

Medico Competente Journal

NOTIZIARIO A.N.M.A.

NUMERO 3/2011

ANMA

www.anma.it

Presidente

Giuseppe Briatico Vangosa

Vice Presidente

Umberto Candura

Segretario

Daniele Ditaranto

Consiglieri

Briatico Vangosa Giuseppe, Aversa Luigi, Barral Gino, Bontadi Danilo, Boschioli Gilberto, Candura Umberto, Ditaranto Daniele, Farabi Anselmo, Gilioli Gianni, Guiducci Grazia, Origlia Francesco, Patanè Piero Antonio, Saettone Marco, Santucci Paolo, Taliercio Salvatore

(Verbale della commissione elettorale a seguito del rinnovo delle cariche sociali per il quadriennio 2008-2012)

**PERIODICO TRIMESTRALE
DELL' A.N.M.A.**

Numero 3/2011
Associazione Nazionale Medici
d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano
Via San Maurilio, n°4
tel. 02/86453978 - fax 02/86913115
e-mail: maurilio@mlink.it
Autorizzazione Tribunale di Milano
n.96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE
Eugenio Andreatta

RESPONSABILE DEL COMITATO DI REDAZIONE
Paolo Santucci

COMITATO DI REDAZIONE
Giuseppe Briatico Vangosa
Gino Barral
Danilo Bontadi
Umberto Candura
Azelio De Santa
Daniele Ditaranto
Piero Patanè
Marco Saettone

REALIZZAZIONE GRAFICA
Marco Rossettini,
Alberto Manfrinati per
CUSL Nuova Vita Coop. Sociale
via Belzoni 162, Padova



TIPOGRAFIA
Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)



Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

SEZIONI TERRITORIALI

Campania

Segr. Francesco Gazzerro

Emilia Romagna

Segr. Francesco Origlia

Lazio

Segr. Paolo Sanchioli

Liguria

Segr. Carlo Valchi

Lombardia

Segr. Luigi Aversa

Marche

Segr. Giuseppe Olivetti

Piemonte

Segr. Valter Brossa

Puglia e Lucania

ad interim Massimo Sabbatucci

Trentino Alto Adige

Segr. Azelio De Santa

Umbria

Segr. Anselmo Farabi

Veneto

Segr. Piero Patanè

RAPPRESENTANZE

Bologna

Segr. Grazia Guiducci

Frosinone

Segr. Antonio Palermo

Imperia

Segr. Ezio Grosso

Massa Carrara

Segr. Maurizio Bonci

Modena

Segr. Gianni Gilioli

Reggio Emilia

Segr. Giuseppe Giubbarelli

Sardegna

Segr. Carlo De Martino

Taranto

Segr. Massimo Sabbatucci

Toscana

Segr. Andrea Bigotti

PIANO FORMATIVO 2011 ANMA: OBIETTIVO RAGGIUNTO

EDITORIALE

Chi ben comincia... è a metà dell'opera.
L'esperienza formativa dell'anno 2011 nella nuova veste di provider accreditato ECM nazionale si sta infatti concludendo secondo i piani preventivati.

Questo primo esercizio, che di per sé era sperimentale, si conclude con successo e ci fa ben sperare per il futuro. Chi ben comincia... è a metà dell'opera.

Una veloce sintesi di quanto realizzato nel corso di quest'anno.

- 31 corsi di 20 ore da 30 partecipanti con 23,5 crediti formativi ciascuno, per complessivi 930 partecipanti;
- 5 seminari di 5 ore da 5 crediti formativi ciascuno e a cui hanno partecipato 310 colleghi;
- 2 FAD che hanno messo a disposizione 17 crediti formativi e a cui stanno partecipando circa 60 colleghi;
- il Congresso Nazionale di Castellaneta Marina che ha erogato 2,4 crediti formativi a circa 300 partecipanti.

In totale nel corso di quest'anno abbiamo erogato 797 crediti formativi. Come primo anno di esercizio non ci lamentiamo. Ci siamo impegnati in



un notevole sforzo organizzativo ed è qui doveroso ringraziare i nostri più che validi Segretari territoriali che hanno curato in prima persona l'organizzazione dei corsi. Ora guardiamo al 2012 con maggior serenità. Stiamo inserendo nella banca dati dell'ECM nazionale il "Piano formativo 2012", nel rispetto delle procedure da seguire, che prevede la pianificazione di corsi di aggiornamento nel primo semestre dell'anno e di seminari di approfondimento nel secondo semestre del 2012. Tutti eventi a carattere territoriale. 2 FAD faranno da completamento. Anche per il 2012 il nostro obiettivo è mettere a disposizione dei nostri Associati il montante di crediti formativi da conseguire nell'anno in linea con le disposizioni del Ministero della Salute e con il Decreto Legislativo 81.

In giugno il tradizionale appuntamento congressuale, un momento sociale di particolare rilevanza dove festeggeremo tutti assieme 25 anni di ANMA.

A breve verrà comunicato il calendario dei nostri eventi 2012 in modo che ognuno di noi possa pianificarne la partecipazione.

Un grazie a tutti per la passione e l'impegno dimostrato e un arrivederci agli eventi formativi 2012, primo fra tutti il nostro Congresso dei 25 anni.

Il Presidente
Giuseppe Briatico-Vangosa

PROMOZIONE

Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia

Alla segreteria dell'ANMA - 20123 Milano, via S. Maurilio 4 - fax 02 86913115

Modulo di adesione abbonamento a

"Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia" per l'anno 2010/2011

Il sottoscritto _____,
in quanto socio ANMA, aderisco all'offerta di sottoscrivere l'abbonamento biennale al "Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia" (4 numeri l'anno) per gli anni 2010/2011 al costo complessivo di Euro 52,00 (puro rimborso dei costi di stampa e spedizione).

Già abbonato al "Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia": Sì ☐ No ☐

Indirizzo al quale desidero ricevere la rivista:

Dr. _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____

Telefono _____ Fax _____

Data _____

Firma _____



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Andrea Verga,
Medico Competente

Ospedale San Raffaele-Resnati

IL CODICE ICOH NEL D.L. 81/08: OPPORTUNITÀ O SFIDA PER IL MEDICO COMPETENTE?

Premesse

L' inserimento nel D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81, di un riferimento esplicito¹ alla necessità che la condotta professionale del medico competente sia improntata a quanto prescritto da un codice etico, nel caso specifico quello proposto è il *Codice internazionale di etica per gli operatori di medicina del lavoro*² del 2002 (in seguito Codice), solleva fondati dubbi sulla bontà di questa decisione da parte del legislatore, anche se nello stesso tempo, attesta che lo stesso ha ritenuto necessario, indicare in modo preciso al medico competente un chiaro riferimento etico da rispettare, nelle decisioni spesso problematiche che ne caratterizzano la pratica professionale.

¹ D.Lgs 81/08 e smi Articolo 39 - Svolgimento dell'attività di medico competente.

¹ L'attività di medico competente è svolta secondo i principi della medicina del lavoro e del Codice etico della Commissione internazionale di salute occupazionale (ICOH).

² In Italia il Codice ICOH è disponibile in "una traduzione fedele al testo inglese, con un particolare riguardo alla natura semantica, senza commenti" a cura di un gruppo di lavoro costituito dal presidente dell'ISPESL e da un gruppo di lavoro ad hoc. In particolare la traduzione riguarda la versione dell'International Commission on Occupational Health del 2002.

In effetti, l'opportunità di dare rilevanza giuridica ad uno specifico codice etico, anche se internazionale e prestigioso, con l'eventualità di sanzioni in caso di violazione, qualche perplessità la solleva, se non altro, perché il Codice di per sé stesso, non è indirizzato solo al medico del lavoro-competente, ma anche ad altre figure professionali, coinvolte a vario titolo nelle attività di prevenzione in ambito occupazionale, alcune anche non sanitarie, come i tecnici della sicurezza, i chimici, ecc..

Nonostante i limiti sopra accennati, la lettura del Codice, anche se non risulta sempre semplice, ed in qualche punto è anche ripetitiva, tuttavia evidenzia bene la profonda ricaduta etica, che caratterizza l'attività professionale del medico del lavoro.

Inoltre la lettura approfondita del Codice, permette di apprezzarne anche la natura di documento con respiro internazionale, in quanto indirizzato a destinatari appartenenti a contesti culturali e socio-economici molto differenti fra loro, come si nota dalla proposta di regole e norme di comportamento che, pur costituendo nel nostro Paese ormai una prassi professionale consolidata e regolata dalla nostra legislazione, possono

non essere per nulla scontate in altri contesti geografici.

Struttura e organizzazione del Codice ICOH del 2002

Il Codice è articolato nelle seguenti parti o capitoli: *Prefazione, Introduzione, Principi di base, Doveri e compiti degli operatori di medicina del lavoro e Condizioni di svolgimento delle funzioni degli operatori di medicina del lavoro*.

Nella *Prefazione* sono delineate le ragioni, la storia e l'evoluzione negli anni della versione del Codice, a partire da quella del 1992 fino all'attuale del 2002. Inoltre viene illustrato il lavoro svolto, come frutto e sintesi della riflessione di un ampio gruppo di lavoro, costituito da esperti di medicina occupazionale delle principali aree geografiche e continenti.

Le ragioni che motivano la stesura del Codice sono: "la consapevolezza della complessità e dell'eventuale conflittualità delle responsabilità degli addetti alla salute e alla sicurezza sul luogo di lavoro rispetto ai lavoratori, ai datori di lavoro, al pubblico, alle autorità in materia di salute pubblica e del lavoro e ad altri istituti, come la previdenza sociale e l'autorità giudiziaria".

L' "Introduzione" del Codice ICOH

L'Introduzione del Codice, che assume un carattere di tipo generale, identifica i principi fondamentali, che costituiscono gli ideali etici e gli obiettivi della medicina del lavoro. Nell'introduzione vengono anche definiti i significati dei termini utilizzati nei capitoli successivi.

In particolare, per quanto riguarda

gli scopi della medicina del lavoro, sono individuati la protezione e la promozione della salute dei lavoratori. Questi due obiettivi vengono in seguito ripresi anche nel paragrafo finale n. 12. E' interessante notare che il Codice non procede ad una gerarchia di questi due obiettivi, considerandoli entrambi come fini specifici della medicina del lavoro. Vengono poi anche identificati altri scopi della medicina del lavoro, quali la cura e l'assistenza sanitaria vera e propria, l'organizzazione del pronto soccorso, la realizzazione di interventi di riabilitazione e di indennizzo, ed infine, le strategie di recupero e di reinserimento dei lavoratori con problemi di salute nell'ambiente di lavoro.

Pertanto, gli scopi attribuiti alla medicina del lavoro riflettono una interpretazione della stessa non solo molto interessante, ma anche molto ampia perché supera la sua interpretazione come esclusiva attività di sorveglianza sanitaria, intesa prevalentemente come prevenzione secondaria, conferendo invece il senso di una prevenzione totale, indirizzata su tutti i tre ambiti classici, in cui si è soliti classificare gli interventi preventivi (prevenzione primaria, secondaria e terziaria).

Successivamente vengono introdotti, in modo esplicito senza però spiegarli, i principi bioetici di equità e di non discriminazione, su cui si fonda il rispetto delle differenze di carattere biologico, fisiologico, sociale. Questi principi sono in qualche modo ripresi anche nel D.L. 81/08 e s.m.i, laddove all'art. 28 il Testo Unico richiama l'obbligo, nel documento di valutazione dei rischi, di tenere conto delle differenze di genere, dell'età e della provenienza dei la-

voratori da altri Paesi.³

Segue poi, come già accennato, un elenco di definizioni in cui si descrivono le funzioni-attribuzioni alle altre figure citate, quali gli operatori di medicina del lavoro, il datore di lavoro, il lavoratore e l'autorità competente.

E' interessante anche la lucidità con cui nel Codice si prende atto, non solo della presenza di una rete di competenze professionali che si intersecano, ma soprattutto della conseguente necessità di fare convergere questa ottica multidisciplinare su valori condivisi.

Nella parte conclusiva del capitolo vengono ripresi altri argomenti generali di valenza etica, quali la necessità di una piena indipendenza professionale, come requisito di base, soprattutto dove ci sono interessi particolari fra loro in competizione.

Il conflitto tra interessi diversi viene esemplificato con due esempi di carattere generale e nello stesso tempo molto precisi e concreti. Il primo, riguarda lo sforzo di contenere la tutela del posto di lavoro con la protezione della salute, cosa non sempre di facile realizzazione, soprattutto nelle piccole imprese. Il secondo, riguarda

³ D.Lgs 81/08 e smi Articolo 28 - Oggetto della valutazione dei rischi.

¹ La valutazione di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a), anche nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o dei preparati chimici impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro, deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004, e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151(N), nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro.



invece il diritto alla tutela della privacy, anche questo compito arduo e argomento di particolare attualità per il medico competente.⁴ Interessante è anche l'identificazione di sistemi gestionali di sicurezza, anche questi previsti all'art. 30 del D.L. 81/08 e s.m.i., laddove si considerano i modelli di organizzazione e di gestione che devono essere adottati, per assicurare un sistema aziendale in grado di adempiere tutti gli obblighi giuridici imposti, fra i quali viene citata anche l'attività di sorveglianza sanitaria.⁵

4 Basta ad esempio pensare alla difficoltà di mantenere la privacy, in occasione dell'espressione dei giudizi di idoneità in merito all'abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope.

5 D.Lgs 81/08 e smi Articolo 30 - Modelli di organizzazione e di gestione.

1. Il modello di organizzazione e di gestione idoneo ad avere efficacia esimente della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica di cui al Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231, deve essere adottato ed efficacemente attuato, assicurando un sistema aziendale per l'adempimento di tutti gli obblighi giuridici relativi:

a) al rispetto degli standard tecnico-strutturali di legge relativi a attrezzature, impianti, luoghi di lavoro, agenti chimici, fisici e biologici;

"I principi di base"

Segue poi un brevissimo capitolo che contiene tre paragrafi dedicati ai principi e ai valori di riferimento su cui si basa il Codice, che in qualche misura riprendono i principi descritti in modo più esteso nell'Introduzione.

Vengono nuovamente indicati i principi e valori etici che stanno alla base del Codice, come il servizio alla salute e al benessere dei lavoratori, l'imparzialità e la competenza professionale.

In queste affermazioni riecheggiano i principi classici di bioetica,

b) alle attività di valutazione dei rischi e di predisposizione delle misure di prevenzione e protezione conseguenti;

c) alle attività di natura organizzativa, quali emergenze, primo soccorso, gestione degli appalti, riunioni periodiche di sicurezza, consultazioni dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;

d) alle attività di sorveglianza sanitaria;

e) alle attività di informazione e formazione dei lavoratori;

f) alle attività di vigilanza con riferimento al rispetto delle procedure e delle istruzioni di lavoro in sicurezza da parte dei lavoratori;

g) alla acquisizione di documentazioni e certificazioni obbligatorie di legge; h) alle periodiche verifiche dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure adottate.

indicati dalla *Commissione Belmont* negli USA per le attività di ricerca, e successivamente fatti propri anche in ambito clinico.

I principi sono appunto quello di beneficiabilità e di non maleficenza, quello di autonomia e di giustizia. Anche le altre parti o capitoli, dedicate rispettivamente ai *Doveri e compiti degli operatori di medicina del lavoro* ed alle *Condizioni di svolgimento delle funzioni degli operatori di medicina del lavoro*, sono di grande interesse, perché mi sembrano costituire la parte più ricca e di maggiore impatto operativo e professionale per il medico competente.

Anche se possono sembrare, in qualche aspetto un po' ridondanti, queste due parti sono da interpretarsi come fra loro **complementari**, perché mentre la parte intitolata *"Doveri e compiti degli operatori di medicina del lavoro"* sembra rispondere alla domanda *"che cosa dobbiamo fare nella nostra professione come medici competenti per agire operare eticamente bene?"*.

L'altro capitolo, intitolato appunto *"Condizioni di svolgimento delle funzioni degli operatori di medicina del lavoro"*, mi sembra invece indirizzato a rispondere alla domanda *"quale tipo di qualità professionali dobbiamo avere come medici, per fare/essere dei medici competenti eticamente adeguati?"*.

Mentre, a mio parere, nel capitolo intitolato *Doveri e compiti degli operatori di medicina del lavoro* prevale un'etica del fare bene come dovere, nel capitolo intitolato *"Condizioni di svolgimento delle funzioni degli operatori di medicina del lavoro"* prevale invece un'etica del carattere e dell'essere, come premessa a operare bene.

Vediamo brevemente i principali contenuti di questi ultimi due ca-

"Doveri e compiti degli operatori di medicina del lavoro"

In questa parte o capitolo del Codice, vengono riprese, in modo più operativo e vicino alla pratica professionale, oltretutto precisate in dettaglio alla luce dei principi generali, alcune buone norme di comportamento che sono state già accennate nell'*"Introduzione"*.

In questo capitolo, ad essere per così dire *"zommata"* è la contestualizzazione di obblighi generali in una prospettiva centrifuga, che va dal medico competente verso l'esterno, cioè verso i soggetti a cui è indirizzata la sua attività professionale. Si tratta più di *"un'etica verso"*, in un certo senso di un'etica ad extra.

A mio parere, fra i diversi doveri professionali citati in questo capitolo del Codice, come eticamente rilevanti, quelli più interessanti sono:

1. la necessità di impegnarsi ad avere una precisa conoscenza del ciclo produttivo e dell'ambiente di lavoro;
2. il dovere di informare la direzione dell'impresa ed i lavoratori di eventuali fattori e agenti di rischio, che potrebbero rivelarsi dannosi per la salute (questo obbligo è stato recepito anche nel D.L. 81/08 e s.m.i. in riferimento al rischio chimico e da agenti fisici: vibrazioni e radiazioni ottiche);
3. definire e proporre un programma di prevenzione, realmente adeguato ai bisogni dell'impresa, cioè non teorico e astratto, ma realmente indirizzato ai bisogni di salute dell'impresa;
4. provvedere alla verifica dell'efficacia delle misure di

prevenzione realizzate, allo scopo di monitorarne l'efficacia. Questo richiamo è particolarmente interessante, se si considera che non di rado alcune azioni preventive, o anche di promozione della salute, vengono intraprese solo per ragioni puramente formali, senza una successiva verifica della loro reale efficacia.

Un altro tema di grandissimo interesse perché eticamente molto esigente, presente in questo capitolo, consiste nel richiamare il medico competente al principio di responsabilità e di precauzione, di cui in ambito bioetico si parla da diversi anni e che, tuttora, continua ad avere una grandissima importanza pratica in tutta la medicina.

Questo principio, che non è sviluppato ma solo accennato nel Codice, se riassunto in estrema sintesi, invita il medico competente ad un atteggiamento molto responsabile nella propria prassi professionale.

L'autore che in ambito bioetico si è occupato di questo argomento è il filosofo Hans Jonas. Quello di Jonas *"è un invito a sentirsi responsabile degli altri, con tanto più impegno quanto più lo richiede il proprio ruolo, come accade al medico nei confronti dei pazienti che si rivolgono a lui. Jonas sottolinea come tutti siano coinvolti nel principio di responsabilità, ma i gradi e la qualità della responsabilità in gioco potrebbero cambiare in base a una pluralità di fattori, che riconosce una responsabilità maggiore a chi sa di più, a chi può di più, a chi in virtù del suo ruolo è sollecitato maggiormente a rispondere fino in fondo delle sue azioni."* (Binetti 2011 pag. 118)

In questo contesto va collocato anche l'obbligo, anch'esso citato in questo capitolo, per il medi-

co competente di relazionare su quanto emerge di rilevante nella sua attività professionale.

Un altro argomento di grande rilievo, sempre contenuto in questo capitolo, è la necessità di prevedere programmi di sorveglianza sanitaria che contengano una precisa definizione degli obiettivi e dei metodi. Per quanto poi riguarda la realizzazione dei programmi sanitari, secondo il Codice è sempre necessario richiedere ed ottenere prima, il consenso informato dei lavoratori.

Il tema del consenso informato in medicina del lavoro pertanto non è confinato solo alla verifica delle sostanze da abuso, ma si estenderebbe anche al resto dell'attività di sorveglianza sanitaria.

Poiché a mio parere, questo argomento richiede una specifica trattazione, in questa sede è solo accennato e sarà oggetto di uno specifico contributo. Infine il capitolo dedicato ai *"Doveri e compiti degli operatori di medicina del lavoro"* si conclude sottolineando la necessità, mi sembra non scontata, che il medico competente quando è chiamato a valutare l'idoneità di un lavoratore, provveda a questo compito professionale solo dopo avere acquisito *"una buona conoscenza della mansione"*, del posto di lavoro e delle condizioni di salute dello stesso.

Condizioni di svolgimento delle funzioni degli operatori di medicina del lavoro

Come accennato quest'ultima parte o capitolo del Codice, riguarda gli aspetti più strettamente connessi alla struttura morale dell'operatore sanitario, alle sue responsabilità personali: in altre



parole, riguarda il medico competente in quanto soggetto morale. I temi affrontati si riferiscono a diversi temi, ad esempio all'obbligo morale di richiedere un parere specialistico, su cui fondare i propri giudizi, qualora il contesto professionale lo renda necessario. Questa possibilità di fatto è già prevista dal comma 5 dell'art 39 del D.lgs. n. 81, dove si afferma che: *"Il medico competente può avvalersi, per accertamenti diagnostici, della collaborazione di medici specialisti scelti in accordo con il datore di lavoro che ne sopporta gli oneri"*.

Gli altri temi affrontati riguardano la capacità di superare i possibili conflitti fra interessi, incontrati nell'esercizio della professione di medico del lavoro. Quindi non è tanto il conflitto di interesse a costituire un problema, il problema vero è invece l'incapacità, più o meno consapevole del medico competente, a gestirlo in modo

corretto dal punto di vista etico. Questo specifico punto è di notevole rilevanza morale e di diretto interesse professionale, perché evidenzia la concretezza di questo Codice, che non si ispira ad una attività di medicina del lavoro tanto ideale quanto irrealista, ma proprio perché ne conosce la natura e gli scopi, (illustrati nell'*Introduzione*), ammette come normale l'esistenza dei conflitti di interesse. Il vero problema per il Codice non è avere un conflitto di interesse, ma non riconoscerlo e non saperlo gestire.

L'ultima parte di questo capitolo, evidenzia la necessità che il medico competente mantenga un atteggiamento di apertura al confronto e alla comunicazione con tutti gli altri interlocutori, della prevenzione, dell'impresa, dell'organo di controllo, ecc.. Vi è infine un accenno alla questione della privacy nella conservazione degli archivi

sanitari.

Il capitolo si conclude con un interessante richiamo alla opportunità di fare inserire un vincolo etico nei contratti professionali, aspetto che, a mio parere, nel nostro contesto legislativo è in qualche modo superato dal fatto che questo obbligo, non è più negoziabile, perché viene richiamato in modo esplicito dal già citato articolo 39 del D.L. 81/08.

Conclusioni

Pur ritenendo comprensibile che la lettura di un codice etico, non susciti di per sé uno spontaneo interesse, è tuttavia pur vero che, poiché come medici competenti siamo direttamente sollecitati dai suoi contenuti, è difficile, e forse anche un poco rischioso, ignorarne i contenuti. Se non altro, per sapere quali sono le aspettative di coloro che hanno avuto l'idea, non

sappiamo se illuminata o temeraria, di inserirlo in un Testo Unico di legge, appunto il D.L. 81/08, come esplicito criterio di riferimento per la nostra pratica professionale.

In effetti, dopo una lettura attenta, superato anche il naturale fastidio che la denominazione di codice etico di per sé suscita, questo Codice appare meno formale ed ingenuo, di quanto si potrebbe supporre.

Il Codice, nei suoi capitoli recepisce in pieno i principi su cui si fonda la bioetica medica classica, anche se non sempre li spiega. In particolare, vi si ritrovano il principio di beneficienza, di non maleficenza, quello di autonomia e di giustizia, oltre a quello di equità e di responsabilità, a cui si è accennato sopra.

Nel Codice si trova più di quanto ci si aspetta, anche solo per questo merita di essere letto.

Quindi anche se si tratta di un documento non recentissimo e di si at-

tende una revisione, il Codice bene o male, costituisce un documento che sfida in modo molto concreto ciascuno di noi, come medico competente. Non è senza effetto il confronto, che ciascuno può fare fra il proprio stile professionale e quello descritto e proposto dai diversi capitoli che lo compongono.

Infatti, anche se è vero che molte attività professionali sono già entrate a far parte da anni della pratica professionale del medico competente, per via di normative o di buone pratiche già sedimentate nel nostro vissuto professionale, tuttavia la sfida persiste, perché a prescindere dagli aspetti più o meno formali, quello che viene sollecitato è un riesame critico della propria visione della professione e della correttezza del proprio ruolo. Soprattutto la necessità di essere consapevoli dei conflitti di interessi, che riguardano anche il medico competente, come soggetto

morale. Il conflitto di interesse, deriva dalla coesistenza nella nostra società, e quindi anche nel mondo del lavoro, di sistemi di regole e anche di "valori" di riferimento diversi, alcuni non sempre eticamente supportati. Si tratta di un problema che nell'esercizio della professione, riguarda ogni medico, e quindi anche il medico competente. Pertanto, pur non pensando che basti la lettura di un codice per rendere eticamente buona la nostra attività professionale, però ritengo che sia importante per ciascuno di noi mantenere viva una provocazione etica, che in attesa di occasioni formative specifiche, può iniziare anche solo dalla lettura riflettuta di un codice. Questo primo esercizio, forse, potrà fare in modo che i criteri di moralità che contribuiscono a modellare la nostra coscienza professionale ed umana, non si atrofizzino in un relativismo etico professionale.

Bibliografia

Binetti P. *"Il consenso informato Relazione di cura tra umanizzazione della medicina e nuove tecnologie"* - Edizioni Magi 2011
Jonas H. *"Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità"* - Torino Einaudi, 1997

COMUNICAZIONE AI LETTORI

Nel n°2/2011 del MCJ, a causa di un errore, è stato indicato soltanto il primo degli Autori della pubblicazione "Partecipazione e coinvolgimento del Medico Competente alla gestione e valutazione del rischio stress-lavoro correlato".

Gli Autori della pubblicazione sono:

IAVICOLI N., CAPONE B., NAPOLITANO R.C., MARROCCO A., BUONANNO R., COPPOLA M. A., DE PRISCO C., IMPARATO G., IMPROTA A., MARINO A., RITONNARO C., UCCELLO R..

Dipartimento di Medicina Sperimentale
della Seconda Università degli Studi di Napoli
Sezione di Medicina del Lavoro.

Ce ne scusiamo con gli Autori ed i Lettori.



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Danilo Bontadi,
Daniele Ditaranto,
Pietro Antonio Patanè,
Giuseppe Briatico-Vangosa

Gruppo di Lavoro ANMA

CONSIDERAZIONI E PROPOSTE SULLO SCHEMA D'INTESA SULL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE SUL LAVORO

Premesse

A seguito dell'entrata in vigore dello Schema Intesa Stato/Regioni del 30/10/2007 e dell'Accordo Stato/Regioni del 18 settembre 2008, la nostra Associazione ha proposto ai propri Associati ed ha istituito un osservatorio per monitorare l'applicazione del Provvedimento e di evidenziarne le eventuali criticità. Ha quindi invitato i medici associati ad inviare i dati afferenti l'attività eseguita assieme alle testimonianze sulle eventuali problematiche incontrate nella filiera di applicazione e gestione dello Schema. Hanno aderito all'Osservatorio 19 gruppi di medici competenti operanti in 9 regioni (Veneto, Emilia Romagna, Campania, Lombardia, Piemonte, Marche, Puglia, Liguria e Trentino) che hanno sottoposto agli accertamenti di 1° livello oltre 33.000 lavoratori nel periodo maggio 2009- giugno 2011, per la maggior parte carrellisti (51%), con un numero di positivi confermati in diminuzione (passando dal 1,25% nel 2° semestre 2009 a meno dello 0,8% nel primo semestre 2011). L'81% dei soggetti positivi, inviati al Sert sono risultati consumatori occasionali. La lettura dei dati raccolti dall'osservatorio ANMA porta ad iniziali considerazioni di ordine generale e di ordine tecnico-applicativo. e di ordine tecnico-applicativo.

Osservazioni generali e strutturali

Partendo dall'assunto che lo Schema d'Intesa intende incidere sugli incidenti provocati dall'assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope in definite attività e che il controllo dell'assunzione attraverso test di screening ne è lo strumento, si auspica che tale controllo determini di per sé un "effetto di deterrenza" sull'assunzione di droghe illegali. Osservando il nostro campione siamo giunti alla conclusione che se c'è stato un effetto deterrenza, questo è molto difficile da quantificare, perché molti fattori concorrono a questa dinamica: una corretta e capillare informazione, il numero variabile di lavoratori che si autoescludono dal test, l'eventuale mancato rispetto della non prevedibilità del test, le possibili conseguenze del riscontro di un risultato positivo. Pur non volendo trarre conclusioni, si propone l'esigenza di ipotizzare modelli di controllo alternativi e/o complementari. Si suggerisce, ad esempio, di rinforzare un modello di controllo a random rispetto a quello con periodicità definita (annuale), con algoritmo di chiamata variabile. Si deve anche tener conto infatti delle caratteristiche delle attività da controllare, privilegiando e rinforzando i controlli nelle attività a maggior rischio per terzi (trasporto e servizi). Un secondo aspetto critico si riferisce alla reale incidenza di infortuni in lavoratori alterati per assunzione

di sostanze stupefacenti. Ci siamo impegnati pertanto nella revisione della casistica degli infortuni gravi (con prognosi > 40 gg) e mortali occorsi nel periodo 2002-2008, inseriti nell'archivio ISPLES, classificati per settori economici e dinamica di accadimento e li abbiamo rapportati alle mansioni a rischio per terzi. Si è osservato che la percentuale maggiore di infortuni è presente nel settore delle costruzioni seguito da quello dell'agricoltura, dell'industria metallurgica e dei trasporti. A questo proposito si segnala come la modulistica INAIL non prevede però la raccolta di dati che riteniamo fondamentali per valutare l'occorrenza dei fenomeni di cui trattiamo.

Ulteriore elementi da sottolineare sono: la difficoltà, per non dire l'impossibilità, di applicare il provvedimento, ai lavoratori autonomi e la mancanza di una base giuridico - legislativa che supporti il medico competente in questo ruolo di tutela dell'incolumità di terzi. Un'ultima considerazione riguarda l'aspetto costo-beneficio del Provvedimento. Stimando in 4,5 milioni i lavoratori che rientrano nelle attività a rischio, possiamo ipotizzare, probabilmente sottostimando, un costo annuo complessivo di circa 20 milioni di Euro. La percentuale di soggetti positivi al test di screening e successivamente confermati al test di secondo livello è inferiore allo 1.5% e nella maggior parte dei casi si tratta di "utilizzatori occasionali". Crediamo che anche questo elemento debba essere analizzato e approfondito per meglio definire la strategia di intervento.

Punti critici per il medico competente

Di carattere gestionale:

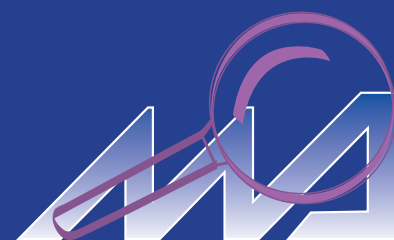
- La difficoltà della gestione del lavoratore positivo al test immuno-enzimatico di screening fino all'esecuzione del test di conferma: intervallo di tempo molto variabile da caso a caso, da laboratorio a laboratorio, da Regione a Regione (il problema della gestione dei "falsi positivi") e la successiva gestione della temporanea non idoneità.
- La scarsa fattibilità del cosiddetto "monitoraggio cautelativo" (quando il lavoratore risulta positivo al 1° livello e negativo al 2°).
- Il cronogramma del MC è difficilmente attuabile in particolare quando in azienda ci sono turni e casaintegrati.
- La difformità tra i vari Sert, della procedura di invio del lavoratore, dei tempi e delle modalità di risposta.
- La gestione dei lavoratori stranieri di carattere tec-

nico:

- Le soglie di rilevanza dei test rapidi: sono molte alte (quasi il doppio) rispetto a quelle dei test di conferma (molti "falsi negativi")
- La Buprenorfina non fa parte delle sostanze da testare secondo l'Accordo ma viene richiesta da alcune regioni con l'indicazione di cut-off differenti (5 o 10 ng/ml)
- Il problema degli psicofarmaci: possono interferire pesantemente sulla vigilanza e sono di uso abituale ma non vengono in alcun modo presi in considerazione.

Proposte

Riteniamo urgente l'attivazione di uno studio finalizzato ad analizzare la correlazione tra incidenti, eventi infortunistici, near miss e mansioni a rischio, diversificata per attività eseguite all'esterno ed all'interno del sito produttivo. Quanto sopra potrebbe essere uno dei compiti di un osservatorio multidisciplinare permanente interregionale. Recentemente abbiamo proposto di integrare, nelle elenche delle voci richieste dall'allegato 3B (art. 40 DL 81/2008), il numero di infortuni subiti o provocati nelle mansioni comportanti un rischio per terzi. Un secondo step potrebbe essere rappresentato dall'introdurre nella norma il criterio di valutazione del rischio e classificare le mansioni interessate in distinte fasce di rischio. Conseguentemente si potrebbe modulare qualità e periodicità dei controlli sanitari in funzione della fascia di rischio entrando nello spirito autentico del Decreto legislativo 81/2008, ovvero individuando le mansioni a rischio di incolumità per il lavoratore e per terzi e lasciando al medico competente la responsabilità di scelta dei criteri clinico-diagnostici da attuare ai fini del giudizio di idoneità alla mansione. Per facilitare il percorso è necessario eliminare le difformità nelle "interpretazioni" della procedura pubblicate a livello regionale (direttive, linee guida), "personalizzazioni regionali" che stanno creando non poche difficoltà al medico competente, specialmente quando opera in aree geografiche differenti. Utile risulterebbe anche la possibilità di disgiungere temporalmente l'accertamento tossicologico dalla visita medica, per il MC, rafforzando, tra l'altro, l'effetto sorpresa del controllo tossicologico. Da ultimo proponiamo la realizzazione di un modulo informativo base per i lavoratori a diffusione nazionale (ad esempio opuscolo o videoclip). La migliore prevenzione infatti si attua con l'informazione e specifiche iniziative di promozione della salute.



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

R. Attimonelli

INAIL Direzione Regionale Puglia

P.A. Patanè

ANMA Veneto

A. Porro

ANMA Puglia

IL LABIRINTO DEGLI ITER DELLE MALATTIE PROFESSIONALI

Lo scopo di questa comunicazione è quello di percorrere i vari sentieri che, il medico competente in particolare, ma anche gli altri attori della coinvolti nelle procedure di valutazione e denuncia di Malattia Professionale, devono intraprendere al fine di ottemperare alla legge e di comportarsi in modo conforme ai Codici Etici di riferimento (ICOH, ANMA, ORDINE DEI MEDICI). L'immagine del labirinto contenuta nel titolo vuole richiamare la concreta difficoltà a orizzontarsi in questo campo e al contempo esprime una provocatoria richiesta di cambiamento.

Premesse

Il labirinto “Malattia Professionale” è un labirinto multicurale: vi sono varie entrate, più uscite e non esiste un vero e proprio centro da raggiungere.

Vari personaggi vi si addentrano:

- Lavoratori con varie “casacche”: lavoratori dipendenti e ex dipendenti (industria, agricoltura, “conto stato”), artigiani, lavoratori domestici, pensionati;
- Datori di lavoro;
- Medici in varie forme e natura: medici competenti, medici di patronati, medici di medicina generale, medici ospedalieri, medici degli Organi di Vigilanza, medici dell’Istituto assicuratore;
- “Uomini di Legge”: UPG, magistrati, avvocati ma perfino il mitico “Legislatore”;
- Addetti alla Prevenzione (SPESAL, Direzione regionale del lavoro);
- Cultori della materia (Univer-

sitari, epidemiologi).

E’ possibile che qualcuno abbia un doppio ruolo (basti pensare ai medici dei servizi di prevenzione).

Il labirinto assume poi forme più o meno complesse anche in funzione delle realtà geografiche differenti (è probabile che il labirinto assuma aspetti meno contorti in una regione del nord rispetto ad una meridionale).

Il labirinto “Malattia Professionale” è multiviario: si intrecciano almeno quattro percorsi:

- 1) il percorso “assicurativo”: le malattie professionali sono soggette ad assicurazione obbligatoria presso l’INAIL che in caso di patologia eroga al lavoratore malato diverse tipologie di prestazioni previdenziali; le malattie non sono però tutte uguali; distinguiamo le malattie “tabellate” di cui al DM 9 aprile 2008 e le malattie “non tabellate” che risultano spesso associate a tratti più ostici e infidi del labirinto, nonostante ciò sono sempre di più in questi ultimi anni coloro i quali percorro-

no tali tratti. Questo percorso prevede in genere come entrata il “primo certificato di malattia professionale” e come uscite il “riconoscimento di malattia professionale” o direttamente da parte dell’Istituto assicuratore ovvero in seguito a procedimento giudiziario davanti al Giudice del lavoro (porzione quest’ultima del labirinto in cui spesso si può trovare annotato Hic sunt leones, cfr ad esempio la recente sentenza sul riconoscimento dell’origine professionale di un neurinoma del trigemino in un utilizzatore di telefoni mobili) oppure il rigetto (per varie cause e per vari motivi, spesso poco comprensibili a chi ha percorso il labirinto supportato da “evidenze scientifiche” del nesso di causalità). In tale percorso alcune porzioni possono essere, per così dire, “sotterranee”: accanto, o al di sotto, di un percorso assicurativo ci può essere un percorso in cui le prestazioni per lo più economiche della malattia professionale vengono ricercate (impropriamente?) come “sostegno del reddito”; tale fenomeno si accentua in zone svantaggiate o in periodi

di crisi economica.

- 2) il percorso “Conoscenza del fenomeno”; in tale percorso vi si accede tramite denuncia da effettuare in base all’articolo 139 del DPR 1124/65 che prevede l’obbligo per ogni medico (qualunque medico!) che ne riconosca l’esistenza la denuncia delle malattie professionali incluse nelle tre liste (“ad elevata probabilità”, “di limitata probabilità” e “Possibili origine lavorativa”) di cui al DM 14 gennaio 2008; l’omissione di tale obbligo comporta sanzioni diverse se il medico riveste i compiti di Medico Competente del lavoratore ammalato o meno; tale denuncia ha come destinatari sia la Direzione regionale del lavoro (ma in parecchi reputano che si tratti di un “vicolo cieco” all’interno del labirinto) che gli Organi di Vigilanza delle ASL (SPESAL o SPISAL o denominate in altre maniere a seconda della Regione); è evidente che questa porzione del labirinto si intrecci strettamente (se non proprio si sovrapponga) al percorso “Accertamento delle responsabilità (cfr percorso n° 4);
- 3) il percorso “Creazione di ban-

ca dati”: l’entrata principale di questo percorso del labirinto è dato dalla segnalazione prevista dalla trasmissione, così come previsto dall’art. 10 del DL 38/2000, della copia della suddetta denuncia alla sede territoriale dell’INAIL; l’uscita è la creazione, prevista nel medesimo articolo, di una banca data INAIL delle malattie causate del lavoro ovvero ad esso correlate; è in questo percorso del labirinto che ci dovremmo imbattere più frequentemente in coloro che vanno alla ricerca per esempio dei “tumori perduti”; Intrecciato al percorso precedente è il progetto MAL-PROF (gestito da INAIL ex ISPEL e Regioni) che ha posto l’attenzione appunto sulle segnalazioni dei casi malattia professionale registrati dalle ASL e che ha generato quattro rapporti biennali;

- 4) il percorso “accertamento della responsabilità”: in questo caso l’entrata del labirinto è il referto ex art. 365 del codice penale che prevede che coloro che esercitano una professione sanitaria e che prestano la propria assistenza o opera in casi che possono presentare i ca-



ratteri di un delitto per il quale si deve procedere d'ufficio, devono riferirne all'autorità giudiziaria; secondo quanto disposto dall'art. 590 del codice penale, tutti i fatti che abbiano determinato una malattia professionale con lesione grave o gravissima possono presentare il carattere di un delitto perseguibile d'ufficio. Il referto non deve essere compilato qualora si esponga l'assistito a procedimento penale (questa porzione del labirinto sembra quindi non interessare gli artigiani). Dato che le Procure della Repubblica hanno generalmente individuato nei Servizi di prevenzione e sicurezza delle ASL (in cui operano con qualifica di UPG vari operatori, compresi medici) i destinatari dei referti di malattia professionale, anche in questo caso tale percorso dell'accertamento della responsabilità si intreccia con il secondo percorso, quello della "Conoscenza del fenomeno". Inoltre tale percorso risulta anche intrecciato con il primo visto il diritto/dovere da parte dell'Istituto assicuratore di agire nei confronti dei responsabili per il recupero delle prestazioni erogate ("azioni di rivalsa").

Nelle strutture pubbliche

In azienda:
Il lavoratore affetto da una patologia è visitato dal medico competente nel corso di una delle occasioni previste dalla legge (preventiva, periodica, a richiesta, rientro). Il medico competente valuta la correlazione fra la patologia e la VR e valuta possibili fattori extraprofessionali (precedenti incidenti, anamnesi all'assunzione...) e se la patologia è ad uno stato iniziale ed è reversibile cessando il

rischio. Quindi il mc procede alla dmp nel caso di correlazione fra m.p. e rischio.

Nei patronati:

Il lavoratore presenta una patologia al patronato tendenzialmente orientato alla d.m.p.. Punti critici di questo iter sono:

- Correlazione patologia – mansione e non patologia fattore di rischio (presunzione di rischio)
- Anamnesi puntuale e non storica, quasi sempre in assenza di cartella sanitaria
- La documentazione sanitaria spesso come unica fonte di valutazione
- Medico denunciante: non chiaro il profilo specialistico, il rapporto con il lavoratore.
- Fenomeno della denuncia 'in serie'.
- Rischio della deresponsabilità della d.m.p.

Gli iter delle denunce delle malattie professionali

Nelle Strutture ambulatoriali medicina del lavoro, in cui è sicuramente garantita l'appropriatezza degli esami specialistici e degli approfondimenti, l'atteggiamento è estremamente variabile:

- PUO' essere richiesta la valutazione di rischio;
- PUO' essere presente una cartella sanitaria;
- PUO' essere richiesta la "consulenza" del mc.

Nelle Strutture Pubbliche dei Servizi di prevenzione l'iter parte da richiesta del lavoratore o su approfondimento ispettivo a partire da una dmp:

- La documentazione a disposizione è tendenzialmente completa: cartelle, dvr, visita del lavoratore;
- il coinvolgimento del mc è variabile.

Negli Ambulatori dei Medici di Medicina Generale prevalgono alcuni problemi. Innanzitutto la confusione tra m.p. e infortunio. Naturalmente non è possibile che sia stata effettuata la correlazione con il dvr e quindi l'anamnesi è l'unico strumento di identificazione del rischio, soprattutto perché raramente viene attuato un confronto con il mc. In alcuni casi segue una precedente "certificazione" all'azienda, non sempre appropriata: "...il lavoratore è affetto da ... e quindi non deve (in termini generici)".

Infine i medici specialisti: raramente effettuano una dmp, anche in presenza di patologia francamente correlabile al lavoro preferendo rimandare l'incombenza al medico competente.

Anche da parte delle procure vi è un flusso di malattie professionali: tutti gli infortuni o MP > di 40 gg il Pubblico Ministero comunica all'INAIL l'evento avverso, dando inizio alla rivalsa del danno.

I flussi di documentazione

Il medico al lavoratore consegna il primo certificato (INAIL) di malattia professionale, ma può scegliere di farsi dare il consenso e mandare direttamente all'Inail; consegna (non vi è obbligo) copia anche della segnalazione/referto e dovrebbe informare il lavoratore del percorso che deve (può) intraprendere.

Il lavoratore rispetto al Datore di Lavoro: consegna entro 15 gg il primo certificato al DL che però può scegliere di non consegnare per motivi di opportunità o di 'paura'. Può inoltre intraprendere ulteriori azioni (rivolgere ai servizi di prevenzione, azioni legali, sindacali...).

La documentazione trasmessa all'Inail (Primo Certificato) è rivelatore della profes-

sionalità e anche della finalità del medico (Dati completi/incompleti nel modulo, diagnosi accurate ovvero molto vaghe).

Il flusso documentale dal medico all'UPG: in genere questo flusso (referto o segnalazione) riguarda solo il m.c.; infatti gli altri medici, si limitano al primo certificato di mp. In questo contesto va inserito il problema della sostanziale equivalenza, ai fini della valutazione dell'UPG, tra segnalazione e referto e che sarà trattato in altra relazione.

La documentazione che l'Inail trasmette al Datore di Lavoro si riassume in: un questionario uguale per tutto e per tutti. Per l'azienda, spesso, costituisce la prima notizia di malattia professionale. Si richiede inoltre il Documento di Valutazione di Rischio in modo generico: l'estratto riguardante il fattore in oggetto? Il profilo di rischio del lavoratore? Tutti i faldoni compreso l'antincendio e il piano di evacuazione? Stesso discorso per la cartella sanitaria (tutti gli esami?).

Il nesso causale

Partiamo dalla premessa che il nesso causale tra una patologia e un rischio è più difficoltoso per le malattie professionali rispetto agli infortuni. Dal D.Lvo 277 al D.Lvo 81 è stata giustamente posta sempre più enfasi sul processo di Valutazione del Rischio. Il medico competente è chiamato in causa in questo processo come collaboratore anche se ormai molti DL e alcune sentenze lo identificano come l'onnisciente quando non il veggente. Certamente il m.c. è la figura professionale che ha gli strumenti per correlare un rischio valutato con una patologia che insorge nel lavoratore. Di più: può correlare una patologia ad un rischio male/non valutato e portare ad una correzione della Valutazione stessa.

Per questo la dmp fatta in assenza di cognizione della valutazione di rischio rappresenta un punto critico. In questa cornice sono da inquadrare anche la dmp senza la conoscenza del ciclo lavorativo, la confusione tra infortunio e mp, il fenomeno (in pochi casi) della certificazione compiacente.

Le tabelle attualmente in vigore (22/7/2008) vanno benissimo dove il nesso causale è molto stretto (tipicamente il rischio chimico). Appare invece forzato dove il DVR dovrebbe essere dirimente circa la possibilità di sviluppare una patologia.

Quando la patologia è multifattoriale e in presenza di una valutazione di rischio come regolarsi? Le difficoltà è particolarmente evidente con le malattie degenerative osteoarticolari.

Se appare inaccettabile la sotto-notifica è da condannare anche un atteggiamento superficiale che si può riassumere: "Intanto denunciare ... non costa niente".

Entrambi gli atteggiamenti sono lesivi della dignità e dei diritti dei lavoratori oltre a rappresentare un danno economico per il lavoratore e per la comunità.

L'Inail riconosce o meno una malattia professionale

Non è molto chiaro e univoco il processo di comunicazione di riconoscimento. Se al lavoratore è garantito un flusso di informazioni con la possibilità di ricorrere, nel caso dell'azienda questo appare carente. Quando l'azienda ne viene a conoscenza? A fine anno con l'aumento del premio sempre che vi sia una sorveglianza di questo capitolo di spesa. Inoltre il DL non può ricorrere all'Inail e ciò appare ingiustificato e non in linea con le prassi percorribili con le assicurazioni private.

Un altro punto non sempre coe-

rente è il risarcimento del danno. Il solo danno biologico (dal 2000) è incluso nella copertura assicurativa. E' prevista la rivalsa dell'INAIL: l'azione si concretizza solo dopo pronunciamento della Magistratura circa le responsabilità del DL, ma al riconoscimento della MP viene spesso inviata al DL una lettera di preallarme. Altri risarcimenti (nei confronti del lavoratore) sono a carico del DL in ambito civilistico.

L'azienda e il 'dramma' denuncia MP

E' un quadro reale e a tratti curioso che dimostra come, anche le aziende più virtuose, vivano questo momento con frustrazione ed estrema preoccupazione, intraprendendo delle azioni tese a maggior cautela verso le temutissime conseguenze giudiziarie. Quella che dovrebbe essere il più delle volte una semplice segnalazione viene vissuta come una tragedia, con un turbinio di avvocati, tecnici, riunioni; tanto più l'azienda ha investito in qualità e sicurezza tanto più non si capacita di questo evento.

Conclusioni

Le conclusioni discendono dalla premessa: questo sistema richiede un ripensamento. La problematicità, le sovrapposizioni e l'eccesso di drammatizzazione fanno emergere un quadro molto costoso poco tutelante e non in linea con la vocazione del medico competente che è quello della prevenzione in azienda.

Il conflitto di ruolo (medico di fiducia del Datore di Lavoro e Medico denunciante e il Datore di Lavoro) rimane un punto critico aggravato dalle procedure farraginose. Una proposta di semplificazione e di coerenza su questa materia è quindi necessaria.



CONTRIBUTI E
ARTICOLI ORIGINALI

Boschioli G.,
Ditaranto D.

Consiglieri nazionale ANMA

IL CASO DELLE MALATTIE PROFESSIONALI CHIEDE UNA SOLUZIONE

Introduzione

Da più parti arriva costantemente il richiamo alla presunta sottonotifica delle malattie professionali (MP).

In realtà i dati INAIL rivelano che da quando è entrato in vigore il DM 27 aprile 2004 (1) il numero delle denunce di MP è costantemente aumentato passando dalle 26.752 della gestione 2005 alle 42.347 di quella del 2010 (2).

Occorre risalire al 1993, quando le denunce furono circa 46.000, per trovare un valore più elevato. Dagli stessi dati emerge un trend proporzionalmente non altrettanto "positivo" per le MP riconosciute ed indennizzate: INAIL stima che su 30.000 denunce, solo 12.000 vengono riconosciute e di queste 8000 indennizzate (3).

Tuttavia, a dir la verità, questi dati non dovrebbero essere un problema del medico competente (MC): come è già stato sottolineato la sua missione è la prevenzione e quindi il suo principale contributo ed impegno si realizza innanzi tutto nell'evitare le MP collaborando con i sistemi di prevenzione delle imprese per creare le condizioni di tutela della salute dei lavoratori idonee per determinare un'inversione di questo andamento.

Nel precedente contributo sono state evidenziate le criticità che

rendono l'argomento delle MP ancora un nervo scoperto nell'attività professionale del MC.

Gli aspetti e le implicazioni su cui riflettere sono molteplici, le problematiche da affrontare sono complesse e gli attori coinvolti sono numerosi e diversificati. Siamo pienamente consapevoli dei nostri limiti e dell'impossibilità di poter dipanare la matassa con un coup de théâtre, ma vogliamo ancora una volta tentare d'essere propositivi nell'intento di migliorare anche il nostro lavoro.

La denuncia e le liste del DM 27 aprile 2004

Riteniamo fondamentale ai fini di un effettivo miglioramento del sistema il superamento di una criticità già evidenziata dall'ANMA (4): la legittima e pienamente condivisibile esigenza del legislatore di imporre un monitoraggio epidemiologico per le patologie con una origine professionale di "limitata probabilità" o soltanto "possibile" (5), contrasta con l'attuale obbligazione medico legale che prevede la denuncia ai sensi dell'art. 139 del DPR 1124/65 (6) ed il referto ex art. 365 c.p. anche per le patologie per le quali la stessa normativa non afferma con certezza l'origine professionale.



Infatti, anche se nelle linee programmatiche della Relazione Tecnica che ha accompagnato la promulgazione del DM 27 aprile 2004 molto si insiste sulle finalità preventive della denuncia ex art. 139, sarebbe ingenuo dimenticare che detta denuncia deve essere trasmessa all'Organo di Vigilanza cui sono attribuite competenze di Polizia Giudiziaria, con tutto quel che ne consegue.

Questo aspetto va sottolineato proprio alla luce dell'impostazione della Raccomandazione 2003/670/CE (7) che, riportando nell'Allegato I le malattie di sicura origine professionale e nell'Allegato II quelle di sospetta origine professionale da tenere sotto osservazione epidemiologica, prevede che queste ultime formino l'oggetto di una "dichiarazione" e non di una denuncia e di un referto.

Con questa impostazione più equilibrata la denuncia ex art. 139 sarebbe riservata soltanto alle patologie la cui origine professionale è di "elevata probabilità" (8), mentre quelle la cui origine professionale è di "limitata probabilità" o "possi-

bile" diventerebbero oggetto di una "dichiarazione" per le finalità epidemiologiche di aggiornamento periodico del DM 27 aprile 2004.

L'adozione da parte del legislatore di un'impostazione di questo tipo che modula l'azione medico legale in funzione della "forza" dell'origine professionale della patologia, circoscrivendo parzialmente il campo d'applicazione dell'istituto della denuncia ex art. 139, oltre a sembrarci un approccio più razionale, sarebbe anche il modo per limitare le occasioni di generazione in azienda del "pathos" e dello "psicodramma" sempre suscitati da questo evento.

Infatti, come già accennato, non possiamo dimenticare che la denuncia di malattia professionale, benché abbia una valenza epidemiologica e finalità preventive, ha come suo terminale l'Organo di Vigilanza che ha nelle sue prerogative l'attivazione dell'azione penale.

Pertanto gli effetti di questa denuncia, che taluno chiama "segnalazione" proprio per il suo significato originario, nella dinamica evolutiva dell'azione penale possono avere una grande amplificazione che può concretizzarsi in rilevanti conseguenze dal punto di vista sanzionatorio per i soggetti coinvolti.

Infatti, non infrequentemente, anche quando si conclude positivamente l'indagine diventa l'occasione per sanzionare qualche altro inadempimento formale che con la MP non c'entra nulla.

Il risultato è che a seguito della denuncia effettuata dal MC, lui stesso ed il datore di lavoro vengono sanzionati per motivi che nulla hanno a che vedere con la denuncia con la conseguente generazione di una notevole e dannosa "ansia", il più

L'impatto del D. Lgs. 231/01

Questi aspetti vanno anche considerati alla luce dell'estensione della disciplina della responsabilità amministrativa delle imprese (9) anche all'omicidio colposo (art. 589 c.p.) ed alle lesioni colpose gravi o gravissime (art. 590 c.p.) conseguenti alle violazioni delle norme sulla tutela della salute e della sicurezza sul lavoro (10). Ricordiamo che le sanzioni amministrative previste per gli illeciti dipendenti dal reato sono molto pesanti dal punto di vista economico, ma soprattutto organizzativo potendo in tal caso arrivare a comportare finanche l'interdizione per un anno dell'esercizio dell'attività.

Ai sensi dell'art. 45 del D. Lgs. 231/01 tali sanzioni possono essere applicate anche in via cautelare, quindi prima della sentenza di primo grado, "quando sussistono gravi indizi per ritenere la sussistenza della responsabilità dell'ente per un illecito amministrativo dipendente da reato e vi sono fondati e specifici elementi che fanno ritenere concreto il pericolo che vengano commessi illeciti della stessa indole".

Tenuto conto che le MP rientrano sicuramente nella disciplina del D.Lgs. 231/01, anche per le forme meno gravi non indennizzabili, comportando comunque l'indebolimento permanente di un organo o di una funzione e quindi una lesione gravissima, visto il trend di alcune MP come per esempio quelle muscolo-scheletriche e considerando la diffusione di tali malattie nella popolazione generale, è possibile farsi un'idea sull'impatto che il provvedimento potrebbe avere in questo campo.



L'art. 10, comma 4 del D. Lgs 38/00

Ai sensi dell'art. 10, comma 4 del D. Lgs. 38/00 (11) copia della denuncia ex art. 139 inviata all'Organo di Vigilanza deve essere trasmessa all'INAIL.

Dalla lettura della disposizione emergerebbe che questa trasmissione all'INAIL abbia la finalità epidemiologica di consentire l'aggiornamento periodico dell'elenco del DM 27 aprile 2004 e non già quella di avviare le attività assicurative dell'Istituto che dovrebbero invece essere svolte a seguito del ricevimento della denuncia di cui agli artt. 52, 53 e 251 del DPR 1124/65.

Invece, nella nostra esperienza, l'INAIL avvia comunque la pratica richiedendo all'azienda la denuncia corredata dal certificato. Peraltro non si capisce perché tale onere debba essere lasciato al MC.

Certo rimane un sogno un sistema informativo che automaticamente fornisca tutte le informazioni necessarie a tutti coloro che ne necessitano (12), ma basterebbe tornare alle disposizioni precedentemente vigenti che prevedevano una semplice trasmissione di atti tra le amministrazioni; del resto qualche funzionario dell'INAIL interpreta letteralmente il D. Lgs. 38/00 proprio in questo modo (13).

L'elenco delle malattie da denunciare e le tabelle delle malattie assicurate

Le tabelle delle malattie assicurate sono state aggiornate dal DM 8 aprile 2008 (14).

In base all'art. 10, comma 4 del D. Lgs. 38/00 l'elenco delle malattie da denunciare va tenuto sotto controllo ai fini della revisione delle

tabelle delle malattie assicurate. Questa disposizione è un importante elemento di razionalizzazione del sistema perché getta un ponte tra l'elenco e le tabelle. Peraltro unica è la Commissione Scientifica istituita ai sensi dell'art. 10, comma 1 del D. Lgs. 38/00 che ha il compito di aggiornare e revisionare periodicamente l'elenco delle malattie di cui all'art. 139 del DPR 1124/65 e le tabelle di cui agli artt. 3 e 211 del medesimo decreto.

Infatti, anche se la normativa ha previsto questo doppio binario che segue percorsi e finalità differenti (prevenzionale l'elenco ed assicurativo le tabelle), riteniamo che vada comunque perseguita, anche in una logica di miglioramento ed ottimizzazione gestionale, una corrispondenza tra le patologie denunciabili e quelle assicurate e quindi riconoscibili ed indennizzabili.

Conclusioni

L'attuale gestione delle MP presenta regole giuridiche ed assicurative complesse e spesso contraddittorie, coinvolge numerosi enti ed istituzioni che hanno comportamenti anch'essi contraddittori, interessa figure con evidenti conflitti di interesse e comporta pesanti ricadute penali ed economiche.

Complessivamente il quadro che emerge è quello di un sistema caratterizzato da una sproporzione tra le energie che richiede e consuma ed il valore aggiunto effettivamente apportato al miglioramento della tutela della salute dei lavoratori.

Se questa è la situazione, sarebbe auspicabile la promozione tra le varie figure interessate di una riflessione critica e complessiva orientata a semplificare ed a rendere più efficace il sistema. In particolare ci sembra fondamentale il ridisegno del sistema nel senso di:

- una semplificazione dei flussi documentali.
- una maggiore modulazione dell'azione penale conseguente alla denuncia.

Per quanto riguarda il primo aspetto si dovrebbe operare in due direzioni:

- A) ridurre il numero dei documenti che il MC deve stilare. Attualmente gli competono la denuncia/segnalazione, il referto ed il primo certificato medico per l'INAIL. Sull'onda di quanto già avviene in alcune realtà locali ove la denuncia/segnalazione inviata all'Organo di Vigilanza funge anche da referto, sarebbe auspicabile verificare la possibilità di individuare e condividere un unico

documento che riassume le valenze dei tre attuali;

- B) in attesa dell'attivazione del "sistema informativo per la prevenzione nei luoghi di lavoro", precisare il "terminale", Organo di Vigilanza o Ispettorato del Lavoro, a cui il MC deve inoltrare il documento di cui al punto a. Infatti sul territorio non esiste tuttora omogeneità nei comportamenti pur prevalendo l'orientamento di inviare la documentazione all'Organo di Vigilanza. Al "terminale" individuato competerà l'inoltro del documento all'INAIL per le finalità epidemiologiche ai sensi dell'art. 10, comma 4 del D. Lgs. 38/00.

Per quanto riguarda la richiesta di una maggiore modulazione dell'azione penale riteniamo che una denuncia che ha in origine una valenza epidemiologica, prevenzionistica e assicurativa, non possa diventare automaticamente una denuncia penale.

Ovviamente noi siamo "tabula rasa" per quanto riguarda le competenze tecnico-giuridiche per formulare una proposta e ci rendiamo anche conto che il contesto giuridico, sociale e "politico" in cui è inserito questo istituto non facilita questo ridisegno.

Tuttavia consideriamo opportuno portare all'attenzione delle istituzioni, delle parti sociali e degli addetti ai lavori questo delicato aspetto della denuncia delle MP per promuovere una riflessione finalizzata a dare un maggiore equilibrio giuridico all'istituto senza che questo voglia assolutamente significare una fuga dall'individuazione delle eventuali responsabilità.

Come rilevato sarebbe già un passo avanti la ri-modulazione dell'azione medico legale in funzione della "forza" dell'origine professionale della malattia disponendo

che quelle contemplate nelle liste II e III del DM 27 aprile 2004 e s.m.i. (origine professionale di "limitata probabilità" o "possibile") diventino oggetto di una "dichiarazione" e non di una "denuncia/referto".

In ogni caso, da un punto di vista più generale, riteniamo che questa riflessione possa essere anche fondata sulle impostazioni seguite in altri Paesi Europei (15). Lasciando perdere il mondo anglosassone che ha una impostazione sociale e giuridica molto diversa da quello latino, citiamo alcuni esempi del mondo latino e germanico, di Paesi in cui la tutela sociale e il livello civile è indiscutibile e che non ci sembrano così lontani dal nostro mondo socio-culturale:

- In Francia, quando il medico del lavoro nell'ambito della sorveglianza sanitaria dei lavoratori rileva una MP, informa il lavoratore in merito ai suoi diritti e cioè alla possibilità di avanzare una richiesta all'Istituto Assicuratore per ottenere l'indennizzo di legge. Il lavoratore se lo ritiene si rivolge al suo medico di famiglia (medecin traitant) che "se lo ritiene" compila l'opportuna certificazione per la Cassa MP. In genere il medico del lavoro accompagna l'informazione al lavoratore con una lettera da consegnare al medico di famiglia. La normativa non prevede nessun obbligo e nessuna sanzione. Nel dibattito aperto sul futuro della medicina del lavoro è all'ordine del giorno il tema della raccolta dei dati a fini epidemiologici con la costruzione di un sistema informativo molto ampio, articolato ed integrato.
- In Austria i medici sia del la-

voro che di famiglia hanno obbligo di denunciare le MP solo all'Istituto assicuratore. Si tratta di un obbligo che non è sanzionato. Poiché in Austria non è prevista alcuna specializzazione o requisito professionale specifico per fare il Medico del Lavoro e gli specialisti che esercitano tale professione in azienda sono una percentuale minima, il problema è la capacità dei medici di effettuare una diagnosi MP.

- In Belgio tutti i lavoratori subordinati, inclusi gli apprendisti, nonché i disoccupati in formazione e gli invalidi in riqualificazione professionale, fruiscono di una copertura contro le MP.

Per essere riconosciuta come professionale, la malattia deve essere inclusa in un apposito elenco. Se la MP figura nell'elenco e il lavoratore che l'ha contratta opera in un settore in cui è esposto a tale rischio, la sua malattia sarà riconosciuta come professionale.

Inoltre il lavoratore può fornire la prova dell'esposizione a un determinato rischio e del suo nesso con una malattia da cui è affetto che non compare nell'elenco delle MP.

I medici del lavoro sono tenuti a segnalare ai medici ispettori del lavoro e a quelli del Fondo per le MP i casi di malattia che figurano nell'elenco sopra menzionato e anche quelli che figurano nell'elenco europeo, così come i casi di malattia la cui origine professionale è accertata o presunta e i casi di predisposizione ed i sintomi rilevati.

Non risulta obbligo di referto.

- In Germania l'assicurazione copre gli infortuni sul lavoro

e le MP ed è obbligatoria per i lavoratori e gli apprendisti dipendenti, volontaria per gli autonomi.

La copertura assicurativa copre solo il nesso di causalità tra l'attività assicurata e l'infortunio o MP e tra l'infortunio o MP e il danno alla salute. È l'ente di assicurazione competente a decidere d'ufficio se un infortunio o MP è coperto o meno da assicurazione e se esso dà diritto a prestazioni. Il datore di lavoro è obbligato a notificare il sinistro all'ente di assicurazione contro gli infortuni, ricevendone notizia dal lavoratore, tramite certificazione del medico occupazionale o di altro sanitario. Il medico non è tenuto ad altra segnalazione.

- In Spagna il sistema previdenziale spagnolo non prevede un regime separato per gli infortuni sul lavoro e MP. Per MP si intende qualsiasi affezione compresa in un apposito elenco. I meccanismi di segnalazione sono quindi del tutto simili a quelli per le malattie generiche. Il lavoratore che ritiene di essere ammalato si reca dal proprio medico di fiducia e segnala il caso, il medico è tenuto alla certificazione di malattia (se del caso, professionale) all'istituto di previdenza.

- Simile situazione nei Paesi Bassi, dove esiste un sistema assicurativo più privatistico, ma comunque non separato, anche in questi due paesi non risulta l'obbligo automatico di referto.

- In Svezia chi svolge un lavoro fisso o temporaneo è assicurato contro gli infortuni sul lavoro e le MP. L'assicurazione vale per i lavoratori subordinati, i lavo-

ratori autonomi e i lavoratori a contratto. Anche gli studenti sono assicurati, se i loro studi implicano particolari rischi di infortunio.

Per le MP non è previsto alcun elenco. Sono ritenute MP quelle per le quali il lavoratore fornisce prova dell'origine professionale. Le malattie causate da fattori nocivi presenti nell'ambiente di lavoro possono essere considerate MP. Chi rimane vittima di un infortunio sul lavoro o contrae una MP è tenuto a darne comunicazione al datore di lavoro, il quale poi inoltra denuncia all'Istituto di assicurazione, con eventuale corredo di documentazione sanitaria fornita dal lavoratore. I lavoratori autonomi devono procedere personalmente alla denuncia all'Istituto di assicurazione. Gli studenti informano la scuola di appartenenza, che a sua volta comunica l'incidente o la malattia all'Istituto di assicurazione.

- In Portogallo il datore di lavoro ha l'obbligo di provvedere alla copertura contro gli infortuni sul lavoro dei suoi dipendenti. Tale responsabilità viene di norma trasferita a compagnie di assicurazione dal momento che i regimi di previdenza sociale non coprono questo rischio.

Le MP sono le malattie di cui il lavoratore soffre in ragione della propria attività lavorativa e sono quelle presenti nell'apposito elenco delle malattie professionali approvato dal governo portoghese. Possono comunque essere riconosciute come MP anche quelle per le quali venga dimostrata l'origine professionale. Inoltre la malattia deve manifestarsi entro un termine stabilito nell'elenco ufficiale delle MP.

Se il lavoratore contrae una MP, deve rivolgersi al Centro nazionale di protezione contro i rischi professionali.

L'assistenza sanitaria viene generalmente prestata dal servizio sanitario pubblico. Il medico curante stabilisce se la malattia è associata o meno all'attività lavorativa; tale conferma è indispensabile ai fini dell'acquisizione del diritto alle prestazioni in questione.



Si ringrazia la dott.ssa Anna Guardavilla per la preziosissima consulenza giuridica

Bibliografia

- (1): DM 27 aprile 2004: Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni e integrazioni;
- (2): INAL: Rapporto annuale 2010;
- (3): INAIL: Rapporto annuale 2009;
- (4): XVIII° Congresso nazionale ANMA – GdL ANMA: Prevenzione e gestione delle malattie professionali: la nuova tabella. Le criticità per il medico competente – 2005, Courmayeur;
- (5): rispettivamente lista II e lista III dell'elenco di cui al DM 27 aprile 2004;
- (6): DPR 1124/65: Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali;
- (7): Raccomandazione 2003/670/CE: Elenco europeo delle malattie professionali;
- (8): lista I dell'elenco di cui al DM 27 aprile 2004;
- (9): D. Lgs. 231/01 "Disciplina della responsabilità delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'art. 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300";
- (10): art. 300 del D.Lgs. 81/08 di integrazione del D. Lgs. 231/01 con l'art. 25-septies;
- (11): D. Lgs. 38/00 "Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, a norma dell'art. 55, comma 1 della legge 17 maggio 1999, n. 144";
- (12) Nota n. 2 all'articolo 1 D.Lgs. 81/08: i Decreti di cui al comma 1 sono adottati, realizzando il necessario coordinamento con le disposizioni vigenti, nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi generali:
lettera n) definizione di un assetto istituzionale fondato sull'organizzazione e circolazione delle informazioni, delle linee guida e delle buone pratiche utili a favorire la promozione e la tutela della salute e sicurezza sul lavoro, anche attraverso il sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro, che valorizzi le competenze esistenti ed elimini ogni sovrapposizione o duplicazione di interventi;
- (13) Il testo della norma citata recita "La trasmissione della copia della denuncia di cui all'articolo 139, comma 2, del testo unico e successive modificazioni e integrazioni, è effettuata, oltre che alla azienda sanitaria locale, anche alla sede dell'istituto assicuratore competente per territorio". Si noti come il testo non indichi esplicitamente il soggetto a cui è in carico l'onere della trasmissione: il MC trasmette in effetti l'ORIGINALE e non la COPIA alla ASL: se ne può dedurre che l'onere di trasmissione della copia sia a carico della stessa ASL, esattamente come nella norma precedente. Questa interpretazione tuttavia è decisamente minoritaria, se non marginale e non priva di rischi per il MC;
- (14): DM 9 aprile 2008 "Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura";
- (15) G. Campo, D. De Paoli, A. Papale "Il riconoscimento delle Malattie Professionali nei Paesi della U.E." - Dipartimento Processi Organizzativi – ex ISPESL ora INAIL in <http://www.ispesl.it/statistiche/riconMPpaesiUE.asp>.



CONTRIBUTI E
ARTICOLI ORIGINALI

Umberto Candura

Vice Presidente ANMA

L'IDONEITÀ ALLA GUIDA IN MEDICINA DEL LAVORO

(I PARTE: ASPETTI METODOLOGICI E GIURIDICI)

Premessa

Fino ad una decina di anni fa ad una ipotetica domanda del tipo: “*Ma cosa centra il medico competente con la Sicurezza Stradale?*” avremmo forse avuto qualche difficoltà a trovare un collegamento, sia sul piano dei riferimenti normativi e del ruolo giuridico, sia sotto il profilo della metodologia di intervento, sia infine basandoci sulle evidenze legate ad esperienze sul campo.

Oggi ritengo siano più facilmente individuabili le sinergie potenziali tra la promozione e la tutela della salute negli ambienti di lavoro e la sicurezza degli ambienti di vita in genere, e della strada in particolare. Gli aspetti seguenti - tra gli altri - hanno fugato ogni dubbio sulla necessità di ampliare la “competenza” del medico aziendale anche al di fuori dei confini geografici dell’impresa:

- a) l’enfasi legislativa sulla valutazione “globale” dei rischi, compresi quelli legati alle abitudini voluttuarie ed agli stili di vita,
- b) l’introduzione delle norme che coinvolgono il Medico Competente (MC) negli accertamenti

sull’alcol e la tossicodipendenza per le mansioni ad alto rischio e con evidente impatto sulla sicurezza collettiva,

- c) il dato statistico dell’INAIL che individua da qualche anno “la strada” come l’ambiente di lavoro più pericoloso in termini di mortalità da infortunio,
- d) il progressivo incremento delle attività lavorative connotate da mobilità spinta sul territorio (mobile work), tra i cui rischi l’attività di guida rappresenta spesso l’elemento di valutazione più significativo.

Basti pensare che le attuali dimensioni in Italia del mercato “dell’auto aziendale” sono stimate in oltre 2 milioni di veicoli, utilizzati da imprese di varie dimensioni, a cui si aggiungono le auto ad uso promiscuo per agenti e professionisti. Il 60% delle imprese dispone di una flotta auto ad uso aziendale (ISTAT 2008), presente in ogni settore merceologico (dati ANIASA).

L’argomento è certamente stimolante anche se non nuovissimo, visto che da anni l’ANMA ha dedicato alcune iniziative al tema dell’idoneità alla guida (basti ricordare il Corso di aggiornamento “*Il Medico Competente in pista: come*

tutelare la salute del mobile worker” a Vairano di Vidigulfo nel febbraio 2008, ed il successivo Congresso Nazionale ANMA – Colli del Tronto – Il Sessione, Giugno 2009 “*La tutela della salute dei lavoratori nel settore dell’autotrasporto*”), mentre quest’anno l’argomento rientra tra quelli scelti da alcune Sezioni Regionali ANMA per i Corsi ECM di aggiornamento professionale.

La normativa specifica

Vanno poste due premesse chiarificatrici alle nostre successive considerazioni:

- 1) la metodologia di intervento che si propone per la mansione di “autista” trae spunto da esperienza e letteratura tratta dal settore più specifico dell’autotrasporto pesante e del trasporto pubblico, ma è evidentemente rivolta - con le opportune specificità - a tutte le attività nelle quali siano prevalenti le mansioni di guida;
- 2) le attività di sorveglianza sanitaria ed i conseguenti giudizi di idoneità non sono sufficientemente codificati (ed in alcuni casi accettati) per tutti i settori interessati, per cui si ispirano a criteri prevalenti di valutazione delle condizioni generali e di promozione della salute del lavoratore; **in ogni caso il giudizio di idoneità riguarderà solo ed esclusivamente la compatibilità alle attività di guida connessa alla mansione lavorativa e non potrà interferire - stante l’attuale normativa - con il mantenimento della patente di guida rilasciata dagli Organi competenti del Ministero.**

Detto questo non sorprende che anche in questo specifico ambito si siano rincorse in Italia una serie di Leggi e Decreti che non rendono agevole l’intervento dei Medici Competenti su un tema molto delicato; tuttavia il riferimento principale è dato dal **DPR 30 aprile 1992 n. 285** (il c.d. “nuovo” Codice della Strada, CdS) con il suo regolamento attuativo dato dal **DPR 16 dicembre 1992 n. 495**. L’art. 119 del CdS definisce:

- i requisiti fisici e psichici ritenuti idoneativi ai fini del conseguimento della patente di guida
- le figure sanitarie preposte allo svolgimento dei relativi accertamenti (comma2)

Queste ultime, come medici monocratici, sono inserite nell’ambito del SSN nelle U.O. di medicina legale, ovvero come medico del MinSalute, o ancora appartengono a FF.SS. (RFI), Polizia di Stato, VV.FF, Ispettori Medici del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ecc..

Organi collegiali chiamati a pronunciarsi circa l’idoneità alla guida in casi particolari sono invece le *Commissioni Mediche Locali (CML, comma 4)*, costituite in ogni provincia presso le ASL e deputate ad accertare la compatibilità alla guida di:

- a) mutilati e minorati fisici (patenti speciali)
- b) coloro che abbiano superato i sessantacinque anni di età ed abbiano titolo a guidare autocarri di massa complessiva, a pieno carico, superiore a 3,5 t, autotreni ed autoarticolati, adibiti al trasporto di cose, la cui massa complessiva, a pieno carico, non sia superiore a 20 t, macchine operatrici;

- c) coloro per i quali è fatta richiesta dal prefetto o dall’ufficio competente del Dipartimento per i trasporti terrestri;
 - d) coloro nei confronti dei quali l’esito degli accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio faccia sorgere al medico dubbi circa l’idoneità e la sicurezza della guida;
- d-bis) dei soggetti affetti da diabete per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti C, D, CE, DE e sottocategorie. In tal caso la commissione medica è integrata da un medico specialista diabetologo.

Si elencano gli altri principali riferimenti sul tema dell’idoneità alla guida:

- **DPR 16 dicembre 1992 n. 495** (Regolamento attuativo del Codice della Strada).
- **D.Lgs. 08/08/1994:** Recepimento Dir. 91/439/CEE del 29/07/1991 concernenti le patenti di guida.
- **Direttiva 2009/113/CE del 25/08/09:** recante modifica della direttiva 91/439/CEE del Consiglio concernente la patente di guida.
- **D.Lgs. 268/2005:** Istituzione della Carta di Qualificazione del Conducente (CQC).
 - ✓ CQC merci 10/09/2009
 - ✓ CQC persone 10/09/2008
- **D.M. 88/99** (Regolamento recante norme concernenti l’accertamento ed il controllo dell’idoneità fisica e psicoattitudinale del personale addetto ai pubblici servizi di trasporto ai sensi dell’articolo 9, commi 3 e 4, del DPR 11 luglio 1980, n. 753.)
- **D.Lgs. n. 59 del 30 aprile 2011,** recante “*Attuazione delle direttive comunitarie 2006/126/CE*



e 2009/113/CE concernenti la patente di guida”.

- *Legge 29 luglio 2010, n. 120* “Disposizioni in materia di sicurezza stradale” (le ultime modifiche al CdS).

Non si vuole entrare per brevità nel dettaglio degli artt. 322 e segg. del regolamento attuativo 495/92, che dettano alcune indicazioni legate all’acuità visiva ed uditiva, ai casi di diabete ed epilessia, ma si rimanda al riguardo alla recente *Circolare Min. Sal. 25/07/2011* – Requisiti idoneità guida - (applicativa del D.Lgs. 59/11). Nel documento in particolare si ribadiscono gli attuali orientamenti circa la stratificazione del rischio per i diabetici (alto, medio e basso) e per i pazienti epilettici, che saranno oggetto di maggiore attenzione nella seconda parte del presente contributo.

Che cosa dice il D.Lgs. 81/08

Si propone una lettura del D.Lgs. 81/08 che possa rappresentare un utile iter procedurale per l’azienda impegnata a tutelare i lavoratori individuati nel proprio DvR con

mansioni di “autista”. In un’ottica di intervento coerente con il sistema normativo che regola in modo trasversale la salute e la sicurezza in tutti gli ambienti di lavoro, mi sembra necessario far riferimento ad alcuni articoli del D.Lgs. 81/08, che dettano altrettanti obblighi calabili nelle attività lavorative in esame:

- *Art. 28*: obbligo di valutare **tutti** i rischi per la salute e la sicurezza...anche nella scelta delle attrezzature di lavoro. (Non sempre in passato è stato sufficientemente considerato il rischio “guida di mezzi aziendali”, tra gli altri presenti in alcuni profili di mansione, anche per una consueta sottostima dell’impegno posturale, dell’effetto delle vibrazioni, dell’impegno psichico della guida, ecc..).
- ✓ *C. 2f*: individuazione delle mansioni che richiedano capacità professionali, specifica esperienza, adeguata formazione ed addestramento (quali se non quelle nelle quali è prevista la guida di veicoli aziendali?)
- *Artt. 36 e 37*: informazione, formazione ed addestramento (... l’uso corretto di attrezzature, macchine... e delle procedure

di lavoro)

- *Art. 69: Attrezzature di lavoro*: qualsiasi macchina, apparecchio, utensile ... destinato ad essere usato durante il lavoro (non escluse ovviamente autovetture o altri veicoli)
- *Art. 71*: messa a disposizione di attrezzature di lavoro conformi ai requisiti di sicurezza, c.4: idonea manutenzione per il mantenimento nel tempo dei requisiti di sicurezza (l’importanza di una attenta gestione della flotta di veicoli aziendali...)
- *Art. 73*: obbligo di formazione e di addestramento adeguati relativamente:
 - ✓ alle condizioni di impiego delle attrezzature
 - ✓ alle situazioni anormali prevedibili
 (non sorprendano quindi le iniziative di Corsi di guida sicura messe in atto in alcune aziende)

Vanno inoltre ricordati quegli obblighi generali di tutela posti in carico al management aziendale in qualsivoglia tipologia di lavoro:

- *Art. 15 comma 1m* (misure generali di tutela):
 - ✓ “allontanamento del lavoratore dall’esposizione al rischio per motivi sanitari inerenti la sua persona...”
- E’ interessante notare che la terminologia utilizzata dal legislatore per la qualificazione soggettiva del destinatario della tutela è quella di persona, volendo così rimarcare la non necessaria correlazione tra lo stato di salute da cui origina il profilo causale del rischio e le mansioni cui è adibito.
- *Art. 18 comma 1c* (obblighi del DDL e del dirigente), che ha una forte matrice organizzati-

vo-gestionale :

- ✓ “affidare ai lavoratori compiti compatibili con le loro capacità e condizioni in rapporto alla loro salute e sicurezza” (una prevenzione degli infortuni sulla strada nasce anche da una scelta degli operatori basata su criteri di selezione psicofisica). Recenti pronunce di Cassazione (n.. 26359 del 2 luglio 2008) individuano nel MC con la sua sorveglianza sanitaria la figura con la quale il Datore di lavoro deve rapportarsi per le finalità del presente articolo.
- *Art. 19 comma 1 lett. a) e f)* (obblighi dei preposti):
 - ✓ “sovrintendere circa l’osservanza degli obblighi di legge...”
 - ✓ “segnalare ogni condizione di pericolo...”
 Questo esplicito richiamo alle condizioni di pericolo ed “agli obblighi di legge” torna particolarmente utile per il prosieguo di questa trattazione in quanto la previsione normativa data all’assunzione di bevande alcoliche ovvero di uso di stupefacenti trova oggi – per le mansioni ad alto rischio di infortunio - uno specifico richiamo attraverso la formulazione dell’ipotesi di monitoraggi cautelativi in caso di segnalazione al MC di comportamenti sospetti (c.d. accertamenti per ragionevole dubbio).
- *Art. 20 (obblighi dei lavoratori)*:
 - ✓ “prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro...” (il “luogo di lavoro” rappresentato dalla

strada pone ovvie riflessioni sulla necessità di preservare tutti gli utenti della stessa)

- ✓ “sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal decreto o comunque disposti dal MC” (questo passaggio del Testo Unico, con il combinato disposto dall’articolo 25, implica un ulteriore obbligo morale per il MC nella individuazione di appropriati protocolli sanitari, ma anche implica anche la garanzia dell’autonomia e dell’indipendenza professionale nelle scelte, laddove adeguatamente motivate nel DvR).

- *Art. 25 comma 1b* (obblighi del MC):
 - ✓ “programma ed effettua la SS prevista dall’art. 41 in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati”. La lettura combinata di questo articolo con l’art. 41 sulla sorveglianza sanitaria, e con l’art. 39 sulle modalità di svolgimento dell’attività del MC, pone ulteriormente l’accento sull’obbligo etico e sulla necessità pratica di un costante aggiornamento professionale.

Le attività di guida ed i comportamenti a rischio

Quello che abbiamo già in altre occasioni definito il “link normativo” tra la sicurezza del lavoro e la sicurezza stradale è poi l’ordinamento vigente in tema di accertamenti per uso, abuso o dipendenza di bevande alcoliche, sostanze stupefacenti

e psicotrope :

- *Legge 30 marzo 2001, n. 125* “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati”, art. 15 (Disposizioni per la sicurezza sul lavoro).
- *Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome*: Provvedimento 16 marzo 2006.
- *Conferenza Unificata Seduta del 30 ottobre 2007* “Schema di intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza”.
- *C.U. 18/09/2008* “Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope...” G.U. n. 236 del 08-10-08.
- *D.Lgs. 81/08, art. 41 comma 4*: “... condizioni di alcool dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti.

Sappiamo che il principio di base non è puramente repressivo, ma orientato alla consapevolezza ed alla deterrenza , tuttavia vi si apprezza un marcato approccio cautelativo e conservativo nell’interesse della collettività (oltre che del singolo), nei casi previsti di non idoneità temporanea, che scatta tassativamente in caso di comprovati comportamenti a rischio .

Un passaggio normativo ulteriore lo ritroviamo nell’ultima modifica del Codice della Strada, il recente D.Lgs. 120 del 29 luglio 2010, entrato in vigore il 13 Agosto 2010 che sancisce all’art. 23 una modifica dell’art. 119 così concepita: “per il primo rilascio della patente di guida di qualunque categoria, ovvero di certificato di abilitazione professio-

nale di tipo KA o KB, il soggetto interessato esibisca apposita certificazione da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope rilasciata sulla base di accertamenti clinico tossicologici, le cui modalità di esecuzione sono individuate

con decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, sentito il Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.”

Ancora più calzante all'argomento di cui trattiamo è l'art. 50 dello stesso decreto che stabilisce : “Per l'esercizio dell'attività professionale di trasporto su strada che richieda la paten-

te di guida di categoria C, C+E, D, D+E, l'interessato deve produrre apposita certificazione con cui si esclude che faccia abuso di sostanze alcoliche ovvero uso di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Anche in questo caso peraltro la norma rimanda a successivi decreti la definizione delle caratteristiche della certificazione di cui sopra, nonché l'individuazione dei soggetti competenti a rilasciarla e le procedure di rilascio, anche se viene precisato che il costo è a carico dei richiedenti e che le amministrazioni pubbliche interessate potranno provvedere a tali attivi-

tà senza “nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica” (quindi largo anche ai medici competenti ed a Centri di servizio privati).

Al riguardo va infine ricordato l'art. 55 (Disposizioni in materia di individuazione dei prodotti far-

mansione di “autista” da parte di molti “padroncini” titolari di ditte individuali di trasporto va spiegato evidentemente con l'accresciuta attenzione ai requisiti previsti dalle norme. Non è estraneo a tutto questo la particolarità di un Set-

tore caratterizzato da un mercato controllato dagli Spedizionieri e grossi operatori, che affidano ad una galassia di trasportatori autonomi il trasporto vero e proprio. Il risultato è una frammentazione spinta delle attività: 132.282 imprese a carattere individuale (circa 2/3 del totale,) censiti dal

Ministero dei Trasporti nel 2007, una scarsa qualificazione professionale degli operatori, ed una carenza di servizi logistici ad alto valore aggiunto . Si assiste quindi alla richiesta, lungo la filiera Committente – Appaltatore, dei certificati che attestano il possesso dei requisiti richiesti (facendo rientrare in questo caso nel concetto di idoneità una prassi medico-legale di ricerca di capacità).

La Carta di Qualificazione del Conducente (CQC)

La direttiva 2003/59/CE del 15/07/2003, ha imposto l'obbligo **per tutti i conducenti professionali**, che guidino a titolo indipendente o subordinato, per conto proprio o per conto di terzi, di sottoporsi a una qualificazione iniziale e a una formazione periodica. Ci si riferisce alle categorie di patente D e DE, per la guida di autoveicoli o autoarticolati o autosnodati destinati al trasporto di persone di cui numero di posti a sedere, escluso quello del conducente è superiore a 8, nonché delle categorie C o CE, per la guida di autoveicoli o complessi di veicoli, destinati al trasporto di cose di massa superiore al 3,5 tonnellate. La direttiva istituisce appunto, per certificare l'avvenuta preparazione professionale dell'autista la CQC (Carta di Qualificazione del Conducente). Tale obbligo è in vigore in Italia dal 10/09/2008 per il trasporto di persone e dal 10/09/2009 per il trasporto merci.

La CQC attesta l'avvenuta acquisizione del titolare delle conoscenze e della capacità tecnica necessaria per svolgere professionalmente l'attività di autista di veicoli utilizzati per l'esecuzione di determinati tipi di trasporto di cose o persone (CQC merci e CQC persone). In questa sede appare interessante sottolineare che l'iter formativo per il conseguimento ed il mantenimento della CQC può coinvolgere la figura professionale del Medico del Lavoro, difatti il corso di qualificazione iniziale, dove è coinvolto come docente la figura del Medico, ha gli obiettivi di sensibilizzare gli operatori ai pericoli della strada e agli infortuni sul lavoro, mediante la trattazione di alcune tematiche :

- tipologia degli infortuni sul lavoro nel settore dei trasporti;
 - statistiche sugli incidenti stradali, percentuale degli automezzi pesanti/autobus coinvolti;
 - perdite in termini umani e danni materiali ed economici.
 - principi di ergonomia : movimenti e posture a rischio;
 - condizione fisica;
 - esercizi di mantenimento;
 - protezione individuale
- Ed ancora, con l'obiettivo di rendere consapevoli i lavoratori dell'importanza dell'idoneità fisica e mentale e della capacità di valutare le situazioni di emergenza :
- principi di un'alimentazione sana ed equilibrata;
 - effetti dell'alcol, dei farmaci e di tutte le sostanze che inducono stati di alterazione;
 - sintomi, cause ed effetti dell'affaticamento e dello stress;
 - ruolo fondamentale del ciclo di base attività lavorativa/riposo.
 - condotta in situazioni di emergenza : valutare la situazione, evitare di aggravare l'incidente, chiamare i soccorsi, prestare assistenza e primo soccorso ai feriti;
 - condotta in caso di incendio, evacuazione degli occupanti del mezzo pesante/dei passeggeri dell'autobus, garantire la sicurezza di tutti i passeggeri;
 - condotta in caso di aggressione;
 - principi di base per la compilazione del verbale.

La gestione delle non idoneità alla guida

E' il tema centrale sul quale da tempo si sviluppano discussioni tra argomentazioni di tipo garan-

tista e richiami alla specificità dei ruoli, con i limiti imposti dalle norme vigenti.

Qualora il MC – nel corso della sua attività di sorveglianza sanitaria debitamente condivisa e documentata nel DVR aziendale – giunge alla formulazione di un giudizio di NON idoneità alle attività di guida, deve tener conto che:

- a) è stato soppresso nella versione definitiva dell'Intesa 18 settembre 2008 sulle modalità di effettuazione degli accertamenti per la tossicodipendenza il paragrafo “*Contestualmente è utile che il medico competente dia comunicazione anche allo SPSAL del Dipartimento Prevenzione e alla CML per il tramite degli uffici provinciali della Motorizzazione Civile*”.
- b) “L'insussistenza di un esplicito rinvio formale alla disposizione codicistica stradale contenuta nell'art. 119 del D. Lgs. 285/1992 non consente al medico competente, nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento di riscontro positivo nel lavoratore per assunzione di alcol e/o di sostanze stupefacenti, di azionare l'avvio di una specifica procedura accertativa circa l'idoneità alla guida, resa possibile in via mediata dai soli operatori sanitari chiamati a svolgere istituzionalmente tali accertamenti.” (Paraluppi et al, 2009),
- c) Pertanto non vi sono obblighi di segnalazione agli Organi competenti finalizzati alla sospensione della patente.



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

Boschioli G.

Consigliere nazionale ANMA

LAVORATORI SOGGETTI ALLA SORVEGLIANZA SANITARIA DI CUI AL D.LGS. 81/08 E NORME COLLEGATE

L'argomento è stato fonte di dibattiti e controversie fin dalla pubblicazione del decreto. Alcuni chiarimenti sono intervenuti con le modifiche di cui al D.Lgs. 106/09 e le successive circolari interpretative.

Le osservazioni che seguono derivano dall'esperienza applicativa di questi ultimi anni in diverse situazione di lavoro, ma viste le difficoltà interpretative, nei casi dubbi o particolari si raccomanda la consultazione di un giurista specialista in diritto del lavoro.

Obbligo di Sorveglianza Sanitaria (SS)

L'articolo 41 D.Lgs. 81/08 recita:

“La sorveglianza sanitaria è effettuata dal medico competente:

- a) nei casi previsti dalla normativa vigente, dalle indicazioni fornite dalla Commissione consultiva di cui all'articolo 6;*
- b) qualora il lavoratore ne faccia richiesta e la stessa sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi lavorativi.*

I casi previsti di cui al punto a) allo stato risultano:

- 1) Lavoratori esposti ai rischi e alle condizioni per cui la sorveglianza sanitaria è esplicitamente prevista dal D.Lgs. 81/08 stesso:
 - a) Lavoratori adibiti a attività che comportano **movimentazione manuale dei carichi** (art. 168 comma 2 lettera d)).
 - b) Lavoratori che utilizzano attrezzature dotate di **videoterminale** per più di 20 ore alla settimana in modo sistematico e abituale (art. 176).
 - c) Lavoratori esposti a **rumore** superiore con Lex(8) superiore 85 dB(A). Su richiesta dei lavoratori e con parere conforme del Medico Competente (MC) per Lex(8) superiore agli 80 dB(A) (art. 196).
 - d) Lavoratori esposti a **vibrazioni sistema mano/braccio** con A(8) superiore a 2,5 m/s² (art. 204).
 - e) Lavoratori esposti a **vibrazioni corpo intero** con A(8) superiore a 0,5 m/s² (art. 204).
 - f) Lavoratori esposti a **radiazioni ottiche artificiali coerenti**

(laser) e incoerenti (infrarossi, visibili, ultraviolette, in relazione agli esiti della valutazione di rischio e ai limiti di esposizione previsti (art. 218).

- g) Lavoratori esposti a **agenti chimici pericolosi** (art. 229). La SS **non è obbligatoria** “... se i risultati della valutazione dei rischi dimostrano che, in relazione al tipo e alle quantità di un agente chimico pericoloso e alle modalità e frequenza di esposizione a tale agente presente sul luogo di lavoro, vi è solo un rischio basso per la sicurezza e irrilevante per la salute dei lavoratori e che le misure preventive sono sufficienti a ridurre il rischio (art. 224 comma 2)”.
- h) Lavoratori esposti a **agenti cancerogeni e/o mutageni** (art.242).
- i) I lavoratori addetti alle opere di manutenzione, rimozione dell'**amianto** o dei materiali contenenti amianto, smaltimento e trattamento dei relativi rifiuti, nonché bonifica delle aree interessate o comunque iscritti nel registro degli esposti all'amianto (art. 259).
- j) Lavoratori esposti a **agenti biologici**, qualora l'esito della valutazione del rischio ne rilevi la necessità (art. 279). *“Nelle attività, che, pur non comportando la deliberata intenzione di operare con agenti biologici, possono implicare il rischio di esposizioni dei lavoratori agli stessi, il datore di lavoro può prescindere (tra l'altro) dall'applicazione della SS, qualora i risultati della valutazione dimostrano che l'attuazione di tali misure non è necessaria (art. 271 comma 4)”.*

L'ALLEGATO XLIV riporta a titolo esemplificativo un elenco di tali attività:

1. Attività in industrie alimentari.
2. Attività nell'agricoltura.
3. Attività nelle quali vi è contatto con gli animali e/o con prodotti di origine animale.
4. Attività nei servizi sanitari, comprese le unità di isolamento e post mortem.
5. Attività nei laboratori clinici, veterinari e diagnostici, esclusi i laboratori di diagnosi microbiologica.
6. Attività impianti di smaltimento rifiuti e di raccolta di rifiuti speciali potenzialmente infetti.
7. Attività negli impianti per la depurazione delle acque di scarico.

- 2) Lavoratori con prestazioni di **lavoro notturno**

così come definiti all'articolo 2 del D.Lgs. 532/99 e come disposto all'articolo 5 dello stesso decreto

- 3) Lavoratore addetti a mansioni che rientra nel campo di applicazione del DPR 309/90 (abuso di sostanze stupefacenti) e dei relativi provvedimenti Conferenza Stato/Regioni del 30/10/07 e 18/09/08
- 4) Lavoratori esposti ad altri rischi anche non esplicitamente citati dalla normativa vigente, qualora il documento di valutazione indichi specificatamente la sorveglianza sanitaria tra le misure preventive utili e necessarie per ridurre tali rischi.

Piano di Sorveglianza Sanitaria (PSS)

Il medico competente predispone il Piano di Sorveglianza Sanitaria indicando per ciascuna mansione o gruppo omogeneo gli accertamenti sanitari da eseguire e la loro periodicità, in base ai rischi evidenziati nel documento di valutazione, secondo le indicazioni tecniche e professionali più opportune e nel rispetto delle disposizioni normative di cui sopra.

Lavoratori soggetti

Il D.Lgs. 81/08 all'articolo 2 comma 1 lettera a) definisce il lavoratore come segue:

“«Lavoratore»: persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari. Al lavoratore così definito è equiparato: il socio lavoratore di cooperativa o di società, anche di fatto, che presta la sua attività per conto delle società e dell'ente stesso; l'associato in partecipazione di cui all'articolo 2549 e seguenti del Codice civile; il soggetto beneficiario delle iniziative di tirocini formativi e di orientamento di cui all'articolo 18 della Legge 24 giugno 1997, n. 196, e di cui a specifiche disposizioni delle Leggi regionali promosse al fine di realizzare momenti di alternanza tra studio e lavoro o di agevolare le scelte professionali mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro; l'allievo degli istituti di istruzione ed universitari e il partecipante ai



corsi di formazione professionale nei quali si faccia uso di laboratori, attrezzature di lavoro in genere, agenti chimici, fisici e biologici, ivi comprese le apparecchiature fornite di videotermini limitatamente ai periodi in cui l'allievo sia effettivamente applicato alla strumentazioni o ai laboratori in questione; i volontari del Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco e della Protezione Civile; il lavoratore di cui al Decreto Legislativo 1° dicembre 1997, n. 468 e successive modificazioni (lavori socialmente utili)".

La definizione è quindi molto ampia e comprende praticamente tutti i rapporti di lavoro dipendente, atipico e autonomo, compresi stages e tirocini formativi e di orientamento, come ribadito anche al comma 1 del successivo articolo 3 – Campo di applicazione: *"Il presente Decreto Legislativo si applica a tutti i settori di attività, privati e pubblici, e a tutte le tipologie di rischio" e al successivo comma 4: "Il presente Decreto Legislativo si applica a tutti i lavoratori e lavoratrici, subordinati e autonomi, nonché ai soggetti ad essi equiparati".*

Nei commi e articoli successivi, tuttavia, la norma fornisce alcune indicazioni e precisazioni che riguardano anche la SS:

- 1) Per alcune attività peculiari, come Forze armate,

Carabinieri, Polizia, Vigili del Fuoco, soccorso pubblico, difesa civile, Protezione Civile, strutture giudiziarie, penitenziarie, università, formazione artistica e coreutica, istituti di istruzione ed educazione di ogni ordine e grado, mezzi di trasporto aerei e marittimi, cooperative sociali di cui alla legge 8 novembre 1991, n. 381, e delle organizzazioni di volontariato della protezione civile, ivi compresi i volontari della Croce Rossa Italiana e del Corpo Nazionale, soccorso alpino e speleologico, le disposizioni del D.Lgs. 81/08 sono applicate tenendo conto delle effettive particolari esigenze connesse al servizio e regolamentate da appositi decreti di cui in molti casi ancora si aspetta l'emanazione (art 3, commi 2, 3 e 3bis D.Lgs. 81/08).

- 2) Nei casi di contratti di **somministrazione di lavoro** tutti gli obblighi di prevenzione e protezione sono a **carico dell'utilizzatore** (articolo 3 comma 5 D.Lgs. 81/08). Ciò è ribadito anche dall'articolo 5 D.Lgs. 276/03 che rimandava agli adempimenti di cui al D.Lgs. 626/94, tra cui anche la Sorveglianza Sanitaria.
- 3) Nell'ipotesi di **distacco** del lavoratore di cui all'articolo 30 del D.Lgs. 276/03, tutti gli obblighi di prevenzione e protezione sono a carico del **distaccatario** (comma 6).
- 4) Nei confronti dei **lavoratori a progetto** di cui agli articoli 61, e seguenti, del D.Lgs. 276/03, e dei **collaboratori coordinati e continuativi** di cui all'articolo 409, primo comma, n. 3, del Codice di procedura civile, la SS si applica ove la prestazione lavorativa si svolga nei luoghi di lavoro del committente (comma 7)
- 5) Ai lavoratori che effettuano **prestazioni occasionali di tipo accessorio**, ai sensi dell'articolo 70 D.Lgs. 276/03 le norme in materia di sicurezza e tutela della salute si applicano con **esclusione dei piccoli lavori domestici a carattere straordinario**, compresi l'insegnamento privato supplementare e l'assistenza domiciliare ai bambini, agli anziani, agli ammalati e ai disabili (comma 8).
- 6) Ai **lavoratori a domicilio** ed ai lavoratori che rientrano nel campo di applicazione del **contratto collettivo dei proprietari di fabbricati** (portieri) trovano applicazione solo le seguenti obbligazioni (e quindi non la SS, comma 9):
 - a) gli obblighi di informazione e formazione
 - b) fornitura dei necessari dispositivi di protezione

c) nel caso di fornitura di attrezzature proprie, o per il tramite di terzi, tali attrezzature devono essere conformi alle disposizioni di cui al D.Lgs. 81/08 stesso, titolo III.

- 7) A tutti i lavoratori subordinati che effettuano una **prestazione continuativa di lavoro a distanza**, mediante collegamento informatico e telematico si applicano le disposizioni di cui al Titolo VII (attrezzature dotate di Videoterminale), ivi compresa la SS di cui all'articolo 176, qualora l'uso di VDT superi le 20 ore/settimanali (comma 10).
- 8) Ai **lavoratori autonomi** (comma 11) di cui all'articolo 2222 del Codice civile si applicano le disposizioni di cui:
 - *articolo 21 comma 2: i lavoratori autonomi, relativamente ai rischi propri delle attività svolte e con oneri a proprio carico hanno facoltà di (NON OBBLIGO, quindi):*
 - a) *beneficiare della sorveglianza sanitaria, fermi restando gli obblighi previsti da norme speciali;*
 - b) *partecipare a corsi di formazione specifici in materia di salute e sicurezza sul lavoro, incentrati sui rischi propri delle attività svolte*
 - *articolo 26, Obblighi connessi ai contratti d'appalto o d'opera o di somministrazione*
- 9) Le stesse disposizioni di cui all'articolo 21 comma 2 sopra citato si applicano a:
 - componenti dell'impresa familiare di cui all'articolo 230-bis del Codice civile
 - coltivatori diretti del fondo
 - artigiani e piccoli commercianti
 - soci delle società semplici operanti nel settore agricolo

- volontari di cui alla legge 1° agosto 1991, n. 266 (comma 12 bis)
- volontari che effettuano servizio civile

In sintesi, sono equiparabili ai lavoratori dipendenti, sempre che sussistano le condizioni che obbligano la Sorveglianza Sanitaria:

1. Tirocinanti, stagisti o chiunque anche a titolo gratuito benefici di iniziative di tirocini formativi e di orientamento
2. Soci lavoratori di cooperative o di società
3. Associati in partecipazione
4. Allievi di istituti di istruzione ed universitari e i partecipanti ai corsi di formazione professionale
5. Lavoratori atipici di cui al D.Lgs. 276/03:
 - a) lavoro a somministrazione (ex interinali)
 - b) lavoratori distaccati
 - c) contratti a progetto
 - d) collaboratori coordinati e continuativi

Hanno invece diritto alla Sorveglianza Sanitaria, su loro richiesta e con oneri a loro carico i seguenti lavoratori:

1. Lavoratori autonomi ex art. 2222 CC (partita IVA)
2. componenti dell'impresa familiare di cui all'articolo 230-bis del Codice civile
3. coltivatori diretti del fondo,
4. artigiani e piccoli commercianti
5. soci delle società semplici operanti nel settore agricolo
6. volontari di cui alla legge 1° agosto 1991, n. 266
7. volontari che effettuano servizio civile

Sono esclusi tutti gli altri.

Le relazioni del
XXIV Congresso Nazionale ANMA,
Castellaneta Marina (TA)
2-4 Giugno 2011

sono disponibili
sul nostro sito:

www.anma.it



ATTUALITÀ

Baral G.

Consigliere Nazionale ANMA

DECRETO 13 APRILE 2011: SALUTE E SICUREZZA NEL VOLONTARIATO

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 159 del 11 luglio 2011 è stato pubblicato il Decreto 13 aprile 2011: Disposizioni in attuazione dell'articolo 3, comma 3-bis, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Il Decreto vuole indicare le norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro di cui al decreto legislativo n. 81/2008 da applicare ai volontari della protezione civile, ai volontari della Croce Rossa Italiana e del Corpo Nazionale Soccorso Alpino e speleologico ed ai volontari dei Vigili del fuoco. Nel mondo del volontariato questo decreto era atteso da tempo ma a distanza esattamente di tre mesi dalla sua pubblicazione ed a tre mesi dalla sua applicazione non è ancora molto conosciuto.

Cercando di commentare il breve testo della legge – otto articoli in totale – cominciamo col dire che il decreto fin dall'inizio (art. 2) precisa che le norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro di cui al decreto legislativo n. 81/2008 sono da applicare “tenendo conto delle particolari esigenze che caratterizzano le attività e gli interventi svolti” che hanno “necessità di intervento immediato anche in assenza di preliminare pianificazione” con “organizzazione di uomini, mezzi e logistica, improntata a carattere di immediatezza operativa” in un contesto di imprevedibilità e di indeterminazione degli scenari emergenziali. Il volontario viene dunque chiamato ad operare con modalità e situazioni così imprevedibili che rendono praticamente impossibile la valutazione di tutti i rischi connessi secondo quanto disposto dagli articoli 28 e 29 del decreto legislativo n. 81/2008. Ne consegue quindi la “necessità di derogare, prevalentemente per gli aspetti formali, alle procedure ed agli adempimenti riguardanti le scelte da operare in materia di prevenzione e protezione, pur osservando ed adottando sostanziali e concreti criteri operativi in grado di garantire la tutela dei volontari e delle persone comunque coinvolte”.

Negli articoli successivi si sancisce che il volontario di protezione civile deve essere equiparato ad un lavoratore quando il medesimo si trovi a dover operare “nell'ambito degli scenari di rischio di protezione civile individuati dalle autorità competenti” ovvero nell'ambito dei vari piani di protezione civile elaborati a partire dal livello locale (piani di protezione civile comunali) fino ai piani elaborati a livello nazionale.

Questi piani dunque, nel caso non contemplino i vari rischi a cui i volontari possono essere esposti per ciascun compito svolto, dovranno in qualche caso essere rivisti o completati per poter poi far sì che il volontario sia sottopo-

sto correttamente a formazione, informazione e addestramento, nonché a controllo sanitario. Inoltre viene precisato che deve essere “dotato di attrezzature e dispositivi di protezione individuale idonei per lo specifico impiego” e deve essere “adeguatamente formato e addestrato al loro uso conformemente alle indicazioni specificate dal fabbricante”.

L'articolo 5 stabilisce che è compito delle organizzazioni di volontariato della Protezione Civile, la Croce Rossa Italiana e il Corpo nazionale del soccorso alpino e speleologico individuare i propri volontari che, nell'ambito dell'attività di volontariato, svolgono azioni che li espongono ai fattori di rischio di cui al decreto legislativo n. 81/2008 in misura superiore alle soglie previste e negli altri casi contemplati nel medesimo decreto, affinché siano sottoposti alla necessaria sorveglianza sanitaria ma dice che saranno il Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano a definire le modalità dello svolgimento delle attività di sorveglianza sanitaria di cui all'art. 41 del decreto legislativo n. 81/2008 affinché siano compatibili con le effettive particolari esigenze connesse al servizio espletato.

Più avanti sempre nell'art. 5 viene precisato che la sorveglianza sanitaria potrà essere fatta anche da aderenti ed iscritti alle organizzazioni interessata purché sia effettuata da medici muniti dei requisiti previsti dall'art. 38 del decreto legislativo n. 81/2008.

Pensando al numero di volontari delle Protezione Civile (pensiamo ha quanti comuni hanno una squadra di Protezione Civile), della Croce Rossa Italiana e del Corpo Nazionale del Soccorso Alpino

sarà dunque verosimile che nel 2012, se i tempi saranno rispettati, vi sarà una importante richiesta di lavoro in questo campo.

La legge in questo caso sembra apparentemente indicare che il medico del lavoro sarà chiamato a valutare l'idoneità lavorativa su volontari che svolgono azioni che li espongono ai fattori di rischio di cui al decreto legislativo n. 81/2008; la legge poi esplicitamente dice che saranno le organizzazioni a definire d'intesa entro sei mesi (entro l'11 gennaio 2012) le modalità dello svolgimento delle attività di sorveglianza sanitaria di cui all'art. 41 del decreto legislativo n. 81/2008. Risulta che alcune delle organizzazioni coinvolte abbia già preparato degli appositi gruppi di lavoro ma non risultano attuali coinvolgimenti ufficiali di medici del lavoro in questi gruppi pur indicando che le organizzazioni di volontariato debbano stabilire “le modalità di valutazione del rischio dei volontari” e “le modalità dello svolgimento delle attività di sorveglianza sanitaria”.

È dunque possibile che in futuro qualche medico del lavoro venga chiamato ad effettuare una sorveglianza sanitaria determinata non solo sulla base di una valutazione del rischio a cui non ha partecipato ma addirittura su di un protocollo sanitario non suo in quanto calato dall'alto da una commissione di esperti.

Sulla base di personale esperienza in Protezione Civile si vuole solo qui proporre per i colleghi, che eventualmente saranno coinvolti in questo tipo di attività, una traccia su cui riflettere.

Difficilmente è sostenibile, specie se vi è una corretta informazione/formazione e un sistematico uso di DPI, che l'esposizione del volontariato ai rischi tradizionali (ru-

more, movimentazione manuale dei pesi, vibrazioni e scuotimenti, chimico, etc...) abbia una durata tale da far sorgere una ipotetica malattia professionale. Si pone viceversa in modo molto concreto il concetto di idoneità lavorativa legata alle reali condizioni di operatività del Volontario. Spesso infatti non ha più una età giovanile e si trova ad operare in potenziali situazioni di emergenza con importanti coinvolgimenti psicologici e soprattutto fisici. Credo dunque che la sorveglianza sanitaria debba essere calibrata sulla valutazione dell'efficienza dell'apparato cardiaco (approfondire l'anamnesi cardiologica e fare un elettrocardiogramma basale), dell'apparato respiratorio (approfondire l'anamnesi respiratoria e fare una spirometria basale) e dell'apparato muscolo scheletrico (ricercare con anamnesi e visita mirata la presenza di limitazioni articolari, ernie del disco, etc...). Non va poi infine dimenticato il rischio biologico: la vaccinazione antitetanica deve essere obbligatoria per attività di tipo operativo e la vaccinazione anti-epatite deve essere resa indispensabile per operatività in ambienti dove può prevedersi una contaminazione con acque che scorrono in rete fognaria (esempio alluvioni); altre vaccinazioni dovranno poi essere previste per interventi più specifici generalmente effettuati all'estero (febbre gialla, antipatie A, antirabbica, etc...).

Un'ultima riflessione personale: nel campo del volontariato non è mai positivo escludere qualcuno, per cui ritengo che si debba sempre cercare di concludere il giudizio medico con la parola idoneità, magari seguita dalla limitazione alle sole attività sedentarie; ciò per non scoraggiare il volontariato e nello stesso tempo tutelare la salute dei Volontari.

LA VALUTAZIONE DELLA POSTAZIONE CON VIDEOTERMINALE

Dopo la specifica trattazione della valutazione illuminotecnica (MCJ n°1/2011), la rubrica 'Ufficio & Salute' torna sulla valutazione dei rischi in ufficio, riproponendo una check list del 1998 alla luce del progresso tecnologico e delle novità introdotte dal D.Lgs.81/08.

Per rivisitare il modello di analisi delle postazioni dotate di videoterminale, proposto nel 1998 dal Coordinamento Tecnico per la Prevenzione, si deve ripartire dall'articolo 174 del D.Lgs. 81/2008 Titolo VII, che ribadisce i contenuti dell'art. 52 del D.Lgs 626/94:

art. 174, comma 1. Il Datore di lavoro, all'atto della valutazione dei rischi, analizza i posti di lavoro con particolare riguardo:

- a) ai rischi per la vista e per gli occhi;
- b) ai problemi legati alla postura ed all'affaticamento fisico o mentale;
- c) alle condizioni ergonomiche e di igiene ambientale.

Art.174, comma 2. Il datore di lavoro adotta le misure appropriate per ovviare ai rischi riscontrati in base alle valutazioni di cui al comma 1, tenendo conto della somma ovvero della combinazione dell'incidenza dei rischi riscontrati.

L'art.174, comma 3 stabilisce che i posti di lavoro di cui all'art.173 devono essere conformi ai requisiti minimi prescritti nell'allegato XXXIV.

Tenendo conto di quanto previsto, in modo combinato, dagli articoli 173 e 174 e, per quanto attiene alle postazioni dotate di videoterminale, dagli altri titoli (in particolare I, II e III) e dall'allegato IV (requisiti dei luoghi di lavoro) del D.Lgs 81/2008, si identifica un percorso, basato su eventuali approfondimenti successivi, per l'analisi (e il conseguente intervento) sul posto di lavoro con particolare riguardo ai rischi per la vista e per gli occhi.

Tale percorso prevede:

- 1) l'analisi semplificata (attraverso check-list) delle caratteristiche del lavoro, dei posti e dei relativi ambienti;
- 2) la lettura "critica" dei risultati dell'analisi semplificata in riferimento ai requisiti minimi richiesti nell'allegato XXXIV ed alla luce delle diverse norme e standard, internazionali e nazionali, relative alla materia nonché, in loro carenza, a consolidati orientamenti della letteratura; l'evidenziazione dei contesti per i quali è rispettivamente necessario:

- procedere ad interventi, strutturali e/o organizzativi, di miglioramento e/o adeguamento dei posti, degli ambienti e delle procedure di lavoro;
- 3) procedere ad interventi di analisi più approfondita per gli aspetti risultati più problematici.

- 1) **Il primo livello di analisi semplificata** va rivolto a tutti i posti di lavoro attrezzati con videoterminale utilizzati abitualmente.

Tale analisi è per lo più destinata a verificare l'adeguatezza (conformità) dei posti e degli ambienti di lavoro ai requisiti minimi riportati nell'allegato XXXIV.

La sussistenza di tale conformità è infatti ritenuta un prerequisito essenziale per il contenimento dei diversi fattori di disagio e di rischio per la salute ed il benessere degli operatori.

Il primo livello di analisi semplificata può essere operato dagli addetti del Servizio di Prevenzione e Protezione tramite il ricorso ad apposite check-list che prevedono peraltro l'uso assai circoscritto di misurazioni e sono prevalentemente orientate all'esame di variabili qualitative.

Tali check-list vanno applicate per ciascun ambiente di lavoro (locale) e, all'interno di questo, per ciascun posto di lavoro; in situazioni favorevoli (es. in presenza di attrezzature ed arredi standard) è possibile il loro uso per serie omogenee di posti di lavoro.

Gli oggetti dell'attenzione e i contenuti di tali check list dovrebbero essere almeno i seguenti:

- a) aspetti ambientali riferiti al locale: identificazione; n° di occupanti; disegno in pianta con collocazione dei posti di lavoro, delle fonti di luce naturale ed artificiale, delle fonti di condizionamento/riscaldamento dell'aria; caratteristiche del sistema di riscaldamento/condizionamento; caratteristiche delle luci artificiali (tipo, schermatura, modularità); caratteristiche di riflessione e colore delle pareti; presenza di possibili fonti di rumore. In prima istanza possono essere eventualmente raccolti semplici dati ambientali quali temperatura e umidità dell'aria (estiva ed invernale) in centro ambiente, livello di rumore (in dBa) in centro ambiente.

- b) Aspetti strutturali di ogni singolo posto di lavoro presente nel locale:

- identificazione del posto; operatore/i addetti; attrezzature informatiche presenti (tipologie e caratteristiche).

- aspetti di illuminazione: posizione del monitor

rispetto alle finestre e alle fonti di illuminazione artificiale, schermatura delle finestre, caratteristiche di riflessione del piano di lavoro, livello di illuminamento (min e max in lux)* sui singoli piani di lavoro, percezione di flicker ('sfarfallamento').

- monitor: regolabilità di luminosità e contrasto; regolabilità spaziale; distanza media occhi-monitor.
- tavolo: caratteristiche dimensionali e di regolabilità (altezza da terra, larghezza, profondità, spazio per arti inferiori).
- tastiera: caratteristiche intrinseche, possibilità di spazio antistante per supporto arti superiori.
- sedile: stabilità, regolabilità (del piano e dello schienale), altezza dello schienale, caratteristiche di imbottitura e rivestimento.
- accessori: presenza (o necessità di presenza) di leggìo portadocumenti, sostegno separato per monitor, poggiatesta, lampada da tavolo.

**Si rimanda al MCJ n°1/2011 per il confronto dei parametri illuminamento e luminanze*

- c) Caratteristiche del lavoro svolto presso il posto con videoterminale. I relativi aspetti vanno raccolti per ogni operatore presente, eventualmente mediante intervista allo stesso:

- orario di lavoro.
- ore di lavoro giornaliere con videoterminale (e loro distribuzione temporale).
- presenza di andamenti incostanti (nella settimana, nel mese) di lavoro con videoterminale.
- tipo di lavoro (caricamento, acquisizione, word processing, dialogo, programmazione, CAD-CAM).
- tempi di uso tastiera, mouse o altri sistemi di interfaccia.
- presenza di compiti complementari con impegno visivo ravvicinato.

- d) Giudizi soggettivi dei lavoratori circa l'ambiente, il posto e il contenuto del lavoro. Vanno raccolti, per intervista, per ogni operatore presente.

I giudizi possono riguardare diversi aspetti o variabili ma sono particolarmente importanti quelli relativi a:

- qualità dell'aria.
- qualità delle condizioni climatiche.
- qualità dell'illuminazione (presenza di riflessi,

sfarfallamento, ecc.)

- qualità dei caratteri del monitor
- accettabilità delle condizioni di rumore
- spazio di lavoro
- necessità di accessori

Tali aspetti infatti non sono del tutto compendati dalle descrizioni di cui ai punti precedenti e le valutazioni degli operatori possono risultare utili ai fini di eventuali successivi interventi.

E' importante sottolineare che i contenuti e le rilevazioni di cui ai punti a) e b) dovrebbero essere sottoscritti dall'addetto del servizio di prevenzione e protezione che esegue la loro raccolta, mentre quelli di cui ai punti c) e d) dovrebbero essere sottoscritti anche dal lavoratore intervistato.

N.B.: alcuni elementi citati sono superati dal progresso tecnologico. Perciò domande in merito alle regolazioni del monitor o alle caratteristiche della tastiera, possono essere sostituite con l'indicazione del tipo di schermo (CRT, LCD, plasma) e delle caratteristiche (tipo, modello, dimensioni) di dispositivi molto utilizzati quali i mouse, per esempio, .

2) L'elaborazione critica dei dati raccolti attraverso l'applicazione di tali "check list", oltre a rappresentare il primo passaggio fondamentale per l'ottemperanza a quanto previsto dall'art.174.1, può condurre più nello specifico a:

- verificare nel dettaglio tutte le situazioni che, per uno o più aspetti, risultano non conformi rispetto alle previsioni dell'allegato XXXIV o comunque alle specifiche di buona tecnica al proposito emanate da enti di normazione nazionale ed internazionale
- pianificare di conseguenza gli interventi correttivi, per lo più strutturali, identificando le relative priorità e i costi connessi
- enucleare le situazioni in cui, per l'esistenza di variabili organizzative (es. tempi di applicazione a videoterminale molto prolungati) e/o ambientali (es. difficoltà strutturali alla buona sistemazione del layout) problematiche, è necessario procedere ad un approfondimento dell'analisi delle condizioni di rischio con un più ampio ricorso alla parametrizzazione e misurazione degli elementi di rischio.

Ad integrazione del percorso che in questa sede è stato prospettato è utile fornire alcune ulteriori note esplicative.

La valutazione della congruenza o meno di attrezzature, posti ed ambienti di lavoro con videoterminale

può avvenire, oltre che con riferimento ai contenuti dell'allegato XXXIV, anche in relazione a norme standard emanate sulla materia da organismi internazionali e nazionali.

La raccolta di giudizi soggettivi dei lavoratori va intesa come specifico contributo alla valutazione della condizione di lavoro così come è peraltro previsto nel più generale processo di valutazione del rischio secondo la raccomandazione della stessa UE ("Orientamenti CEE riguardo alla valutazione dei rischi sul lavoro") (ved. Allegati).

Essa va comunque rigorosamente distinta dalle indagini anamnestiche tese a raccogliere i sintomi eventualmente riferiti dai lavoratori.

E' peraltro ipotizzabile che in alcuni contesti i lavoratori, opportunamente assistiti e formati, possano essere chiamati a fornire alcuni elementi (auto)descrittivi del proprio posto e ambiente di lavoro. In tal caso i lavoratori non riportano né giudizi né sintomi, ma bensì costituiscono il tramite per la raccolta di informazioni su dati strutturali oggettivi (peraltro facilmente verificabili).

L'applicazione su larga scala delle procedure di primo screening che qui sono state indicate dovrebbe essere in grado (una volta provveduto a sistemare di conseguenza gli ambienti e i posti di lavoro) di adeguare allo "spirito" e alla lettera delle norme di cui al titolo VII del D.Lgs 81/2008 la maggior parte dei posti di lavoro con videoterminale.

Si vuole tuttavia evidenziare che, specie per le situazioni in cui l'utilizzazione di apparecchiature informatiche è costante nel tempo, prolungata sostanzialmente per l'intero turno di lavoro, caratterizzata da compiti con contenuto scarsamente variato e richiedenti azioni (fisiche, sensoriali e cognitive) ripetitive, il semplice esame di conformità alle prescrizioni dell'allegato XXXIV potrebbe risultare inadeguato per una esauriente valutazione dei rischi (di affaticamento visivo, mentale, fisico) connessi con il lavoro.

Se è vero che le conseguenze di tali rischi riguardano effetti, sovente reversibili, attinenti più la sfera dei disagi e dei disturbi (oculo-visivi, muscolo-scheletrici, mentali) che quella della patologia franca è anche vero che lo scopo del titolo VII del D.Lgs 81/2008 comprende evidentemente anche la prevenzione degli stessi.

E' prevalentemente per queste situazioni che è utile ricorrere, eventualmente in seconda istanza, ad una valutazione più approfondita delle condizioni di lavoro e di eventuale rischio di sovraccarico per gli apparati oculovisivo, muscolo-scheletrico e per le funzioni cognitive.

3) L'approfondimento valutativo, condotto da personale competente (formato) sull'argomento, dovrà comunque basarsi su di un ventaglio più ampio (rispetto allo screening di base) di rilevazioni e misurazioni tanto di variabili fisico-ambientali (es. rilevazione analitica dei parametri illuminotecnici), che prestazionali (es. tempi di osservazione delle diverse tipologie di oggetti dell'attenzione visiva) e biologiche (es. studio dei punti di accomodazione, studio dell'impegno muscolare dell'arto superiore, ecc.).

In linea di massima si può indicare l'opportunità di valutazioni più approfondite delle condizioni di lavoro, anche su singoli aspetti o elementi di rischio, nei seguenti contesti:

- lavoro con un'attrezzatura munita di videoterminale, in modo sistematico o abituale, per venti ore settimanali, dedotte le interruzioni di cui all'art.175 D.Lgs.81/08 con esecuzione di compiti scarsamente variegati (es. attività continuativa di data-entry o di word-processing);
- ambienti e posti di lavoro in cui, per motivi diversi (struttura edilizia, tipologia del processo di lavoro e del relativo lay-out, ecc.), risulti difficoltoso il rispetto dei contenuti dell'allegato XXXIV e delle specifiche norme di buona tecnica. Ciò vale in particolare per ambienti o tipi di lavoro speciali quali sale di controllo, CAD-CAM, monitoraggi televisivi, ecc.

Oltre a questi vi sono altre due condizioni (scenari) in cui è consigliabile procedere ad approfondimenti valutativi; essi sono:

- a) l'eccesso nella prevalenza (rispetto a popolazioni impiegate con caratteristiche anagrafiche analoghe, reperite nella stessa o in altre aziende) dei disturbi accusati da gruppi di addetti a carico degli apparati oculo-visivo e muscolo-scheletrico o della sfera mentale e cognitiva.

Va al proposito precisato che, sebbene i disturbi in questione siano di tipo aspecifico e a genesi multifattoriale, tuttavia essi hanno un range di frequenza attesa (in popolazioni lavorative a bassa esposizione) documentato in letteratura.

La rilevazione, anche attraverso semplici indagini anamnestiche, della diffusione di tali disturbi presso i diversi gruppi di addetti a videoterminale può essere ravvisata come uno strumento di verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione adottate presso gli stessi e, in ultima analisi, come strumento di validazione della valutazione dei rischi (una sorta di monitoraggio biologico affiancato a quello ambientale).

Laddove fossero registrati significativi eccessi (rispetto all'attesa) di singole "famiglie" di tali disturbi (per esempio utilizzando il parametro 'astenopia significativa'), anche in presenza di una "formale" conformità alle prescrizioni dell'allegato VII, diviene importante ricercare (e conseguentemente correggere) le cause, connesse con il lavoro, che determinano tali effetti indesiderati. Tale ricerca dovrebbe essere affidata a esperti della materia con il concorso comunque del medico competente.

- b) La previsione di profonde (e costose) modifiche dei processi di lavoro, degli impianti e delle attrezzature o delle strutture edilizie.

In queste situazioni, dati anche i volumi di investimento coinvolti, è opportuno procedere ad una valutazione preventiva, approfondita secondo le necessità ed opportunità del caso, dei riflessi sul rapporto tra lavoro e salute delle diverse scelte (tecnologiche, organizzative, strutturali) che si intendono operare. Ciò dovrebbe contemporaneamente consentire di stabilire la conformità alla normativa, di ottimizzare di conseguenza l'impiego delle risorse economiche coinvolte e di rispettare oltre che la lettera anche lo spirito della nuova legislazione in materia di prevenzione della salute degli addetti a videoterminale.

Biblio/Sitografia

- Santucci P., Il videoterminale e il D.Lgs.81/08, Monografia ANMA, 2009.



DA LEGGERE IN POLTRONA

A cura di Danilo Bontadi

In Armenia c'è la chiesa di Gechard, intagliata nella roccia - un miracolo nato dentro la pietra. Un miracolo compiuto in trent'anni di fatica da uomini che avevano un talento immenso, ma anche e soprattutto un'immensa fede.

Da millenni l'uomo lavora indefessamente su questa terra, creando oggetti e valori dello spirito. Molto di quanto l'uomo fa stupisce le generazioni successive per eleganza, maestosità, ricchezza, complessità, audacia, sfarzo, splendore, grazia, intelligenza, poesia.

Ma solo alcune opere dell'uomo – e non sono poi tante – risultano perfette, e le opere davvero perfette non sono ne maestose, ne sontuose, ne particolarmente eleganti. Capita che la perfezione prenda forma nei versi di un grande poeta, non in tutti, però, anche se tutti sono frutto del suo genio, solo di un paio di poesie si potrà dire che sono davvero perfette. Che non c'è nulla da aggiungere. Perfetta può essere una musica in tutto o in parte. Perfetto può essere un ragionamento matematico, un esperimento o una teoria fisica, l'elica di un aereo, il pezzo lavorato da un tornitore, l'oggetto soffiato da un mastro vetrario, la brocca uscita dalle mani di un ceramista.

Credo che le antiche chiese e cappelle armene siano costruzioni perfette. La perfezione è sempre semplice, sempre naturale – la perfezione è la comprensione assoluta della sostanza delle cose e la sua espressione più piena, la perfezione è la via più breve verso lo scopo, la dimostrazione più semplice, l'espressione più chiara. La perfezione è sempre democratica, è aperta a tutti, la perfezione.

Credo che anche uno scolaro possa comprendere una teoria perfetta, che una musica perfetta possa essere colta non solo dagli esseri umani, ma anche dai lupi, che una poesia perfetta possa toccare il cuore del guardiano di un lager a regime duro.

(Vasilij Grossman: Il bene sia con voi!)

