

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DEL LAVORO E IGIENE INDUSTRIALE

Fondata nel 1929



Osservazioni della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale - SIMLII sul Decreto Legislativo n. 106/09 "Disposizioni integrative e correttive al D.Lgs 9 aprile 2008 n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 180 del 5 agosto 2009 (supplemento ordinario n. 142)

Sede Legale

Medicina del Lavoro, Malattie Respiratorie e Tossicologia Professionali e Ambientali
Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
Università degli Studi di Perugia – Via Enrico dal Pozzo – 06126 Perugia
Tel.: 075 5784026 Fax: 075 5784442 Email: presidente@simlii.net

Segreteria

Dr.ssa Lucia Isolani
ASUR Marche, ZT9 Macerata Servizio PSAL
Belvedere R. Sanzio, 1 – 62100 Macerata
Tel.: 334 6632831 Fax: 0733 2572710 Email: segretario@simlii.net

Introduzione

Il Consiglio dei Ministri ha approvato il 31 Luglio 2009 il decreto recante le disposizioni integrative e correttive al D.Lgs. 9 Aprile 200, n. 81 in attuazione dell'art. 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Tale decreto è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale come Decreto Legislativo 3 agosto 2009, n. 106 con il titolo “*Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*” (GU n. 180 del 5 Agosto 2009 – S.O. n. 142).

Il Decreto Legislativo 106/09 modifica e integra la normativa vigente in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, proseguendo il processo di rivisitazione e ammodernamento delle relative regole come previsto dalla Legge Delega 123/07 e culminato nel D.Lgs. 81/08. L'emanazione di tale decreto, inizialmente prevista entro il 16 maggio 2009 è poi slittata di altri 90 giorni, al 16 agosto 2009 in virtù dell'ulteriore proroga già prevista dal comma 5 dell'art.1 della Legge 123/2007.

Il provvedimento anzidetto apporta modifiche e integrazioni al DLgs 81/08 con l'obiettivo di correggere le criticità e le lacune emerse nei primi mesi della sua applicazione.

Sul testo sono stati acquisiti i pareri delle Commissioni parlamentari competenti, della Conferenza Stato-Regioni, delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative dei lavoratori e delle Associazioni Datoriali. Alcuni punti del decreto approvato dal Governo sono stati successivamente modificati, accogliendo così i pareri espressi dagli organismi anzidetti con riferimento, ad esempio, alla responsabilità dei datori di lavoro e alla possibilità di certificazione da parte degli Enti Bilaterali.

Le principali novità introdotte dal decreto correttivo riguardano:

- la semplificazione formale di alcuni documenti fondamentali quali ad esempio quello relativo alla valutazione dei rischi;
- il rinvio di alcuni adempimenti successivamente al confronto e all'approfondimento con la Conferenza delle Regioni (come per l'art. 40, con i connessi Allegati 3A e 3B) e con il Comitato consultivo nazionale (come per la valutazione dello stress lavoro-correlato) nella speranza che si possa arrivare alla precisazione di alcune definizioni operative;
- l'introduzione di interessanti novità in tema di formazione;
- il ricorso alla certificazione di modelli di organizzazione della sicurezza in azienda (“buone prassi”) quale modalità di assolvimento degli obblighi di legge;
- la previsione della cosiddetta “patente a punti”, inizialmente prevista solo per il settore edile;
- la diversa definizione del ruolo degli organismi paritetici e il potenziamento del ruolo degli enti bilaterali;
- il potenziamento del ruolo dell'INAIL in materia di prime cure, di riabilitazione dell'infortunato e per altri compiti istituzionali legati alla prevenzione negli ambienti di lavoro;

- l'introduzione di interventi formativi per la sicurezza in luoghi di lavoro critici come ad esempio le scuole;
- la rivisitazione delle sanzioni penali e amministrative previste a seguito della mancata ottemperanza degli obblighi posti dal Legislatore in capo ai diversi soggetti della prevenzione, medici competenti inclusi;
- la correzione di errori formali presenti nel testo del D.Lgs 81/08, nonostante ne restino ancora e ne siano stati introdotti di nuovi.

L'impianto complessivo che deriva dalle modifiche proposte disegna un testo normativo piuttosto differente da quello iniziale e l'analisi degli aspetti così modificati merita un puntuale approfondimento con particolare riguardo agli aspetti relativi al ruolo e ai compiti del Medico Competente.

Le osservazioni del presente documento si riferiscono quindi alle modifiche apportate al Titolo I del D.Lgs. 81/08 e, in particolare, a quanto attiene tale professionista.

Il D.Lgs. 106/09 contiene numerose integrazioni in assonanza con quanto a suo tempo proposto dalla SIMLII e di fatto, corregge parte delle criticità individuate nel testo originario del D.Lgs. 81/08, per quanto riguarda, ad esempio, l'attività complessiva del Medico Competente e la conseguente Sorveglianza Sanitaria.

In merito al DLgs 106/09 e alle modifiche da esso introdotte, la SIMLII ha complessivamente maturato un giudizio positivo, la cui conferma è in relazione all'esito degli specifici disposti legislativi programmati, ad esempio, in merito alla cartella sanitaria e di rischio (Allegato 3A), all'Allegato 3B, alla metodologia di valutazione del rischio stress lavoro-correlato, alla verifica delle condizioni di alcol- e tossico-dipendenza. In particolare, appare urgente ridefinire i contenuti della cartella sanitaria e di rischio che se prima risultava di difficile impiego, adesso è totalmente ingestibile, per la presenza di parti non più in sintonia con le nuove norme e di riferimenti ad obblighi abrogati (consegna della cartella all'ISPESL, consegna dell'originale al lavoratore, trasmissione del giudizio di idoneità anziché di copia dello stesso, ecc).

Quindi, seppure la valutazione dell'attuale normativa da parte della SIMLII sia positiva, si ritiene che rimangano ancora da risolvere e chiarire alcuni aspetti.

Si può sinteticamente affermare che neanche in seguito alle modifiche e integrazioni in atto determinate dal decreto correttivo l'azione del Medico Competente è stata "liberata" dai vincoli rigidi di talune indicazioni normative che, venendo meno, avrebbero potuto consentire di recuperare il prezioso contributo per la gestione globale della prevenzione nei luoghi di lavoro. Basti pensare, ad esempio, alla mancata possibilità di eseguire la sorveglianza sanitaria all'esito della valutazione dei rischi anche nel caso di fattori di rischio non espressamente previsti dalla normativa vigente, ma in presenza di rischi accertati per la salute dei lavoratori.

In particolare:

- il ruolo del Medico Competente nell'ambito della valutazione dei rischi non è stato puntualmente definito, né la sua presenza è stata inserita chiaramente sin dall'inizio nel citato processo, nonostante

la Commissione sugli infortuni e le morti bianche con Delibera del 20 marzo 2008 si fosse così espressa “...occorre che la sorveglianza sanitaria sia fortemente ancorata alla valutazione dei rischi , che il medico partecipi a tutte le fasi di questo percorso. La valutazione dei rischi né risulterà arricchita dalla specifica competenza professionale del medico, cui spetta il giudizio ultimo sulla compatibilità tra condizioni di lavoro e salute dei lavoratori, e allo stesso tempo la sorveglianza sanitaria sarà utile non solo verso il singolo lavoratore ma contribuirà a mettere in luce rischi o danni precoci apportando contributi per ridurli o prevenirli” e sebbene sia stata introdotta, all’art.58 comma 1°, lett. c) specifica sanzione per la sua responsabilità in merito (a differenza di quanto previsto per il responsabile del servizio di prevenzione e protezione - RSPP);

- la nomina del Medico Competente non è stata considerata come obbligo indelegabile da parte del Datore di Lavoro, fatto questo che sebbene possa apparire meramente formale, in realtà conferma e finisce con il giustificare la ingiustificabile disparità di trattamento legislativo, sanzionatorio, economico... esistente di fatto tra Medico Competente ed RSPP;
- il Medico Competente non è stato autorizzato ad attuare una politica di sorveglianza sanitaria estesa a tutti gli aspetti legati alla relazione salute-lavoro, venendo l’ambito della sua azione preventiva rigidamente limitato ai rischi “normati”, e risultando di conseguenza ridotta la possibilità di incidere in maniera significativa su TUTTI gli aspetti sanitari della prevenzione;
- il carico burocratico in capo al Medico Competente risulta ancora eccessivo. se confrontato con il carico di lavoro effettivo e le responsabilità legate al ruolo che egli deve svolgere per deontologia e definizione normativa;
- la gestione della sorveglianza sanitaria per i dipendenti con rapporto di lavoro flessibile resta di difficile realizzazione e forse così non sarebbe stato se fossero state accolte le proposte avanzate in merito dalla SIMLII, ma purtroppo non recepite;
- non è stata presa in considerazione la problematica della sicurezza dei terzi, in via generale, in relazione alla attività del Medico Competente e della formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Esame dell’articolato

Con l’**articolo 13 del decreto correttivo**, che modifica l’articolo 18 del D.Lgs. 81, diviene obbligo del Datore di Lavoro e dei dirigenti (quando ciò sia pertinente) inviare i lavoratori alla visita medica entro le scadenze previste dal programma di sorveglianza sanitaria e comunicare tempestivamente al Medico Competente le cessazioni dei rapporti di lavoro. Queste precisazioni, importanti e condivisibili, stabiliscono la responsabilità del Datore di Lavoro e/o del Dirigente nella puntuale gestione della sorveglianza sanitaria, anche ai fini della possibilità di una effettiva ed efficace esecuzione delle visite di fine rapporto, qualora previste, e degli altri adempimenti connessi.

Per quanto riguarda la cartella sanitaria e di rischio si profilano importanti novità (**articolo 15 del decreto correttivo**, in modifica dell'art. 25 del D.Lgs. 81). L'articolo stabilisce **che** il Medico Competente "istituisce, aggiorna e custodisce, sotto la propria responsabilità, una cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria. Tale cartella è conservata con salvaguardia del segreto professionale e, salvo il tempo strettamente necessario per l'esecuzione della sorveglianza sanitaria e la trascrizione dei relativi risultati, presso il luogo di custodia concordato al momento della nomina del Medico Competente". Alla cessazione del rapporto di lavoro il Medico Competente **deve** consegnare al lavoratore "copia della cartella sanitaria e di rischio" e fornirgli "le informazioni necessarie relative alla conservazione della medesima; l'originale della cartella sanitaria e di rischio va conservata, nel rispetto di quanto disposto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, da parte del Datore di Lavoro, per almeno dieci anni, salvo il diverso termine previsto da altre disposizioni del presente decreto".

Viene così superato l'equivoco generato dalla precedente indicazione presente nel D.Lgs. 81/08: *"Nelle aziende o unità produttive con più di 15 lavoratori il Medico Competente concorda con il Datore di Lavoro il luogo di custodia"*. La formulazione prevista dal D.Lgs. 106/09 consente al Medico Competente di provvedere all'espletamento della sorveglianza sanitaria anche in luogo diverso dalla sede aziendale e la possibilità di conservare la cartella sanitaria e di rischio eventualmente, ad esempio, anche presso il proprio ambulatorio (peraltro nel caso di istituzione della cartella in formato elettronico, il Medico Competente conserverà i dati sui mezzi e supporti informatizzati propri, nel rispetto di quanto previsto dall'Art. 25 del D.Lgs 81/08). Ciò comporta un indubbio vantaggio nel caso di aziende con basso numero di dipendenti, garantendo la possibilità di una gestione logica e ragionevole da parte del Medico Competente (del quale la cartella costituisce uno dei principali strumenti di lavoro), e permettendo comunque, attraverso la custodia delle cartelle secondo le modalità formalmente definite al momento della nomina del medico (eventualmente, ma non obbligatoriamente, presso la sede legale del Datore di Lavoro, oppure presso altra sede, ad esempio l'ambulatorio del medico stesso), la necessaria possibilità di accesso alla documentazione sanitaria da parte del personale ispettivo dei Servizi di Vigilanza.

Sempre nello stesso articolo, l'abolizione dell'obbligo di invio all'ISPESL delle cartelle sanitarie e di rischio nei casi in precedenza previsti (salvo il caso della esposizione ad agenti cancerogeni e ad amianto) prende atto di quella "paralisi operativa" di fatto esistente sia per i medici competenti che per l'ISPESL a seguito delle innegabili difficoltà connesse con tale procedura..

L'articolo 18 del D.Lgs. 106/09 modifica l'art. 28 del D.Lgs. 81, relativamente al Documento di Valutazione dei Rischi. Con questo articolo viene, opportunamente, introdotta la previsione di una linea di indirizzo da parte della Commissione Consultiva Permanente per la Salute e Sicurezza sul Lavoro in merito alle modalità di valutazione del rischio collegato allo stress lavoro-correlato, in quanto si tratta di una procedura sulla quale permangono consistenti dubbi operativi, non essendo disponibile a tutt'oggi un metodo condiviso e validato, affidabile e applicabile con semplicità. In questa direzione è comprensibile il rinvio del relativo obbligo, anche perché la mancanza della valutazione di tale rischio è ovviamente sanzionata. Sarebbe opportuno che, al momento della discussione in sede di Commissione Consultiva Permanente, le Società scientifiche del settore siano adeguatamente rappresentate e possano offrire il proprio contributo in

merito a tale questione. È da sottolineare che, se appare chiaro che l'obbligo della valutazione del rischio stress lavoro-correlato al momento attuale decorre inequivocabilmente dal 1° agosto 2010 ed inderogabilmente anche nell'eventualità di una mancata pronuncia della Commissione Consultiva, c'è da chiedersi quali conseguenze potrebbe comportare la precedente mancata realizzazione del documento entro il 16 maggio 2009 (in forza del Decreto-legge 30 dicembre 2008, n. 207, non abrogato dal D.Lgs 106/09), data anteriore a quella di approvazione del D.Lgs 196/09. In altri termini, si configura, così attualmente, una evidente situazione di equivoco.

Appare condivisibile anche la considerazione della specifica tipologia contrattuale nella valutazione del rischio: si pensi ad esempio ai vari tipi di lavoratori "atipici" che possono presentare peculiarità anche nei profili di rischio legati alle diverse tipologie di organizzazione del lavoro. A tale proposito, tuttavia, si ricorda il mancato accoglimento della proposta della SIMLII di modificare parallelamente anche le modalità operative relative alla sorveglianza sanitaria. Nel relativo documento, la Società si era così espressa: *"Nell'articolo 3 viene affrontata, tra le altre, la problematica relativa ai prestatori di lavoro nell'ambito del cosiddetto lavoro flessibile, ed in particolare, al comma 5, quella dei contratti di somministrazione di lavoro di cui al D. Lvo 276/03). In questo caso tutti gli obblighi di prevenzione e protezione – compresa, quindi, la sorveglianza sanitaria, ove necessaria - sono posti a carico dell'utilizzatore. Questa scelta è stata criticata dalla SIMLII. Infatti, dato l'elevato turnover che caratterizza in molti settori l'utilizzo di questo personale, con rapporti di lavoro brevi, talvolta addirittura della durata di poche settimane o pochi giorni, risulta inevitabilmente difficoltoso organizzare nei tempi dovuti i controlli sanitari preventivi (visite mediche e accertamenti strumentali e/o di laboratorio) previsti dal protocollo per la mansione specifica che questi operatori andranno a ricoprire. La conseguenza è spesso stata (e inevitabilmente continuerà ad essere) l'omissione di fatto di una reale sorveglianza sanitaria preventiva. In questi casi, quindi, è senz'altro opportuno inserire una norma che consenta di effettuare in tempi realmente utili, a carico del somministratore, una visita preventiva che preceda i vari, successivi, rapporti di lavoro presso diverse aziende o società, ai fini di definire una sorta di "idoneità generale" alla mansione cui il lavoratore sarà prevalentemente adibito, in relazione alla sua qualifica (ad esempio: operaio al montaggio in reparti industriali, saldatore, impiegato addetto al VDT, cassiere di punti vendita etc.), individuando anche la precisa scadenza del giudizio di idoneità. Tale idoneità potrà essere, successivamente, verificata dal Medico Competente dell'azienda utilizzatrice ai fini di stabilire la piena idoneità alla mansione specifica nello specifico ambiente di lavoro. Inoltre, in tale fase, sarebbe possibile, sempre a cura del somministratore, informare preventivamente e compiutamente il lavoratore "interinale" sui rischi tipici connessi allo svolgimento delle mansioni per le quali verrà assunto".*

Sempre all'articolo 18 viene chiarita la questione della "data certa" che deve accompagnare il Documento di Valutazione dei Rischi, venendo inserita ed esplicitata tra l'altro anche la sottoscrizione del Medico Competente, finora comunque solitamente riscontrata nella pratica: ([il Documento di Valutazione dei Rischi] *"deve essere munito di data certa o attestata dalla sottoscrizione del documento medesimo da parte del Datore di Lavoro nonché dalla sottoscrizione per presa visione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza o del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza territoriale e del Medico Competente, ove nominato"*).

All'art. 18, infine, è prevista: *“una relazione sulla valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e la salute durante l'attività lavorativa, nella quale siano specificati i criteri adottati per la valutazione stessa. La scelta dei criteri di redazione del documento è rimessa al Datore di Lavoro, che vi provvede con criteri di semplicità, brevità e comprensibilità, in modo da garantirne la completezza e l'idoneità quale strumento operativo di pianificazione degli interventi aziendali e di prevenzione”*. Appare condivisibile l'indicazione che il Documento di Valutazione dei Rischi debba essere “semplice, breve e comprensibile”, ma, soprattutto, anche se non di facile approntamento, che debba avere caratteristiche di completezza e di “operatività”, vale a dire una concretezza preventiva non di rado ancora oggi assente, essendo tali documenti frequentemente basati su criteri più descrittivi e formali che pratici e fattivi. Ai fini della sua efficacia, meglio forse sarebbe stato da parte del legislatore dare indicazione che il documento anzidetto dovesse essere “chiaro e sintetico”, o quantomeno non ridondante.

L'articolo 24 del decreto correttivo modifica i requisiti richiesti per lo svolgimento dell'attività professionale del Medico Competente e già indicati nell'art. 38 del D.Lgs. 81, specificando che tale ruolo può essere svolto anche *“con esclusivo riferimento al ruolo dei sanitari delle Forze Armate, compresa l'Arma dei carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di Finanza”* per il professionista che abbia esercitato la *“attività di medico nel settore del lavoro per almeno quattro anni”*. Si tratta, di fatto, di una ulteriore sanatoria, analoga a quella che era stata introdotta a suo tempo con l'art. 55 del D.Lgs 277/91. Pur riconoscendo l'esistenza di un certo fondamento a tale decisione, tenuto conto delle peculiarità delle attività “lavorative” svolte dai membri delle Forze Armate (ma i limiti del campo di azione dei sanitari delle Forze Armate - vale a dire la possibilità di agire solo nei confronti del personale delle Forze Armate stesse - avrebbero dovuto essere specificati in modo meno equivoco dal Legislatore), la SIMLII non può non rimarcare che, nell'ambito della sempre più necessaria qualificazione professionale del Medico Competente, è stato inopportuno non prevedere alcun tipo di formazione specifica integrativa per tali medici, analogamente a quanto invece previsto per gli specialisti in Igiene e Medicina Preventiva e in Medicina Legale per i quali lo stesso articolo 38 prevede la necessità di appositi percorsi formativi universitari. È auspicabile che le precisazioni sull'ambito di attività e sui requisiti formativi dei sanitari delle Forze Armate trovino opportuno spazio negli emanandi decreti, già previsti dall'Art. 3 comma 2 del D.Lgs 81/08 in quanto si tratta di dare a tutti i lavoratori, ivi compresi quelli che operano in tali settori, la migliore tutela con analoghe garanzie di professionalità.

Con il successivo **articolo 25 del D.Lgs. 106/09**, a differenza di quanto stabilito nella versione originariamente approvata dal governo, l'articolo 40 del D.Lgs. 81 non viene abrogato, ma viene altresì stabilito che *entro il 31 dicembre 2009, con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i contenuti degli Allegati 3A e 3B del presente decreto e le modalità di trasmissione delle informazioni* (per la verità anche l'allegato 3B è stato modificato e sono scomparsi i “giorni di assenza per malattia” che parecchia confusione avevano creato in fase di prima applicazione della normativa).

La SIMLII si è espressa ufficialmente in merito all'articolo 40 del DLgs 81/08,, proponendo la revisione sostanziale dei contenuti dell'Allegato 3B e delle procedure di trasmissione a questo connesse, auspicando la definizione di un percorso nazionale univoco che rendesse realmente utile, ai fini esclusivamente epidemiologici e preventivi, l'innegabile sforzo richiesto al Medico Competente per ottemperare all'adempimento richiesto. In tal modo sarebbero state superate le criticità e le incongruenze venutesi a creare a livello locale, regionale e nazionale e il Medico Competente avrebbe ricevuto elementi di stimolo e motivazioni più forti anziché la percezione di dover adempiere ad un mero obbligo formale, con il timore per giunta che gli stessi dati forniti, nonostante la chiarezza dell'obiettivo epidemiologico del legislatore, potessero essere impiegati ai fini della vigilanza. In assenza di tali cambiamenti, sarebbe stata auspicabile l'abrogazione dell'Articolo 40. Quanto stabilito con il decreto correttivo sembra muoversi, quindi, nella direzione indicata dalla nostra Società, purché la ridefinizione dei contenuti e delle modalità operative corrisponda ai necessari requisiti di omogeneità sul territorio nazionale, praticabilità e reale utilità prima richiamati e purché i Medici Competenti e le loro Società Scientifiche siano coinvolti sin dall'inizio in tale prevista revisione.

Allo stesso tempo il Dlgs 106/09 prevede la ridefinizione dei contenuti dell'Allegato 3A, vale a dire della cartella sanitaria e di rischio. Questa previsione è totalmente condivisibile, nell'ipotesi che tale ridefinizione sia effettivamente attuata *“secondo criteri di semplicità e certezza”*, come recita lo stesso decreto, e nell'auspicio che, così come per i contenuti dell'Allegato 3B, coinvolga i Medici Competenti e le loro Società Scientifiche. Sarebbe auspicabile, inoltre, che la cartella sanitaria e di rischio sia concepita in modo da essere facilmente trasferibile su supporto informatico e che da essa sia direttamente estraibile e derivabile quanto richiesto dall'Allegato 3B nella sua nuova formulazione.

Da rilevare la novità che l'obbligo della redazione [della cartella sanitaria] e dell'invio dei dati [di cui all'allegato 3B] non sono immediati, ma decorreranno *“dalla data di entrata in vigore del decreto”* di cui già detto. Resta da chiarire se, nelle more della emanazione del suddetto decreto, posto che il medesimo sia approntato non prima del 31 marzo 2010, restino in vigore le disposizioni attualmente vigenti, relativamente all'Allegato 3B, con le conseguenti indicazioni operative emanate nel febbraio 2009 dai vari Assessorati alla Sanità delle diverse Regioni.

L'articolo 26, in modifica dell'art. 41 del D.Lgs. 81, apporta numerose e importanti modifiche di impatto significativo per la sorveglianza sanitaria negli ambienti di lavoro.

L'abolizione del riferimento alle Direttive Europee in relazione alla effettuazione della sorveglianza sanitaria appare ragionevole, tenuto conto del fatto che tali Direttive non hanno valore di legge nei singoli Paesi membri, se non recepite con dispositivo di legge.

Nel testo inizialmente approvato dal Governo veniva data indicazione che la sorveglianza sanitaria venisse effettuata *“in ogni caso ne venga individuata la necessità all'esito della valutazione dei rischi”*, recependo così le indicazioni (proposte e condivise anche dalla SIMLII) in merito alla necessità di ancorare la sorveglianza sanitaria all'esito della valutazione dei rischi e non a situazioni di rischio preordinate dalla normativa (che non può che essere, necessariamente, incompleta). Nel testo ufficiale e definitivo del decreto correttivo questo comma è stato cancellato, suscitando notevoli perplessità per le ricadute negative che ne

conseguiranno in termini di efficacia della prevenzione sanitaria negli ambienti di lavoro. La SIMLII aveva fermamente raccomandato che il Legislatore prevedesse l'effettuazione della sorveglianza ogniqualvolta questa fosse formalmente individuata, all'esito del processo di valutazione dei rischi, quale misura specifica di prevenzione e protezione. Questa ulteriore possibilità, che avrebbe ampliato il ventaglio di quelle contenute nel decreto legislativo, avrebbe garantito una più efficace e meno equivoca attività del Medico Competente e una maggiore tutela dei lavoratori.

Altri commi modificano la precedente impostazione del D.Lgs 81/08 nei confronti delle visite preventive eseguite in fase pre-assuntiva (*“Le visite mediche preventive possono essere svolte in fase preassuntiva, su scelta del Datore di Lavoro, dal Medico Competente o dai dipartimenti di prevenzione delle ASL. La scelta dei dipartimenti di prevenzione non è incompatibile con le disposizioni dell'articolo 39, comma 3”*). La SIMLII vede con soddisfazione anche questa modifica, che risponde alle indicazioni a suo tempo fornite dalla nostra Società, tenuto conto della innegabile maggiore razionalità, praticabilità, efficacia e tutela reale della salute e dell'occupazione dei lavoratori determinata da tale schema operativo. La tutela di ciascun soggetto è garantita dalla possibilità di ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente, espressamente indicata nell'articolo in esame e richiamata anche nella *“Relazione di accompagnamento”* allo stesso decreto (vedasi quanto riportato a pag. 21 della citata relazione: *“In ogni caso, al fine di evitare che tale visita si possa, anche solo in astratto, prestare ad abusi, si prevede che avverso il giudizio del medico sia possibile il ricorso sia da parte dell'impresa che dell'aspirante lavoratore”*).

A questo proposito, è da notare che il Legislatore ammette la possibilità di esecuzione delle visite in questione da parte dei *“dipartimenti di prevenzione delle ASL”*. Questi includono il Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro – SPSAL/SPRESAL ovvero l'Organo di Vigilanza nei luoghi di lavoro, il Servizio Igiene Sanità Pubblica - SISP, il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione - SIAN, la Medicina Legale e il Servizio Veterinario. Escluso quest'ultimo per ovvie ragioni ed il SIAN, restano di fatto candidabili per lo svolgimento di tali visite il SISP, ovvero gli igienisti, e la Medicina Legale. È da notare che il testo del D.Lgs 81/08 modificato prevede all'Art. 41, comma 9 che *“avverso i giudizi del Medico Competente, ivi compresi quelli in fase preassuntiva è ammesso ricorso ... all'organo di vigilanza territorialmente competente”*. Una lettura rigorosa del testo, pertanto, porterebbe ad escludere la possibilità di ricorso avverso i giudizi espressi da sanitari diversi dal Medico Competente, creando in tale ipotesi evidenti disparità di trattamento. Ed ammettendo invece che il legislatore intendesse *“avverso i giudizi del medico”*, e che la dizione sia rimasta *“Medico Competente”* anche per le visite in fase preassuntiva per un mero rifiuto, a ben vedere, il SPSAL non potrebbe essere ammesso allo svolgimento di tale ruolo in quanto, tenuto conto che il ricorso contro il giudizio di idoneità è avanzato allo SPSAL stesso e quindi, se vi fosse questa evenienza, il SPSAL giudicherebbe di un'idoneità da lui stesso impartita, con sovrapposizione di giudicato e giudicante. Se così è, molti e leciti sono i dubbi in merito a questa disposizione normativa e alla qualità delle visite preassuntive che potrebbero derivarne, senza contare dal punto di vista pratico le difficoltà oggettive di effettuare tali visite all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione per la mancanza ad esempio di personale o di strumentazione.

Inoltre, poiché tale tipologia di visita a tutti gli effetti rientra tra gli accertamenti sanitari previsti dall'Art. 41, che prevedono la formulazione di un giudizio di idoneità *“specifico”* alla mansione, è evidente la necessità

che le citate strutture delle ASL ricevano dal Datore di Lavoro informazioni sui previsti profili di rischio, idonee e sufficienti alla formulazione dei suddetti giudizi, ovvero la parte del Documento di Valutazione dei Rischi relativo ai rischi specifici insiti nella mansione che il lavoratore andrà a svolgere. Tenuto conto che si tratta di una visita medica preventiva in fase preassuntiva, qualora questa venga effettuata dalla ASL, non vi sarà logica perchè tale visita venga ripetuta, mentre sembra non essere stata considerata, e quindi di fatto viene esclusa, la possibilità per il Medico Competente di poter ricorrere avverso tale giudizio, qualora egli si trovi in evidente contrasto e in difficoltà nell'accettarlo. Resta in ultimo da capire, vista la decisione di possibile affidamento degli accertamenti in oggetto ai dipartimenti di prevenzione delle ASL, perchè il Legislatore abbia escluso da tale possibilità le Strutture Complesse di Medicina del lavoro delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, pur presenti sul territorio nazionale, e palesemente competenti in materia.

Viene introdotta una nuova tipologia di "visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione" (DLgs 81/08 art 41, comma 2, lett e- ter), che integra opportunamente lo scenario delle visite mediche finalizzate alla prevenzione. In effetti è da tenere presente che la formulazione utilizzata dal Legislatore ("precedente la ripresa del lavoro") potrebbe creare notevoli problemi organizzativi e gestionali riferibili al presunto obbligo, da parte del Medico Competente, di visitare il lavoratore praticamente l'ultimo giorno di assenza prima di riprendere il lavoro (e questo anche prescindendo dal conflitto che tale attività potrebbe creare secondo taluni nei confronti dell'Art. 5 della Legge 300; conflitto, peraltro, in realtà virtuale, tenuto conto che la Legge 300 ha come scopo la tutela della *dignità* del lavoratore, mentre il D.Lgs 81 ha come finalità la tutela della *salute e sicurezza* dello stesso) Meglio sarebbe stato indicare, nel dettato legislativo, "visita medica prima di adibire il lavoratore alla mansione specifica a seguito di assenza..." (la SIMLII, che aveva raccomandato l'introduzione di questa nuova tipologia di visita, si era in effetti così espressa: "*accertamenti sanitari al rientro al lavoro dopo prolungate assenze ... per malattia o per infortunio ... al fine di stabilire tempestivamente il permanere o meno dell'idoneità specifica alla mansione da parte del lavoratore*"), consentendo la necessaria flessibilità per l'esecuzione del previsto accertamento (pur tenendo presenti le difficoltà operative comunque insite anche in tale ipotesi: in attesa della visita da parte del Medico Competente e del conseguente giudizio di idoneità, nell'eventualità, tutt'altro che remota, che l'accertamento sanitario non possa essere istantaneamente coincidente con la ripresa del lavoro, il lavoratore dovrebbe, a rigore, essere adibito ad una mansione per lo meno in teoria priva di rischi per la salute e la sicurezza). Comunque di questo aspetto, di carattere formale e sostanziale, si dovrà tenere debito conto nella interpretazione pratica della normativa da parte degli organi di vigilanza.

Tenuto conto che tanto l'art 41 che l'intera sezione (sezione V) di cui fa parte sono intitolati alla sorveglianza sanitaria, si può ritenere che tale visita sia riservata ai lavoratori già sottoposti alla sorveglianza sanitaria così come definita dal comma 1 dell' Art. 41. Questo di fatto esclude la possibilità, per il Medico Competente, di sottoporre a visita lavoratori non già regolarmente visitati, anche a seguito di assenze prolungate, e quindi di possibili importanti mutamenti dell'idoneità specifica a mansioni che non comportino rischi formalmente previsti dalla normativa vigente o quanto meno valutati nel Documento di Valutazione dei Rischi (si vedrà, forse, in futuro, quali saranno le indicazioni della Commissione di cui all'Art. 6), a

meno che la visita non sia richiesta dal lavoratore stesso, in forza dell'Art. 41, comma 1, lettera b. Questa impostazione conferma i limiti (più volte segnalati dalla SIMLII) imposti dal Legislatore al Medico Competente che non è autorizzato ad attuare una politica di sorveglianza sanitaria estesa a tutti gli aspetti legati alla relazione salute-lavoro, se non nell'ambito rigido dei rischi "normati". Si ritiene necessario precisare ulteriormente che i rischi lavorativi possono essere rappresentati, per singoli specifici lavoratori, anche da situazioni di lavoro che non rappresentano un "rischio statisticamente prevedibile per la maggioranza dei lavoratori", e che quindi non sono inclusi nel Documento di Valutazione dei Rischi, e, tanto meno, sono "previsti dalla normativa vigente" (si riporta, per semplicità esemplificativa, l'esempio più volte rappresentato dalla SIMLII, di un lavoratore affetto da grave flebopatia agli arti inferiori, che non potrà essere idoneo ad una attività lavorativa da svolgere in posizione eretta per l'intero turno lavorativo, condizione questa, peraltro, di per sé non tale da essere inserita nel DVR, in quanto certamente non "normata"). Questo limite, più volte segnalato dalla nostra Società, non è stato superato, nell'Art. 41, anche nella nuova versione modificata.

Inoltre, il comma 6 dell'articolo in esame prevede che *"Entro il 31 dicembre 2009, con accordo in Conferenza Stato-regioni, adottato previa consultazione delle parti sociali, vengono rivisitate le condizioni e le modalità per l'accertamento della tossicodipendenza e della alcol dipendenza"*, proposte che la SIMLII aveva da tempo avanzato in tutti i suoi documenti ufficiali, allo scopo di superare le incertezze e le criticità legate alla applicazione delle procedure previste per i medici competenti. Questa previsione è totalmente condivisibile nell'auspicio che essa, così come per quanto riguarda i contenuti dell'Allegato 3A e 3B, coinvolga pienamente i Medici Competenti e le loro Società Scientifiche, al fine di giungere a una ridefinizione delle funzioni e delle attribuzioni dei professionisti coinvolti e alla produzione di raccomandazioni operative agili e praticabili. La SIMLII, confermando di condividere gli obiettivi delle vigenti intese Stato-Regioni in materia di alcol e sostanze stupefacenti e psicotrope, ribadisce la propria disponibilità a collaborare con gli organi istituzionalmente preposti per giungere alla definizione di un documento legislativo che sia pienamente condiviso anche dai professionisti principalmente coinvolti nella applicazione delle normative in questione e, soprattutto, basato su criteri di efficacia e praticabilità. Al momento, non si può non rilevare che il testo del D.Lgs 106/09 non contribuisce a diminuire le incertezze. Infatti, nel testo originario del D.Lgs 81/08, all'Art. 41, comma 4, si faceva riferimento alla verifica di *"assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti"*. Su queste due differenti (e molto diverse) dizioni (alcol dipendenza e assunzione di sostanze) si è molto argomentato e sono state incentrate le linee di indirizzo messe in atto da diverse Regioni. Ora, il testo del D.Lgs 106 sostituisce il concetto di "assunzione" con quello di "dipendenza" anche per le sostanze psicotrope e stupefacenti., configurandosi quindi due scenari completamente differenti. Ed appare quindi più che mai necessario il chiarimento operativo previsto dal Legislatore. Con la possibilità, ovviamente, che qualche anno di attività di accertamento in materia, da parte dei Medici Competenti, forzatamente chiamati in campo in questo scenario, sia da rivedere radicalmente, con ovvie ricadute operative, sociali e "politiche", che la SIMLII si augura siano improntate alla ragionevolezza ed all'efficacia. Al momento, in attesa della prevista "rivisitazione", sembra comunque di dover ritenere che gli obblighi previsti dalle norme specifiche e dai Provvedimenti della Conferenza Stato-Regioni rimangano in vigore secondo le modalità già note, non

essendovi nel testo del D.Lgs 106/09 indicazioni di rinvio della loro validità o abrogazioni (analogamente a quanto riguarda gli obblighi derivanti dagli Allegati 3A e 3B).

Il comma 7 dell'Art. 26 del DLgs 106/09 prevede la consegna da parte del Medico Competente al lavoratore ed al Datore di Lavoro di una copia del giudizio di idoneità alla mansione, qualunque esso sia, anche quindi del giudizio di idoneità senza prescrizioni o limitazioni, fatto questo, che rappresenta un ulteriore aggravio burocratico per il Medico Competente, ma al contempo è un atto necessario e indispensabile affinché il ricorrente, possa essere in grado di godere appieno del diritto del ricorso ammesso dal legislatore, essendo la fatidica copia aggiuntiva lo strumento senza il quale tale diritto risulterebbe menomato.

Purtroppo non è stato preso in considerazione, nell'articolo citato, quanto già richiesto dalla SIMLII relativamente alla opportunità di tenere conto, nella espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica, delle condizioni di salute generali del lavoratore che possono comportare rischi per la sicurezza propria (si pensi, ad esempio, a lavoratori diabetici insulino-dipendenti adibiti a lavoro organizzato in turni, ma senza l'inclusione del turno notturno, specificamente normato; a lavoratori con patologie professionali indennizzate senza essere mai stati in temporanea; etc...) e per la incolumità di terzi, questione che non è limitata esclusivamente all'ambito dell'assunzione di alcol e sostanze psicotrope e stupefacenti (basti pensare, ad esempio, ai casi di lavoratori positivi al virus dell'epatite C e potenzialmente "infettanti" che operano in ambienti sanitari).

L'Art. 27 del D.Lgs 106, nel modificare l'Art. 42 del D.Lgs 81/08 prevede che il comma 1 dell'Art. 42 di detto Decreto sia sostituito dal seguente: *"Il Datore di Lavoro, anche in considerazione di quanto disposto dalla legge 12 marzo 1999, n. 68, in relazione ai giudizi di cui all'articolo 41, comma 6, attuа le misure indicate dal Medico Competente e qualora le stesse prevedano un'inidoneità alla mansione specifica adibisce il lavoratore, ove possibile, a mansioni equivalenti o, in difetto, a mansioni inferiori garantendo il trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza".* Nella attuale formulazione la dizione originaria del D.Lgs 81/08 "adibisce il lavoratore, ove possibile, ad altra mansione compatibile con il suo stato di salute" è stata modificata e sostituita nel seguente modo "a mansioni equivalenti o, in difetto, a mansioni inferiori garantendo il trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza". La modifica anzidetta sottolinea l'impegno del legislatore nel garantire nella maniera più ampia possibile il diritto al lavoro, senza che mai venga meno il diritto alla salute del lavoratore, diritto questo salvaguardato dal giudizio di idoneità alla mansione che così perde le caratteristiche di boomerang per il lavoratore, acquisendo concretamente la capacità di tradursi in valido ed accettabile strumento di tutela della sua salute non necessariamente in odiosa antitesi ed incompatibilità con il lavoro.

Si prende atto con soddisfazione che **l'Articolo 35 del D.Lgs. 106/09** prevede un ridimensionamento sostanziale delle sanzioni previste dall'Articolo 58 del D.Lgs 81/08 a carico del Medico Competente, riducendole ampiamente rispetto a quanto precedentemente stabilito e derubricandone alcune, legate a irregolarità solo formali, da sanzioni penali a sanzioni amministrative. Sono state anche introdotte alcune sanzioni non previste nel precedente testo del D.Lgs 81/08, precisamente per la violazione dell'articolo 25, comma 1, lettera a) e articolo 41, commi 3 e 6-bis, relativi rispettivamente: alla collaborazione con il Datore

di Lavoro e l'RSPP alla valutazione dei rischi e a quanto ne consegue in termini di programmazione; all'effettuazione di visite per accertare lo stato di gravidanza e negli altri casi vietati dalla normativa; alla mancata comunicazione scritta dei giudizi di idoneità al lavoro. Tali innovazioni non suscitano, peraltro, particolari perplessità. La revisione generale delle sanzioni, che caratterizza tutto il nuovo impianto sanzionatorio disegnato dal D.Lgs. 106/09 anche nei confronti del Datore di Lavoro, dei Dirigenti e dei Preposti è il segnale che il Legislatore ha preso atto della sproporzione fra tipologia di reato ed entità della sanzione che caratterizzava il testo originario del D.Lgs 81/08.

I seguenti articoli del decreto correttivo non modificano significativamente i contenuti degli altri Titoli del D.Lgs 81/08 successivi al primo, per quanto attiene gli aspetti relativi ai compiti e attività del Medico Competente e alla sorveglianza sanitaria. In alcuni casi vengono modificate le sanzioni previste per il Medico Competente negli specifici ambiti di rischio, proporzionalmente ridotte con gli stessi criteri innanzi richiamati.

Meritano un commento a parte, tuttavia, i seguenti articoli.

L'Articolo 110, modificando l'articolo 232 del D.Lgs. 81, ribadisce correttamente la modifica della definizione di "rischio moderato" con quella di rischio "basso per la sicurezza e irrilevante per la salute dei lavoratori". A differenza da quanto previsto nel decreto originariamente approvato dal Governo, tale definizione non viene ulteriormente specificata ed è lasciata così alla libera interpretazione da parte di organi tecnici e/o società scientifiche (se non della magistratura). La SIMLII auspica che il concetto di rischio "basso per la sicurezza e irrilevante per la salute dei lavoratori" sia presto definito sulla base di criteri tecnico - scientifici, alla cui definizione esprime l'intenzione di contribuire.

Nel decreto correttivo in esame sono poi presenti i seguenti articoli:

Articolo 112 (*Modifiche all'articolo 243 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81*)

1. All'articolo 243 del decreto, il comma 4 del D.Lgs 81/08 è sostituito dal seguente:

"4. In caso di cessazione del rapporto di lavoro, il Datore di Lavoro invia all'ISPESL, per il tramite del Medico Competente, la cartella sanitaria e di rischio del lavoratore interessato unitamente alle annotazioni individuali contenute nel registro e, secondo le previsioni dell'articolo 25 del presente decreto, ne consegna copia al lavoratore stesso."

Articolo 120 (*Modifiche all'articolo 260 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81*)

1. All'articolo 260, comma 3, del decreto, dopo la parola: "ISPESL" sono inserite le seguenti: "per il tramite del Medico Competente".

Si tratta, in entrambi i casi, della previsione formale di un compito aggiuntivo per il Medico Competente, vale a dire la trasmissione all'ISPESL delle cartelle dei lavoratori dimessi con esposizione pregressa a cancerogeni e ad amianto. Appare logico che la gestione delle cartelle sanitarie e di rischio sia affidata al Medico Competente; rimane però da definire cosa significhi il termine "per il tramite"; vale a dire di chi sia

la responsabilità finale dell'invio anche se, dato che non sembra essere sanzionato in merito il Medico Competente, si ritiene che tale responsabilità ricada sul Datore di Lavoro.

Analogamente, **l'Articolo 130** (*Modifiche all'articolo 280 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81*) prevede:

1. All'articolo 280 del decreto i commi 2 e 3 sono sostituiti dai seguenti:

“2. Il Datore di Lavoro istituisce ed aggiorna il registro di cui al comma 1 e ne cura la tenuta tramite il responsabile del servizio di prevenzione e protezione. Il Medico Competente e il rappresentante per la sicurezza hanno accesso a detto registro.

3. Il Datore di Lavoro:

a) consegna copia del registro di cui al comma 1 all'ISPESL e all'organo di vigilanza competente per territorio, comunicando ad essi ogni tre anni e comunque ogni qualvolta questi ne facciano richiesta, le variazioni intervenute;

b) comunica all'ISPESL e all'organo di vigilanza competente per territorio la cessazione del rapporto di lavoro, dei lavoratori di cui al comma 1, fornendo al contempo l'aggiornamento dei dati che li riguardano e consegna al medesimo Istituto per tramite del Medico Competente le relative cartelle sanitarie e di rischio;

c) in caso di cessazione di attività dell'azienda, consegna all'Istituto superiore di sanità e all'organo di vigilanza competente per territorio copia del registro di cui al comma 1 ed all'ISPESL copia del medesimo registro nonché per il tramite del Medico Competente le cartelle sanitarie e di rischio;

d) in caso di assunzione di lavoratori che hanno esercitato attività che comportano rischio di esposizione allo stesso agente richiede all'ISPESL copia delle annotazioni individuali contenute nel registro di cui al comma 1, nonché copia della cartella sanitaria e di rischio;”.

Anche nel caso di esposizione a rischio biologico, pertanto, il Legislatore affida la gestione delle cartelle sanitarie e di rischio al Medico Competente mentre, diversamente da quanto previsto dal testo originario del D.Lgs 81/08, la responsabilità della tenuta del registro degli esposti e degli eventi accidentali passa in questo caso dal Medico Competente al RSPP. Tuttavia la tenuta del registro degli esposti a cancerogeni (e all'amianto) resta in capo al Medico Competente.

Questa logica appare, in verità, di difficile decodificazione.

Per quanto riguarda gli **Allegati**, infine, è stato soppresso tutto il capitolo 5 dell'allegato IV “Requisiti dei luoghi di lavoro”, che riportava norme vetuste in merito al *Pronto Soccorso* negli ambienti di lavoro, pressoché testualmente riprese dal Decreto 388 del 15 luglio 2003.. La necessità dell'abrogazione di tale capitolo è decisamente indiscutibile, ma probabilmente si poteva, in questa occasione, rivedere criticamente tutto l'argomento dei presidi sanitari e del personale sanitario che deve essere presente presso i luoghi di lavoro, adeguandolo all'attuale normativa e alle moderne esigenze aziendali e mantenendo, nel contempo, le più adeguate garanzie per tutti i lavoratori.

Conclusioni

Il decreto correttivo 106/09 chiude un percorso legislativo durato circa due anni e frutto di un ampio dibattito nel Paese tra gli esperti del settore.

Le numerose innovazioni normative, che tra l'altro hanno tenuto conto delle istanze formulate dalla SIMLII devono certamente essere accolte con favore dai Medici Competenti, nonostante alcuni aspetti relativi al ruolo e alle attribuzioni del Medico Competente non siano del tutto chiari e meritino ancora attenzione.

Al momento appare piuttosto improbabile un ulteriore processo di revisione legislativa in materia di Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro e pertanto l'attuale situazione configura il quadro normativo con il quale i soggetti della Sicurezza in azienda dovranno confrontarsi

Tenuto conto delle perplessità anzidette e della necessità che il Medico Competente possa svolgere il proprio ruolo di “preventore” nella maniera più efficace possibile, è certamente auspicabile che le Società scientifiche e professionali del settore, che davvero rappresentano le istanze degli operatori in questione, siano consultate e partecipino alle commissioni istituzionali, come peraltro previsto dall'art. 5, comma 6 – “Comitato Consultivo Permanente”, che appunto indica che la *“La Commissione si avvale della consulenza.....è può richiedere la partecipazione di esperti nei diversi settori di interesse...”*.

In conclusione, la SIMLII auspica che possa esservi, in sede di integrazione o interpretazione della norma, l'opportunità di collaborare e apportare il proprio contributo, frutto di esperienze multidisciplinari che abbracciano l'intero panorama della Medicina del Lavoro, affinché la norma possa consentire a questa Disciplina di tradurre concretamente le sue potenzialità nei luoghi di lavoro in termini di prevenzione primaria, secondaria e promozione della salute e della sicurezza dei lavoratori.