

ARPAT

Agenzia regionale per la
protezione ambientale
della Toscana

Regione Toscana

Dipartimento diritto alla salute
politiche di solidarietà

**Maternità salute e lavoro:
quale applicazione al Decreto 645/96?**

ATTI DEL SEMINARIO
5 maggio 1998, Firenze



A cura del CEDIF tel. 055/3206355; fax 055/3206367; e-mail: cedif@arpat.toscana.it

PRESENTAZIONE

Il 5 maggio ultimo scorso si è tenuto a Firenze il seminario *Maternità, salute e lavoro: quale applicazione del decreto 645/96?* sul recepimento italiano della direttiva CEE 82/95, concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute sul lavoro delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento (decima direttiva particolare ai sensi dell'articolo 16, paragrafo 1, della direttiva 89/391/CEE).

Il seminario, organizzato dall'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Toscana, in accordo con il Dipartimento per il Diritto alla salute della Regione, rispetta l'impegno sancito nel programma ARPAT 1998 di dare ulteriormente sviluppo nel corso dell'anno all'approfondimento del rapporto donna-salute-lavoro (già presente nei compiti affidati al Cedif).

Affrontare la questione dell'applicazione delle norme volte a garantire la maternità, la salute e il lavoro significa coinvolgere conoscenze, scelte e responsabilità precise, a partire dalle stesse lavoratrici. Alcuni servizi delle Aziende sanitarie locali e ospedaliere e il settore di documentazione dell'ARPAT (Cedif), in collegamento con altre regioni, sono impegnati da alcuni anni su vari fronti per realizzare la promozione della salute riproduttiva (a cui concorrono anche servizi messi in atto dal settore materno-infantile della Regione sui difetti congeniti) e per tutelare le lavoratrici da possibili condizioni di lavoro e ambientali sfavorevoli al compimento della maternità. Ciò nonostante, il tema maternità-salute-lavoro non può però interessare solo gli addetti ai lavori tanto più che, come il convegno ha evidenziato, essi sono concordi nel constatare una insufficiente e inadeguata applicazione, sia delle specifiche norme sulla tutela della gravidanza che di quelle sul lavoro femminile. Si potrebbero anche aggiungere, per completare il quadro sostanziale dei bisogni ancora in attesa di risposta, le norme della parità fra i sessi (L.903/77 e L.125/91).

Il convegno si è aperto con una sessione dedicata a *Diritti e tutela delle lavoratrici in gravidanza nella legislazione nazionale e comunitaria* in cui sono stati proprio i soggetti del mondo del lavoro (sindacato e ministero) a *Maternità salute e lavoro: quale applicazione al Decreto 645/96 ?* 5 maggio

illustrarci le politiche nazionali ed europee. Le due sessioni successive sono state di approfondimento dei ruoli e delle attività inerenti l'applicazione delle recenti

norme emanate in recepimento di direttive comunitarie (*L'approccio applicativo del D.lgs.645/96 alla luce del 626*), e di illustrazione dello stato della ricerca e dei progetti in corso, dal punto di vista della medicina del lavoro, della epidemiologia e della tossicologia clinica (*L'approccio di studio e di sorveglianza*).

Per rispondere alle richieste dei numerosi partecipanti sono stati predisposti in questo documento gli atti del seminario, con il contributo, oltre che mio, di tutti gli intervenuti. Intendiamo continuare a svolgere questo tema con coerenza e passione, attraverso specifiche attività formative, iniziative di ricerca, predisposizione di documentazione, pubblicazione di validi strumenti editoriali. Non da soli, naturalmente, ma proponendoci quali "maglia attiva" di una rete più vasta di promozione e produzione culturale, in collaborazione con il Dipartimento per il diritto alla salute e con quello per l'ambiente della Regione, con il Sistema sanitario regionale, con la Commissione pari opportunità del Consiglio regionale, con tutte le forze sociali, economiche, culturali della Toscana.

Daniela Bambini
Direttore amministrativo dell'ARPAT

Indice degli interventi

Daniela Bambini <i>Direttore amministrativo dell'ARPAT</i>	5
Bruno Cravedi <i>Responsabile area servizi della prevenzione, Regione Toscana</i>	7
Stefano Beccastrini <i>Responsabile settore tecnico CEDIF, ARPAT</i>	9
Laurent Vogel <i>BTS, Bruxelles</i>	13
Marina Finardi <i>CISL, Milano</i>	18
Adriana Ricciardi <i>Ministero del Lavoro, Roma</i>	24
Antonella Ciani Passeri <i>Igiene e salute nei luoghi di lavoro, ASL Firenze</i>	31
Manuela Peruzzi <i>Prevenzione igiene e sicurezza ambienti di lavoro, ASL Verona</i>	37
Letizia Sommani <i>Medicina preventiva sorveglianza lavoratori, ASL Firenze</i>	43
Morena Viciani <i>FILCEA, Firenze</i>	46
Tiziana P. Baccolo <i>Dipartimento Medicina del lavoro ISPESL, Roma</i>	49
Carlo Smorlesi <i>Tossicologia medica, Azienda Ospedaliera di Careggi, Firenze</i>	56
Lucia Miligi <i>Epidemiologia occupazionale, Azienda Ospedaliera di Careggi</i>	60
Danila Scala <i>Settore tecnico CEDIF, ARPAT</i>	66
Conclusioni dei relatori	69

Sono vari i motivi per cui la direzione dell'Arpat attribuisce significato ed importanza a questa iniziativa sul tema "Donne, lavoro e salute".

Il primo motivo deriva dal fatto che l'iniziativa e tutto il lavoro (della dott.ssa Scala, di Carlotta Alaura e di tante loro colleghe) che vi sta dietro, sono stati prodotti dall'Arpat e dal Dipartimento delle Politiche della Salute della Regione, con il contributo attivo di Aziende Sanitarie e di Aziende Ospedaliere. Ciò dimostra una capacità rilevante, di tutti questi soggetti istituzionali e tecnici, di lavorare insieme su temi importanti ed attuali, pur appartenendo a sistemi diversi. Sappiamo bene come, al di là delle distinzioni delle competenze formali e delle separazioni normative, promuovere la salute e proteggere l'ambiente non sono competenze "diverse", tra loro lontane: anzi sono strettamente intrecciate, secondo quel paradigma socioecologico della salute stessa, che è giustamente promosso, propagandato, da alcuni anni, da parte della Organizzazione Mondiale della Sanità.

Il secondo motivo deriva dal fatto che questa iniziativa è una precisa testimonianza della continuità di un impegno, su questo così come su altri temi di comune interesse per la protezione ambientale e per la promozione della salute, del settore tecnico CEDIF (Comunicazione, Educazione, Documentazione, Informazione, Formazione) dell'ARPAT, rispetto alle attività del "vecchio" CEDOC, gestito in una fase iniziale direttamente dalla Regione e poi, prima di passare all'ARPAT, da una USL fiorentina. Questa continuità trova un fondamento legislativo nell'articolo 29 della LR 66/95, che ha istituito l'ARPAT, dove si individua nell'ex CEDOC (oggi CEDIF) un centro di documentazione, di ricerca, di promozione culturale, al servizio dei due sistemi: quello della protezione ambientale e quello della prevenzione, per così dire, sanitaria. Il terzo motivo deriva dalla qualità delle premesse a questa iniziativa. Le relatrici e i relatori in essa impegnati sono tutti attivi, e ad alto livello, nel mondo della scienza, nella società, nelle istituzioni. Li ringrazio tutti, ed in particolare, con pieno spirito europeistico, il signor Vogel, che qui rappresenta i sindacati europei e la loro, sempre coerente, attenzione ai temi della salute,

della sicurezza, del benessere dei lavoratori e delle lavoratrici, di questo continente avviato a diventare una sola democratica patria comune.

Infine, un ultimo motivo (in ordine di esposizione ma non di importanza) di interesse è il senso stesso dell'iniziativa, che pone al proprio centro le donne, con i loro problemi, le loro infinite disuguaglianze, le loro legittime differenze. Essendo una donna che lavora, sento pienamente tutta l'attualità e l'importanza di questi problemi e del tema che oggi in particolare trattate. Sono certa che saprete affrontarlo con serenità e profondità e confermo l'impegno della Direzione dell'Agenzia a dare sviluppo alle idee che qui emergeranno.

Il tema del rapporto “donne e lavoro” è stato al centro di un attento lavoro di ricerca e di documentazione da parte dei servizi e delle strutture di prevenzione della Regione Toscana e ciò ha consentito di acquisire e rendere disponibile un patrimonio di dati e di conoscenze sempre più completo ed aggiornato.

L’attività di studio e di ricerca, alimentata e orientata dalla pratica operativa degli operatori della prevenzione collettiva, ha maturato inoltre l’esigenza di un approccio più ampio nell’analisi del rapporto “donne lavoro”, assumendo una dimensione nella quale siano considerati in continuità ed in integrazione gli aspetti del lavoro in età fertile (sia femminile che maschile), la riproduzione e lo sviluppo dell’embrione e del feto.

Questo orientamento, non ancora completamente consolidato a livello giuridico-normativo, introduce la necessità di ampliare l’osservazione oltre ai fattori di rischio già riconosciuti ed individuati, anche ad altri finora non adeguatamente analizzati, e cioè: fattori sociali, psicologici e relazionali.

L’argomento del lavoro in età fertile e in gravidanza, trova un puntuale riferimento nel documento conclusivo della Commissione paritetica Camera dei Deputati-Senato relativo all’*Indagine conoscitiva sulla sicurezza e l’igiene del lavoro*, dove si evidenzia la necessità di approfondire le conoscenze sulla specificità del lavoro femminile. Ulteriormente, il disegno di legge per l’emanazione di un testo-unico sulle norme generali di tutela della salute e della sicurezza del lavoro richiama la necessità di un riordino della normativa, che non si deve limitare solo agli aspetti della salute riproduttiva e delle lavoratrici madri, ma più complessivamente anche a tutti gli altri aspetti già prima richiamati. Il disegno di legge propone, a tale proposito, l’istituzione di specifici osservatori di epidemiologia occupazionale e l’attivazione di dettagliate informazioni sui rischi e sui relativi programmi di prevenzione.

La dimensione del problema è indubbiamente di ampia rilevanza: la forza-lavoro femminile nel nostro Paese era, nel 1994, pari al 36% di quella complessiva; in Toscana la percentuale delle donne occupate ha raggiunto il 39 % nel 1996. Pur con i limiti e le difficoltà dovuti all’attuale momento di

sviluppo economico-occupazionale, la percentuale delle lavoratrici è in continuo aumento e nei prossimi anni si registreranno situazioni analoghe a quelle dei paesi più industrializzati, dove non esistono differenze sostanziali di occupazione fra maschi e femmine.

La maggior presenza delle donne negli ambienti di lavoro pone problemi nuovi e specifici, cui i datori di lavoro, le imprese, le organizzazioni sindacali, le istituzioni devono dare risposta.

E' da sottolineare, ad esempio, un particolare aspetto che si riferisce alle donne occupate, e cioè che più del 90% di esse svolgono contemporaneamente anche un'attività legata alla famiglia, al funzionamento della casa, ecc., con "rischi domestici" che si accompagnano a quelli tradizionali del lavoro esterno. Ciò induce, da un lato, a mantenere e continuare l'attività di sorveglianza che si sta effettuando sulle fonti tradizionali e riconosciute di rischio e, dall'altro, a dover esplorare e approfondire nuove ipotesi e correlazioni, ad esempio l'interrelazione di rischi associati al doppio lavoro (stress, ansia, fatica fisica, ecc.); il lavoro notturno e quello a turni; l'incidenza di rischi per l'apparato scheletrico-muscolare, ecc.. Alcune di queste interrelazioni derivano da situazioni conosciute, per le quali, adottando adeguate misure, l'intervento preventivo può essere determinante ai fini di evitare malattie o infortuni.

Come già sottolineato, esiste nel nostro paese un consistente corpo giuridico-normativo sulla materia; dall'iniziale legge 1204/71 sulla tutela delle lavoratrici madri e relativo regolamento di attuazione sono stati emanati una serie di provvedimenti che hanno definito ulteriormente il campo di azione. Con il decreto legislativo 626/94, le norme specifiche sulle donne lavoratrici vengono inquadrare nel complesso delle norme generali sulla prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, ed il successivo decreto legislativo 645/96 riguardante "l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute sul lavoro delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento" adegua la normativa italiana a quella europea. Viene così a costituirsi un corpo legislativo abbastanza consistente, ma con alcuni elementi di problematicità nell'individuazione dei ruoli e delle competenze fra i vari organi di indirizzo e di controllo della pubblica amministrazione.

In particolare, il decreto legislativo 645/96 sembra voler introdurre una separazione ed una duplicità di interventi fra Servizio Sanitario Nazionale e

Maternità salute e lavoro: quale applicazione al Decreto 645/96 ? 5 maggio

Ispettorato del Lavoro; ciò contrasterebbe con l'obiettivo di maggior coordinamento ed integrazione fra i diversi organismi pubblici, come auspicato e sancito nelle recenti leggi di delega e semplificazione amministrativa.

E' necessario comunque, al di là di quelli che saranno gli esiti di approfondimento giuridico sulle competenze e sui ruoli dei vari enti, che si ricerchino le condizioni migliori per realizzare di fatto il più alto livello di tutela di salute di tutti i lavoratori.

Stefano Beccastrini
Responsabile del settore tecnico CEDIF, ARPAT

Da anni, anzi da secoli, forse da millenni, vi sono state donne che hanno desiderato la fine del controllo maschile sul corpo femminile. E che hanno agito e parlato di conseguenza, pronte a cogliere o inventare ogni occasione per avanzare in questo senso, dal fidanzamento con Gesù, alla psicanalisi, alla filosofia, dal lavoro in fabbrica allo studio indefesso, alla discussione di una legge.

Come responsabile di un settore tecnico dell'ARPAT, il CEDIF appunto, all'interno del quale lavorano prevalentemente donne competenti, non posso fare a meno di guardare con interesse alla elaborazione che la cultura delle donne produce.

Questo seminario è nato dalla passione che da anni alcune donne del CEDIF dedicano al tema "lavoro e gravidanza", nell'ambito dell'attività istituzionale di ricerca e documentazione, e dall'interesse che ulteriori donne e uomini provenienti da altri settori, il mondo produttivo, quello delle Aziende sanitarie, del sindacato, etc... hanno manifestato per questo tema.

Da un lato potremmo riassumere questo percorso con uno slogan - da libro a libro- , visto che abbiamo iniziato nel 1994, stampando il quaderno Lavoro e gravidanza, e siamo qui oggi per annunciare che è pronto per uscire (dopo la ristampa del primo) un nuovo volume dedicato all'aggiornamento delle tematiche della maternità e alla salute riproduttiva dei lavoratori. Lo slogan, se pur pertinente, è sicuramente riduttivo perché non rappresenta la rete di scambi e di attività che hanno supportato e stimolato il prodotto editoriale. Alcuni degli invitati oggi qui a parlare, per il quadro nazionale e anche europeo, testimoniano la vivacità della partecipazione e la ricchezza dei contributi che

concorrono alla promozione della salute della maternità/paternità e del lavoro femminile. In una prospettiva che tiene conto di quanto la cultura delle donne ha prodotto, io credo che questo seminario non può limitarsi a riflettere sul decreto 645 come strumento di tutela, ma deve interrogarsi, a partire dal principio della “differenza” e dall’etica della differenza sessuale, se il diritto al lavoro, alla salute e alla sicurezza della donna, debba significare per le donne, per esempio, scegliere gli obiettivi, le condizioni e i tempi di lavoro e in che misura questi si correlino con i tempi di vita e di cura. La filosofa Luce Irigaray ha ben espresso questi concetti nel libro “La democrazia comincia a due” .

Ed ancora, interrogarsi sulle modalità di applicazione del “diritto leggero”, come hanno già sperimentato alcune giuriste di Milano, ovvero sulla possibilità che la norma giuridica non contempli ogni singola fattispecie in astratto ma, tenendo conto della differenza dei sessi, consideri la pratica processuale, e in particolare il processo, il luogo ideale nel quale le parti debbano scontrarsi nell’interpretazione della norma .

Le giuriste sanno che il diritto è il garante di un sistema di relazioni, e quindi si interrogano su quali garanzie la legge, concretamente e storicamente scritta, conceda alle donne e quali altre vadano richieste. E’ certo che la finzione massima del diritto è l’annullamento della dualità dei sessi, non come realtà biologica o storica - questa è riconosciuta -, ma attraverso la presunta capacità del maschile, come categoria, di essere il “soggetto astratto” su cui la legge fa perno. E’ attorno alla neutralità dello Stato o della famiglia, nel diritto civile, del lavoro, o nel penale, che appare talvolta la figura femminile; mai però come portatrice di una sua autonomia di soggetto, al massimo, come soggetto secondo, da collocare nella rete “universale” che il diritto ordina. In questo senso alcune giuriste richiedono che la libertà femminile sia iscritta dal diritto e nel diritto e sostengono che il punto essenziale è ottenere un diritto che riconosca il sesso come inerente al soggetto. Sesso maschile e sesso femminile al posto della “persona”, che veicola in forma astratta rapporti di potere.

Il ragionamento ci porterebbe lontano, quindi mi avvio a concludere con alcune informazioni sull’attività del CEDIF.

In ARPAT avvieremo la valutazione specifica dei rischi per la gravidanza, nell’ambito degli approfondimenti previsti dal programma delle misure per il miglioramento, nel tempo, dei livelli di sicurezza. Si tratta di un appuntamento

importante, anche perché la presenza delle donne nei vari settori e dipartimenti è pari al 40% del personale (il che significa oltre 200 operatrici). Pertanto siamo ancor più interessati ai lavori di questa giornata e agli approfondimenti che emergeranno.

Per quanto riguarda le attività di informazione - documentazione del CEDIF, esse sono molto articolate (come indicano le schede sintetiche che abbiamo distribuito) e riguardano la maternità, ma anche il lavoro femminile e anche l'ambiente, sempre più invocato nella ricerca di ipotesi alle patologie della riproduzione non ancora sufficientemente spiegate. Va sottolineato che da anni questa attività specifica, di aggiornamento in ragione della sua rilevanza e della criticità della diffusione delle conoscenze, è condotta come una sorta di progetto obiettivo, per cui si svolge con molti strumenti, gratuiti, ed ha un bacino di utenza ben al di fuori della nostra regione.

Infine, per quanto riguarda la formazione, l'ARPAT è stata accreditata in Toscana (ex L.R. 70/94 e decreto sulla Long List) quale agenzia formativa verso terzi. Attraverso le proprie attività come agenzia formativa, ARPAT ritiene di aggiungere utilmente una nuova funzione, qualificando l'offerta formativa della pubblica amministrazione toscana, l'insieme delle conoscenze, delle competenze e del know-how maturato dall'Agenzia.

E' già stato confezionato ed è in corso di pubblicazione un primo catalogo di offerte formative, per il periodo giugno-dicembre 1998, limitato a soli sei progetti, che abbiamo ritenuto di particolare significato e di rilevante urgenza, rispetto ai bisogni formativi espressi dalla società nazionale e da quella regionale.

I programmi presentati in questo primo catalogo sono, ovviamente, "personalizzabili" su richiesta, a fronte di specifiche esigenze, così come possono essere organizzati "in-house", per singoli enti che lo richiedano per gruppi di propri dipendenti. Uno di questi progetti è dedicato al tema della salute delle donne nei contesti lavorativi. Con riferimento alla crescente domanda di informazione/formazione in materia di sicurezza sul lavoro delle donne, sia a livello nazionale, che regionale, il corso, indirizzato ai datori di lavoro ed ai responsabili della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, ai lavoratori e alle lavoratrici con funzioni di RLS ed alle lavoratrici in genere, mira

a fornire un panorama ampio della materia sotto il profilo giuridico, sanitario, ambientale e sociologico.

Coloro che fossero interessate al progetto formativo possono richiedere ulteriori informazioni al CEDIF, settore formazione.

Sessione di lavoro

Diritti e tutela delle lavoratrici in gravidanza nella legislazione nazionale e comunitaria

Laurent Vogel

Ricercatore del Bureau Technique Syndical européen pour la santé et la sécurité (BTS)

I limiti del mio intervento stanno nel fatto che non sono uno specialista della salute riproduttiva, ho seguito però la direttiva e la sua applicazione in Europa, dal punto di vista dei sindacati europei.

Stefano Beccastrini ha detto "da libro a libro", il mio intervento vorrebbe essere un movimento dal libro alla pratica, infatti il problema che ci siamo posti è: una volta che le direttive esistono, cosa succede nella pratica, quali sono gli ostacoli (e sono numerosi). Questo è stato l'impegno del BTS, l'istituto per la salute dei lavoratori della Confederazione Europea dei Sindacati, capire perché ci sono degli ostacoli, se sono ostacoli identici nei diversi paesi, se sono ostacoli politici, etc.. Vedremo quali sono nel caso concreto della direttiva 85/92.

Per capire la direttiva comunitaria del '92, credo che sia importante avere una chiave di lettura: vorrei proporre quattro punti da esaminare.

Il primo è sapere se vogliamo trattare la gravidanza nell'ambito generale della difesa della salute riproduttiva o come un momento eccezionale, che richiede misure eccezionali. Questa è la prima scelta da fare e vedremo quale è stata quella adottata dalla direttiva.

Il secondo punto critico è tradizionale, direi, non specifico del tema di oggi (maternità e lavoro), e riguarda il livello a cui intendiamo la prevenzione, collettiva o individuale.

Il terzo nodo importante da sciogliere è, se agire principalmente per la difesa della salute del feto e del futuro bambino o anche della donna incinta, e questa scelta pone alcuni problemi, come vedremo dopo.

L'ultimo aspetto da considerare è l'articolazione fra le misure di prevenzione, cioè fra le trasformazioni dell'ambiente di lavoro e gli interventi di previdenza sociale. Ad esempio, se guardo all'Italia ho l'impressione che, dal punto di vista sociale, la normativa italiana sia tra le più avanzate d'Europa, più o meno come i paesi nordici, invece, per l'altro aspetto, quello della prevenzione, ci possono essere più dubbi sullo stato della tutela.

Vediamo dapprima il contesto della direttiva 92/85.

E' una di quelle che chiamiamo direttive figlie della direttiva quadro dell'89, risale al 1992 e la data ha la sua importanza. La direttiva viene adottata e discussa dopo Maastricht. So che in Italia non è molto popolare discutere del costo sociale della marcia trionfale verso la moneta unica europea. Purtroppo dopo Maastricht l'attenzione verso il miglioramento delle condizioni del mondo del lavoro si è abbassata in modo notevole a livello europeo. Le direttive adottate dal '92 in poi hanno generalmente contenuti molto più bassi di quelle precedenti, della serie che va dall'89 al '92. Vedremo come nella direttiva del '92 sulla salute delle lavoratrici gestanti ci sono molte ambiguità di redazione e queste non provengono da una debolezza giuridica del legislatore, ma da una volontà politica. E' infatti prevalsa la scelta di lasciare al dopo direttiva la soluzione di molti problemi irrisolti.

La redazione della direttiva è ambigua precisamente perché il legislatore comunitario non ha voluto esprimere una posizione chiara, ha fatto coesistere due opposte visioni, talora antagoniste, ha detto vedremo nel futuro! Questo significa che gli stati membri, e forse la Corte di giustizia europea, avranno il compito di chiarire le contraddizioni presenti.

Lo stesso si verifica anche per altre direttive, ad esempio una che ha avuto risonanza in Italia è quella sui videoterminali, dove la definizione dei lavoratori esposti è volutamente ambigua, e i risultati concreti di questa ambiguità si sono visti, ad esempio qui da voi, con l'esclusione della maggioranza dei lavoratori dal campo di applicazione della direttiva.

Nella direttiva 92/85 possiamo dire, sinteticamente, che si hanno 4 capitoli: due riguardano la prevenzione, gli altri la previdenza sociale e il diritto al lavoro. Voglio concentrarmi su quelli della prevenzione, che trattano fondamentalmente l'obbligo di fare la valutazione del rischio e il divieto di esposizione, e qui incontriamo la prima contraddizione o ambiguità del testo. Sotto il titolo di divieto di esposizione, quello che troviamo è in realtà un divieto di imporre l'esposizione. Ciò non è la stessa cosa. La direttiva dice che il datore di lavoro non può obbligare le donne incinte, etc., ad essere esposte a una serie di situazioni di lavoro a rischio.

Questa strana formulazione è il risultato di un dibattito molto duro a livello di Consiglio dei ministri fra due visioni e due filosofie della prevenzione del lavoro.

Ci sono poi i temi del diritto del lavoro e della previdenza sociale (protezione contro il licenziamento, congedo di maternità, assenze dal lavoro, etc.), su cui non mi dilungherò oggi, ricordo che esiste un documento del BTS che il CEDIF-ARPAT ha tradotto e diffonderà fra breve, che tratta estesamente della direttiva 92/85.

Vediamo adesso il senso che dà la direttiva alla valutazione dei rischi. La direttiva non definisce misure sostanziali di prevenzione del lavoro, quello che dice è che c'è un obbligo del datore di procedere alla valutazione del rischio. Questo è l'art. 4, centrale dal punto di vista della prevenzione, ma volutamente ambiguo. Esso contiene due disposizioni ai punti 4.1 e 4.2; il 4.1 dice che si farà la valutazione del rischio per le lavoratrici dell'art. 2 e, se guardiamo bene, si tratta della lavoratrice gestante che ha informato il datore di lavoro. Ci sono due requisiti: uno è la condizione biologica di essere lavoratrice incinta, e poi un altro che è l'informazione data al datore di lavoro.

Il punto è importante perché fa intendere che l'obbligo del datore di lavoro scatta una volta ricevuta l'informazione che almeno una delle sue lavoratrici è gestante. Questo vuol dire scegliere un approccio strettamente individuale della prevenzione.

Poi troviamo il punto 4.2, che dice che l'informazione sui risultati della valutazione dei rischi devono essere comunicati alle lavoratrici di cui all'art.2, e va bene, ma anche a quelle che potrebbero essere nella situazione di quelle dell'art. 2, vuol dire a quelle che hanno informato il datore di lavoro di essere incinta e anche a tutte quelle che potrebbero esserlo, cioè quelle in età fertile.

Allora, se prendiamo la fascia di età normale delle lavoratrici in Europa, praticamente si tratta nella grande maggioranza di lavoratrici in età fertile. Inoltre, per essere applicato in senso stretto unicamente a quelle che “possono” avere figli, sarebbe necessaria una violazione del diritto individuale alla privacy, poiché non c'è nessun obbligo per le lavoratrici di informare il datore di lavoro circa la loro condizione di fertilità.

L'interpretazione che noi come sindacato sosteniamo è che, se vogliamo dare un senso all'art. 4.2, quando c'è almeno una donna nell'impresa va fatta la valutazione dei rischi, perché c'è almeno una persona che potrebbe essere nella condizione di cui all'art.2.

Se vediamo le soluzioni legislative dei vari paesi che hanno recepito la direttiva, alcune risultano logiche, come nel caso dei paesi nordici, anche dell'Austria e dell'Irlanda in parte, e conformi a quanto detto sopra. Nei paesi nordici la valutazione non è semplicemente rivolta alla gravidanza, ma alla salute riproduttiva, si controllano circa gli stessi rischi per i maschi e per le femmine ed è molto chiaro che la valutazione va integrata nella valutazione generale dei rischi, come un capitolo di questa. Sottolineo l'importanza che così si dà alla prevenzione collettiva. Fatta la valutazione, secondo la direttiva quadro, si adottano le misure di prevenzione. Il caso opposto è quello della Francia, dove esiste una cultura della medicina del lavoro basata sul problema dell'idoneità, pertanto l'unica disposizione prevista dalla normativa francese è riferita a due fattori di rischio biologico: la toxoplasmosi e la rosolia. Se la lavoratrice è immunizzata c'è idoneità, altrimenti no. Altre soluzioni attuative sono intermedie. Quella inglese non è così male: se c'è almeno una lavoratrice in età fertile si deve andare alla valutazione del rischio. Dato che si può molto discutere su come definire l'età fertile oggi e che la donna non è tenuta a riferire la sua condizione, come si diceva sopra, credo che la valutazione del rischio, in pratica, andrà sempre fatta in Inghilterra.

Anche sulle misure di prevenzione che seguono l'art. 4 troviamo delle ambiguità. Abbiamo tre tipi di misure: la modifica temporanea delle condizioni di lavoro, il cambio o trasferimento da un lavoro a un altro e, come ultima possibilità, la dispensa dal lavoro. Occorre domandarsi come si passa da una misura all'altra. La direttiva si riferisce a cosa è oggettivamente e/o tecnicamente possibile cambiare nel posto di lavoro. Il problema è che cosa è oggettivamente possibile: non è chiaro se si introduce il fattore economico

come criterio di scelta o se vale il tecnicamente possibile, ma la direttiva li riporta insieme.

Secondo problema: la direttiva 92/85 definisce tre tappe, ma fa salva l'applicazione della direttiva quadro, la quale dà priorità alle misure collettive di prevenzione, mentre l'art. 5 della nostra 92/85 parla unicamente di misure individuali. Infine, nella nostra direttiva, abbiamo le misure così dette di divieto.

A livello europeo si oppongono due filosofie, che corrispondono grossolanamente, ma non del tutto, alla differenza fra paesi di cultura protestante e paesi di cultura cattolica. Fra i primi includo paesi come l'Inghilterra, con un diritto del lavoro molto poco favorevole ai lavoratori, e i paesi nordici con una cultura di prevenzione reale forte. In tutti questi si mantiene più o meno la visione della direttiva, nel senso che non c'è un divieto assoluto di esposizione, tranne che per alcune situazioni in cui non entro, ma c'è la possibilità per la lavoratrice di rifiutare di essere esposta, c'è pertanto il divieto di imporre l'esposizione. Tutto quindi dipende dalle relazioni di forza esistenti nell'impresa, per cui in alcuni casi questo diritto è reale, grazie anche alla forza dell'ispettorato del lavoro e del sindacato, in altri non lo è. E' il caso delle forme di lavoro precario e comunque atipico, che si stanno diffondendo, dove questo diritto è solo un fatto teorico, non operativo nella pratica.

Nei paesi di cultura cattolica, con forti differenze all'interno, in genere la regola applicativa è quella del divieto di esposizione, di dire che ci sono alcune situazioni di lavoro nelle quali nessuna lavoratrice incinta può lavorare.

Vorrei ora collegare l'analisi della direttiva sulla salute riproduttiva in gravidanza con la cultura comunitaria nell'ambito della discriminazione fra i sessi, dove credo ci sia la necessità di fare un mutamento importante.

Le direttive sulla discriminazione fra i sessi (la più importante è quella del 1976) hanno due caratteristiche: sono astratte e parlano in generale di uguaglianza fra uomini e donne, non affrontano casi reali di disparità.

Sono direttive individuali, cioè dicono che l'individuo A nell'impresa A ha gli stessi diritti dell'individuo B nella stessa impresa, nelle stesse condizioni e mansioni, sia egli uomo o donna. Questo approccio rappresenta un grosso limite, perché vuol dire che come categoria sociale non abbiamo alcun strumento per modificare le attuali condizioni del lavoro delle donne. Una donna metalmeccanica alla FIAT ha diritto alle stesse condizioni di trattamento di un uomo metalmeccanico alla FIAT, ma sappiamo che ci sono poche donne

alla FIAT, mentre ce ne sono molte nel tessile o nei supermercati e che questa diversificazione è anche frutto di una discriminazione indiretta non risolta. Inoltre, per la maggior parte, uomini e donne non fanno lo stesso lavoro, anche nello stesso settore, quindi la direttiva parla di cose molto teoriche, senza preoccuparsi di renderle reali. Questo è un problema serio perché vuol dire che non cambia nulla nella segregazione strutturale del mercato del lavoro: si danno gli strumenti che servono a risolvere casi individuali di aperta discriminazione, che penso diventino sempre più rari (un uomo e una donna che facendo le stesse cose vengono trattati diversamente), ma non gli strumenti per rendere ogni posto di lavoro realmente accessibile sia agli uomini che alle donne.

Secondo me ci deve essere un collegamento fra la lotta per la salute e la lotta per l'uguaglianza, mentre l'attuale orientamento comunitario ostacola questo collegamento e anzi concepisce la lotta per la salute in gravidanza come un caso in cui si fa eccezione alla uguaglianza, intesa come ho detto sopra. Si possono adottare misure specifiche per sesso prevalentemente su una base biologica e quindi generalmente sempre nell'ambito della funzione riproduttiva. Così si perde il legame fra la salute e l'uguaglianza, non solo nelle direttive comunitarie, ma anche nella pratica del sindacato e degli operatori, naturalmente non di tutti, ma di molti.

Vorrei concludere ricordando che nel 1992 l'Italia è stato l'unico paese a non accettare la direttiva, e questo è per me un punto che le fa onore. In ambito comunitario si è allora risposto dicendo, con un pò di ipocrisia, che ci sarebbe stata una revisione dopo 5 anni, cioè nel 1997, sulla base di elementi provenienti dagli stati membri. Oggi il 1997 è passato e non è successo niente, il governo italiano che aveva assunto quella posizione dovrebbe pertanto essere stimolato a muoversi nel senso di migliorare la direttiva, attraverso la Conferenza Stato-Regioni o in altre sedi. E' tempo di ricordare la promessa comunitaria, e di fare pressione sulla Commissione perché essa presenti una proposta di miglioramento della direttiva.

Infine, a proposito delle linee guida europee alla valutazione del rischio, voglio dire che si tratta di un compromesso raggiunto poiché gli allegati I e II sono notevolmente insufficienti. Si sapeva fin dall'inizio e l'idea era che quello che manca va negli allegati poteva essere introdotto con le linee guida; soluzione di nuovo ambigua, oltre che meno efficace, poiché le linee guida non

hanno valore di obbligo come gli allegati. Comunque siamo nel 1998 e le linee guida non sono ancora uscite. La discussione dura da almeno due anni, ci sono diverse bozze, il problema è che i datori di lavoro non vogliono la "terza colonna" quella cioè che, accanto alla lista dei rischi e accanto alla loro definizione, indica le misure di prevenzione da adottare. Sia i padroni che alcuni governi dicono no, che non si possono imporre delle misure correttive quando si fa la valutazione del rischio in azienda. E' il problema dell'accordo da raggiungere fra la valutazione del rischio e la gestione del rischio: la valutazione del rischio è obbligatoria per legge, ma la gestione è di competenza nostra, dicono gli imprenditori (ed è il modello inglese della valutazione del rischio, che lascia responsabilità al datore di lavoro sulle misure di prevenzione). C'è stata una riunione ad aprile 1998, ma non ho elementi per valutare quando le linee guida potranno essere emesse, il testo su cui si discute potrebbe essere adottato fra un mese, ma anche fra un anno.

Marina Finardi

Coordinamento Donne, Gruppo Donne-Salute-Lavoro, CISL, Milano.

Provegno dal sindacato milanese e più precisamente da un gruppo di lavoro che da due anni (e forse più) si occupa del problema donna-salute-lavoro. E' un gruppo composto da sindacaliste, operatrici dei servizi pubblici ed anche donne rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Prima di entrare nel merito del mio intervento, devo fare complimenti sinceri e sentiti all'ARPAT e al CEDIF per averci chiamato a parlare della nostra esperienza e per l'ospitalità dimostrata. Ringrazio anche Laurent, per la prima volta in pubblico, perché è stato proprio dopo aver avuto materiali durante un corso a Bruxelles, che è iniziato il nostro lavoro. E proprio il 7 maggio ci sarà una riunione al comitato di donne della CES con molte ricercatrici e apriremo a livello europeo un dibattito su come affrontare, io spero in modo comune, negli anni '90, il tema della salute della donna al lavoro (magari anche con un convegno).

Laurent, che è un giurista, mentre io non lo sono, ha detto poco fa cose importanti e come possiamo coniugare negli anni '90 il discorso delle pari opportunità con quello della solidarietà e della sicurezza, rendendo piena *Maternità salute e lavoro: quale applicazione al Decreto 645/96 ?* 5 maggio

dignità ad entrambe, ovvero su come lottare, attraverso la salute, contro la segregazione orizzontale e verticale.

Significa che non basta che il lavoro sia a misura di uomo, e finalmente anche col 626 noi andiamo dicendo che il lavoro deve essere a misura di uomo e di donna. Significa che i rischi lavorativi non sono neutri; questa affermazione risulta forte perché implica il riconoscimento della differenza, non solo biologica e fisica (problema quest'ultimo, che la direttiva carichi ha posto in rilievo); implica anche il riconoscere l'esistenza di differenze che io chiamo "culturali" (forse impropriamente) o che si possono anche chiamare di "atteggiamento", o in altro modo, essendo paragonabili a quelle che già tutti riconosciamo esserci tra giovani e anziani, ma che dovremmo riconoscere esistere anche fra uomo e donna.

Tutto questo influenza gli ambienti di lavoro e l'organizzazione del lavoro, con molteplici implicazioni, anche sulla formazione dello stress, ad esempio, che in Italia ancora faticiamo ad affrontare.

L'ingresso consistente di donne nel mercato del lavoro italiano (siamo oggi oltre il 30%), non ha ancora prodotto i cambiamenti culturali ed operativi necessari per l'assunzione della problematica. Nonostante il fatto che il mercato del lavoro sia sempre più caratterizzato da attività di servizio, anziché manifatturiere, dove la presenza femminile è numericamente forte, non si è ancora prodotto il salto necessario all'assunzione effettiva di molti rischi propri di queste attività (salvo per i videoterminali), e in generale dell'attuale modo di produrre (vedi i disturbi da movimenti ripetitivi), risultando ancora prevalente una pratica basata sulla rilevazione dei rischi tipici del settore manifatturiero, dove è esigua la presenza femminile (escludendo il tessile).

Un'ulteriore ma sostanziale considerazione è da fare. Alla rimozione, visibile in pressoché tutte le valutazioni dei rischi, dell'esistenza di processi produttivi e di ambienti non "comodamente" standardizzabili, e di quante siano e cosa facciano, le persone che lavorano, si aggiunge quella del "chi sono", ovvero del riconoscimento che gli "esposti" ai rischi in questi ambienti sono "soggetti" e sono poi differenziati tra loro in quanto singoli, ma anche in quanto gruppi (come già ricordato: giovani, anziani, immigrati e locali, donne e uomini, etc.). La "norma", il "valore", il "visibile", il "considerato", il "valutato" finisce invece, ben che vada, per essere un lavoratore astratto ed ideologico: è maschio,

trentenne, di buona altezza, di fisico aitante, di prestazioni mentali eccellenti, di cultura autoctona.

Al medico competente, quando c'è, viene lasciato il compito, a posteriori e totalmente discrezionale, di intervento sulla situazione soggettiva, ovvero su chi può essere, a quel punto, considerato come fuori norma cioè non idoneo. Da una tutela collettiva si passa così facilmente all'apparenza di una tutela individuale, giungendo infine a penalizzare/svalorizzare, a discriminare/emarginare.

Come gruppo sindacale di Milano abbiamo voluto ripercorrere un approccio più globale, sul modello di alcune esperienze europee. Abbiamo rimesso insieme alcuni pezzi: il lavoro portato avanti sulle pari opportunità negli anni '80, con quello sulla salute che aveva un grosso fondamento negli anni '70, relativamente alla salute riproduttiva e alla maternità, e siamo andate avanti anche su altri fattori di rischio, quali i movimenti ripetitivi e gli infortuni a rischio biologico in ospedale. Il 626 ci ha dato l'opportunità di saldare e incrociare questi discorsi, anche se solo in virtù dell'articolo 4, che dice quel che purtroppo non ho ancora visto fare in nessuna valutazione dei rischi aziendale. Dice che vanno valutati tutti i rischi dell'ambiente di lavoro, ovunque ci sia anche un solo lavoratore (o lavoratrice – aggiungo io!) – ma anche per tutti i soggetti, compresi i gruppi esposti a rischi particolari. La circolare del Ministero del Lavoro dell'agosto 1995 indica cosa si intende per soggetti più esposti, ma è stata completamente trascurata sotto questo profilo.

E vengo al tema di oggi. Non dovrebbero esservi dubbi - così il nostro gruppo almeno ritiene – che la valutazione dei rischi da farsi rispetto alle problematiche della maternità e, con qualche forzatura, potremmo dire della salute riproduttiva, rientri a pieno titolo nella valutazione di cui all'art. 4 riportato più avanti. Solo successivamente, all'atto della gravidanza effettiva di una lavoratrice, la si dovrà riconsiderare sia alla luce delle condizioni che in quel momento l'ambiente di lavoro presenterà, che in relazione alle specifiche condizioni di salute presentate dalla lavoratrice in gravidanza. Anche la circolare del Ministero del lavoro seguita al d.lgs. 626/96, benché contorta (e abbiamo visto che le contorsioni quando fa comodo si fanno anche in Europa), sembra chiarire questo principio. Quindi, rispetto a quanto detto da Laurent relativamente alle ambiguità della direttiva europea, in Italia, almeno sulla carta, si avrebbe una prevenzione vera, collettiva e non individuale. Nel

momento in cui una donna si trova nella condizione specifica della gravidanza, il datore di lavoro dovrebbe cioè prendere la valutazione dei rischi fatta in astratto (sull'ambiente di lavoro e non su quel soggetto e sulla base delle conoscenze disponibili sulle nocività per la salute riproduttiva – non entro nel merito - o per la maternità), e guardare qual è la condizione specifica di quel posto di lavoro, in relazione a quella donna entrata in gravidanza. Da questo punto di vista non sembra più un problema l'esistenza dell'obbligo della donna di comunicare il suo stato: se si è fatta la valutazione, se si sono presi a monte i provvedimenti conseguenti, compresi quelli per i rischi concernenti la maternità e la salute riproduttiva, resterebbe solo da riconsiderare se l'ambiente di lavoro ha subito mutamenti e come si presenti in termini di rischi residui, rispetto a quel soggetto. E' a questo punto che entra in gioco il ruolo del medico competente. Quindi, per quanto riguarda la valutazione dei rischi, in Italia la situazione dovrebbe essere chiara, sia per la lettura che si può fare del 626 art. 4, che della circolare ministeriale post 645.

Non è invece chiara la vicenda delle linee guida e dell'obbligatorietà che ne deriverà, circa il tipo di misure di prevenzione collettiva da adottare. La mia conoscenza dell'argomento è parziale, non facendo parte del Comitato consultivo di Lussemburgo, ma posso dire che si è in alto mare.

L'altro problema che abbiamo in Italia, anche questo già citato da Laurent, è che esiste una complessa, vecchia, ma anche assolutamente tutelante (in confronto, ad esempio, alla valutazione dei rischi, che produce effetti variabili e diversi) lista di lavori vietati che parte dalla 1204 ed è recuperata nel 645. Lavori vietati per i quali i provvedimenti da prendere non sono quelli conseguenti alla valutazione dei rischi (modifica delle condizioni o dell'orario di lavoro), ma sono l'allontanamento dall'ambiente di lavoro a rischio. Il che significa trovare una mansione alternativa, in un ambiente non a rischio, oppure, come spesso succede, l'interdizione anticipata dal lavoro.

Il nostro gruppo ha tentato di rendere leggibile la lista di questi lavori. Facendo parte del sindacato so che, in tutti questi anni, è stato fatto un grosso lavoro di divulgazione della 1204 – che non è mai abbastanza perché i delegati e le delegate cambiano continuamente - in tante forme (corsi di formazione, assemblee, 8 marzo, libretti, opuscoli, volantini, etc.).

Il tutto, però, con attenzione soprattutto alla tutela sociale, previdenziale e anche economica; la stessa contrattazione collettiva, che risale quasi tutta agli

anni '70, si occupa prevalentemente di questi aspetti. Le donne sono certamente attente al salario, che in gravidanza è coperto per legge almeno all'80%, ma il problema è più ampio.

Questa lista è da un lato più avanzata della direttiva: ad esempio, per il sollevamento pesi esiste il divieto, mentre per la direttiva si tratta di un rischio da valutare, ma dall'altro risulta poco leggibile, in quanto la legge rimanda, per una serie di rischi, a decreti risalenti al '55 e anche precedenti decreti spesso, noti solo agli addetti ai lavori.

La gestione dei casi di gravidanza era dunque possibile solo con il supporto delle Unità sanitarie locali, che utilizzavano queste liste o l'articolo 5 della 1204, che consentiva, prima del 626, una sorta di valutazione del rischio. Le donne non erano in grado di affrontare questi aspetti e tuttora resta loro difficile: noi abbiamo cercato di ricomporre una lista unica, rendendola più semplice, ma è pur tuttavia un argomento di gestione complessa.

C'è oggi la necessità di rivedere questi elenchi, ma c'è anche la preoccupazione che vengano buttati via in funzione di una valutazione dei rischi, che è diventata del datore di lavoro, in un quadro generale di scarsa applicazione del 626. Le Unità sanitarie locali ora intervengono successivamente, e siamo nella fase di verifica delle valutazioni dei datori di lavoro. Ad esempio, le operatrici della USL che fanno parte del gruppo di Milano, sono particolarmente impegnate a verificare se è stata fatta anche la valutazione dei rischi per la maternità, nell'ambito della valutazione dei rischi dell'art. 4 del 626. Dalla nostra esperienza e da contatti con RLS e con medici competenti, risultano esserci solo pochi e isolati casi positivi e comunque chi considera anche questi rischi ha necessità di disporre di linee guida per la valutazione, oltretutto di conoscere bene la lista dei lavori vietati. In particolare sono necessari chiarimenti su come valutare i rischi da movimenti e posture di lavoro, ma soprattutto i rischi della fatica mentale (e altri rischi fisici non rientranti nella lista dei divieti). Detto questo, rimane un grosso problema. Se, da un lato, abbiamo formalmente riconosciuto in Italia che il processo di valutazione passa prima per la tutela collettiva e poi per quella individuale, nella pratica assistiamo ad una gestione completamente rovesciata. I dati recenti della provincia di Milano sulle astensioni anticipate, e tra queste su quelle per ambiente di lavoro a rischio, dicono che nel 1996 si sono complessivamente riconosciute 8.060 astensioni anticipate, di cui solo 324 per

rischi dell'ambiente di lavoro; nel 1997 si sono avuti 9.035 casi totali, di cui 405 per rischi lavorativi. Le astensioni anticipate riguardano, inoltre, per il 60% il pubblico impiego e solo per il 40% il privato. Questi dati andrebbero comparati con quelli INPS, riferiti alle gravidanze totali nelle lavoratrici, che attualmente purtroppo non conosciamo.

E' evidente, comunque, che si è in presenza di una gestione individuale della prevenzione, che passa prevalentemente per certificazioni di gravidanza a rischio, oltre che di una gestione non equa della tutela, perché riflette le condizioni di miglior diritto di cui godono le lavoratrici più protette.

Perché accade questo ?

Una delle risposte sta nella gestione di tipo burocratico fatta finora dall'Ispettorato e dai medici di base, che fanno ciò che gli viene chiesto; un'altra riguarda i datori di lavoro, che premono perché le donne si mettano in maternità anticipata, scaricandone così i costi sul pubblico ed evitando di modificare l'ambiente di lavoro e la sua organizzazione. A nostro avviso è comunque necessario indagare più a fondo le ragioni che sottostanno alla sostanziale disapplicazione della norma, così come i casi positivi, al fine di produrre azioni correttive adeguate e non meramente repressive.

Adriana Ricciardi

Direzione Generale dei rapporti di lavoro, Divisione VI, Ministero del Lavoro, Roma

Il nostro ordinamento giuridico ha sempre accordato una particolare tutela al lavoro delle donne riconoscendo che, a causa della maternità ed in generale degli impegni familiari, necessitano di una specifica garanzia.

In questa ottica si colloca la normativa di tutela della maternità, nonché le disposizioni volte a realizzare la parità tra uomini e donne, anche attraverso l'attuazione di "azioni positive", cioè misure volte a raggiungere una parità effettiva e non solo formale.

Per quanto riguarda in modo specifico la tutela della maternità, si può affermare che l'attuale normativa rappresenta una disciplina organica di salvaguardia, sia della salute e della sicurezza della madre e del bambino, sia

di sostegno alle responsabilità familiari, attraverso il mantenimento del posto di lavoro e la possibilità di usufruire di permessi per la madre e, a determinate condizioni, per il padre.

Le norme poste a tutela della salute e sicurezza della lavoratrice madre sono state integrate di recente dal Decreto legislativo 645/96, di recepimento della direttiva comunitaria 92/85, concernente il miglioramento della sicurezza e igiene sul lavoro delle lavoratrici gestanti, puerpere o in allattamento.

Con due circolari sono state illustrate dal Ministero del Lavoro le disposizioni della normativa di cui sopra, nonché la sentenza costituzionale n. 373/97, che ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale sollevata da alcune regioni in merito agli articoli 2 e 5 del d.lgs.645, chiarendo che le disposizioni impugnate non comportano il ridimensionamento delle competenze regionali.

Si rammenta che con Circolare 90/96 a firma dell'onorevole Ministro, era stato precisato che gli accertamenti sanitari eventualmente necessari ai fini dell'emanazione del provvedimento di interdizione delle lavoratrici madri, sono di competenza delle Aziende sanitarie locali.

Il d.lgs.645/96, che integra il d.lgs.626/94, prescrive misure per la tutela della sicurezza e salute delle lavoratrici gestanti, puerpere o in allattamento, fino a sette mesi dopo il parto; secondo la procedura prevista, il datore di lavoro valuta i rischi specifici riguardanti gruppi particolari di lavoratrici e informa dei risultati di tale valutazione le lavoratrici e i rappresentanti per la sicurezza.

Qualora i risultati della valutazione rivelino rischi per la salute e la sicurezza delle lavoratrici, il datore di lavoro deve modificare temporaneamente le condizioni e/o l'orario di lavoro e, se tale modifica non è possibile, deve provvedere a spostare le lavoratrici ad altre mansioni, informando contestualmente il Servizio Ispettivo competente per territorio.

Se il Servizio Ispettivo, di concerto con la ASL, qualora si rendano necessari accertamenti di carattere sanitario, verifica che non ci sono le condizioni per lo spostamento ad altre mansioni, procede all'interdizione dal lavoro delle lavoratrici interessate.

Le innovazioni più rilevanti del d.lgs.645 sono: l'obbligo del datore di lavoro di provvedere alla valutazione dei rischi; i permessi retribuiti per esami prenatali.

Dato lo scarso utilizzo finora riscontrato, da parte delle lavoratrici e degli stessi Servizi ispettivi, dell'art.3 della L. 1204/71 (Divieto di adibizione alle lavorazioni pericolose, faticose e insalubri), in quanto la maggior parte dei provvedimenti di astensione fa riferimento all'art. 5 lett. a - gravi complicanze della gestazione -, da parte del Ministero del Lavoro si sta cercando di utilizzare al meglio la nuova normativa allo scopo di:

1. evitare di colpevolizzare le lavoratrici per un eccessivo ricorso all'art. 5 citato sopra;
2. estendere le misure alternative all'astensione dal lavoro (diversa organizzazione dell'orario e delle condizioni di lavoro, spostamento ad altre mansioni) per evitare riscontri negativi per le lavoratrici dovuti alla lunga assenza.

L'art. 2 del decreto legislativo citato prevede che, con decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, di concerto col Ministero della Sanità, sentita la Commissione Consultiva Permanente di cui all'art.26 del d.lgs.626/94, e successive modificazioni e integrazioni, siano recepite le linee direttrici elaborate dalla Commissione UE, concernenti la valutazione dei rischi chimici e fisici e biologici, nonché dei processi industriali ritenuti pericolosi per la sicurezza o la salute delle lavoratrici e riguardanti anche i movimenti, le posizioni di lavoro, la fatica mentale e fisica e gli altri disagi fisici e mentali connessi con l'attività svolta.

Di queste linee guida hanno parlato entrambi i relatori che mi hanno preceduto, vorrei fare pertanto alcune considerazioni.

Il Decreto 645 ha espresso l'orientamento di mantenere inalterata la disciplina vigente in materia di lavorazioni pericolose e insalubri previste dalla Legge 1204 e dal Dpr.1026.

Dall'esame del testo in discussione a Bruxelles, risulta che l'elenco degli agenti e delle condizioni di lavoro predisposto dalla Commissione è integralmente ricompreso dalla legislazione Italiana vigente e che, anzi, risulta carente per alcuni particolari rispetto alla stessa.

Inoltre, ai sensi dell'art. 3 della direttiva citata, la Commissione dovrebbe elaborare solo le linee direttrici concernenti la valutazione dei rischi, mentre nel documento UE sono ricomprese anche le modalità per evitare il rischio. Su quest'ultimo aspetto si potrebbero presentare divergenze operative con la prassi e la normativa italiana: in alcuni casi la lavoratrice è infatti identificata, al

posto del datore di lavoro, come parte attiva nella scelta delle modalità per evitare il rischio.

Ecco quindi perché riteniamo che sarebbe opportuno stralciare integralmente il testo della relativa colonna, in quanto non prevista nella direttiva e non rispondente allo scopo di rafforzare le tutele.

Tra le misure a favore della maternità, recentemente adottate, si citano:

a) con la legge n. 196/97 sono stati previsti, fra l'altro, incentivi alla riduzione dell'orario di lavoro, attraverso diminuzione delle aliquote contributive per fasce di orario. Ne usufruiscono anche i contratti stipulati con lavoratrici precedentemente occupate, che rientrano nel mercato del lavoro dopo almeno 2 anni di inattività;

b) il decreto legislativo 1 dicembre 1997 n. 468 " revisione della disciplina sui lavori socialmente utili a norma dell'art. 22 della legge 24 giugno 1997, n. 196" all'art. 8 comma 15 prevede misure a tutela del reddito delle lavoratrici madri impiegate nei progetti dei lavori socialmente utili, che non possono vantare una precedente copertura assicurativa, ai sensi dell'art. 17 della L.1204/71. In questi casi l'INPS corrisponde un'indennità pari all'80% dell'assegno, durante i periodi di astensione obbligatoria dal lavoro;

c) per le titolari di borsa (art. 5 DL 28/97), il messaggio INPS n. 13324 del 27/3/98 prevede che, anche per le borse di lavoro, si applicano le disposizioni sull'astensione obbligatoria per maternità, di cui alla legge 1204/71. Durante il periodo di astensione obbligatoria, alle borsiste viene corrisposta, in sostituzione del sussidio e comunque non oltre il termine di scadenza della borsa originariamente previsto, un'indennità pari all'80% del sussidio stesso e le donne in gravidanza non possono essere adibite a lavorazioni particolari, faticose e insalubri ai sensi dell'art. 3 e 5 del d.lgs.645/96.

Mentre da un lato si cerca di favorire l'inserimento delle donne nel mercato del lavoro, dall'altra si assiste a una massiccia uscita dall'attività professionale di lavoratrici madri, anche dopo molti anni di lavoro. Malgrado l'esistenza di specifiche disposizioni volte a garantire la conservazione del posto di lavoro per le lavoratrici madri, e l'azione governativa volta a sensibilizzare da anni i Servizi Ispettivi sulla problematica delle dimissioni durante il periodo protetto, per contrastare il fenomeno delle cosiddette "dimissioni in bianco" (ancora sommerso e difficilmente quantificabile), i dati concernenti il numero delle convalide di dimissioni presentate ai Servizi ispettivi è costantemente elevato.

A seguito dell'impegno del governo a riferire al parlamento sulle iniziative volte ad assicurare il rispetto delle norme a salvaguardia del posto di lavoro, sono state prese le seguenti iniziative:

a) monitoraggio del numero delle convalide di dimissioni di lavoratrici madri negli ultimi anni. Si registrano dati marcatamente elevati in alcune regioni del Nord (Veneto, Lombardia), i dati più bassi relativi alle regioni del centro-sud si spiegano parzialmente con il tasso più basso di occupazione femminile e con il ricorso nel Sud al lavoro sommerso. La situazione che emerge è tuttavia fortemente preoccupante. Si segnala la ricerca effettuata dalla Camera di commercio di Como, la direzione provinciale del lavoro di Como e la consigliera di parità, dalla quale è emerso che circa il 20% delle donne ha dichiarato di aver subito pressioni all'interno dell'azienda al fine di ottenere dimissioni. A tale proposito è stato previsto di:

- inserire una disposizione ad hoc nel testo approvato dal Consiglio dei ministri, ora A.C. n. 624 " Disposizioni per sostenere la maternità e la paternità e per armonizzare i tempi di lavoro, di cura e della famiglia", nel senso di prescrivere l'obbligo di convalida di tali dimissioni da parte dei servizi ispettivi, a seguito di alcune sentenze della Cassazione;

- potenziare l'informazione via Internet, predisponendo schede informative sulla normativa vigente e istituire un numero verde di pronto intervento, per rispondere alle sempre più numerose segnalazioni;

b) a seguito della sentenza della Corte di cassazione n. 2635/97, secondo la quale non viola lo Statuto dei lavoratori il datore di lavoro che fa effettuare ad aspiranti dipendenti tests per accertare lo stato di gravidanza, sono state trasmessi al Ministro due o.d.g. di Consigli comunali della regione Toscana con i quali si chiede al Parlamento e al Governo di rafforzare gli "strumenti di tutela della libertà individuale dell'accesso al lavoro, basato sulle potenzialità e non su discriminazioni di sesso". Poichè in materia di accesso al lavoro sono state segnalate, da parte dei servizi ispettivi, discriminazioni nei confronti delle donne durante le prove selettive, e si teme che la situazione possa peggiorare dopo la sentenza della Cassazione citata, fermo restando il divieto stabilito in proposito dall'art. 1 co. 2 della L. 903/77 e dalla giurisprudenza comunitaria, si sta pensando all'inserimento, in un disegno di legge di prossima approvazione, di una norma specifica, che rafforzi il divieto dei tests di gravidanza. Sempre sul tema dell'accesso al lavoro delle lavoratrici madri, la Corte di cassazione

Maternità salute e lavoro: quale applicazione al Decreto 645/96 ? 5 maggio

con sentenza N. 8971/95 si è pronunciata nel senso che " lo stato di gravidanza non osta all'assunzione, con contratto di lavoro a termine, di una lavoratrice che si trovi nel periodo di astensione post-partum (ai sensi degli articoli 4 e 5 , L. 1204/71), e che la stessa ha diritto a ricevere l'indennità economica di maternità, ciò anche nel caso in cui, di fatto, non vi sia stata la prestazione lavorativa, per effetto della coincidenza dell'inizio del rapporto di lavoro con l'astensione anticipata autorizzata dall'Ispettorato del lavoro". A seguito di questa sentenza è stato possibile concludere positivamente alcune vertenze in merito all'instaurazione del rapporto di lavoro con lavoratrici madri da parte di Amministrazioni dello Stato ed Enti Locali.

c) in materia di condivisione delle responsabilità familiari e allo scopo di recepire la direttiva europea n. 96/34 "Accordo quadro sui congedi parentali" è stato approvato dal consiglio dei Ministri il D.L. n. 645, sopra citato, del Ministro per gli Affari Sociali, di concerto con il Ministro del Lavoro e il Dipartimento pari Opportunità. Il testo contiene importanti novità in analogia a quanto previsto dalla direttiva comunitaria: prolungamento fino a 8 anni di età del bambino della possibilità di utilizzare i permessi; diritto individuale per ciascun genitore ai permessi; garanzie per il mantenimento del posto di lavoro anche per il padre che usufruisce delle assenze.

Concludo sottolineando di seguito i problemi più delicati che restano aperti in materia di tutela delle lavoratrici madri e di diritto al lavoro.

1) Assunzioni a tempo determinato presso le Pubbliche amministrazioni: malgrado la sentenza della Cassazione citata, risulta che molte lavoratrici madri precarie non sono avviate al lavoro a causa dello stato di gravidanza e vengono considerate rinunciatarie, perdendo, conseguentemente, l'anzianità raggiunta in graduatoria, nonché il diritto al trattamento economico di maternità previsto dalla legge.

2) Perdita delle garanzie previste dalla normativa vigente in materia di sicurezza e di conservazione del posto di lavoro, a causa del ritardo della comunicazione al datore di lavoro dello stato di gravidanza, per timore di pressioni ad abbandonare il lavoro.

3) Trasformazioni sempre più frequenti della ragione sociale e della proprietà delle aziende danno luogo a fenomeni diffusi di disapplicazione della L. 1204/71.

4) Inserimento nelle liste di mobilità e di C.I.G. delle lavoratrici madri, a causa di parziali ristrutturazioni aziendali, malgrado il divieto dell'art. 2 della legge.

5) Richiesta da parte del datore di lavoro alle lavoratrici precarie di rinunciare ai riposi giornalieri ex art. 10, in vista di un rinnovo del contratto.

6) Mancato computo dei periodi di astensione obbligatoria e facoltativa ex artt. 4-5-7 della L. 1204/71, ai fini dell'anzianità necessaria per gli scatti di carriera.

7) Discriminazione nell'accesso al lavoro con contratti di formazione lavoro per le donne, anche a causa dell'impossibilità di spostamento ad altre mansioni durante i periodi di astensione ex art.4 e 5, per l'obbligo di effettuare comunque la formazione; a tale scopo è prevista una proroga del periodo di vigenza del contratto.

Sessione di lavoro

*L'approccio applicativo del d.lgs.645/96
alla luce del 626*

La tutela delle lavoratrici madri è regolata da un complesso quadro normativo, sia specifico sia generale, di difesa della salute e sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro.

Si tratta di particolari diritti sanciti dalla legislazione e di specifiche condizioni legate alla contrattazione aziendale e collettiva, che mirano a tutelare la maternità nell'ambito della prevenzione, della previdenza sociale e del diritto del lavoro.

Nel quadro normativo vigente spicca la Legge 1204/71 "tutela della lavoratrici madri" e il suo regolamento applicativo, il DPR 1026/76, affiancata dal D.Lgs.626/94 "miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro" e dal recente D.Lgs.645/96, che recepisce la direttiva 92/85/CEE concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute sul lavoro delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento.

Il nuovo decreto legislativo armonizza la materia in campo di tutela delle lavoratrici gestanti, puerpere e in allattamento con le procedure del 626, di cui sembra essere un'articolazione particolare, lasciando inalterata la normativa specifica preesistente.

La normativa coinvolge direttamente molte figure. All'interno delle aziende: il datore di lavoro, il responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, i Rappresentanti dei lavoratori della sicurezza, i lavoratori, il medico competente, come individuate dal 626; all'esterno, figure istituzionali fra cui l'Ispettorato del Lavoro, l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) in particolare i Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (SPISLL) e il ginecologo pubblico, le Organizzazioni Sindacali; ciascuna con un proprio ruolo specifico, purtroppo in alcuni casi non sempre chiaro e ben delineato.

E' relativamente recente il coinvolgimento dei SPISLL nell'applicazione di alcune misure di tutela della salute delle lavoratrici previste dalla L.1204 (art.3 e art.5 lett.a, b, c in merito al cambio mansioni e all'astensione anticipata) negli ambienti di lavoro, materia tradizionalmente gestita dall'Ispettorato del Lavoro.

Questa attività per i Servizi delle ASL ha trovato un importante input nella Sentenza della Corte Costituzionale n° 58 del 1993, “...spettano alle Regioni e per esse alle ASL le competenze già svolte dagli Ispettorati del lavoro in materia di controlli a carattere sanitario previsti dalla legge 1204 per la tutela delle lavoratrici madri”, sollecitata dal particolare impegno della Regione Umbria.

L'attività dei SPISLL dunque, è iniziata in Toscana a partire dal 2° semestre del 1993, in una situazione di non chiarezza sulle competenze delle allora Unità Sanitarie Locali e degli Ispettorati del Lavoro rispettivamente.

In quel periodo furono prodotte circolari della Regione Toscana e del Ministero del Lavoro, ma sul piano operativo risultarono determinanti gli accordi locali tra USL e Ispettorati Provinciali del Lavoro, ciò ha comportato una disomogeneità di procedure nella applicazione della normativa vigente, addirittura a livello della stessa provincia.

Da qui l'esigenza di alcune operatrici dei SPISLL dell'attuale ASL Firenze di costituire un gruppo di lavoro specifico, oggi facente parte del Dipartimento di prevenzione.

Emerse subito l'esiguità, in termini assoluti, del numero di domande di interdizione anticipata per rischi occupazionali inviate ai Servizi dall'Ispettorato del lavoro per l'espletamento degli accertamenti sanitari. A titolo di esempio, nei dati relativi al secondo semestre del 1993 e all'anno 1994 risultarono 67 domande di interdizione anticipata per lett. b, c pervenute alle 10 USL oggi facenti parte della ASL di Firenze, mentre il dato regionale complessivo fu di 235 domande relative allo stesso periodo.

Fu perciò condotta insieme alla U.O. di Epidemiologia Occupazionale del CSPO e grazie alla collaborazione dell'Ispettorato Provinciale del Lavoro, un'indagine sulla tipologia delle domande di interdizione anticipata presentate all'Ispettorato del Lavoro di Firenze. I risultati sono già stati pubblicati (Sorveglianza della salute riproduttiva in ambiente di lavoro - Epidemiologia e Prevenzione 1996), si vuole solamente ricordare che su 696 domande esaminate, relative al primo trimestre del 1994 e a 521 donne, 516 risultarono per gravidanza a rischio (lett. a) mentre le rimanenti 5 erano relative alla presenza di rischi occupazionali (lett. b, c).

Nel 54% dei casi la domanda è stata presentata nel 2° trimestre di gravidanza e nel 44% dei casi la causa di astensione anticipata è riferibile ad attività contrattile uterina.

Le lavoratrici gestanti erano occupate nel 79 % dei casi nel terziario (i settori maggiormente rappresentati sono in ordine di frequenza: commercio, istruzione, sanità e servizi socio-assistenziali), nel rimanente 21% nell'industria manifatturiera, in particolare nel settore tessile e abbigliamento (i dati comprendevano anche la provincia di Prato) e nel settore pelle e cuoio. Tra le mansioni comparivano principalmente le impiegate, le insegnanti e le infermiere professionali. L'indagine non portò a conclusioni definitive, anche per oggettive difficoltà di interpretazione dei dati, ma stimolò alcune riflessioni a nostro avviso attuali ancora oggi:

1) Alcune patologie insorte durante la gravidanza potevano essere correlate a fattori lavorativi, considerando, inoltre, che circa la metà delle domande erano state presentate nel secondo trimestre di gestazione, permettendo quindi a possibili fattori di rischio occupazionali di indurre effetti avversi. Emerge quindi l'importanza di conoscere informazioni contenute nelle domande di astensione anticipata per gravidanza a rischio, perchè possono nascondere effettive situazioni lavorative a rischio. Le domande per lettera a non pervengono di regola ai servizi PISLL della ASL di Firenze, eccezione fatta per la zona Fiorentina di Nord - Ovest, che nell'anno 1997 ha esaminato 152 domande di astensione anticipata dal lavoro per gravidanza a rischio di queste 22 (14,4%) riportavano una mansione con rischi specifici per la gravidanza.

2) Esiguo il numero delle let. b, c, considerando i settori produttivi presenti, il numero di donne in età fertile occupate e i possibili rischi per la gravidanza. Emerse la necessità di programmi di educazione alla salute riproduttiva, soprattutto in quei settori produttivi a maggior presenza di manodopera femminile e a maggiore rischio, ma rivolti anche agli operatori sanitari (ginecologi, pediatri, ostetriche) e al medico competente. Ne è seguita quindi un'attività di educazione alla salute e la produzione di materiale informativo e di materiali di aggiornamento e approfondimento, in collaborazione con il CEDIF.

3) Importanza anche di fattori a carattere individuale e sociale della donna (pressioni e ricatti dell'ambiente di lavoro, problemi economici e familiari), che possono influenzare l'applicazione della legge e che quindi devono essere

attentamente valutati. Non va dimenticato che la lavoratrice durante l'interdizione anticipata dal lavoro percepisce l'80% del salario, salvo contrattazione migliorativa (molti esempi si trovano nel settore pubblico).

Negli anni successivi il numero delle domande di interdizione anticipata dal lavoro per lettera b e c ha registrato un lento ma costante incremento. Nel 1997 sono pervenute ai Servizi della ASL di Firenze 182 domande di interdizione anticipata dal lavoro, di cui i settori maggiormente rappresentati sono risultati: nel terziario, il settore dei servizi (49% del totale) e in particolare la sanità, i servizi socio-assistenziali, e le imprese di pulizia; nel settore manifatturiero, più del 50% è rappresentato dalle pelletterie e dai calzaturifici, in accordo con la tipologia del settore produttivo presente nella nostra area geografica, con la presenza di manodopera femminile e con i dati riportati dal censimento ISTAT del 1991.

Nella maggioranza dei casi, gli accertamenti dei Servizi PISLL hanno confermato la presenza di rischi occupazionali o situazioni lavorative a rischio per la lavoratrice madre (solo in 4 casi è stata negata) e l'esito per lo più è stato l'interdizione anticipata dal lavoro (solo in 8 casi è stato possibile attuare il cambio mansione). Ancora è da segnalare come ultimo dato che cominciano a pervenire domande di interdizione post partum, cioè durante il periodo di allattamento: nel 1997 sono state 14.

Sostanzialmente questi dati di attività non registrano significativi cambiamenti rispetto all'applicazione delle norme sulla difesa della salute e sicurezza delle lavoratrici gestanti, puerpere o in allattamento, specie in relazione al nuovo D.lgs.645/96 e ancor più alla nuova filosofia della prevenzione nei luoghi di lavoro introdotta già con il 626.

Ricordo in sintesi i punti salienti del 645.

- Campo di applicazione: è rivolto alle lavoratrici subordinate e a quelle equiparate ad esse dal 626, durante la gravidanza, il puerperio e l'allattamento fino a 7 mesi dopo il parto, che hanno informato il datore di lavoro del proprio stato. La norma non esplicita le modalità di informazione, ma meglio che avvenga tramite la presentazione del certificato medico di gravidanza, sia per permettere l'attuazione degli eventuali passi procedurali previsti, sia ai fine della vigilanza, soprattutto nei casi di accertamento di violazione delle norme.

- Valutazione del rischio specifico: è questo l'aspetto centrale del decreto e certamente il più importante. In questo punto si può far rientrare anche il processo di individuazione dei rischi, condizioni o attività per cui è previsto il divieto di esposizione. Sono riportati nell'elenco, non definitivo, dell'allegato II del decreto, oltre a quelli citati nelle precedenti norme (art.5 del DPR 1026). Sono invece soggetti a valutazione i rischi, le condizioni o attività elencati nell'allegato I del decreto. Tale momento valutativo rivolto ad "un particolare gruppo di lavoratori" entra a far parte integrante della valutazione prevista dal D.lgs.626 (art.3 "misure generali di tutela"). In questo senso, quindi, l'applicazione di alcuni articoli del 645 avverrebbe in una fase precedente, rispetto al momento stesso in cui il datore di lavoro è informato dalla dipendente del suo particolare stato (art.1). Pertanto la definizione del campo di applicazione dell'art.1 nel suo riferimento temporale non deve intendersi come momento di avvio dell'intera procedura prevista dalla norma, ma come punto di partenza per l'attuazione di una serie di misure già programmate in precedenza e rivolte a quella particolare lavoratrice. L'obbligo della lavoratrice di informare il datore di lavoro del suo stato, ha senso in relazione all'applicazione dei diritti personali (cambio mansione, diminuzione dell'orario di lavoro, ecc.) della lavoratrice. Non c'è ragione quindi, che l'obbligo del datore di lavoro di valutare i rischi lavorativi specifici, di assicurare una prevenzione collettiva per eliminarli, di provvedere all'informazione ecc., debba essere condizionato dal ricevimento dell'informazione dello stato di una lavoratrice. Purtroppo non sono ancora disponibili le linee direttrici, elaborate dalla Commissione dell'Unione Europea (UE), per la valutazione specifica dei rischi per le lavoratrici madri.
- Obbligo del datore di lavoro di informare: le lavoratrici e i loro rappresentanti per la sicurezza sui risultati della valutazione e sulle conseguenti misure di protezione e prevenzione adottate, ciò viene inserito nello stesso obbligo di informazione previsto dall'art. 21 del 626. Importante anche perché la lavoratrice, ha la facoltà di presentare istanza per i provvedimenti di spostamento ad altra mansione e di astensione dal lavoro.
- Misure di protezione e di prevenzione: se dalla valutazione risulta la presenza di rischi, il datore di lavoro adotta le misure necessarie affinché l'esposizione al rischio delle lavoratrici in gravidanza, in puerperio e in allattamento sia evitata, modificandone temporaneamente le condizioni o

l'orario di lavoro. I provvedimenti temporanei di ordine organizzativo dovrebbero essere mirati anche a soddisfare le nuove esigenze della lavoratrice in merito a "disturbi" spesso presenti durante la gravidanza. Anche il D.Lgs.626/94 all'art.33 prescrive, in merito ai locali di riposo, che "le donne incinte e le madri che allattano devono avere la possibilità di riposarsi in posizione distesa e in condizioni appropriate". Se non è possibile evitare l'esposizione, il datore di lavoro deve provvedere ad un cambio di mansione, previa comunicazione all'Ispettorato del Lavoro. Se anche questo non è possibile, il datore di lavoro attiva l'istanza di interdizione anticipata dal lavoro.

- Divieto di lavoro notturno: lascia immutato quanto previsto dalle vigenti disposizioni legislative, regolamentari e contrattuali, recependo quindi il divieto di lavorare di notte per le lavoratrici in maternità della Direttiva 92/85/CEE. Ricordiamo, infatti, che l'art. 5 della Legge 903/77 ("Parità di trattamento tra uomini e donne in materia di lavoro") vieta il lavoro notturno (dalle 24 alle ore 6) per le lavoratrici delle aziende manifatturiere anche artigianali, questo divieto può essere rimosso o diversamente disciplinato con la contrattazione collettiva, anche aziendale. Tale divieto non si applica alle donne che svolgono mansioni direttive, nonché alle addette ai servizi sanitari aziendali. Comunque, per tutte le lavoratrici, nel caso di gravidanza e fino al settimo mese di età del bambino, non sono ammesse deroghe al divieto di lavoro notturno.
- Esami prenatali: rappresenta un punto innovativo, consente infatti alle lavoratrici gestanti "*...il diritto a permessi retribuiti per l'effettuazione di esami prenatali, accertamenti clinici ovvero visite mediche specialistiche, nel caso in cui questi debbono essere eseguiti durante l'orario di lavoro...*", previa presentazione al datore di lavoro di apposita richiesta e successivamente di relativa documentazione giustificativa.

Se all'inizio della attività emergeva l'esigenza di informazione sulla legge 1204, soprattutto in merito ai lavori pericolosi, faticosi ed insalubri, oggi è fondamentale, a nostro parere, contribuire a quel processo di prevenzione che nasce all'interno delle imprese, così come vuole il 626. I datori di lavoro, dove è ovviamente previsto, devono inserire nel documento di valutazione anche la parte specifica rivolta a questo particolare gruppo di lavoratrici, programmare le eventuali misure di prevenzione e informare i lavoratori e i loro RLS.

Maternità salute e lavoro: quale applicazione al Decreto 645/96 ? 5 maggio

Attualmente questo processo di valutazione specifica stenta a decollare all'interno delle imprese e la tutela delle lavoratrici è affidata, per lo più, alle conoscenze ed alla iniziativa personale dell'interessata, che in presenza di rischi occupazionale (in genere per quelli più conosciuti come la fatica fisica, la posizione in piedi protratta, ecc.) in un modo o nell'altro va in astensione anticipata dal lavoro. In questo processo valutativo diventa perciò importante il ruolo del medico competente, là dove presente, e dei RLS.

I servizi PISLL dovrebbero, in questa fase, fornire una valida assistenza per attivare il processo valutativo, in tal senso e in mancanza delle linee direttrici elaborate dalla Commissione UE, il Dipartimento di prevenzione ha prodotto una bozza di linee guida regionale, che deve ancora essere visionata dagli altri dipartimenti della prevenzione della Regione Toscana.

L'esigenza di una migliore conoscenza, in particolare per quanta riguarda i rischi lavorativi, l'applicazione della legge, il monitoraggio delle gravidanze per evidenziare eventuali effetti avversi, ha motivato l'adesione del dipartimento ad un progetto sulla "Sorveglianza epidemiologica della salute riproduttiva della donna lavoratrice" condotto dall'U.O. di Epidemiologia CSPO, dell'Azienda Ospedaliera di Careggi.

Infine, è necessario intraprendere ulteriori momenti informativi e formativi, promuovendo incontri con le varie figure coinvolte: attualmente sono già stati programmati quelli con le Organizzazioni sindacali locali.

Manuela Peruzzi

Prevenzione igiene e sicurezza ambienti di lavoro, ULSS 20 Verona

Il rapporto esistente tra maternità e lavoro è di grande rilevanza sociale e sanitaria.

Nel nostro paese l'occupazione femminile è in costante aumento: sono più di 7 milioni le donne lavoratrici.

Da stime approssimative sembra che il rapporto gravidanza - lavoro interessi annualmente il 2-3% di loro.

Nella Regione Veneto 1992 risultavano occupate nel 659.000 donne, 15-18.000 in gravidanza, di queste 8.814 hanno goduto di astensione anticipata dal lavoro per gravidanza a rischio (circa il 50%).

In provincia di Verona l'occupazione femminile è pari a 104.000 lavoratrici nell'industria e nel terziario e 8.000 in agricoltura (dati Istat '91). I dati forniti dal Servizio di Ispezione del Lavoro evidenziano che le astensioni anticipate dal lavoro si aggirano sui 2.500 casi all'anno, la grande maggioranza delle gravidanze in corso a Verona. In passato, di queste solo una minima quota era motiva dal rischio lavorativo, sebbene nei settori produttivi con rilevante occupazione femminile vi siano numerose mansioni incompatibili con lo stato di gravidanza.

Negli ultimi due anni, di grande impegno promozionale del nostro Servizio su questo versante, tendono ad aumentare anche le richieste per lavoro a rischio; a Verona e provincia, da 50 casi nel 1991 si è passati quest'anno a 400 casi, un quinto delle astensioni globali.

Questo risultato non è omogeneo in tutta la regione: si assiste ad una variabilità che tiene conto degli accordi locali con i diversi Servizi di Ispezione del Lavoro, in un contesto non ancora chiarito di competenze.

I 400 casi trattati solo dalla nostra ULSS di Verona, nel triennio 1995 - 1997 sono suddivisi in:

- 364 astensioni anticipate
- 39 spostamenti di mansione
- 37 compatibilità della nuova mansione
- 116 estensioni anche al periodo del puerperio.

I settori della sanità, dei servizi, delle imprese di pulizia e dell'abbigliamento rappresentano più del 50% delle richieste di astensione anticipata dal lavoro, seguono scuola, l'agroalimentare ed il commercio, esigue sono le richieste da altri settori.

Le mansioni più frequentemente riportate nelle richieste sono: addetta alle pulizie, operatrice addetta all'assistenza, confezionamento, insegnante, inserviente, tecnico di laboratorio, commessa, sarta, cuoca, infermiera, stiratrice, bidella.

I rischi occupazionali maggiormente rilevati sono il gruppo dei fattori ergonomici (stazione eretta, posture incongrue, movimentazione di carichi),

Maternità salute e lavoro: quale applicazione al Decreto 645/96 ? 5 maggio

fattori fisico/chimico, rischio infettivo e di contagio e rischio per lavoro su mezzi di trasporto.

L'epoca di gravidanza in cui è stata inoltrata la domanda, per il 90% dei casi si colloca entro la 15° settimana di gestazione.

Tuttavia, persiste ancora oggi una scarsa conoscenza nel mondo del lavoro e sanitario del rischio lavorativo in gravidanza, pur in presenza di una legge in vigore dal 1971, che risulta pertanto inapplicata per la parte di protezione del rischio lavoro. Questa situazione ha tuttora due conseguenze: la donna in gravidanza continua la lavorare in un ambiente pericoloso per il suo stato; il ginecologo, nell'obbligo professionale di tutela della propria assistita, è costretto a ricorrere a forzate patologie ostetriche, per risolvere la difficoltà della lavoratrice a sostenere un lavoro pesante.

Oggi, con l'entrata in vigore del D.lgs.645/96 è importante cogliere questo momento di particolare attenzione della collettività verso il nuovo impianto legislativo comunitario e rilanciare anche l'esistente quadro normativo, che permane in vigore sotto il profilo del rischio e delle conseguenti misure di prevenzione.

Il Decreto legislativo 645/96 porta un adeguamento importante. Infatti le nuove disposizioni si collocano nell'ambito della disciplina generale sulla sicurezza del lavoro contenuta nel D.lgs.626/94. Si riconferma la metodologia analitica del rischio per le attività lavorative, integrandola con l'analisi dei fattori di rischio per la salute riproduttiva.

Nel documento di valutazione che ogni azienda ha l'obbligo di effettuare, a norma dell'art. 4 del 626, dovranno risultare anche le lavorazioni vietate alle lavoratrici madri, elencate nella legge 1204 e nel DPR 1026 (circa 300 lavorazioni/rischi), integrate da quelle contenute nel recente Decreto 645:

- 1) colpi, vibrazioni, movimenti che possono comportare lesioni al feto o distacco di placenta, quindi attenzione anche a macchine impianti con organi in movimento che possono rappresentare un pericolo di collisione;
- 2) movimenti;
- 3) posizioni di lavoro;
- 4) fatica mentale e fisica;
- 5) agenti chimici etichettati per rischio teratogeno, mutageno, cancerogeno
- 6) agenti biologici contenuti nell'elenco del D. 626.

L'effetto di questa recente normativa è stato quello di rovesciare la precedente impostazione giuridica, che faceva carico solo alla lavoratrice madre di richiedere formalmente lo spostamento di mansione o l'astensione anticipata.

Oggi è affidato al datore di lavoro l'onere di valutare il rischio per la salute della gestante, di prevedere le misure protezione e prevenzione, orario e condizioni di lavoro favorevoli, compreso lo spostamento ad una mansione non a rischio e, nel caso non fosse possibile, di comunicarlo per iscritto direttamente al Servizio di Ispezione del Lavoro, per permettere alla donna di richiedere l'astensione anticipata dal lavoro.

Tale situazione è senz'altro positiva, perchè sposta la funzione della maternità da problema individuale della donna ad impegno della collettività, in cui la funzione di tutela è svolta da soggetti sociali determinati:

- datore di lavoro;
- medico competente;
- rappresentante dei lavoratori per la sicurezza.

Notevole importanza assume il medico competente, con un impegno diretto, in quanto, nella collaborazione per la valutazione dei rischi per la salute riproduttiva, dovrà fornire al datore di lavoro gli strumenti conoscitivi essenziali, in modo da individuare condizioni di lavoro compatibili, e protocolli con mansioni alternative. Ne seguirà senz'altro una modifica dell'assetto organizzativo interno all'azienda e una pianificazione del lavoro, consono alla lavoratrice.

La nostra esperienza di lavoro in questo settore è iniziata da diversi anni, ma è solo dal 1994, sulla scorta di un documento della Regione Veneto, che si è esteso l'ambito di intervento a tutta la provincia, con un protocollo operativo, di recente aggiornato con il nuovo decreto, e concordato con il Servizio di Ispezione del Lavoro territoriale.

La procedura è stata diffusa con iniziative pubbliche e attraverso i canali interni alle ULSS, in modo da garantire una stretta collaborazione, soprattutto con i medici ginecologi. In questo modo è stato facilitato l'accesso della donna lavoratrice ai benefici di questa legge, anche con tempi di attesa estremamente contenuti (uno due giorni al massimo).

Nel concreto, ricordando il dettato dell'art. 5 della L. 1204/71, l'interdizione dal lavoro, prima del congedo obbligatorio, si attua in presenza delle seguenti condizioni:

- complicazioni della gestazione o preesistenti patologie che possono essere aggravate dalla gravidanza;
- condizioni di lavoro che siano da ritenersi pregiudizievoli alla salute della donna e del bambino;
- impossibilità di spostare la lavoratrice ad altre mansioni.

L'interdizione viene rilasciata dal Servizio di Ispezione del Lavoro, sulla base dell'accertamento medico. Per il primo punto sono abilitati i medici pubblici: Responsabile del Distretto Socio sanitario di base o il ginecologo del Distretto, per il secondo punto i medici del lavoro dello SPISAL. Su questi due punti esistono accordi formalizzati con atto deliberativo dell'ULSS.

La novità introdotta dal Decreto 645/96 si esprime nella situazione del lavoro a rischio in quanto, se l'applicazione fosse già a regime, si dovrebbe verificare quanto segue: la lavoratrice comunica lo stato di gravidanza al datore di lavoro che, nel suo processo generale di valutazione dei rischi, ha già valutato l'esistenza o meno di un rischio per la salute riproduttiva. Nel caso di lavoro pericoloso, egli procede allo spostamento della lavoratrice ad una mansione non a rischio e, se non è possibile, lo comunica al Servizio di Ispezione del Lavoro, con la richiesta di astensione anticipata dal lavoro da parte dell'interessata.

In entrambi i casi lo SPISAL valuta comunque la compatibilità della mansione e redige il certificato medico, con la validazione della nuova mansione o con la proposta di astensione, per il Servizio di Ispezione del Lavoro.

In realtà oggi ci troviamo in una situazione di transizione in quanto, molto spesso, la lavoratrice, in assenza di una informazione da parte del datore di lavoro, si presenta direttamente al nostro Servizio, perchè inviata dal proprio ginecologo. In questo caso si richiede al datore di lavoro una dichiarazione che attesti la corrispondenza della lavorazione svolta dalla donna con quelle vietate dalla normativa, nonchè la possibilità o meno di spostamento ad una mansione non a rischio, meglio se sostenuta dal parere del medico competente.

Il medico del Lavoro dello SPISAL approfondisce l'anamnesi lavorativa, analizzando nel dettaglio i singoli compiti svolti dalla lavoratrice e i relativi

Maternità salute e lavoro: quale applicazione al Decreto 645/96 ? 5 maggio

fattori di rischio, valuta e accerta che la mansione sia faticosa, pericolosa ed insalubre e ne individua il corrispondente riferimento legislativo. Redige, infine, un certificato con il parere igienico-sanitario per il Servizio di Ispezione Lavoro. Qualora ve ne sia l'esigenza, da parte della lavoratrice o dell'Ispettorato, lo SPISAL, tramite sopralluogo in azienda, valuta la compatibilità della mansione alternativa.

Questa attività presenta diversi punti critici, uno dei problemi maggiori è la difficoltà di valutare la compatibilità della mansione: è evidente come sia necessario utilizzare procedure più uniformi possibili ed orientate su criteri oggettivi, consolidati da un patrimonio culturale comune. Le norme di riferimento indicate sono piuttosto complesse e possono indurre ad errate valutazioni del rischio, sia determinando provvedimenti non necessari, che sottovalutando condizioni reali di rischio, con conseguenze negative per la lavoratrice, sanitarie ed economiche.

L'esigenza è quella di arrivare a valutazioni standardizzate, con il rispettivo riferimento giuridico, mediante la sintesi di tre elementi strettamente connessi: rischi - mansione - profilo professionale.

In molti settori lavorativi, infatti, è facile sovrapporre la mansione della lavoratrice ad una di quelle individuate dal legislatore come a rischio per la gravidanza, mentre in altri non è automatico, ma è necessario ricorrere a valutazioni per analogia di rischio. Ad esempio, può essere scorretto operare una distinzione tra attività lavorativa svolta in reparti di cura di pazienti e attività svolta in centri di riabilitazione, nei servizi sociali, nei Sert, negli istituti per anziani. Come è complessa la valutazione dello sforzo fisico richiesto dalla movimentazione manuale dei carichi, dell'esposizione a rumore o a rischio infettivo e di contagio nelle comunità chiuse e infantili, rischi su cui la legge lascia ampi margini di interpretazione soggettiva.

In questa analisi va tenuto conto che gli standard di riferimento che rappresentano le soglie di esposizione biologicamente accettabili per la popolazione lavorativa non sono sufficienti per la protezione materno - infantile. Anche un rischio occasionale, infatti, può produrre conseguenze gravi alla donna e al bambino, un esempio sono le malattie infettive o gli stessi traumatismi accidentali.

Il ruolo dello SPISAL, quale organo di tutela e di promozione della salute nei luoghi di lavoro, è quello di rilanciare il dettato di questa normativa nel suo

complesso, di favorirne la più ampia divulgazione nel mondo sanitario e nel mondo del lavoro, perché ne sia garantita la corretta applicazione in tutti i settori produttivi, soprattutto nelle piccole aziende, dove si incontrano difficoltà organizzative senz'altro maggiori.

In modo particolare, l'intervento di informazione e formazione va mirato al mondo sanitario (medico di base, ginecologo pubblico e privato, consultori familiari...), che per primo accoglie la donna con progetto di gravidanza.

Vanno inoltre informati gli altri soggetti sociali che nel mondo del lavoro hanno l'obbligo e la responsabilità di proteggere la lavoratrice madre. In questo senso è opportuno che nei corsi di formazione previsti dalle direttive comunitarie sia sempre inserito il rischio lavorativo per la salute riproduttiva.

I Servizi di prevenzione hanno anche il compito istituzionale di ricerca di possibili patologie legate al lavoro, per individuarne le cause e le misure di prevenzione.

Gli indicatori della salute materno – infantile (nati - mortalità, mortalità perinatale, infantile) sono nettamente migliorati negli ultimi decenni, mentre l'abortività spontanea segue un trend opposto. Nella maggior parte dei casi (64%) rimangono da determinare le cause che inducono aborto spontaneo e morte endouterina del feto.

La sorveglianza epidemiologica sulla patologia prenatale e perinatale dovuta a fattori ambientali lavorativi è frammentaria e non strutturata correntemente. Come pure sono inesistenti le statistiche sanitarie in materia di infortuni e di patologia professionale a danno della salute riproduttiva. Nei dati ISTAT per l'anno 1992 sono descritti 68 casi di aborto a livello nazionale, di cui 4 nel Veneto per "trauma fisico professionale", mentre tale rilevazione non emerge, come per gli altri infortuni, nelle statistiche dell'INAIL.

Oggi quindi l'attenzione va posta verso queste patologie, che si ritengono di origine multifattoriale, legate a fattori di rischio ambientale e lavorativo, con l'esigenza di una specifica attività di indagine sotto il profilo clinico - giuridico, come per le malattie professionali o per gli infortuni gravi e mortali.

Il lavoro in questo campo è ancora all'inizio, già i problemi da affrontare sono molti, sicuramente deve continuare il dibattito tecnico-scientifico e diventare patrimonio comune, prima di tutto dei Servizi di prevenzione, in cui è ancora evidente come questa attività sia poco consolidata.

Questo intervento è frutto della collaborazione con i colleghi fra cui in particolare ricordo Mario Gobbi, medico del lavoro.

Letizia Sommani

Medicina preventiva sorveglianza dei lavoratori ,ASL; Firenze

Il Medico competente è una delle figure coinvolte nell'applicazione, per conto del datore di lavoro, delle diverse normative volte alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori. La sua presenza però, a differenza del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, non è scontata, in quanto la legge prevede che sia chiamato in causa solo se è necessaria una sorveglianza sanitaria dei lavoratori.

Vi sono due momenti principali in cui il Medico competente, quando c'è, è coinvolto nell'applicazione della specifica normativa di tutela delle lavoratrici.

Il medico interviene, anche in questa occasione, sia nella veste di consulente del datore di lavoro, che nell'ambito delle specifiche attività a lui attribuite dall'art.17 del d.lgs.626/94, in particolare in quelle di carattere informativo.

Innanzitutto il Medico competente, insieme al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione è coinvolto nella valutazione del rischio che, quando vi sono donne in età fertile, deve comprendere, oltre ai rischi per la salute riproduttiva, che interessano anche gli uomini, tutti i rischi per la gravidanza e l'allattamento, tenendo conto, in entrambi i casi, sia della salute della donna che di quella del bambino.

Tale valutazione deve essere sempre fatta a priori, prima cioè che si verifichi una gravidanza. E' infatti importante poter prevedere in anticipo quali provvedimenti dovranno essere presi, senza che passi troppo tempo fra la comunicazione della gravidanza da parte della lavoratrice e l'assunzione dei provvedimenti (modifica dell'organizzazione del lavoro, spostamento ad altra mansione, astensione anticipata dal lavoro).

Perciò la valutazione del rischio per la gravidanza e l'allattamento comporta l'individuazione per ogni mansione dell'eventuale necessità di:

- modificare l'organizzazione del lavoro, sia nei tempi che nella tipologia e modalità di compiti svolti;
- individuare altre mansioni non a rischio dove poter spostare la lavoratrice;

- chiedere all'Ispettorato del Lavoro l'astensione anticipata dal lavoro o un rientro ritardato per l'allattamento.

Su questa parte di valutazione deve ancora essere fatta un'attenta riflessione, per stabilire i criteri da utilizzare e le modalità di applicazione.

Infatti, se l'orientamento è per una tutela la più ampia possibile, ovvero per un'esposizione a rischio zero, al di fuori dei lavori impiegatizi, sarà difficile che una donna possa restare al lavoro. Se invece l'orientamento è per una tutela in cui siano assimilabili i rischi che comunemente si corrono nella vita di tutti i giorni, accettando perciò l'esposizione a rischi, anche se modesti, allora è possibile per un numero maggiore di donne rimanere al lavoro.

Su questo aspetto penso che il medico competente e il responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione possano utilmente confrontarsi con gli organi di vigilanza (USL e Ispettorato del lavoro) per poter meglio consigliare il datore di lavoro.

E' utile, inoltre, che anche il medico competente, dopo aver fatto i dovuti sopralluoghi, ricordi, se necessario, al datore di lavoro che nell'art.33 del d.lgs.626/94 si dice che "le donne incinte e le madri che allattano devono avere la possibilità di riposare in posizione distesa e in condizioni appropriate".

Questa possibilità, non facile da realizzare nelle piccole aziende, non è comunque garantita neanche in quelle grandi.

Sarebbe comunque utile che anche su questo articolo si riuscisse a definire meglio cosa la legge di fatto richieda, sul piano organizzativo, al datore di lavoro.

Molto importante, poi, è l'opera di informazione che in occasione delle visite preventive e periodiche il medico competente può fare, in riferimento agli specifici rischi, illustrando alla donna anche questo particolare aspetto del rischio lavorativo e quanto prevede il d.lgs.645/96.

Qualora il medico competente venga informato durante la visita dello stato di gravidanza, dovrà invitare la donna a comunicarlo al datore di lavoro, specificando nel certificato di idoneità che, in caso di gravidanza, dovranno essere adottati i provvedimenti di tutela previsti dalle norme.

Mi pare che sia da chiarire, relativamente allo spirito della legge, data la formulazione dell'art.1, se sia data facoltà alla donna di scegliere lei stessa se chiedere l'applicazione della tutela prevista dalla legge, per cui la responsabilità del datore di lavoro comincerebbe e verrebbe attivata dalla

ufficiale comunicazione della lavoratrice, o se anche una indiretta conoscenza del fatto faccia scattare l'obbligo per il datore di lavoro, anche contro la volontà della lavoratrice.

Mi pare che ci si trovi di nuovo di fronte a due approcci diversi, uno più "nordico" con maggiore responsabilizzazione del soggetto interessato, nel presupposto che non vi siano pressioni indebite, ma che vi sia una libera scelta del soggetto nella gestione della propria vita e di quella del nascituro e, dall'altra parte, un approccio più "meridionale", in cui l'applicazione della tutela va al di là della volontà del soggetto, eventualmente anche contro la sua volontà.

In tal caso la salute della donna e del nascituro vengono visti come un bene della collettività e pertanto da tutelare al di sopra di altri interessi o valutazioni personali.

Data la complessità delle situazioni e la rapida evoluzione dei processi produttivi e dell'organizzazione del lavoro, è sempre più necessario che tutte le parti in causa, lavoratrici, datori di lavoro, responsabili della vigilanza, possano prendere le decisioni, assumendosi le proprie responsabilità, valutando congiuntamente le singole situazioni e trovando la soluzione più equa, evitando applicazioni troppo burocratiche che talvolta sottovalutano situazioni rischiose e sopravvalutano mansioni che ormai sono state completamente trasformate.

Morena Viciani
Segreteria generale FILCEA-CGIL, Firenze

Apprezzo tantissimo la relazione introduttiva e gli interventi precedenti, il mio contributo sarà mirato ad alcune questioni che ancora forse non sono state toccate dalla discussione. In primo luogo l'ingresso delle donne nel mercato del lavoro e la loro scolarizzazione sempre più alta, anche se, purtroppo, si associa a una sottoccupazione femminile ancora sotto la media europea. Inoltre, la maternità viene vissuta come scelta, come controllo del proprio corpo, infatti sempre più donne fanno figli in età avanzata, anche da sole, ma, soprattutto, la donna che lavora sceglie di avere uno o più figli ma vuole anche

mantenere il lavoro, crescere professionalmente e non considera la maternità, a differenza delle aziende, un limite per la carriera.

Il d.lgs.645 è uno strumento importante per rendere questa scelta più tranquilla, in un mercato del lavoro dove l'occupazione femminile è sempre più precaria ed incerta, dovrebbe far sentire le donne meno sole nel percorso della maternità, fare esercitare un diritto che già conteneva la legge 1204/71 per la tutela delle lavoratrici madri (legge tra le più avanzate d'Europa).

Il d.lgs.645, infine, tende a colmare il neutro sancito dalla 626, anche se presenta il limite di rivolgersi alle gestanti e in allattamento fino a 7 mesi, anzichè alla salute riproduttiva, mentre ormai molti studi importanti dimostrano che le sostanze usate e lo stress agiscono anche sulla salute riproduttiva maschile. Il passo avanti è importante, perchè offre uno strumento anche al Sindacato affinchè nella contrattazione dell'organizzazione del lavoro e degli orari (oltre che sul lavoro notturno) tenga conto più attentamente della presenza delle donne, soprattutto nell'applicazione della valutazione del rischio, verso la quale c'è ancora troppa ostilità delle aziende.

La valutazione dei rischi, infatti, dovrebbe contenere la griglia preventiva per l'eliminazione permanente dei rischi sul posto di lavoro, lo spostamento è una misura a cui si ricorre per non avere eliminato il rischio all'origine, anche se la direttiva Europea lascia su questo alcune ambiguità come qualcuno ha già ricordato. Anche il tecnicismo della 626, ha reso timida la rappresentanza delle donne tra gli RSL eletti.

Inoltre, vorrei farvi riflettere sul significato che può assumere l'obbligo d'informare il datore di lavoro, soprattutto in un rapporto di lavoro precario o nel percorso di carriera. Le donne in età riproduttiva devono conoscere la valutazione dei rischi, così come gli R.L.S., per questo è importante il ruolo assegnato alla formazione e all'informazione dal 626 e dal 645.

Il sindacato è impegnato da sempre su questi problemi, ed anche in questa sede offre tutta la disponibilità a fare percorsi insieme, ad esempio per iniziare un'esperienza pilota su alcune aziende grandi, dove c'è una forte presenza femminile, ad esempio nella farmaceutica, nella ceramica, dove le sostanze usate possono provocare dei rischi. Soprattutto credo che occorra partire da una valutazione dei rischi che abbia una visione di genere, da un programma formativo per gli R.L.S., da un programma di assemblee con donne in età riproduttiva.

Inoltre, sono molto d'accordo sul monitoraggio delle gravidanze delle lavoratrici e sull'uso che si fa delle ore per allattamento nei primi mesi (dati che potrebbe fornirci l'Ispettorato del Lavoro). Una buona applicazione della 645 sarebbe naturalmente un grande segno di civiltà, in un paese come l'Italia preoccupato dalla nascita zero, ma ancora troppo poco impegnato nell'affermazione del valore sociale della maternità. Anche le aziende ne trarrebbero degli elementi fortemente positivi in termini d'immagine e di costi.

Sessione di lavoro

L'approccio di studio e di sorveglianza

L'ISPESL è un istituto pubblico di ricerca ed è l'organo tecnico-scientifico del Ministero della Sanità in tema di prevenzione, salute e sicurezza del lavoro.

Oltre all'attività di ricerca, secondo quanto prescritto dall'art.24 del D.lgs.626/94, l'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL) svolge attività di informazione, consulenza ed assistenza in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, anche nei confronti delle imprese artigiane, delle piccole e medie imprese e delle rispettive associazioni dei datori di lavoro.

L'informazione, per quanto di competenza del Dipartimento di Medicina del Lavoro (DML), e' intesa come indicazioni sia di tipo normativo che operativo, tramite la proposta di linee guida ai diversi soggetti interessati (USL, INAIL, Ispettorato del lavoro, Aziende), sulle problematiche sanitarie connesse alla prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali.

La consulenza viene effettuata con l'indicazione di criteri, modalita' e procedure per la valutazione del rischio e dei danni alla salute e con la proposta di valori limite di esposizione ad inquinanti negli ambienti di lavoro.

L'ISPESL, infatti, collabora per la definizione dei valori limite di esposizione lavorativa ad agenti chimici, fisici e biologici a livello nazionale ed alla formulazione di proposte normative a livello comunitario (Gruppo di lavoro di Esperti Nazionali della Commissione Europea, Direzione Generale Occupazione Relazioni Industriali ed Affari Sociali per la definizione dei limiti). L'attivit  di assistenza alle imprese viene effettuata tramite:

- programmi di prevenzione nei luoghi di lavoro (valutazione del rischio specifico);
- definizione di fattori ergonomici nella concezione dei posti di lavoro (carichi, VDT, etc.);
- formulazione e realizzazione di progetti, definizione di metodologie per l'informazione e formazione del personale sui rischi specifici.

Le competenze sono esercitate tramite:

- intervento diretto mediante strumenti operativi tipici dell'Istituto;

- consorzi aventi effetto e finalita' conformi ai compiti istituzionali dell'ISPESL, ove si renda necessario, collaborazione con soggetti pubblici o privati;
- programmi di ricerca finalizzati, con istituzioni scientifiche, imprese e consorzi di imprese, con particolare riguardo alla sicurezza, l'igiene e la medicina del lavoro negli ambienti di lavoro, i cui risultati siano trasferibili al sistema produttivo ed al tessuto economico-sociale, secondo quanto previsto dal D. Lgs. 268/93 e successivo regolamento di attuazione DPR 441/94.

Il Dipartimento di Medicina del Lavoro, tramite i propri funzionari, ha esperienza nell'attività di formazione, informazione e consulenza, secondo il D.Lgs.626/94 per gli operatori del Sistema Sanitario Nazionale, i datori di lavoro, i responsabili del servizio di prevenzione e protezione, i rappresentanti per la sicurezza ed attua le proprie competenze nell'ambito della ricerca tramite le sue unità funzionali (U.F.):

U.F. I - FISILOGIA, ERGONOMIA E PSICOLOGIA DEL LAVORO

U.F. II - PATOLOGIA E IMMUNOPATOLOGIA DEL LAVORO

U.F. III - TOSSICOLOGIA E GENOTOSSICOLOGIA DEL LAVORO

U.F.IV - EPIDEMIOLOGIA E STATISTICA SANITARIA OCCUPAZIONALE

Già da tempo il Dipartimento di Medicina del Lavoro dell'ISPESL, tramite funzionarie particolarmente sensibili alla problematica femminile, ha intrapreso iniziative per porre una speciale attenzione all'attività di ricerca sulla donna che lavora. Questa sensibilità si è recentemente trasformata in situazioni operative, anche per il fatto che l'attuale Direttore del Dipartimento di Medicina del Lavoro è una donna: la Dott.ssa Silvana Palmi. Recentemente abbiamo analizzato le tematiche prevalentemente svolte nell'ambito della ricerca scientifica sulla patologia delle lavoratrici ed abbiamo rilevato che, eccetto alcuni comparti a prevalente manodopera femminile, la gran parte degli studi che riportavano dati sulle donne si riferivano a mansioni svolte prevalentemente da uomini ed il sesso femminile era considerato un fattore di confondimento.

E' stato interessante commentare uno studio della dott.ssa Pirastu che riferiva che dal 1970 al 1994, in Italia, sono state effettuate e pubblicate solo 125 indagini epidemiologiche riguardanti gli effetti dell'ambiente di lavoro sulla salute delle lavoratrici italiane (Tabella 1). Gli studi epidemiologici con indagini di coorte hanno considerato la parte femminile, spesso numericamente esigua, di coorti maschili; gli studi caso-controllo riportavano dati su esposizioni "femminili" ma, specialmente per i tumori, venivano indagati quelli con meno

incidenza tra le donne (ovaio, tessuti molli, vescica). E' stata evidenziata una maggiore presenza di studi epidemiologici sui tumori rispetto a quelli sull'esito della gravidanza e, tra questi ultimi, è stato studiato solo un numero limitato di esposizioni professionali, tra le molte segnalate. Mentre in ambito internazionale, già da tempo, gli studi di coorte hanno riguardato le donne impegnate in varie attività lavorative con diversi fattori di rischio, ed in particolare gli effetti sulla salute riproduttiva di rumore, vibrazioni, solventi organici, pesticidi, metalli pesanti (Hatch C.A., Stein Z.A. Agents in the workplace and effects on reproduction. In: State of the Art Reviews: Occupational Medicine. New York, Hanley & Belfus, 1986.), in Italia tali studi sono poco numerosi ed il fattore di rischio più indagato è il piombo.

Tabella 1. *Studi epidemiologici dell'associazione tra esposizioni professionali e rischi per la salute in popolazioni femminili: tipo di indagine e frequenza. Italia, 1970-94.* (Pirastu R., Lagorio S., Miligi L., Seniori Costantini A. - Ambiente di lavoro e rischio per la salute della donna in Italia: risultati e prospettive della ricerca epidemiologica. *Epid. Prev.* 20:180, 1996.).

TIPO DI INDAGINE	NUMERO
Sorveglianza della mortalità per professioni	1
Coorte	12
Caso-controllo (tumori)	14
Case-report/correlazione geografica (tumori)	9
Incidenza esiti riproduttivi avversi	8
Caso-controllo (malformazione alla nascita in relazione alla professione materna)	2
Caso-controllo (tumori infantili in relazione alla professione materna)	2
Prevalenza di diverse patologie professionali	77
TOTALE	125

Indagini epidemiologiche hanno riguardato la relazione tra malformazioni congenite e tumori infantili, rispetto al tipo di occupazione dei genitori e sono state trovate associazioni significative tra malformazioni congenite e lavoro di parrucchiera, sarta e tappezzeria, addetta alla colorazione nell'industria tessile, addette alla concia (Bianchi F., Cianciulli D., Seniori Costantini A., Galanti C. Congenital malformation and maternal occupation: identification of associations with the aid of a registry based case-referent study. *Occup. Env. Med.*).

Due studi caso-controllo effettuati su dati ospedalieri hanno evidenziato incrementi di rischio per tumori infantili (sarcomi dei tessuti molli), in rapporto all'occupazione materna di medico, infermiera, contadina, operatrice di

macchine utensili, addetta all'industria tessile; leucemia linfatica acuta, in rapporto all'occupazione materna di insegnante e addetta alle pulizie; leucemia non linfatica, in rapporto all'occupazione materna nell'industria tessile e linfoma non-Hodgkin e lavoro di panettiera (Magnani C., Pastore G., Luzzato L., Carli M., Lubrano P., Terracini B. Risk factors for soft tissue sarcomas in childhood: a case-control study. Tumori 75: 396, 1989; Magnani C., Pastore G., Luzzato L., Terracini B. Parental occupation and other environmental factors in the aetiology of leukemias and non-Hodgkin lymphomas in childhood: a case-control study. Tumori 76: 413, 1989).

Numerose indagini trasversali sono state effettuate sulla sorveglianza sanitaria ed il monitoraggio biologico in vari settori (19), sulle malattie della pelle e malattie trasmissibili (17), sulle malattie dell'apparato respiratorio (15), sulle osteomiopatie (7), neuropatie (7) e malattie cardiovascolari (2).

Una delle difficoltà della ricerca sulla donne in gravidanza è che raramente è possibile studiare un campione rappresentativo di donne gravide, omogeneamente esposte ad un fattore di rischio, e le indagini che vengono svolte sulle donne che hanno partorito, spesso difettano di dati attendibili sull'ambiente, sulle modalità di esposizione ai rischi del lavoro

Come ha più volte sostenuto anche la Prof.ssa Figà Talamanca, che ha collaborato con l'Istituto per studi sulla salute riproduttiva maschile e femminile, è necessario sviluppare una metodologia di ricerca rigorosa in quanto, nonostante tutti i miglioramenti, per la patologia riproduttiva tuttavia non sono ancora state individuate le cause (ambientali e/o lavorative), le esposizioni valide, il possibile uso di controlli, gli effettivi problemi dell'identificazione degli esiti della gravidanza, come il basso peso alla nascita, lo sviluppo neonatale, l'aborto spontaneo.

Anche per questi motivi, quindi, i progetti di studio dovranno essere multicentrici, per poter accumulare dati statisticamente validi. Inoltre, la ricerca si dovrà muovere verso i nuovi rischi, in quanto, spesso, vengono riproposti studi su rischi già noti.

I TLV dovranno essere protettivi anche per la salute riproduttiva in quanto, attualmente, specialmente per i primi mesi della gravidanza (quando anche spontaneamente si verifica un alto numero di aborti), per l'allontanamento anticipato dal lavoro non si hanno indicazioni univoche, ma ci si regola con il buon senso.

La donna che lavora, e la donna in gravidanza che lavora, è una problematica che attualmente, come detto, è tenuta in particolare evidenza dal Dipartimento di Medicina del Lavoro e a questo proposito, in base alla legge sulla parità (77/903), proprio il Dipartimento ha chiesto al focal-point dell'Agenzia di Bilbao dell'ISPESL di inserire tra le categorie a rischio la donna in gravidanza, con la normativa specifica.

Sempre il DML, in tema di protezione dei lavoratori addetti alla manipolazione di antiblastici, prima della normativa ufficiale, aveva chiesto alla Commissione Oncologica Nazionale di considerare il tema della donna in gravidanza. Il testo definitivo delle "Linee guida per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antiblastici in ambiente sanitario" approvato nella seduta del 21.1.97 dalla Commissione Oncologica Nazionale comprende, quindi, nell'allegato I la "tutela della sicurezza e della salute delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento", che funge da elemento di raccordo tra la normativa contenuta nel D.Lgs.626/94 e quella scaturita dal recepimento della Direttiva 92/85/CEE nel D.Lgs.645/96.

Anche nell'ambito della ricerca, il tema della patologia della donna fertile che lavora e della lavoratrice in gravidanza è particolarmente considerato dal Dipartimento, per lo svolgimento di studi in autonomia da parte di ricercatori dei vari laboratori o in collaborazione con istituti scientifici esterni. In particolare, le linee progettuali per il triennio 1998-2000, tra i settori prioritari comprendono argomenti che ben si addicono alla focalizzazione della realtà femminile e cioè:

- l'organizzazione del lavoro e i possibili effetti sulla salute o sullo stato di benessere psichico
- le malattie lavoro-associate, cioè abbattimento del rischio e promozione della salute nei luoghi di lavoro
- la produzione di "modelli" per campagne informative
- il rischio da agenti chimici e biologici con lo studio dei meccanismi d'azione, con particolare riferimento ai meccanismi di genotossicità.

Le linee progettuali si rivolgeranno in particolare a settori come il terziario, con interventi per la prevenzione e la protezione delle lavoratrici nell'attività ospedaliera, e come l'agricoltura.

Proprio sulle lavoratrici agricole sarà svolto uno studio che riguarderà il rischio riproduttivo e gli outcomes della gravidanza, con particolare attenzione al momento più delicato e meno "protetto" del primo trimestre, periodo in cui si

verifica l'organogenesi, considerando i rischi sia chimici che fisici e biologici.

Obiettivi dello studio sono:

- la definizione della prevalenza delle patologie riproduttive e di sviluppo fetale in un ampio campione di lavoratrici agricole
- il confronto dei dati ottenuti con quelli di prevalenza sulla popolazione generale
- la valutazione del rischio riproduttivo e di sviluppo fetale
- l'identificazione delle cause legate all'ambiente di lavoro
- l'individuazione di criteri di gestione del rischio attraverso misure di controllo dell'esposizione e di sorveglianza sanitaria.

Un'altra ricerca molto interessante che verrà effettuata dall'Istituto è la "valutazione degli effetti precoci dell'esposizione professionale a farmaci antiblastici e loro tossicità riproduttiva". La ricerca, infatti, si propone, lo sviluppo e l'applicazione, nell'ambito di protocolli per la valutazione del rischio ospedaliero e di esposizione professionale, di una procedura analitico-strutturale per la misura della dose biologicamente efficace, in caso di esposizioni ad antiblastici (attraverso la stima quantitativa degli addotti emoglobinici), ed un'eventuale associazione tra esposizione professionale a farmaci antiblastici e tossicità riproduttiva femminile e maschile.

A tale proposito è da notare che l'attenzione dell'Istituto agli esiti riproduttivi è posta anche sulla fertilità dell'uomo. Infatti, sono stati effettuati e sono tuttora in corso studi sugli "effetti dell'attività e dell'esposizione lavorativa ad agenti nocivi sulla fertilità", sia maschile che femminile. Tale studio contempla in una prima fase un'indagine sulla fertilità maschile e femminile nell'industria, artigianato, agricoltura e terziario. La fertilità, utilizzando la variabile del "ritardo del concepimento" come indicatore di riduzione della fertilità, viene messa in rapporto con l'esposizione professionale ad agenti chimici ed eventualmente fisici, agenti biologici e stress lavorativo causato da turni, fatica, posture incongrue, condizioni microclimatiche. Dopo questa prima fase verrà studiata l'incidenza di aborti, l'incidenza e la tipologia delle eventuali malformazioni fetali ed il peso dei neonati.

Nel triennio passato è stato effettuato uno "studio caso-controllo multicentrico, in otto centri nascita nazionali, dei rapporti tra rischio occupazionale ed esiti della gravidanza", che non ha dimostrato alcuna associazione significativa tra durata del periodo lavorativo durante la

Maternità salute e lavoro: quale applicazione al Decreto 645/96 ? 5 maggio

gravidanza ed esito gestazionale, e neppure tra orario di lavoro e tipo di turnazione. Inoltre, non sono emersi elementi significativi che evidenzino un rapporto causa-effetto tra attività lavorativa specifica e aborto del II trimestre o parto pretermine. E' stata evidenziata una correlazione, anche se non statisticamente significativa, tra uso del VDT e incidenza di parto pretermine, mentre nessuna correlazione è stata evidenziata tra lavoro stressante ed esito gestazionale. Interessante è sottolineare che una gestante su 4 ha modificato le proprie condizioni lavorative in relazione allo stato di gravidanza con particolare riguardo alla riduzione dell'orario e del ritmo di lavoro. A tale riguardo, solo l'8% dei datori di lavoro ha collaborato in maniera insufficiente o non ha collaborato affatto alle condizioni di gestante della lavoratrice, sebbene il 4% delle intervistate non abbia mai informato il proprio datore di lavoro della gravidanza.

Altro progetto di ricerca considerato nelle linee progettuali 98-2000 è "la bioetica in medicina del lavoro" e riteniamo che in questo campo buona parte sarà monopolizzata dalle problematiche della donna in gravidanza.

La bioetica tenta di armonizzare le due componenti tecnico-scientifica ed etica della medicina, infatti gli apporti di metodo e di contenuto alla conoscenza bioetica provengono in modo particolare dalla medicina. Ad essa infatti afferiscono in via principale le risoluzioni in materia di relazione medico-paziente, sperimentazione sull'uomo, manipolazione della personalità, problematiche ambientali, intervento sul patrimonio genetico e sul corpo dell'uomo, procreazione umana.

La bioetica si occupa ormai anche di agricoltura, industria, terziario, dal punto di vista della salute, nonché di rischio, infortuni, malattie professionali, medicina delle catastrofi, rapporto uomo-tecnologia-natura, handicap e riabilitazione, qualità della vita.

Quindi, anche all'interno del rapporto tra bioetica e medicina del lavoro, particolare rilievo assume l'interesse del DML per le problematiche inerenti la tutela della lavoratrice, soprattutto nell'ottica del 645.

In particolare saranno esaminati i rischi relativi alla salute riproduttiva nei luoghi di lavoro, considerando anche i fattori extraprofessionali (fumo, alcool), oltre all'esposizione a sostanze chimiche, a fattori fisici (rumore per gli effetti extrauditivi) e stressogeni. Saranno, altresì, esaminati i problemi etici e giuridici

connessi con le diagnosi prenatali ed i relativi interventi terapeutici e il profilo bioetico della ricerca (anche farmacologica) nei confronti delle lavoratrici.

Ci si propone, inoltre, di identificare e analizzare i momenti, nell'attività di medicina del lavoro, nei quali è richiesto al medico di affiancare alle proprie conoscenze tecnico-scientifiche un'etica del comportamento per salvaguardare i valori morali del proprio operato. Alcuni di questi momenti possono essere il rapporto medico/lavoratrice, medico/datore di lavoro, la formulazione del giudizio di idoneità o inidoneità, la gestione della lavoratrice sieropositiva, la valutazione dei rischi per la lavoratrice in gravidanza. Sarà quindi proposto un codice etico-deontologico per il medico del lavoro.

Attualmente tutti i laboratori del Dipartimento sono impegnati in un'azione comune per l'approntamento di linee guida per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori in ospedale. Saranno infatti considerati, anche dal punto di vista femminile, i rischi chimici, fisici, biologici, da movimentazione dei carichi, psicologici e organizzativi con proposta di linee guida con un taglio prettamente, anche se non esclusivamente, sanitario e propositivo.

Carlo Smorlesi

Tossicologia medica, Azienda ospedaliera di Careggi, Firenze

Il mio contributo riguarda la tossicologia perinatale, servizio istituito nel 1988 dalla dottoressa Laura Caramelli, la quale ha iniziato a espletare una consulenza di tipo ambulatoriale ogni qual volta i colleghi della clinica ostetrica ravvisavano il bisogno di un consiglio su casi di gravide esposte prevalentemente a farmaci (accidentalmente o perché necessari ad una loro patologia): si trattava di scegliere il farmaco più adatto o le modalità di monitoraggio del trattamento in corso.

La prima parte delle nostre osservazioni va dall'88 al 1991, quando all'attività ambulatoriale si è aggiunto il servizio telefonico e da allora anche io ho intrapreso questo lavoro.

Con il telefono, naturalmente, il numero dei casi di cui si può venire a conoscenza è maggiore, come si vede dal grafico di figura 1, che mostra un'impennata dal 1991 in poi fino ad arrivare al 1996/97 (qui non indicato) con 900-1000 chiamate l'anno.

La donna in gravidanza, in qualche modo informata dell'esistenza del servizio (giornali, servizi, ginecologi, etc..) ci pone direttamente il suo quesito di sospetta esposizione a tossici, e fortunatamente molto spesso il caso può essere affrontato al momento con una risposta esauriente. Se siamo di fronte ad un problema più ampio, si invita la donna in ambulatorio e in quella sede si valuta la necessità di inviarla al settore perinatale, per effettuare esami specialistici, come un'amniocentesi, o richiedere un'ecografia di II livello, cioè esaminare un particolare organo o apparato che possa aver subito un insulto lesivo. Fatti gli accertamenti, informiamo per scritto il medico che ci ha inviato la paziente, perchè possa seguire la gravidanza, restando disponibili sia per il medico che per la donna (la quale viene ricontattata, come dirò in seguito).

Negli anni il servizio è andato migliorando, anche nella capacità di tranquillizzare la donna, e si può vedere dalla figura 2 come il rapporto fra il numero di gravidanze seguite e il numero di interruzioni volontarie e di drop-out sia sufficientemente basso negli anni '94-'95 e successivi.

Volendo fare un'analisi dei risultati fino al 1995 diciamo che la media delle malformazioni osservate nella nostra casistica è sovrapponibile alla media toscana, che è intorno al 3%. Questo indica che in un campione selezionato di gravidanze a presumibile relativo maggior rischio malformativo, come il nostro, non si osserva un aumento di malformazioni. I dati sono in analogia con quelli di altri gruppi del sistema ENTIS (European Network of Teratology Information Service) di cui facciamo parte da circa due anni. ENTIS è una rete europea di servizi di informazione teratologica e il numero di richieste esaminate è enorme fino ad arrivare alle 42.000 del 1995 (figura 3). In queste sono compresi in realtà anche centri non europei come quello sudamericano e israeliano, mentre un altro grosso polo è quello statunitense, siglato OTIS.

Abbiamo quindi la possibilità di analizzare molti dati, anche al fine di definire meglio cosa è un fenomeno (come auspicava la dottoressa che mi ha preceduto).

I centri effettuano il follow-up delle gravidanze (tranne Vienna), raccogliendo dati sull'esito della gravidanza di tutti i casi esaminati oppure, come fa il centro di Roma, solo per i casi esposti ai farmaci più indiziati e riconosciuti sperimentalmente teratogeni. Comunque il follow-up raggiunge cifre alte ed è possibile promuovere una iniziativa specifica nel campo del monitoraggio di una data esposizione. Ogni centro può fare una proposta in tal senso e per

Firenze siamo disponibili a raccogliere indicazioni anche dalla vostra esperienza per attivare eventualmente una sorveglianza di interesse per l'ambiente di lavoro.

Fatta la proposta, tutti i dati raccolti dai centri in un anno relativamente a quel farmaco o a quella sostanza tossica, vengono analizzati.

Il centro di Firenze ha anche la possibilità di seguire i pazienti con un ricovero, potendo contare su clinici tossicologi, come sta già facendo per le tossicodipendenze in gravidanza, con l'aiuto dei colleghi della perinatale.

Il follow up delle gravidanze si basa sull'andamento della gravidanza dopo la chiamata al servizio, sulle eventuali indagini di diagnosi perinatale, sugli esiti della gravidanza e sui dati del neonato: sesso, peso, indice di Apgar, tipo di parto, patologie neonatali (soprattutto sindrome astinenziale per le tossicodipendenze), ittero prolungato, anomalie congenite, etc..

La nostra osservazione copre un periodo più lungo rispetto ai punti nascita.

La cartella clinica che utilizziamo è un modello europeo standard per tutti i centri, che si compone di varie parti e raccoglie dati anagrafici, registrando il momento della chiamata, il periodo del possibile danno inferto dal tossico, l'attività lavorativa della donna e del partner, la storia riproduttiva, le anomalie congenite trasmissibili, la consanguineità fra i partners, la presenza di malattie croniche ed i possibili trattamenti farmacologici, il decorso delle precedenti gravidanze, le eventuali esposizioni importanti (radiografie, farmaci, vitamine), la residenza, il contatto con sostanze chimiche in attività lavorative, hobbistiche o domestiche.

Dall'inchiesta spesso emergono esposizioni importanti che possono essere trascurate o non riconosciute dalla donna, comprese quelle relative alle pulizie domestiche (alcuni studi identificano nelle casalinghe la più alta frequenza di malformazioni). L'anamnesi riguarda anche le abitudini voluttuarie (ad esempio l'alcol). Per l'anamnesi occupazionale, che qui interessa, seguiamo il modello di Gideon che, in una clinica che mi piacerebbe visitare, tratta i casi di sospetta intossicazione. Si indaga su eventuali disturbi o malattie sofferte dalla donna in gravidanza, per capire se responsabile è l'ambiente di lavoro, se ne sono affetti altri lavoratori, etc.. Si affronta anche il difficile argomento del rapporto con il datore di lavoro, per capire quale impatto avrebbe un'eventuale proposta di allontanamento precoce. Invitiamo sempre la donna a contattare gli uffici territoriali competenti e se c'è un'ipotesi di danno relativo al lavoro, che la

donna preferisce sottostimare, cerchiamo di assistere la paziente e di farle attuare tutte quelle procedure generali di profilassi del caso.

Come sappiamo, in gravidanza la madre non ha problemi: il fegato è perfettamente congruo e in grado di metabolizzare tutto quello che riceve in più come, ad esempio, l'aumentato carico ormonale, i suoi reni funzionano addirittura meglio e riescono ad eliminare il farmaco o il tossico già precedentemente metabolizzato. Succede spesso però che alcuni farmaci o tossici subiscano una trasformazione di prima fase, attraverso i processi ossidativi materni e così attivati passano al feto, che non riesce a liberarsene non avendo a disposizione gli enzimi di seconda fase. Le molecole così attivate non possono essere eliminate attraverso il flusso placentare. Il tossico libero passa nel bambino attraverso la placenta direttamente o dopo la prima fase di metabolismo materno, ricircola attraverso l'intestino e il liquido amniotico e rimane come sequestrato nel bambino. Molecole piccole, che passano bene nel circolo placentare, possono accumularsi nel bambino, mentre sono presenti a livelli "ammissibili" nella madre (Figure 4 e 5).

Abbiamo avuto quesiti in merito all'opportunità o meno di chelare dei casi di intossicazione materna da piombo: queste situazioni potrebbero essere seguite e valutate meglio in ospedale.

Come dicevo il bambino ha un metabolismo simile a quello placentare, dove sono presenti gli enzimi di prima fase, cioè quella ossidativa, mentre è carente la fase, diciamo così, epurativa. Si possono formare metaboliti intermedi altamente reattivi, che possono causare un danno sia al DNA che alle proteine strutturali. Quindi si può attuare la teratogenesi, come nel caso tristemente noto della talidomide. Il danno fu dovuto praticamente al fatto che questo farmaco, durante il suo metabolismo, porta alla formazione di un radicale libero, specie chimica altamente reattiva e instabile, che ha la capacità di legarsi covalentemente in modo duraturo alle molecole di membrana e dei suborganelli cellulari. Praticamente avviene un fenomeno simile all'irrancidimento del grasso del prosciutto, si ossidano queste membrane e tradotto in termini organogenetici ciò porta una sorta di alterazione dei normali processi di migrazione e differenziamento cellulare, con possibile effetto malformativo.

Tutto quello che porta alla formazione di radicali liberi è passibile di danno al bambino. Naturalmente è importante anche la suscettibilità individuale e il

corredo in scavengers naturali, come le vitamine A, E, C, ed il livello di glutazione ridotto intracellulare, come nel caso di intossicazione da acetaminofene. Vi rientrano anche una certa patologia da alcol, che fortunatamente nel nostro paese non vediamo, che presenta un'eccessiva produzione di radicali liberi a seguito di notevoli assunzioni acute di alcol, o il trattamento delle crisi epilettiche con idantoina, dal cui metabolismo si forma un epossido che è un radicale libero, etc..

Venendo al campo occupazionale, ad esempio molti idrocarburi, fra cui gli aromatici, sono legati alla produzione di radicali liberi. Il toluene, ad esempio, comporta la formazione da una parte di cresolo, che viene coniugato ed eliminato, nella idrossilazione viene trasformato in un alcol (benzilalcol) che ad opera della alcol deidrogenasi si trasforma in aldeide (benzilaldeide). Questa in parte è eliminata per la via dell'acido ippurico (che si ritrova nelle urine), in parte comporta la formazione di radicale libero, ad opera delle monossidasi (Figura 6). E' un evento che non si apprezza in patologia occupazionale, perchè non si hanno esposizioni elevate, si ritrova ad esempio negli sniffatori inglesi e americani, in cui si produce una patologia da radicali liberi, che non si discosta poi tanto dalla sindrome fetoalcolica.

Il mio intervento è finalizzato a far conoscere il servizio da noi svolto, a cui pervengono chiamate anche da Regioni lontane. Nel caso di problematiche legate all'ambiente di lavoro, avendo la necessità e la volontà di indirizzare ai competenti servizi territoriali, ci auguriamo che tutte le Regioni si organizzino come il Veneto, che abbiamo qui ascoltato. Vorremmo altresì stimolare presso di voi l'avvio di qualche studio attraverso la rete ENTIS: il nostro servizio potrebbe farsi promotore di una ricerca su una data esposizione, che coinvolga poche molecole, se possibile, su cui raccogliere dati dalla casistica europea e dare indicazioni sulla capacità o meno di produrre danno in gravidanza. Vi invitiamo pertanto a considerare la vostra attività ed i casi con cui venite a contatto, anche da questo punto di vista tossicologico-teratogeno, al fine dello sviluppo delle conoscenze, oltre che della prevenzione individuale.

Lucia Miligi

Epidemiologia occupazionale, CSPO, Azienda ospedaliera di Careggi, Firenze

Sebbene la causa di molti disordini riproduttivi rimane sconosciuta, l'evidenza scientifica che si sta accumulando in questi ultimi anni suggerisce l'implicazione di agenti presenti nei luoghi di lavoro nei disordini sulla fertilità e negli effetti negativi sulla gravidanza.

Di cruciale importanza è la conoscenza di questi possibili rischi nell'ambiente lavorativo.

Il recente decreto legislativo 645/96 cita nell'art.4 (valutazione ed informazione) tra gli obblighi del datore di lavoro che ".....nell'ambito ed agli effetti della valutazione di cui all'articolo 4, comma 1, del D.lgs.626/94 *valuta i rischi per la sicurezza e la salute delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento fino ai sette mesi dopo il parto con particolare riguardo all'esposizione ad agenti fisici, chimici o biologici , processi o condizioni di lavori che vengono elencati nell'Allegato I*".

Nell'allegato I del D.lgs.645/96 viene riportato "l'elenco non esauriente di agenti, processi e condizioni di lavoro di cui all'art.4", vengono definiti gli agenti fisici che possono comportare lesioni al feto e/o rischio di provocare il distacco placentare, gli agenti biologici e tra gli agenti chimici (per i quali il datore di lavoro deve valutare i rischi) le sostanze etichettate ai sensi della direttiva 67/548/CEE con le frasi di rischio R40=possibilità di effetti irreversibili (tra queste sostanze ci sono le sostanze poste in categoria 3 di cancerogenicità e le sostanze poste in categoria 3 di mutagenicità); R45=può provocare il cancro; R46 = può provocare alterazioni genetiche ereditarie ed R47= può provocare malformazioni (frase di rischio ora sostituita dalle frasi dalla R60 alla R64, riportate in Tabella 1).

La nuova classificazione adottata dalla CEE riguardo gli effetti tossici sulla riproduzione (a cui corrispondono le frasi di rischio R60, R61, R62, R 63 ed R64) fa quindi riferimento alle sostanze che possono provocare diminuzione delle funzioni o della capacità di riproduzione, sia maschile che femminile, ed il manifestarsi di effetti nocivi non ereditari sulla progenie: questi effetti vengono classificati in due rubriche principali:

- 1) effetti sulla fertilità maschile e femminile
- 2) effetti tossici sullo sviluppo".

Il D.lgs.645/96, oltre a prendere in considerazione le sostanze con effetti tossico per la riproduzione, considera anche le sostanze con effetti mutageni e

cancerogeni come possibili rischi per la salute delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento.

Dalla disamina delle sostanze con possibili effetti tossico riproduttivi troviamo solventi, coloranti, pesticidi, quindi categorie di sostanze usate frequentemente e trasversalmente a più settori produttivi. Risulta quindi importante per l'adozione delle misure di protezione e prevenzione dei rischi chimici la conoscenza delle sostanze, che presentano le frasi di rischio menzionate, o sono classificate da altri organismi come tossici per la riproduzione.

Oltre agli agenti di natura chimica anche i fattori fisici (quali radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, rumore e vibrazioni) o legati all'organizzazione del lavoro si sono rilevati nocivi per la riproduzione.

Se per alcune esposizioni si può parlare di certezza dell'effetto avverso, per molti agenti ed esposizioni i dati scientifici a nostra disposizione sono ancora contraddittori, e molti aspetti devono ancora essere approfonditi.

In particolare due tipi di situazioni complesse sono frequenti e necessitano di essere studiate:

- a) l'ambiente di lavoro oggi più che nel passato è caratterizzato dall'uso di numerosi prodotti a composizione complessa, spesso miscele di sostanze chimiche, che determinano un'esposizione multifattoriale, questa situazione rende difficile la correlazione tra un danno specifico e l'agente che lo ha determinato;
- b) l'organizzazione del lavoro ed il conseguente carico di stress psico-fisico può sommarsi, come fattore di rischio, all'azione tossica delle sostanze.

Risulta quindi importante conoscere quali sono gli effettivi agenti nocivi per la riproduzione presenti nei cicli lavorativi con consistente manodopera femminile, registrare quelli che sono "eventi sentinella" di esposizioni e di effetto, indagare sui determinanti degli eventi sfavorevoli verificati.

A questo proposito è in corso in Regione Toscana la fattibilità di uno studio, finanziato dal Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, sulla *Sorveglianza epidemiologica della salute riproduttiva della donna lavoratrice*; nell'ambito del progetto si è costituito un gruppo di lavoro composto da epidemiologi, medici del lavoro, ginecologi, statistici (Tabella 2), che ha il compito di sviluppare gli obiettivi ed il disegno dello studio.

Lo studio proposto dall'U.O. di Epidemiologia del CSPO, Azienda ospedaliera

Careggi di Firenze, che ne è responsabile per l'esecuzione, ha come obiettivi:

- definire un sistema di sorveglianza epidemiologica delle esposizioni e degli effetti avversi per la riproduzione nel territorio di 3 Az. USL della Toscana (Firenze, Empoli e Prato) caratterizzate dalla presenza di una forte industria manifatturiera e di attività del settore terziario (in particolare servizi pubblici e privati);
- sulla base dei dati disponibili da questo sistema di sorveglianza, valutare la possibilità di approfondimenti analitici su alcuni degli effetti;
- valutare la consistenza degli adempimenti legislativi e mettere in opera programmi di informazioni per le lavoratrici mirati a far conoscere meglio i rischi reali, i sistemi di prevenzione ed i dettati delle leggi sulla protezione della salute riproduttiva per le donne lavoratrici;

Per affrontare globalmente il problema della salute riproduttiva della donna nei luoghi di lavoro è necessario, in primo luogo, avvalersi da una parte dei flussi informativi di dati sanitari correnti e dall'altra attivare la raccolta di dati sui possibili rischi nell'ambiente di lavoro.

Si procederà nell'ambito del progetto quindi a:

- a) evidenziare i rischi per la salute riproduttiva della donna nei comparti scelti per l'indagine, in particolare i rischi derivanti dall'uso di sostanze chimiche, rischi da agenti fisici, rischi biologici, rischi derivanti dall'organizzazione del lavoro, delineando così i profili di rischio dei vari comparti;
- b) evidenziare i possibili eventi sfavorevoli della gravidanza, in particolare: aborti spontanei, basso peso alla nascita, nascita pretermine, malformazioni, nati mortalità. Per quanto riguarda quest'ultimo punto, saranno utilizzate le fonti informative regionali in grado di fornire tali informazioni quali: i certificati di assistenza al parto, le schede di dimissione ospedaliera, il Registro regionale dei difetti congeniti, la scheda ISTAT sull'aborto spontaneo, la scheda ISTAT di mortalità neonatale ed infantile (presso la U.O. di Epidemiologia del CSPO è presente il Registro di Mortalità Regionale)
- c) studiare l'associazione tra i rischi evidenziati e gli effetti rilevati tramite le fonti suddette. Lo studio riguarderà le province di Firenze e di Prato e coinvolgerà il comparto sanitario ed il comparto tessile, dove la presenza di manodopera femminile è numericamente consistente e dove sono presenti

Maternità salute e lavoro: quale applicazione al Decreto 645/96 ? 5 maggio

rischi lavorativi di diversa natura. In particolare entreranno a far parte dello studio: le dipendenti dell'Azienda Ospedaliera di Careggi di Firenze, dell'Azienda Sanitaria 10 di Firenze, dell'Azienda Ospedaliera A. Mayer di Firenze, dell'Azienda Sanitaria di Prato e di Empoli, le dipendenti del settore tessile di Prato e di Firenze. E' in fase di verifica, data l'importanza del comparto nella provincia dei Firenze, la fattibilità dello studio nel comparto calzaturiero e pellettiero. Verranno così costituite tre coorti di lavoratrici. Nei comparti interessati, saranno reperite le documentazioni inerenti le donne presenti al lavoro a partire dal 1998 e di età compresa 18-46 anni, congiuntamente saranno inoltre reperite informazioni relative ai provvedimenti per maternità presi nelle varie aziende.

Dato che alcune informazioni sulle professioni, pur presenti nel materiale sanitario sono tuttavia carenti per l'individuazione dei rischi lavorativi a livello individuale, si procederà anche all'invio di questionari ed all'effettuazione di interviste dirette o telefoniche dei genitori che hanno sperimentato un evento sfavorevole della gravidanza.

Il sistema di sorveglianza così delineato permetterà di :

- dare una stima dei rischi in alcuni coorti di lavoratrici: comparto sanità, comparto tessile (se fattibile anche il comparto calzaturiero e pellettiero)
- descrivere il fenomeno degli eventi riproduttivi sfavorevoli, sia rispetto alla quantità dei casi verificatesi, che alla loro tipologia
- verificare l'eventuale associazione tra gli effetti e l'esposizione a fattori di rischio presenti nei comparti
- individuare i possibili interventi per limitare l'esposizione
- definire un programma di prevenzione efficace, al fine di limitare i rischi associati agli aspetti riproduttivi
- dare un contributo alla valutazione dello stato di adempimento della legge 1204
- fornire le premesse per alcuni studi più analitici, sulla base di attività in atto su alcune esposizioni di particolare interesse (antiblastici, radiazioni ionizzanti)
- presentare la fattibilità di un progetto mirato ad analizzare cause e concause degli eventi presi in considerazione, attraverso uno studio delle variabili di interesse, tenendo conto anche di altre covariate riconosciute come fattori di rischio

Per concludere e per dare un panorama dei progetti di ricerca epidemiologica sulla salute riproduttiva in corso in Regione Toscana menzioniamo i seguenti studi, di cui si trova segnalazione nel secondo libro in corso di pubblicazione presso l'ARPAT.

Occupazione in agricoltura e rischio di malformazioni congenite, tale ricerca è in corso di attivazione, finanziata dal Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale (DM 6-7 1995), il responsabile del progetto è il Dr. Fabrizio Bianchi della U.O. di epidemiologia del CREAS-CNR Istituto di Fisiologia di Pisa e membro del Registro Toscano Difetti Congeniti. Lo studio è un caso controllo multicentrico, che coinvolge le aree coperte dal programma di registrazione dei difetti congeniti alla nascita e caratterizzate dalla presenza di attività agricole intensive monoculturali, ove si abbia una proporzione di donne in età fertile di almeno il 10% della popolazione generale. Si prevede nello studio di applicare metodi di definizione dell'esposizione già validati in altri studi, quali matrici occupazione esposizione, e verrà verificata la possibilità di utilizzare marcatori biologici dell'esposizione.

Sempre sul tema degli antiparassitari è in corso di svolgimento lo studio su *Abortività spontanea ed esposizione materna ad antiparassitari*, progetto inserito nei progetti di ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità e prevede un finanziamento da parte del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale. La responsabile dello studio è la Dr.ssa Laura Settimi congiuntamente alla Dr.ssa Angela Spinelli dell'ISS. Del gruppo di lavoro fanno parte esperti di Igiene e Sicurezza del Lavoro delle Aziende sanitarie coinvolte nello studio, altri epidemiologi delle zone coinvolte. Lo studio intende esaminare l'abortività spontanea tra le lavoratrici delle serre.

Il disegno dello studio prevede la definizione di un coorte di lavoratrici in serra delle zone della Toscana (Pescia e Viareggio) della Sicilia e del Lazio. Lo studio al momento attuale è nella fase preliminare di definizione della popolazione esposta. Anche in questo studio verrà posta particolare attenzione alla definizione dell'esposizione nel lavoro agricolo in serra.

Tab. 1 CLASSIFICAZIONE DELLE SOSTANZE TOSSICHE PER LA RIPRODUZIONE SECONDO LA CEE

Secondo la classificazione CEE le sostanze vengono suddivise sulla base delle conoscenze attuali in tre categorie come segue per quanto riguarda gli effetti sulla fertilità e gli effetti tossici sullo sviluppo

CATEGORIA 1 *sostanze che danneggiano la fertilità negli esseri umani
sostanze che provocano effetti tossici sullo sviluppo*

CATEGORIA 2 *sostanze che possono eventualmente danneggiare la fertilità umana
sostanze che possono provocare effetti tossici sullo sviluppo negli esseri umani*

CATEGORIA 3 *sostanze sospette per la fertilità umana
sostanze sospette per gli esseri umani a causa di possibili effetti tossici sullo sviluppo*

EFFETTI DURANTE LA LATTAZIONE

*sostanze tossiche per la riproduzione e sospette per i loro effetti sulla lattazione
sostanze sospette per la tossicità trasferita al lattante durante il periodo di lattazione
sostanze che incidono sulla quantità o qualità del latte*

Di seguito vengono riportate le nuove frasi di rischio introdotte e le categorie di sostanze tossiche per la riproduzione per le quali vengono attribuite

FRASE R	FRASE DI RISCHIO	Categorie
R 60	Può diminuire la fertilità`	1 e 2
R 61	Può danneggiare i bambini non ancora nati	1 e 2
R 62	Possibile rischio di riduzione di fertilità	3
R 63	Possibile rischio di danni ai bambini non ancora nati	3
R 64	Possibile rischio per i bambini allattati al seno	

Tab. 2 Componenti del Gruppo di lavoro *Sorveglianza epidemiologica della salute riproduttiva della donna lavoratrice*, Progetto di Ricerca - Ministero del Lavoro - DM 6-7-1995

Responsabile della Ricerca : Dr.ssa A. Seniori Costantini

U.O. Epidemiologia CSPO Presidio per La Prevenzione oncologica, Az. Ospedaliera Careggi

Dr.ssa L. Miligi.

U.O. Epidemiologia CSPO Presidio per La Prevenzione oncologica, Az. Ospedaliera Careggi

Dr.ssa A. Ciani Passeri

SPISELL Az. Usl 10 Firenze

Dr.ssa C. Zamboni

SPISELL Az. Usl 10 Firenze

Dr.ssa C. Arfaioli

SPISELL Az. Usl 10 Firenze

Dr.ssa M. Gasperini, Dr. Ventura

SPISELL Az. USL 4 Prato

Dr.ssa L. Sommani

Medicina Preventiva e Sorveglianza dei Lavoratori, Az. USL 10 Firenze

Dr.ssa C. Livi

Centro Italiano Fertilità e Sessualità

Dr. F. Bianchi

Danila Scala
Settore tecnico CEDIF, ARPAT

Non posso fare a meno di notare che il Seminario ha richiamato qui molte persone, presumo operatori dei servizi di prevenzione delle aziende sanitarie ed ospedaliere, medici competenti, poi sindacaliste ed anche donne interessate alle tematiche delle donne, e ci fa molto piacere una partecipazione così numerosa.

Il CEDIF, in cui è confluito il Centro di documentazione regionale per la prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, mantenendo le sue funzioni verso le Aziende sanitarie e verso la nuova Agenzia ambientale ARPAT, dal 1993 ha iniziato a occuparsi della 1204/71, quando la sentenza della Corte costituzionale n. 58 coinvolse i servizi territoriali di prevenzione nella tutela delle lavoratrici madri. Si pose quindi la necessità per gli operatori di aggiornare le conoscenze sulle problematiche connesse a tale attività, a cui il centro di documentazione rispose prontamente con la costruzione di specifici strumenti informativi: un libro - *Lavoro e gravidanza* - già ricordato, e un bollettino periodico di spoglio bibliografico e di segnalazioni - *Salute riproduttiva e lavoro. Foglio di aggiornamento e documentazione* - .

Ben presto questa attività ci ha messo in contatto con numerose colleghe e colleghi dei servizi territoriali di prevenzione, che via via andavano ad applicare i compiti assegnati e, dopo il 645/96 (che recepisce la direttiva specifica 82/95), anche con operatori dei servizi aziendali di prevenzione e protezione. Tutto ciò avveniva in sintonia con un interesse che ci è sembrato a sua volta crescere nella comunità scientifica - nazionale, europea, internazionale - per lo studio dei rapporti fra ambiente, lavoro e salute riproduttiva dei lavoratori e della popolazione. Interesse documentato dalla dimensione raggiunta dall'aggiornamento bibliografico in corso al CEDIF (oltre 320 records di articoli raccolti in due anni di letteratura scientifica, 28 segnalazioni di iniziative e 6 approfondimenti tematici), se si pensa che si basa pur sempre su pubblicazioni specializzate in problematiche occupazionali e

ambientali e non su quelle riproduttive. Sappiamo inoltre che anche in altri settori, non sanitari, è alta l'attenzione a questi argomenti, in quanto si collegano a fenomeni sociali e demografici importanti, a cui si è fatto un rapido accenno (penso al lavoro femminile, alle leggi di parità, alle nascite, al diritto di famiglia, alla comunicazione del rischio, etc..), e fra i convenuti probabilmente non manca chi lavora in questi ambiti.

Abbiamo altresì perseguito, nel tempo, l'obiettivo di far emergere l'esperienza che si andava costruendo nella nostra Regione, ma anche nel nostro paese, segnalando e presentando, attraverso pubblicazioni e convegni, il lavoro che molte colleghe con molti colleghi stanno facendo in questo settore. Attraverso questa circolazione si accresce il valore delle energie messe in gioco e acquisita sempre più significato la tutela della gravidanza e della salute riproduttiva, grazie ad un confronto pubblico che riesce a superare la rete ampia ma pur sempre riservata dei cosiddetti utenti del centro di documentazione (attualmente sono circa 350 coloro che richiedono i nostri materiali).

Proprio questo obiettivo non è stato facile da perseguire: lo stesso seminario di oggi, ad esempio, viene a distanza di un anno, forse più, dalla formulazione dell'idea. Fra i motivi per cui non era mai il momento giusto, a parer mio, potremmo trovare oltre a fatti oggettivi esterni, elementi riconducibili a un certo approccio femminile al lavoro, che privilegia il confronto informale rispetto a quello formale, l'aspetto operativo rispetto a quello organizzativo-gestionale. Vorrei quindi stimolare tutti a che questo incontro non sia da considerarsi sporadico, visto l'interesse ricevuto, ma sia una tappa di un percorso che porteremo avanti, approfondendolo.

Le donne italiane, lo sappiamo anche per indagini ONU, sono fra le più laboriose e le meno prolifiche, molto si dice e si legge, anche attraverso i mass media, su l'uno o l'altro aspetto. Non vogliamo richiamare idee quali: sfruttamento femminile, assenza di servizi, assenza di potere femminile, disparità di ruoli, etc.. Richiamiamo invece la legislazione del lavoro (e non solo per gli aspetti sanitari), che abbiamo sentito essere ancora insufficiente per quanto riguarda alcuni aspetti della sua applicazione. Sono emersi comunque alcuni punti fermi: c'è accordo, ci sembra, fra i relatori sulla necessità di operare una valutazione dei rischi riproduttivi ai sensi dell'art.4 del d.lgs.626/94; sull'attuale prevalente applicazione del 645 nel settore produttivo

del terziario e soprattutto per fattori di rischio ergonomici (più facili da individuare in rapporto allo stato di gravidanza); sull'aumento progressivo degli interventi di tutela, soprattutto grazie alle attività di informazione e formazione realizzate dalle ASL. Si sottolinea altresì come questa attività di prevenzione è critica non solo in virtù di tutte le norme e di tutti i soggetti coinvolti, ma anche per i tempi ristretti in cui si deve essere in grado di dare una risposta. Molte aspettative collegate al miglioramento della tutela delle lavoratrici madri sono state, infine, rivolte alla figura del medico competente, laddove presente, in particolare a proposito della informazione delle lavoratrici sui rischi per la riproduzione e per lo sviluppo fetale.

Nonostante il carattere descrittivo e conoscitivo che abbiamo voluto dare alle sessioni del seminario, non significa che debbano essere tralasciati, come ininfluenti, gli aspetti inerenti le procedure, le linee guida o le competenze: essi hanno anzi un peso rilevante nella attuazione degli interventi. Ci auguriamo piuttosto che questi temi appena accennati, vengano ripresi per essere più adeguatamente affrontati in altri momenti di confronto, in sedi appropriate.

Le colleghe che dopo il 1993 si sono occupate delle lavoratrici madri si sono trovate ad agire fra vecchi e nuovi sistemi (ASL e Ispettorato), vecchi e nuovi approcci al problema (liste di divieto di esposizione e valutazione del rischio), oltre che in una materia in continua evoluzione dal punto di vista delle conoscenze scientifiche. Alcune realtà hanno potuto conquistare una autorità nella materia che ha prodotto già da ora, nonostante incertezze e conflitti, una positiva evoluzione dei bisogni del territorio. Questi sono i casi del Veneto e della Toscana, che sono stati presentati oggi, sicuramente altri simili ci sfuggono, ma è probabile altresì che esistano situazioni molto differenziate fra le varie ASL, al nord, al centro e al sud d'Italia. Tutte le esperienze, più o meno avanzate, dovrebbero entrare nella "rete riproduttiva" (CEDIF per intendersi), quindi aspettiamo richieste di informazione e di collaborazione.

Concludo parlando di un certo disagio che nell'affrontare la trattazione e l'applicazione della 1204/71 e delle altre norme, può nascere dal confronto fra la convinzione della rilevanza della tutela della salute riproduttiva nei luoghi di lavoro e la molteplicità di interessi in gioco e della complessità dei punti di vista di cui si viene a conoscenza (fra i datori di lavoro, fra i colleghi delle lavoratrici in gravidanza, fra loro stesse, nel sindacato, etc). La soggettività stessa della lavoratrice a volte rappresenta un ostacolo al superamento dei problemi che

persistono nei luoghi di lavoro. La gravidanza, infatti, in molti casi, viene ad essere influenzata da considerazioni che non sono sempre (o quasi mai) di salute. Sono anche quelle inerenti la conservazione del lavoro; quelle opposte di risarcimento sociale, una tantum, della doppia presenza attraverso il ricorso ad un lungo congedo; quelle di carriera o di emancipazione o di uguaglianza fra i sessi, che portano al rifiuto di lasciare il lavoro nel periodo obbligatorio, etc. Non possiamo trascurare il peso di questi elementi, piuttosto sarebbe utile e necessario farli oggetto di un confronto e di una riflessione con chi ha strumenti adeguati alla loro lettura, nel mondo sindacale, femminile, del diritto, etc. Si potranno meglio collocare le istanze dei vari soggetti sociali e, in un ambito così particolare come quello della riproduzione e del lavoro, comprendere a pieno gli indirizzi delle politiche socio-sanitarie nazionali ed europee. Questo seminario ha offerto alcuni contributi in tal senso, ci auguriamo che possano essere ulteriormente sviluppati.

CONCLUSIONI del SEMINARIO

DOCUMENTO ELABORATO DAI RELATORI NEL GIUGNO 1998

I decreti legislativi 626 del 1994 e 645 del 1996 recepiscono due direttive CEE: sulla salute dei lavoratori in generale e delle lavoratrici gestanti, puerpere e in allattamento in particolare (direttiva 92/85 CEE).

La direttiva sulle lavoratrici è entrata a far parte di un corpo legislativo e giurisprudenziale specifico preesistente (in cui hanno importanza anche i contratti di lavoro), che si è costituito via via a partire dalla fine del secolo scorso e che si incentra sulla legge 1204 del 1971.

Si tratta di una normativa che si occupa di aspetti sanitari, ma anche giuridici ed economici, non ancora completamente ed adeguatamente applicata, a causa di numerosi ostacoli fra cui ricordiamo:

- la insufficiente informazione delle lavoratrici;
- la condizione debole del lavoro femminile, soprattutto in periodi di carenza o di redistribuzione di risorse;
- la scarsa conoscenza delle specifiche normative da parte degli operatori sanitari (dei ginecologi in particolare) e da parte dei datori di lavoro;
- la mancata chiarezza sulle attribuzioni degli organi di vigilanza, e sulle procedure di controllo dei rischi sanitari;
- la poca attenzione prestata in passato dalla medicina del lavoro alla soluzione delle problematiche del lavoro femminile e della salute riproduttiva dei lavoratori.

Negli ultimi anni vi è stato un maggior impegno su questo tema da parte di soggetti diversi, in particolare da parte dei servizi di prevenzione delle Aziende sanitarie locali e del sindacato, che ha prodotto atto di ottenere risultati positivi nel campo dell'informazione dei lavoratori, della formazione dei lavoratori e degli operatori sanitari, della prevenzione nei luoghi di lavoro dei danni alla gravidanza.

Una forte sollecitazione a migliorare l'applicazione di questa legislazione viene dalla ricerca scientifica: anche in Italia e in Toscana si sono avviati molti studi sugli effetti di alcune lavorazioni sulla funzione riproduttiva di donne e uomini. L'interesse crescente si basa sul fatto che, ancora oggi, i concepimenti che avvengono nelle coppie giungono a termine solo in parte e non tutte le

Maternità salute e lavoro: quale applicazione al Decreto 645/96 ? 5 maggio

nascite sono normali. Preoccupano anche le segnalazioni di un possibile aumento di alcune patologie dei testicoli e delle cellule germinali maschili, così come le crescenti conoscenze sulla tossicità per il sistema riproduttivo maschile e femminile di molte delle categorie di inquinanti più diffusi (solventi, metalli pesanti, pesticidi, radiazioni, fumo).

Occorre quindi che l'aumento delle donne al lavoro – per altro auspicabile - non aggravi, per un mancato controllo dei rischi, una condizione già caratterizzata, nei paesi occidentali ed in primo luogo in Italia, da una bassissima natalità.

La legislazione europea recepita (d.lgs.626/94, d.lgs.645/96) prevede che nei luoghi di lavoro si attui una valutazione dei rischi per la lavoratrice in gravidanza e si introducano misure organizzative e protettive, che evitino l'insorgenza di complicazioni e danni. E' anche previsto (come estrema misura) l'allontanamento anticipato dal lavoro, nel caso in cui la lavoratrice svolge lavorazioni che la norma o la valutazione dei rischi considerano incompatibili con la gravidanza.

Sia sul piano normativo, che su quello scientifico, la salute riproduttiva rappresenta un ambito della prevenzione ancora da sviluppare in modo adeguato, una volta superati i numerosi ostacoli:

- ✧ il perdurante interesse, nella legislazione del lavoro nazionale ed europea, alla salute della gravidanza e non alla salute riproduttiva di lavoratori e lavoratrici;
- ✧ l'orientamento della suddetta legislazione a tutela della gravidanza più verso la prevenzione individuale che verso quella collettiva (se non si utilizza la valutazione dei rischi generale nei luoghi dove è presente manodopera femminile);
- ✧ la mancata attenzione, durante il periodo della gestazione, al benessere della donna lavoratrice in gravidanza, oltre che alla salute del concepito;
- ✧ la coesistenza, nella legislazione del lavoro italiana, di numerose liste di "lavori nocivi" per la gravidanza (vietati o meno), di cui è difficile avere adeguata conoscenza, che sono utilizzabili dagli "esperti" ma non certo dalle donne, che continuano ad ignorarle;
- ✧ la scarsità di esperienze e di strumenti per la valutazione ed il controllo di rischi occupazionali particolari come movimenti e posture, fatica fisica e mentale;

- ✧ la presenza di molti tentativi locali di elaborazione di linee guida e di procedure integrate fra diversi servizi sanitari delle ASL, senza un coordinamento nazionale di riferimento;
- ✧ la ritardata emanazione delle linee guida della Commissione europea, legata alla difficoltà di elaborare un testo adeguato alle diverse parti in gioco (linee guida che poi, secondo il recepimento italiano della direttiva 92/85 entreranno a far parte direttamente del corpo legislativo);
- ✧ la scarsa attenzione finora prestata a questo tema dalle figure incaricate della prevenzione nelle aziende, ed in particolare dai medici competenti;
- ✧ l'ancora disomogeneo impegno su scala nazionale in questi temi degli operatori preposti alla vigilanza, ed in particolare dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie;
- ✧ la scarsa applicazione della legislazione, che è conseguente alle osservazioni precedenti; al massiccio ricorso all'allontanamento dal lavoro delle gestanti a causa di patologia della gravidanza; alla scarsa conoscenza della legislazione specifica da parte dei medici ginecologi e comunque del settore materno-infantile della sanità;
- ✧ l'avvio in Italia di numerose ricerche nel campo della salute riproduttiva dei lavoratori, di cui non si ha sufficiente notizia fra gli operatori ed i lavoratori;
- ✧ l'assenza di un livello nazionale di integrazione e di sinergia fra i diversi progetti di ricerca;
- ✧ il riconoscimento di problematiche tossicologiche nella riproduzione umana da agenti occupazionali, che possono essere studiate come quelle più note da farmaci o da altri inquinanti dell'ambiente di vita;
- ✧ la sottovalutazione dei rischi per le patologie femminili legate al lavoro, soprattutto per quelle non tumorigene;
- ✧ la scarsa informazione delle lavoratrici sul d.lgs.645/96 e la scarsa partecipazione femminile ai processi avviati dal 626/94 (con forte prevalenza maschile fra i RSL).

In questi punti sono state riassunte le osservazioni riportate dagli intervenuti nel convegno, si tratta di un tentativo di inquadramento della complessità della materia, non certamente esaustivo, in funzione del crescente interesse che negli ultimi tempi il tema maternità-salute-lavoro ha assunto un presso i servizi di prevenzione, a causa dei cambiamenti legislativi intervenuti e per il

susseguirsi di numerosi appuntamenti scientifici dedicati alla analisi dei risultati della ricerca scientifica nel campo.

Si è ritenuto utile, d'altro canto, riportare anche alcune proposte di "azioni positive", indicazioni, cioè, relative agli interventi che sarebbero auspicabili a livello nazionale per far avanzare la promozione della salute riproduttiva nei luoghi di lavoro, secondo i punti di vista dei relatori del convegno.

Indicazioni di collaborazioni da intraprendere nel campo della salute riproduttiva delle lavoratrici e dei lavoratori

- Riprendere e dare contenuto alla richiesta italiana di miglioramento della direttiva 92/85, che doveva avvenire entro il 1997.
- Proporre una riflessione a livello nazionale sulle liste dei "lavori nocivi" fra operatori e operatrici "esperti".
- Proporre una riflessione a livello nazionale sull'impatto delle condizioni di lavoro sulla salute della donna gestante che continua a lavorare.
- Chiedere alle Regioni un migliore raccordo fra gli interventi sulla salute materno-infantile e quelli sulla salute e sicurezza dei lavoratori, in rapporto alla procreazione.
- Approfondire il fenomeno delle astensioni anticipate dal lavoro per patologie della gravidanza, compreso lo studio delle motivazioni delle stesse donne, promuovendo una adeguata ricerca sul campo.
- Approfondire lo studio di alcune esposizioni, stimolando progetti pluricentrici di sorveglianza tossicologica e sanitaria per specifiche molecole, entro reti nazionali e/o europee di intervento (ad esempio ENTIS, EUROCAT).
- Approfondire alcune esposizioni in gravidanza tramite l'esame di casi individuali presso divisioni mediche (ad esempio in Toscana, presso il reparto di Tossicologia medica, della Azienda ospedaliera di Careggi).
- Garantire un repertorio delle ricerche e degli interventi che si realizzano sulle popolazioni italiane.
- Garantire il collegamento e l'integrazione fra progetti di linee guida nazionali, inerenti lavoro e gravidanza, con profili di rischio e protocolli di intervento locali già avviati (ad esempio sugli ospedali).
- Promuovere la diffusione e lo scambio di strumenti di indagine e di valutazione sperimentati in qualche esperienza italiana.

- Promuovere l'attivazione di progetti pilota di "buona pratica" nei luoghi di lavoro, che vedano la partecipazione sia delle lavoratrici che degli esperti.
- Promuovere la definizione di strumenti di studio e di controllo dei nuovi fattori di rischio (movimenti, posture, fatica).
- Attivare collegamenti con INAIL, Ispettorato del lavoro, Ministero delle pari opportunità, ISTAT, etc., per una migliore conoscenza del lavoro femminile in Italia, nei suoi vari aspetti.
- Promuovere la formazione su questi temi delle figure coinvolte.
- Promuovere un coordinamento nazionale dei Dipartimenti di prevenzione, e un collegamento con gli Ispettorati del Lavoro e con i Ministeri interessati.