



Informativa per le lavoratrici in gravidanza, puerpere o in periodo di allattamento

(fonte “La lavoratrice in gravidanza” – INAIL ed.2002)

Il decreto legislativo n.151/2001 “Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell’articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n.53” ha abrogato il decreto legislativo 645/1996 pur adottandone le disposizioni in materia di tutela della maternità.

Il decreto legislativo n.645/1996 recepisce la direttiva 92/85/CEE, concernente il miglioramento della sicurezza e della salute sul lavoro delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento. L’articolo 3 di tale direttiva prevedeva l’elaborazione di linee guida da parte della Commissione delle Comunità Europee per la valutazione degli agenti chimici, fisici, biologici, nonché dei processi industriali ritenuti pericolosi per la sicurezza o la salute delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento.

Tali linee sono state elaborate e comunicate ai Paesi Membri in data 5/10/2000 e intendono servire da base per la valutazione, da parte del datore di lavoro, dei rischi per la sicurezza e la salute nonché di tutte le ripercussioni che tali rischi hanno sulla gravidanza o sull’allattamento.

Le linee direttrici distinguono i pericoli cui si possono trovare esposte le lavoratrici suddette in generici e specifici e prendono in considerazione anche tutta una serie di fattori quali i movimenti e le posizioni di lavoro, i disagi fisici e mentali connessi all’attività svolta dalle lavoratrici di cui sopra.

Doveri delle lavoratrici

Il principale dovere della lavoratrice in gravidanza è quello di informare immediatamente il Dirigente scolastico del suo nuovo stato in modo che possano essere assunti, con tempestività, tutti i provvedimenti di tutela per la salute della madre e del nascituro.

La movimentazione manuale dei carichi

La movimentazione manuale dei carichi è rischiosa per la salute della donna nel periodo della gravidanza; i cambiamenti, infatti, legati all’incremento della lordosi lombare, lo spostamento del centro di gravità, la riduzione della capacità di flessione e di estensione del bacino e del tronco causati dall’addome sporgente, determinano un maggiore affaticamento e una riduzione della capacità di resistenza al carico da parte della donna durante questo periodo.

Inoltre il rilassamento dei legamenti, causato dai mutamenti ormonali che intervengono nelle gestanti e nelle puerpere, facilita l’insorgenza di lesioni dei legamenti stessi.

Per quanto riguarda gli effetti specifici sul prodotto del concepimento, gli studi indicano la possibilità del verificarsi di lesioni al feto e parto prematuro.

D.Lgs. 151/2001, art.7, comma 1 “E’ vietato adibire al trasporto e al sollevamento di pesi ... durante il periodo di gestazione e fino a sette mesi dopo il parto”.

Lavoro al videoterminale

Con il decreto del 2 ottobre 2000 il Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale di concerto con il Ministro della Sanità ha emanato una linea guida d’uso dei videoterminali.

Nella introduzione viene chiarito che: “tutti gli studi e le indagini epidemiologiche sinora svolti portano ad escludere, per i videoterminali, rischi specifici derivanti da radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, sia a carico dell’operatore sia della prole. In particolare, nei posti di lavoro con videoterminali le radiazioni ionizzanti si mantengono a livelli rilevabili nei comuni ambienti di vita e di lavoro.

Per quanto si riferisce ai campi elettromagnetici, la presenza della marcatura CE sul videoterminale comporta che tali campi siano mantenuti al di sotto dei limiti raccomandati e riscontrabili nei comuni ambienti di vita ove sono utilizzate apparecchiature elettriche e televisive.

Nelle lavoratrici gestanti sono presenti variazioni posturali legate alla gravidanza che potrebbero favorire la modifica temporanea delle condizioni o dell'orario di lavoro ai sensi del decreto 645/1996".

Anche le linee direttrici emanate dalla Commissione della Comunità Europea, in data 5 ottobre 2000, per la valutazione degli agenti e dei processi industriali ritenuti pericolosi per la salute o la sicurezza delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento, ribadiscono che diversi studi scientifici escludono ogni correlazione tra aborti, o le malformazioni dei neonati, e l'attività svolta al videoterminale.

Il lavoro al videoterminale può comportare rischi ergonomici nelle lavoratrici gestanti a causa delle variazioni posturali legate alla gravidanza.

Per la prevenzione di tale tipologia di disturbi occorre:

- a) assumere la postura corretta di fronte al video, con piedi ben poggiati al pavimento e schiena poggiata allo schienale della sedia nel tratto lombare, regolando allo scopo l'altezza della sedia e l'inclinazione dello schienale;
- b) posizionare lo schermo del video di fronte in maniera che, anche agendo su eventuali meccanismi di regolazione, lo spigolo superiore dello schermo sia posto un po' più in basso dell'orizzontale che passa per gli occhi dell'operatore e ad una distanza dagli occhi pari a circa 50-70 cm.;
- c) disporre la tastiera davanti allo schermo, salvo che lo schermo non sia utilizzato in maniera saltuaria, e il mouse, od eventuali altri dispositivi di uso frequente, sullo stesso piano della tastiera ed in modo che siano facilmente raggiungibili;
- d) eseguire la digitazione e utilizzare il mouse evitando irrigidimenti delle dita e del polso, curando di tenere gli avambracci appoggiati sul piano di lavoro in modo da alleggerire la tensione dei muscoli del collo e delle spalle;
- e) evitare, per quanto possibile, posizioni di lavoro fisse per tempi prolungati; nel caso ciò fosse inevitabile si raccomanda la pratica di frequenti esercizi di rilassamento (collo, schiena, arti superiori ed inferiori);
- f) effettuare comunque una pausa di 15 minuti per ogni 120 minuti di lavoro al videoterminale.

Agenti chimici

Secondo quanto indicato nell'allegato C del D.Lgs. 151/2001, nella scuola le lavoratrici non sono esposte ad agenti chimici pericolosi.

Nell'allegato C, al punto 3 -Agenti chimici- sono considerati oltre al mercurio e suoi derivati, ai medicinali antimitotici, al monossido di carbonio, agli agenti chimici pericolosi di comprovato assorbimento cutaneo, anche le sostanze etichettate R40, R45, R46 e R47, ai sensi della direttiva n. 67/548/CEE concernente la classificazione, imballaggio ed etichettatura delle sostanze pericolose.

Le frasi di rischio individuate da R40, R45, R46, R47 sono:

R40: Possibilità di effetti irreversibili;

R45: Può provocare il cancro;

R46: Può provocare alterazioni genetiche ereditarie;

R47: Può provocare malformazioni congenite.

Con gli adeguamenti al progresso tecnico della direttiva 67/548/CEE si è passati dalla frase di rischio R47 (D.M. 16/2/93 recepimento direttiva 83/467/CEE) alle quattro frasi R60, R61, R62, R63 (D.M. 28/4/97 che recepisce la direttiva 96/54/CE recante XXII adeguamento al progresso tecnico della direttiva 67/548/CEE) che così recitano:

R 60: Può ridurre la fertilità;

R 61: Può danneggiare i bambini non ancora nati;

R 62: Possibile rischio di ridotta fertilità;

R 63: Possibile rischio di danni ai bambini non ancora nati.

Agenti biologici

Molti agenti biologici appartenenti ai gruppi di rischio 2, 3, 4 possono essere trasmessi al nascituro in caso di infezione della madre durante la gravidanza, ma anche al neonato dalla madre stessa. Essi possono giungere al bambino per via placentare oppure, dopo il parto, nel periodo di allattamento oppure a seguito dello stretto contatto fisico tra madre e bambino.

Malattie infettive quali varicella, rosolia, epatite B e C, morbillo, possono essere trasmesse alla madre dagli alunni o da altro personale scolastico.

Il D.Lgs. 151/2001 prevede che il Dirigente scolastico, in qualità di Datore di lavoro, adotti le misure adeguate per la tutela della sicurezza e della salute delle lavoratrici che abbiano informato il Dirigente scolastico del proprio stato conformemente alle disposizioni vigenti, durante il periodo della gravidanza e fino a sette mesi dopo il parto.

La tutela si applica, altresì, alle lavoratrici che hanno ricevuto bambini in adozione o in affidamento fino al compimento dei sette mesi di età (*art.6, comma 1 e 2, D.Lgs. 151/2001*).

Il Citomegalovirus (fonte www.epicentro.iss.it – Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica)

Il Citomegalovirus (Cmv) è un virus diffuso a livello globale, appartenente alla famiglia degli Herpesvirus. Il virus è molto comune e può infettare chiunque. Una volta contratta l'infezione, il virus rimane latente all'interno dell'organismo per tutta la vita, ma può riattivarsi in caso di indebolimento del sistema immunitario. Le infezioni da Cmv sono nella maggior parte degli individui asintomatiche, perché un buon sistema immunitario è in grado di tenerle sotto controllo, ma negli individui immunodepressi possono causare gravi complicanze, in particolare a occhi, fegato, sistema gastrointestinale e sistema nervoso. L'aspetto più importante legato al Cmv, dal punto di vista medico, è rappresentato dalle infezioni congenite. Un'infezione contratta durante la gravidanza e trasmessa al feto può infatti arrecare al bambino danni permanenti anche gravi.

Trasmissione e sintomi

L'uomo è l'unico serbatoio di infezione del Cmv, la cui trasmissione avviene da persona a persona tramite i fluidi del corpo, tra cui sangue, saliva, urina, liquidi seminali, secrezioni vaginali e latte. Il contagio può avvenire per contatto persona-persona (per esempio tramite rapporti sessuali, baci sulla bocca, contatto della bocca con mani sporche di urina o saliva), per trasmissione madre-feto durante la gravidanza o madre-figlio durante l'allattamento, per trasfusioni e trapianti di organi infetti.

Il virus può essere eliminato dall'organismo infetto anche per mesi o anni dopo la prima infezione, specialmente nei bambini piccoli. I bambini possono addirittura diffonderlo per 5-6 anni dopo la nascita.

La maggior parte degli individui sani, adulti o bambini, che contraggono la malattia non manifesta sintomi e non si accorge dell'infezione, mentre alcuni soggetti sviluppano una forma leggera della malattia con febbre, mal di gola, affaticamento e ingrossamento dei linfonodi.

Infezioni congenite da Cmv

Le infezioni congenite di Cmv avvengono per trasmissione verticale da madre a feto. L'infezione materna viene classificata come primaria quando è acquisita per la prima volta durante la gravidanza in una donna precedentemente sieronegativa, e secondaria quando avviene per riattivazione del virus latente o per reinfezione da un nuovo ceppo in una donna che aveva già contratto l'infezione.

Il rischio di trasmissione al feto non sembra essere correlato al periodo gestazionale durante il quale viene contratta l'infezione. Si ipotizza però un maggior rischio di severità della malattia quando la trasmissione avviene nei primi tre mesi di gravidanza.

Il rischio di trasmissione al feto varia fra il 30 e il 40% nella forma primaria e fra lo 0,5 e il 2% nella forma secondaria. L'85-90% dei neonati con infezione congenita è asintomatico. Il 10% circa dei neonati asintomatici presenta sequele tardive, generalmente difetti uditivi di severità variabile, con possibili decorsi fluttuanti o progressivi. Il 10-15% circa dei neonati è invece sintomatico, con sintomi che possono essere temporanei o permanenti. Tra quelli temporanei si segnalano in particolare problemi al fegato, alla milza, ai polmoni, ittero, petecchie (cioè chiazze rosse sulla pelle corrispondenti a piccolissime emorragie), piccole dimensioni alla nascita e convulsioni. I sintomi permanenti possono essere molto gravi e causare diverse forme di invalidità permanente come sordità, cecità, ritardo mentale, dimensioni piccole della testa, deficit di coordinazione dei movimenti, convulsioni fino alla morte. In alcuni bambini i sintomi compaiono mesi o anni dopo la nascita, e in questi casi i più comuni sono la perdita dell'udito e della vista. La comparsa di disabilità permanenti è più probabile nei bambini che mostrano i sintomi già dalla nascita.

Prevenzione

Non esiste attualmente un vaccino per la prevenzione del Cmv. Il modo migliore per limitare il rischio di contagio è un'attenta igiene personale, soprattutto per le categorie di persone più vulnerabili alla malattia (donne in gravidanza, individui immunodepressi, bambini piccoli o appena nati).

È sempre buona regola lavarsi le mani con acqua calda e sapone prima di mangiare e di preparare e servire il cibo, dopo aver cambiato i bambini, dopo essere andati in bagno e dopo ogni tipo di contatto con fluidi corporei. È opportuno evitare di scambiarsi posate o altri utensili durante i pasti, soprattutto con bambini piccoli.

Più in generale la pulizia della casa e soprattutto delle superfici contaminate da fluidi corporei (come saliva, urina, feci, liquidi seminali e sangue) facilita la prevenzione del contagio.

Alla luce delle attuali conoscenze lo screening di routine per Cmv in gravidanza non è raccomandato, per vari motivi, fra cui principalmente:

- la mancata disponibilità di un trattamento preventivo o curativo efficace
- la difficoltà nel definire un segno prognostico affidabile di danno fetale
- la mancanza di consenso circa il management delle donne che presentano una sieroconversione in gravidanza
- le potenziali conseguenze in termini di ansia indotta, perdite fetali iatrogene e aumentata richiesta di interruzione volontaria di gravidanza.

Diagnosi e trattamento

Sono disponibili diversi test in grado di rilevare l'infezione da Cmv.

La rilevazione di anticorpi IgG contro il Cmv su un campione di sangue indica un contatto con il virus, ma non è in grado di determinare né il periodo del contagio (cioè se l'infezione è in atto o risale al passato), molto utile in caso di gravidanza, né l'eventuale trasmissione del virus al feto. Nel caso in cui prima della gravidanza questo test risulti negativo, è importante che la donna prenda particolare attenzione alle misure utili a evitare il contagio.

Il test per rilevare gli anticorpi IgM, utilizzato per accertare le infezioni recenti, ha evidenziato spesso dei falsi positivi e non è quindi affidabile senza l'integrazione con altri tipi di test. Un test utilizzato per risalire al periodo dell'infezione è il test di avidità delle IgG.

Per determinare l'eventuale trasmissione del virus al feto sono necessari esami più invasivi, come l'amniocentesi o l'analisi del sangue fetale. Per individuare in un neonato un'infezione congenita da Cmv durante le prime tre settimane di vita si cerca direttamente la presenza del virus (e non degli anticorpi) nelle urine, nella saliva e nel sangue. In caso di Cmv congenita non è stato ancora identificato nessun tipo di marker prognostico del periodo prenatale per determinare se il neonato sarà sintomatico o se svilupperà sequele.

Non si conoscono trattamenti prenatali efficaci e sicuri per prevenire la trasmissione madre-feto dell'infezione né per ridurre le conseguenze di un'infezione congenita. I farmaci disponibili sono estremamente dannosi per il feto.

Alcuni farmaci antivirali possono aiutare a controllare l'infezione negli individui immunodepressi.