

Estate 2004

Numero estivo del nostro bollettino informativo. Mentre ci accingiamo a un meritato, anche se breve, riposo registriamo con una certa soddisfazione alcuni fatti. Primo fra tutti la sentenza della Corte Costituzionale del 26 maggio che ha legittimato gli interventi legislativi regionali che hanno abolito molte certificazioni inutili, tra le quali anche il Libretto per gli alimentaristi. Ora si tratta di vedere quanto ci vorrà per estendere a tutto il territorio nazionale questo provvedimento, ma qui viene in soccorso il secondo fatto positivo di questa estate 2004. Ci riferiamo alla decisione del Ministro Sirchia di affidare a Donato Greco, già direttore del Centro Nazionale di Epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità, l'incarico di Direttore del servizio di Prevenzione del Ministero della Salute. Scelta ottima sotto molti punti di vista, ne va dato atto al ministro. Il neo-direttore certamente saprà prendere in mano la situazione creatasi con gli eventi testè descritti ed è auspicabile sappia garantire a livello nazionale, ciò che alcune, virtuose regioni hanno meritoriamente garantito a livello locale. Vorremmo cioè che da Roma partisse l'iniziativa di estendere a tutte le altre regioni la normativa nuova che altrimenti rischia di dividere ancor di più il già diviso paese, anche in tema di diritti alla salute.

La costruzione del numero monografico della nostra rivista "Bollettino SNOP" arrivata al n.63 e dedicata al rischio chimico negli ambienti di lavoro, stenta a completarsi e non certo per colpa dei curatori. Sono i contributi che faticano ad emergere. Che sia anche questo un segno di "crisi" del settore? Certo le reazioni che cogliamo per esempio al riguardo del dossier "Salem", circa le inesistenti prove di efficacia degli accertamenti sanitari per apprendisti aviati al lavoro in settori non a rischio, sono significative. Ci è capitato più volte di essere gentilmente rimproverati, come artefici del lavoro suddetto, per aver causato un danno ai servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro, minacciando di diminuire se non di estinguere proprio quelle attività propriamente sanitarie nei servizi così utili a far apparire importante il lavoro svolto agli occhi dei reggitori delle nostre aziende. Ci dispiace non essere d'accordo, ma nell'alternativa tra essere utili alla salute della collettività ed avere peso "politico" all'interno dell'organizzazione di appartenenza, scegliamo senz'altro la prima alternativa.

In redazione
Claudio Venturelli
Alberto Baldasseroni
Sarah Bernhardt

rivista@snop.it

In questo numero

Un passo avanti	1
Modena Un appuntamento da non mancare	3
Boario Terme Un convegno importante	4
Il Buratto Grosso Patenti di Giorgio Ferigo	5
Sintesi della normativa europea sulle patenti	6
Marketing sociale, azioni di comunità e repressione	7
Abrogato il foglio rosa per i ...suini	7
Ricerca, giornali e web	8



UN PASSO AVANTI

La sentenza della Corte Costituzionale che conferma la legittimità dell'abrogazione del LISA

Il 26 maggio scorso, come ormai certamente noto a tutti i nostri lettori, la Corte Costituzionale, presieduta da Gustavo Zagrebelsky, ha respinto i ricorsi dello Stato contro le leggi di abolizione di vari obblighi certificatori, tra cui il LISA, promulgate nell'ultimo anno da parte delle Regioni Toscana, Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Si tratta di un passo importantissimo nello sviluppo di una strategia di rinnovamento della Sanità Pubblica su basi di rigore scienti-

fico e utilità pratica del proprio agire professionale. Le conseguenze della pronuncia della Consulta si avranno nei prossimi mesi, aprendo il campo ad un ruolo decisamente più attivo da parte dei legislatori regionali in vari campi che sono ancora da "bonificare", ma dando anche spazio a interventi di riordino della materia a carattere nazionale, ora possibili grazie all'avvento alla Direzione della Prevenzione del Ministero della Salute di una persona come



Donato Greco, grande sostenitore delle iniziative di rinnovamento della Sanità Pubblica. Qui di seguito riportiamo alcuni passaggi della sentenza che ci sono parsi tra i più significativi dello spirito nuovo che ha guidato i giudici nel loro verdetto. Per chi vuole accedere al testo completo della sentenza suggeriamo il link a

www.snop.it/webeditor/16/1/cybersnop/cybersno/contribu/igiene/2004/LISA.pdf

Citando le ragioni esposte dalle regioni a sostegno delle proprie posizioni, la sentenza sottolinea che:

“ 5.3. – Quanto alla eliminazione dell'obbligo di dotarsi del “libretto sanitario”, le Regioni Toscana, Lombardia ed Emilia-Romagna sostengono, con analoghe ed ampie argomentazioni, che non esisterebbe il principio fondamentale della materia invocato dall'Avvocatura dello Stato nei ricorsi. Ammesso che l'art. 14 della legge n. 283 del 1962 costituisca un principio fondamentale nella materia all'epoca della sua emanazione, oggi, nel mutato contesto della legislazione, delle modalità di produzione e distribuzione degli alimenti, degli studi e delle concezioni igienico-sanitarie, non lo sarebbe più. Esso, anzi, costituirebbe un residuo normativo privo di giustificazione, in quanto ormai inidoneo a tutelare la salute.

Le norme regionali impugnate, dunque, non farebbero che adeguarsi alle conoscenze scientifiche consolidate che fondano la prevenzione delle malattie trasmissibili attraverso gli alimenti sulla sorveglianza epidemiologica, sull'attività di formazione-educazione alla sicurezza alimentare e sul sistema di controlli basato sull'autocontrollo alla produzione. Infine, la Regione Emilia-Romagna sostiene che, qualora l'art. 14 della legge n. 283 del 1962 fosse ritenuto ancora principio fondamentale della materia, esso sarebbe costituzionalmente illegittimo per violazione dell'art. 32 Cost., in quanto imporrebbe un trattamento sanitario in assenza di qualunque evidenza scientifica sulla sua utilità. Inoltre, esso

violerebbe gli articoli. 32 e 97, primo comma, Cost., perché imporrebbe di impiegare risorse amministrative in attività che non hanno utilità scientifica, impedendo di utilizzare le stesse risorse in modi che meglio assicurino la tutela della salute e il buon andamento dell'amministrazione.”. Un linguaggio che riecheggia quanto da tempo sostenuto dal movimento per una sanità pubblica e una prevenzione basate su prove di efficacia (EBP).

Coclusa la descrizione delle opposte posizioni in campo, i giudici formulano le proprie osservazioni, prima di concludere con la vera e propria sentenza:

“4.2. – L'affermazione che l'art. 14 della legge n. 283 del 1962 esprimerebbe tuttora un principio fondamentale della materia sanitaria, in quanto tale immodificabile dal legislatore regionale, non appare fondata ove si consideri la avvenuta profonda trasformazione della legislazione a tutela della disciplina igienica degli alimenti, anche sulla spinta in tal senso degli organismi scientifici e medici, sulla base dei molti mutamenti conseguenti alle mutate condizioni igieniche e sanitarie dei processi di produzione e commercializzazione dei prodotti alimentari.

Rispetto all'efficacia della prescrizione relativa alla tenuta del libretto sanitario a tutela dell'igiene degli alimenti si è successivamente sviluppato un ampio confronto critico anche a livello scientifico internazionale ed in particolare è stata proposta l'adozione di un nuovo modello di tutela dell'igiene degli alimenti, denominato “Sistema dei punti di controllo critici per l'analisi dei rischi (HACCP)”, caratterizzato da un coinvolgimento attivo degli imprenditori e dei lavoratori interessati nella individuazione dei punti critici e nel loro controllo (anche sulla base di una idonea formazione), pur sempre sotto la vigilanza pubblica.

Queste ed altre sollecitazioni di ordine scientifico sono evidentemente alla base della adozione di due apposite direttive della Comunità europea, recepite dal legislatore nazionale tramite il d.lgs. 26 maggio 1997, n. 155 (Attuazione delle direttive 93/43 CEE e 96/3 CE concernenti l'igiene dei prodotti alimentari): tale disciplina, infatti, tutela l'igiene dei prodotti alimentari in “tutte le fasi successive alla produzione primaria” (si enumerano “la preparazione, la trasformazione, la fabbricazione, il confezionamento, il deposito, il trasporto, la distribuzione, la manipolazione, la vendita o la fornitura, compresa la somministrazione, al consumatore”) mediante l'esplicita adozione del “sistema di analisi dei rischi e di controllo dei punti critici HACCP” (cfr. art. 3). In questa completa riforma del settore non si fa parola della necessità di documentare i controlli periodici sul personale addetto alle diverse fasi a cui si riferisce la normazione, mentre il Capitolo VIII dell'Allegato al citato decreto legislativo contiene alcune disposizioni in tema di igiene personale e di malattia, o sospetta malattia, di coloro che operano nel settore, ed il Capitolo X prescrive che gli addetti alle varie fasi di possibile contatto con gli alimenti siano controllati e formati dai responsabili delle imprese interessate ai prodotti alimentari.” Come dire: prendiamo atto che il mondo cambia, il quadro delle malattie è dinamico, i livelli di igiene crescono, quindi, adeguiamo ai dettami della conoscenza scientifica le norme legislative, senza sofismi o colpevoli ritardi. Ben fatto, verrebbe da dire!!



Modena 13-16 Ottobre

UN APPUNTAMENTO DA NON MANCARE

In vista del 12° Congresso del ICOH Scientific Committee Health Service Research and Evaluation in Occupational Health "Verso un modello multidimensionale nei servizi di salute occupazionale: prova scientifica, consenso sociale, valori umani" che si terrà a Modena dal 13 al 16 Ottobre 2004, abbiamo posto alcune domande al prof. Giuliano Franco, principale organizzatore in Italia dell'iniziativa.

Come si inserisce il congresso di Modena nel dibattito sulla Evidence Based Occupational Health sviluppatosi negli ultimi anni?

Da diversi anni, non molti per la verità, si parla — e si lavora — di Prevenzione Basata sulle Prove di Efficacia (EBP) e il gruppo EBP, oltre alla realizzazione di diversi congressi nazionali, ha al proprio attivo alcuni importanti studi che hanno trovato applicazione nell'abrogazione di norme. Potrei dire che EBP e EBOH sono la stessa cosa: l'obiettivo è quello di studiare l'appropriatezza ossia l'efficacia, anche se i due termini non possono essere considerati sinonimi, delle attività di prevenzione in sanità pubblica. L'EBP è maggiormente orientata alle attività svolte istituzionalmente dai Servizi territoriali (non solo i Servizi di Medicina del Lavoro), mentre l'EBOH è, almeno attualmente, un approccio a valenza teorica che tende a concretizzarsi sotto forma di studi orientati alla dimostrazione scientifica dell'efficacia di interventi in salute occupazionale.

Il Congresso di Modena, che viene ospitato per la prima volta in Italia dopo i recenti workshop e congressi che si sono tenuti in Polonia (Lodz, 2000), in Danimarca (Aarhus, 2001), in Olanda (Amsterdam, 2002) e in Belgio (Ghent, 2003), vuole essere un appuntamento importante, direi di più, un evento che in qualche modo costituirà il palcoscenico per la presentazione di modelli di ricerca delle prove a livello internazionale. E mi fa piacere dire che l'organizzazione dell'evento, inserito nelle manifestazioni di Ambiente & Lavoro, è resa possibile dal supporto, non solo finanziario, della Regione Emilia-Romagna e dei Dipartimenti di Sanità Pubblica dell'Azienda USL di Modena e dell'Azienda USL di Reggio Emilia, a dimostrazione dell'interesse verso questo settore di ricerca, da parte delle istituzioni pubbliche che hanno precise responsabilità di governo in sanità pubblica e, nello specifico, in salute occupazionale.

Qual è, a tuo parere, lo stato degli studi italiani in questo campo?

Se si esclude l'attività del ben noto gruppo EBP, la ricerca nello specifico settore dell'appropriatezza nel settore della salute occupazionale non si può certamente definire all'avanguardia. Questo è tuttavia un aspetto critico anche a livello internazionale. Basti dire solo da pochi anni i ricercatori hanno avvertito l'esigenza di affrontare i temi dell'efficacia. Negli ultimi 3-4 anni tuttavia alcuni centri, soprattutto olandesi, finlandesi e britannici, hanno iniziato ad affrontare il problema in modo sistematico.

Da questo interesse ha preso recentemente avvio un gruppo (Field) della Cochrane Collaboration in Occupational Health che potrà godere della collaborazione e dell'apporto di tutti gli interessati a partecipare a ricerche in questo settore.

Che utilità può trarre un operatore di un servizio di prevenzione (pubblico o aziendale) nel partecipare a questo incontro?

Premesso che l'obiettivo del Congresso è di attrarre l'attenzione di diversi interlocutori (decisori in tema di salute pubblica, clienti e fornitori dei servizi di salute occupazionale, organizzazioni sindacali e rappresentanze dei lavoratori, associazioni datoriali, associazioni professionali di tutte le discipline inerenti la salute occupazionale e l'igiene occupazionale, ricercatori, istituti di assicurazione) non c'è dubbio che gli operatori dei servizi con funzione ispettiva e i professionisti con funzione di medico competente possano avere un più specifico interesse per i temi trattati: aspettative e soddisfazione del cliente, sistema qualità e assicurazione della qualità, sorveglianza sanitaria e accertamenti preventivi, valutazione e gestione del rischio, mantenimento dell'abilità al lavoro, gestione dei problemi di salute mentale, gestione del reinserimento lavorativo, valutazione di processo, output ed outcome, linee guida. La partecipazione è quindi orientata, oltre al mero riconoscimento di crediti ECM, ad esplorare i problemi e le responsabilità delle parti in causa coinvolte nella protezione della salute dei lavoratori, a scoprire vie alternative per fornire servizi evidence-based in accordo alle esigenze, a determinare strategie di successo e metodi di "best practice" dedotti da casi reali e, non da ultimo, a condividere esperienze e consolidare nuove conoscenze.

Che rapporti ci sono tra il comitato ICOH che organizza il convegno e la Cochrane Collaboration, centro motore di tutta la Medicina Basata su Prove di Efficacia?

Il Comitato Scientifico dell'ICOH per la ricerca e la valutazione dei Servizi di Salute Occupazionale ha come primaria missione quella di costituire un network internazionale di collaborazioni nell'ambito dei servizi di salute occupazionale. Per realizzare il proprio scopo il Comitato identifica le aree di priorità per la ricerca e la cooperazione internazionale promuovendo l'organizzazione di eventi scientifici e formativi e costituisce gruppi di lavoro su obiettivi specifici e temi di salute occupazionale. Uno degli ambiti ai quali è rivolta attualmente l'attenzione del Comitato è quello di collaborare all'implementazione delle conoscenze e della ricerca nell'ambito della salute occupazionale e promuovere l'applicazione del metodo della medicina basata sulle prove di efficacia in salute occupazionale. È stato quindi del tutto naturale che il Comitato, nel quale sono rappresentati in larga maggioranza i paesi nordici, si sia rivolto alla Cochrane Collaboration per formalizzare la costituzione di un Cochrane Field in Occupational Health. Il Field, che gode delle risorse

messe a disposizione del ben noto Finnish Institute of Occupational Health, sarà formalmente presentato al Congresso modenese dal suo coordinatore Jos Veerbeek. Attualmente il Field sta muovendo i suoi primi passi, ha registrato le prime attività di ricerca ed è aperto a ogni forma di collaborazione. Confido vivamente che questa iniziativa sia accolta favorevolmente anche a livello nazionale e che qualche operatore italiano aderisca ad essa in modo da contribuire allo sviluppo delle attività all'interno delle iniziative promosse dalla Cochrane Collaboration.

In sintesi, perché è importante orientare maggiori risorse di ricerca e stimolare l'attenzione degli operatori verso i temi dell'efficacia?

Le attività di prevenzione, mi riferisco soprattutto a quelle sanitarie, si sono confrontate con le prove di efficacia con ritardo rispetto a quanto verificatosi nelle altre branche della medicina. Arriverei a dire che siamo ancora all'inizio di un percorso che da un lato dovrà influire sui decisori – ossia su coloro che definiscono le norme- dall'altro dovrà migliorare la pratica di operatori e professionisti. Relativamente all'influenza su decisori: qualche iniziativa ha già avuto successo nel senso che alcune proposte del gruppo EBP hanno portato all'abrogazione di norme che rendevano obbligatorie pratiche obsolete. Del pari sarà importante migliorare la pratica di operatori e professionisti attraverso l'eliminazione di pratiche consuetudinarie e inefficaci e l'adozione di pratiche basate sulle prove scientifiche. Il ritardo della ricerca nel settore, rispetto alle branche specialistiche del settore sanitario, potrà essere colmato solo qualora i decisori individuino necessità di ricerche specifiche su attività presunte inefficaci e qualora operatori, ricercatori e professionisti siano stimolati ad intraprendere studi nel campo della valutazione dei risultati. Ciò che manca, forse, è un po' di coraggio e un atteggiamento innovatore, aperto verso un settore di ricerca molto promettente.

Informazioni

Il Congresso è organizzato da Senaf Srl,
via Michelino 69, 40127 Bologna
Tel. +39.051.503318,
Fax +39.051.505282,
info.bo@senaf.it
www.senaf.it

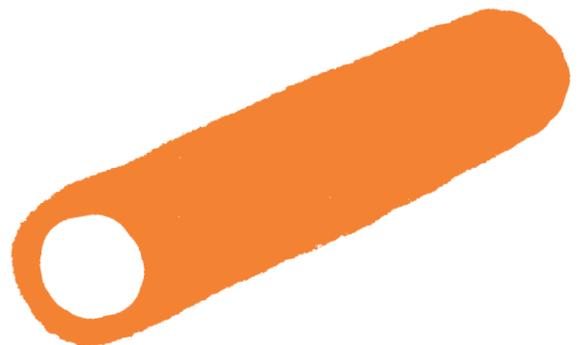
Segreteria Scientifica

R. Ghersi (AUSL Modena)
r.ghersi@ausl.mo.it
A. Franchi (Università di Modena e Reggio Emilia)
ICOH2004@unimo.it
franchi.alberto@policlinico.mo.it

Boario Terme: un convegno importante

Quello che si è svolto a Boario Terme, in Valcamonica, nei giorni 17 e 18 Giugno è stato senz'altro un convegno di rilievo. L'argomento all'ordine del giorno era il bilancio sulle vicende relative agli studi di mortalità effettuati nel corso del decennio trascorso da parte dei colleghi dei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro tra i lavoratori di due importanti aziende della valle la Union Carbide di Forno Allione e la Dolomite di Marone. In entrambi i casi il problema per la salute dei lavoratori era soprattutto legato all'uso, prolungato per molti decenni, di sostanze cancerogene nel ciclo produttivo. Il convegno ha cercato di fare il punto sui diversi aspetti relativi alle evidenze di danni alla salute insorti tra gli addetti, alle cause penali avviate sulla scorta degli studi epidemiologici compiuti, sulle prospettive di risarcimento per i familiari delle numerose vittime. Ma oltre al valore scientifico di per sé notevole (si parlava di condizioni di rischio pesanti, di sostanze del primo gruppo tra i cancerogeni della IARC), il convegno ha coronato degnamente un lungo periodo di sforzi da parte dei colleghi dei servizi di prevenzione per documentare i danni e perseguire i colpevoli di tante sofferenze. Le principali relazioni hanno fatto emergere con chiarezza da una parte la mole di lavoro svolto e dall'altra le difficoltà ambientali, di contesto economico e sociale nelle quali spesso si sono trovati ad operare questi valorosi colleghi. Siria Garattini e Gino Barbieri, tra i principali protagonisti di questo impegno hanno delineato con grande chiarezza tutti gli aspetti del problema e sono anche stati i veri animatori del convegno.

A loro e ai tanti che hanno contribuito anche agli aspetti organizzativi dell'evento, va senz'altro il sentito ringraziamento di chi ha avuto la fortuna di essere presente, godendo il privilegio di un arricchimento sul piano culturale e di un ricostituente tuffo nella storia recente del proprio impegno professionale speso, come del resto quello dei colleghi bresciani, al servizio della salute dei lavoratori.



Patenti: nuova legge

Anche noi dell'EBP – come la Utet, come la Pléiade – abbiamo i nostri classici. Ad esempio, un classico è “La prevenzione in una società complessa” (“SNOP”, 47-48 (1998), pp. 7-11), in cui “il” Valsecchi (come: “il” Manzoni, “lo” Sterne) collocava tra le “attività la cui efficacia è dubbia e non è mai stato verificato il rapporto costi/benefici” anche “la necessità di una visita medica per il rilascio della patente di guida al di sotto di un’età soglia”.

Forse quest’attività di dubbia efficacia è ora eliminabile.

Il 30 settembre 2003 è stato approvato un Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti intitolato: “Disposizioni comunitarie in materia di patenti di guida e recepimento della direttiva 2000/56/CE”. Pubblicato dalla Gazzetta il 15 aprile 2004, è entrato in vigore il giorno dopo.

Questo decreto riporta in allegato III gli adempimenti sanitari per ottenere o rinnovare la patente di guida (dice così: “Norme minime concernenti l’idoneità fisica e mentale per la guida di un veicolo a motore”) e cambia sostanzialmente le regole ora in uso.

Ad esempio: “I candidati [alle patenti A e B] devono essere sottoposti a esami medici se durante l’espletamento delle formalità richieste o durante le prove cui si debbono sottoporre prima di ottenere la patente, risulta (risulta a chi?) che sono colpiti da una o più delle incapacità menzionate nel presente allegato”. (Il corsivo è, ovviamente, mio).

Cosicché, se un tale non risulta (a chi?) colpito da nessuna delle incapacità menzionate, non deve fare la visita medica per il rilascio di patente. La immagino così: il candidato alla patente A e B si presenta in autoscuola o in motorizzazione; dichiara (per iscritto? a voce?) di essere sano come un pesce oppure di essere senza una gamba (e anche si vede) o senza un occhio (si vede anche quello); oppure, durante le prove l’istruttore si accorge che non vede i segnali, che non sente i clacson; dopodiché verrà o non verrà inviato dal medico... La bontà di questo ragionamento sarebbe confermata anche dal successivo punto 6: “Il candidato alla patente di guida dovrà sottoporsi ad esami appropriati per accertare la compatibilità della sua acutezza visiva con la guida dei veicoli a motore. (La lettura dell’ottometro in scuola guida, o all’ispettorato, come fanno in Inghilterra?). Se c’è motivo di dubitare che la sua vista sia adeguata, il candidato dovrà essere esaminato da un’autorità medica competente...”.

Cambiano sostanzialmente anche i parametri di acutezza visiva (5/10 complessivi anziché 5/10 per occhio; e molto d’altro).

E cambiano anche i criteri per l’invio in “Commissione Provinciale Patenti”. Il decreto distingue l’“autorità medica competente” (il medico del Dipartimento?) e il “medico autorizzato” (la Commissione Provinciale?). L’“autorità medica competente” si occupa di minorati della vista, monocoli, sordi, minorati degli arti, epilettici (tutti casi oggi di competenza della Commissione Provinciale). Il “medico autorizzato” si occupa di: portatori di pace-maker, di sofferenti di angina a riposo, di diabetici, di malati neurologici, di ritardati mentali, di turbe della senescenza, di dipendenti da alcool, droghe, medicinali, di dializzati.

Si noti il buon senso che trionfa al punto 8.2: “La patente di guida senza controllo medico regolare può essere rilasciata o rinnovata quando la minorazione [dell’apparato locomotore] si sia stabilizzata” (e non i pleonastici controlli di oggi).

Molto importante, la nota a conclusione dell’allegato IV, che recita: “In base alla sentenza n. 170 del 1984 della Corte Costituzionale, il recepimento delle direttive comunitarie produce l’effetto della disapplicazione delle norme interne con essa in contrasto. Dalla data di entrata in vigore dei decreti di recepimento sono altresì allineate a questi, tutte le norme dell’ordinamento nazionale rientranti nel campo di applicazione delle direttive recepite”. Come dire: l’Italia ha fatto la furba, o la gnorri, con la direttiva CEE del 1991; adesso deve recepire la Direttiva del 2000. (Credo che ci siano state minacce di sanzioni).

E, per quanto ci riguarda: le norme che regolano l’attestato medico oggi in uso (10/10, visita a tutti, invio in commissione dell’amputato di arto, cui la patente viene rinnovata per 5 anni, durata di due anni per l’epilettico, anche se ha avuto una crisi sola in vita sua, eccetera...) in contrasto col decreto 30 settembre sono da disapplicare.

Ad un quesito posto al “Dipartimento dei trasporti terrestri e per i sistemi informativi e statistici”, Direzione generale della motorizzazione e della sicurezza del trasporto terrestre, il direttore, dottoressa Liliana Scarpato, ha risposto: “...si chiarisce che lo stesso [decreto] non ha introdotto alcuna innovazione, per quel che concerne l’accertamento dei requisiti psico-fisici dei conducenti. Infatti, l’allegato III al D.M. 40/T riporta lo stesso testo dell’allegato III al D.M. 8 agosto 1994, con cui era stata recepita la direttiva 91/49/CEE [...]. Di conseguenza, si ribadisce che per l’accertamento dei requisiti psico-fisici per condurre veicoli a motore i sanitari competenti dovranno adottare le stesse procedure utilizzate precedentemente all’entrata in vigore del D.M. 40/T”.

Ma la signora Scarpato trascura due particolari: che le norme contenute nell’allegato III sono oggettivamente in contrasto con le norme ora in uso (in contrasto sui numeri, non sulle opinioni, o sulle interpretazioni; per esempio: 5/10 complessivi è oggettivamente diverso da 10/10 complessivi; 6/10 per il monocolo è oggettivamente diverso dagli 8/10 oggigiorno pretesi...); e trascura quanto riportato nella nota del loro stesso decreto, che rende decaduta la legislazione in contrasto con il loro stesso decreto.

Nessuno sa che fare. La motorizzazione, la prefettura, la regione... Quelli che “estorcono” il denaro a inconsapevoli utenti siamo però noi. Un amico medico legale vorrebbe farsi denunciare da un cliente, o dall’Adiconsum, o da Mi manda Raitre, al fine di ottenere chiarezza (l’amico è un noto masochista).

Un’altra vaga idea è di porre un quesito al Ministero della Salute: dicendo che, se non otteniamo risposta chiarificatrice entro il tot di luglio, dal 1° agosto applichiamo il decreto così come sta. Ma sono, ovviamente, velleità. Si può proporre una legge regionale applicativa? Cosa ne pensate? Cosa proponete? Se ne può discutere? Possiamo tentare un’azione comune?

Insomma: “Che fare?”.

Giorgio Ferigo

Tabella comparativa normative europee sulle patenti

Paese	Prima di prendere la patente	Note	Rinnovi e limiti d'età	Alcoemia consentita mg/ml	morti per miliardo di km. percorsi (media eur. 15,8)
Germania	Non è prevista nessuna visita medica. Si raccomanda a tutti i guidatori di sottomettersi ad esami regolari e volontari; e a tutti i medici di mettere in guardia i loro pazienti sulle circostanze pericolose per la guida	Debbono sottoporsi a valutazione medico-psicologica tutti coloro cui il <i>Führerschein</i> è stato ritirato per guida in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di droghe, per condotta aggressiva o negligente, per manifesto <i>handicap</i> fisico o mentale	La patente ha validità illimitata nel tempo	0,5	13,8
Belgio (<i>Arrêté Royal</i> 23 marzo 1998)	Si richiede una <i>déclaration sur l'honneur</i> : il candidato attesta di non avere difetti fisici o soffrire di malattie che impediscono la guida	Se il candidato non è in grado di produrre tale dichiarazione, si sottopone a visita da un medico di sua fiducia; il medico può subordinare l'autorizzazione a restrizioni, anche temporali, o a particolari accorgimenti tecnici. (<i>Annexe VI dell'Arrêté</i>)	La patente ha validità illimitata nel tempo. Il medico è tenuto ad informare il paziente che le condizioni per guidare non sussistono più	0,5	16,3
Danimarca (Decreto Ministero dei Trasporti 11 marzo 1997)	Certificato del medico curante, di data non anteriore a tre mesi	La patente non viene rilasciata ad alcolisti e a tossicodipendenti	La patente dura fino a 70 anni. Poi viene rinnovata – su esibizione di certificato medico – a 70-71 anni; per 5 anni; a 71-72 anni: per 3 anni; a 72-80 anni: per 2 anni; a 80 anni: per 1 anno	0,5	13,8
Spagna (Decreto Reale 30/5/97 n. 772)	Certificato medico rilasciato da un ufficio periferico della Direzione Generale del Traffico.	La patente non viene rilasciata a coloro il cui stato fisico o psichico non è compatibile con la guida.	La patente viene rinnovata – su esibizione di certificato medico – fino a 45 anni: ogni 10 anni; da 45 a 70 anni: ogni 5 anni; oltre i 70 anni: ogni 2 anni	0,5 (per princip. e autisti profess.:0,3)	37,5
Francia (<i>Code de la Route</i>)	La patente di guida è rilasciata senza preventiva visita medica	Il prefetto può prescrivere esami clinici nei casi in cui le informazioni in suo possesso gli fanno sospettare che lo stato fisico del patentato sia incompatibile col mantenimento della patente (art. R. 128)	La durata di validità del permis de conduire non ha limiti di età	0,5	16,4
Gran Bretagna <i>Motors Cars Regulations 1989 (Driving Instructions)</i>	Il candidato compila un questionario sul suo stato di salute (<i>Road Traffic Act 1988</i>) e si sottopone ad un test di acuità visiva	Ogni problema di salute capace di alterare le facoltà fisiche o mentali del guidatore dev essere spontaneamente segnalato alla <i>Driver and Vehicle Licensing Agency</i>	70 anni (<i>Road Traffic Act, art. 92</i>) Dopo i 70 anni, un questionario di salute viene inviato a tutti i guidatori. Se le risposte sono soddisfacenti, il permesso viene rinnovato per 3 anni.	0,8	8,1
Italia (D. L.vo 30/4/92, n. 285 "Reg. di attuaz. del cod. della strada") Dpr. 19/4/94, n. 575	Certificato medico, di data non anteriore a tre mesi, rilasciato da un medico pubblico o da un medico militare	In caso di ben determinati problemi fisici o psichici, la patente viene rilasciata (o non rilasciata) su certificato di una "Commissione medica locale" (art. 119)	La patente viene rinnovata, su esibizione di certificato medico: fino a 50 anni: ogni 10 anni; da 50 a 70 anni: ogni 5 anni; oltre i 70 anni: ogni 3 anni	0,8 (la L. 303/01, art. 6, abbassa il limite a 0,5)	15,0
Paesi Bassi (Legge sul traffico stradale, 1994)	Certificato di idoneità fisica e mentale, di data non anteriore ad un anno. L'interessato deve riempire un questionario. Se il candidato ha più di 70 anni, si richiede un rapporto medico	Se il rapporto medico, le risposte al questionario, o il comportamento durante le prove pratiche lasciano supporre un'inefficienza fisica o mentale, l'amministrazione può esigere una visita da un medico di fiducia dell'amministrazione	La patente viene rinnovata, su esibizione di certif. medico, di data non anteriore a un anno, fino a 60 anni: 4 per 10 anni; da 60 a 65 anni: fino al raggiungimento dei 70 anni; da 65 anni: per 5 anni	0,5	10,0
Svizzera (Ordinanza 27 ottobre 1976 e legge federale 19 dicembre 1958)	Il candidato compila un questionario assai dettagliato sulla propria salute, e viene sottoposto ad esame sommario di vista ed udito.	La patente non viene rilasciata a coloro che hanno malattie o handicap incompatibili con la guida, alcolisti e tossicomani. Ogni medico è tenuto a segnalare il sopraggiungere di malattie o infermità che rendono incapaci di guidare.	Il permesso di guidare è illimitato. Si esige una visita medica per coloro che hanno più di 70 anni e per coloro che sono rimasti gravemente feriti in un incidente o che soffrono di gravi malattie	//	//



Abrogato il foglio rosa per ... i suini

Lo avreste mai detto ? Per portare a zozzo, fuori dal comune di residenza, quei simpatici animali a quattro zampe, amici delle nostre tavole, i suini, ci vuole un'ap-posita certificazione autorizzativa del veterinario ASL. Documento di assai dubbia utilità in tempi di globalizzazione dei cibi. Se lo devono essere chiesti anche i colleghi della Regione Friuli VG, sempre molto attenti sulle questioni della EBP, che hanno poi suggerito alla propria regione di abolire l'inutile atto. Detto,

fatto. Con il DGR 1529 dd. 11.06.2004 la regione ha deciso di sospendere, sia pur in via temporanea, tale obbligo. Bene, anche se a questo punto, dopo la sentenza della Corte Costituzionale relativa al LISA, un po' più di "coraggio" potrebbe essere usato per legiferare, più che per sospendere momentaneamente... Per consultare il testo completo della delibera di giunta si può cliccare in Epicentro tra le News relative alla EBP www.epicentro.iss.it/

“MARKETING SOCIALE, AZIONI DI COMUNITÀ E REPRESSIONE LA STRATEGIA DELLA REGIONE DEL VENETO PER LA PREVENZIONE DEI TRAUMI DA TRAFFICO”

Verona, 7 aprile 2004

Il 7 aprile di ogni anno l'OMS celebra la Giornata Mondiale della Salute, dedicata quest'anno alla sicurezza stradale (*road safety*). Per l'occasione la Regione del Veneto, in collaborazione con la Fondazione CARIVERONA, ha organizzato un convegno per fare il punto sullo stato di avanzamento del “Programma Regionale di Prevenzione dei Traumi da Traffico”, varato nel 1998 e riproposto per il triennio 2002-2004, aggiornato nella strategia e nei mezzi.

Durante il convegno è stato illustrato l'andamento della campagna di marketing sociale ideata da Saatchi&Saatchi, agenzia pubblicitaria tra le più prestigiose a livello internazionale, e caratterizzata dallo slogan "Fatti guidare dal cuore. Le cinture di sicurezza sono un gesto d'amore". La campagna è stata condotta tra maggio e ottobre 2003 e ha utilizzato spot televisivi e radiofonici, inserzioni nei giornali e manifesti informativi destinati alle scuole medie superiori, alle scuole guida nonché agli ambulatori dei medici di famiglia, con l'obiettivo di aumentare l'uso delle cinture anteriori e posteriori in guidatori e passeggeri e dei seggiolini per bambini.

È stata poi presentata l'articolata strategia sviluppata per coinvolgere direttamente i cittadini attraverso azioni presso le Amministrazioni Comunali, le Associazioni presenti sul territo-

rio e le Scuole. Nell'ambito di tali azioni, chiamate Progetto “Strada Sicura”, è stato lanciato il concorso, riservato ai Comuni della Regione del Veneto (circa un centinaio finora) aderenti al Progetto stesso, che premierà, entro il primo trimestre 2005, l'iniziativa più originale delle Amministrazioni Comunali.

Inoltre sono stati presentati i dati di prevalenza d'uso delle cinture di sicurezza e dei mezzi di contenzione per bambini, raccolti attraverso periodiche rilevazioni su strada condotte dal personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS, al fine di monitorare l'impatto della campagna nonché l'effetto prodotto dall'entrata in vigore del nuovo codice della strada. È emerso in particolare che i bambini assicurati in auto nell'aprile 2003 erano il 29%, nell'ottobre 2003 il 43,2%.

Infine è stata esposta l'attività di raccolta dei dati relativi alle sanzioni che saranno comminate nei mesi di aprile-maggio 2004 per mancato uso delle cinture di sicurezza e seggiolini per bambini, dai Vigili Urbani nei Comuni aderenti, e, su base provinciale, da Carabinieri e Polizia Stradale attraverso il coordinamento garantito dalle Prefetture.

Questa iniziativa ha fornito l'occasione per sottolineare l'importanza di un'alleanza strategica tra i diversi attori impegnati nell'affrontare questa problematica (Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS, Prefetture, Forze dell'Ordine, Comuni) nonché della sinergia pubblico-privato, di cui la partnership tra Regione e la Fondazione Cassa di Risparmio di Verona, Vicenza, Belluno e Ancona, rappresenta un esempio emblematico.

Dr. Simone Zevrain

Ufficio Programmi Regionali di Sanità Pubblica
Dipartimento di Prevenzione
Az. ULSS7
Tel.0438.21324
programmiregionali@ulss7.it

Ricerca, giornali e web



Tullio Clementi
Luigi Mastaglia

Forno Allione

La Grafite e le Ceneri.

Prefazione di Mimmo Franzinelli.
CGIL e CISL Valcamonica-Sebino
Circolo culturale Ghislandi.
Boario Terme,
aprile 2004-07-03

Il libro descrive la storia della fabbrica di Forno Allione, paese dell'alta Valcamonica, che per 66 anni, dal 1928 al 1994, produsse elettrodi di grafite per forni di fusione dell'acciaio. Il punto di vista adottato è quello dei lavoratori che dentro le mura dello stabilimento vissero e, talvolta, ammalarono. Completano il testo la prefazione di Mimmo Franzinelli, noto storico del periodo fascista, che traccia un profilo delle vicende storiche di questa valle durante il secolo ventesimo, e una serie di testimonianze di protagonisti di quelle vicende. Si tratta quindi di un

libro-testimonia che si iscrive in quel filone, ricco di esempi anche se abbastanza emarginato dalla pubblicistica ufficiale, che va fatto risalire alla "storia dal basso", scritta dalla parte dei più deboli, i lavoratori. E' un filone che meriterebbe di arricchirsi di altri esempi e, soprattutto, di essere attentamente censito, raccolto, messo a disposizione di chi, periodicamente, si appresta dal versante dell'accademia a rileggere la storia degli anni che vanno dall'avvento del Fascismo alla fase della Ricostruzione e del Boom economico degli anni sessanta. Mentre sul versante della storia d'impresa, quella scritta dalla parte di chi ne detiene le redini, gli ultimi anni hanno fatto registrare interessanti sviluppi e un buon coordinamento delle iniziative, non altrettanto si può dire della storia letta dai lavoratori. Il fondamentale archivio del Centro di Documentazione sindacale di Roma continua a non avere una prospettiva di recupero e i festeggiamenti dei vari centenari delle Camere del Lavoro, tutti avvenuti durante lo scorso

decennio, non pare abbiano lasciato molto più di pur interessanti cataloghi fotografici di cimeli e foto d'epoca. Nel libro appare anche una testimonianza di Siria Garattini, medico del lavoro, per molti anni protagonista degli interventi di prevenzione sviluppati dal servizio dell'Unità Sanitaria Locale della Valcamonica. Il progredire dell'intervento presso la Union Carbide, ma anche e soprattutto il coinvolgimento emotivo nelle vicende che venivano via via ricostruite (le anamnesi lavorative per capire fattori di rischio, livelli della nocività nei diversi periodi, svolte tecnologiche avvenute, ecc.) sono descritte in modo partecipe e toccante, a conferma che il lavoro del medico, anche in un campo che non è quello della clinica, si sviluppa al confine tra sapere scientifico, sensibilità sociale, empatia umana. E persone come Siria Garattini, ma anche come Gino Barbieri, altro collega attivo nel servizio di Iseo, o come Celestino Panizza, autore di un'analoga testimonianza in un altro libro di "storia dal basso" sulla Ideal Standard di Brescia, rappresentano un patrimonio non valu-

tabile dagli angusti criteri di "efficienza" produttiva che attualmente vanno per la maggiore nel campo delle cosiddette Aziende sanitarie. Un ultimo auspicio: siamo convinti che molti altri colleghi, medici del lavoro, ma anche tecnici della prevenzione, assistenti sanitari ed infermieri, e tutto quel personale che ha lavorato nei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro della Riforma Sanitaria, a partire dai primi anni settanta, abbiano da raccontare la loro esperienza. La SNOB è certamente il luogo più idoneo a raccogliere queste testimonianze e a veicolarle ad un pubblico più vasto. Non c'è che da farsi vivi....



NORME EDITORIALI PER GLI ARTICOLI DA INVIARE A SNOB IN FORMA

Sono accettabili articoli di lunghezza non superiore alle **51 righe, 100 battute per riga**, che corrispondono a una pagina A4 standard di Word per Windows con carattere Times New Roman, corpo 12.

Gli argomenti privilegiati dalla Newsletter saranno:

- **Notizie dalle istituzioni nazionali, regionali, locali inerenti i diversi aspetti della prevenzione (assetti organizzativi, piani e progetti-obiettivo, ecc.)**
- **Notizie dai servizi di prevenzione (piani e progetti di lavoro, risultati di interventi sul campo, produzione e divulgazione di materiali di lavoro, ecc.)**
- **Notizie dai gruppi SNOB (resoconti di riunioni a livello nazionale, come Direttivo, Ufficio di Presidenza o altri organismi societari; resoconti dell'attività di gruppi regionali e tematici)**
- **Lettere di commento individuali e di gruppi di operatori su temi di interesse generale.**

Al fine di rendere il lavoro editoriale più agevole e la riproduzione in stampa laser o a getto d'inchiostro meno onerosa, si prega di non appesantire il testo con tabelle o immagini. Per rendere fruibili tali materiali ci si appoggerà al sito internet dove non sussistono problemi di spazio.

È auspicabile che le notizie sintetiche siano quanto più possibile collegate tramite appositi link ipertestuali a siti o pagine internet dove si possano attingere ulteriori informazioni sul tema segnalato.