fase di progettazione dei processi tecnologici e delle attrezzature nel posto di lavoro. Questo approccio principale è poi arricchito da attività che hanno caratteristiche di tipo meno preventivo, come la visita medica dei lavoratori e la registrazione dei casi di malattia correlati con il lavoro e la organizzazione del pronto soccorso. Peraltro la legge finlandese sulla salute dei lavoratori sottolinea la centralità della prevenzione primaria in rapporto all'ambiente di lavoro. In base a tale legge, il primo compito del SML è la sorveglianza dell'ambiente di lavoro e il riconoscimento, la stima e il controllo dei rischi per la salute di origine ambientale, mentre gli esami medici sono ad un secondo livello di importanza rispetto alle misure di prevenzione.

L'arco delle professionalità presenti tra gli operatori dei SML a livello locale può essere molto ampio, includendo medici, infermieri, tecnici di laboratorio, psicologi del lavoro, igienisti industriali, ingegneri della sicurezza e tecnici di igiene e sicurezza del lavoro: D'altra parte il servizio può anche consistere solamente di un medico a tempo parziale e di un infermiere a tempo pieno, o addirittura solo di un infermiere. Le attività svolte possono essere indicate da una normativa oppure dai datori di lavoro interessati nel controllare alti tassi di assenteismo per malattia. I medici negli attuali SML sono spesso specialisti altamente qualificati ma possono anche essere medici di base senza alcuna specializzazione in medicina del lavoro.

Alcuni Servizi sanitari nazionali o regionali hanno sviluppato centri, istituti o unità per la formazione del personale, hanno avviato attività di ricerca, sviluppato linee guida e definito standard. Essi possono anche fornire servizi, in particolare a gruppi di lavoratori occupati in piccole aziende, mentre il compito del controllo della normativa è affidato ad altri organi del governo, generalmente al Ministero del lavoro, con il quale dovrebbe essere mantenuta una cooperazione e un coordinamento sempre più o meno stretto. Anche l'organizzazione della previdenza sociale può giocare un ruolo importante. In altri paesi ancora, l'igiene e la medicina del lavoro è limitata, più o meno, alle ispezioni nelle fabbriche

effettuate dal Ministero del lavoro. Spesso le responsabilità sono divise nettamente, in quanto gli ispettorati medici sono sotto il controllo delle autorità sanitarie e gli ispettorati del lavoro e della sicurezza sotto quello delle autorità del lavoro.

Ci sono datori di lavoro che non si rendono conto dell'importanza e del valore di un programma di salute dei lavoratori e non sono in grado di apprezzare il possibile impatto sulla produttività. Tali datori di lavoro frequentemente considerano la costituzione di un SML all'interno dell'impresa come un evento costoso e perfino indesiderabile. In tali casi la applicazione delle normative e/o degli standard generalmente gioca il ruolo più importante nella protezione della salute dei lavoratori. Per questo motivo, la maggior parte dei paesi ha approvato almeno una legge generale sui rapporti di lavoro e una legge sulla salute e la sicurezza nei posti di lavoro.

2.3 Definizioni e finalità della assistenza sanitaria di base

Nel 1973 il Comitato esecutivo dell'OMS adottò la seguente definizione di servizi per l'assistenza sanitaria di base: *"i servizi per la assistenza di base sono servizi di sanità generale che sono offerti alla popolazione al punto di ingresso nel sistema sanitario... . I servizi di base si occupano dell'assistenza individuale ai pazienti ma anche di salute delle comunità. Essi sono responsabili sia di attività di tipo terapeutico che di attività di tipo preventivo che coinvolgono individui e comunità. I servizi per la tutela ambientale entrano in gioco a questo livello."* (10).

L'attuale definizione di assistenza sanitaria di base è fornita dalla Dichiarazione di Alma Ata: *"L'assistenza sanitaria di base è un'assistenza sanitaria essenziale basata su metodi e su una tecnologia appropriata e accettabile, accessibile universalmente agli individui e alle famiglie della comunità attraverso la piena partecipazione ed ad un costo che la comunità e il paese possono sostenere in una condizione di autonomia. Essa forma parte integrale sia del servizio sanitario del paese del quale è funzione centrale sia dello sviluppo complessivo sociale ed economico della comunità. Essa costituisce il primo livello di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile a dove la popolazione vive e lavora."*

La principale conseguenza della Dichiarazione di Alma Ata è la "Strategia per la salute per tutti per l'anno 2000" dell'OMS. I principali elementi della Strategia in Europa, adottati dalla XXX Sessione del Comitato regionale dell'OMS (12) sono *"la promozione di uno stile di vita che conduca alla salute, la riduzione di situazioni prevenibili e*

l'orientamento del servizio sanitario perché copra l'intera popolazione".

La Conferenza di Alma Ata (11) raccomandò che nell'ambito della copertura totale della popolazione attraverso una assistenza sanitaria di base, fosse data alta priorità agli speciali bisogni delle donne, dei bambini, delle popolazioni lavoratrici ad alto rischio, e di quei segmenti della società meno privilegiati. In questo contesto, si dovrebbero mantenere le necessarie attività, in tutte le case e in tutti i posti di lavoro, per identificare sistematicamente coloro che sono a più alto rischio, e di offrire loro un'assistenza continua e per eliminare i fattori che contribuiscono a condizioni patologiche.

Nel 1984, la XXXIV Sessione del Comitato regionale dell'OMS adottò il documento "Obiettivi regionali a sostegno della strategia regionale per la salute per tutti" nel quale si tratta, tra l'altro, dello sviluppo di un servizio sanitario integrato e comprensivo, sottolineando che il servizio sanitario basato sulla assistenza sanitaria di base dovrebbe sempre essere adattato al differente quadro organizzativo e gestionale locale (13).

Così come sottolineato nella XXX Sessione del Comitato regionale dell'OMS nel 1980, *"l'assistenza sanitaria di base deve:*

- a) essere costruita sul principio della partecipazione della comunità;*
- b) essere basata su equipe multidisciplinari;*
- c) servire come primo punto di contatto con il servizio sanitario nazionale;*
- d) deve essere sostenuta da un efficiente sistema di riferimento;*
- e) prevenire le malattie, promuovere la salute e incoraggiare la riabilitazione;*
- f) mantenere una continuità di rapporto con ogni membro della popolazione cui si rivolge;*
- g) identificare sistematicamente quelli a più alto rischio;*
- h) aiutare la gente ad assumere maggiori responsabilità riguardo alla loro salute; e infine*
- i) incoraggiare l'uso di appropriate tecnologie". (14)*

Oltre a tutto ciò che è stato menzionato, *l'assistenza sanitaria di base deve essere considerata come un insieme di attività, a livello assistenziale, una strategia e una filosofia.* Come un *insieme di attività*, l'assistenza sanitaria di base include l'educazione alla salute, l'approvvigionamento di alimenti e una buona nutrizione, acque potabili e sistemi igienici di base, assistenza alla maternità e all'infanzia, vaccinazioni, prevenzione e controllo delle patologie endemiche, trattamento di base di problemi sanitari e fornitura dei farmaci essenziali. Come *livello di assistenza*, l'assistenza sanitaria di base è il primo livello di contatto con il servizio sanitario. Questo livello di contatto comprende medici di base e infermieri domiciliari ma può anche comprendere altre categorie di personale sanitario, a seconda delle caratteristiche prevalenti del sistema sanitario del paese. Come una *strategia*, l'assistenza sanitaria di base deve essere accessibile a tutti, importante per i bisogni della

popolazione, funzionale, integrata ed efficiente da un punto di vista economico. Essa deve anche coinvolgere la partecipazione della comunità e la collaborazione intersettoriale. Come *filosofia*, l'assistenza sanitaria di base si fonda sulla giustizia sociale, sulla equità, sulla responsabilità, sulla solidarietà internazionale e sulla accettazione di un concetto ampio di assistenza sanitaria di base.

2.4 Igiene e medicina del lavoro come componente dell'assistenza sanitaria di base - assistenza sanitaria di base come componente della salute dei lavoratori

2.4.1 Modelli di servizio sanitario per i lavoratori

Senza dubbio, la popolazione lavoratrice richiede un'assistenza sanitaria sia di tipo preventivo che curativo. Gli aspetti preventivi riguardano fondamentalmente i rischi sul posto di lavoro che contribuiscono allo sviluppo delle patologie professionali o correlate col lavoro, ma anche i fattori di rischio presenti nell'ambiente generale, come quelli che richiedono vaccinazioni, correzioni alimentari, screening e controllo di patologia cronica infettiva o non, screening e controllo di abuso di alcool, pianificazione familiare ed educazione alla salute. Ciò richiederà la capacità di identificare e valutare i rischi nel posto di lavoro e la sistematica registrazione di stress ambientali e dei loro effetti patologici, patofisiologici e psicologici. Gli aspetti di tipo curativo riguardano, invece, la cura delle patologie professionali e degli infortuni, delle altre patologie correlate con il lavoro, ma soprattutto la diagnosi e la cura della patologia in generale del lavoratore.

Un servizio sanitario per i lavoratori può essere organizzato per una singola azienda o come un servizio comune per un insieme di aziende. In funzione delle situazioni e delle regole seguite a livello nazionale, può essere organizzato da:

- a) un'azienda o gruppo di aziende interessato;
- b) autorità pubbliche o servizi ufficiali;
- c) istituzioni per la previdenza sociale;
- d) ogni altro ente autorizzato dalla autorità competente; o
- e) una combinazione di quanto detto sopra. (6).

La salute dei lavoratori può essere organizzata secondo diversi modelli.

- 1) Servizi di assistenza di base, di comunità o privati, si occupano della diagnosi e della cura della patologia generale; unità di igiene e medicina

del lavoro a livello di comunità (pubbliche, sostenute da sindacati o da fondi volontari o da fondi della previdenza sociale, o di tipo commerciale) offrono un servizio di prevenzione negli ambienti di lavoro (ambientale e medico).

2) Servizi di assistenza di base, di comunità, offrono assistenza per i problemi di salute in generale; la parte sanitaria del servizio di prevenzione nei luoghi di lavoro (visite mediche preventive) è offerta da unità d'igiene e medicina del lavoro, mentre la parte ambientale è basata sui singoli posti di lavoro.

3) I servizi di assistenza di base territoriali offrono assistenza per problemi di salute generale, mentre l'insieme completo delle attività preventive (sia ambientali che mediche) sono basate sul posto di lavoro.

4) L'intero servizio sanitario per i lavoratori (sia la componente di assistenza sanitaria di base che l'intera componente di prevenzione della patologia professionale) è basata sul posto di lavoro.

In pratica tutti e quattro questi modelli esistono nella realtà. Frequentemente alcune componenti di un servizio di sanitario dei lavoratori sono meno sviluppate o hanno minore priorità. La componente di assistenza sanitaria di base (assistenza curativa) è quasi sempre disponibile per il lavoratore, ma spesso uno o l'altro aspetto della prevenzione della patologia professionale, o anche ambedue, non sono offerti.

Molto poche sono state finora le analisi per confrontare i servizi sanitari per i lavoratori territoriali rispetto a quelli d'azienda sul piano della efficacia, dell'efficienza, dell'accettabilità e dell'impatto. In realtà i benefici e i costi delle differenti soluzioni non sono facilmente misurabili e ciò ha come conseguenza che le decisioni sono frequentemente adottate sulla base di situazioni contingenti, locali o regionali, o per la pressione di soggetti sociali (lavoratori o loro associazioni da un lato, datori di lavoro o loro associazioni dall'altro) e di Ministeri (sanità da un lato, lavoro dall'altro). In pratica, la relazione fra l'assistenza sanitaria di base, fondata sulla comunità, e il servizio sanitario dei lavoratori, fondato sul posto di lavoro, dipende in larga misura dalla disponibilità e dalla estensione dell'offerta di assistenza primaria alla comunità e dalla tradizione. Dove esiste una lunga tradizione di assistenza sanitaria familiare, in cui ogni individuo viene assistito da un medico di base (sia esso privato o fornito dal servizio sanitario), la componente legata al posto di lavoro della salute dei lavoratori generalmente si estende alla prevenzione nei luoghi di lavoro e al pronto soccorso, mentre l'assistenza sanitaria completa dei lavoratori (ammesso che la legge lo consenta), sia su iniziativa volontaria del datore di lavoro o come risultato di un contratto collettivo tra i lavoratori e i datori di lavoro, è limitata a casi isolati. Dove l'assistenza familiare da parte di un singolo medico di base non è una pratica stabilita e non è obbligatoria per legge, sono comuni servizi sanitari con funzioni più estensive. Dove un'azienda è il maggior punto di riferimento di una

organizzazione sociale, o per la lontananza o come conseguenza della politica sociale di un paese, buona parte o addirittura l'intera assistenza sanitaria primaria dei lavoratori è incorporata nell'ambito del servizio sanitario basato sul posto di lavoro, che a volte comprende anche offerte di servizi opzionali per le persone a carico del lavoratore.

I principali vantaggi e gli svantaggi dei servizi sanitari dei lavoratori, territoriali o aziendali, sono riassunti nella tabella 1.

Il servizio sanitario per i lavoratori territoriale ha il vantaggio di poter comprendere la responsabilità per la salute di tutti membri della famiglia. Il servizio è informato sulla casa, sulle condizioni familiari e su quelle ambientali. L'accesso al servizio è generalmente facile dal posto di residenza, perciò conveniente per le persone a carico, ma può essere distante dal posto di lavoro, perciò non conveniente per il lavoratore. I servizi di assistenza sanitaria primaria territoriali sono orientati in modo particolare verso una assistenza di tipo curativo e generalmente non hanno una esperienza sufficiente nel campo preventivo, e in particolare per quanto riguarda la prevenzione negli ambienti di lavoro. Essi sono nella gran parte dei casi totalmente privi di conoscenze sulle condizioni di lavoro e sui rischi per la salute ad esse correlati e sono, pertanto, poco adeguati a fornire una consulenza per il loro controllo.

Dove i servizi sanitari per i lavoratori sono basati sul posto di lavoro essi svolgono un'attività di prevenzione e i loro medici del lavoro sono molto bene a conoscenza delle condizioni di lavoro e dei rischi correlati. Essi possono pertanto prendere in considerazione, nella diagnosi delle malattie, le correlazioni con il lavoro e hanno le conoscenze necessario per fornire indicazioni sulla necessità di controllare i rischi nel posto di lavoro. Essi hanno anche l'indispensabile competenza in igiene del lavoro per il riconoscimento, la valutazione e il controllo dei rischi negli ambienti di lavoro. Tuttavia, può capitare che ad essi manchino informazioni sulle condizioni abitative, familiari, ambientali e sociali esterne al posto di lavoro del singolo lavoratore.

L'approccio che a volte viene privilegiato è quello di suddividere il servizio sanitario per i lavoratori in una componente di assistenza sanitaria primaria, che deve essere fornita dal servizio di assistenza sanitaria di base territoriale, e di una componente specifica per la prevenzione negli ambienti di lavoro, che deve essere fornita dal servizio di igiene e medicina del lavoro d'azienda (quest'ultimo in alcune aziende è diviso in un servizio di medicina del lavoro ed in un servizio di igiene industriale e ambientale che è, a volte, una componente dell'ufficio per la sicurezza dell'azienda). Per parafrasare il pensiero di El Batawi espresso per introdurre il nuovo programma OMS sulle malattie correlate con il lavoro (15): *"la salute dei lavoratori è indivisibile, e i loro problemi di salute sono la conseguenza dell'esposizione all'interno e all'esterno del posto di lavoro, in aggiunta a fattori determinati dalle suscettibilità individuali dei lavoratori e dagli stili di vita. Essi hanno caratteristiche*

Tab. 1

Vantaggi e svantaggi dei servizi sanitari per i lavoratori d'azienda e territoriali

Vantaggi

Svantaggi

Servizi territoriali

- * Posizione "esterna"
- * Contatti con altri operatori di Servizi territoriali sanitari di base
- * Informazione regionale
- * Stretto collegamento col SSN
- * Approccio di tipo comprensivo
- * Stretto collegamento con le autorità
- * Possibile ruolo dei medici di base

- * Posizione "esterna"
- * Distanza
- * Problemi di informazione
- * Scarsa competenza specifica nel campo dell'igiene e della medicina del lavoro
- * Sottovalutazione degli aspetti preventivi
- * Carenza di attrezzature tecniche

Servizi d'azienda

- * Sempre presenti
- * Stretto collegamento con le direzioni aziendali e i rappresentanti sindacali
- * Atteggiamento favorevole alla prevenzione
- * Iniziative accettate dalla direzione aziendale e dai lavoratori
- * Possibile rapporto con medici di base
- * Disponibilità di attrezzature tecniche
- * Specializzazione

- * Neutralità
- * Scarsi collegamenti con la comunità
- * Scarsi collegamenti con le autorità
- * Scarsi o inesistenti rapporti col SSN

multifattoriali perché la vita umana in casa, al lavoro e durante il tempo libero è una continuità che non riconosce le frontiere che separano l'ambiente di lavoro dall'ambiente in generale. Peraltro anche i fattori ereditari e gli stili di vita che influenzano la salute umana non si arrestano ai cancelli dei posti di lavoro."

2.4.2 La salute dei lavoratori va considerata come assistenza sanitaria di base?

A volte, vengono espressi dubbi sul fatto che la salute dei lavoratori (nella sua totalità) sia effettivamente una parte dell'assistenza sanitaria di base, e la motivazione è data dal fatto che essa non è compresa nella definizione e neppure nello scopo di quest'ultima. Diverse argomentazioni possono essere portate contro questo punto di vista.

Innanzitutto, in accordo con la Dichiarazione di Alma Ata, l'assistenza sanitaria di base è il *primo livello di contatto* con il sistema sanitario nazionale *che porta l'assistenza sanitaria il più vicino possibile a dove la gente lavora e vive*. Gli esami medici prima dell'impiego sono indubbiamente un esempio di primo livello di contatto, mentre la componente di assistenza sanitaria di base della salute dei lavoratori basata sul posto di lavoro è effettivamente quanto più vicino sia possibile a dove la gente lavora.

In secondo luogo, la Conferenza di Alma Ata (11), nella Raccomandazione n. 8, sottolinea che una *forte priorità dovrebbe essere data alle popolazioni lavoratrici a rischio* e che dovrebbero essere realizzate quelle *attività all'interno dei posti di lavoro necessario* ad identificare sistematicamente coloro che sono esposti ai più alti rischi, per fornire loro un'assistenza continua e per *eliminare i fattori che contribuiscono ai danni alla salute*. L'identificazione di popolazioni di lavoratori ad alto rischio è una parte fondamentale delle attività di prevenzione che non può essere realizzata senza la valutazione delle esposizioni ambientali nel posto di lavoro (l'igiene del lavoro è una parte della prevenzione nei luoghi di lavoro). L'unico servizio che elimina i fattori che nel posto di lavoro contribuiscono a danneggiare la salute è il servizio di prevenzione nei luoghi di lavoro.

In terzo luogo, la Conferenza dell'OMS sull' "Assistenza sanitaria di base nei paesi industrializzati" (14) ha sottolineato che l'assistenza sanitaria di base deve coinvolgere la *partecipazione di coloro che sono assistiti, aiutare la gente ad assumere una maggiore responsabilità nei confronti della propria salute, mantenere continuità di rapporto con ogni membro a cui si rivolge e realizzare le proprie attività attraverso equipe multidisciplinari*. Tutti questi prerequisiti sono evidentemente presenti

nei servizi sanitari per i lavoratori basati sul posto di lavoro: i lavoratori e i datori di lavoro devono partecipare alla realizzazione dei SML (Convenzione OIL n. 161, art. 8); nessun altro segmento della società si trova in una posizione migliore per assumersi tanta parte di responsabilità per la propria salute di quanto siano i lavoratori; il SML d'azienda è nella migliore posizione per mantenere un continuo, diretto rapporto con coloro ai quali si rivolge; se vuole realizzare i propri obiettivi esso deve essere necessariamente composto da un'equipe multidisciplinare.

In quarto luogo, l'assistenza sanitaria di base deve essere *accessibile a tutti, rispondere alle necessità degli utenti, essere funzionale ed integrata*. Un servizio sanitario per i lavoratori d'azienda è accessibile ad ogni lavoratore (geograficamente, funzionalmente ed economicamente), indubbiamente rilevante per le sue necessità, se ben organizzato, e molto integrato con altri servizi essenziali per la salute dei lavoratori.

Infine, uno dei principali elementi della Strategia della salute per tutti per l'anno 2000 dell'Ufficio europeo dell'OMS è la riduzione delle condizioni prevenibili (12). Tra le condizioni più prevenibili vi sono le esposizioni pericolose negli ambienti di lavoro che possono essere ridotte attraverso l'attività del SML.

2.4.3 L'assistenza sanitaria di base come componente della salute dei lavoratori

La Convenzione OIL n. 161 riguardante i "Servizi medicina del lavoro" (6) e la Raccomandazione n. 171 (9) ad essa correlata, adottate nel 1985, prescrivono che:

"a) ogni Membro si impegna a sviluppare progressivamente SML per tutti i lavoratori, inclusi quelli del settore pubblico e i membri di cooperative di produzione, in tutti i rami delle attività economiche e in tutti i tipi di azienda; l'offerta di servizi dovrebbe essere adeguata e appropriata agli specifici rischi delle aziende (Convenzione n. 161, art. 3.1);

b) i SML dovrebbero essere fondamentalmente di tipo preventivo (Raccomandazione n. 171, 11.3);

c) la sorveglianza dell'ambiente di lavoro dovrebbe prevedere visite da parte del personale dei SML tutte le volte che sia necessario ad esaminare i fattori nell'ambiente di lavoro che possano danneggiare la salute dei lavoratori, le condizioni di igiene ambientale e le condizioni di lavoro (Raccomandazione n. 171, 11.7);

d) i SML dovrebbero essere consultati in merito a proposte di modifica nei processi lavorativi o nelle condizioni di lavoro che possono avere un effetto sulla salute o sulla sicurezza dei lavoratori (Raccomandazione n.

171, II.10);

e) dove l'impiego continuativo di un lavoratore in una particolare mansione è controindicato per motivi di salute, il SML dovrebbe collaborare nello sforzo di trovare un impiego alternativo nell'azienda, o un'altra appropriata soluzione (Raccomandazione n. 171, 11.17);

g) se la legislazione nazionale lo consente, i SML potrebbero anche occuparsi di altre attività sanitarie tra cui l'assistenza di tipo curativo per i lavoratori e per le loro famiglie (Raccomandazione n. 171, 11.26);

h) i SML dovrebbero essere collocati all'interno o nei pressi del posto di lavoro (Raccomandazione n. 171, III.32)".

Ci si aspetta che nell'arco dei prossimi anni una maggioranza di paesi ratifichino la Convenzione e siano quindi vincolati da essa. Ciò significa che lo sviluppo di speciali servizi per la salute dei lavoratori diventerà un obbligo in quei paesi che hanno registrato la ratificazione. Gli stessi paesi hanno anche sostenuto la Dichiarazione di Alma Ata e accettato l'impegno a integrare l'approccio dell'assistenza sanitaria di base nell'organizzazione del loro sistema sanitario. Se questi impegni devono essere rispettati, l'unica soluzione sembra essere un servizio sanitario per i lavoratori che consiste di una componente di prevenzione nei luoghi di lavoro (definita dalla Convenzione OIL n. 161 e dalla Raccomandazione n. 171) e di una componente di assistenza sanitaria di base (definita dalla Dichiarazione di Alma Ata e da altri documenti dell'Organizzazione mondiale della sanità).

3. CARATTERISTICHE ATTUALI DELLA SALUTE DEI LAVORATORI

3.1 Integrazione istituzionale o funzionale o coordinamento dei servizi di igiene e medicina del lavoro e di quelli di assistenza sanitaria di base

I modelli organizzativi dei servizi sanitari per i lavoratori nei tredici paesi rappresentati alla riunione mostrano da un lato differenze nel modo di realizzare un'assistenza sanitaria comprensiva ai lavoratori, in quanto varia l'enfasi che viene data all'offerta di servizi d'azienda o territoriali, ma dall'altro lato esistono anche significative tendenze comuni. Servizi sanitari per i lavoratori di tipo comprensivo possono essere obbligatori per legge e realizzati dallo Stato (Bulgaria, Polonia, RDT, Ungheria). La copertura sanitaria obbligatoria di tipo comprensivo di tutti i lavoratori può essere prevista dalla legge, ma essere realizzata sulla base di accordi sociali tra consumatori e fornitori di servizi sanitari sia come un servizio integrato di salute dei lavoratori che come un servizio di prevenzione nei luoghi di lavoro separato dalla assistenza sanitaria di base (Iugoslavia). Servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro, ma con la opzione di offrire anche assistenza sanitaria di base nell'ambito dello stesso programma di assistenza ai lavoratori, possono essere offerti attraverso organizzazioni private o pubbliche sulla base di decisioni volontarie o in accordo con obblighi di legge (Finlandia, Italia). Alcuni paesi hanno programmi obbligatori limitati esclusivamente alla prevenzione (Danimarca, Francia). Servizi di igiene e medicina del lavoro (di tipo preventivo, con particolare attenzione al controllo ambientale) possono essere offerti sulla base di decisioni volontarie dei datori di lavoro (Gran Bretagna). Alcuni paesi hanno attualmente allo studio leggi

che prevedono servizi sanitari per i lavoratori (Spagna, Turchia). Alcune grandi aziende in numerosi paesi hanno proprie unità sanitarie. Una descrizione dettagliata verrà fornita in una prossima pubblicazione dell'Ufficio regionale dell'OMS.

3.2 Limiti nella offerta di prevenzione nei luoghi di lavoro

Anche i servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro, basati sul posto di lavoro, possono incontrare difficoltà nell'offrire assistenza ad alcuni gruppi di lavoratori. Tra questi si possono includere: i lavoratori delle piccole imprese; i lavoratori autonomi; quelli mobili e quelli dispersi, come nel settore dell'edilizia e dell'agricoltura; quelli che svolgono lavori non ufficiali come i disoccupati; gli apprendisti; e i pensionati che siano stati esposti a rischi di effetti a lungo tempo.

D'altra parte i servizi di assistenza sanitaria di base territoriali che siano responsabili per questo tipo di assistenza potrebbero non avere personale sufficientemente preparato ne informazioni sufficienti.

Le decisioni sulle necessità dei lavoratori dal punto di vista della salute devono essere basate su un bagaglio informativo relativo ai rischi e al loro controllo così come ai livelli di esposizione e alla storia medica di ognuno. Inoltre, i sistemi informativi sono generalmente molto poco sviluppati, e ciò riduce la capacità di intervento dell'assistenza sanitaria.

L'aggiornamento nei campi previsti dall'assistenza sanitaria per i lavoratori di tipo comprensivo è inadeguatamente sviluppato e le equipe di assistenza sanitaria di base per lo più non sono a conoscenza delle tecniche e dei problemi relativi alla salute nei luoghi di lavoro. D'altra parte le equipe di igiene e medicina del lavoro molto spesso non sono state adeguatamente aggiornate sui problemi della assistenza sanitaria di base. Carenze anche esistono nella formazione di coloro che programmano i processi produttivi e impiantano gli ambienti di lavoro; tali persone sono troppo frequentemente all'oscuro delle interazioni che esistono tra l'ambiente di lavoro e la salute.

Gli aspetti tecnici, sociali ed economici del lavoro stanno cambiando molto rapidamente, ed alcuni dei modelli di servizi per la salute dei lavoratori sono basati su elementi che stanno tramontando e che in un prossimo futuro potrebbero non esistere più.

4. VALUTAZIONE DEI SERVIZI SANITARI PER I LAVORATORI

4.1 Definizione, bisogni e finalità

In tutti i paesi europei, lo sviluppo di nuove tecnologie nella produzione, i cambiamenti nelle strutture economiche, i cambiamenti nella struttura demografica delle popolazioni lavoratrici (invecchiamento dei lavoratori europei) e le modificazioni sociali come la disoccupazione (circa 20 milioni in Europa) e la forza lavoro immigrata (circa 13 milioni in Europa), hanno creato nuovi bisogni e nuovi problemi nel campo sanitario. I recenti progressi nelle scienze mediche e nelle altre scienze correlate hanno offerto nuovi potenti strumenti e metodi per offrire servizi. Tuttavia, gli alti livelli di tecnologia in campo medico non hanno risposto ai principali problemi di salute esistenti in Europa in maniera così efficace come ci si aspettava in molti casi. Inoltre, la maggior parte dei paesi europei sono stati recentemente interessati da problemi economici che li hanno costretti a rivedere criticamente il modo di stabilire le priorità nello sviluppo dei programmi sanitari. A causa di tutti questi fattori, sta crescendo nella Regione un interesse sempre maggiore per la valutazione dei servizi sanitari. Questo interesse si è focalizzato primariamente sull'equilibrio tra assistenza sanitaria di base e assistenza nelle istituzioni. Analogamente, i rapidi mutamenti nei processi produttivi e i cambiamenti conseguenti nelle condizioni di lavoro hanno creato la necessità di valutare i programmi di salute per i lavoratori in modo da renderli capaci di offrire risposte efficaci ai nuovi problemi che si incontrano sul campo.

La maggior parte dei paesi hanno recentemente adottato misure

attraverso le quali si cerca di controllare la crescita della spesa sanitaria. L'aumentata consapevolezza e preoccupazione per i costi dell'assistenza sanitaria ha stimolato la ricerca per trovare strade efficaci sul piano economico in grado di rispondere ai bisogni sanitari della popolazione. Diversi paesi hanno un interesse particolare nell'esaminare fino a che punto sia possibile sostituire con servizi più economici quelli attualmente più costosi. In tali circostanze l'interesse a investire nello sviluppo dell'assistenza sanitaria dei lavoratori può dipendere dai benefici economici e dai costi che essa comporterà. Pertanto, la necessità di una valutazione economica dell'assistenza sanitaria dei lavoratori diventerà un problema di carattere prioritario.

Sviluppare servizi sanitari per i lavoratori non ha come obiettivo solo ridurre la patologia, le sofferenze e la perdita di benessere, ma anche quello di incrementare la produttività e di ridurre perdite produttive determinate da assenze per malattie o da disabilità parziali e permanenti. Il lavoratore è il fattore più importante della produttività. La malattia, la disabilità, il pensionamento prematuro e la morte riducono la quantità di input lavorativo e, pertanto, anche la produttività. La salute e il benessere della popolazione lavoratrice possono essere considerati come la determinante principale del capitale umano che può essere usato per produrre beni e servizi. Di conseguenza i fattori che migliorano la salute possono essere considerati sia come investimento che aumenta la produttività e sia come risorsa usata per controllare e migliorare le conseguenze delle malattie e delle disabilità.

La finalità ultima della valutazione è il miglioramento dei programmi di salute e delle infrastrutture offrendo servizi sanitari che rispondano effettivamente ai bisogni sanitari della popolazione nel modo più efficace possibile.

In un senso più largo, la valutazione è uno strumento gestionale per lo sviluppo dei programmi sanitari.

La valutazione può essere effettuata a diversi livelli del sistema sanitario, a partire dall'individuo che viene assistito e continuando con il personale che offre i servizi, la azienda o l'istituzione che viene assistita, la comunità interessata, il settore pubblico o industriale interessato, o la società in senso largo. Obiettivi specifici, metodi e risultati della valutazione possono variare largamente, in funzione del livello al quale la valutazione è stata effettuata.

Per valutazione si intende il processo seguito per determinare il valore o il grado di successo ottenuto nel raggiungere un obiettivo predeterminato. Vengono comprese almeno le seguenti tappe: formulazione di obiettivi; identificazione di criteri appropriati per misurare il successo; determinazione e spiegazione del grado di successo e raccomandazioni per ulteriori programmi di attività (16). Una rassegna dei problemi correlati alla valutazione dei servizi di igiene e medicina del lavoro fu redatta da un Gruppo di lavoro della OMS qualche anno

indietro (5). Gli aspetti tecnici principali per la valutazione dei programmi sanitari sono stati ampiamente presentati nella serie di pubblicazioni dell'OMS "Salute per tutti" (17, 18). Le componenti principali del processo di valutazione sono circoscritte a: verifica della rilevanza della politica generale e dei programmi; valutazione della adeguatezza del progetto e della formulazione di un piano generale di azione e della programmazione dettagliata; verifica dei progressi ottenuti; valutazione dell'efficienza, dell'efficacia e dell'impatto della realizzazione del programma.

Ci sono molti aspetti della salute dei lavoratori nei quali la integrazione amministrativa, o una più stretta cooperazione funzionale tra la prevenzione nei luoghi di lavoro e l'assistenza sanitaria di base, potrebbero portare ad un rafforzamento dei programmi senza causare costi ulteriori o irragionevoli o bisogni di nuove risorse. La valutazione di queste relazioni funzionali è senza dubbio necessaria per migliorare i programmi di salute dei lavoratori e per innalzare la loro efficacia e la loro efficienza.

La valutazione delle attività dovrebbe essere una parte integrale della pratica quotidiana di tutti i servizi sanitari. Inoltre, particolari azioni di valutazione sono necessarie in numerose situazioni, come la pianificazione di nuovi programmi o la modifica di programmi in corso, o in caso di crisi del servizio sanitario oppure al momento finale di un programma a termine.

La cerchia di persone che hanno interesse nella valutazione dell'assistenza sanitaria di base e della igiene e della medicina del lavoro nei programmi di salute dei lavoratori è eccezionalmente ampia. Essa comprende: i lavoratori, gli operatori dei servizi; le associazioni dei lavoratori e dei datori di lavoro; le autorità locali, regionali e nazionali e le amministrazioni; pianificatori e decisori nel campo della politica del lavoro; istituzioni coinvolte nella formazione e nella ricerca nel campo dell'assistenza sanitaria di base e della igiene e medicina del lavoro; e istituzioni che finanziano questi servizi.

Una rassegna del contesto generale, dei punti specifici e dei principali metodi è fornita nella tabella 2.

4.2 Metodologia di valutazione

La valutazione può essere effettuata solo se certi prerequisiti sono rispettati. I più importanti tra questi sono: avere chiaramente definito gli obiettivi della attività (progetto); l'approccio sistematico per raggiungerli (operazione) e una base informativa sufficiente che offra i dati sulla attività in questione. I tre principali approcci nella valutazione sono di

Tab.2**Contesti in cui la valutazione è necessaria**

Situazione	Orientamento	Oggetto	Approccio
Progettazione di un nuovo programma	Predittivo	Intero servizio	Comprensivo, strutturale, di processo, di esito
Modificazione di programma in corso	Storico attuale	Intero servizio o sue parti	Generalmente di processo, ma eventualmente anche di esito
In fase di crisi del servizio	Storico	Intero servizio	Di processo o strutturale
Alla conclusione di un programma definito nel tempo	Storico	Intero servizio o sue parti	Di esito

tipo strutturale, di processo e di esito.

L'approccio strutturale comprende la valutazione degli aspetti strutturali del servizio sanitario (locali e attrezzature, istituzioni, personale) in relazione alle richieste che derivano dalla scelta degli obiettivi e degli standard.

L'approccio di processo valuta le funzioni del sistema di offerta del servizio da un punto di vista operativo. Nella salute dei lavoratori un esempio potrebbe essere la valutazione dei collegamenti funzionali tra assistenza sanitaria di base e attività di prevenzione nei luoghi di lavoro nell'ambito del sistema sociale o sanitario complessivo.

L'approccio di esito valuta i risultati ultimi e l'impatto del progetto.

La valutazione di aspetti funzionali integrativi del SML e dei servizi di assistenza sanitaria di base nell'ambito della salute dei lavoratori è un compito impegnativo che ha bisogno di un modello comprensivo. Esiste senza dubbio la necessità di avere un metodo di valutazione semplice, pratico da usare al livello dell'offerta del servizio e ciò potrebbe essere di grande valore per processi di autovalutazione effettuati dagli operatori dei SML.

Due principali aspetti specifici della valutazione sono importanti: la dimensione spaziale dell'offerta del servizio e la dimensione temporale (retrospettiva, trasversale, prospettiva, predittiva e di guida).

Un modello comprensivo per la valutazione del servizio sanitario per i lavoratori e per combinare i tre diversi approcci in modo da offrire uno schema per un esercizio valutativo a tutti i livelli è descritto nella sezione 4.5.

4.3 Indicatori, criteri, standard e sistema informativo per la valutazione

Gli indicatori sono caratteristiche quantitative del servizio sanitario che possono essere misurate con l'aiuto di criteri. Un criterio è l'unità di misura quantitativa per misurare l'indicatore.

Quattro categorie di indicatori - sociali ed economici, di politica sanitaria, di offerta dell'assistenza sanitaria e dello stato di salute - sono state sviluppate dall'OMS per monitorare il progresso nei programmi di salute nell'ambito della Strategia per la salute per tutti nell'anno 2000. Le ultime due categorie sono le più importanti nel contesto della salute dei lavoratori. I più importanti indicatori che descrivono le risorse, il processo, i prodotti e gli esiti di un progetto e che possono essere usati per valutare un programma di salute per i lavoratori sono: l'accessibilità, la copertura, la continuità, l'adeguatezza, la qualità tecnico-scientifica, l'efficienza, l'efficacia, l'accettabilità e l'impatto.

Per accessibilità si considera l'offerta continuativa ed organizzata di

assistenza che sia geograficamente, finanziariamente, culturalmente, funzionalmente, facilmente raggiungibile. L'accessibilità geografica significa che la distanza, il tempo di viaggio e i mezzi di trasporto siano accettabili alla popolazione servita. L'accessibilità finanziaria significa che i servizi siano abordabili da un punto di vista economico. L'accessibilità culturale significa che i metodi usati non siano in conflitto col modello culturale di coloro che vengono assistiti. L'accessibilità funzionale significa che un corretto modo di offrire l'assistenza sanitaria sia disponibile su base continuativa ogni volta che sia necessario.

La copertura è generalmente espressa in termini di rapporto tra servizi sanitari e popolazione servita. Per quanto riguarda la salute dei lavoratori, la copertura minima in molti paesi è definita dalla legge ed è generalmente espressa come numero minimo di dipendenti in una azienda per il quale è obbligatorio un servizio.

La continuità è un indicatore della stabilità dei contatti tra il servizio sanitario e coloro che sono serviti. Continuità anche significa contatti continui tra coloro che offrono il servizio e coloro che sono serviti, preferibilmente con gli stessi operatori perché ciò facilita i rapporti tra il servizio e gli utenti. La continuità è facilmente raggiunta in un modello basato sul posto di lavoro.

L'adeguatezza è un indicatore che misura l'esaudimento dei bisogni. Nel caso della salute dei lavoratori, l'adeguatezza è frequentemente definita da leggi o da contratti collettivi di lavoro. Essa è a volte espressa come numero massimo di lavoratori che un medico o un infermiere può servire. In altri casi è espressa come proporzione di tempo che l'equipe spende per attività di tipo preventivo o per attività di tipo curativo.

La valutazione tecnico-scientifica significa misura della competenza del personale e valutazione delle strutture e delle attrezzature sulla base di linee guida riconosciute. L'obiettivo è verificare se l'attività rispetta i criteri generalmente accettati per quel tipo di programma di salute.

L'efficienza è un indicatore che misura se i prodotti sono stati ottenuti nella maniera più economica.

L'efficacia esprime il grado di raggiungimento di obiettivi predeterminati, per esempio, ottenuta riduzione dei livelli di esposizione che hanno portato ad un certo rischio per la salute in un determinato ambiente di lavoro.

L'accettabilità è una misura di soddisfazione della popolazione servita (per esempio i lavoratori), dei committenti dell'attività (per esempio i datori di lavoro, le istituzioni della previdenza sociale), delle autorità e degli operatori che offrono un servizio sanitario.

L'impatto è l'indicatore che misura l'effetto complessivo dell'attività sulla salute. L'impatto può essere misurato, per esempio, come modificazioni della morbosità, della mortalità, della frequenza o della gravità degli infortuni.

Poiché il ritardo dell'impatto sulla salute dei lavoratori potrebbe

essere lungo a causa del lungo periodo di latenza tra l'inizio dell'esposizione e l'effetto, spesso sono usati dei segnali precoci dell'impatto.

Gli standard sono criteri di riferimento nei confronti dei quali verificare la "bontà" di un servizio. Molti standard sono importanti per la valutazione di un SML, come quelli legislativi, normativi, i valori limite soglia delle esposizioni, raccomandazioni o linee guida emanate da organismi internazionali, da esperti nazionali o da comunità scientifiche interessate, oppure obiettivi determinati nei piani nazionali, regionali o locali.

I principali indicatori e criteri che possono essere usati nella valutazione di programmi di salute per i lavoratori sono mostrati nella tabella 3.

Le basi informative per la valutazione dei servizi di salute per i lavoratori sono nella maggior parte dei casi insufficienti o non sviluppate. Dovrebbero invece essere sviluppati sistemi informativi per fornire indicatori rilevanti per la valutazione, preferibilmente nel contesto della normale attività dei servizi o nel realizzare altre funzioni di tipo operativo. La raccolta di informazioni al livello di azienda, comunità, regione o paese è importante per rendere possibile la valutazione a tutti questi livelli. In alcuni casi, particolari difficoltà si incontrano nell'ottenere informazioni sulle diverse fonti di finanziamento dei SML.

4.4 Aspetti economici dei diversi modelli alternativi

Dato che l'igiene e la medicina del lavoro contribuisce alla produzione forse più che qualunque altra branca della sanità, sembra appropriato identificare come i costi produttivi siano modificati dai servizi sanitari per i lavoratori. I servizi sanitari per i lavoratori ad orientamento curativo possono dare certi vantaggi. Per esempio, offrire assistenza sanitaria facilmente accessibile (geograficamente e organizzativamente) ai lavoratori riducendo il tempo necessario per lo spostamento. La offerta di una assistenza sanitaria di base come parte dei servizi sanitari per i lavoratori potrebbe anche ridurre le assenze per malattia imponendo un più adeguato controllo su di esse. La lunghezza media delle assenze per malattia potrebbe essere ridotta se una assistenza sanitaria di base fosse offerta da medici con conoscenze approfondite delle condizioni di lavoro dei pazienti. Inoltre, se l'assistenza primaria è offerta nell'ambito del servizio sanitario per i lavoratori, il paziente può essere visitato di nuovo ad intervalli più brevi per valutare la necessità di continuare l'assenza per malattia; non giustificate lunghe assenze per

Tab.3**Indicatori e criteri per la valutazione di servizi sanitari per i lavoratori**

Indicatore	Criteri	Metodo
1. Accessibilità	Possibilità per l'utente di usare il servizio, tempi, localizzazione, costi	Questionario, calcolo delle densità, uso di registri
2. Continuità	Possibilità di un rapporto stabile con gli stessi operatori	Questionario
3. Adeguatezza	Rapporto tra bisogni esistenti e programmi attuati	Questionario, calcolo delle densità, uso di registri
4. Qualità tecnico-scient.	Disponibilità di attrezzature e competenze di tipo medico, tecnico e organizzativo	Criteri di competenza, linee guida di riferimento
5. Efficienza	Rapporto tra risorse (input) e prodotti (output)	Analisi costo/efficienza
6. Efficacia	Conseguimento delle modificazioni previste	Analisi costo/efficacia
7. Accettabilità	Atteggiamento positivo degli utenti, dei committenti, delle autorità e del personale tecnico	Intervista, questionario
8. Impatto	Effetto globale sulla salute determinato dalla attività in esame	Statistiche di morbilità, evoluzione delle esposizioni

malattia frequentemente motivate come misura precauzionale potrebbero essere evitate. Essendo a conoscenza dei dettagli delle condizioni di lavoro, il servizio d'azienda è ovviamente nella migliore situazione per pianificare gli esami medici prima dell'impiego e quelli periodici, e nel determinare una migliore armonizzazione tra lavoratori e loro lavoro.

La salute dei lavoratori basata sul posto di lavoro dovrebbe avere un significato fondamentalmente di tipo preventivo. L'analisi delle esposizioni nel posto di lavoro e l'esame medico di tipo preventivo generano le informazioni più importanti sui rapporti tra condizioni di lavoro e malattia. Queste informazioni possono essere usate per eliminare o ridurre i rischi per la salute di origine ambientale nel posto di lavoro e per adottare pratiche di lavoro più sicure. Eventualmente, questo investimento potrebbe, di converso, diminuire le assenze per malattia e il turn-over dei lavoratori causato da esposizione a particolari pericoli o da malessere.

I costi diretti dell'assistenza sanitaria dei lavoratori consistono nelle spese per fornire servizi sanitari e nel tempo di lavoro impiegato per questo. Le due principali considerazioni nell'adottare la decisione a proposito della localizzazione del servizio sanitario per i lavoratori, all'interno o all'esterno dell'azienda, sono il costo della malattia e il costo della sua prevenzione. Ambedue questi costi influenzano i costi generali della produzione. Dal punto di vista dell'economia, l'investimento nell'assistenza sanitaria basata sul posto di lavoro è conveniente fino al punto in cui i costi attesi dell'investimento equivalgono ai benefici attesi. Le principali categorie di questi costi e di questi benefici sono:

- a) modifiche nelle perdite di tempo di produzione;
- b) modifiche nel tasso di turn-over e nei costi conseguenti (assunzione e addestramento dei nuovi impiegati);
- c) modifiche nel risarcimento dei lavoratori; e
- d) modifiche nei costi di disabilità parziale e permanente.

D'altra parte la offerta di un servizio sanitario completo per i lavoratori nel posto di lavoro potrebbe significare una inutile duplicazione dei servizi di assistenza sanitaria di base frequentemente già offerti nella comunità. Se il servizio sanitario per i lavoratori dovesse coprire anche le persone a carico dei lavoratori, il costo del loro viaggio dovrebbe essere aggiunto all'insieme dei costi complessivi. Ovviamente, la costituzione di strutture per un nuovo servizio di salute dei lavoratori nel posto di lavoro, quando esistono già strutture di assistenza sanitaria di base nella comunità, è un costo d'investimento addizionale.

Non può essere data una risposta generale alla domanda se l'offerta di un servizio sanitario per i lavoratori basato sul posto di lavoro incrementi o diminuisca la spesa generale. La risposta può essere data solo sulla base di valutazioni economiche di tutti i costi coinvolti. Molte poche valutazioni di questo tipo sono state fatte fino ad oggi; ne descriviamo tre.

In uno studio in Canada (20), il rapporto costo-efficacia nel

trattamento dell'ipertensione in pazienti nel posto di lavoro è stato confrontato, attraverso uno studio randomizzato, con il costo del trattamento da parte di un servizio a livello della comunità. Le spese furono seguite per 12 mesi. La riduzione media nella pressione sanguigna diastolica alla fine dell'anno di studio fu significativamente più grande nel gruppo nel posto di lavoro che in quello trattato dai medici della comunità (12.1 mm Hg contro 6.5). L'aumento nel rapporto costo-efficacia per millimetro di mercurio fu 5.8 volte maggiore per quest'ultimo, e ciò indica che il programma nel posto di lavoro era sostanzialmente più vantaggioso dal punto di vista del rapporto costo-efficacia.

Nella contea Bacs-Kiskun, in Ungheria, è stato condotto uno studio per paragonare l'efficienza dell'offerta di un servizio per i lavoratori nel posto di lavoro con un poliambulatorio collocato nella comunità (21). È stato dimostrato che il tempo produttivo impiegato per tutti gli esami medici di tipo preventivo, per gli esami di idoneità al lavoro e per l'assistenza terapeutica che era offerta nel posto di lavoro era meno del 10% di quello perso nel poliambulatorio. Il risparmio fu valutato essere equivalente a circa 12 milioni di dollari USA (al cambio 1985) in un anno.

Di contro, una valutazione finlandese di costi e produttività dei servizi sanitari per i lavoratori offerti in 4 modi differenti - un centro sanitario di comunità, una struttura sanitaria privata, un servizio sanitario di gruppo e una struttura sanitaria nel posto di lavoro di proprietà dell'azienda - ha mostrato che il tipo meno costoso in termini di costi di produzione diretti era offrire questi servizi attraverso il centro sanitario e il più costoso era il servizio all'interno dell'azienda (22). Tuttavia, quando si prendono in considerazione l'accessibilità dei quattro modelli, la distanza dal posto di lavoro fu considerata essere significativamente più corta nel caso del servizio all'interno della azienda e lo stesso vale per il tempo medio di viaggio. Più del 50% dei lavoratori riuscivano ad arrivare al servizio basato sul posto di lavoro in 5 minuti e più dell'80% di quelli che non avevano bisogno di un'assenza per motivi di salute impiegavano non più di un'ora di assenza dal lavoro, mentre solo il 22% poteva raggiungere il centro nella comunità in meno di 1 ora e più del 25% aveva bisogno di almeno 2 ore di assenza dal lavoro.

Senza dubbio, un aspetto molto importante della valutazione è l'analisi economica che comprende primariamente l'analisi costo-beneficio e l'analisi costo-efficacia. L'obiettivo finale dell'analisi costo-beneficio è la massimizzazione dei benefici ottenibili attraverso le risorse della società, mentre l'obiettivo finale della analisi costo-efficacia è la massimizzazione dei benefici ottenibili attraverso risorse definite allocate in un particolare programma o la minimizzazione dei costi per raggiungere determinati benefici. Tuttavia, sia l'analisi costo-beneficio che l'analisi costo-efficacia sono il più delle volte realizzate a livello della intera società e pertanto i risultati delle analisi possono non corrispondere a vantaggi o svantaggi così come sono visti da parte dei differenti gruppi

direttamente interessati. Il punto di vista dei differenti gruppi deve anche essere analizzato per identificare le fonti del disaccordo e valutare le possibilità di compromesso in modo che la conclusione finale sia vantaggiosa per tutte le parti che sono interessate.

Una difficoltà particolare nella valutazione economica è la valutazione di variazioni nel rischio di morte. La valutazione economica cerca di rendere esplicito il costo necessario per ottenere delle modificazioni nel rischio di morte e il beneficio di tali modificazioni. Tuttavia potrebbero essere sollevate obiezioni di natura etica contro questo modo di fare e le difficoltà di tipo metodologico esistenti nello stabilire valutazioni attendibili delle modificazioni sono considerevoli. Perciò è necessaria una notevole competenza nel riconoscere queste difficoltà e nel determinare l'appropriatezza della possibilità di trasferire i risultati derivati da altri contesti. Dato uno specifico obiettivo o un finanziamento prefissato, l'analisi costo-efficacia è il metodo appropriato, e nell'analisi costo-efficacia non è necessario computare sia i costi che i benefici dei programmi in valori monetari - i benefici possono essere espressi in termini di misure di efficacia. È stato proposto, soprattutto per la possibilità di realizzare confronti tra diversi alternativi servizi sanitari, un nuovo indicatore: gli anni di vita corretti per qualità (QALY), cioè, modifiche negli anni di vita in base alla qualità della vita vissuta (23-25). Tuttavia, questo approccio ha bisogno di ulteriori sviluppi e di una applicazione più larga per ottenere un sufficiente numero di risultati appropriati per validarlo come indicatore.

Nel misurare e nello stimare i costi e i benefici dei programmi spesso si valutano le modifiche nell'incremento dei sistemi esistenti. Perciò è opportuno anche misurare gli aumenti di costo e gli aumenti di effetto di queste modifiche.

L'importanza della incertezza nelle misure e nei valori può essere stimata attraverso l'uso di analisi di sensibilità. Dove misure e valori sono soggetti ad errore, dovrebbero anche essere evidenziati i massimi e i minimi in modo da determinare la sensibilità delle conclusioni finali rispetto ad errori potenziali. Se sostituendo massimi e minimi nelle analisi non si modificano le conclusioni finali, la conclusione dovrebbe essere considerata come relativamente robusta. Se la conclusione è modificata da tale sostituzione, è necessario adottare delle precauzioni e forse raffinare l'analisi.

4.5 Ricerca sul sistema sanitario

I SML raramente sono stati oggetto di ricerche sui servizi sanitari. Perciò, l'applicazione di concetti e metodi della ricerca sui servizi sanitari

alla valutazione dei SML è un campo nuovo di ricerca scientifica.

La ricerca sui servizi sanitari è spesso indispensabile per ottenere le informazioni necessarie a portare avanti la valutazione dei SML. In generale, la ricerca sui servizi sanitari si occupa dei problemi inerenti l'offerta di servizi sanitari. La Strategia globale dell'OMS per la salute per tutti per l'anno 2000 mette in rilievo l'opportunità che la ricerca sui servizi sanitari sia usata per arrivare alle strade ottimali per organizzare l'infrastruttura del servizio sanitario (26). Il Comitato consultivo dell'OMS per la "Ricerca medica" ha dato la seguente definizione di ricerca sui servizi sanitari:

"La ricerca sui servizi sanitari è lo studio sistematico e la valutazione di servizi sanitari di un paese sia per quanto riguarda le loro interrelazioni con i fattori correlati alla salute e sia per quanto riguarda misure come quelle di fattibilità, dei bisogni, della copertura, dell'efficacia, dell'utilizzazione, dei costi e dell'efficienza. La ricerca sui servizi sanitari è sostanzialmente multidisciplinare e dovrebbe teoricamente condurre a un miglioramento dei processi di adozione delle decisioni e alla ottimizzazione dell'uso delle risorse" (27).

Quando la metodologia di ricerca sui servizi sanitari è applicata alla valutazione dei servizi sanitari per i lavoratori, non si incontrano problemi specifici più difficili di quelli che si incontrano quando si studiano gli aspetti curativi. Ciò che appare come elemento particolare nell'applicazione di tale metodologia è la valutazione delle attività di carattere preventivo dei servizi sanitari, cioè, quando l'obiettivo del SML è la prevenzione dei rischi in ambienti di lavoro.

Il servizio di igiene e medicina del lavoro influisce sui pericoli per la salute attraverso gli esiti delle proprie attività. Nella figura 1 sono mostrati questi elementi dei SML oggetto di valutazione, i loro componenti più in dettaglio e le interrelazioni.

L'input, cioè le risorse, di un SML comprendono i fondi, il personale, le strutture e le attrezzature e le tecnologie utilizzabili. Le risorse sono trasformate in output, cioè in prodotti, attraverso i processi del servizio. L'output è analizzabile sia come offerta che come domanda: da un lato, quindi, ci si riferisce alla quantità, al tipo e alla qualità dei servizi e dall'altro alla domanda che effettivamente proviene dai posti di lavoro e dai lavoratori.

Tuttavia, i rapporti tra gli elementi di un SML sono essenziali nell'analisi e nella valutazione (cioè i "parametri" frequentemente usati nella ricerca sui servizi sanitari). La figura 1 mostra anche come questi parametri possano essere compresi sulla base degli elementi del servizio.

I parametri elencati nella fascia destra della figura 1 si riferiscono agli aspetti tecnici del servizio. Il rapporto tra risorse e processo riflette le caratteristiche del modello organizzativo, mentre il rapporto fra processo e prodotti riflette la funzionalità del servizio. Per quanto riguarda la domanda, è fondamentale la relazione con la offerta, che si valuta in

termini di accessibilità. Il rapporto tra risorse e prodotti è chiamato produttività. I risultati sono correlati con i prodotti attraverso l'efficacia e quest'ultima è correlata con le risorse attraverso l'efficienza, che è spesso il parametro tecnico più importante.

I parametri elencati nella fascia sinistra della figura 1 mostrano il rapporto tra i vari elementi del servizio con il suo obiettivo essenziale e, in particolare, con la prevenzione dei pericoli negli ambienti di lavoro. L'offerta è correlata con i pericoli negli ambienti di lavoro attraverso la sufficienza e la appropriatezza a seconda se viene esaminata la quantità dell'offerta o il tipo e la qualità.

La domanda è correlata con i pericoli negli ambienti di lavoro attraverso la copertura, che si intende qui riferita a servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro realmente utilizzati e non a servizi disponibili, ma non utilizzati. Infine, il più importante parametro è il rapporto tra gli esiti del servizio e i pericoli negli ambienti di lavoro, cioè la loro minimizzazione, poiché questo rapporto riflette gli esiti di un SML nei termini del suo principale obiettivo di programma.

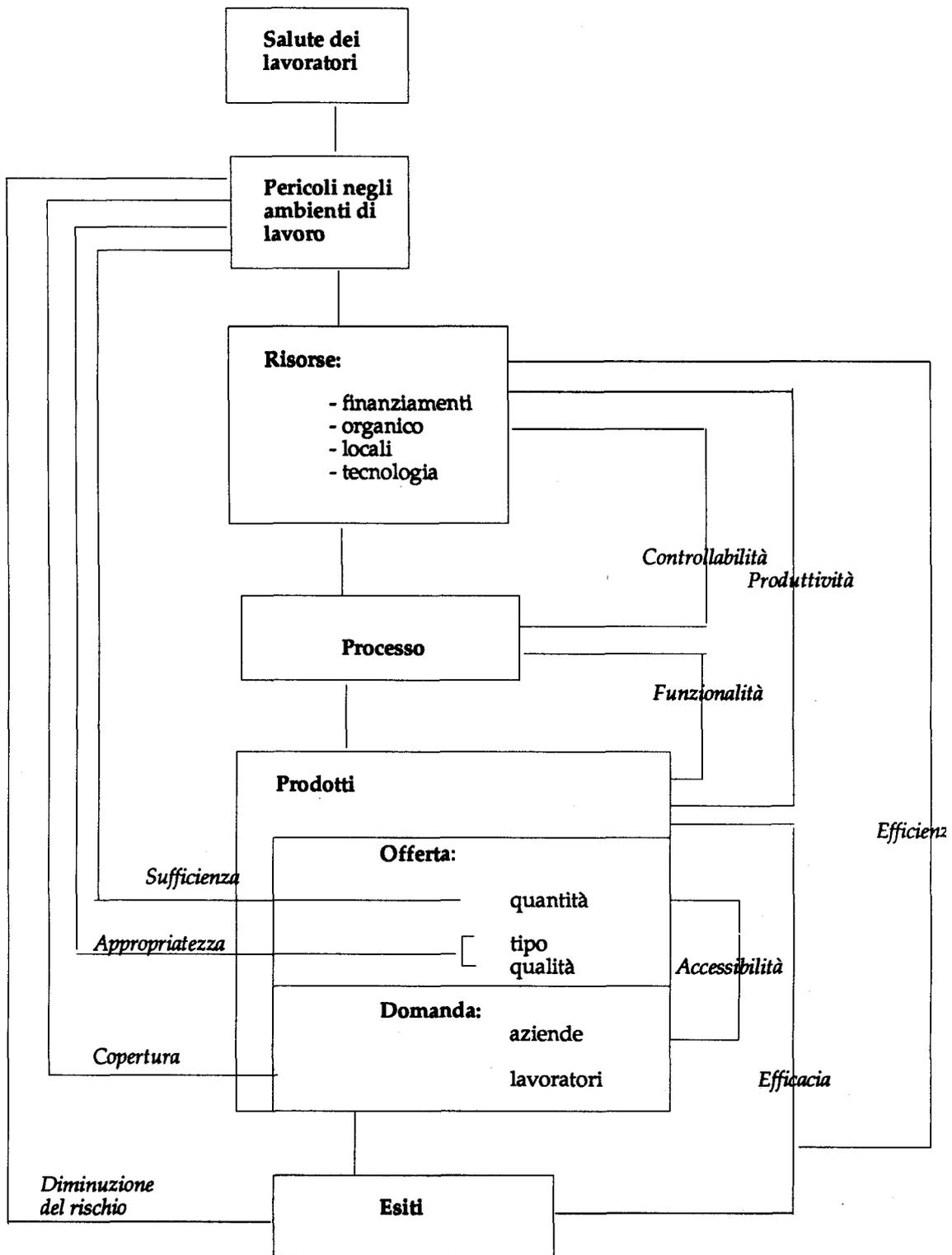
I principi descritti nella figura 1 offrono uno schema concettuale per comprendere ed analizzare i principali aspetti della ricerca valutativa sui servizi di prevenzione. Dopo aver raggiunto un accordo sullo schema concettuale e sui suoi principi, il nodo principale negli studi empirici diviene quello di scegliere gli indicatori, cioè le definizioni operative di questi parametri nello studio, al fine dell'analisi statistica.

Nel valutare i SML, occorre raccogliere e analizzare informazioni sulle risorse, sui processi e sugli esiti. Spesso tali informazioni sono reperibili attraverso statistiche routinarie delle registrazioni tenute dai servizi. Inoltre può essere molto utile ottenere informazioni sugli esiti dei servizi relativamente ai rischi. E' spesso utile introdurre una distinzione tra obiettivi immediati, intermedi e a lunga durata del SML. Solo quando è disponibile una informazione sufficiente sugli elementi essenziali del SML e sugli esiti, o su ambedue, è possibile procedere nel processo di valutazione e analizzare le loro interrelazioni (cioè i parametri). I criteri da usare nella valutazione, sia che si tratti di elementi del servizio o di parametri, dipendono dagli obiettivi della strategia di prevenzione e da quelli del SML.

Un'ulteriore distinzione da introdurre tra i parametri presentati nella figura 1 dipende dall'obiettivo generale dello studio valutativo. Se l'obiettivo è valutare la rilevanza della politica di prevenzione, allora vanno valutate l'efficienza e l'efficacia del SML e le sue capacità di ridurre i rischi. Se l'obiettivo, invece, è solo valutare la fattibilità tecnica dei servizi a raggiungere gli obiettivi definiti dalla politica di prevenzione, lo studio valutativo dovrà essere rivolto verso gli altri parametri mostrati nella figura 1.

In condizioni sperimentali ed esemplificative può risultare particolarmente utile sottolineare le differenze tra obiettivi funzionali e

Fig.1 Pericoli in ambienti di lavoro, elementi dei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro oggetto di valutazione e loro interrelazioni



obiettivi di esito. La figura 2 mostra un modello semplificato in cui sono precisate alcune categorie utili per differenziare gli obiettivi funzionali dagli obiettivi di esito e dai loro obiettivi intermedi. Il contenuto dettagliato degli obiettivi, ovviamente, dipende dalle finalità specifiche dell'esperimento.

Un modello più dettagliato, mostrato nella figura 3, indica i differenti obiettivi, i modi per raggiungerli e i rapporti tra SML e altre attività sanitarie di base. Questa figura suggerisce l'esistenza di diverse strade per modificare i rischi in ambienti di lavoro e, di conseguenza, l'incidenza e la prevalenza delle patologie correlate col lavoro. Gli obiettivi funzionali sono correlati con i mezzi usati per modificare i rischi, e gli obiettivi di esito sono correlati con le modificazioni ottenute nei rischi e nelle patologie.

Il modello di ragionamento presentato fornisce una base per impiantare uno schema concettuale utile alla valutazione dei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro attraverso la ricerca sui servizi sanitari. Gli aspetti concettuali condizionano fortemente gli altri aspetti metodologici di questi studi valutativi.

Le ricerche sui servizi sanitari sono spesso di tipo multidisciplinare e i parametri sopra definiti suggeriscono che nella valutazione dei SML si debbano stimare elementi di varie discipline scientifiche, spesso facendo uso di metodi delle scienze sociali e comportamentali. Gli studi frequentemente hanno bisogno di un'ampia base empirica, cioè di campioni numerosi di aziende, lavoratori e operatori dei servizi. Le interviste e le inchieste postali sotto forma di questionari si dimostrano spesso dei buoni strumenti quando utilizzati insieme ai dati registrati dai servizi e alle statistiche di routine.

Inoltre, le analisi statistiche dei dati raccolti seguono lo schema concettuale ed esigono l'uso di tecniche statistiche che tengano conto della natura, spesso complessa, del disegno dello studio. Sebbene, infatti, percentuali e tabelle a due entrate siano utili a fini descrittivi, un'analisi più dettagliata dei dati richiede l'uso di tecniche di analisi multivariata.

Un esempio dell'applicazione delle metodologie di ricerca sui servizi sanitari alla valutazione dei SML viene proposto nell'Allegato 1.

Fig.2

Modello semplificato di obiettivi funzionali e di esito nella valutazione sperimentale di servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro (28)

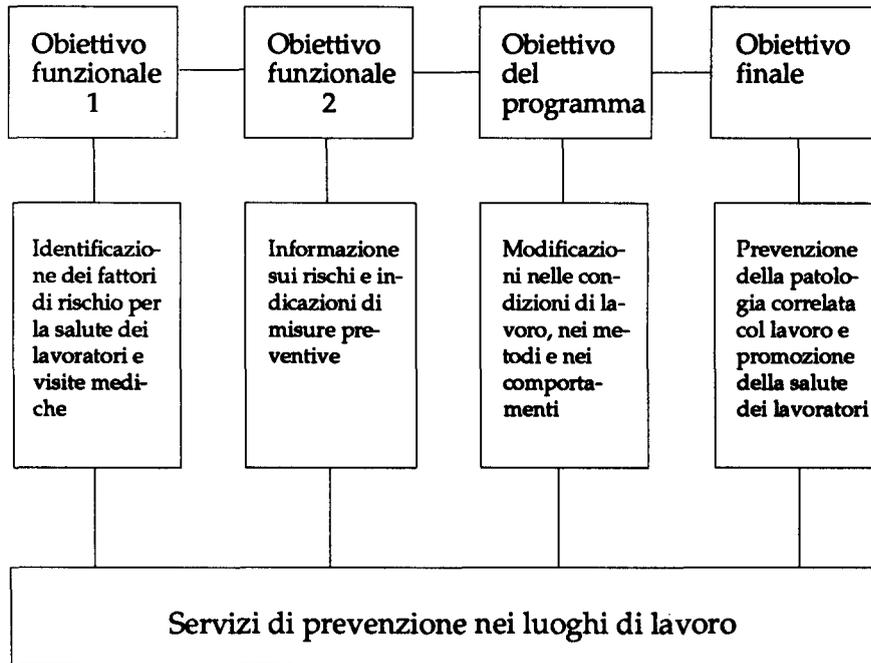
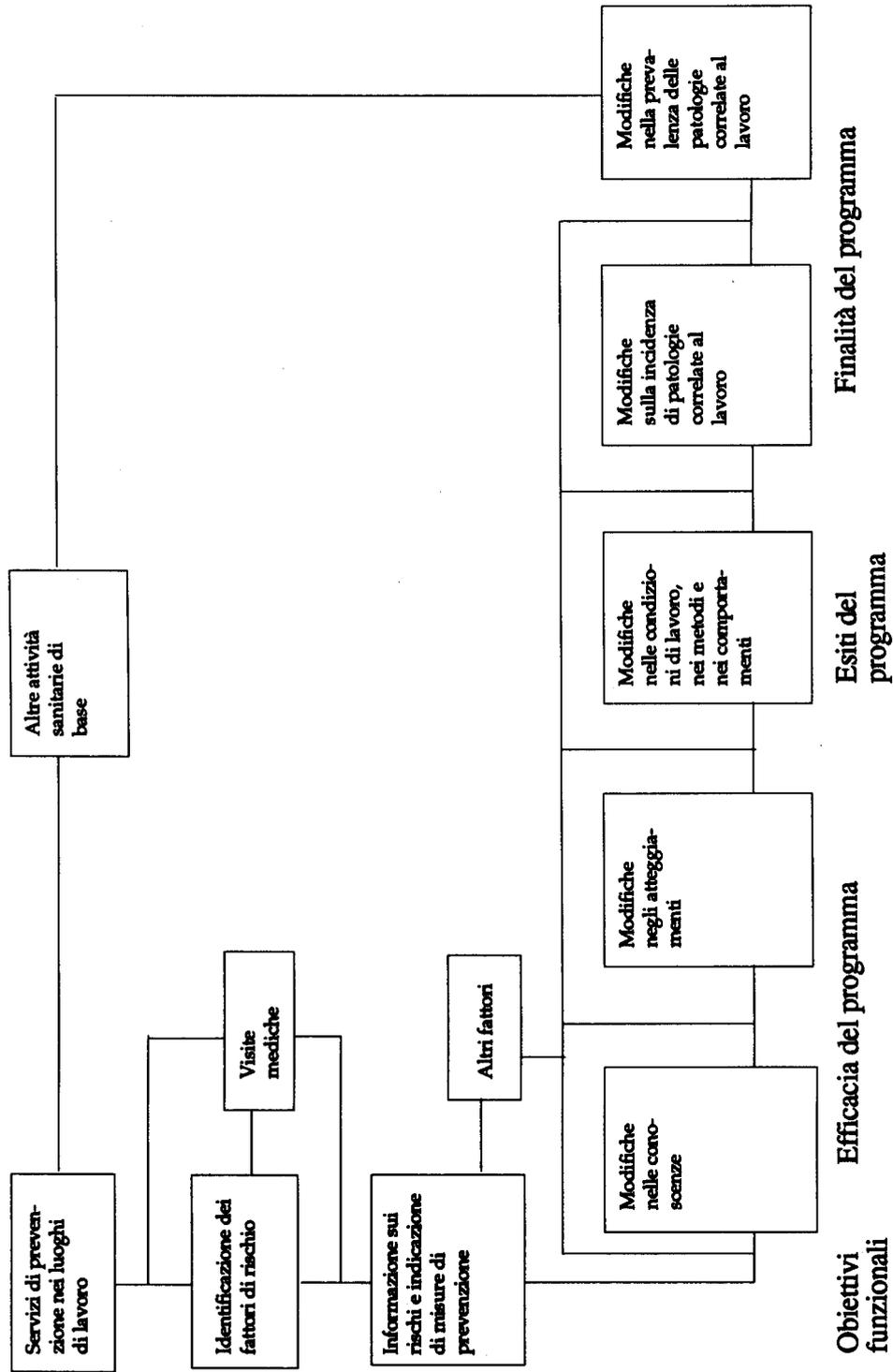


Fig. 3
Modello più dettagliato per la valutazione sperimentale degli
obiettivi dei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro (28)



Obiettivi di programma

5. CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

5.1 Conclusioni

1) La Strategia in Europa dell'OMS per la salute per tutti nell'anno 2000 prevede un approccio di tipo comprensivo verso la salute dei lavoratori considerata componente integrale della politica sanitaria orientata verso l'assistenza sanitaria di base. Contemporaneamente, rapide modificazioni nelle condizioni di lavoro e nelle strutture demografiche, economiche e sociali, e i progressi nelle conoscenze sui temi della salute richiedono un'evoluzione dei SML. La valutazione orientata ai servizi dei SML è, pertanto, uno strumento essenziale per creare una sufficiente base informativa atta a spingere verso lo sviluppo della salute dei lavoratori.

2) Per quanto riguarda la situazione attuale della salute dei lavoratori in Europa, una particolare attenzione deve essere rivolta alle possibilità di integrazione tra prevenzione nei luoghi di lavoro e assistenza sanitaria di base.

3) Modelli per valutare i SML sono disponibili in quanto già sperimentati su altri aspetti del sistema sanitario. L'uso di questi modelli da parte degli Stati membri nell'ambito dei propri schemi gestionali della sanità, potrebbe offrire una solida base per pianificare attività integrate di igiene e medicina del lavoro e di assistenza sanitaria di base. Inoltre, potrebbe offrire importanti possibilità formative per apprendere come effettuare valutazioni di tipo strutturale, di processo e di esito.

4) Gli elementi che caratterizzano un SML sono stati valutati solo di rado. Perciò è evidente la necessità di sviluppare modelli semplici e

pratici di valutazione, per esempio per l'auto-valutazione dell'offerta del servizio

5) Sistematiche raccolte di dati dovrebbero essere attuate in modo da offrire una sufficiente base per valutare indicatori rilevanti di vari aspetti del funzionamento dei programmi per la salute dei lavoratori, delle strutture e dei risultati ottenuti.

6) Si riconosce la necessità di sviluppare nuovi tipi di standard atti ad essere usati come riferimenti nella attività valutativa della salute dei lavoratori.

7) Analisi di tipo economico della salute dei lavoratori sono risultate abbastanza frequenti nei paesi europei a causa della riduzione delle risorse e perché si cerca di massimizzare i benefici ottenuti dalle risorse disponibili. Perciò, al fine di realizzare valutazioni di costi e benefici più comprensive, più sistematiche e più esplicite sono necessarie analisi di tipo costo/beneficio e costo/efficacia. Esistono numerose difficoltà di tipo etico, metodologico ed empirico nel tentativo di attribuire un valore monetario a modifiche nei rischi di mortalità o di morbosità. Analisi di tipo costo/efficacia non si pongono l'obiettivo di esprimere il valore di tali modificazioni in termini monetari e quindi non presentano le stesse difficoltà. L'analisi di tipo costo/efficacia è appropriata nella scelta delle migliori alternative per la tutela della salute. Lo sviluppo di misure di anni/di vita standardizzati per qualità (QALY) sembra essere promettente per confronti tra numerose alternative.

5.2 Raccomandazioni

1) L'approccio caratteristico dell'assistenza sanitaria di base allo sviluppo del servizio sanitario per i lavoratori dovrebbe consentire di realizzare in modo appropriato l'integrazione funzionale e il coordinamento amministrativo tra l'assistenza sanitaria generale di base e la prevenzione nei luoghi di lavoro.

2) Dovrebbero essere assicurati tutti quei passi necessari per garantire l'accesso a servizi sanitari per i lavoratori di tipo comprensivo da parte di tutti i rami dell'economia, compresi quei gruppi di lavoratori normalmente meno considerati, come i lavoratori delle piccole imprese e dell'agricoltura, i lavoratori immigrati, i disoccupati e i lavoratori non retribuiti.

3) La formazione adeguata degli operatori dei servizi di assistenza sanitaria di base sui temi della prevenzione nei luoghi di lavoro dovrebbe essere prioritaria, in particolare per quanto riguarda la capacità di valutare gli effetti dei fattori di rischio negli ambienti di lavoro. Parimenti gli operatori dei SML dovrebbero essere adeguatamente formati nel campo

dell'assistenza sanitaria di base. Gli attuali programmi di formazione dovrebbero, quindi, essere rivisti e modificati in modo appropriato a questi fini.

4) I sistemi informativi per la prevenzione dovrebbero essere rivisti, e dovrebbero essere sviluppati, particolarmente a livello nazionale, dei sistemi atti a raccogliere le informazioni sulle esposizioni negli ambienti di lavoro, sulle patologie professionali, su quelle correlate col lavoro e sugli infortuni, come base per la definizione di priorità nei programmi di prevenzione nei luoghi di lavoro.

5) Dovrebbero essere sviluppati, come parte integrale delle attività quotidiane, sistemi informativi pertinenti e facilmente accessibili, in grado di produrre indicatori che descrivano gli aspetti strutturali, procedurali e di esito dei servizi di salute per i lavoratori. Tali informazioni dovrebbero essere disponibili per effettuare valutazioni, per consentire analisi nei posti di lavoro, nella comunità e a livello regionale e nazionale.

6) Si raccomanda di effettuare attivamente la valutazione dei servizi sanitari per i lavoratori negli Stati membri in modo da rendere possibili miglioramenti sistematici nei programmi e nelle infrastrutture e, in particolare, per promuovere l'integrazione funzionale dei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro con l'assistenza sanitaria di base. A questo fine si raccomanda, per l'uso sia in singole aziende che in comunità, che a livello regionale e nazionale, un modello di valutazione comprensivo del servizio. Dagli operatori dei SML dovrebbero essere sviluppati modelli di valutazione semplici e pratici da usare a livello di servizio e per autovalutazione.

7) Si dovrebbero usare analisi costo/beneficio e costo/efficacia quando si intende effettuare valutazioni di efficienza dell'assistenza sanitaria, tenendo in mente, tuttavia, le difficoltà esistenti nell'usare questi metodi nell'ambito di differenti opzioni di assistenza sanitaria.

8) Dovrebbero essere intrapresi quei passi che portino ad includere la valutazione tra gli elementi della formazione di tutti i gruppi interessati alla salute dei lavoratori, compresi coloro che debbono adottare le decisioni, gli amministratori, i tecnici della progettazione, gli operatori dei SML e i rappresentanti dei lavoratori.

Allegato 1

UN ESEMPIO DI APPLICAZIONE DELLA METODOLOGIA DI RICERCA SUI SERVIZI SANITARI PER LA VALUTAZIONE DI UN SERVIZIO DI PREVENZIONE IN AGRICOLTURA (EA. Kalimo)

1. Introduzione

Questo allegato descrive un'applicazione della metodologia di ricerca sui servizi sanitari, effettuata sulla base dei modelli descritti nelle figure 2 e 3 di questo rapporto, per la valutazione di alcuni specifici aspetti di SML per gli agricoltori. Il percorso logico che viene presentato e i dati sono estratti da un esperimento condotto su larga scala tra gli agricoltori finlandesi.

L'obiettivo di questo studio consisteva nel valutare l'acquisizione di mezzi di protezione personale (mpp) da parte degli agricoltori in funzione del bisogno di tali equipaggiamenti, così come definito dagli operatori dei SML. Le figure 1 e 2 di questo allegato presentano l'esempio concreto utilizzando gli schemi descritti nel rapporto. Vengono anche forniti dati empirici, ricavati dall'esperimento stesso, per chiarire il ragionamento in modo pratico.

2. Modello semplificato per la valutazione

La figura 2 del rapporto presenta un modello semplificato di valutazione degli obiettivi e degli esiti di un programma di salute dei lavoratori. Questo modello è qui applicato alla valutazione in particolare della acquisizione di mezzi personali di protezione da parte di agricoltori al fine di prevenire i rischi correlati con il loro lavoro, come è mostrato nella figura 1 dell'allegato.

Fig.1

Uso del modello semplificato di obiettivi funzionali e di esito nella valutazione dell'acquisizione di mezzi personali di protezione (mpp) da parte di agricoltori al fine di prevenire rischi correlati col lavoro

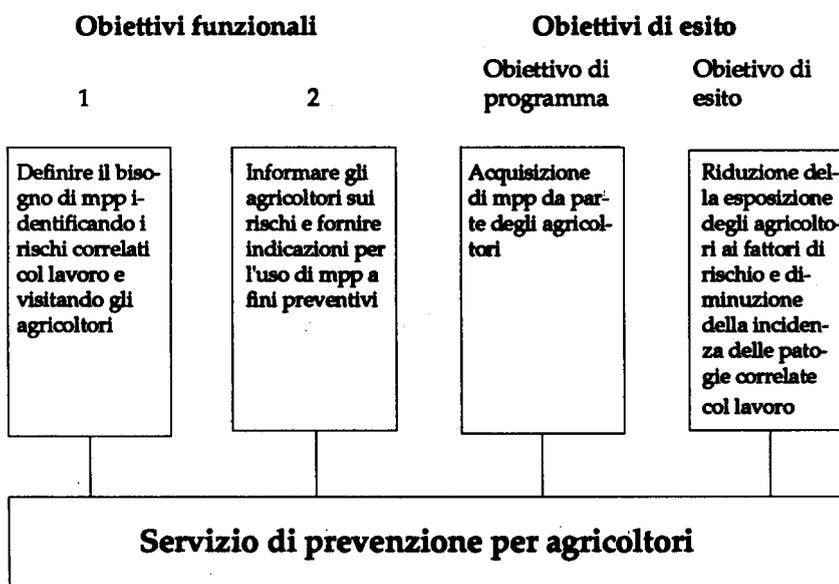
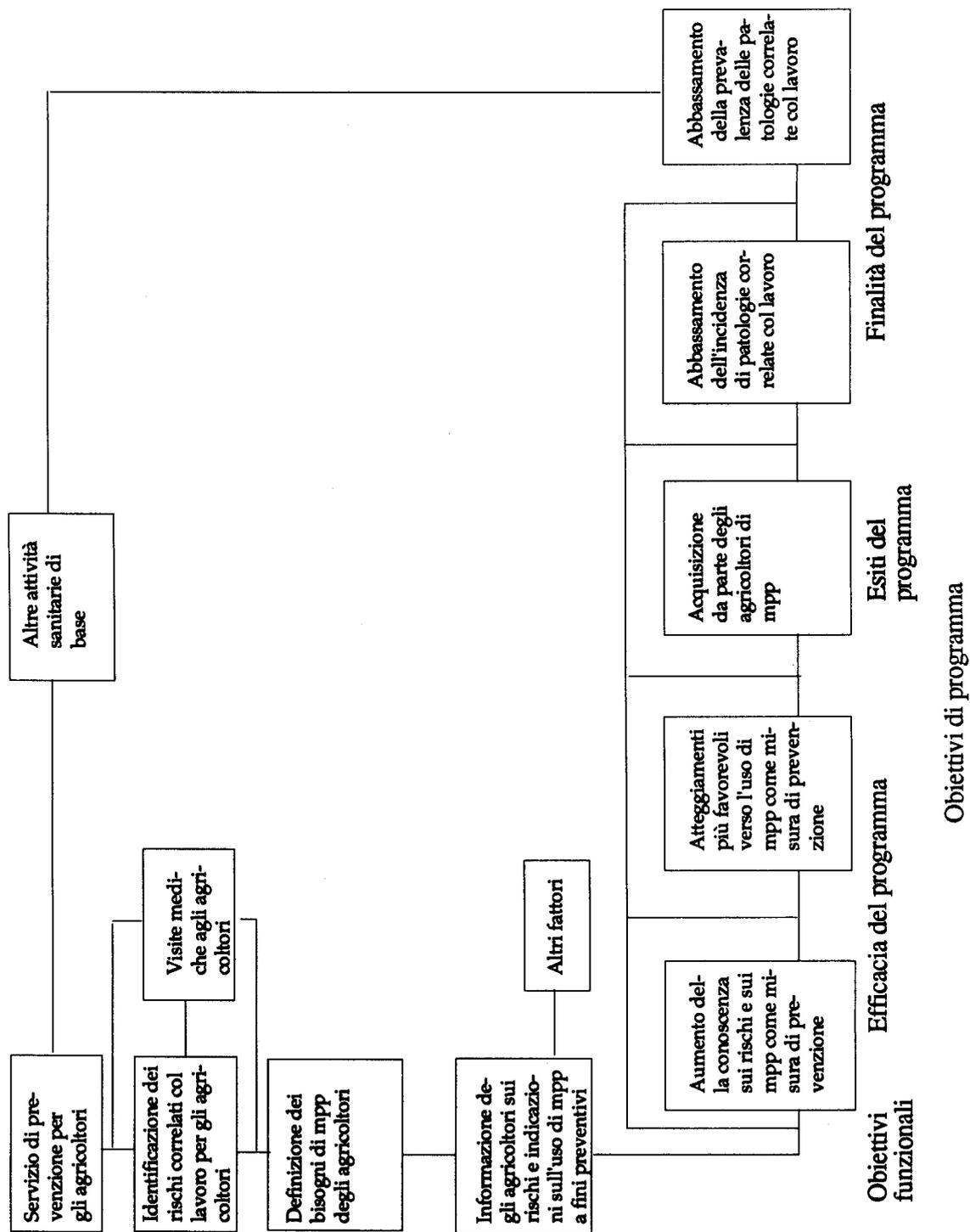


Fig. 2
 Uso del modello più dettagliato di obiettivi di programma di un SML
 per la valutazione dell'acquisizione di mezzi personali di protezione (mpp) da parte
 di agricoltori al fine di prevenire rischi correlati col lavoro



2.1 Obiettivi funzionali

Secondo questo modello semplificato, il primo obiettivo funzionale dei SML per gli agricoltori è definire il bisogno di mpp identificando i fattori di rischio per la salute correlati con il lavoro degli agricoltori e esaminando il loro stato di salute, specialmente per quanto riguarda le patologie correlate con il lavoro. I risultati di queste attività vengono quindi usati per raggiungere il secondo obiettivo funzionale, cioè informare gli agricoltori sui rischi per la loro salute correlati con il lavoro e consigliarli sull'uso di mpp in modo che possano essere ridotti.

2.2 Obiettivi di esito

Quando i due obiettivi funzionali sopracitati sono stati raggiunti, è ragionevole aspettarsi anche che due obiettivi di esito possano essere raggiunti. Il primo di questi è definibile come obiettivo di programma, e in questo caso implica che quei lavoratori che sono stati consigliati sul bisogno di acquisire mpp, si dotino effettivamente di tale equipaggiamento.

Il raggiungimento di questo obiettivo di programma può essere considerato come la tappa che consente il raggiungimento dell'obiettivo finale, cioè la riduzione dell'esposizione degli agricoltori ai fattori di rischio e, come conseguenza, l'abbassamento dell'incidenza della patologia correlata col loro lavoro.

2.3 Discussione

Questo modello semplificato individua le tappe del processo che conduce alla prevenzione di rischi correlati con il lavoro attraverso la acquisizione di mpp. Contemporaneamente, esso aiuta anche a strutturare l'attività di valutazione definendo i vari obiettivi e correlandoli con le attività specifiche del servizio. Il modello indica anche l'esito che si aspetta delle attività e suggerisce come costruire indicatori empirici utili a valutare il raggiungimento degli obiettivi del servizio. In questo esempio è stata data enfasi soltanto sulle necessarie modificazioni nel comportamento degli agricoltori, cioè la acquisizione di mpp. Nella realtà, per ridurre i rischi, è normalmente necessario modificare le condizioni e i metodi di lavoro. Ma questi aspetti non vengono qui discussi.

3. Modello più dettagliato di valutazione

Il modello più dettagliato di valutazione degli obiettivi dei programmi dei SML, descritto nella figura 3 del rapporto, viene qui

applicato per valutare l'acquisizione di mpp da parte degli agricoltori al fine di prevenire i rischi correlati col lavoro. La figura 2 dell'allegato mostra lo sviluppo del processo.

Come nella precedente, questa figura presenta gli obiettivi divisi in quattro categorie ma introduce anche una ulteriore distinzione tra tre tipi di obiettivi di programma e, quindi, specifica in maggiore dettaglio le tappe fra gli obiettivi funzionali e quelli di esito. Inoltre, l'obiettivo finale è stato diviso introducendo una distinzione tra i nuovi casi di patologie correlate col lavoro, cioè l'incidenza, e tutti i casi esistenti di patologie correlate con il lavoro tra gli agricoltori, cioè la prevalenza.

3.1 Obiettivi funzionali

Il primo obiettivo funzionale si riferisce alla definizione dei bisogni degli agricoltori relativamente ai mpp. Il primo passo di questo processo è l'identificazione dei fattori di rischio. Nell'esperimento finlandese, gli operatori del SML frequentemente riscontravano fattori di rischio derivanti proprio dalle condizioni di lavoro degli agricoltori. Un modo di lavorare non ergonomico fu considerato il rischio per la salute più frequente (61% degli agricoltori) mentre il rischio di incidenti dovuti al lavoro risultò quasi altrettanto frequente (59%). Comuni sono anche i rischi di tipo biologico, chimico e fisico correlati con il lavoro: più del 33% degli agricoltori era esposto ad almeno uno di questi rischi.

Le visite mediche effettuate sugli agricoltori mostrarono una alta prevalenza di alcuni problemi sanitari correlati con il lavoro. Più della metà degli agricoltori (56%) soffrivano di problemi muscolo-scheletrici alla schiena, quasi un terzo (29%) di allergie e quasi un quinto (22%) di alcuni tipi di malattie cutanee. Problemi polmonari erano presenti nel 17% degli agricoltori. Gli operatori dei SML presero in considerazione la maggior parte, ma non tutti questi problemi di salute.

La necessità che gli agricoltori utilizzassero mpp per prevenire rischi per la salute correlati col lavoro fu giudicata piuttosto elevata. Di conseguenza, tutti gli agricoltori furono informati circa i rischi correlati con il loro lavoro che erano stati identificati.

A molti agricoltori fu consigliato l'uso di mpp per ridurre questi rischi e per prevenire danni alla salute. Complessivamente a tre quarti degli agricoltori (74%) fu consigliato l'uso di almeno un mpp. Ciò era finalizzato soprattutto a proteggere l'apparato respiratorio (59%), l'udito (39%) e la cute (27%).

3.2 Obiettivi di programma

Le conoscenze degli agricoltori sui rischi per la salute derivanti dal lavoro e sui mezzi personali di protezione come misure di prevenzione furono valutate secondo una scala comprendente 40 voci. Il valore medio

raggiunto alla fine dell'esperimento dal gruppo in osservazione fu di 26 punti e 23 punti per il gruppo degli agricoltori di controllo. La differenza, anche se piccola, è statisticamente significativa al livello di $P < 0.001$.

L'atteggiamento degli agricoltori del gruppo in osservazione verso l'utilizzazione di mpp per prevenire rischi correlati con il lavoro risultò più favorevole di quello del gruppo di controllo. Questo è evidenziato anche dalle risposte alle domande sui motivi per non acquisire mpp, sebbene consigliati a farlo da parte degli operatori dei servizi. Gli agricoltori del gruppo in osservazione, più di quelli del gruppo controllo, consideravano opportuno acquisire mpp e le ragioni addotte per non acquisirli erano legate alla scomodità nell'uso e al rallentamento dei processi lavorativi.

Anche l'ultimo obiettivo di programma, quello relativo all'esito, fu in parte raggiunto. Complessivamente il 65% degli agricoltori del gruppo in osservazione alla fine dell'esperimento aveva almeno un mpp mentre nel gruppo di controllo era solo il 53%. Durante i tre anni di esperimento, il 17% degli agricoltori del gruppo in osservazione acquisì almeno un nuovo mpp, mentre del gruppo di controllo solo il 12%. Anche in questo caso la differenza, sebbene piccola, era statisticamente significativa al livello di $P < 0.001$.

3.3 Obiettivi finali

In realtà quasi non vi sono in questo esperimento - che è durato tre anni - indicatori empirici del raggiungimento degli obiettivi di esito finale in termini di salute. Per valutare modificazioni causate dall'attività dei SML nell'incidenza e nella prevalenza di patologie correlate con il lavoro il periodo di follow-up sarebbe dovuto essere più lungo.

Furono, tuttavia, valutati all'inizio e alla fine dell'esperimento, alcuni indicatori di specifici problemi sanitari. Lo studio della prevalenza della patologia cutanea mostrò che tra gli agricoltori che soffrivano di una malattia dermatologica all'inizio dell'esperimento, alla fine meno della metà (47%) del gruppo in osservazione ne soffriva ancora, mentre in quello di controllo erano più della metà (51%)

4. Conclusioni

Questa applicazione alla valutazione di particolari attività dei SML per gli agricoltori, dei concetti generali forniti nei due modelli schematici riportati nel rapporto può aiutare a chiarire come questo approccio sia utilizzabile per valutare i SML a prescindere dai loro obiettivi specifici.

Gli indicatori usati nell'esempio, con i loro risultati empirici, mostrano come questo modo di ragionare può aiutare a rendere chiari i rapporti tra gli obiettivi dei servizi, le loro varie attività e gli indicatori

per la valutazione.

Questo caso che abbiamo discusso è particolarmente semplice, perché gli agricoltori non solo sono lavoratori, ma sono anche, almeno nella maggior parte delle situazioni finlandesi, i responsabili del proprio ambiente di lavoro e del loro comportamento. Se si volesse applicare il medesimo ragionamento ad altre situazioni, potrebbe essere necessario ottenere informazioni separatamente dai lavoratori, dai datori di lavoro e dagli operatori dei SML. Ognuno di questi 3 gruppi potrebbe avere propri punti di vista, magari non coincidenti. Lo stesso schema concettuale e i modelli possono, comunque, essere applicati anche se il numero di indicatori empirici fosse più grande.

BIBLIOGRAFIA

- (1) WHO/Occupational Health/2. Geneva, World Health Organization, 1950 (As cited in Hogarth, J. *Glossary of health care terminology*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1978, p. 280).
- (2) *Recommendation concerning occupational health services in places of employment*. Geneva, International Labour Office, 1959.
- (3) *The teaching of occupational health and safety: Report on an ILO/WHO Conference*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1972 (WHO document EURO 5203).
- (4) *Workers' health programme: progress report of the Director General*. Geneva, World Health Organization, 1980 (WHO document WHA A33/12).
- (5) *Evaluation of occupational health and industrial hygiene services*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1982 (EURO Reports and Studies, No. 56).
- (6) *Convention 161. Convention concerning occupational health services*. Geneva, International Labour Office, 1985.
- (7) *Safety and health at Work. Report of the Committee, 1970-1972*. London, H. M. Stationery Office, 1972.
- (8) WHO Technical Report Series, No. 535, 1973; (*Environmental and health monitoring in occupational health: Report of a WHO Expert Committee*).
- (9) *Recommendation 171. Recommendation concerning occupational health services*. Geneva/ International Labour Office, 1985.
- (10) *Clarification and working definition of health services functions and terminology*, Appendix to Resolutions of WHO Executive Board, 51st Session, p. 113, 1973 (Official Records of WHO, No. 206).
- (11) *Alma-Ata 1978. Primary health care*. Geneva, World Health Organization, 1978.
- (12) *WHO regional strategy for health for all*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1983 (EUR/RC30/8 Rev.2).

- (13) *Regional targets in support of the regional strategy for health for all*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1984 (EUR/RC34/17).
- (14) *Primary health care in industrialized countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985 (EURO Reports and Studies, No. 95).
- (15) El Batawi, M.A. Work-related diseases, a new program of the World Health Organization. *Scandinavian journal of work, environment and health*, 10: 341-346 (1984).
- (16) American Public Health Association. Glossary of administrative terms in public health. *American journal of public health*, 50: 225-226 (1960).
- (17) *Managerial process for national health development*. Geneva, World Health Organization, 1981 (Health for All, No. 5).
- (18) *Health programme evaluation*. Geneva, World Health Organization, 1981 (Health for All, No. 6).
- (19) *Development of indicators for monitoring progress towards health for all by the year 2000*. Geneva, World Health Organization, 1981.
- (20) Logan, A.G. et al. Cost effectiveness of a worksite hypertension treatment program. *Hypertension*, 3: 211-218 (1981).
- (21) Zsogon, E. Personal communication at the meeting, Turku, 1985.
- (22) Vinni, K. et al. Evaluation of occupational health care services and financing in Tampere. *Official statistics of Finland, special social studies XXXII: 104* (1985).
- (23) Bush, I.W. Health status index in cost effectiveness: analysis of PKU program. In: Berg, R.L., ed., *Health status indexes*. Chicago, IL, Hospital Research and Education Trust, pp. 172-194, 1973.
- (24) Sackett, D.L. & Torrance, G.W. The utility of different health states as perceived by the general public. *Journal of chronic diseases*, 31: 697-704 (1978).
- (25) Stason, W.B. & Weinstein, M.C. Allocation of resources to manage hypertension. *New England journal of medicine*, 296: 732-739 (1977).
- (26) *Global strategy for health for all by the year 2000*. Geneva, World Health Organization, 1981 (Health for All, No. 3).

(27) WHO Advisory Committee for Medical Research. Genova, World Health Organization, 1976 (unpublished WHO document).

(28) Vohlonen, I. et al. *Occupational health services for farmers: a study based on an experiment in 1979-1983*. Helsinki, Social Insurance Institute, 1985.

ELENCO PARTECIPANTI

Consulenti temporanei

Dr M. Biocca, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy

Dr J.T. Carter, Director of Medical Services, Health and Safety Executive, London, United Kingdom

Dr B. Cassou, Sainte-Perrine Gerontology Clinic, Paris, France

Mrs K. Fedinecz-Vittay, Chief Official in Charge of EURO Affairs, Section of International Organizations, Department for International Relations, Ministry of Health of the Hungarian People's Republic, Budapest, Hungary

Professor C. Flagle, The Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, Department of Health Policy and Management, Baltimore, MD, United States

Mr J.B. Henderson, Research Fellow, Health Economics Research Unit, Department of Community Medicine, University of Aberdeen, Aberdeen, United Kingdom

Professor J. Induiski, Director General, Institute of Occupational Medicine, Lodz, Poland

Dr E.A. Kalimo, Director, Research Institute for Social Security, The Social Insurance Institution, Helsinki, Finland

Professor G. Kanra, Director, Occupational Health and Safety, ISGUM, Ankara, Turkey

Dr M.E. Lamberg, Chief Physician, Occupational Health Services, National Board of Health, Helsinki, Finland

Dr K. Moller Pedersen, Associate Professor, Department of Public Finance and Policy, University of Odense, Odense, Denmark

Dr A. Niemi, Director, Department of Primary Health Care, National Board of Health, Helsinki, Finland

Dr V. Petkovi, Scientist, Occupational Health Clinic, Institute of Hygiene and Occupational Health, Sofia, Bulgaria

Dr W.D. Schneider, Head of Diagnostic Services, Occupational Health Clinic and Polyclinics, Central Institute for Industrial Medicine, Berlin, German Democratic Republic

Professor F. Valic, Head, Department of Occupational Health, A. Stampar School of Public Health, Zagreb, Yugoslavia

Dr S. Velasco, Head, Madrid Regional Public Health Service, Madrid, Spain

Dr K. Vinni, Research Department, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, Finland

Dr E. Zsogon, Director General, National Institute for Occupational Health, Budapest, Hungary

Osservatori

Dr A.O. Laine, Division Head, Occupational health and Employee's Sick Funds Division, The Social Insurance Institution, Helsinki, Finland

Dr V. Parvi, Chief Medical Officer, National Board of Labour Protection, Tampere, Finland

Dr S.J. Varke, Turku Health Center, Turku, Finland

Rappresentanti di altre organizzazioni

Professor G. Winckstrom, International Commission on Occupational Health, Regional Institute of Occupational Health, Turku, Finland

Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Dr W. Hubrich, Medical Officer, Hospitals and Primary Health Care

Dr J. Jarvisalo, Regional Officer for Occupational Health

Mrs C. Adeler-Bjarno, Secretary, Occupational Health Unit

Servizi di igiene e medicina del lavoro

Rapporto finale della Consultazione della Organizzazione mondiale della sanità. Ufficio europeo, tenutasi a Helsinki, Finlandia, 22-24 maggio 1989

1. PREFERAZIONE

L'Obiettivo 25 della Strategia per la salute per tutti per l'anno 2000 della Regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) stabilisce un obiettivo ambizioso: proteggere la popolazione della Regione in maniera efficace contro i rischi per la salute correlati con il lavoro entro l'anno 1995. La modificazione delle economie, lo sviluppo di nuove tecnologie e le attuali tendenze demografiche della popolazione lavoratrice dell'Europa pongono nuove domande e nuove sfide a chi si occupa della protezione della salute dei lavoratori. Per rispondere con un'offerta di servizi di igiene e medicina del lavoro efficace nei confronti di questi bisogni, dovranno essere sviluppate nuove strategie, nuovi approcci, nuove attività e nuovi metodi.

Nell'ambito delle iniziative previste per realizzare l'Obiettivo 25 è stata organizzata ad Helsinki, in Finlandia, dal 22 al 24 maggio 1989, una Consultazione sui "Servizi di igiene e medicina del lavoro", al fine di esaminare lo stato attuale di tali servizi nella Regione europea e di elaborare modelli funzionali e strutturali che possano consentire di rispondere alle nuove richieste e di essere appropriati e realizzabili rispetto agli sviluppi della vita lavorativa in Europa.

La Consultazione ha esaminato, tra l'altro, i modelli strutturali e funzionali dei servizi di igiene e medicina del lavoro (SML), le attività e i compiti di tali servizi, i modelli organizzativi, i rapporti di collaborazione, le necessità di risorse professionali, le competenze e le capacità richieste agli operatori, e le necessità di servizi di supporto. Vengono inoltre proposte alcune conclusioni e raccomandazioni per un ulteriore sviluppo dei SML in Europa.

2. INTRODUZIONE

La Consultazione, tenutasi ad Helsinki in collaborazione con il Governo finlandese e con l'Istituto finlandese di igiene e medicina del lavoro, ha visto la partecipazione di 15 esperti di 12 paesi europei e di 2 osservatori provenienti dall'Ufficio regionale dell'OMS.

A nome dell'Istituto finlandese di igiene e medicina del lavoro, il Dr J. Rantanen ha dato il benvenuto ai partecipanti e ha espresso l'opinione che lo sviluppo dei SML è l'aspetto più caratteristico delle politiche sanitarie nei confronti dell'ambiente di lavoro, dovuto ai cambiamenti rapidi nelle strutture economiche, alla utilizzazione su larga scala di nuove tecnologie e alle modificazioni demografiche nella popolazione lavoratrice europea. Egli ha anche espresso l'augurio che gli sforzi dell'OMS nel fornire una guida per il rafforzamento dei SML al livello dei singoli paesi siano coronati da successo.

Il Dr S. Tarkowski, responsabile dell'Ufficio ambiente e salute della sede Regionale europea della OMS, ringraziando l'Istituto finlandese di igiene e medicina del lavoro per aver ospitato la riunione, ha sottolineato quanto fosse breve il tempo ancora disponibile per realizzare gli obiettivi della Strategia per la salute per tutti nell'anno 2000 nella Regione europea.

Il Dr O. Svane, dell'Ispettorato del lavoro di Copenhagen è stato eletto Presidente e il Dr J. Rantanen Relatore.

Nelle sue note introduttive il Dr Tarkowski ha ricordato che la Consultazione era stata organizzata al fine di analizzare lo stato attuale dei SML nei diversi paesi della Regione europea e per elaborare modelli funzionali e strutturali di SML applicabili ai paesi europei. Il Dr Tarkowski ha anche ricordato che la Convenzione n. 161 e la

Raccomandazione n. 171 dell'Organizzazione internazionale del lavoro (OIL) forniscono una buona base normativa per lo sviluppo dei SML a livello nazionale. Il ruolo dell'OMS in questo sviluppo è quello di offrire idee, approfondimenti e indicazioni su aspetti sanitari e sulle metodologie per realizzare attività pratiche.

Il Dr Tarkowski ha anche comunicato che l'Ufficio europeo dell'OMS ha recentemente completato uno studio sui servizi di igiene e medicina del lavoro a livello continentale che offre le basi per una discussione sullo sviluppo futuro di tali servizi, particolarmente nella prospettiva delle nuove sfide proposte dallo sviluppo delle attività economiche e dalle tendenze demografiche in corso.

La Consultazione sarà anche uno strumento di supporto per la produzione finale di linee guida per l'igiene e la medicina del lavoro.

Il Dr Tarkowski ha anche ricordato che tra i principali obiettivi della Strategia per la salute per tutti nell'anno 2000 della Regione europea vi sono i seguenti elementi assai importanti per i SML: a) lo sviluppo di stili di vita sani; b) il controllo di condizioni dannose prevenibili; c) lo sviluppo razionale di servizi sanitari.

L'obiettivo generale del programma di salute per i lavoratori indicato dall'Obiettivo 25 della Strategia regionale è quello di sostenere la continua evoluzione dei SML e promuovere l'adattamento delle tecnologie e dei metodi per proteggere e promuovere la salute dei lavoratori. Pertanto/ l'ulteriore sviluppo dei SML ha un ruolo molto importante da giocare nel raggiungimento di tali obiettivi. Il Dr Tarkowski ha proposto che i modelli funzionali e strutturali dei SML siano basati sui seguenti obiettivi specifici:

- a) copertura di tutti i lavoratori;
- b) prevenzione delle patologie professionali, di quelle correlate con il lavoro e degli infortuni;
- c) promozione della salute;
- d) sviluppo di sistemi di SML che siano comprensivi nello scopo e includano oltre alla medicina del lavoro anche l'igiene industriale, la psicologia, l'ergonomia e tutti gli altri aspetti correlati con l'igiene e la medicina del lavoro;
- e) attenzione per i bisogni dei gruppi di lavoratori meno considerati, come gli immigrati, gli anziani, i lavoratori autonomi e gli agricoltori, ricordando che, nell'ambito di questi obiettivi, lo scopo dei SML dovrebbe essere integrato con quelli più generali del servizio sanitario nazionale.

Lo studio realizzato nella Regione europea sui modelli strutturali e sulle attività dei SML ha mostrato come le situazioni differiscano grandemente nei paesi considerati. Potrebbe essere opportuno, quindi, sviluppare modelli per l'organizzazione di servizi e fornire indicazioni sulle attività principali dei SML al fine di stimolare gli Stati membri a sviluppare ulteriormente tali servizi. Dovrebbe essere lasciato spazio sufficiente ad applicazioni flessibili a seconda delle diverse circostanze e

delle diverse tradizioni a livello nazionale.

Nelle discussioni che hanno seguito questa presentazione alla Consultazione si è riconosciuto che esistono delle varianti non solo nei profili organizzativi e nelle attività ma anche nelle basi legislative, nei sistemi di finanziamento e nell'offerta di altri servizi, come quelli sanitari generali, o di sicurezza, o di tipo ispettivo e infine per quanto riguarda i rapporti con i servizi di igiene ambientale. E' stato osservato come alcuni paesi abbiano tradizioni e anche basi normative che consentono un gruppo relativamente limitato di attività mentre altri paesi realizzano programmi di salute dei lavoratori molto comprensivi. Notevoli variazioni possono anche verificarsi tra diverse aziende all'interno degli stessi paesi.

A causa di queste variabilità la Consultazione ha considerato che fosse realistico concentrarsi sui seguenti aspetti dei SML:

- a) definizione, scopi, obiettivi dei SML;
- b) funzioni e attività;
- c) risorse umane, competenze e capacità necessario;
- d) ruolo dell'igiene industriale;
- e) copertura;
- f) modelli per la offerta dei servizi;
- g) problemi particolari per mansioni ad alto rischio, gruppi vulnerabili e gruppi meno considerati;
- h) servizi di supporto.

3. DEFINIZIONI DI OBIETTIVI E SCOPI DEL SERVIZIO DI IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO

Un Gruppo di lavoro dell'Ufficio europeo dell'OMS sulla "Valutazione dei servizi di medicina del lavoro e igiene industriale" ha definito il SML come una struttura: *"che promuove condizioni nel posto di lavoro che garantiscano il più alto grado di qualità nella vita lavorativa, proteggendo la salute dei lavoratori, migliorando il loro benessere fisico, mentale e sociale, e prevenendo malattie ed infortuni. Per raggiungere questo scopo, sono richieste competenze di tipo medico, igienistico ed altre a queste correlate"*.

Questa definizione, a parere dei partecipanti alla Consultazione, è tuttora valida e viene considerata come la definizione dello scopo a lungo termine del SML. La situazione attuale dei SML nei paesi della Regione europea varia fortemente. Di conseguenza potrebbe essere difficile che tutti gli Stati membri in un futuro vicino raggiungano questo obiettivo. Ciò non dovrebbe tuttavia impedire ai vari paesi di adottare misure per il progressivo sviluppo dei SML. Laddove non possano essere immediatamente offerti servizi comprensivi a tutta la popolazione lavoratrice, tali servizi, per la parte che può essere concretamente realizzabile, dovrebbero essere offerti in fase iniziale quanto meno ai gruppi ad alto rischio e ai lavoratori che siano stati finora meno considerati. Nel lungo periodo, e in accordo con gli obiettivi del Programma per la salute dei lavoratori dell'OMS e con l'Obiettivo 25 della Strategia regionale, il Gruppo sostiene che sia necessario sviluppare SML di tipo comprensivo per tutti coloro che svolgono attività lavorativa e giudica questo un diritto basilare di ogni lavoratore.

4. FUNZIONI E ATTIVITÀ DEL SERVIZIO DI IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO

Per raggiungere lo scopo e gli obiettivi prima definiti devono essere precisate, in modo operativo, le funzioni e le attività del SML. Le tradizioni nazionali e locali e circostanze particolari possono avere un'influenza sostanziale sulle funzioni e sulle attività dei SML. Ruolo, stato legislativo, profili organizzativi, divisione delle responsabilità con altri servizi e variazioni delle caratteristiche generali della vita lavorativa, come per esempio il coinvolgimento e il ruolo dei partner sociali, variano fortemente da un paese all'altro; perciò non è possibile in questo contesto definire una lista di funzioni ed attività. La Riunione ha, invece, trovato appropriato discutere lo schema operativo generale dei programmi di attività dei SML a livello di azienda che dovrebbe essere riconoscibile in qualunque situazione, a prescindere dalle condizioni generali nelle quali il SML opera, e che dovrebbe essere applicabile a tutte le circostanze e, quindi, ha deciso di elencare le attività fondamentali di un SML che debbono essere riconosciute in ogni paese. E' stata anche completata una lista di attività di un SML di tipo comprensivo e multidisciplinare.

Il tradizionale metodo di analisi organizzativa, di risorse, processo e prodotti, può essere applicato allo schema operativo generale del SML.

4.1 Fasi della progettazione delle attività

E' stato proposto un profilo operativo generale per la realizzazione delle attività del SML che si articola in quattro principali tappe e si può

applicare a qualunque tipo di attività da realizzare.

A) *Analisi della situazione e definizione del problema.* Questa tappa comprende, per esempio, l'identificazione e la valutazione dei bisogni dell'azienda dal punto di vista della salute dei lavoratori, il riconoscimento dei problemi di igiene e medicina del lavoro prioritari e l'analisi delle loro conseguenze sulla salute e la sicurezza dei lavoratori e sull'azienda in generale.

B) *Progettazione dell'intervento.* Questa tappa comprende, per esempio, la progettazione dei programmi di prevenzione e di controllo dei rischi e dei problemi identificati nella prima tappa. Queste azioni possono essere rivolte a diversi obiettivi, a seconda della natura del posto di lavoro, per esempio verso: la prevenzione delle patologie professionali o correlate con il lavoro o degli infortuni; lo studio della collocazione più appropriata del lavoratore e dell'adattamento del posto di lavoro e del lavoro ai suoi bisogni, alle sue capacità e alle condizioni di salute; la diagnosi e il trattamento delle patologie professionali; il pronto soccorso in caso di infortunio o di malattia acuta; la promozione della salute; la pianificazione generale e la progettazione del posto di lavoro in modo che si raggiungano le migliori condizioni possibili sul piano della sicurezza, dell'igiene, dell'ergonomia e degli standard di carattere psicologico.

C) *Realizzazione* degli interventi progettati nella seconda tappa. Questa è la tappa effettivamente operativa in cui il SML realizza ciò che è stato precedentemente definito. Per questo è necessario un arsenale di metodi e strumenti per la sorveglianza degli ambienti di lavoro e nel campo della medicina del lavoro, dell'igiene industriale, della ingegneria di sicurezza, della psicologia e dell'ergonomia.

D) *Valutazione di efficacia.* Viene realizzata allo scopo di verificare se le azioni adottate a scopo preventivo per il controllo dei rischi e per lo sviluppo di condizioni di lavoro ottimali dal punto di vista della salute sono state adeguate, efficaci e hanno avuto successo. Ciò richiede strategie sistematiche di valutazione e metodi utilizzabili praticamente sul campo (si veda in seguito).

4.2 Attività principali di un servizio di igiene e medicina del lavoro

La possibilità che le attività dei SML siano di tipo comprensivo dipende da diverse circostanze a livello nazionale ivi comprese le basi normative e i profili organizzativi generali. Anche aspetti locali possono avere un'influenza. Le principali attività di un SML nel caso di aziende con diversi tipi di produzione e un ampio spettro di problemi, possono anche essere numerose, mentre nel caso di aziende specializzate in un settore molto circoscritto lo spettro delle attività di un servizio può essere

molto meno esteso.

Lista di attività fondamentali. Quattro sono state le attività principali che la Riunione ha considerato come centrali per un programma minimo di un SML e che dovrebbero essere realizzate in qualsiasi paese e in qualsiasi posto di lavoro, a prescindere dalle condizioni generali in cui operano i servizi:

- prevenzione della patologia professionale e di quella correlata con il lavoro;
- scelta della collocazione più idonea e riabilitazione del lavoratore;
- pronto soccorso in caso di infortunio sul lavoro o di malattie acute e diagnosi e trattamento delle malattie professionali;
- promozione della salute dei lavoratori.

Lista di attività di un SML di tipo comprensivo. In numerosi paesi le attività dei SML sono di tipo comprensivo e comprendono sia funzioni di prevenzione ambientale e individuale che funzioni di tipo curativo, promozionale e terapeutico.

A) Valutazione dei bisogni del SML, identificazione dei fattori di rischio e stima del rischio

- 1) sopralluogo e orientamento preliminare all'interno dell'azienda
- 2) sorveglianza dell'ambiente di lavoro
- 3) stima dei problemi di salute e dei rischi
- 4) sorveglianza delle strutture, delle attrezzature sociali e sanitarie e dell'igiene generale nell'ambiente di lavoro

B) Attività di prevenzione ambientale

- 5) comunicazione dell'informazione sui pericoli per la salute e sui rischi
- 6) iniziative per la prevenzione e il controllo dei rischi per la salute
- 7) consulenza nella pianificazione e nella progettazione del posto di lavoro

C) Attività di tipo preventivo orientate verso il lavoro

- 8) sorveglianza sanitaria
- 9) adattamento del lavoro al lavoratore
- 10) protezioni particolari per gruppi vulnerabili
- 11) educazione alla salute e promozione della salute
- 12) servizi sanitari di prevenzione generale

D) Attività terapeutiche

13) diagnosi e trattamento delle patologie professionali e correlate con il lavoro

- 14) prima riabilitazione
 - 15) diagnosi e cura delle malattie generali
 - 16) organizzazione e addestramento per interventi di pronto soccorso e per la preparazione e l'intervento in caso di emergenza
- E) Collaborazione
- 17) collaborazione con altri servizi e partner all'interno e all'esterno dell'azienda

F) Sistema informativo, ricerca e informazione

- 18) raccolta e registrazione di dati sulla situazione di salute generale, sulle patologie professionali e sugli infortuni nell'azienda
- 19) ricerca su problemi di salute e sicurezza del lavoro
- 20) valutazione a lunga scadenza delle attività dei SML e della loro efficacia.

Le quattro tappe che sono state precedentemente individuate, cioè identificazione e stima, progettazione, realizzazione e valutazione, dovrebbero essere prese in considerazione nel realizzare ognuna di queste attività.

La grande varietà di metodologie impiegate richiede implicitamente una collaborazione multidisciplinare di esperti con competenze diverse, quali medici del lavoro, igienisti industriali, psicologi, ergonomi, ingegneri della sicurezza, etc. E' inoltre importante sottolineare la necessità di verificare sistematicamente la qualità e di standardizzare i metodi usati nella realizzazione di ognuna delle attività del SML. Per una buona realizzazione di tali attività sono necessarie linee guida che sono, in parte almeno, disponibili a livello nazionale (per esempio nel campo del monitoraggio biologico).

La Riunione ha ritenuto necessario attirare l'attenzione sul fatto che le attività del SML non dovrebbero essere realizzate meccanicamente, ma essere scelte sulla base dei bisogni reali dell'azienda. Perciò, nella pratica, le attività da svolgere possono variare grandemente a seconda della natura dell'azienda e del carattere dei problemi identificati.

5. RUOLO DELL'IGIENE INDUSTRIALE NEL SERVIZIO DI IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO

Secondo i risultati della discussione le attività di un SML sono dirette verso: a) l'ambiente e b) il lavoratore.

Nella maggior parte delle situazioni la stima del rischio per la salute e la progettazione e realizzazione delle misure preventive e di controllo richiedono una combinazione stretta di ambedue questi campi di attività e delle competenze necessarie. Le attività degli igienisti industriali sono principalmente dirette verso l'ambiente mentre quelle dei medici del lavoro sono più focalizzate sul lavoratore. Secondo il Gruppo, entrambi gli esperti sono necessari in ambedue i tipi di attività e ciò comporta, quando possibile, una piena integrazione dell'igiene industriale con le altre competenze del SML e la realizzazione congiunta di interventi multidisciplinari da parte di esperti nel campo igienistico, medico e di altro tipo.

I compiti specifici dell'igienista industriale sono, secondo i risultati della discussione, i seguenti:

- a) previsione e identificazione dei fattori di rischio
- b) misura ed analisi delle esposizioni
- c) stima dei rischi
- d) iniziative ed interventi per la prevenzione e il controllo
- e) monitoraggio e verifica continua dell'adeguatezza del controllo dei rischi negli ambienti di lavoro
- f) valutazione dell'efficacia del controllo
- g) azioni adeguate per preparare risposte ed intervenire in caso di emergenza.

Come discusso precedentemente la competenza di tipo igienistico dipende dal tipo e dalla dimensione del servizio, dalle caratteristiche

generali dell'organizzazione per la salute e la sicurezza del lavoro esistenti nel paese, dal ruolo complessivo che l'igiene del lavoro ha nel sistema nazionale dei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro. Nella maggior parte dei paesi solo un numero limitato di specialisti in igiene industriale è disponibile. Al di là di poche eccezioni, questa disciplina è relativamente poco sviluppata e nonostante il ruolo cruciale dell'igiene del lavoro nello sviluppo delle condizioni di lavoro i curricula scolastici non sono sistematicamente sviluppati. Perciò la Riunione ha trovato opportuno sottolineare l'importanza di rafforzare tale ruolo e di sviluppare programmi di formazione nel campo dell'igiene del lavoro. Si è trovato anche appropriato considerare la necessità di sviluppare gli aspetti fondamentali della disciplina indirizzandoli verso tecnologie di controllo di tipo preventivo, verso ulteriori controlli di qualità e verso il controllo della validità dei metodi, verso la stima sistematica del rischio e l'analisi delle conseguenze e verso la stima, oltre che dei tradizionali fattori di rischio chimici, fisici e biologici, anche degli aspetti più di carattere psicologico e di comfort nell'ambiente di lavoro. Sembra anche opportuno ricordare il crescente interesse verso problemi di protezione ambientale, che sta richiedendo sempre più competenze e capacità proprie degli igienisti del lavoro così come sempre di più si considerano gli aspetti di salute e di igiene del lavoro nella fase di pianificazione di nuovi impianti industriali e di processi di lavoro.

6. PROMOZIONE DELLA SALUTE

La Riunione ha anche discusso le nuove linee nel campo della promozione della salute come parte integrale delle attività del SML. Per la promozione della salute sono identificabili due tipi di attività.

A) Una promozione specifica, correlata alla salute negli ambienti di lavoro, che ha lo scopo di rafforzare le capacità di lavoro, fisiche e psicologiche, del lavoratore creandogli risorse addizionali, rafforzando la sua forza fisica, le sue capacità pratiche o psicologiche (ad esempio, programmi per il rafforzamento della muscolatura addominale per gli spaccalegna in modo da renderli più resistenti nei confronti delle lesioni alla schiena).

B) Una promozione della salute di carattere più generale che, usando la situazione ambientale creata dal posto di lavoro come uno strumento, realizza programmi di promozione della salute nelle popolazioni lavoratrici (ad esempio introducendo nuovi comportamenti più sani attraverso campagne e programmi contro il fumo, l'abuso di alcol, per migliori abitudini alimentari, per l'esercizio fisico, etc).

Ambedue questi tipi di promozione della salute richiedono nuovi approcci da parte degli operatori del SML e anche essi dovrebbero, quindi, essere inclusi in programmi di formazione. Sarebbero auspicabili anche ricerche che conducano alla realizzazione di studi controllati sulla promozione della salute.

7. RISORSE UMANE, COMPETENZE E CAPACITA' NECESSARIE IN UN SERVIZIO DI IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO

La Consultazione ha riconosciuto la necessità di competenze particolari tra gli operatori dei SML come prerequisito per la efficace implementazione di tali servizi. Tali particolari competenze sono anche richieste dall'Organizzazione internazionale del lavoro nella Convenzione n. 161 e in numerosi documenti dell'OMS. La maggior parte degli Stati membri hanno definito, in modo ufficiale o semi ufficiale, criteri per identificare le competenze dei medici del lavoro e degli infermieri. La pratica realizzazione e il raggiungimento degli obiettivi generali di un SML richiedono anche la competenza e l'attività di numerosi altri esperti, per i quali non sono stati tradizionalmente altrettanto ben sviluppati criteri per valutare la competenza e che hanno, quindi, bisogno di essere definiti con maggior chiarezza.

Liste complete di competenze nelle diverse aree necessario alle attività del SML sono difficili da fornire. Secondo i partecipanti alla Riunione le seguenti competenze sono necessario nell'organizzazione pratica di un SML, sia nel caso che esse siano tutte contenute nell'ambito del servizio sia che vengano ottenute sotto forma di consulenze esterne.

A) *Medicina del lavoro o "medicina preventiva dei lavoratori"*, viene rappresentata dal medico del servizio, la cui competenza dovrebbe coprire, tra l'altro, le seguenti aree: identificazione, analisi e stima dei rischi per la salute presenti nel lavoro; sorveglianza sulla salute dei lavoratori; misure per la identificazione, la prevenzione e la diagnosi di patologie professionali o correlate con il lavoro; e, dove appropriato, cura e riabilitazione di esse; appropriata organizzazione del lavoro dal punto di vista della salute; educazione alla salute; informazione e promozione della salute; organizzazione e addestramento per il pronto soccorso e per

la preparazione della risposta sanitaria e l'intervento in caso di emergenza; consulenza su questioni di medicina preventiva dei lavoratori per la direzione aziendale; e, dove appropriato, diagnosi e cura delle malattie generali.

B) Per *gli infermieri* sono necessarie competenze per portare avanti/ dove appropriato, sotto la guida del medico o indipendentemente, compiti legati alla identificazione, al controllo e alla prevenzione dei rischi per la salute, alle visite mediche, all'educazione alla salute e alla promozione della salute, al pronto soccorso e ad altre importanti attività elencate nel punto A.

C) *L'igiene industriale* è necessaria per la identificazione, la misura, l'analisi e la stima di fattori fisici, chimici o biologici presenti nei luoghi di lavoro che possano essere dannosi per la salute e per controllare e realizzare misure di prevenzione dei fattori di rischio e, infine, per valutare l'impatto di tali misure. L'igienista industriale contribuisce anche alla pianificazione e al disegno di nuovi ambienti di lavoro e potrebbe essere richiesto per interventi in caso di emergenza e per azioni di protezione ambientale all'interno, o all'esterno delle aziende.

D) *L'ingegnere della sicurezza* è utilizzato per l'identificazione e l'analisi di problemi di sicurezza e per progettare, realizzare e valutare misure di controllo e di prevenzione e risposte a infortuni ed emergenze sul lavoro.

E) Lo *psicologo* contribuisce alla identificazione, stima e valutazione dei fattori psicologici sul lavoro e per progettare, realizzare e valutare misure di prevenzione e controllo di sforzi psicologici, di diversi tipi di stress, di misure per l'appropriata organizzazione del lavoro e per ottimizzare le condizioni di lavoro da un punto di vista psicologico.

F) *Il fisiologo del lavoro, l'ergonomo e il fisioterapista* sono richiesti per stimare e controllare gli sforzi fisici, per risolvere problemi di tipo ergonomico nell'ambito di una appropriata organizzazione del lavoro, per adattare il lavoro all'uomo e, infine, per realizzare misure iniziali di riabilitazione.

G) Ci sono, inoltre, una serie di ulteriori competenze tecniche richieste in un SML come quella *del tossicologo, del chimico analitico e dell'esperto in scienze sociali*.

Nella maggior parte dei paesi gli operatori del SML appartengono ai gruppi A, B e in alcuni casi anche al gruppo C. La maggior parte delle altre competenze sono solo raramente incluse tra gli operatori a tempo pieno e permanenti del servizio.

E' raro che tutte le competenze precedentemente citate siano disponibili nella stessa unità di prevenzione nei luoghi di lavoro e, anche quando tale unità sia assai grande, la maggior parte di esse, eccetto il medico e l'infermiere ed eventualmente l'igienista, sarebbero occupate solo temporaneamente e il loro impiego a tempo pieno potrebbe non essere giustificato. Perciò l'assicurare la loro disponibilità da parte di

servizi di supporto esterni potrebbe essere la strada più economica per completare l'arco delle professionalità richieste agli operatori di base. In particolare le unità più piccole, che frequentemente sono limitate alla sola competenza medica, devono poter contare su servizi di supporto esterni. La Consultazione ha espresso l'opinione che, laddove possibile, l'equipe del SML debba avere una composizione multidisciplinare.

I curricula formativi non sono stati ben sviluppati per gli esperti dei SML ad eccezione di quelli per i medici del lavoro, per gli infermieri e, in alcuni paesi, per gli igienisti industriali. I partecipanti alla Riunione hanno ritenuto necessario incoraggiare gli Stati membri a predisporre tali curricula a tutti i livelli e per tutte le categorie di esperti che sono stati citati, includendo programmi di base, programmi per laureati e programmi di formazione continua. L'aggiornamento dei curricula formativi della scuola di base, con l'inserimento di elementi di prevenzione nei luoghi di lavoro, è stato anche giudicato auspicabile, non solo nelle scuole mediche ma anche nelle altre istituzioni come i politecnici, le facoltà scientifiche, etc. Oltre alla formazione relativa al bagaglio scientifico e alle capacità pratiche necessario allo svolgimento delle attività degli SML dovrebbe essere introdotto anche un atteggiamento appropriato verso la protezione della salute del lavoratore. La Riunione ha anche sottolineato l'importanza di una formazione che faciliti la collaborazione con altri esperti, al di là dei confini di ogni singola disciplina, in modo che si introducano appropriate modalità di lavoro per tutte le categorie di esperti, così da assicurare una efficace applicazione delle conoscenze nelle operazioni pratiche dei SML. È stata anche considerata necessaria una formazione che faciliti la collaborazione con i soggetti attivi negli ambienti di lavoro: i funzionari pubblici, i lavoratori e i datori di lavoro. L'identità professionale degli esperti dei SML dovrebbe essere mantenuta sulla base della eguaglianza delle varie aree di competenza. Il rafforzamento dell'indipendenza professionale di tutti gli esperti dei SML dovrebbe poter incrementare il loro interesse nello sviluppare carriere di lunga durata in questo settore.

Poiché i bisogni di tali competenze professionali variano largamente sul piano quantitativo a seconda della, o delle aziende, in esame, del modello organizzativo e delle attività dei SML e della disponibilità dei servizi di supporto e di altri servizi paralleli, non è stato possibile indicare dati precisi per quantificare la necessità di risorse umane per i SML. È stato tuttavia notato che nel momento attuale in Europa la densità degli operatori dei SML è di un medico e due infermieri ogni 2000-3000 lavoratori serviti.

In alcuni paesi la decisione sulla composizione dell'equipe del SML è lasciata al datore di lavoro, il quale usa competenze diverse in maniera flessibile in funzione del bisogno che è richiesto nelle attività specifiche in ogni singolo momento. In un certo numero di paesi, invece, la composizione dell'equipe, sia dal punto di vista qualitativo che

quantitativo, è definita per legge.

La Riunione ha sottolineato che le possibilità di successo nella realizzazione delle attività dei SML, sia di quelli solo di tipo preventivo che di quelli di tipo comprensivo, è strettamente legata alla collaborazione multidisciplinare e alla disponibilità di tali competenze o all'interno dell'equipe stessa o in un servizio esterno di supporto.

8. COPERTURA DEI SERVIZI

Sulla base degli obiettivi descritti precedentemente e secondo le indicazioni fornite da documenti dell'OIL e dell'OMS, servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro dovrebbero essere offerti a tutti coloro che prendono parte alla vita lavorativa, a prescindere dal settore dell'economia, dalla natura dell'azienda in cui operano, dal tipo di rapporto di lavoro, dalla dimensione dell'azienda o dal tipo di occupazione. La Riunione ha sottolineato l'esigenza di fornire tali servizi non solo ai lavoratori attualmente attivi, ma anche ai giovani che stanno entrando nel mondo del lavoro e ai lavoratori pensionati che siano stati esposti a rischi capaci di determinare effetti sulla salute a lungo termine, come le sostanze in grado di produrre tumori professionali, che si possono verificare anche dopo la fine del rapporto di impiego.

Pochissimi paesi sono stati in grado di organizzare SML in modo da coprire l'intera popolazione lavoratrice e da offrire un servizio di tipo comprensivo. Alcuni paesi, tuttavia, hanno esteso le prestazioni dei SML a tutti i lavoratori occupati. La Convenzione dell'OIL n. 161 richiede che, a tappe, si verifichi una progressiva espansione della copertura a tutti i lavoratori, considerando come prioritaria la necessità di offrire un servizio di prevenzione nei luoghi di lavoro a quei gruppi a più alto rischio. È emerso dalla Consultazione che oltre a dare priorità a quei gruppi ad alto rischio come i minatori, i lavoratori delle cave, delle industrie manifatturiere, delle costruzioni, i servizi dovrebbero anche organizzare, considerando le circostanze nazionali e locali, interventi in favore di quei gruppi meno serviti, come i lavoratori adolescenti, gli anziani e gli immigrati, come i dipendenti delle aziende piccole, i lavoratori agricoli e i lavoratori autonomi. Laddove non è possibile

organizzare SML di tipo comprensivo per tutti i lavoratori, dovrebbero comunque essere adottate iniziative per fornire almeno le attività essenziali a tutti i lavoratori che hanno bisogno evidente di tali servizi. Tali attività essenziali dovrebbero comprendere: l'identificazione dei rischi nel posto di lavoro, la stima delle loro conseguenze sulla salute, il collocamento dei lavoratori nei posti di lavoro compatibili con le loro condizioni di salute, la sorveglianza e il monitoraggio della salute dei lavoratori esposti a specifici agenti di rischio nel posto di lavoro, la offerta di attività diagnostiche e, dove appropriato, il trattamento delle patologie professionali e l'offerta di servizi di pronto soccorso. La Riunione, tuttavia, ha voluto sottolineare che i problemi di prevenzione nei luoghi di lavoro e il bisogno di servizi, si verificano in tutti i tipi di lavoro anche se la qualità, la natura e i problemi, e perciò anche i bisogni di differenti tipi di attività dei SML, possono variare largamente da un lavoro ad un altro. Perciò, secondo quanto emerso nella Consultazione, il fine ultimo dei programmi dei SML, nonché diritto basilare dei lavoratori, dovrebbe essere l'accesso a SML di tipo comprensivo garantito ad ogni individuo che fa parte del mondo del lavoro.

9. MODELLI DI SERVIZI

Diversi sono i modelli di SML che esistono e che sono stati esaminati dalla Consultazione per valutare la loro applicabilità in diverse situazioni e la loro capacità di rispondere alla necessità di fornire il miglior servizio possibile, nel modo più efficace, sia per i lavoratori che per le aziende. I seguenti modelli, la loro realizzabilità, vantaggi e svantaggi sono stati così analizzati durante la Consultazione.

A) *Servizio di igiene e medicina del lavoro interno all'azienda.* Questo modello che opera dall'interno dell'azienda è soprattutto applicabile nelle aziende di grande dimensione, che impiegano più di, per esempio, 1000 lavoratori nello stesso luogo e sono in grado di avere una equipe a tempo pieno con una composizione multidisciplinare. Gli operatori possono essere dipendenti dell'azienda stessa (molti paesi dell'Europa occidentale), oppure del Servizio sanitario nazionale (paesi dell'Europa orientale), oppure di organizzazioni previdenziali (per esempio nella Repubblica federale tedesca). La forza di questo modello di servizio interno consiste, al di là del fatto di poter contare su un'equipe a tempo pieno: negli stretti legami tra il servizio e gli altri settori dell'azienda, come la direzione, le unità produttive, altri servizi come quello di sicurezza; negli stretti legami con gli addetti alla sicurezza e con i delegati dell'ambiente e con i Comitati per la salute e la sicurezza sul lavoro; e nell'accesso all'informazione sull'attività dell'azienda, come i piani per la modifica o per la realizzazione di nuovi posti di lavoro, dell'organizzazione del lavoro, dei cicli produttivi e delle attrezzature, etc.

La Consultazione ha identificato come problema insito in questo modello il triplice ruolo degli operatori del servizio che lavorano: a) in condizioni di impiegati dell'azienda; b) come consulenti, nel campo della

igiene e medicina del lavoro, della direzione e dei lavoratori; e c) come consulenti individuali (medico personale) di ogni impiegato dell'azienda. In certe circostanze questi ruoli potrebbero essere in conflitto tra loro. Sono state tentate diverse soluzioni per questo problema: subordinando gli operatori dei servizi ai Comitati paritetici per la salute e la sicurezza (in Svezia), oppure rendendo gli operatori dipendenti del Servizio sanitario nazionale invece che delle aziende stesse che vengono servite (paesi dell'Europa orientale), oppure ancora definendo specifiche normative e regolamenti che disciplinano la posizione e l'indipendenza professionale degli operatori (in Olanda).

Un altro limite di questo modello è che esso richiede un alto numero di lavoratori impiegati nella stessa azienda o nello stesso lavoro, il che implica che nei paesi dell'Europa occidentale solo circa il 10% delle aziende è grande a sufficienza per poter usufruire di tale tipo di servizio.

B) *Servizio per gruppi di aziende*, organizzato congiuntamente da diverse aziende di piccola e media dimensione generalmente localizzate nella stessa area geografica. L'amministrazione e il finanziamento del servizio è garantito congiuntamente dalle aziende del gruppo interessato, e in parecchi paesi fanno parte del gruppo che dirige il servizio sia rappresentanti dei datori di lavoro che dei lavoratori. Il vantaggio di questo modello è la vicinanza con il posto di lavoro e la diretta proprietà da parte delle aziende che sono i clienti del servizio e la sua flessibilità nel rispondere ai diversi bisogni delle piccole e medie aziende. Ammesso che la popolazione di lavoratori di cui occuparsi sia sufficientemente ampia, un'equipe a tempo pieno, ben equipaggiata e multidisciplinare, può essere organizzata in modo assai simile a quella dei servizi delle grandi aziende. I problemi evidenziati in questo tipo di modello sono invece legati al fatto che: l'attività viene condotta dall'esterno delle aziende, e ciò potrebbe causare problemi particolarmente se le aziende sono disperse in una vasta area geografica; si possono incontrare anche ostacoli nel tentativo di rispondere a bisogni molto diversificati dato il grande numero di clienti. Questo ha condotto numerosi paesi a limitare il numero di aziende servite da un singolo servizio. D'altra parte alcuni paesi hanno effettuato uno sforzo per unificare gruppi troppo piccoli al fine di costituire servizi più grandi che superino la dimensione critica minima di una unità effettivamente funzionante (multidisciplinare).

C) *Servizi orientati per settore (comparto lavorativo)*. E' questo un modello di servizio specificamente organizzato per un particolare settore dell'attività economica, come potrebbe essere quello delle costruzioni, quello alimentare, quello agricolo, etc. La copertura geografica di tale servizio può variare, a seconda del comparto in questione (per esempio tutte le aziende edili), da un'area geografica circoscritta fino a una dimensione nazionale, che copra il comparto nell'intero paese. La forza di questo modello consiste nella possibilità di organizzare servizi grandi, ben equipaggiati e con buon personale, dotati, se necessario, di mezzi mobili,

con la possibilità di concentrarsi su specifici problemi del singolo comparto, e con la possibilità di portare avanti programmi di prevenzione o azioni di promozione attraverso l'intero comparto. I problemi possono derivare dal carattere esterno del servizio e, in alcuni casi, dalla localizzazione remota rispetto all'azienda.

D) *Servizio territoriale per la prevenzione nei luoghi di lavoro.* Questo modello è stato applicato nei paesi dove i servizi di assistenza sanitaria di base sono organizzati a livello di comunità. Il modello offre un'ampia copertura geografica, in grado di offrire interventi nelle aziende di piccola e media dimensione, per lavoratori autonomi e per gli agricoltori. L'integrazione tra l'assistenza sanitaria di base e l'igiene e la medicina del lavoro è facilmente realizzabile. I conflitti di ruolo tra gli operatori del SML sono eliminati perché gli operatori sono dipendenti della comunità locale. I problemi possono sorgere dal carattere esterno del servizio, dall'alto numero e dall'ampia varietà di aziende servite e, in particolare nelle unità più piccole e in quelle dove il servizio è portato avanti sulla base di incarichi a tempo parziale, dalla possibilità di offuscare le attività di prevenzione nei luoghi di lavoro con prestazioni di tipo curativo di assistenza primaria.

E) Esistono, inoltre, anche numerosi *altri modelli* come quelli di aziende più grandi che offrono prestazioni ad aziende "satelliti" o servizi orientati soprattutto per comparto, dipendenti dalle comunità locali o, ancora, situazioni in cui le prestazioni sono offerte da centri sanitari privati o da singoli medici privati.

La Consultazione ha trovato necessario sottolineare l'importanza del principio della flessibilità e della capacità di adattare i modelli di servizio alle circostanze locali e nazionali. E' stato anche notato che, per raggiungere la massima copertura di lavoratori e di aziende da parte del SML, nessuno dei modelli citati precedentemente da solo è sufficiente, ma è necessaria la combinazione di due, o più, differenti opzioni per offrire un servizio completo. Secondo i risultati della Riunione, la scelta del modello dovrebbe essere basata sulla sua realistica realizzabilità e capacità di dare soddisfazione ai bisogni delle aziende e dei lavoratori in questione e di assicurare la più ampia copertura, senza tuttavia, compromettere professionalità e qualità.

10. RAPPORTI DI COLLABORAZIONE TRA SERVIZI DI IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO ED ALTRI SERVIZI CORRELATI

Il SML svolge attività che dipendono in modo critico dall'approccio multidisciplinare e dalla collaborazione multisetoriale. La più importante controparte in tali rapporti di collaborazione sono i servizi sanitari in generale, sia quelli per l'assistenza sanitaria di base che quelli ospedalieri, i servizi di igiene ambientale, i servizi di sicurezza e gli ispettorati del lavoro.

Rapporti con i servizi sanitari in generale. I rapporti tra SML e servizi sanitari in generale sono vitali per diversi motivi: la conoscenza dei rischi per la salute esistenti negli ambienti di lavoro è estremamente importante nella diagnosi e nella cura delle malattie generali e, d'altra parte, le azioni intraprese dai servizi sanitari possono avere un impatto anche sulla salute dei lavoratori. In terzo luogo gli effetti sulla salute osservati dai servizi sanitari possono avere origine professionale e ciò spesso non è preso in considerazione. Nella Consultazione è stato osservato che per offrire almeno le prestazioni essenziali di un SML e per raggiungere la massima copertura, la sola opzione realistica potrebbe essere quella di utilizzare le unità di assistenza sanitaria di base come è nel caso, per esempio in molti paesi, di SML per piccole aziende e lavoratori agricoli.

Dove le unità di assistenza sanitaria di base offrono prestazioni di prevenzione nei luoghi di lavoro, la collaborazione tra i due servizi è assicurata. Questa collaborazione potrebbe essere più scarsa nel caso in cui il SML è interno all'azienda o organizzato per gruppi di aziende e potrebbe non realizzarsi se non attraverso particolari soluzioni. La Riunione ha trovato necessario sottolineare l'importanza di queste collaborazioni a prescindere dal modello organizzativo dei servizi.

Rapporti con i servizi di igiene ambientale. Nelle numerose circostanze in cui i problemi ambientali sono determinati dalle attività produttive, numerose conoscenze, competenze e capacità per prevedere, stimare e controllare, così come per prevenire i rischi, potrebbero essere patrimonio degli operatori dei SML. Queste capacità dovrebbero essere usate per rafforzare gli sforzi tesi a proteggere l'ambiente e per rendere più efficaci le misure di prevenzione dei rischi ambientali. Al momento attuale questi rapporti sono per lo più inesistenti, o poco sviluppati nella maggior parte degli Stati membri e dovrebbero invece essere stabiliti e rafforzati. In alcuni paesi dove i SML sono organizzati nell'ambito delle unità di assistenza sanitaria di base, che offrono anche prestazioni di igiene ambientale, i rapporti di collaborazione sono più intensi.

Rapporti con i servizi di sicurezza e con gli ispettorati del lavoro. In circa la metà dei paesi europei i SML sono amministrati dal Ministero del lavoro, nell'altra metà dal Ministero della sanità o della Previdenza sociale. L'amministrazione di appartenenza ha influenza sui rapporti di collaborazione dei SML con i servizi di sicurezza e con gli Ispettorati del lavoro. Quando è alle dipendenze del Ministero del lavoro il servizio spesso è parte integrale dell'Ispettorato del lavoro, perciò le attività sono soprattutto orientate alla vigilanza e frequentemente viene completato con un servizio di consulenza. Quando invece è nell'ambito del Ministero della sanità il SML è uno dei servizi sanitari, ha un forte orientamento sanitario, ma un debole o inesistente ruolo ispettivo.

Secondo i risultati della Riunione in molti paesi i rapporti di collaborazione tra i SML e servizi di sicurezza e ispettorati del lavoro potrebbero essere migliorati e le azioni verso questa direzione dovrebbero essere fortemente sostenute. D'altro canto è stata anche riconosciuta la necessità di rafforzare i rapporti di collaborazione tra SML e servizi sanitari in quei paesi in cui i SML sono amministrati dal Ministero del lavoro.

11. PROBLEMI PARTICOLARI CHE I SERVIZI DI IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO HANNO NELLE PICCOLE AZIENDE

Le piccole aziende sono spesso disperse in ampie aree geografiche, variano largamente nel tipo di attività e nella qualità dei rischi e hanno limitate risorse manageriali, tecniche e finanziarie per rispondere ai bisogni di prevenzione dell'azienda e dei lavoratori. D'altra parte il verificarsi di rischi per la salute negli ambienti di lavoro delle piccole aziende potrebbe essere maggiore che altrove e le conseguenze sull'andamento complessivo dell'azienda potrebbero essere fortemente critiche. Secondo gli studi condotti in piccole aziende, la maggioranza dei problemi potrebbe essere eliminata con misure relativamente semplici e con un buon rapporto costo/efficacia. Perciò, indipendentemente dalle difficoltà organizzative, l'offerta di servizi di igiene e medicina del lavoro alle piccole aziende potrebbe essere molto positiva sia per il raggiungimento degli obiettivi di salute del SML che per il generale benessere delle aziende e dei lavoratori. La Riunione ha ritenuto che dovrebbe essere intrapresa un'azione specifica per organizzare SML nelle piccole aziende in tutti gli Stati membri e che la rete dei servizi sanitari di base esistente a livello territoriale, dovrebbe essere indirizzata a offrire attività di prevenzione nei luoghi di lavoro. In alcuni circostanze potrebbe rivelarsi una soluzione possibile l'organizzazione di SML per gruppi di aziende. E' stato anche fortemente enfatizzato nella Riunione che non dovrebbe essere la dimensione dell'azienda a determinare se una prestazione di igiene e medicina del lavoro può, o meno, essere offerta, ma piuttosto dovrebbero essere i bisogni osservati, per esempio i rischi, i problemi di salute e i problemi delle singole aziende, ad essere i criteri per progettare programmi di salute per i lavoratori a livello di azienda.

12. PROBLEMI PARTICOLARI DEL SERVIZIO DI IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO PER OCCUPAZIONI AD ALTO RISCHIO, PER GRUPPI VULNERABILI O LAVORATORI PARTICOLARMENTE SENSIBILI E PER GRUPPI POCO CONSIDERATI

La Riunione ha identificato tre gruppi di popolazione lavoratrice che richiedono attenzione specifica e speciali soluzioni a causa della natura del lavoro e dell'azienda o dei rischi a cui sono esposti.

A) *Occupazioni ad alto rischio*: occupazioni caratterizzate da rischi eccezionalmente alti di infortunio o di patologie professionali o correlate con il lavoro, dovuti alla natura dell'occupazione o all'attività svolta. A questo gruppo appartengono, per esempio: i lavoratori delle costruzioni; i lavoratori con posto di lavoro mobile, come gli addetti ai trasporti e i marinai; certe particolari occupazioni come i minatori, i pescatori; i lavoratori addetti a progetti in aree remote o in paesi stranieri; e i lavoratori con orario di lavoro irregolare o a turni. Per questi gruppi il SML potrebbe aver bisogno di risorse professionali maggiori, di un più intenso approccio comprensivo, di più frequenti interventi e dovrebbe anche offrire loro tutti gli altri servizi sanitari di base, poiché in molte circostanze il posto di lavoro potrebbe essere, per periodi più o meno lunghi, anche il posto di vita (come per i marinai).

B) *Gruppi vulnerabili*: lavoratori che, sulla base dell'età, dello stato fisiologico, di una specifica suscettibilità costituzionale, di una patologia cronica o di handicap, sono particolarmente vulnerabili in condizioni nelle quali la normalità degli individui può lavorare senza rischi per la salute. In diverse circostanze gli standard e le norme che sono state elaborate per tutelare la salute nei confronti delle esposizioni nei posti di lavoro, non proteggono a sufficienza questi lavoratori e così è necessario un approccio particolarmente prudente. Questi gruppi comprendono per esempio: gli adolescenti, gli anziani, le lavoratrici durante la gravidanza e nel periodo riproduttivo, lavoratori con costituzione allergica o altri tipi

di suscettibilità e lavoratori portatori di handicap temporanei o permanenti o ammalati di una patologia cronica che potrebbe essere aggravata dalle condizioni di lavoro. Questi gruppi richiedono uno speciale adattamento del posto di lavoro, della organizzazione e delle modalità di lavoro, speciali protezioni e una collocazione lavorativa che tenga conto dei loro particolari bisogni di salute e assicuri loro la tutela della salute e della sicurezza.

C) *Settori o gruppi di lavoro poco serviti.* I lavoratori autonomi sono spesso attivi nell'ambito del cosiddetto settore sommerso dell'economia e giocano un ruolo doppio di datori di lavoro e lavoratori al tempo stesso, senza ricevere notevoli sostegni per le loro attività, con scarse informazioni e scarso interesse nei confronti dell'igiene e della medicina del lavoro e con una modesta disponibilità a usare servizi esterni. I SML devono sviluppare attivamente un'iniziativa per renderli consapevoli dei loro bisogni e dei benefici che deriverebbero loro da una consulenza nel campo dell'igiene e della medicina del lavoro. In molti paesi il settore più ampio dei lavoratori autonomi è rappresentato dall'agricoltura, che è un'attività al alto rischio dal punto di vista della salute e che è quasi regolarmente poco servita. In particolare nel caso dei lavoratori agricoli è necessario un approccio attivo da parte del SML che abbia come primo obiettivo il miglioramento del livello di consapevolezza sulla importanza dell'igiene e della medicina del lavoro. I lavoratori immigrati sono meno serviti della popolazione stabile anche perché i loro bisogni sanitari sono diversi e perché possono incontrare difficoltà nell'usare i servizi per diverse ragioni, sociali, culturali e linguistiche. D'altra parte questi lavoratori, per la loro condizioni generali di salute e per la loro tutela negli ambienti di lavoro, avrebbero bisogno di maggiori attività di quelle di un lavoratore normale. Per questi motivi i SML dovrebbero realizzare uno sforzo particolare nei confronti degli immigrati per rispondere alle loro esigenze. Poiché la richiesta per servizi particolari o più intensi potrebbe non essere avanzata direttamente da parte di questi gruppi poco serviti, è necessario che i SML mettano in opera una strategia attiva che comporti l'offerta di tali servizi nelle aziende che impiegano lavoratori appartenenti a questi gruppi.

13. SERVIZI DI SUPPORTO

13.1 Supporto informativo

Oltre alla consulenza tecnico-scientifica i SML dipendono in modo vitale dalla possibilità di accedere a informazioni tecnico-scientifiche su problemi di prevenzione nei luoghi di lavoro e a dati sulle condizioni di rischio e di salute a livello nazionale e di singole aziende.

Sistemi informativi nazionali dovrebbero fornire informazioni sulla forza lavoro e sui lavoratori occupati, sulla situazione attuale e sulle tendenze degli infortuni sul lavoro, sulle patologie professionali e su quelle correlate col lavoro e, dove possibile, sui dati di monitoraggio ambientale e biologico. Questi dati sono importanti come riferimenti per stimare la situazione dei rischi nelle aziende in cui il SML è interessato. Il SML ha bisogno, inoltre, di dati a livello di azienda, sui cicli produttivi, sui piani di ristrutturazione, sulle condizioni di salute dei lavoratori e sui livelli di assenteismo per motivi di salute, sugli infortuni e sulle malattie professionali. L'accesso a tali dati dovrebbe essere organizzato in forma sistematica e su base permanente che assicuri un flusso tempestivo verso il SML su tutti gli aspetti più rilevanti per le finalità del servizio.

La produzione e il reperimento di informazioni scientifiche è un tipico compito di un Istituto di prevenzione nei luoghi di lavoro o di un analogo centro di documentazione. Ciò dovrebbe essere organizzato in modo che vengano tenuti in particolare considerazione i problemi di prevenzione dei differenti settori dell'economia e i problemi pratici che si verificano nel concreto della vita lavorativa.

Potrebbe essere necessario che da parte dell'Ufficio europeo dell'OMS

vengano preparate linee guida per la organizzazione di sistemi informativi a livello nazionale e a livello di singola azienda e l'Ufficio dovrebbe anche continuare i suoi sforzi per armonizzare i sistemi informativi nazionali nelle aree più importanti per la prevenzione nei luoghi di lavoro.

13.2 Consulenza di esperti

Solo le unità di prevenzione nei luoghi di lavoro più grandi sono autosufficienti per tutti i tipi di attività del servizio, mentre la maggior parte delle unità per realizzare propriamente tutti i compiti hanno bisogno del supporto di esperti esterni. Questo supporto di consulenza esterna potrebbe essere un supporto informativo, di ricerca e di formazione ma anche essere utilizzato per completare l'arco delle competenze del personale del servizio. Le aree di competenza che più frequentemente sono necessario sono diverse e vanno dall'igiene alla tossicologia, psicologia, fisiologia, analisi di sicurezza, prevenzione tecnica e tecnologie di controllo, ergonomia, etc. Per risolvere il problema del supporto esterno sono possibili numerose soluzioni, ma la più frequente è quella di un Istituto nazionale per la prevenzione e la sicurezza nei luoghi di lavoro oppure di una rete di istituti di questo genere, come esiste in circa la metà dei paesi europei. In alcuni paesi il supporto di esperti esterni può essere offerto dalle università, da istituzioni di ricerca, da istituzioni della previdenza sociale o da altre unità analoghe così come da consulenti indipendenti.

La diagnosi e particolari trattamenti terapeutici di malattie professionali o correlate con il lavoro possono essere solo in parte realizzate dalle unità periferiche di prevenzione nei luoghi di lavoro. E' necessario, quindi, avere un sistema di riferimento di dipartimenti clinici di medicina del lavoro. A volte sono necessari anche servizi di riabilitazione. Questo supporto nella maggior parte dei paesi è organizzato all'interno della rete degli ospedali generali oppure, negli Istituti di medicina del lavoro. L'accesso a questi servizi di riferimento dovrebbe essere possibile per tutti i SML.

La Riunione ha trovato giusto sottolineare l'importanza di rafforzare l'organizzazione di servizi di supporto esterno, il cui bisogno è evidente, soprattutto per i SML più piccoli. Il supporto dovrebbe essere organizzato e rafforzato in ogni paese e dovrebbe essere realizzabile pur mantenendo una flessibilità nella scelta del modello più appropriato alle circostanze e ai bisogni locali e nazionali.

14. APPROCCIO ORIZZONTALE NEI SERVIZI DI PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO

La partecipazione delle parti sociali, lavoratori e datori di lavoro, nella pianificazione, realizzazione e valutazione dei servizi offre una importante risorsa per la realizzazione e per il futuro sviluppo dei SML. Tale partecipazione a livello orizzontale è anche organizzata al fine di assicurare la comunicazione delle informazioni dal servizio al posto di lavoro e viceversa. Una informazione efficace e le condizioni per una reale partecipazione facilitano la realizzazione delle azioni preventive e di controllo avviate dai SML. Anche la valutazione effettuata dai gruppi serviti o dagli utenti dei SML può fornire una guida valida a ulteriori sviluppi dei servizi stessi.

La realizzazione del principio della partecipazione è facilmente possibile nei servizi d'azienda, nei servizi di gruppo e nei servizi orientati per comparto mentre potrebbe essere più complicato nel caso dei servizi di tipo esterno. Alcuni paesi hanno predisposto speciali forme di partecipazione anche nelle piccole industrie organizzando Comitati regionali tripartiti per i SML. L'accettazione dei principi di partecipazione e la attiva partecipazione dei datori di lavoro e dei lavoratori nella realizzazione degli SML sono aspetti chiave in ordine all'accettazione dei programmi degli SML in generale e perciò cruciali per la efficacia complessiva del servizio. Nei programmi di formazione degli operatori dovrebbero essere compresi anche i temi della partecipazione.

15. VALUTAZIONE

La valutazione negli SML serve per verificare diversi elementi dei servizi, come per esempio: l'adeguatezza, la rilevanza, la produttività, la efficacia teorica e pratica del servizio e la qualità tecnico-scientifica dei metodi. La valutazione è stata considerata un fattore importante per lo sviluppo dei servizi, per identificare modelli più economici ed efficaci per la offerta di prestazioni e per assicurare l'efficacia pratica delle operazioni di controllo e di prevenzione dei rischi per la salute e nel campo della sicurezza. Le linee guida dell'OMS per la valutazione dei programmi sanitari in generale e per la valutazione dei SML sono state ritenute dalla Riunione tuttora valide. È stato sottolineato che i progetti di prevenzione nei luoghi di lavoro, a tutti i livelli, dovrebbero essere definiti in modo tale da rendere possibile la loro valutazione. La Riunione ha ritenuto che il modello per la progettazione qui proposto rende possibile la valutazione se gli obiettivi e i prodotti del SML sono stati indicati nello schema di attività. D'altra parte la preparazione di linee guida per la valutazione pratica, a livello di azienda, del SML è stata considerata auspicabile da parte della Consultazione. Tali linee guida dovrebbero fornire un metodo per la valutazione dei servizi, sufficientemente semplice da poter essere utilizzato nella pratica quotidiana, ed efficace nell'indicare le debolezza e i punti di forza delle singole attività. In aggiunta, appropriate comunità di esperti e istituzioni sono state incoraggiate a rafforzare ulteriormente programmi di ricerca nel campo della valutazione dei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro.

16. CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

La consultazione è stata in grado sulla base delle discussioni fatte, di concludere e raccomandare quanto segue.

16.1 Conclusioni

1) Sulla base del lavoro condotto dall'OIL e dai gruppi di lavoro dell'OMS e sulla base dell'esame dei servizi di igiene e medicina del lavoro condotto dall'Ufficio regionale, i partecipanti hanno preso in considerazione gli argomenti a favore della costituzione di SML e gli elementi per raccomandare uno, o l'altro, o più modelli organizzati dai paesi della regione. I SML sono stati definiti come servizi offerti sul campo, che vengono in contatto diretto con i posti di lavoro e che svolgono attività di consulenza per i lavoratori e per i datori di lavoro.

2) Lo scopo finale di questi servizi è promuovere condizioni nel posto di lavoro che garantiscano il più alto grado di qualità della vita lavorativa proteggendo la salute dei lavoratori, migliorando le loro condizioni fisiche, mentali e di benessere sociale, e prevenendo malattie e infortuni. Per realizzare questo fine sono richieste competenze mediche, di igiene industriale ed altre a queste correlate.

3) Quando l'obiettivo non può essere immediatamente raggiunto le autorità responsabili, congiuntamente ai rappresentanti dei datori di lavoro e dei lavoratori, dovrebbero stabilire, dopo aver preso in considerazione e valutato i problemi e le carenze nella copertura, priorità

per lo sviluppo. Gruppi poco serviti possono essere diversi nei vari paesi e possono comprendere immigrati, lavoratori che svolgono lavoro a turni e coloro che svolgono attività in orari irregolari, così come coloro che lavorano nelle piccole industrie.

4) Il compito del SML potrebbe essere descritto come caratterizzato da quattro fasi: l'analisi e la stima del problema, la progettazione dell'attività, la realizzazione e la valutazione. I partecipanti hanno trovato che un approccio semplice potrebbe essere il più efficace nel definire le attività necessario nelle situazioni locali. Le attività potrebbero essere impostate sulla base delle 4 fasi operative citate sopra, mentre 5 sono sostanzialmente le funzioni principali: la prevenzione delle patologie correlate con il lavoro; le attività per la collocazione dei lavoratori (con valutazione di idoneità); il pronto soccorso; la promozione generale della salute; e la assicurazione di condizioni di lavoro confortevoli e appropriate sul piano igienico. Schemi di fattibilità delle attività possono essere predisposti per specificare quali devono essere realizzate per prime, i metodi e le competenze necessarie e i risultati attesi. Tali schemi sono anche una base valida per realizzare programmi operativi per valutare i servizi.

5) Un approccio multidisciplinare è la migliore strada per rispondere alla domanda di conoscenze, competenze e risorse necessario a realizzare le attività dei SML. Il bagaglio formativo degli operatori dovrebbe teoricamente comprendere diverse discipline nel campo bio-medico, igienistico, tecnico e delle scienze del comportamento.

6) I partecipanti si sono trovati d'accordo sulla necessità di una rete di servizi di supporto a livello provinciale, regionale e nazionale. Tale rete può agire sia come strumento per distribuire conoscenze (fornendo informazioni formali e istruzioni) e sia come un sistema con funzioni specializzate ai livelli centrali. Sebbene tale rete sia particolarmente utile per le unità più piccole, gli operatori di tali unità dovrebbero tuttavia avere una varietà di competenze. Anche nelle unità più piccole, quindi, dovrebbero esserci operatori con un bagaglio nel campo igienistico, biomedico o tecnico.

7) I partecipanti hanno messo in evidenza la necessità di disporre di una struttura per la formazione nel campo della prevenzione nei luoghi di lavoro; essa dovrebbe essere parte integrante della formazione nella scuola a livello universitario per tutte le professioni coinvolte nelle attività dei SML; programmi di formazione post-universitari devono essere orientati a fornire indicazioni per la realizzazione di attività sul campo, con periodi di aggiornamento pratico. La responsabilità di organizzare programmi formativi spetta a strutture educative nazionali, ma programmi di formazione continua dovrebbero essere realizzati in stretta cooperazione con Istituti nazionali per la prevenzione e la sicurezza nei luoghi di lavoro.

8) E' risultato chiaro che i servizi non possono essere costituiti sulla

base di un unico modello organizzativo. Cinque modelli sono stati presi in considerazione e sono stati discussi i vantaggi e gli svantaggi di ognuno. Le diversità nelle esperienze realizzate nei vari paesi nell'applicazione di questi modelli sono state spiegate in parte dalle differenze esistenti nella struttura delle aziende e nella infrastruttura dei servizi sanitari nazionali e previdenziali. Offrire servizi per molte piccole disperse industrie normalmente presenta un grande problema per ogni tipo di SML, e una rete di supporto è assolutamente necessaria se le unità debbono offrire servizi che vanno al di là della sola prevenzione e del pronto soccorso.

9) La valutazione e la revisione di qualità offre un valido strumento per lo sviluppo ulteriore dei SML e per identificare modelli più economici e più efficaci di offerta di servizi. La metodologia proposta durante le precedenti riunioni dell'OMS è stata trovata dal Gruppo ancora valida. I modelli di servizio proposti all'attuale Consultazione definiscono gli obiettivi e le funzioni dei servizi in modo da rendere la valutazione possibile.

16.2 Raccomandazioni

1) Ogni paese dovrebbe stabilire una politica e un piano per lo sviluppo dei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro, secondo le guide fornite dall'OIL nella Convenzione n. 161 e dalla Strategia della Regione europea per la salute per tutti nell'anno 2000, in modo da assicurare la gestione e il controllo dei problemi di salute negli ambienti di lavoro derivanti dalle rapide modificazioni nella vita lavorativa. Poiché i SML hanno un importante impatto sul complessivo sviluppo sociale ed economico del paese, ad essi dovrebbe essere data priorità nella definizione delle politiche sanitarie e sociali.

2) Per valutare le soluzioni organizzative presenti e future si dovrebbero usare modelli funzionali che mettano in correlazione scopi, funzioni e competenze. I SML sono offerti sul campo; una rete di supporto è richiesta per le unità più piccole. La rete deve essere costruita a diversi livelli per servire tutte le unità fornendo documentazione, istruzioni, e altri servizi. La conoscenza teorica deve essere trasformata in strumenti pratici per la prevenzione e il controllo dei fattori di rischio presenti nei posti di lavoro.

3) Nello stabilire i programmi del SML dovrebbe essere data priorità alle strategie di prevenzione rivolte all'ambiente di lavoro e ai lavoratori. Tali strategie dovrebbero essere basate sui metodi più efficaci e praticabili della medicina del lavoro, dell'igiene industriale, della tecnologia di sicurezza e della psicologia del lavoro.

4) La copertura dei servizi dovrebbe essere espansa in modo da includere tutti coloro che prendono parte alla vita lavorativa. Quando ciò non può essere possibile, la rete dei servizi dovrebbe essere progressivamente sviluppata dando priorità ai lavoratori a più alto rischio e meno serviti, come quelli che lavorano nelle piccole industrie e nell'agricoltura, e i lavoratori autonomi. Si dovrebbe anche porre attenzione allo sviluppo di servizi per lavoratori immigrati, anziani e per i lavoratori adolescenti.

5) Un servizio ottimale di prevenzione nei luoghi di lavoro dovrebbe avere uno scopo di tipo comprensivo, comprendente sia attività di prevenzione che di cura delle patologie professionali e di quelle correlate con il lavoro, e comprendendo anche la protezione e il miglioramento delle condizioni di salute generali, mentali e fisiche, del lavoratore di oggi e di domani. Nel caso ciò non fosse possibile, si dovrebbe comunque prevedere un piano di sviluppo, assicurando almeno una base minima di attività di tipo preventivo e di pronto soccorso.

6) Gli operatori dei SML dovrebbero possibilmente essere di diverso profilo professionale, essere a tempo pieno e adeguatamente addestrati per il loro compito. Un approccio multidisciplinare richiede, almeno, la presenza di un medico, un igienista, un esperto in problemi di sicurezza e uno psicologo. Quando è il caso, anche altre professionalità potrebbero essere necessarie.

7) Con l'aiuto degli Istituti di igiene e medicina del lavoro, o in altro modo, si dovrebbe organizzare un adeguato sistema di supporto tecnico ai SML nel campo della ricerca, della formazione, dell'informazione, e per prestazioni di tipo analitico o diagnostico. Una particolare organizzazione dovrebbe essere prevista per quei servizi che si occupano delle piccole aziende e dei lavoratori autonomi.

8) Parte integrale del processo di progettazione e finanziamento dei programmi di salute dei lavoratori di ogni servizio dovrebbe essere la fase di valutazione. Si dovrebbero inoltre incoraggiare studi nel campo della ricerca valutativa sui servizi sanitari.

Allegato 1 - Attività dei servizi di igiene e medicina del lavoro

A. Valutazione dei bisogni di un SML, identificazione dei fattori di rischio, stima e valutazione del rischio

Attività/compito	Metodo/Competenza	Oggetto della attività	Prodotto/effetto	Operatore	Osservazioni
1. Orientamento preliminare in azienda	Esame dei dati generali sulla produzione, sul ciclo lavorativo, sulla organizzazione del lavoro, sulla forza lavoro, sul profilo di rischio del comparto, questionari, interviste	Intero comparto e intera azienda	Censimento generale dei fattori di rischio e dei problemi della azienda	mdl inf ig ind psic	Preferibile gruppo multidisciplinare
2. Sorveglianza sull'ambiente di lavoro	Sopralluogo, misure ambientali, analisi ergonomica, studio psicologico	Ambiente di lavoro fisico, organizzazione del lavoro, aspetti speciali del lavoro	Identificazione dei fattori di rischio, dei rischi e dei problemi	ig ind mdl inf psic	Preferibile gruppo multidisciplinare
3. Stima dei problemi di salute e dei rischi	Analisi dei risultati della sorveglianza, esame dei case-report e dei dati epidemiologici, analisi dei registri aziendali, confronto con standard	Dati e informazioni raccolti nelle tappe 1 e 2, informazione generale di riferimento sulla salute dei lavoratori	Stima del rischio ai livelli di esposizione osservati, identificazione di gruppi ad alto rischio, scelta di priorità tra i problemi	mdl inf ig ind psic ing sic	Il medico effettua la stima del rischio per la salute

Nota: mdl (medico del lavoro), inf (infermiere), ig ind (igienista industriale), ing sic (ingegnere della sicurezza), psic (psicologo), ergon (ergonomo)

B. Attività di tipo preventivo orientate all'ambiente di lavoro

Attività/compito	Metodo/Competenza	Oggetto della attività	Prodotto/effetto	Operatore	Osservazioni
4. Sorveglianza sulle mense, servizi igienici, strutture e situazione igienica generale	Metodi di sorveglianza generale delle condizioni di igiene	Strutture sociali e igieniche	Ambiente di lavoro e strutture accettabili sotto il profilo igienico	mdl inf ig ind	
5. Diffusione della informazione sui fattori di rischio e sui rischi per la salute	Relazioni, informazione sanitaria, educazione alla salute, consulenze individuali ai lavoratori e ai dirigenti	Dirigenti e preposti, lavoratori e delegati	Consapevolezza dei rischi e dei problemi prioritari di salute nei luoghi di lavoro, decisioni sulle politiche di prevenzione, modifiche dei comportamenti	mdl inf ig ind psic	Tenere in conto la riservatezza sui dati sanitari individuali
6. Iniziative per prevenire e controllare i fattori di rischio per la salute	Tecnologie per la prevenzione, ergonomia, psicologia, misure di sicurezza, educazione a pratiche di lavoro sicure, consulenza per l'uso di mezzi di protezione	Dirigenti, delegati alla sicurezza, membri dei Comitati per l'igiene e la sicurezza	Riduzione o eliminazione delle esposizioni pericolose, dell'eccessivo sforzo fisico, dello stress psichico, migliore organizzazione del lavoro	mdl inf ig ind psic ing sic	Iniziativa per produrre materiali scritti e per registrare dati nei sistemi informativi aziendali
7. Consulenza nella progettazione e nel disegno dei posti di lavoro	Consulazioni per fornire criteri basati su elementi di salute per progettisti e dirigenti di azienda	Dirigenti, progettisti, costruttori, lavoratori e delegati	Ambienti di lavoro ben progettati e organizzazione del lavoro corretta sotto il profilo ergonomico	mdl ig ind psic ing sic	Richiede riunioni con Comitati per la sicurezza e l'igiene del lavoro

C. Attività di tipo preventivo orientate al lavoratore

Attività/compito	Metodo/Competenza	Oggetto della attività	Prodotto/effetto	Operatore	Osservazioni
8. Sorveglianza sulla salute dei lavoratori	Visite mediche di idoneità generale, d'idoneità specifica, periodiche mirate, visite ai lavoratori pensionati, monitoraggio biologico, diagnosi precoce, raccolta di dati sugli effetti	Lavoratore	Diagnosi precoce di effetti nocivi, di patologie professionali, monitoraggio della efficacia di misure di prevenzione e controllo	mdl inf psic	Riservatezza dei dati sanitari individuali raccolti. Notifica casi di patologia professionale ai reparti ospedalieri
9. Adattamento del lavoro al lavoratore	Esame dei carichi richiesti dal lavoro, esame delle capacità di lavoro fisica e psicologica	Ambiente di lavoro fisico, organizzazione del lavoro, supporti tecnici specifici, lavoratore	Identificazione dei bisogni di adattamento, adattamento del lavoro, del posto di lavoro e della organizzazione del lavoro alle capacità di ognuno, collocamento appropriato del lavoratore	mdl inf psic ergon ing sic	Richiede riunioni e discussioni all'interno del Comitato per l'igiene e la sicurezza del lavoro
10. Protezione particolare per gruppi particolarmente vulnerabili	Esame della suscettibilità individuale, iniziative mirate di informazione ed educazione alla salute, misure specifiche di adattamento, riabilitazione e supporto	Singoli lavoratori, ambienti di lavoro	Collocamento appropriato di lavoratori particolarmente vulnerabili, protezione e supporto appropriato per soggetti iper-suscettibili, sorveglianza sanitaria di tali lavoratori	mdl inf psic ergon ing sic	Richiede riunioni nel Comitato per l'igiene e la sicurezza

segue C. Attività di tipo preventivo orientate al lavoratore

<i>Attività/compiuto</i>	<i>Metodo/Competenza</i>	<i>Oggetto della attività</i>	<i>Prodotto/effetto</i>	<i>Operatore</i>	<i>Osservazioni</i>
11. Educazione e promozione della salute	Interventi specifici, corsi, seminari, etc. per la promozione della salute, programmi di educazione alla salute	Dirigenti, lavoratori, delegati	Cambiamenti nelle pratiche di lavoro, nei comportamenti e negli stili di vita	mdl inf psic	
12. Servizi di prevenzione generale	Offerta di servizi di tipo preventivo quali le vaccinazioni, partecipazione a campagne pubbliche su temi sanitari, programmi di igiene ambientale	Lavoratori, dirigenti, intera azienda	Rapido accesso ai servizi di prevenzione generale. Coordinamento con i programmi di sanità pubblica e igiene ambientale	mdl inf	

segue C. Attività di tipo preventivo orientate al lavoratore

<i>Attività/compiuto</i>	<i>Metodo/Competenza</i>	<i>Oggetto della attività</i>	<i>Prodotto/effetto</i>	<i>Operatore</i>	<i>Osservazioni</i>
11. Educazione e promozione della salute	Interventi specifici, corsi, seminari, etc. per la promozione della salute, programmi di educazione alla salute	Dirigenti, lavoratori, delegati	Cambiamenti nelle pratiche di lavoro, nei comportamenti e negli stili di vita	mdl inf psic	
12. Servizi di prevenzione generale	Offerta di servizi di tipo preventivo quali le vaccinazioni, partecipazione a campagne pubbliche su temi sanitari, programmi di igiene ambientale	Lavoratori, dirigenti, intera azienda	Rapido accesso ai servizi di prevenzione generale. Coordinamento con i programmi di sanità pubblica e igiene ambientale	mdl inf	

D. Attività terapeutiche

Attività/compi	Metodo/Competenza	Oggetto della attività	Prodotto/effetto	Operatore	Osservazioni
13. Diagnosi e cura delle patologie professionali e di quelle correlate col lavoro	Sorveglianza sanitaria e monitoraggio biologico di gruppi ad alto rischio, rapporti con reparti specializzati di medicina del lavoro	Lavoratore	Diagnosi precoce e cura di patologie professionali, informazioni di ritorno sui fattori di rischio esistenti nei posti di lavoro in modo da avviare azioni di tipo preventivo, registrazione di dati sulle patologie professionali	mdl inf	
14. Riabilitazione precoce	Identificazione dei bisogni di riabilitazione, misure specifiche di riabilitazione	Lavoratore	Mantenuta capacità di lavoro e riduzione dell'assenteismo per malattia	mdl inf	
15. Diagnosi e cura delle malattie comuni	Attività ambulatoriale a livello di medicina di base	Lavoratore	Rapido e facile accesso ai servizi ambulatoriali, risparmio di tempo di lavoro, informazione sulle condizioni generali di salute dei lavoratori, osservazioni sui rapporti tra condizioni di lavoro e salute	mdl inf	Da organizzare dove risulta appropriato
16. Organizzazione, realizzazione e aggiornamento nel pronto soccorso e preparazione delle risposte in caso di emergenza	Preparazione di un progetto di pronto soccorso e d'intervento di emergenza, organizzazione dei kit delle attrezzature per il pronto soccorso, formazione per il primo soccorso, organizzazione dei rapporti con le unità di intervento sanitario e non in condizioni di emergenza	Incaricati del pronto soccorso e degli interventi in caso di emergenza, dirigenti, lavoratori e delegati, operatori di riferimento negli altri gruppi per l'emergenza	Appropriate strutture e ben organizzati e addestrati gruppi per il pronto soccorso, ben pianificata azione di risposta alle emergenze	mdl inf ig ind ing sic	I progetti dovrebbero essere coordinati con quelli preparati a livello della comunità esterna

E. Collaborazione

<i>Attività/compito</i>	<i>Metodo/Competenza</i>	<i>Oggetto della attività</i>	<i>Prodotto/effetto</i>	<i>Operatore</i>	<i>Osservazioni</i>
<p>17. Collaborazione con altri importanti servizi e partner dentro e fuori l'azienda</p>	<p>Predisposizione di rapporti di collaborazione regolari e loro mantenimento attraverso la sistematica organizzazione di incontri</p>	<p>Datori di lavoro, dirigenti, lavoratori, sindacalisti, addetti alla sicurezza, amministrativi, operatori dei servizi sanitari, degli ospedali, dei servizi di igiene ambientale</p>	<p>Buoni rapporti di collaborazione in specifiche situazioni</p>	<p>mdl inf ig ind psic ing sic</p>	

F. Sistemi informativi, ricerca, valutazione

<i>Attività/compi</i>	<i>Metodo/Competenza</i>	<i>Oggetto della attività</i>	<i>Prodotto/effetto</i>	<i>Operatore</i>	<i>Osservazioni</i>
18. Raccolta e registrazione di dati nel campo della prevenzione nei luoghi di lavoro	Raccolta e registrazione sistematica dei risultati della sorveglianza degli ambienti di lavoro e sanitaria e dei dati sulle patologie professionali e sugli infortuni	Tutti i dati accumulati o compilati specificamente dal SML	Informazione sistematica e analizzata sulla situazione di igiene e sicurezza dell'azienda, valutazioni di efficacia delle iniziative intraprese	mdl inf ig ind ing sic	
19. Attività di ricerca	Partecipazione o diretta realizzazione indipendente di programmi di ricerca nel campo dell'igiene ambientale, dell'epidemiologia, della medicina del lavoro, della tossicologia, etc.	In base agli specifici progetti	Nuove conoscenze sulle relazioni tra condizioni di lavoro e salute e sulla fattibilità, efficacia ed efficienza della loro prevenzione	mdl ig ind psic ing sic	
20. Monitoraggio e valutazione delle attività del SML	Questionari, interviste, analisi di dati sulle attività di sorveglianza, sulle statistiche relative alle patologie professionali e agli infortuni				

ELENCO PARTECIPANTI

Consulenti temporanei

Dr Liliana Artieda, Institute of Public Health, Government of Navarra, Pamplona, Spain

Dr Marco Biocca Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy

Dr J.T. Carter, Health & Safety Executive, London, United Kingdom

Dr M. Hartung, Institut für Arbeits-und Sozialmedizin, Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Federal Republic of Germany

Professor J. Induiski, Director Institute of Occupational Medicine, Lodz, Poland

Professor F. Kalayanova, Institute of Hygiene and Occupational Health, Sofia, Bulgaria

Professor Guler Kanra, Institute of Child Health, Hacettepe University, Ankara, Turkey

Professor A. Korbakova, Institute of Industrial Hygiene and Occupational Health of the Academy of Medical Sciences of the USSR, Moscow, USSR

Professor H. Kreibich, Director Zentralinstitut für Arbeitsmedizin der DDR, Berlin, German Democratic Republic

Professor J.H. Rantanen Director-General Institute of Occupational Health, Helsinki, Finland

Dr O. svane, Labour Inspectorate Arbejdstilsynet, Copenhagen, Denmark

Dr A. Vassallo, Government of the Republic of Malta, Department of Health, Valletta, Malta

Osservatori

Dr M. Lamberg, Finnish National Board of Health, Helsinki

Dr V. Parvi, National Board of Labour Protection, Tampere

Ufficio regionale europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità

Dr F. La Ferla, Chief technical Adviser

Dr M. Mikheev, Consultant, Occupational Health

Dr S. Tarkowski, Director, Environment and Health

Mrs B. Havn, Secretary, Occupational Health