

Dalla prevenzione imposta alla prevenzione partecipata: un modello applicativo nel comparto del mobile imbottito

G. DI LEONE, G. TRANI, S. FALCO, ROSSELLA ATTIMONELLI*, M. CARINO, D. LAGRAVINESE

Medicina del Lavoro, Dipartimento di Prevenzione, ASL Bari

* INAIL, Direzione Regionale Puglia

KEY WORDS

Prevention program; musculoskeletal disorders; upholstered furniture industry

SUMMARY

«*From mandatory to participatory prevention: a model applied to the upholstered furniture industry*». **Background:** *The Italian 2006-2008 National Health Plan emphasizes synergy and cooperation between the agencies formally involved in the prevention of occupational risks, in agreement with social partners. The so-called 'triangle of the sofa industry' is an interregional geographic area south-west of Bari, Italy. In 2003 this area produced 16% of the world-wide upholstered furniture output, with more than 500 plants of varying size.* **Objective:** *The aim was to set up a network of communication and cooperation between the competent Agencies and Regions in order to address the rising trend of upper limb work-related musculoskeletal disorders.* **Methods:** *The first step of the National Health Service Unit in Bari was to assess risk via a Ministerial research project and implement various information campaigns involving institutions, occupational physicians, private companies and public opinion. In a subsequent phase a synergy between the local Department of Prevention of the different Regions, the Italian Institute for Insurance Occupational Accidents and Disease (INAIL), the trade unions and the upholstered furniture industry Association was established.* **Results and Conclusions:** *New joint experimental projects (cutting tools, ergonomic table for assemblers, instruments for isokinetic evaluation) were launched together with training programmes for management, safety technicians and workers. This kind of 'participatory prevention' is more appropriate for the goal of a collaborative effort in order to assist the companies, which is a modern interpretation of the mission of public health prevention operators.*

RIASSUNTO

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 chiarisce che fondamentale è la sinergia e la collaborazione tra i numerosi soggetti istituzionali che concorrono alla prevenzione dei rischi e dei danni da lavoro, attivando azioni il più possibile congiunte ed integrate non solo tra le istituzioni ma anche in accordo con le parti sociali. Il territorio della provincia a sud-ovest di Bari è inserito nel cosiddetto 'triangolo del salotto', un'area interregionale che comprende le Province di Bari, Taranto e Matera. Nel 2003 in questo territorio veniva realizzato il 16% della produzione mondiale di mobili imbottiti, essendovi comprese oltre cinquecento aziende di varie dimensioni. Lo scopo era quello di creare una rete di comunicazione e di collaborazione tra enti e regioni per far fronte all'evidenza del rischio lavorativo emergente di questo comparto: le patologie indotte dai movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori. Il primo

Pervenuto il 22.1.2008 - Accettato il 24.2.2008

Corrispondenza: Dr. Giorgio Di Leone, SPESAL AUSL BA, V. Vittime di V. Fani, 70021 Acquaviva delle Fonti (Bari) -

Tel. 080 3077022 - E-mail: spesal.AUSLBA3@libero.it

livello di intervento dell'ASL provinciale di Bari è stato dedicato alla migliore conoscenza della problematica, attraverso la realizzazione di diverse iniziative (ricerca finalizzata ministeriale) che hanno coinvolto operatori pubblici, medici competenti, operatori del comparto, opinione pubblica. Nel secondo livello i risultati dello studio ministeriale sono stati resi disponibili per il comparto produttivo e sono state chiarite le problematiche emerse e discusse le possibili soluzioni. In una terza fase si è attivata una strategia alla ricerca di opportune sinergie tra soggetti istituzionali che ha visto la pronta adesione del Dipartimento di Prevenzione della ASL di Matera e dell'INAIL di Puglia e Basilicata, delle principali sigle sindacali, dell'Assindustria di Puglia e Basilicata e del Distretto del salotto. Sono stati sviluppati programmi comuni di sperimentazione (nuova taglierina per taglio pelli, nuovo tavolo per assemblatori, strumento per valutazione isocinetica), formazione per management, quadri intermedi, RSPP, SPP, RLS e operatori. Si ottiene in tale maniera il raggiungimento di quel mandato di 'assistenza alle aziende e di integrazione della prevenzione imposta con la prevenzione partecipata' che divengono sempre più gli obiettivi per una moderna interpretazione della funzione degli operatori pubblici della prevenzione.

INTRODUZIONE

Nonostante i dati degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali si mantengano costantemente preoccupanti, continuano da più parti a sollevarsi perplessità circa gli adempimenti imposti dalla vigente normativa finalizzati ad un miglioramento del "sistema sicurezza aziendale". Viene richiesta da più parti l'avvio di una strategia di semplificazione di questi adempimenti, troppo spesso basata non già sui reali rischi esistenti in azienda, bensì sulle dimensioni della stessa e quindi sulle possibilità culturali, ancor prima che economiche, di farvi fronte realmente e compiutamente.

Le critiche di scarsa incisività sollevate nei confronti del sistema avviato con il recepimento delle direttive europee si sono dovute confrontare con l'esito del "Monitoraggio sull'applicazione del D. Lgs. 626/94", voluto dal Coordinamento delle Regioni (7). Questa indagine, che ha visti impegnati i Servizi Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro delle AUSL di tutte le Regioni italiane, ha confermato l'efficacia degli interventi imposti al mondo produttivo, evidenziando peraltro come i principali punti deboli della organizzazione aziendale rimangono tutt'ora: a) l'attività di formazione b) la programmazione degli interventi c) la definizione di corrette procedure di sicurezza.

Troppo spesso si sente parlare di scarse risorse a disposizione del mondo produttivo da investire nella prevenzione (concetto ovviamente non condizionale già in termini di principio): le risorse esisto-

no, ma di sovente sono impiegate non adeguatamente, per interventi superficiali.

A fronte del tentativo, a suo tempo fortunatamente fallito, di emanare un Testo Unico le cui uniche parole d'ordine sembravano essere "semplificazione e depenalizzazione", nuove operatività sono attese da un più adeguato decreto attuativo.

Gli Organi di Vigilanza e gli operatori dei Servizi Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro delle AUSL in particolare, dimenticando di essere inseriti all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione del Servizio Sanitario Nazionale, risultano talvolta esclusivamente aderenti alla funzione di vigilanza (retaggio dell'impostazione voluta dai decreti pubblicati intorno alla metà del secolo scorso), anche perché a ciò spinti da un notevole carico di lavoro richiesto dalle Procure della Repubblica (a fronte di organici diffusamente insufficienti). Gli operatori pubblici si sono così talora adeguati ad una routine di attività di vigilanza (per quanto necessaria, oltre che istituzionalmente delegata), trascurando gli importanti obiettivi dell'assistenza alle imprese e della informazione/formazione, in ciò probabilmente spinti anche dalla naturale diffidenza che il mondo produttivo nutre nei loro confronti.

In questo contesto devono essere inseriti i ripetuti e ormai frequenti richiami, facilmente reperibili in numerosi Piani Sanitari Regionali e nei Piani Regionali della Prevenzione, ad una sempre maggiore integrazione della prevenzione imposta con la prevenzione partecipata, oltre che all'integrazione

della prevenzione basata sul controllo degli oggetti con la prevenzione basata sul controllo dei processi.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 chiarisce inoltre che "... fondamentale è ... la sinergia e la collaborazione tra i numerosi soggetti istituzionali che concorrono alla prevenzione dei rischi e dei danni da lavoro, evitando duplicazione e sovrapposizione di competenze e, al contrario, attuando azioni il più possibile congiunte ed integrate non solo tra le istituzioni ma anche in accordo con le parti sociali". Il citato Piano Sanitario Nazionale individua quindi, tra gli altri, l'obiettivo di raggiungere il miglioramento della "... efficacia degli strumenti di integrazione tra pubbliche amministrazioni a partire dagli strumenti previsti dalle attuali normative", chiarendo che "relativamente alle azioni di prevenzione occorre, tra l'altro: sviluppare azioni per la promozione della responsabilità sociale delle imprese per favorire l'integrazione della salute e sicurezza del lavoro nei processi di gestione aziendale, sviluppare azioni coordinate per la formazione delle figure della prevenzione, dei datori di lavoro e dei lavoratori, sviluppare un sistema di comunicazione efficace riguardo ai problemi individuati ed alle soluzioni adottate nell'ambito della tutela e promozione della salute nei luoghi di lavoro così come per la promozione di stili di vita sani negli ambienti di lavoro nei riguardi di fumo, alcol e droghe quali possibili cofattori nella genesi degli infortuni, migliorare le condizioni di organizzazione e prestazione del lavoro anche tramite il potenziamento delle consapevolezza e delle capacità/possibilità dei lavoratori di operare attivamente per evitare rischi per la sicurezza, con sviluppo e consolidamento delle iniziative di tipo informativo e formativo tese alla sempre maggiore diffusione della cultura della sicurezza."

PERCORSI E SINERGIE

Per una opportuna valorizzazione delle professionalità presenti sul territorio e con lo scopo dichiarato di giungere alla comune definizione di corrette prassi operative finalizzate ad un innalzamento della qualità delle prestazioni, la AUSL BA ha da tempo avviato un medical audit con i Medici

Competenti che operano nell'area geografica a sud-ovest di Bari.

In occasione di incontri con periodicità mensile, vengono analizzati singoli aspetti dell'attività del Medico Competente non solo alla luce degli adempimenti normativi, ma anche in funzione delle più recenti acquisizioni della letteratura scientifica e si giunge alla definizione e sottoscrizione di documenti riassuntivi condivisi che rappresentano uno standard di riferimento ed un reciproco impegno. Nel corso di questa attività emerge la necessità di un comune aggiornamento professionale in modo da giungere a standard formativi omogenei tra liberi professionisti e operatori pubblici ed inoltre l'opportunità di identificare specifici progetti di comparto.

La conoscenza della realtà produttiva del territorio della AUSL BA ha evidenziato quale comparto particolarmente rilevante nel tessuto socio economico locale quello della produzione del mobile imbottito. Il territorio della provincia a sud-ovest di Bari è infatti inserito nel cosiddetto "triangolo del salotto", un'area interregionale che comprende le Province di Bari, Taranto e Matera. Nel 2003 in questo territorio veniva realizzato il 16% della produzione mondiale di mobili imbottiti, essendovi ricomprese ben 530 aziende di varie dimensioni (per un totale di forza lavorativa pari a 14.000 unità), con un fatturato totale annuo pari a circa 2.200 milioni di euro. Questi dati oggi si sono significativamente modificati in conseguenza della seria crisi che ha dovuto fronteggiare questo comparto produttivo a seguito dell'aggressività dei mercati esteri, ed in particolar modo di quelli orientali. Circa il 60% delle imprese che operavano in questo comparto nel 2003 erano ricomprese nel territorio a sud-ovest della AUSL provinciale di Bari. Il rimanente 40%, costituito peraltro da diverse aziende di medie/grandi dimensioni, è distribuito in provincia di Taranto ed in Basilicata prevalentemente in provincia di Matera.

Il rischio lavorativo emergente in questo comparto è quello relativo alle patologie indotte dai movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori (1-3). Queste affezioni sono attualmente oggetto di particolare attenzione in considerazione dell'esplosivo aumento delle denunce di malattie pro-

fessionali derivanti dall'aumento di frequenza e intensità degli sforzi e dei movimenti ripetitivi indotti dai ritmi di produzione.

Fase 1

Il primo livello di intervento è stato dedicato ad una migliore conoscenza della problematica, attraverso la realizzazione di diverse iniziative di formazione e informazione che hanno coinvolto Medici Competenti, operatori del comparto, opinione pubblica. Sono così stati realizzati corsi di formazione per Medici Competenti e operatori pubblici sulla gestione del rischio ergonomico (movimenti ripetuti degli arti superiori e movimentazione manuale dei carichi), seminari rivolti agli operatori del comparto del mobile imbottito ed un convegno nazionale sulle principali esperienze in ergonomia.

Il Servizio Territoriale di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro della AUSL di Bari, in partnership con l'IRCCS Fondazione Maugeri di Cassano Murge e con l'Unità di Ricerca EPM dell'IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, e con la citata preziosa collaborazione dei Medici Competenti delle aziende del comparto, ha quindi aderito alla finalizzata del Ministero della Salute (BS/11/03) "Patologie e traumi dell'arto superiore da attività lavorativa", con uno studio su larga scala nel comparto del mobile imbottito. I risultati conclusivi di questo studio, che ha complessivamente coinvolto oltre seimila soggetti in trenta aziende che hanno aderito al progetto, sono stati presentati alla comunità scientifica internazionale (ICOH, IEA 2006) e successivamente pubblicati in questo contesto.

I dati ottenuti evidenziano indici di rischio per le patologie indotte dai movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori significativamente elevati in alcune delle mansioni presenti nel comparto del mobile imbottito (assemblatori-tappezzieri, tagliatori, cucitrici, preparatori) (3, 5). Le aziende che hanno collaborato allo studio hanno potuto effettuare la valutazione del rischio ergonomico secondo il metodo OCRA (integrativa del documento di valutazione dei rischi redatto ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 626/94) con l'assistenza di specialisti di settore di consolidata esperienza ed elevato profilo (4, 6).

Fase 2

Successivamente i risultati del progetto ministeriale sono stati resi disponibili per il comparto produttivo, sono state discusse le problematiche emerse e proposte le possibili soluzioni. La conclusione del progetto finalizzato ministeriale non è stata però interpretata come la conclusione dell'intervento nel comparto, non avendo ancora raggiunto il prefissato livello di "assistenza" alle aziende, in particolar modo per le realtà produttive con dimensioni e risorse minori.

Fase 3

In linea con quanto indicato dal citato PSN 2006-2008, nonché dal Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL, Istituto che ai sensi dell'art. 23 D. Lgs. 38/2000 e dell'art. 24 del DPR 626/94 annovera la prevenzione tra i propri compiti istituzionali, è stata attivata una strategia alla ricerca di opportune sinergie tra soggetti istituzionali (Enti e Regioni) che ha visto la pronta e attiva adesione del Dipartimento di Prevenzione della AUSL 4 di Matera e dell'INAIL di Puglia e Basilicata anche con i rispettivi organi tecnici (CONTARP). Questa adesione si è formalizzata, in occasione di un seminario tecnico organizzato dalla AUSL BA, con la sottoscrizione da parte delle Direzioni Generali di questi quattro Enti di un accordo quadro per l'avvio del nuovo progetto. Questa iniziativa ha inoltre ottenuto, in fase preliminare, l'approvazione e l'adesione delle principali sigle sindacali (Fillea CGIL, Filca CISL e Feneal UIL), dell'Assindustria di Puglia - Basilicata e del Distretto del salotto.

L'obiettivo della terza fase del progetto è quello di "assistere" le aziende del comparto nella definizione delle migliori soluzioni tecniche. È così stato avviato un progetto che, nell'arco di un biennio, mira sia al miglioramento delle conoscenze di tutto il personale coinvolto nella gestione del rischio da movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori (attraverso corsi di formazione rivolti a management, quadri intermedi, RLS, RSPP, singoli operatori aggregati per mansione), sia alla sperimentazione e validazione di opportune soluzioni ergonomiche ed organizzative per le mansioni a rischio più elevato.

Le soluzioni così sperimentate e validate (inizialmente grazie alla collaborazione con un limitato numero di aziende del comparto, che hanno dimostrato una maggiore sensibilità e assicurano un più elevato livello di organizzazione) saranno successivamente rese disponibili per le altre aziende del comparto che vi potranno eventualmente accedere, ove dimostrino i requisiti previsti dall'Istituto, utilizzando i finanziamenti all'uopo resi disponibili dall'INAIL. Questo strumento potrebbe consentire inoltre l'accesso ad una riduzione dei premi assicurativi INAIL, qualora venga dimostrato il rispetto degli ulteriori requisiti richiesti.

CONCLUSIONI

Si è così attivato un meccanismo virtuoso che parte dalla piena conoscenza del comparto e del rischio lavorativo correlato e, mediante l'attivazione di opportune sinergie tra Enti ed Istituzioni coinvolte nella promozione della sicurezza sul lavoro, giunge alla definizione di soluzioni tecniche di qualità, allo sviluppo di un sistema a rete di comunicazione efficace ed all'attuazione di adeguati percorsi formativi. Si ottiene in tale maniera proprio il raggiungimento di quel mandato di 'assistenza alle aziende' e di 'integrazione della prevenzione imposta con la prevenzione partecipata' che divengono sempre più gli obiettivi per una moderna interpretazione della funzione degli Operatori Pubblici della Prevenzione.

NO POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE WAS REPORTED

BIBLIOGRAFIA

1. LECLERC A, LANDRE MF, CHASTANG JF, et al: Upper limb disorders in repetitive work. *Scand J Work Environ Health* 2001; 27: 268-278
2. MORSE T, DILLON C, KENTA-BIBI E, et al: Trends in work-related musculoskeletal disorders report by year, type and industrial sector: a capture-recapture analysis. *Am J Ind Med* 2005; 48: 40-49
3. NICOLETTI S, CARINO M, DI LEONE G, e coll: Prevalenza delle patologie da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori negli addetti del comparto del mobile imbottito. *Med Lav* 2008; 99: 271-280
4. NICOLETTI S, CARINO M, DI LEONE G, e coll: Valutazione del rischio da movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori in trenta aziende del comparto del mobile imbottito. *Med Lav* 2008; 99: 262-270
5. NICOLETTI S, CONSONNI D, CARINO M, e coll: Patologia da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori: studio retrospettivo di coorte in tre grandi aziende del comparto del mobile imbottito. *Med Lav* 2008; 99: 281-296
6. OCCHIPINTI E, COLOMBINI D: Repetitive actions and movements of the upper limbs. In Karwowski W (ed): *Handbook of Standards and Guidelines in Ergonomics and Human factors*. Mahwah (New Jersey): Lawrence Erlbaum Associates, 2006: 243-254
7. Rapporto conclusivo del progetto di monitoraggio e controllo dell'applicazione del D.Lgs. 626/94, promosso dal Coordinamento delle Regioni e Province autonome, http://www.epicentro.iss.it/focus/piano_prevenzione/sintesi_626.asp