

SORVEGLIANZA SANITARIA

a cura del Gruppo CIIP



CIIP – Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione

Via San Barnaba 8 – 20122 Milano www.ciip-consulta.it - consulta.prevenzione@unimi.it



1 INTRODUZIONE: ALCUNI NODI

a cura del Gruppo di Lavoro CIIP

Eugenio Ariano, Quintino Bardoscia, Natale Battevi, Laura Bodini, Gilberto Boschioli, Susanna Cantoni (coordinatore), Roberto Dighera, Fulvio d'Orsi, Giovanni Falasca, Flavio Napolano, Antonia Maria Guglielmin, Battista Magna, Paolo Mascagni, Carlo Nava, Giuseppe Taino

Nell'anno 2019, nell'occasione del compleanno CIIP (30 anni! vedi [E Book su Storia CIIP](#)) si è ripreso il confronto tra i medici del lavoro operanti nel sistema pubblico e i medici competenti

Del Gruppo fanno parte medici del lavoro appartenenti ad alcune delle Associazioni CIIP: AIAS, AIRM, Ambiente & Lavoro, ANMA, SIE, SNOP.

Già molti anni fa, CIIP produsse un [documento rimasto storico](#) di confronto tra le attività delle due figure: medico del lavoro di azienda e medico del lavoro ASL, descrivendone i compiti e i relativi bisogni formativi.

Così come molto più recentemente il Gruppo legislazione CIIP ha introdotto brevemente alcune di queste problematiche all'interno del corposo e complesso [documento sull'aggiornamento della legislazione](#).

Da questo recente e proficuo confronto nasce questo documento di consenso, un piccolo E Book-vademecum per migliorare la qualità della sorveglianza sanitaria, i rapporti tra imprese e professionisti e sistema pubblico di prevenzione e controllo.

Questi alcuni dei temi trattati

- la necessità e liceità della sorveglianza sanitaria;
- la centralità del Medico Competente nella valutazione dei rischi;
- l'importanza della valorizzazione dei dati che emergono dalla elaborazione delle informazioni provenienti dal sistema informativo (ad esempio l'Allegato 3B) per una corretta programmazione degli interventi e della formazione;
- i criteri generali per l'espressione del giudizio di idoneità;
- il confronto tra medico competente, servizio di prevenzione di impresa, linea aziendale e lavoratore per una miglior gestione delle idoneità con limitazioni;
- l'accomodamento ragionevole: una nuova frontiera per affrontare la disabilità e l'invecchiamento al lavoro;
- il ricorso avverso il giudizio di idoneità: verso una maggior omogeneità di procedure.

Su questo documento, sempre in progress, vorremmo si aprisse un confronto tra i vari attori, non solo i professionisti, ma anche rappresentanti degli imprenditori e dei lavoratori. L'obiettivo è far sì che la sorveglianza sanitaria sia effettivamente ed efficacemente una delle misure di prevenzione e non un mero adempimento alla norma e che la gestione dei lavoratori con limitazioni, che riguarda un numero sempre maggiore di soggetti soprattutto in alcuni settori lavorativi, sia finalizzata al miglior ricollocamento degli stessi.

Partendo da questo documento, e da quanto già sviluppato dal Gruppo di lavoro sulla formazione, CIIP intende avviare prossimamente un percorso di riflessioni e proposte per il miglioramento della formazione dei medici del lavoro, oltre che delle altre figure della prevenzione.

Durante la stesura del documento il Ministero della Salute ha istituito 2 tavoli di lavoro:

- sulla gestione dei ricorsi ovvero il giudizio del medico competente. A questo tavolo, sollecitato da CIIP e da ANMA, partecipano anche SIML e diversi rappresentanti del Gruppo Tecnico Sicurezza Lavoro del Coordinamento delle Regioni;
- sulla analisi dei dati raccolti trasmessi dai medici competenti con l'Allegato 3B e sulla possibile revisione migliorativa dello stesso. A questo tavolo partecipano, oltre al Ministero Salute, il Ministero Lavoro, INAIL, rappresentanti del Gruppo Tecnico Sicurezza Lavoro del Coordinamento delle Regioni, SNOP, ANMA, SIML, FNOMCEO. ad esso faremo avere il nostro documento appena ultimato.

2 LINEE DI INDIRIZZO PER LA SORVEGLIANZA SANITARIA E IL GIUDIZIO DI IDONEITÀ

2.1 FINALITÀ E CAMPO DI APPLICAZIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA

2.1.1 Aspetti generali

La sorveglianza sanitaria costituisce una fondamentale misura di prevenzione per i lavoratori che sono esposti a rischi per la salute, cioè ad agenti di natura fisica, chimica, biologica od ergonomica suscettibili di provocare una malattia da lavoro dopo periodi più o meno lunghi di esposizione. Essa rappresenta l'anello di congiunzione tra gli interventi sull'ambiente e l'organizzazione del lavoro e le persone che, svolgendo quel lavoro, sono esposte a specifici agenti di rischio. In estrema sintesi la sorveglianza sanitaria valuta gli effetti sulla salute di tale esposizione, con l'obiettivo di adattare le misure di prevenzione alle peculiarità del singolo lavoratore e di verificare l'efficacia delle misure adottate, assicurandosi che non insorgano danni alla salute tra i soggetti esposti.

Il controllo sanitario dei lavoratori e l'allontanamento del lavoratore dall'esposizione al rischio per motivi sanitari inerenti la sua persona fanno parte delle misure generali di tutela previste dall'art. 15 del D.Lgs. 81/08.

La sorveglianza sanitaria comprende visite mediche ed accertamenti diagnostici mirati ad individuare gli effetti precoci dell'esposizione agli agenti di rischio, nonché ad esaminare le condizioni degli organi bersaglio al fine di escludere le patologie di qualsiasi origine, che possono costituire una controindicazione all'esposizione. L'organo di vigilanza ha sempre la facoltà di disporre, con un provvedimento motivato vincolante, protocolli diagnostici e periodicità diverse da quelle stabilite dal medico competente (art. 41, comma 2, lettera b D.Lgs. 81/08).

Le visite mediche comprendono:

- a. **visita medica preventiva** intesa a costatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato al fine di valutare la sua idoneità alla mansione specifica;
- b. **visita medica periodica** per controllare lo stato di salute dei lavoratori e finalizzata a verificare il permanere delle condizioni di idoneità alla mansione specifica. La periodicità di tali accertamenti, qualora non prevista dalla relativa normativa, viene stabilita, di norma, in una volta l'anno. Tale periodicità può assumere cadenza diversa, stabilita dal medico competente in funzione dell'esito della valutazione del rischio, valutazione a cui il medico competente deve partecipare attivamente;
- c. **visita medica su richiesta del lavoratore**, qualora sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta (*questa visita può essere richiesta da qualsiasi lavoratore, non solo da chi è soggetto a sorveglianza sanitaria preventiva e periodica a condizione, naturalmente, che in azienda sia già presente un medico competente – Interpello n. 8/2015*);
- d. **visita medica in occasione del cambio della mansione** per verificare l'idoneità alla mansione specifica;
- e. **visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro** nei casi previsti dalla normativa vigente (*allo scopo di fornire al lavoratore le indicazioni utili a proseguire il controllo del suo stato di salute dopo la fine dell'esposizione, per una diagnosi precoce di eventuali effetti tardivi*);
- f. **visita medica preventiva in fase preassuntiva** (*questa visita riguarda solo i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria preventiva e periodica in quanto è la stessa visita preventiva, finalizzata ai rischi della mansione specifica, che viene però eseguita prima dell'assunzione*);
- g. **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 (*il*

controllo sanitario deve essere eseguito anche se non è il lavoratore a richiederlo, ma questa visita riguarda solo i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria preventiva e periodica).

Ad eccezione delle visite di fine rapporto, tutte le visite si concludono con un giudizio di idoneità alla mansione specifica. Nel giudizio di idoneità il medico competente, pur incentrandosi in particolare sui rischi specifici che hanno attivato la sorveglianza sanitaria, si esprime sul complesso delle condizioni che riguardano l'idoneità lavorativa. Ciò deve consentire al Datore di Lavoro di adoperarsi per il rispetto del principio contenuto nell'art. 18, comma 1, lettera c) "nell'affidare i compiti ai lavoratori, *(deve)* tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza".

In medicina del lavoro nella valutazione dell'idoneità lavorativa si considera:

- se il paziente/lavoratore può ammalarsi ovvero le sue condizioni possono aggravarsi a causa del lavoro;
- se le condizioni del paziente/lavoratore limitano o impediscono di svolgere il compito lavorativo;
- se le condizioni del paziente/lavoratore possono esporlo a un rischio infortunistico sul lavoro;
- se le condizioni del paziente/lavoratore possono essere causa di un rischio per la sicurezza di terzi;
- se le condizioni del paziente/lavoratore possono determinare un rischio per la comunità.

Non tutti questi aspetti sono affidati al medico competente secondo la normativa italiana o lo sono solo per alcuni ambiti specifici .

2.1.2 I rischi previsti da specifiche norme di legge

In base all'art. 41 del D.Lgs. 81/08, la sorveglianza sanitaria è effettuata nei casi previsti dalla normativa vigente. Tali casi sono rappresentati in primo luogo dai cosiddetti "*rischi normati*", cioè da fattori di rischio, attività lavorative e circostanze di esposizione, per le quali esiste un'esplicita disposizione normativa che impone l'obbligo di sorveglianza sanitaria. Le disposizioni normative sono costituite in primo luogo dallo stesso D.Lgs. 81/08 a cui si aggiungono altre norme specifiche che non sono ricomprese nel testo unico, ma sono tuttora vigenti. La tab. 1 riporta l'elenco dei rischi normati e dei corrispondenti riferimenti normativi.

Tab. 1 - Norme specifiche che prevedono l'obbligo di sorveglianza sanitaria

DISPOSIZIONI DI LEGGE	RISCHI	LAVORAZIONI E/O LIVELLI DI ESPOSIZIONE A CUI SI APPLICA
D.Lgs. 81/08	Movimentazione manuale di carichi	LI $\geq$ 1
	Lavoro al videoterminale	Esposizione > 20 ore medie / sett
	Agenti chimici pericolosi non classificati né classificabili come cancerogeni o mutageni 1A e 1B ai sensi della normative EU	Esposizione superiore al livello che corrisponde a un "irrilevante" per la salute (ragionevolmente assumibile come quello corrispondente al DNEL)
	Agenti chimici pericolosi classificati ovvero classificabili come cancerogeni e/o mutageni 1A e 1B ai sensi della normative EU	Esposizione superiore al livello di fondo della popolazione generale non professionalmente esposta
	Amianto	Tutte le attività escluse le "esposizioni sporadiche e di debole intensità" (ESED)
	Rumore	LEX > 85 dBA (a richiesta per LEX > 80 dBA)
	Vibrazioni meccaniche	Vibrazioni braccio-mano > 2,5 m/s ² (8 ore) Vibrazioni corpo intero > 0,5 m/s ² (8 ore)
	Campi elettromagnetici	
	Radiazioni ottiche artificiali	
	Agenti biologici e rischi da ferite da taglio e da punture nel settore ospedaliero e sanitario	
D.P.R. 321/56	Atmosfere iperbariche	
D.P.R. 128/59 (D.P.R. 886/79; D.Lgs. 624/96)	Cave, miniere, industrie di trivellazione ed estrattive	
D.P.R. 1124/65	Polveri contenenti silice cristallina	
D.Lgs. 230/95	Radiazioni ionizzanti	Esposti categoria A e B
D.Lgs. 271/99	Lavoro sulle navi passeggeri, mercantili e da pesca	
D.Lgs. 66/03 (modificato dal D.Lgs. 213/04)	Lavoro notturno	>80 notti/anno

L'obbligo di sorveglianza sanitaria tuttavia non ricorre ogni qual volta un rischio per la salute sia semplicemente presente nel ciclo lavorativo, ma solo quando l'esposizione a tale rischio superi un certo livello d'azione, che costituisce il livello oltre il quale scatta l'obbligo di adozione di misure di prevenzione specifiche.

La valutazione dei rischi per la salute segue infatti il modello universale della curva dose-risposta (fig. 1). Su questa curva possono essere stabiliti due livelli di soglia: il livello di azione e il valore limite. Il primo indica il livello a cui scatta l'obbligo normativo di adottare misure di prevenzione specifiche ai fini di una corretta gestione del rischio che residua dopo l'adozione delle misure di prevenzione generale. Il secondo indica il livello di esposizione che, per dettato di legge, non deve essere superato. La base razionale che presiede alla determinazione dei predetti livelli di soglia è complessa e comprende considerazioni sanitarie, economiche e di fattibilità tecnologica. Per questo motivo il rispetto dei valori limite non garantisce automaticamente contro l'insorgenza di malattie correlate al rischio e, in particolare, non ha la medesima efficacia per tutti i lavoratori esposti, in quanto diversa è la suscettibilità individuale di ciascuno, in ragione delle differenze di genere, di età, delle caratteristiche genetiche e della coesistenza di eventuali patologie extra-lavorative. La sorveglianza sanitaria ha proprio lo scopo di verificare le condizioni di salute di ciascun lavoratore in relazione ai possibili effetti imputabili all'esposizione lavorativa, così da adottare particolari misure di prevenzione a livello individuale.

Ne consegue che il livello di azione dovrebbe corrispondere a quel livello di esposizione sufficientemente basso (trascurabile o irrilevante) tale da tutelare anche il lavoratore ipersuscettibile, così che la sorveglianza sanitaria non risulti necessaria.

Laddove il livello d'azione non è stabilito in maniera puntuale dalla normativa (esempio "rischio chimico irrilevante"), questo criterio dovrebbe essere tenuto presente nel classificare il livello di rischio nell'ambito della valutazione del rischio. Al contempo, quando il livello d'azione stabilito dalla norma non risponde in pieno al suddetto criterio, al fine di istituire o escludere l'obbligo di sorveglianza sanitaria, occorrerebbe prudentemente considerare le condizioni di ipersuscettibilità della popolazione lavorativa (ad es. per caratteristiche di genere ed età). Si tratta di un principio in alcuni casi chiaramente espresso dalla normativa come per il rischio di esposizione a vibrazioni trasmesse al corpo intero (art. 204, comma 2 D.Lgs. 81/08).

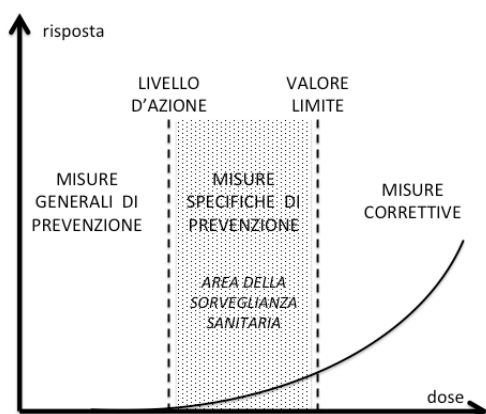


Fig. 1 - Misure di prevenzione in base alla curva dose-risposta

2.1.3 La radioprotezione medica

La normativa in materia di radioprotezione non è stata inclusa nel D.Lgs. 81/08 per una serie di motivi che non analizzeremo in questa sede. La mancata integrazione ha sicuramente creato problemi di coordinamento tra gli adempimenti previsti dalle due norme e tra le figure deputate ad assolverli, con duplicazione di interventi; basti pensare alla duplicazione degli accertamenti sanitari rispettivamente previsti dalle due norme e della relativa documentazione, alla duplicazione di documenti di valutazione dei rischi che, non integrandosi, fanno venir meno l'obiettivo di completezza richiamato nell'art. 28 del D.Lgs 81/08.

In attesa della indispensabile integrazione e armonizzazione delle due norme è auspicabile che nella prassi quotidiana vengano messi in atto tutti i possibili accorgimenti perché i principi fondamentali del Titolo I del D.Lgs. 81/08 siano guida anche per gli adempimenti in materia di radioprotezione.

Per quanto riguarda la sorveglianza sanitaria, è auspicabile che il DVR contenga anche la parte relativa alla radioprotezione e che il DVR così integrato costituisca la fonte di informazioni per il medico di Radioprotezione, al fine di renderlo edotto degli altri rischi specifici esistenti nelle attività lavorative così da poter formulare il proprio piano di sorveglianza sanitaria in forma coordinata anche con il piano di sorveglianza sanitaria per gli altri rischi. Indispensabile, ovviamente, lo stretto confronto con il Medico Competente anche per l'espressione dei giudizi di idoneità e dei provvedimenti conseguenti.

Inoltre, anche la classificazione dell'esposizione dei lavoratori dovrebbe essere generata dalla valutazione integrata dei rischi. Nell'ambito della sorveglianza dei lavoratori esposti alle radiazioni ionizzanti la classificazione necessita inoltre del contributo e parere tecnico dell'esperto qualificato come previsto dal comma 1 dell'art. 80 del D.Lgs. 230/95.

Per quanto riguarda l'esposizione occupazionale a radiazioni ionizzanti, se da una parte è nell'esperienza di molti medici competenti osservare una sovrastima della effettiva possibilità di ricevere dosi significative nei lavoratori di gruppo B (spesso i controlli di dose su questi lavoratori mostrano esposizioni sovrapponibili a quelle della popolazione generale), dall'altra parte si sono sviluppate nell'ultimo ventennio, soprattutto in campo medico (ma non solo), molteplici attività che comportano, proprio per la tipologia e le finalità di utilizzo delle radiazioni, nonché per le particolari modalità di lavoro, livelli di esposizione dei lavoratori spesso elevati fino ai limiti stabiliti dalla normativa, con rilevanti problemi sanitari e medico-legali da gestire per il medico addetto alla sorveglianza. Si ricordano, in particolare e a titolo di esempio, attività mediche in grande espansione come quelle dei cardiologi interventisti, degli endoscopisti interventisti, dei medici/tecnici di medicina nucleare o di terapia del dolore. Vale inoltre ricordare che, per il rischio da radiazioni ionizzanti, viene primariamente considerato il rischio espositivo potenziale in relazione alle aree e modalità di esposizione e che una vera valutazione individuale del rischio si può oggettivare solo a posteriori con il calcolo periodico (su base semestrale o annuale) delle dosi espositive rilevate.

D'altra parte, l'obbligo della sorveglianza medica in radioprotezione non è correlato necessariamente all'effettivo assorbimento di una dose, piccola che sia, quanto piuttosto alla suscettibilità di ricevere una dose (D.Lgs. n. 230/1995).

Pertanto, ai fini della sorveglianza medica della Radioprotezione¹ è importante individuare tutte quelle condizioni di predisposizione, di meiorpragia e di patologia conclamata che possono comportare il manifestarsi di una malattia da radiazioni o un peggioramento della salute di chi lavora.

Il medico incaricato della Radioprotezione, nell'ambito dello specifico esercizio professionale, dovrebbe infatti confrontarsi con i due grandi capitoli della radiopatologia: i danni deterministici (graduati, a soglia o reazioni tissutali) e i danni stocastici (probabilistici). Per i primi è possibile attuare una prevenzione totale, mantenendo le dosi a livelli inferiori alla dose soglia; per i secondi, ammettendo una relazione di causalità lineare senza soglia, si può ipotizzare soltanto la limitazione degli stessi. Nella scelta degli accertamenti diagnostici riguardanti i danni deterministici non si può prescindere dal confronto tra i dati dosimetrici comunemente osservati e le specifiche soglie di dose. Di grande importanza sono al riguardo i valori soglia indicati nelle pubblicazioni ICRP n. 41 del 1984 e n. 60 del 1990¹ per l'esposizione singola di breve durata e per l'esposizione protratta e frazionata, sia annuale che totale.

Per quanto riguarda gli effetti stocastici, va rilevato che il sistema di protezione radiologica (art. 2 del D.Lgs. n. 230/1995) è strettamente correlato all'ipotesi di relazione di tipo lineare senza soglia tra dose e probabilità di accadimento: ogni tipo di esposizione alle radiazioni ionizzanti dovrebbe essere mantenuto ai livelli più bassi ragionevolmente ottenibili, nell'assunzione che il danno stocastico si possa limitare riducendo le dosi, ma mai prevenire del tutto. A questo va aggiunto il fatto che il danno stocastico radioindotto di tipo somatico (leucemie e tumori solidi) è aspecifico, a comparsa casuale e tardiva nella popolazione esposta e non è dimostrabile alle basse dosi attraverso l'evidenza epidemiologica. Ne consegue che il medico dovrebbe confrontarsi, non soltanto con gli eventuali casi di tumore in eccesso dovuti all'irradiazione professionale, ma inevitabilmente e prevalentemente con i tumori cosiddetti "spontanei" o "naturali", che si presentano nella comune popolazione con una mortalità del 30 % ed oltre. In questo contesto la sorveglianza medica della Radioprotezione acquisisce indubbiamente compiti istituzionali di tipo oncopreventivo.

In considerazione della complessità della materia, si conferma la necessità per i medici che si occupano di Radioprotezione di una formazione professionale e tecnica specifica.

2.1.4 I rischi non previsti da specifiche norme di legge

Oltre ai rischi e alle attività lavorative riportati nella tabella 1 che sono disciplinati da disposizioni normative specifiche, esistono rischi o situazioni pericolose per i quali la sorveglianza sanitaria può rendersi necessaria quale misura di prevenzione, pur non essendo specificamente prevista dalla normativa vigente, ma documentata nella valutazione dei rischi.

Su questo punto esiste un dibattito aperto, che registra posizioni non univoche. Secondo alcuni la sorveglianza sanitaria disposta dal datore di lavoro è vietata dall'art. 5 della L. 300/70 in tutti i casi in cui non è esplicitamente disposta da una norma di legge (in questi casi il datore di lavoro deve rivolgersi ad un ente pubblico per un'eventuale valutazione della idoneità); altri la ritengono lecita,

¹ La sorveglianza medica della Radioprotezione, è normata dal D.Lgs. 230/95 e s.m.i, dai relativi decreti ministeriali ed è richiamato in maniera specifica dalle seguenti disposizioni: ICRP pubblicazione n. 26 del 1977; Direttiva Comunitaria 80/836/Euratom, del 15 luglio 1980; ICRP pubblicazione n. 60 del 1990; Direttiva 96/29/Euratom del Consiglio, del 13 maggio 1996; Manuale IAEA "Radiation Protection in Occupational Health: Manual for Occupational Physicians"; Direttiva 2013/59/Euratom del Consiglio, del 5 dicembre 2013.

anche se non prevista da norme specifiche, purché prevista nel DVR quale misura di prevenzione e in ottemperanza a quanto indicato dall'art. 18 e dall'art. 15 del D.Lgs. 81/08.

Tra gli obblighi del datore di lavoro e del dirigente, infatti, l'art. 18, comma 1, lettera c) prevede l'obbligo di tenere conto delle capacità e delle condizioni dei lavoratori in rapporto alla loro salute e alla sicurezza nell'affidare loro i rispettivi compiti e l'art. 15 alla lettera m) prevede, tra le misure generali di tutela, l'allontanamento del lavoratore dalla esposizione a rischio per motivi inerenti la sua persona e l'adibizione, ove possibile, ad altra mansione.

D'altra parte l'allegato 3B, modificato dal DM 12 luglio 2016, riporta tra i rischi lavorativi per i quali il medico competente deve comunicare i dati della sorveglianza sanitaria, alcuni rischi non previsti espressamente da alcuna norma specifica che imponga la sorveglianza sanitaria, ancorché il datore di lavoro abbia comunque l'obbligo della valutazione e dell'adozione di idonee misure di tutela. L'allegato 3B menziona infatti i rischi posturali, le radiazioni ultraviolette naturali, il microclima severo, gli infrasuoni ed ultrasuoni. Riporta inoltre una voce generale: "altri rischi evidenziati dalla valutazione dei rischi". Tutte queste voci (compresa quella generale) risultano compilate nelle comunicazioni annuali dei medici competenti, con numeri molto elevati e significativi.

Bisogna inoltre considerare che la possibilità concreta di rivolgersi ad un ente pubblico per la valutazione dell'idoneità lavorativa, ai sensi del citato art. 5 della L. 300/70, riguarda casi singoli, non certo gruppi di lavoratori esposti ai medesimi rischi. In questi casi, quindi, l'unico modo di attuare la sorveglianza sanitaria come misura di prevenzione è quello di affidarla al medico competente.

Tuttavia, proprio perché esiste al momento questa incertezza normativa, occorre che le scelte effettuate siano improntate alla massima chiarezza e trasparenza, strettamente correlate alla valutazione dei rischi, esplicitandone i motivi ed evidenziando le possibili correlazioni con la salute e sicurezza dei lavoratori.

A tal fine si ritiene utile:

- esplicitare nel DVR i rischi per i quali si ritiene necessaria la sorveglianza sanitaria e per quali motivi;
- informare in merito adeguatamente gli RLS;
- sottoporre a sorveglianza sanitaria tutti i lavoratori esposti alle medesime condizioni;
- esprimere a conclusione un regolare giudizio di idoneità alla mansione specifica, anche al fine di consentire al lavoratore di avvalersi della facoltà di ricorso.

Oltre ai rischi per la salute non previsti da norme di legge specifiche, vi sono moltissime attività ad alto rischio infortunistico per le quali risulta opportuna la verifica dell'idoneità psicofisica, basti pensare all'accesso in quota, alla guida di veicoli particolari, al lavoro in ambienti confinati, all'uso di particolari DPI, all'incarico di addetto all'emergenza e primo soccorso.

Uno degli aspetti ad oggi meglio definiti è la sorveglianza sanitaria per la prevenzione degli infortuni del lavoratore adibito a lavori in altezza, sorveglianza che, sebbene non espressamente richiamata da un obbligo di legge come nel caso degli accertamenti in materia di alcol e droghe, rappresenta nella corrente operatività dei medici competenti e nelle interpretazioni degli organi giudicanti una importante misura di tutela atta a scongiurare il verificarsi di eventi infortunistici. D'altro canto, una attenta disamina della normativa vigente, delle linee guida e della letteratura esistenti, nonché di alcune sentenze della Corte di Cassazione in materia di salute e sicurezza sui

luoghi di lavoro, conduce a ritenere che, sebbene non espressamente prevista dalla norma come per altri rischi, la sorveglianza sanitaria per il lavoro in altezza ed il rischio infortunistico sia da considerare non solo lecita, ma anche dovuta. A sostegno di tale interpretazione si citano:

- le Linee guida per la esecuzione dei lavori temporanei in quota con l'impiego di sistemi di accesso e posizionamento mediante funi, Ministero del lavoro, Ministero della salute, ISPESL, 2003: "Elementi fondamentali di riduzione del rischio di caduta dall'alto.... l'idoneità psicofisica del Lavoratore".
- le Linee guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ai lavori temporanei in quota con impiego di sistemi di accesso e posizionamento mediante funi, Coordinamento tecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro, 2007. Le Linee guida prevedono la sorveglianza sanitaria.
- le Linee guida per l'utilizzo di scale portatili nei cantieri temporanei e mobili, Regione Lombardia, 5.3.2014. che prevedono la sorveglianza sanitaria.
- le Linee guida per la sorveglianza in edilizia, Regione Lombardia, 19.6.2012: "Lo scopo è valutare la idoneità psicofisica del soggetto alla mansione specifica, alla luce dei rischi, compreso quello infortunistico".

D'altra parte la caduta dall'alto rappresenta ancora in Italia la prima causa di infortunio mortale e la letteratura scientifica ha osservato che è presente un certo aumento del rischio di infortunio (in particolare legato a lavori in altezza), con odds ratio da 1,5 a 2, in lavoratori affetti da diabete, epilessia, malattie psichiche, ipoacusia e che assumevano farmaci sedativi²; nonché in lavoratori cardiopatici³.

Un altro aspetto di grande interesse è anche il tema della sorveglianza sanitaria negli addetti alla conduzione/utilizzo di **attrezzature/macchine/impianti ad elevato rischio infortunistico**, in particolare in riferimento ai rischi per la sicurezza rivenienti dalle condizioni di salute del lavoratore che non rientrano nel capitolo delle verifiche di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti, quali la guida di veicoli con patente B per coloro che non sono autisti, ma appartengono alla vasta categoria dei mobile workers. Si veda, ad esempio, l'attenzione che di recente si sta riservando alla problematica della Sindrome delle Apnee Notturme (OSAS) ed alle potenziali ricadute che la stessa può avere sulla guida di veicoli e su tutti compiti lavorativi che richiedono una continua vigilanza ai fini della sicurezza.

Al riguardo, si ritiene che, quando l'accertamento riguarda le condizioni di salute del lavoratore (e non le sue abitudini voluttuarie), ai fini della tutela della sua incolumità da un rischio di infortunio grave, sia da considerare lecito, rispettando le condizioni necessarie precedentemente citate

²La profilassi medica degli infortuni professionali, SUVA, aprile 2010: "Una revisione sistematica di K.T. Palmer et al. (Occup Environ Med doi: 10.1136/oem.2007.037440)

³D'Ovidio Cristian, Rosato E., Rossi P., Carnevale Aldo: Casi osservati di morte per precipitazione di lavoratori cardiopatici: review della letteratura medico-legale sui fattori di rischio. Rivista degli infortuni e delle malattie professionali, Fascicolo 1/2015.

(evidenza nel DVR, informazione agli RLS, sorveglianza di tutto il gruppo omogeneo e giudizio di idoneità).

2.1.5 Rischio per la sicurezza dei terzi e rischio per la comunità

La normativa a tutela della sicurezza e della salute sui luoghi di lavoro da sempre ha inteso la sorveglianza sanitaria come uno strumento di prevenzione orientato alla tutela della salute del lavoratore nei confronti di rischi specifici conseguenti all'esposizione lavorativa. In tale solco si sono inseriti la definizione di sorveglianza sanitaria di cui all'art. 2, comma 2, lettera m) e l'art. 41 del D.Lgs. 81/08. Pertanto il giudizio di idoneità alla mansione, intesa quale esclusione di sussistenza di vulnerabilità peculiari della salute del lavoratore verso i rischi specifici della mansione, da sempre è stato assai poco o affatto influenzato dalla possibilità che le condizioni di salute o talune abitudini voluttuarie del lavoratore potessero interferire con la sicurezza del lavoratore stesso o, tantomeno, di terzi. Questo orientamento trovava tacita validazione nel fatto che i controlli sanitari dei lavoratori a tutela di terzi, pur obbligatori, erano previsti per alcune categorie da normative speciali del tutto indipendenti da quelle riguardanti la tutela della salute dei lavoratori.

Partendo da questa premessa, l'obbligo, previsto dal comma 4 dell'art. 41 del D.Lgs. 81/08, di verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti, ha per la prima volta attribuito alla sorveglianza sanitaria anche il compito di tutelare la sicurezza, non solo del lavoratore, ma anche di soggetti terzi, che siano colleghi o soggetti estranei alla azienda. Tale obbligo riguarda due distinti elenchi di attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro, ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute di terzi. Gli elenchi sono stabiliti, come è noto, da specifici provvedimenti Stato/Regioni e non sono coincidenti, nel senso che le norme sull'alcol si applicano ad attività diverse da quelle previste dalle norme sulle sostanze stupefacenti e viceversa. Gli elenchi inoltre sono considerati tassativi, ovverosia l'accertamento non può essere effettuato nei confronti di un lavoratore che non sia addetto ad una delle attività in elenco, anche in presenza di comportamenti sul lavoro che inducano il sospetto di una condizione di abuso.

Ad oltre dieci anni dalla introduzione di questo obbligo, pur condividendo lo spirito che ne ha ispirato la emanazione, permangono molte difficoltà applicative ed interpretative di detti accertamenti, meglio esplicitate nelle pagine 31 e 32 del documento CIIP *"Il D.Lgs. 81/2008 dieci anni dopo"* del marzo 2019, al quale si rimanda, per cui si ritiene necessario un completo riordino della materia, con un nuovo provvedimento Stato/Regioni, peraltro attualmente in stato di bozza.

Il nuovo testo, al momento in attesa del passaggio per l'approvazione in Conferenza Stato-Regioni, supera alcune delle difficoltà interpretative ed applicative della attuale regolamentazione evidenziate nel documento CIIP sopra richiamato e stabilisce con chiarezza l'obbligo di sorveglianza sanitaria per la verifica delle condizioni di assunzione di alcol e delle condizioni di alcol dipendenza rendendo così omogenea su tutto il territorio nazionale l'applicazione della normativa.

A partire dalle attuali liste viene riportato un unico elenco di attività ad elevato pericolo di infortunio, comportante gravi conseguenze per l'incolumità e la salute del lavoratore, degli altri lavoratori e dei terzi nello svolgimento delle mansioni specifiche. Vengono mantenute tutte le attività già presenti nell'allegato all'intesa del 17 settembre 2007 relativo alle sostanze stupefacenti e psicotrope, mentre vengono incluse solo in parte quelle dell'elenco allegato all'intesa del 16 marzo 2006 relativa all'alcol; i criteri con i quali sono state operate le scelte non vengono dichiarati. Data la rilevanza del fenomeno infortunistico da incidentalità stradale, si

ritiene di sottolineare l'assenza dall'elenco delle attività di guida con patente B nel trasporto merci, che vi andrebbero pertanto comprese. Per lo stesso motivo si ritiene inoltre che la revisione della regolamentazione possa essere l'occasione per inserire l'obbligo di controllo per i lavoratori autonomi nel settore dei trasporti, prevedendo meccanismi che garantiscano l'efficacia dell'intervento, quali l'obbligo di esibire a richiesta degli organi di controllo l'attestazione dei controlli effettuati presso un servizio pubblico in grado di garantire gli accertamenti e la chiamata senza preavviso.

La nota distingue nettamente tra le verifiche di assunzione da effettuarsi a campione in almeno il 20% dei lavoratori, da quelle di sorveglianza sanitaria e di verifica delle condizioni di dipendenza, lasciando quest'ultima in un ambito quasi di indeterminatezza. Nelle situazioni che fanno sospettare un'assunzione abituale, molto viene lasciato alla autonomia del medico competente che, fatta salva l'espressione di un giudizio di non idoneità temporanea alla mansione, può decidere se inviare o meno il lavoratore ad un centro alcolologico o ad un SERT. È come se nel passaggio da un regolamento ad un altro si sia persa traccia delle finalità per le quali nelle leggi quadro era prevista l'effettuazione dei controlli, ovvero quelle di prevenzione, di cura e di reinserimento sociale delle persone che potevano incorrere in comportamenti di abuso. Con finalità di prevenzione andrebbe previsto che la visita medica comprenda un'attività di counselling con tecniche di intervento breve laddove emergano segni di comportamenti a rischio. Inoltre l'esperienza maturata in questi anni di conduzione di accertamenti e le difficoltà talora incontrate nella gestione dei casi critici, non solo con i SERT, è bene che facciano emergere indicazioni che portino ad una reale collaborazione sul territorio per la gestione ed il recupero dei casi.

Al di fuori delle disposizioni su alcol e sostanze stupefacenti, l'accertamento dell'idoneità psicofisica finalizzata prevalentemente alla tutela di terzi, esula nel nostro ordinamento dalle funzioni proprie del medico competente, afferendo piuttosto alla certificazione da parte degli enti pubblici e di organismi di controllo, in ambito più propriamente medico-legale. Un esempio molto comune è l'idoneità all'uso di armi da fuoco impropriamente chiesta al medico competente in sede di visita preassuntiva per vigili urbani e agenti di servizi di vigilanza armata.

Per questi aspetti si ritiene che l'idoneità a fini di tutela di terzi possa essere affidata al medico competente sono quando esiste un'esplicita previsione normativa (attualmente prevista solo per alcol e sostanze stupefacenti), ovvero quando la problematica riguarda prevalentemente la sicurezza all'interno dell'attività produttiva, nei confronti degli altri lavoratori.

Vi sono tuttavia situazioni in cui non è facile tracciare questo confine, quali ad esempio le malattie infettive. La sorveglianza sanitaria prevista dall'art. 279 del D. Lgs. 81/08 in caso di rischio biologico è una misura di prevenzione a tutela del lavoratore. Ma a chi è affidata la sorveglianza sanitaria a protezione degli utenti e della comunità dalle malattie infettive? E a chi compete il relativo giudizio di idoneità? Un operatore sanitario portatore sano di virus di epatite può non presentare alcuna controindicazione all'attività lavorativa, ma può costituire fonte di contagio verso i pazienti. Il controllo e il giudizio di idoneità è competenza del medico competente o di altro soggetto? Analoghi problemi si pongono per la somministrazione di vaccini volti a tutelare in alcuni casi il lavoratore, in altri prevalentemente l'utenza. La mancata chiarezza su questi temi non può che generare, ancora una volta, comportamenti difformi nelle aziende e soprattutto nei servizi sanitari, per i quali è auspicabile la definizione di linee guida, valide sul territorio nazionale⁴

⁴ Un esempio è costituito dalle **LLG della Regione Emilia Romagna** *"Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica (HBV, HCV, HIV) e per via aerea (tubercolosi, morbillo, parotite, rosolia e varicella), indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario"*, che tuttavia hanno cogenza solo in ambito regionale

2.1.6 La sorveglianza sanitaria per i lavoratori stagionali.

L'art. 3, comma 13, del Lgs 81/08, considerata la specificità dell'attività esercitata dalle imprese medie e piccole operanti nel settore agricolo, ha previsto l'emanazione di disposizioni per semplificare l'attività di informazione, formazione e sorveglianza sanitaria "... per le imprese del settore agricolo che impiegano lavoratori stagionali ciascuno dei quali non superi le 50 giornate lavorative/anno".

L'emanazione di tali disposizioni è avvenuta con Decreto Interministeriale del 27 marzo 2013, che in materia di sorveglianza sanitaria prevede che i lavoratori agricoli stagionali - che non effettuano più di 50 giornate lavorative presso la stessa azienda svolgendo mansioni lavorative semplici e generiche, per le quali non sono necessari specifici requisiti professionali, e quelli occasionali ex art 70 D.lgs. 276/2003 che svolgono attività di carattere stagionale nelle imprese agricole - siano sottoposti a visita medica preventiva biennale, valevole per più imprese, da parte del medico competente oppure dal Dipartimento di Prevenzione della ASL. L'effettuazione della visita ed il suo esito devono risultare in apposita certificazione; la visita ha validità biennale e vale per più imprese. Il medico competente non è tenuto a visitare i luoghi di lavoro e ciascun datore di lavoro è tenuto ad acquisire il certificato.

A seconda del rapporto contrattuale dei lavoratori agricoli e, nel caso dei lavoratori stagionali, del numero di giornate di lavoro da loro prestate presso la stessa azienda, sono quindi presenti nell'ordinamento due distinte modalità di assolvimento dell'obbligo di sorveglianza sanitaria:

- *lavoratori a tempo indeterminato e lavoratori a tempo determinato non rientranti nell'art. 3 comma 13 del D. Lgs. 81,* esposti a rischi per i quali vi è l'obbligo di sorveglianza sanitaria: la sorveglianza viene effettuata nel rispetto di quanto previsto all'art. 41 del D.Lgs.81 e delle norme speciali in materia;
- *lavoratori stagionali e a tempo determinato rientranti nell'art. 3 comma 13,* esposti a rischi per i quali nel D.lgs. 81/08 è prevista la sorveglianza sanitaria: la sorveglianza viene effettuata con le modalità previste dalle misure di semplificazione contenute nel Decreto Ministeriale del 27.03.2013.

Naturalmente qualora non vi sia alcuna esposizione a rischio, non vi è alcun obbligo di sorveglianza sanitaria.

Il datore di lavoro nella valutazione dei rischi deve individuare le mansioni, i rischi dei lavoratori i livelli e i tempi di esposizione correlati alle tipologie di attività e di raccolta. Questa valutazione nel lavoro agricolo è fondamentale, sia nel caso di lavoratori fissi sia di quelli a tempo determinato o stagionali in cui si è di fronte ad esposizioni fluttuanti nel tempo e sporadiche con particolare riferimento al rischio di sovraccarico biomeccanico al rachide, agli arti superiori e inferiori in relazione alla tipologia di raccolta.

L'applicazione del decreto di semplificazione in materia di lavoratori agricoli stagionali ha presentato alcune criticità, risolte in alcuni territori con l'intervento degli enti bilaterali e degli organismi paritetici. Il decreto prevede infatti la possibilità di convenzioni tra le aziende, ente bilaterale od organismi paritetici e medici competenti. Gli aspetti maggiormente portati all'attenzione sono la complessità nel definire preventivamente sia il numero dei lavoratori soggetti che gli effettivi periodi di lavoro e la difficoltà nel far effettuare in tempi stretti le visite per far fronte alla necessità di assumere grandi numeri di lavoratori in breve arco di tempo.

2.1.7 La sorveglianza sanitaria nel lavoro somministrato

L'art. 35, comma 4, del D.Lgs. 81/2015, che ha sostituito l'art. 3, comma 5 del D.Lgs. 81/08, stabilisce che "L'utilizzatore osserva nei confronti dei lavoratori somministrati gli obblighi di prevenzione e protezione cui è tenuto, per legge e contratto collettivo, nei confronti dei propri dipendenti."

Poiché la sorveglianza sanitaria costituisce una delle possibili misure di prevenzione, anche i lavoratori inquadrati con rapporto di lavoro somministrato vi saranno sottoposti a spese del datore di lavoro utilizzatore e a cura del medico competente, in presenza di rischi per i quali si rendano necessari gli accertamenti sanitari di cui all'art. 41.

2.1.8 L'idoneità per il lavoro all'estero

L'applicabilità degli obblighi di prevenzione nei confronti dei lavoratori dipendenti da imprese italiane che sono chiamati a svolgere il proprio lavoro all'estero per periodi più meno lunghi, discende da due principi giuridici fondamentali:

- i reati di cui sono vittime cittadini italiani all'estero (es. infortunio sul lavoro) si intendono commessi in Italia se una o più azioni connesse al reato (es. valutazione dei rischi) sono commesse in Italia
- alle attività lavorative svolte all'estero da cittadini italiani si applicano gli obblighi specifici della normativa vigente nel paese ospitante (es. tipo di cartella sanitaria), e quelli a carattere generale previsti dalla norma italiana (es. obbligo di misure di prevenzione tra cui sorveglianza sanitaria).

La sorveglianza sanitaria, tuttavia, non riguarda solo i rischi specifici relativi alle mansioni effettivamente svolte all'estero. Come indicato anche dall'interpello n. 11/2016, occorre tenere conto anche del cosiddetto **rischio generico aggravato relativo alla salute** che comprende:

- il rischio di epidemie o endemie nel paese ospitante;
- i rischi derivanti delle condizioni in cui si svolge il viaggio di trasferimento all'estero e gli spostamenti nel paese di destinazione;
- i rischi derivanti dalle caratteristiche dei servizi sanitari del luogo dove si svolge la trasferta estera ed in particolare dalla loro efficienza in caso di un grave evento acuto.
- i rischi derivanti dai comportamenti individuali a rischio (alcol, droghe, sesso) ai quali va dedicata un'azione informativa e di promozione della salute, che tenga conto delle particolari condizioni in cui si trova un lavoratore all'estero soprattutto per lunghi periodi considerando le problematiche specifiche del paese ospitante.

L'attività di sorveglianza sanitaria svolta dal medico competente si esplica quindi secondo i seguenti criteri⁵:

- **Prima della partenza:** Visita medica ed accertamenti diagnostici mirati sia ai rischi specifici dell'attività lavorativa, sia alle condizioni generali di salute in relazione alle condizioni in cui si svolgerà la trasferta.
- Piano vaccinale e profilassi farmacologica (es. **antimalarica**) secondo le raccomandazioni previste per il paese ospitante, la presenza o meno di epidemie in atto e l'effettivo rischio di contagio in relazione alla sede geografica, alla stagione dell'anno, ecc.
- **Al rientro:** Visita medica mirata principalmente all'anamnesi su eventuali eventi rilevanti ai fini della salute accaduti durante la permanenza all'estero, sui comportamenti tenuti, sul rispetto effettivo delle misure suggerite e delle profilassi, in relazione ai quali stabilire eventuali approfondimenti diagnostici o fornire indicazioni per il medico curante o raccomandazioni individuali. *(sia nel caso di viaggiatore sintomatico sia asintomatico)*

2.1.9 L'idoneità dei lavoratori di imprese straniere che lavorano in Italia

La presenza in Italia di lavoratori dipendenti da imprese che hanno la loro sede legale in altri paesi è fenomeno che si è diffuso in particolare negli ultimi anni e in alcuni settori lavorativi. Si tratta di imprese che vincono appalti per alcuni lavori di tipo specialistico (es. nel settore dell'allestimento di spettacoli o di manifestazioni internazionali), ma anche appalti per lavori tradizionali (es. edilizia, trasporti, pulizie). In questo secondo caso si tratta spesso di imprese che utilizzano vantaggi economici, fiscali e normativi vigenti nei paesi di origine.

I paesi di origine possono appartenere alla Unione Europea o ad altri continenti.

Tutti i paesi aderenti alla UE hanno recepito la Direttiva 89/391 che, all'articolo 14, indica la necessità che, "in accordo con leggi e pratiche nazionali, sia assicurato che i lavoratori ricevano una sorveglianza sanitaria appropriata ai rischi per la salute e la sicurezza ai quali sono esposti", attraverso misure che facciano sì che "il lavoratore, se lo desidera, possa ricevere la sorveglianza sanitaria a intervalli regolari". Tuttavia, le modalità di recepimento sono state diverse anche sul tema della sorveglianza sanitaria. In particolare, da quanto è risultato da un'indagine condotta da Colosio e coll. (C. Colosio, S. Mandic-Rajcevic, L. Godderis, G. van der Laan, C. Hulshof and F. van Dijk - Workers' health surveillance: implementation of the Directive 89/391/EEC in Europe - Occupational Medicine [doi:10.1093/occmed/kqx113](https://doi.org/10.1093/occmed/kqx113)), "la partecipazione dei lavoratori è obbligatoria in buona parte dei paesi, tranne che in Svezia, Bulgaria, Germania, Olanda, Portogallo e Svezia". "Inoltre, tutti i lavoratori devono essere coinvolti in Bulgaria, Finlandia, Germania, Olanda, Regno Unito, Repubblica Ceca, Slovenia e Spagna, mentre negli altri paesi sono coinvolti solo specifici sottogruppi, selezionati in base all'esposizione a specifici fattori di rischio (Irlanda, Italia, Lettonia, Portogallo, Svezia), a alle dimensioni dell'azienda (Malta) o specifiche condizioni di vulnerabilità quali giovane età o gravidanza (Belgio)".

⁵ Un imprescindibile riferimento è costituito dalle linee guida di Oil&Gas UK "Medical Aspects of Fitness for Offshore Work: Guidelines for Examining Physicians " OGUK Guidelines Issue 6 march 2008 <https://oilandgasuk.co.uk/product/medical-aspects-of-fitness-for-offshore-work-guidelines-for-examining-physicians/>

Al lavoratore straniero che opera in Italia devono essere garantiti livelli di tutela coerenti con quelli che tutelano il lavoratore italiano. Lo ribadisce anche la recente Direttiva UE 28/6/2018 n. 957, che modifica la precedente direttiva 96/71/CE, relativa al distacco dei lavoratori nell'ambito di una prestazione di servizi: le imprese che forniscono lavoratori distaccati devono garantire condizioni di lavoro relative alla "sicurezza, salute e igiene sul lavoro" stabilite dalle norme del paese in cui è fornita la prestazione di lavoro. La nuova direttiva dovrà essere recepita dagli stati membri della UE entro il 30 luglio 2020.

Pertanto, dovendo garantire al lavoratore straniero che opera in Italia livelli di tutela coerenti con quelli che garantiscono il lavoratore italiano, si dovrà verificare se il lavoratore straniero è stato sottoposto ad accertamenti sanitari per quei rischi per i quali in Italia vige l'obbligo di sorveglianza sanitaria. In caso affermativo, anche se le modalità di effettuazione degli accertamenti sono state differenti ma compatibili (es. con periodicità diversa, da parte di personale sanitario con requisiti diversi da quelli previsti per il MC) si considererà assolto l'obbligo di cui all'art. 41 del D.Lgs. 81/08. Nel caso di paesi in cui la sorveglianza sanitaria non è un obbligo bensì una opportunità offerta al lavoratore occorrerà verificare se il lavoratore vi è stato sottoposto e per quali rischi, e in caso negativo sottoporlo agli accertamenti previsti dalla normativa italiana a cura di un medico competente. Ciò vale sia per i rischi normati dal D.Lgs. 81/08 che per altri casi in cui norme speciali richiedono la certificazione dell'idoneità specifica per l'espletamento di operazioni speciali (es. manipolazione gas tossici).

Il caso di lavoratori di imprese straniere extra UE è assimilabile a quanto indicato nella seconda evenienza.

2.1.10 Il collocamento mirato dei disabili

La valutazione della capacità lavorativa e dell'idoneità lavorativa dei lavoratori disabili da avviare al lavoro con il collocamento mirato è competenza del Comitato Tecnico provinciale, che si avvale a tal fine della Commissione invalidi dell'Azienda Sanitaria Locale (L. 68/99 e modifiche introdotte dal D.Lgs. 151/2015).

Il datore di lavoro deve utilizzare il lavoratore in maniera compatibile con le sue condizioni di salute, secondo il principio dell'"accomodamento ragionevole", come definito dalla Convenzione ONU 13 dicembre 2006 (recepita con L. 18/2009) e dalla direttiva 2000/78/CE (recepita con D.Lgs. 216/2003). Tale principio prevede l'obbligo del datore di lavoro di adattare il posto di lavoro alle necessità connesse alla condizione di disabilità, a meno che ciò comporti un "onere sproporzionato". Il fine della norma non è solo quello della tutela della salute del lavoratore disabile, quando piuttosto quello della non discriminazione rispetto ai lavoratori non disabili.

Il medico competente opera "a valle" di questo processo. In primo luogo supporta il datore di lavoro nell'individuazione di una collocazione lavorativa compatibile. Inoltre, se il disabile è impiegato in una mansione lavorativa a rischio, lo sottopone a sorveglianza sanitaria, al pari degli altri lavoratori e tiene conto della condizione di disabilità nella formulazione del giudizio di idoneità.

Qualora invece il datore di lavoro ritenga di non poter utilizzare il disabile, ovvero le condizioni del lavoratore disabile siano peggiorate al punto da non poter più assicurare la prestazione lavorativa, la valutazione della compatibilità delle mansioni con lo stato di salute e l'eventuale inidoneità lavorativa non può essere fatta dal medico competente, ma dal Comitato Tecnico provinciale, il quale si avvale della Commissione invalidi (art. 10 L. 68/99).

2.1.11 Gli aspetti di interfaccia casa-lavoro

L'adattamento della mansione specifica al lavoratore può riguardare indubbiamente, oltre ai rischi lavorativi più tradizionali, anche aspetti relativi all'organizzazione del lavoro, quali carico di lavoro, ritmi, turni, in funzione delle condizioni di salute del lavoratore.

Del resto, anche la normativa in materia di accomodamento ragionevole e la relativa giurisprudenza hanno indicato espressamente tra le misure che il datore di lavoro può adottare per consentire l'impiego lavorativo delle persone con disabilità, oltre agli interventi di carattere materiale, gli adattamenti dell'organizzazione del lavoro, quali redistribuzione delle mansioni, cambiamenti di turni, riduzione o rimodulazione dell'orario di lavoro, ecc.

La filosofia della Total Worker Health, promossa dal NIOSH fin dal 2004, si fonda sul presupposto che il lavoro è un determinante di salute e che sia i rischi lavorativi, sia altri fattori correlati al lavoro, come il carico, l'orario, i rapporti interpersonali e addirittura la retribuzione, hanno un impatto sulla salute delle persone.

E' ben noto che molte condizioni di salute possono risultare incompatibili con situazioni lavorative non strettamente connesse ai rischi professionali, come l'organizzazione dell'orario di lavoro o la distanza della sede di lavoro dall'abitazione.

Tuttavia, per quanto tutte le soluzioni che conciliano le esigenze di vita personali con il lavoro siano auspicabili perché hanno effetti positivi sia sulla salute, sia sul lavoro, bisogna aver ben presente che gli aspetti di interfaccia casa-lavoro non fanno parte né dei rischi lavorativi, né della mansione specifica in senso stretto. Possono essere trattati dal medico competente, ma in ambiti diversi dal giudizio di idoneità. Fornire indicazioni in merito alla sede di destinazione del lavoratore, al lavoro straordinario o al diritto al part-time non fa parte della sorveglianza sanitaria e soprattutto non può essere una prescrizione in un giudizio di idoneità parziale alla mansione specifica.

Aspetti di questo tipo possono far parte di una policy aziendale che affronta in maniera olistica il benessere dei lavoratori, con il coinvolgimento di diversi soggetti (medico competente, risorse umane, RSPP, relazioni sindacali), sulla base di un dialogo sociale con le rappresentanze dei lavoratori e in un'ottica di equità che considera complessivamente gli equilibri aziendali.

Peraltro la possibilità per i lavoratori di usufruire di agevolazioni di questo tipo per motivi di salute è generalmente regolamentata da altre norme (L. 104/92; D.Lgs. 81/2015, Contratti Collettivi Nazionali) che in alcuni casi prevedono specifici organismi collegiali pubblici deputati alla verifica delle condizioni di salute del lavoratore e all'accertamento del diritto a fruire del beneficio secondo le previsioni della legge.

Ad esempio l'art. 8 del D.Lgs. 81/2015 prevede il diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in lavoro a tempo parziale, per i lavoratori del settore pubblico e del settore privato affetti da patologie oncologiche o da gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti, per i quali residui una ridotta capacità lavorativa, eventualmente anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita. La valutazione delle patologie del lavoratore è affidata ad un'apposita commissione medica istituita presso l'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente.

Se anche il medico competente intervenisse sulla stessa tematica attraverso il giudizio di idoneità (magari a seguito di una visita richiesta dallo stesso lavoratore a cui il beneficio è stato negato dalla Commissione competente), si creerebbe un secondo binario parallelo, che potrebbe contraddire la commissione medica pubblica o le disposizioni normative specifiche.

2.1.12 L'art. 5 della L. 300/70

Per tutti gli accertamenti di idoneità che non sono affidati al medico competente il datore di lavoro può sempre avvalersi dell'istituto dell'art. 5 della L. 300/70 che prevede la possibilità di rivolgersi ad enti pubblici (es. ASL) e di diritto pubblico (es. istituti universitari di medicina legale o di medicina del lavoro).

Quali sono quindi i casi che rimangono di stretta pertinenza dell'art. 5? Tutti gli accertamenti di idoneità che non riguardano i rischi specifici e per i quali il lavoratore non ha fatto istanza di visita a richiesta al medico competente.

A questo punto i due ambiti sono correttamente e nettamente definiti. Spettano al medico competente tutti gli accertamenti relativi all'idoneità all'esposizione a rischi specifici, nonché quelli connessi alla richiesta di visita formulata dal lavoratore. Rientrano invece nell'art. 5 tutti gli accertamenti di idoneità richiesti dal datore di lavoro che non riguardano la capacità di tollerare i rischi lavorativi, ma la capacità di svolgere i compiti lavorativi.

2.1.13 La promozione della salute

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità nei paesi ad elevato reddito come l'Italia, solo l'1,5% del totale degli anni di vita in buona salute persi (DALYs) è attribuibile ai rischi occupazionali, mentre, altri fattori legati a comportamenti individuali, come il fumo di tabacco, l'alcol, l'eccesso ponderale, la sedentarietà, l'alimentazione, i comportamenti alla guida, sarebbero responsabili di circa il 30% della perdita totale di anni di vita in buona salute.

La promozione della salute nei luoghi di lavoro (Workplace Health Promotion) costituisce ormai in Europa un elemento importante delle politiche aziendali e un modo per ottenere maggiori risultati dalle risorse che comunque vengono investite nelle attività di sorveglianza sanitaria dei lavoratori.

La promozione della salute è definita come un processo che mira a conferire alle persone un maggior controllo sulla propria salute e a migliorarla. In questa logica la salute è intesa come una risorsa per la vita quotidiana e le iniziative di promozione della salute sono azioni che rendono favorevoli i determinanti di salute socioeconomici, ambientali, comportamentali, culturali, biologici, ecc.

In tutto il mondo la promozione della salute non è, e non può essere, una responsabilità esclusiva dei servizi sanitari, perché riguarda fattori che sono sostanzialmente al di fuori del controllo dei servizi sanitari stessi e dipendono invece da scelte economiche, di politica sociale e produttive. Si tratta quindi di uno scenario in cui sono protagonisti le istituzioni, le associazioni, la scuola, le imprese, i mezzi di comunicazione. Al pari della scuola, i luoghi di lavoro rappresentano una situazione molto favorevole alla promozione della salute, perché sono spazi collettivi di aggregazione in cui si formano modelli culturali e comportamentali. D'altra parte, il ruolo del medico competente nella promozione della salute è richiamato dall'art. 25, comma 1 lettera a del D.Lgs. 81/08.

Svolgendo la sua attività di sorveglianza sanitaria, infatti il medico competente identifica e può monitorare nel tempo fattori di rischio extra professionali a carattere individuale quali l'abitudine al fumo, l'abuso di alcol, l'alimentazione non corretta o la sedentarietà. Può contribuire non solo alla sensibilizzazione dei lavoratori, ma soprattutto dei datori di lavoro perché comprendano la convenienza ad intraprendere iniziative di promozione della salute, puntando l'attenzione sul contenimento delle malattie croniche non trasmissibili, con l'obiettivo di mantenere al lavoro una popolazione lavorativa che invecchia e che la medicina del lavoro tradizionale si limita a gestire in termini di inidoneità al lavoro parziali o totali.

Molte iniziative di promozione della salute attuate dalle aziende prevedono programmi di screening mirati alla prevenzione di patologie non professionali di rilevanza sociale, quali malattie cardiovascolari e tumori. E' importante che questi programmi siano mantenuti ben distinti dalla sorveglianza sanitaria. Essi devono essere volontari e non obbligatori, e non devono essere presi in considerazione ai fini del giudizio di idoneità. La pratica di includere nel protocollo della sorveglianza sanitaria anche accertamenti che non sono mirati ai rischi, ma fanno parte di un check up generico è assolutamente da evitare, perché ambigua e perché può dare adito a ripercussioni inaccettabili sull'idoneità lavorativa.

2.1.14 Tabella di sintesi

In sintesi le diverse finalità della sorveglianza sanitaria e il relativo campo di applicazione sono schematizzate in tab. 2.

Tab. 2 Finalità e campo di applicazione della sorveglianza sanitaria

FINALITA'	CAMPO DI APPLICAZIONE
Identificare precocemente effetti sulla salute determinati dall'esposizione lavorativa al fine di prevenire le malattie da lavoro	Rischi e lavorazioni previsti da specifiche disposizioni di legge. Rischi e lavorazioni non previsti da specifiche disposizioni di legge, ma per i quali la valutazione dei rischi individua la sorveglianza sanitaria come misura di tutela. Visita a richiesta del lavoratore
Valutare condizioni patologiche di origine extra lavorativa o comunque preesistenti al fine di evitare l'aggravamento causato dall'attività lavorativa svolta	Rischi e lavorazioni previsti da specifiche disposizioni di legge. Rischi e lavorazioni non previsti da specifiche disposizioni di legge, ma per i quali la valutazione dei rischi individua la sorveglianza sanitaria come misura di tutela. Visita a richiesta del lavoratore
Verificare le condizioni psicofisiche nello svolgimento di attività ad elevato rischio per la sicurezza propria	Limitatamente alle situazioni di abuso di alcol e sostanze stupefacenti per le attività previste dagli accordi Stato/Regioni Idoneità psicofisica a svolgere lavorazioni ad alto rischio infortunistico anche se non previsto da specifiche disposizioni di legge, ma per le quali la valutazione dei rischi individua l'accertamento dell'idoneità come misura di tutela. Visita a richiesta del lavoratore
Verificare le condizioni psicofisiche nello svolgimento di attività ad elevato rischio per la sicurezza di terzi e la tutela della comunità	Limitatamente alle situazioni di abuso di alcol e sostanze stupefacenti per le attività previste dagli accordi Stato/Regioni In caso di disposizioni normative specifiche (es. LLGG Emilia Romagna per i lavoratori della sanità) Quando la problematica riguarda in prevalenza la situazione interna all'attività produttiva (sicurezza degli altri lavoratori)

2.2 IL GIUDIZIO DI IDONEITÀ LAVORATIVA: FORMULAZIONE, CONDIVISIONE, APPLICAZIONE

2.2.1 Aspetti generali

Il giudizio di idoneità è un atto tecnico che, nella sua espressione, deve tenere conto dell'obiettivo (la tutela della salute di un lavoratore) e di norme e di linee guida scientifiche: ad esempio esprimere un giudizio di idoneità con una limitazione al sollevamento manuale di carichi deve seguire criteri scientificamente riconosciuti e non una valutazione personale del singolo medico competente.

Prima di esprimere il giudizio di idoneità del lavoratore occorre interrogarsi e verificare che il lavoro sia idoneo, vale a dire che lo stesso non comporti rischi eliminabili o quantomeno riducibili applicando le dovute misure di prevenzione e protezione. E' questo un principio basilare che sta alla base della stessa scelta di denominare la prima struttura dedicata alla medicina del lavoro, la Clinica del lavoro di Milano.

Nel giudizio di idoneità, tenuto conto che è espresso in funzione della mansione svolta e dei fattori di rischio a cui il lavoratore è esposto, il medico competente, in caso di idoneità parziale o inidoneità, può indicare compiti lavorativi alternativi, ma senza indicare una mansione alternativa che è libera scelta del datore di lavoro.

Ovviamente per fare questo il medico competente deve conoscere nel dettaglio il posto di lavoro, infatti quando si esprimono giudizi di idoneità con limitazioni, sarebbe opportuno, proprio per arrivare a definire correttamente i compiti che il lavoratore può svolgere o meno, che il medico competente faccia un sopralluogo sul posto di lavoro specifico di quel lavoratore. Il giudizio di idoneità con limitazioni lavorative deve essere dettagliato per evitare errate interpretazioni e non può prendere in considerazione elementi non correlati alla mansione ed ai fattori di rischio a cui il lavoratore è esposto. Infine il giudizio di idoneità deve tener conto anche dei fattori psicosociali in quanto essi sono, a tutti gli effetti, fattori di rischio lavorativi. Sono quattro i possibili giudizi espressi dal medico competente a seguito delle visite mediche effettuate ai sensi del D.L. 81/2008:

- IDONEITÀ (art. 41, comma 6, lettera a);
- IDONEITÀ PARZIALE, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni (art. 41, comma 6, lettera b);
- INIDONEITÀ TEMPORANEA (art. 41, comma 6, lettera c);
- INIDONEITÀ PERMANENTE (art. 41, comma 6, lettera d).

Tali giudizi devono riferirsi sempre ad una mansione specifica e devono essere prodotti in forma scritta, con la consegna di una copia sia al lavoratore sia al datore di lavoro.

L'Allegato 3A del decreto riporta anche i contenuti minimi della comunicazione scritta del giudizio di idoneità alla mansione. Se il medico riscontra una inidoneità temporanea, è necessario anche specificare il periodo di validità del giudizio:

- Generalità del lavoratore
- Ragione sociale dell'azienda
- Reparto, mansione e rischi
- Giudizio di idoneità alla mansione specifica
- Data della espressione del giudizio di idoneità
- Scadenza visita medica successiva (periodicità)
- Firma del medico competente
- Informazioni sulla possibilità di ricorso
- Data di trasmissione del giudizio al lavoratore

- Firma del lavoratore (non obbligatoria)
- Data di trasmissione del giudizio al datore di lavoro

Per quanto concerne l'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica, che ha come oggetto di tutela sia la salute che la sicurezza dei lavoratori, esso rappresenta l'atto fondamentale con valenza medico legale della sorveglianza sanitaria.

In sintesi l'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica deriva da un'analisi della compatibilità tra lo stato di salute del lavoratore e il profilo di esposizione al rischio (mansione, organizzazione, ambiente), tenendo conto che per questo è necessaria la conoscenza dei concetti di "*validità*" (intesa come integrità psicofisica) e di "*capacità funzionale*" (intesa come possesso dei requisiti fisici e/o psichici necessari per poter svolgere attività, compiti, mansioni, ecc. in condizioni di assenza di rischio per la salute e sicurezza). La valutazione dell'abilità individuale non deve essere invece considerata per la formulazione del giudizio di idoneità.

Infine, si ricorda che, ai sensi della normativa attuale, l'espressione del giudizio di idoneità è finalizzata alla tutela della salute e sicurezza del/la lavoratore, escludendo l'interesse di terzi, se non negli espliciti ambiti di sorveglianza sanitaria indicati dall'art. 41, comma 4, D.Lgs. 81/08 e s.m.i. (*verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti*).

2.2.2 Il percorso operativo

Il "giudizio di idoneità alla mansione specifica" rappresenta l'atto attraverso il quale la sorveglianza sanitaria e l'operato del MC si traduce e si sintetizza in uno strumento accessibile, comprensibile e gestibile dal Datore di Lavoro, dai Preposti e dalle altre figure deputate alla prevenzione.

Modelli di gestione condivisa sono richiamati anche dalla normativa vigente in materia (ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA-SGS: art.30 – D.Lgs. 106/09), che tra l'altro riguarda l'"attività di valutazione dei rischi e di predisposizione delle misure di prevenzione e protezione conseguenti; attività di sorveglianza sanitaria... periodiche verifiche dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure adottate....".

In considerazione del valore che il giudizio di idoneità racchiude, tale atto non può e non deve tradursi, soprattutto nel caso del lavoratore con disabilità, in una mera elencazione di generiche indicazioni/prescrizioni/limitazioni rispetto alla capacità lavorativa del singolo soggetto, ma entrare il più possibile nel dettaglio dei compiti svolti nell'ambito della mansione specifica, essere in grado di rappresentare una guida e un riferimento applicabile per le figure aziendali che sono deputate alla gestione e organizzazione del lavoro ed essere capace di consentire il ritorno/ricollocaimento al lavoro dei soggetti con limitazioni/prescrizioni. In questo processo le modalità di comunicazione, condivisione e applicazione del giudizio di idoneità nel singolo caso rappresentano momenti e passaggi operativi di fondamentale importanza.

La strada formale che conduce alla formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica prevede i seguenti momenti:

1. La visita medica. Gli esiti della visita medica devono essere allegati alla cartella sanitaria e di rischio di cui all'articolo 25, comma 1, lettera c), secondo i requisiti minimi contenuti nell'allegato 3A.
2. Il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Come già accennato:

- Il giudizio di idoneità deve sempre essere comunicato per iscritto sia al lavoratore che al datore di lavoro anche in caso di idoneità completa (*Art. 41 comma 8*).
- Spetta al datore di lavoro vigilare affinché i lavoratori non siano adibiti alle mansioni per cui è prevista la sorveglianza sanitaria senza il relativo giudizio di idoneità (*Art. 18 c 1 lettera b*).
- Il datore di lavoro è tenuto ad attuare le prescrizioni indicate dal medico competente e, nel caso di idoneità parziale e/o inidoneità alla mansione specifica (temporanea o permanente) deve destinare, per quanto possibile, il lavoratore ad altra mansione compatibile con il suo stato di salute (*Art. 42*).

Il giudizio di idoneità con limitazioni e/o prescrizioni lavorative, formulato tenendo conto dei compiti lavorativi effettivamente svolti dal lavoratore, deve essere inviato, da parte del datore di lavoro, anche al Dirigente/Preposto in modo che anch'essi possano correttamente vigilare affinché il lavoratore sia effettivamente esentato dai compiti lavorativi previsti dalla limitazione e/o prescrizione emessa dal Medico competente.

Avverso qualsiasi tipo di giudizio espresso dal medico competente è ammesso il ricorso all'organismo di vigilanza, cioè all'Azienda Sanitaria Locale/Azienda Territoriale Sanitaria (*Art. 41 Comma 4*), che può:

- Confermare
- Modificare
- Revocare

il giudizio stesso.

Nel complesso le nuove disposizioni mirano a eliminare la ridondanza tra medico competente e organismi di cui all'Art. 5 della Legge 300 del 1970, legittimando sempre il giudizio del medico competente e assicurando la tutela del lavoratore attraverso l'Istituto del ricorso.

Di fatto il giudizio di idoneità esprime sempre una condizione di compatibilità che tiene conto, da un lato, delle condizioni del lavoratore (stato di salute, capacità lavorativa, età, differenze di genere, ecc.) e dall'altro delle condizioni della mansione specifica. In altri termini, il medico, quando ritiene che non vi sia tale compatibilità, deve sempre chiedersi chi è veramente inidoneo: il lavoratore o il posto di lavoro?

In pratica il giudizio di idoneità viene espresso quando il lavoratore può svolgere, senza alcuna limitazione, la mansione a rischio, anche considerando le misure di prevenzione che vengono messe effettivamente in atto al fine di tenere i rischi sotto controllo.

Al contrario, il giudizio di idoneità con limitazioni e/o prescrizioni indica la necessità di adottare ulteriori misure preventive, specifiche per il singolo caso, (tecniche, organizzative o procedurali, ivi compresa l'esclusione da alcuni compiti lavorativi) perché quelle in atto non sono sufficienti per quel lavoratore che presenta una condizione di ipersuscettibilità.

Di fronte ad un giudizio di idoneità con limitazioni il medico competente esprime un parere di compatibilità specifica e mette in gioco la propria competenza per favorire quel processo di integrazione positiva del lavoratore affetto da patologia all'interno dell'azienda. In tal senso valuta adeguatamente i lavoratori con infermità nelle loro capacità lavorative residue, collaborando con il datore di lavoro nel reinserimento/ricollocazione maggiormente appropriate, in riferimento alla limitazione lavorativa espressa, attraverso:

- una precisa analisi delle postazioni di lavoro idonee alla ricollocazione del lavoratore affetto da patologie che ne limitano l'operatività;
- la possibilità di attivare forme di sostegno (ad esempio orario flessibile);

- l'attivazione di azioni positive e conseguenti soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti di lavoro.

Il datore di lavoro non può chiedere al lavoratore giudicato idoneo con limitazioni una prestazione non compatibile con le sue minorazioni e nell'affidare i compiti al lavoratore tiene conto delle capacità e delle condizioni dello stesso in rapporto alla sua salute e sicurezza, concordemente con quanto concerne il limite della sua idoneità.

Ottimizzare l'“utilizzo” delle residue capacità lavorative del lavoratore con idoneità condizionata nel contesto aziendale consente all'impresa di utilizzare al meglio la forza lavoro e al lavoratore di trarre maggior soddisfazione dal lavoro svolto.

Dal punto di vista più strettamente operativo, la formulazione del giudizio di idoneità e la sua condivisione con il Datore di Lavoro e con le figure preposte dovrebbe operativamente seguire un percorso che prevede i seguenti momenti:

1. Elaborazione (ancora senza formalizzazione) del giudizio di idoneità sulla base delle reali condizioni di salute del lavoratore portatore di una condizione che spesso risulta essere disabilitante solo in senso “potenziale” (si pensi al soggetto portatore di cardiopatia ischemica che, oggi, opportunamente trattato e in assenza di esiti di eventi ischemici, può - e spesso vuole e deve - tornare a svolgere gli stessi compiti lavorativi di un soggetto “sano”). Dovrebbero essere evitati assunti o limitazioni/prescrizioni predefinite a priori senza una adeguata conoscenza “globale” del lavoratore e del suo stile di vita, del significato che il “lavoro” ricopre per il singolo soggetto e dei compiti effettivamente svolti e richiesti dalla mansione specifica di destinazione. In questa fase risulta fondamentale sia una adeguata conoscenza teorica (attraverso lo studio del DVR e delle specifiche analisi del rischio) dei compiti lavorativi previsti dalla specifica mansione, sia una conoscenza operativa attraverso il sopralluogo dell'ambiente di lavoro e la osservazione diretta dei compiti lavorativi ai quali il lavoratore dovrebbe essere dedicato.
2. Confronto e interazione tecnica con il RSPP e con i Preposti in merito alla specifica attività di lavoro per la quale deve essere formulato il giudizio di idoneità al fine di una condivisione operativa e di applicabilità del giudizio elaborato dal medico competente, ma non ancora formalizzato. Questa fase dovrebbe svilupparsi solo dopo il consolidamento da parte del medico competente dei criteri medici di elaborazione del giudizio e dovrebbe estrinsecarsi in un incontro, non necessariamente formale, ma programmato a breve distanza di tempo per consentire una valutazione operativa ed immediata della specifica situazione. La valutazione tecnica dovrebbe avvenire in merito alla compatibilità fra le limitazioni/prescrizioni elaborate e la effettiva possibilità per il lavoratore di svolgere i diversi compiti lavorativi previsti dalla mansione di destinazione. In alcuni casi nell'ambito della mansione possono essere distinti i singoli compiti lavorativi ai quali il lavoratore può essere destinato rispetto a quelli che il lavoratore non può svolgere e che saranno svolti da altro personale; altre volte non svolgere alcune operazioni specifiche rende impossibile svolgere tutti i compiti lavorativi previsti dalla specifica mansione.

3. Dalla valutazione interattiva l'ipotesi di giudizio elaborato dal medico competente potrebbe:
 - a. essere confermata dalla applicabilità operativa delle limitazioni/prescrizioni espresse;
 - b. necessitare di variazioni/integrazioni sulla base delle informazioni tecniche acquisite al fine di consentire un corretto e attuabile ritorno al lavoro del soggetto nel rispetto dei criteri sanitari già definiti e necessari per la tutela della sua salute;
 - c. fare emergere l'impossibilità operativa di adibire il lavoratore alla mansione specifica.
4. Nel caso di una impossibilità completa di inserimento del lavoratore nella mansione specifica svolta (ovvero di una non congruità parziale, ma non superabile organizzativamente e tecnicamente), si rende necessario da parte delle figure aziendali previste (Datore di Lavoro, Preposti, Funzioni del personale) individuare subito altre possibili mansioni lavorative all'interno dell'azienda per le quali il MC potrà esprimere solo un parere favorevole o sfavorevole (ancora informale a meno di espresse richieste di formalizzazione) rispetto alla analisi della congruità fra condizioni di salute del lavoratore e compiti lavorativi da svolgere.
5. Il Datore di Lavoro (o i suoi delegati) individuerà, fra le mansioni proposte per le quali il MC ha espresso parere favorevole, quella che potrà essere la nuova mansione di destinazione del lavoratore, in relazione anche alle necessità organizzative e aziendali.
6. Solo a questo punto il medico competente formulerà e comunicherà per iscritto un giudizio di idoneità permanente alla mansione precedentemente ricoperta dal lavoratore e, contestualmente, il giudizio di idoneità, già informalmente condiviso, alla nuova mansione proposta e già oggetto di valutazione. Il giudizio di idoneità potrà auspicabilmente essere di piena idoneità alla nuova mansione (che già è stata valutata rispetto alla congruità con le condizioni di salute del lavoratore) oppure condizionato da specifiche e nuove, ma già valutate e giudicate applicabili, limitazioni/prescrizioni. In questo modo il MC formulerà e formalizzerà un solo giudizio di idoneità efficace nel corretto e armonioso reinserimento del lavoratore nella nuova mansione.

Il percorso vuole essere finalizzato alla rapida soluzione operativa (e non come spesso accade solo "formale") del reinserimento lavorativo di un soggetto portatore di infermità che richiedono specifiche limitazioni/prescrizioni. Questo percorso consente di evitare inutili perdite di tempo e "barocche" interpretazioni delle limitazioni/prescrizioni elaborate che, se già formalizzate dal MC anche quando di fatto inapplicabili del tutto o parzialmente, rischiano di rendere più difficile e tortuoso l'intero iter di reinserimento occupazionale del lavoratore.

2.2.3 Giudizio di idoneità parziale e accomodamento ragionevole

Nelle imprese, la formulazione del giudizio di idoneità parziale da parte del medico competente (con prescrizioni/limitazioni), solleva inevitabilmente problematiche di varia natura e comporta comunque per il datore di lavoro l'obbligo di tutelare la salute del prestatore di lavoro attraverso l'adozione di misure tecniche, organizzative o procedurali di prevenzione: questo avviene il più delle volte consegnando al lavoratore i DPI e sollecitandolo ad utilizzarli, altre volte operando una modifica organizzativa della fase di lavorazione, oppure mettendo in atto modifiche della postazione di lavoro o, nel caso di giudizio di inidoneità alla mansione specifica, provvedendo ad adibirlo "ove possibile, ad altra mansione compatibile con il suo stato di salute". (art. 42 del D.Lgs 81/2008). Quando queste condizioni non sono realizzabili, può prospettarsi il licenziamento.

In ogni caso, il giudizio di idoneità parziale evidenzia un problema di salute del lavoratore che limita e restringe la propria capacità lavorativa e un problema organizzativo ed economico per il datore di lavoro. Inoltre, il giudizio di idoneità formulato dal medico competente può essere oggetto di ricorso presso "l'organo territorialmente competente che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso": pur con ampia variabilità da territorio a territorio, è tuttora molto elevato il numero dei giudizi di idoneità lavorativa formulati dal medico competente che viene "modificato" dai medici dell'organo di vigilanza, alimentando la ben nota diffusa controversia e diversità di valutazione.

D'altronde, all'osservazione del medico competente giungono sempre più frequentemente casi di disabilità temporanea o transitoria: disabilità post-traumatiche, post-chirurgiche, patologie cronico-degenerative di carattere cardiologico, neurologico o metabolico, patologie dell'apparato locomotore ad andamento ricorrente e quelle da sovraccarico biomeccanico a carico del rachide e degli arti superiori; o ancora disabilità permanenti, a causa di traumi lavorativi ed extra-lavorativi, o di menomazioni chirurgiche, ecc. Si tratta, a tutti gli effetti, di lavoratrici e di lavoratori che presentano delle "disabilità minori", acquisite in ambito lavorativo o extra-lavorativo, correlate alla propria condizione sociale, alla situazione di lavoro, all'anzianità lavorativa o all'età anagrafica.

Vi è da considerare peraltro che, a causa dell'invecchiamento della popolazione generale e lavorativa, la diffusione delle patologie cronico-degenerative e metaboliche, è suscettibile inevitabilmente di un graduale e progressivo incremento.

Ad esempio, secondo i dati acquisiti dall'INAIL tramite l'allegato 3B per l'anno di riferimento 2018, in Regione Lombardia su oltre un milione e mezzo di lavoratori visitati dai medici competenti nell'ambito della Sorveglianza Sanitaria, si contano quasi 300.000 persone (17,38 % del totale!) che risultano parzialmente idonee, quindi con limitazioni e/o prescrizioni, e circa 3.500 inidonee alla mansione specifica (0,21 %).

Considerando quindi le dimensioni del fenomeno e le difficoltà che si pongono dinanzi al medico competente, emerge l'esigenza di ripensare e rivedere il concetto di "disabilità".

Nella convenzione O.N.U. per i diritti delle persone con disabilità⁶ (13/12/2006), ratificata in Italia con Legge 3 marzo 2009 n° 18, la disabilità viene definita come "il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali e ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società sulla base di eguaglianza con gli altri": viene riconosciuto quindi che la disabilità è connaturata all'essere umano, è naturale", diventa una "normalità" e riguarda indistintamente ogni essere umano. Il significato della "disabilità" si sposta

⁶ UNITED NATION GENERAL ASSEMBLY: Convention on the rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol, United Nations, New York, approvata dall'Assemblea Generale dell'ONU il 13 dicembre 2006; ratificata in Italia con legge n. 18 del 3 marzo 2009 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 61 del 14 marzo 2009.

dall' ambito strettamente individuale della persona con menomazioni, al rapporto di questa persona con un ambiente fisico e relazionale sfavorevole.

Applicando questa definizione ai luoghi e ai posti di lavoro, il lavoratore "limitato" è a tutti gli effetti da considerare "persona con menomazioni" e l'ambiente di lavoro diventa per questo un "ambiente fisico e relazionale sfavorevole" in quanto, nel caso specifico, funge da "barriera fisica comportamentale e ambientale" che "impedisce una piena ed effettiva partecipazione".

Nella stessa Convenzione (art.2), l'accomodamento ragionevole viene definito come un insieme "delle modifiche e degli adattamenti necessari e appropriati che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo, adottati ove ve ne sia necessità in casi particolari, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali".

Il concetto di "accomodamento" comprende tutti gli aspetti dell'accessibilità complessiva dell'ambiente di vita e di lavoro, della riprogettazione individualizzata del posto di lavoro, dell'adozione di ausili tecnici utili a facilitare i compiti lavorativi, della riorganizzazione dei processi e dei flussi di lavoro e dell'eventuale supporto di assistenza personale; l'aggettivo "ragionevole" invece evoca il principio di "non costringere il Datore di Lavoro ad investimenti sproporzionati".

La "discriminazione sulla base della disabilità" indica qualsivoglia distinzione, esclusione o restrizione sulla base della disabilità che abbia lo scopo o l'effetto di pregiudicare o annullare il riconoscimento, il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale, civile o in qualsiasi altro campo. Essa include ogni forma di discriminazione, compreso il rifiuto di un accomodamento ragionevole.

Nella pratica quotidiana del Medico d'Azienda, il giudizio di idoneità parziale rappresenta "il risultato dell'interazione" e della compatibilità tra lavoratore e mansione specifica; le limitazioni e le prescrizioni agevolano e favoriscono lo svolgimento delle attività lavorative e sono da considerarsi tutte, senza eccezioni, degli "accomodamenti ragionevoli": in questo contesto è lecito affermare che attualmente il giudizio di idoneità parziale formulato dal medico competente è la forma più praticata e diffusa, ma anche più semplice, di accomodamento ragionevole: più "semplice", in quanto riferendosi esclusivamente alla menomazione biologica della persona, in genere non comporta l'obbligo per il datore di lavoro, di adeguare "l'ambiente fisico e relazionale sfavorevole" con misure tecniche di prevenzione primaria.

Purtroppo, non sempre è possibile modificare significativamente la postazione di lavoro rendendola pienamente compatibile con le necessità del lavoratore. Pertanto, se da un lato assistiamo oggi ad un progressivo aumento di giudizi di idoneità parziale, sempre motivati da alterazioni dello stato di salute, dall'altro non sempre osserviamo una mitigazione dei rischi lavorativi e/o il miglioramento tecnico, organizzativo e procedurale dei luoghi di lavoro e dei cicli produttivi. Così, sempre più frequentemente lo stato di salute dei lavoratori condiziona, limita e restringe le capacità e le abilità del lavoratore "disabile" per il quale il luogo di lavoro rimane spesso un "ambiente fisico e relazionale sfavorevole" e rappresenta la variabile indipendente del sistema di prevenzione.

La chiave di volta per affrontare costruttivamente il problema è rappresentato da una sempre maggiore collaborazione attiva (e fattiva) fra gli attori coinvolti nel sistema di prevenzione aziendale (datore di lavoro, RSPP, medico competente e RLS).

2.2.4 L'uso della metodologia ICF per la ricollocazione del lavoratore con limitazioni o disabilità

Nel maggio 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato la Classificazione Internazionale del Funzionamento (ICF) ⁷ che è stata riconosciuta come strumento idoneo per misurare la condizione di salute e di disabilità delle persone in quanto prende in considerazione l'insieme dei contesti in cui vive e lavora la persona e permette di correlare lo stato di salute e l'ambiente.

Essa si presta bene ad essere utilizzata in Medicina del Lavoro, e, in particolare, nell'espressione del giudizio di idoneità in quanto consente di:

- a. acquisire un profilo complessivo del funzionamento e della disabilità del lavoratore;
- b. individuare in modo sistematico e di quantificare le capacità residue del lavoratore rispetto all'ambiente fisico e relazionale del luogo di lavoro;
- c. considerare i fattori ambientali e relazionali (nel nostro caso, tutti gli agenti di rischio, ma anche gli elementi di contesto e di contenuto della "mansione specifica"), come elementi che possono favorire (qualificatori di facilitazione) o ostacolare (qualificatori di barriera) le attività e la performance del lavoratore con idoneità parziale.

Il profilo del funzionamento e della disabilità, analizzando i 3 ambiti del rapporto uomo-ambiente (funzioni e strutture corporee, attività e partecipazione e fattori ambientali) consente di "superare" la diagnosi clinica (che rimane tuttavia la base di partenza per il medico), misura il livello di menomazione della persona, descrive analiticamente le limitazioni del gesto lavorativo, ed offre una base metodologica scientificamente rigorosa per l'espressione del giudizio di idoneità⁸. Nel 2006 veniva riportata sulla rivista The Lancet una definizione di disabilità utilizzando il linguaggio dell'I.C.F.⁹: «La disabilità è il risultato negativo delle interazioni fra menomazioni delle strutture e funzioni del corpo (caratteristiche di salute), limitazioni delle attività, restrizioni della partecipazione e fattori contestuali (personali o ambientali), che possono fungere da barriere, limitando il funzionamento della persona.».

La duttilità dello strumento, adottando un linguaggio comune tra tutti gli operatori e le discipline interessate, ha consentito all'ICF una notevole diffusione a livello internazionale come strumento scientifico per ricerche e statistiche in campo educativo, formativo, clinico e politico.

Nel 2009, con il Contributo del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, veniva pubblicata una ricerca dal titolo "Disabilità e Lavoro: un binomio possibile" ¹⁰ effettuata in Fondazione "don Carlo Gnocchi" dal CITT (ex Polo Tecnologico), con la collaborazione dell'Unità di Ricerca "Ergonomia della Postura e del Movimento" (EPM). La ricerca, che ha come sottotitolo "metodi ed esperienze di progettazione di ambienti e processi di lavoro per lavoratori con limitazioni motorie", descrive 17 casi di studio, che si riferiscono a persone con elevato grado di disabilità permanente e che hanno comportato la necessità di una "accomodamento ragionevole" attraverso una ri-progettazione dell'ambiente di lavoro.

⁷ ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, (2002): International Classification of functioning, disability and health (www.who.int/classifications/icf/en/).

⁸ ICF Manuale breve Erickson – Edizioni Erickson. Gardolo (TN) 2004.

⁹ M. Leonardi, J. Bickenbach, T.B. Ustun, N. Kostanjsek, S. Chatterji. "The definition of disability: what is in a name". The Lancet, Vol. 368 October 7, 2006

¹⁰ R.ANDRICH, P. BUCCIARELLI, G. LIVERANI, E. OCCHIPINTI, L. PIGINI (a cura di): DISABILITÀ E LAVORO: UN BINOMIO POSSIBILE. –Metodi ed esperienze di progettazione di ambienti di lavoro per lavoratori con limitazioni motorie – Fondazione Don Gnocchi Onlus 2009 (www.portale.siva.it)

La metodologia applicata si è rivelata adatta a favorire l'integrazione sociale delle 17 persone con disabilità, persone che, malgrado importanti limitazioni motorie, hanno potuto sviluppare al meglio le proprie competenze nel contesto lavorativo.

Il modello bio-psico-sociale, che utilizza la metodologia ICF, proponendo un linguaggio universale, con un paradigma innovativo dei concetti di salute e disabilità, è stato adottato anche dall'I.N.A.I.L.¹¹, che ha "elaborato un core set ICF combinato all'analisi del gesto lavorativo nella componente statica e dinamica.... Il core set identifica la gestualità lavorativa distinguendo il gesto peculiare da quello occasionale della mansione svolta dal lavoratore e descrivendone il funzionamento attraverso il profilo ICF".

Successivamente, la stessa metodologia I.C.F. è stata applicata in alcune realtà aziendali per definire il profilo del funzionamento e della disabilità del lavoratore, con la finalità di individuare e quantificare l'entità delle menomazioni della persona in rapporto ai rischi della postazione e del luogo di lavoro¹².

A seguito della formulazione del giudizio di idoneità parziale, è stato possibile praticare nel contesto aziendale, con il confronto e il supporto delle figure deputate alla prevenzione, le seguenti fasi:

1. Verifica della postazione di lavoro e dei compiti lavorativi assegnati al lavoratore: consultazione del documento di VdR, sopralluogo congiunto del medico con preposto, RSPP ed RLS; osservazione e, se possibile riproduzione audio-video, delle richieste funzionali motorie e sensoriali del gesto lavorativo; acquisizione presso la funzione del Personale dei dati organizzativi della mansione e i tempi di esposizione ai rischi individuati e valutati.
2. Definizione del profilo del funzionamento e della disabilità del lavoratore: viene effettuata dal medico competente, supportato possibilmente da uno/a specialista fisiatra. Utilizzando i codici della Classificazione Internazionale del Funzionamento (I.C.F.), il medico potrebbe allestire e poi disporre di core set generico di mansione, ma con le specificità individuali del lavoratore con idoneità parziale.
3. Un core set specifico con cui possano essere analizzate:
 - a. le FUNZIONI CORPOREE, valutate con la classificazione della menomazione funzionale delle strutture corporee (organi e apparati), secondo una scala da 0 a 4;
 - b. le ATTIVITÀ e la PARTECIPAZIONE, valutate anch'esse con la classificazione della limitazione secondo una scala da 0 a 4, vengono espresse secondo i due concetti di capacità e performance che consentono di analizzare quali-quantitativamente le capacità residue e la performance del lavoratore ed esprimono le difficoltà dell'individuo nell'espletare i compiti lavorativi assegnati;

¹¹ G. CORTESE, M.R. MATARRESE: IL REINSERIMENTO LAVORATIVO DEL DISABILE DA LAVORO. ATTUALITÀ E PROSPETTIVE . Convegno "Disabilità e Accomodamento Ragionevole" IRCCS S. Maria Nascente – 6 marzo 2015 Fondazione Don Gnocchi Onlus – Milano.

¹² Q. BARDOSCIA, J. JONSDOTTIR, L. PIGINI: IL MEDICO COMPETENTE E L'ACCOMODAMENTO RAGIONEVOLE: dalle limitazioni lavorative al reinserimento occupazionale del lavoratore. Convegno "Disabilità e Accomodamento Ragionevole" IRCCS S. Maria Nascente – 6 marzo 2015 Fondazione Don Gnocchi Onlus – Milano (www.portale.siva.it)

- c. i FATTORI AMBIENTALI: tutti gli agenti di rischio della mansione (fisici, chimici, biologici e organizzativi, di contesto e di contenuto, e sociali vengono classificati con il codice facilitatore/barriera secondo una scala da +1 a +4 e da 0 a 4 (9 gradi).
4. L'incrocio tra i dati aggiornati di verifica della postazione di lavoro e il profilo individuale del funzionamento e della disabilità del lavoratore ha permesso di misurare analiticamente il livello di compatibilità tra compiti lavorativi e stato di salute e, nello stesso tempo, ha consentito di individuare con precisione le modifiche "tecniche, organizzative e procedurali" per un reinserimento lavorativo del prestatore d'opera, senza "costringere il Datore di Lavoro ad investimenti sproporzionati".
 5. La collaborazione del medico competente con le figure aziendali del Sistema di Prevenzione e Protezione e la consulenza di ergonomi ed esperti di Progettazione Universale¹³ ha consentito in questi casi di definire un progetto di Accomodamento Ragionevole finalizzato all'inclusione ed al reinserimento occupazionale della persona: esso consiste, da una parte, nel dotare il lavoratore di strumenti e tecnologie assistite personalizzate e mettere a punto un programma individuale di riabilitazione e di formazione; dall'altra, mettere in atto le più adeguate modifiche della postazione e dell'organizzazione del lavoro.

Evidente appare quindi l'importanza del contributo del medico competente DOPO aver formulato il giudizio di idoneità parziale. È necessario che egli si faccia parte attiva del processo di reinserimento occupazionale, che stabilisca un rapporto "diretto" con il lavoratore, il datore di lavoro e le funzioni aziendali, che incrementi la propria disponibilità e il tempo da dedicare ai compiti previsti dall'art.25, che sia orientato alla programmazione della Sorveglianza sanitaria con criteri che tengano conto anche dell'invecchiamento delle popolazioni lavorative e delle iniziative di promozione della salute e che aggiorni la strumentazione tecnica a sua disposizione per formulare un equilibrato, preciso e obiettivo giudizio di idoneità, cioè di compatibilità tra uomo e lavoro.

Riporto integralmente la definizione di Medico d'Azienda elaborata dall'A.N.M.A.¹⁴ nel 1990: Il medico d'Azienda è un medico nominato dal Datore di Lavoro che, inserito nel contesto aziendale per il perseguimento delle finalità generali dell'impresa attraverso la specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale, collabora con il datore di lavoro all'attuazione di quanto necessario affinché l'attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute del lavoratore. Che non sia solo "competente", ma "inserito nel contesto aziendale". Anche nelle imprese di piccole e piccolissime dimensioni.

¹³ "Progettazione universale" indica la progettazione (e realizzazione) di prodotti, ambienti, programmi e servizi utilizzabili da tutte le persone, nella misura più estesa possibile, senza il bisogno di adattamenti o di progettazioni specializzate. "Progettazione universale" non esclude dispositivi di ausilio per particolari gruppi di persone con disabilità ove siano necessari (Convenzione ONU 13 dicembre 2006)

3 APPROFONDIMENTI E PROPOSTE

3.1 IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE NELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI

A 25 anni dalla 626/94 è opinione ed esperienza diffusa fra gli operatori dei servizi di prevenzione e controllo delle ASL e tra i medici competenti che i Documenti di Valutazione del Rischio (DVR), tranne le solite eccezioni, siano carenti sotto diversi profili: capacità di identificare e quantificare tutti i rischi per la salute dei lavoratori e soprattutto capacità di proporre azioni di miglioramento efficaci.

Basta leggerne alcuni per rendersi conto dei copia/incolla che imperano in questi documenti senza dimenticare che una banale ricerca su GOOGLE vi permette di scegliere fra le numerose proposte commerciali che chiedono poche decine di euro per predisporre un DVR senza nemmeno fare dei sopralluoghi. Sul tema del DVR la Regione Lombardia nel lontano 2004 aveva emanato un documento di "Indirizzo per la redazione del DVR", frutto del confronto proficuo fra le diverse parti sociali.

Ma su questo argomento anche CIIP aveva prodotto uno storico documento nel 2000.

Oltre a questo dato di "sentimento comune", recentemente l'INAIL nel suo XII Convegno Nazionale di Medicina Legale Previdenziale, tenutosi a Bologna dal 28 al 30 Novembre 2018, ha presentato una analisi dei DVR, per la parte dei rischi da sovraccarico biomeccanico, di 172 aziende, appartenenti a diversi settori. I risultati riportati confermerebbero il "sentimento comune" di una scarsa attendibilità dei DVR: da un massimo del 72,1 % a un minimo del 63% (perché sono stati analizzati differenti tipologie di rischio da sovraccarico biomeccanico) i DVR non sono risultati attendibili.

Che il medico competente non si debba sostituire a chi predispone il DVR è stato chiarito dalla sentenza della Corte di Cassazione n.1856 del 15.01.2013 e successivamente dall'interpello n.5/2014 redatto dalla Commissione Interpelli, prevista dall'art.12 del D.Lgs. 81/08, e promosso dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici. Nell'interpello si precisa che al medico competente *"non è affatto richiesto l'adempimento di un obbligo altrui quanto, piuttosto, lo svolgimento del proprio obbligo di collaborazione, espletabile anche mediante l'esauriente sottoposizione al datore di lavoro dei rilievi e delle proposte in materia di valutazione dei rischi che coinvolgono le sue competenze professionali in materia sanitaria"*.

Sempre nell'interpello si indica che il medico competente riceve le informazioni sulla VDR non solo dal DdL ma le acquisisce di sua iniziativa (anche quando subentra) in particolare *"visitando gli ambienti di lavoro e traendo dalla Sorveglianza Sanitaria elementi utili"*.

A questo proposito vale la pena porsi la seguente domanda: cosa caratterizza il medico del lavoro rispetto agli altri specialisti? e la professionalità specifica del medico del lavoro è indispensabile ad una completa e corretta valutazione dei rischi? La risposta è, a nostro avviso, affermativa.

Ai nostri fini è importante sottolineare che il medico del lavoro ha nel proprio bagaglio culturale specifico la conoscenza dei cicli tecnologici e dei rischi ad esso collegati, può e deve aggiornarsi non solo sulle patologie, ma anche sui rischi chimici, fisici, organizzativi, biologici, e sulle possibili soluzioni per eliminarli o ridurli, e queste ultime sono appunto gli elementi più carenti nelle attuali VDR, e non casualmente sono il bagaglio specifico e professionale del medico del lavoro.

Nella redazione del D.Lgs. 81/08 non è stato accolto il suggerimento circa l'opportunità che il medico competente possa partecipare alla valutazione dei rischi ab initio, proposta sostenuta da molti operatori della prevenzione e dalle loro associazioni. Il gruppo "legislazione" di CIIP ha affrontato il tema formulando proposte di modifica dell'art. 41.

Diversi sono oggi gli strumenti e i materiali documentali che possono essere d'ausilio al medico Competente.

Dall'emanazione della riforma sanitaria del 1978 i servizi territoriali di prevenzione con funzione di vigilanza hanno condotto delle analisi e interventi su quasi tutti i comparti produttivi .

Dai "vecchi" profili di rischio INAIL, ai lavori intorno ai Piani Agricoltura, Edilizia, rischio Muscolo-Scheletrico, alla [banca Dati Soluzioni](#) della Facoltà di Ingegneria di Bologna, alle [schede su rischio stress](#) per settore del Gruppo Interregionale, agli articoli sulle riviste di ANMA, SIML....

Documenti che si implementeranno, si spera, in un repertorio nazionale e regionale dei Piani Mirati (richiamati e valorizzati anche nel Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025 in corso di stesura), una evoluzione delle tante iniziative di comparto realizzate da Regioni, ASL, SNOP (che ha messo on line www.snop.it le relazioni storiche di comparto):

Per le piccole imprese, che costituiscono la maggior parte del tessuto produttivo italiano, cominciano poi ad essere disponibili delle prevalutazioni di rischio per specifica attività, utili per indirizzare al meglio la sorveglianza sanitaria.

A livello Europeo poi esiste anche il sistema OIRA che, oltre a fornire tracce per la stesura dei DVR, fornisce soluzioni per il contenimento dei rischi in diversi settori.

Inoltre si dovrà sempre di più tenere conto delle conoscenze che emergono dall'esame degli Allegati 3B. A questo proposito CIIP ha organizzato un [Seminario il 2 ottobre 2019](#).

Ma il cuore rimane una valutazione del rischio aggiornata non burocratica, essenziale e per fare questo non è possibile prescindere dalla conoscenza e dalle osservazioni del Medico Competente.

Considerazioni analoghe possono essere estese ai Servizi di prevenzione delle ASL. La valutazione della congruità e completezza delle valutazioni dei rischi effettuate dalle imprese, così come delle misure di prevenzione adottate o da migliorare, deve essere un atto interdisciplinare, non un atto meramente tecnico e tantomeno notarile. Ma perché questo avvenga occorre rivalorizzare la professionalità del medico del lavoro nei Servizi delle ASL, figura storica dei Servizi, che li ha addirittura fondati e sostenuti, ma che ha subito negli ultimi anni una marginalizzazione. Solo così i Servizi potranno affrontare in modo interdisciplinare i problemi sia della sicurezza che della salute dei lavoratori.

Ergo: è necessario intervenire anche nella formazione dei medici del lavoro svecchiando i programmi didattici, inserendo fin dall'inizio del percorso formativo tirocini presso le imprese e presso i servizi pubblici di prevenzione per formare le capacità professionali necessarie perché il medico del lavoro sappia analizzare i cicli tecnologici, individuare i rischi relativi, le possibili soluzioni e sappia intervenire in tutte le fasi del processo di prevenzione e non solo con la sorveglianza sanitaria. Su questo argomento CIIP intende sviluppare riflessioni e proposte attraverso il lavoro del proprio gruppo Formazione.

3.2 RICORSO AVVERSO IL GIUDIZIO DEL MEDICO COMPETENTE

Alcune indagini effettuate da associazioni professionali hanno evidenziato difformità procedurali nel territorio nazionale nella gestione dei ricorsi avverso il giudizio del medico competente presentati all'organo di vigilanza (ai sensi dell'art. 41, comma 9) e variabilità degli esiti degli stessi.

Inoltre, la stessa composizione delle commissioni è variabile nelle diverse ASL e Regioni.

Per questi motivi CIIP ha ritenuto necessario porre il problema al Ministero della Salute per sollecitare l'emanazione di linee di indirizzo finalizzate a garantire omogeneità delle attività su tutto il territorio nazionale e a chiarire dubbi interpretativi emersi nel corso degli anni di applicazione della legge.

Analoghe sollecitazioni sono pervenute al Ministero Salute da parte di ANMA e di SIML.

Questi i temi che CIIP ha ritenuto dover essere oggetto delle linee guida sui quali ha formulato indicazioni al Ministero:

- Soggetti legittimati alla presentazione della domanda
- Ammissibilità della richiesta
- Composizione del collegio medico
- Onerosità o meno della visita e degli accertamenti sanitari complementari
- Modalità dell'istruttoria (il problema del sopralluogo)
- Espressione del giudizio - Criteri per la decisione in merito al ricorso
- Durata temporale del giudizio espresso su ricorso
- Ricorso di 2° istanza.

In particolare si è sottolineata la necessità di:

- prevedere composizioni delle commissioni omogenee su tutto il territorio nazionale, con specifici titoli professionali (specialità in medicina del lavoro o equipollenti), con possibilità di audire e/o consultare specialisti delle patologie riscontrate;
- definire se il ricorso e gli eventuali accertamenti integrativi sono gratuiti ovvero soggetti a tariffazione propendendo per la prima soluzione;
- definire procedure chiare e uniformi: acquisire tutte le informazioni relative alle attività lavorative interessate, anche con eventuali specifici sopralluoghi, acquisire tutte le informazioni relative alle patologie, anche disponendo accertamenti mirati, piena trasparenza degli atti e delle motivazioni che vi sottostanno;
- consultazione e collaborazione del medico competente interessato che espliciti le motivazioni del giudizio formulato;
- obbligo di verbale della seduta che riporti le motivazioni delle decisioni prese.

Il Ministero della Salute ha quindi attivato un tavolo di lavoro, coordinato dalla dott.ssa Giuseppina Lecce, che ha visto la partecipazione di CIIP, ANMA, SIML e rappresentanti di numerose Regioni. Al momento i lavori non sono ancora conclusi ma il Ministero ha previsto di licenziare le linee guida nei primi mesi del 2020, documento che poi dovrà andare al vaglio del Consiglio Superiore di Sanità e quindi della Conferenza Stato-Regioni.

Per queste ragioni il gruppo di CIIP ha deciso di far confluire le proprie proposte nel documento che verrà allestito dal Ministero della Salute.

3.3 “PORTABILITÀ” DELLA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

La cartella sanitaria e di rischio secondo i requisiti dell'allegato 3A del D.Lgs. 81/08 e secondo i requisiti del D.Lgs. 230/95, rappresenta lo strumento fondamentale e indispensabile non solo per lo studio della salute del lavoratore, ma anche per l'acquisizione, la raccolta e la gestione di tutti gli elementi di giudizio necessari per la formulazione del giudizio di idoneità alla mansione

specifica o al rischio da radiazioni ionizzanti, nonché per raccogliere e avere a disposizione l'intera storia lavorativa e della salute del lavoratore unitamente agli accertamenti integrativi effettuati nel corso degli anni.

Inoltre, come espressamente previsto dalla normativa, la cartella sanitaria e di rischio (o una sua copia) e tutti gli accertamenti integrativi effettuati dal lavoratore, devono:

- essere consegnati al lavoratore in occasione della cessazione del rapporto di lavoro affinché vengano affidati al medico competente del nuovo Datore di Lavoro;
- essere inviati ad INAIL e consegnati allo stesso lavoratore in occasione della cessazione del rapporto di lavoro nei casi di esposizione occupazionale a radiazioni ionizzanti, agenti cancerogeni di rischio, agenti chimici di rischio, amianto.
- essere consegnati a INAIL o ad ASL in tutte le situazioni nelle quali venga richiesta per il compimento di adempimenti medico-legali (malattia professionale), di azioni di vigilanza e controllo o per fini epidemiologici.

Nella realtà operativa, in considerazione del fatto che la cartella sanitaria e di rischio risulta a tutt'oggi essere ancora cartacea o raccolta su sistemi informatici non organizzati, oppure su diversi programmi di medicina del lavoro "non comunicanti" fra loro e senza possibilità di trasferire i dati sanitari da uno all'altro (si conoscono in Italia centinaia di programmi di Medicina del Lavoro differenti da azienda ad azienda), gli obblighi soprariportati sono adempiuti in un numero limitato di casi o solo su esplicita richiesta del Lavoratore o di un Ente di controllo/vigilanza.

Inoltre, in un mondo del lavoro molto dinamico dove cambiare Datore di Lavoro su tempi brevi è frequente, si verifica quotidianamente la effettuazione di visita medica ed esami integrativi in lavoratori che hanno già effettuato, poco tempo prima presso il precedente Datore di Lavoro, molti (o tutti) degli stessi accertamenti integrativi che tuttavia non sono fruibili o trasferibili al nuovo Medico competente.

Infine, in occasione di infermità o condizioni fisiopatologiche insorte in un lavoratore, risulta essere fondamentale avere a disposizione e in tempo reale tutta la storia clinica e gli accertamenti effettuati in precedenza per un confronto e una valutazione di dettaglio nel tempo. Questo aspetto risulta ancora più rilevante quando debba essere valutata la possibile origine occupazionale di una malattia insorta in un lavoratore da poco in servizio presso l'ultimo Datore di Lavoro, ma con una varia e ricca storia lavorativa alle spalle in altre Aziende.

Tutte le difficoltà operative e gestionali segnalate sarebbero superabili dalla auspicabile e proponibile creazione di una piattaforma/programma informatico a livello nazionale che contenga l'ALLEGATO 3A (ovvero la cartella sanitaria e di rischio) di ogni singolo lavoratore, in maniera del tutto analoga a quello che è stato fatto per la piattaforma INAIL che raccoglie i dati dell'ALLEGATO 3B del D. Lgs. 81/08.

I dati clinici e gli accertamenti di ogni lavoratore sarebbero raccolti in una unica cartella sanitaria e di rischio che viene aggiornata nel tempo con le visite mediche e gli esami integrativi effettuati nel corso degli anni presso i diversi Datori di Lavoro da parte dei Medici competenti di ogni azienda, accessibili puntualmente in ogni tempo della vita lavorativa solo da parte del Medico competente della azienda dove il lavoratore presta servizio in quello specifico momento.

La stessa facile disponibilità della storia clinica del lavoratore sarebbe preziosa per il percorso di studio e valutazione della origine professionale di una malattia, oggi spesso difficile o impossibile

per la mancanza dei dati storici di esposizione o clinici relativi all'intero arco della storia lavorativa della persona.

Di fatto, un sistema informatizzato di questo tipo consentirebbe una vera e propria "portabilità" della cartella sanitaria e di rischio del lavoratore rendendola per intero disponibile al Medico competente del momento.

Una piattaforma di questo tipo potrebbe essere inizialmente sperimentata per alcuni specifici rischi lavorativi, come già accade in altri Paesi Europei (ricordiamo la recente esperienza francese di cui si allegano riferimenti e manuale), e, in particolare nella situazione italiana, per il rischio da radiazioni ionizzanti o per il rischio da agenti cancerogeni, ma auspicabilmente estensibile nel tempo a tutti i fattori occupazionali di rischio (anche per non creare inutili e pericolosi "sdoppiamenti" della salute e della storia lavorativa e clinica dei lavoratori).

3.4 UTILITÀ E UTILIZZO DEI DATI DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA

Il D.Lgs. 81/08 prevede diverse modalità di raccolta elaborazione ed utilizzo dei dati sanitari raccolti dal medico competente durante l'attività di sorveglianza sanitaria svolta in azienda

Le informazioni raccolte sono elaborate dal medico competente e messe a disposizione del datore di lavoro, delle figure della prevenzione aziendali e dei lavoratori, per il tramite dei RLS, principalmente attraverso lo strumento della relazione sanitaria annuale presentata in occasione della riunione periodica. (ART. 25, i D.Lgs. 81/08). Inoltre il medico competente è tenuto a fornire alcune informazioni secondo lo schema previsto dall'allegato 3B, e a trasmetterle come previsto dall'art. 40 D.Lgs. 81/08 compilando il format presente nell'applicativo INAIL dedicato.

Queste informazioni sono quindi rese disponibili ai Servizi di Prevenzione delle ASL.

LA RELAZIONE ANNUALE

La normativa non prevede uno schema o un modello per redigere la relazione annuale, tuttavia le indicazioni prodotte in passato nel merito da diverse ASL e Regioni sottolineano l'importanza di tutti i compiti affidati al medico competente, dalla collaborazione nella valutazione dei rischi alla formazione ai rilievi emersi durante il sopralluogo, ecc. La raccomandazione comune è quindi che il medico competente nella relazione sanitaria faccia riferimento anche a tutti gli elementi raccolti nell'ambito della sua complessiva attività presso l'azienda (collaborazione alla valutazione dei rischi, attività formativa e di promozione della salute, sopralluoghi negli ambienti di lavoro, ecc.)

Infatti la relazione annuale del medico competente verso il sistema di prevenzione di impresa ha lo scopo di fornire alle figure aziendali e ai lavoratori, in occasione della riunione periodica, non solo informazioni sull'andamento e sui risultati della sorveglianza sanitaria e sulle eventuali patologie correlate emerse nel corso dell'anno, ma anche il suo punto di vista professionale sulle criticità emerse.

E' previsto che la relazione contenga anche indicazioni sul significato dei risultati ai fini dell'attuazione di misure di tutela della salute e integrità psicofisica dei lavoratori.

Pertanto nella relazione annuale non possono essere riportati soltanto i dati raccolti e inseriti nell'allegato 3B. La relazione deve contenere anche un commento breve ma articolato sul significato e sugli esiti degli accertamenti previsti ed eseguiti e sullo stato di salute dei lavoratori in relazione ai rischi presenti in azienda, in modo chiaro e comprensibile dai RLS. Non è infatti utile il mero elenco del numero degli accertamenti effettuati, quanti sono alterati, etc, se non sono commentati in modo esauriente e se non si chiarisce quali accertamenti sono correlati ai rischi specifici presenti in azienda. Laddove la numerosità della popolazione lavorativa sottoposta a sorveglianza lo consenta, è opportuno che i dati grezzi sulle idoneità con limitazioni e/o

prescrizioni e quelli sulle patologie correlate al lavoro siano presentati dopo averli corretti per sesso ed età, e se possibile posti in confronto con i dati epidemiologici disponibili circa la prevalenza nella popolazione generale non esposta ai rischi delle patologie emerse nei lavoratori. (Ad es. per i disturbi muscolo scheletrici i dati sono pubblicati su La Medicina del Lavoro <https://doi.org/10.23749/mdl.v109i1.6644> , per i disturbi mentali consultare il sito Epicentro dell'Istituto Superiore di Sanità <https://www.epicentro.iss.it/mentale/pdf/esemed.pdf>)

La relazione sanitaria deve poi integrarsi con la valutazione dei rischi, in uno scambio di informazioni opportuno e necessario per tutti gli elementi di rischio presenti in azienda, non solo per quelli espressamente indicati dal DLgs 81 (agenti fisici, agenti chimici e cancerogeni, organizzativi, etc). La raccolta e l'analisi dei dati sanitari epidemiologici da parte del medico competente non è sempre possibile, specie quando si tratta di piccoli numeri. Tuttavia la correlazione tra sintomatologia dei lavoratori, eventuali patologie, e attività lavorativa, in funzione delle diverse mansioni, dei compiti e dei rischi specifici, è un elemento potente in mano al medico competente per suggerire al datore di lavoro l'analisi e valutazione di rischi trascurati o l'approfondimento della valutazione di rischi già considerati. L'analisi dei dati sanitari può anche indurre il medico competente a suggerire al datore di lavoro l'adozione di misure di prevenzione e protezione per eliminare o ridurre il rischio, o l'approfondimento e aggiornamento della formazione. In questo caso è sufficiente verbalizzare o inviare al datore di lavoro le specifiche proposte (così come indicato dall'interpello 5/2014)

L'analisi delle condizioni di salute della popolazione lavorativa aziendale può anche stimolare il medico competente a proporre al datore di lavoro di sostenere campagne di sensibilizzazione all'adozione di corretti stili di vita e di promuovere l'adozione di misure per il benessere dei lavoratori, nella prospettiva della total worker health.

Per le finalità considerate va sottolineata l'opportunità per il medico competente di comporre una relazione annuale anche per quelle aziende non soggette all'obbligo della riunione periodica.

Un caso particolare è rappresentato dalle aziende complesse, con articolazione territoriale su più unità produttive o sedi lavorative, con più medici competenti coordinati da un medico competente coordinatore. In questi casi è opportuno che la relazione sanitaria non sia elaborata soltanto seguendo la suddivisione formale dell'azienda. Anche nel caso che in azienda non siano identificate formalmente unità produttive con autonomia di gestione è bene che la relazione sanitaria non sia una sola complessiva, per evitare il rischio che gli elementi di interesse siano dispersi nei dati globali. È opportuno invece che la relazione complessiva sia integrata da una analisi delle possibili differenze e peculiarità delle diverse sedi operative (ad es. sede amministrativa, sedi produttive simili ma separate, magazzini logistici, ecc.), o da un'analisi per gruppi omogenei di mansioni, anche svolte in più sedi operative, che tengano in considerazione i rischi specifici di ogni sede o di ogni mansione. I dati sanitari così disaggregati è opportuno siano posti a confronto fra loro, per far emergere, e puntualmente commentare, per le diverse sedi con omogeneità di rischi e mansioni, eventuali situazioni differenti per prevalenza di sintomatologia e di patologie correlabili al lavoro, che suggeriscano eventuali rivalutazioni del rischio o l'adozione di misure di prevenzione e protezione.

L'ALLEGATO 3B

Diversamente da quanto previsto dall'art. 25, secondo la previsione dell'art. 40 il medico competente, per ogni azienda in cui ha eseguito la sorveglianza sanitaria, è tenuto a trasmettere annualmente i dati sanitari raccolti, con i contenuti previsti dall'allegato 3B. La norma in questo caso impone al medico competente la compilazione di uno schema rigido contenente poche informazioni: il numero di lavoratori occupati, i rischi lavorativi cui sono esposti i lavoratori

soggetti a sorveglianza sanitaria e visitati nell'anno e l'esito della sorveglianza in termini di idoneità parziale o inidoneità alla mansione specifica, riferito ai rischi individuati.

Lo scopo dichiarato è consentire agli interlocutori istituzionali, in particolare i Servizi di Prevenzione delle ASL, di conoscere i dati numerici sulla sorveglianza sanitaria svolta in azienda, le informazioni circa la natura dei rischi presenti in azienda e la loro incidenza sui giudizi di idoneità alla mansione. Lo scarso contenuto delle relazioni rende tuttavia problematico attribuire a questi dati un significato preciso. La mancanza di un dato relativo alle eventuali diverse "mansioni" per le quali è stato individuato e valutato un rischio e la frequente mancanza di un riferimento preciso a sedi di lavoro diverse impediscono corrette valutazioni. Non è semplice dire che tipo di "fotografia" dello stato di salute dei lavoratori scaturisca dai dati trasmessi dal medico competente. Sicuramente una fotografia sfocata e imprecisa della realtà aziendale. Sarebbe auspicabile che in futuro i dati siano integrati da quelli raccolti dal medico competente nell'attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute" realizzati in azienda, secondo le indicazioni dell'art. 25.

Numero lavoratori esposti a rischio e soggetti a sorveglianza distinti per rischio
Anno: 2019, Regione: (Tutti i valori colonna), ASL: (Tutti i valori colonna)

TERRITORIO	Descrizione rischio	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria - F	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria - M	Totale lavoratori soggetti	Lavoratori visitati - F	Lavoratori visitati - M	Totale lavoratori visitati	Lavoratori con idoneità parziale - F	Lavoratori con idoneità parziale - M	Totale lavoratori con idoneità parziale	Lavoratori con inidoneità - F	Lavoratori con inidoneità - M	Totale lavoratori con inidoneità
TERRITORIO	Movimentazione manuale dei carichi	2.198.673	4.163.885	6.362.558	1.074.556	3.008.957	4.083.513	127.970	345.890	473.860	2.674	4.594	7.268
	Sovraccarico biomeccanico arti superiori	927.056	1.593.085	2.520.141	544.306	1.218.219	1.762.525	52.186	111.826	164.012	916	1.906	2.822
	Agenti chimici	649.893	1.929.216	2.579.109	433.598	1.558.555	1.992.153	37.946	180.078	218.024	685	2.093	2.778
	Amianto	1.177	20.813	21.990	797	16.958	17.755	100	2.192	2.292	1	18	19
	Agenti biologici	1.199.256	1.382.409	2.581.665	661.053	1.029.120	1.690.173	47.678	125.639	173.317	1.285	2.003	3.288
	Video terminali	2.222.732	2.274.690	4.497.422	666.986	753.918	1.420.904	100.321	94.025	194.346	283	304	587
	Vibrazioni corpo intero	56.381	989.517	1.045.898	33.198	799.774	832.972	3.356	80.450	83.806	152	1.341	1.493
	Vibrazioni mano braccio	74.039	994.411	1.068.450	52.432	842.024	894.456	5.694	95.315	101.009	151	1.280	1.431
	Rumore	281.376	2.426.084	2.707.460	213.372	2.012.606	2.225.978	28.797	405.079	433.876	369	2.479	2.848
	Radiazioni ottiche artificiali	27.352	174.429	201.781	16.541	141.583	158.124	1.164	16.039	17.203	5	140	145
	Radiazioni ultravioletta naturali	46.222	210.012	256.234	20.233	157.484	177.717	2.060	15.104	17.164	69	583	652
	Microclima severo	238.650	898.888	1.137.538	163.849	719.157	883.006	12.285	73.451	85.736	364	1.659	2.023
	Atmosfere iperbariche	936	2.790	3.726	668	2.356	3.024	24	176	200	8	7	15
	Lavoro notturno > 80gg/anno	428.329	836.482	1.264.811	178.392	447.504	625.896	17.031	40.252	57.283	460	841	1.301
	Altri rischi evidenziati da V.R.	1.166.373	2.863.703	4.030.076	684.635	2.122.944	2.807.579	62.952	234.877	297.829	1.382	3.880	5.262
	Rischi Posturali	1.141.296	1.961.911	3.103.207	713.187	1.475.860	2.189.047	57.605	131.930	189.535	923	2.308	3.231
	Agenti cancerogeni	23.135	107.787	130.922	15.542	88.573	104.115	1.709	11.642	13.411	17	113	130
	Agenti mutageni	7.172	16.227	23.399	3.479	12.831	16.310	558	1.927	2.485	2	21	23
	Campi Elettromagnetici	26.322	81.912	108.234	13.539	57.522	71.061	1.131	7.119	8.250	25	50	75
	Infrasuoni/Ultrasuoni	1.698	2.014	3.712	1.165	1.578	2.743	41	60	101	1	1	2
	Silice	4.379	25.743	30.122	1.514	21.980	23.494	319	3.790	4.109	8	59	67
	Totale	10.722.447	22.956.008	33.678.455	5.493.042	16.489.503	21.982.545	560.987	1.976.861	2.537.848	9.780	25.680	35.460
Totale complessivo		10.722.447	22.956.008	33.678.455	5.493.042	16.489.503	21.982.545	560.987	1.976.861	2.537.848	9.780	25.680	35.460

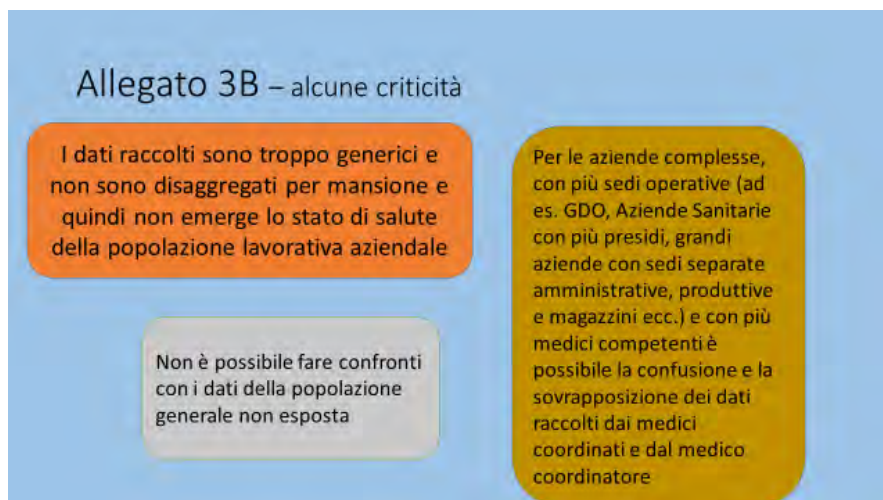
fonte INAIL 2019 Dati sintetici dell'allegato 3B

Comunque occorre sottolineare la necessità che l'allegato 3B, almeno per i dati attualmente previsti, sia compilato in modo completo e corrispondente alla realtà aziendale. È frequente, infatti, il ricorso all'indicazione di aver svolto sorveglianza sanitaria per "altri rischi" non identificati, ed è frequente anche la mancanza del codice ATECO del comparto produttivo a cui appartiene l'azienda. Nel primo caso è opportuno aprire un confronto con i medici competenti affinché uniformino l'interpretazione delle voci presenti e facciano lo sforzo di far rientrare il più possibile nelle categorie già presenti eventuali rischi non espressamente citati. Nell'eventualità invece che il codice ATECO sia mancante o errato, INAIL può provvedere con apposita procedura informatica al recupero dell'informazione dai propri archivi da associare al codice fiscale dell'azienda. Occorre che INAIL implementi questa procedura.

Anche in questo contesto, per le ragioni sopra esposte, in presenza di realtà aziendali complesse, con più sedi operative e con più medici competenti coordinati e un coordinatore, occorre evitare che ogni medico competente coordinato compili la relazione con i dati dei lavoratori da lui

direttamente sottoposti a sorveglianza sanitaria, che possa in qualche caso sovrapporsi con la relazione complessiva del medico coordinatore. È opportuno invece che le relazioni siano separate per ogni sede operativa aziendale, e venga valutata l'opportunità di separarle anche per gruppi omogenei di mansioni, in modo da poterne evidenziare le peculiarità e i rischi specifici.

Certo, se le relazioni fossero meglio compilate e più complete, i dati così diffusamente raccolti sul territorio nazionale potrebbero costituire una base informativa per avere un quadro epidemiologico dello stato di salute della popolazione lavorativa, da porre a confronto con i dati già disponibili sullo stato di salute della popolazione generale. Ad oggi tale opzione è solo un auspicio per il futuro, perché i dati disponibili sono largamente incompleti e troppo disomogenei per consentire qualsiasi ragionevole inferenza.



Tuttavia, nonostante le criticità evidenziate, se da un lato le informazioni presenti in ogni singola relazione sono insufficienti per inquadrare la reale situazione di un'azienda, dall'altro i dati trasmessi e raccolti da INAIL possono essere utili se analizzati in forma aggregata.

Al momento attuale i Servizi di Prevenzione delle ASL

hanno accesso alle singole relazioni presentate dalle aziende del proprio territorio, ma anche ai dati sintetici suddivisi su base nazionale, regionale e per singole ASL. Sono disponibili anche tutti i dati contenuti nel data base, articolati in diverse tabelle in formato Excel che sono difficili da collegare tra loro ma consentono di estrarre elenchi di aziende dello stesso settore, codice ATECO, rischio ecc. Alcune elaborazioni già presenti nel cruscotto, che contengono solo dati anonimi aggregati, potrebbero essere rese pubbliche e potrebbe essere data la possibilità di accedere a questi dati anche alle Regioni, in modo che possano integrare l'articolo 40 con i propri sistemi informativi, ai medici competenti e alle associazioni di categoria e dei lavoratori e a quanti abbiano interesse (Open Data).

L'unica analisi ufficiale dei dati è stata pubblicata da INAIL nel maggio 2015¹⁴, relativa alle comunicazioni dei medici competenti per gli anni 2012 e 2013. Essa contiene la descrizione dei dati numerici delle aziende, dei lavoratori soggetti a sorveglianza e degli idonei, distinti per genere, su base territoriale regionale e per comparto produttivo, e il numero di soggetti visitati distinti per rischio, solo su base nazionale.

Alcune novità introdotte dal DM 12 Luglio 2016 consentono oggi di poter eseguire delle ulteriori elaborazioni dei dati e sono già disponibili alcune esperienze di incrocio di informazioni con i Flussi Informativi mediante un software statistico. Incrociando i dati è possibile valorizzare il codice ATECO fino all'85% delle aziende. Vi è la possibilità di creare liste di aziende, che pur appartenendo allo stesso comparto produttivo non hanno trasmesso la comunicazione. L'esperienza in diverse regioni indica fino a un 50% di aziende con "ATECO a rischio" e almeno 3 dipendenti che non hanno trasmesso comunicazioni.

¹⁴ https://www.inail.it/cs/internet/docs/ucm_183625.pdf

Del resto l'utilizzo dei dati dell'allegato 3B è uno dei pochi strumenti attualmente disponibili che permette di classificare le aziende in base al rischio. Se elaborati in modo corretto forniscono la mappatura dei rischi a livello territoriale. È possibile utilizzare i dati per predisporre una sorta di "profilo di rischio" per comparto produttivo, individuando quale rischio è maggiormente rappresentato in un comparto prescelto, oppure individuare in quale comparto è maggiormente rappresentato un determinato rischio. È possibile creare una reportistica di dettaglio per ciascun rischio, ATECO e dimensione azienda, in modo da comparare e standardizzare i rischi per ciascuna voce.

Il documento INAIL del 2015 traeva questa conclusione: *"Ulteriori analisi saranno effettuate nel prossimo futuro per approfondire ulteriormente le possibilità di integrazione con altre fonti informative e fornire ai soggetti che operano nel campo della prevenzione tutte le informazioni utili a pianificare gli interventi e a valutarne i risultati nell'ottica del nuovo piano nazionale della prevenzione 2014-2018."*

In questa prospettiva certamente le elaborazioni dei dati ricavabili dalle comunicazioni possono costituire uno strumento utilissimo per molteplici obiettivi. Ad esempio consentono di pianificare e programmare l'attività di prevenzione dei Servizi delle ASL, ad es. attraverso il confronto dei rischi controllati in aziende appartenenti allo stesso settore, comparto, ATECO; oppure

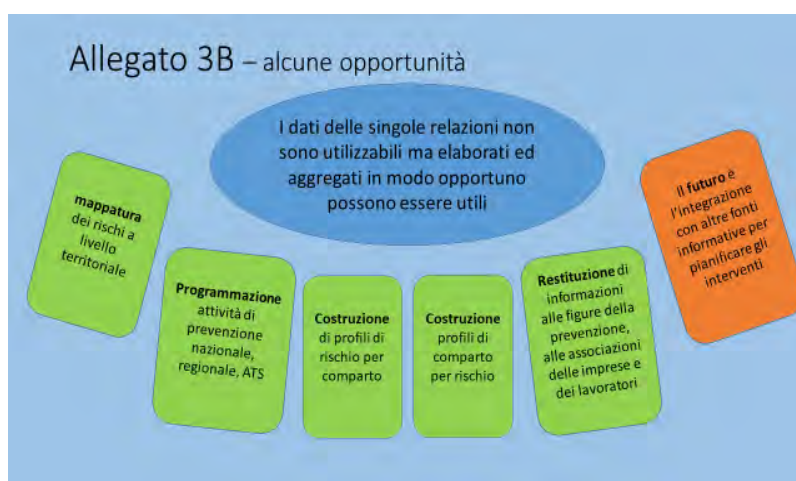
attraverso la selezione di elenchi di aziende nelle quali un determinato rischio sia ben rappresentato, oppure elenchi di aziende che pur appartenendo allo stesso settore o comparto non segnalano sorveglianza sanitaria per il medesimo rischio (es. cancerogeni).

L'analisi dei dati può consentire di supportare e orientare i medici competenti a confrontarsi per una valutazione omogenea dei rischi per attività produttiva, ma può consentire anche il controllo dell'attività del medico competente e dell'azienda, attraverso il confronto tra rischi soggetti a sorveglianza sanitaria e rischi presenti nel DVR. Può anche far rilevare "situazioni abnormi" in ordine al numero di aziende e lavoratori sorvegliati.

L'elaborazione dei dati può indirizzare l'attività di prevenzione e controllo dei Servizi delle ASL attraverso il confronto con altri archivi disponibili (registri di esposizione, piani di bonifica amianto, relazioni annuali articolo 9 legge 257,).

Qualora i dati fossero resi disponibili, le associazioni di categoria e le organizzazioni dei lavoratori potrebbero giovare per la condivisione e programmazione strategica di misure di prevenzione, in funzione delle evidenze "epidemiologiche" che emergono in determinati settori.

Da ultimo è opportuno sottolineare l'importanza che i dati contenuti nelle comunicazioni vengano regolarmente esaminati dalle ASL e la relativa reportistica sia messa a disposizione, per restituire ai medici competenti, ai sistemi di impresa, agli RLS, ecc., i dati aggregati e commentati, nello spirito di condivisione, e come utile "ritorno" ai medici competenti per il miglioramento della qualità dei dati. È auspicabile che la restituzione avvenga in seminari tematici di riflessione a livello territoriale e regionale, per comparti, ecc.



3.5 ESEMPI DI UTILITA' E UTILIZZO DEI DATI DELL'ALLEGATO 3B

3.5.1 L'uso dei dati aggregati da parte dei medici competenti

INTRODUZIONE

Nel capitolo precedente si è auspicata una collaborazione con i medici competenti e un ritorno di informazioni da parte delle ASL verso di essi. In effetti l'art. 40 del D. Lgs. 81/08 non prevede alcun coinvolgimento dei medici competenti nell'elaborazione, analisi e interpretazione dei dati che immettono nel sistema informativo gestito da Inail.

Questa lacuna oggi può essere colmata - anche con indicazioni del Ministero della Salute, del Coordinamento Interregionale, tenendo conto di quanto elaborato - con la lettura e l'analisi dei dati analitici delle comunicazioni dei medici competenti che ogni singola ASL può scaricare e utilizzare autonomamente condividendoli. Di seguito si esporranno le esperienze che sono state avviate in alcune ASL italiane, fra le quali la ATS di Milano, con le principali direttrici di utilizzazione dei dati emerse nei corsi organizzati per l'apprendimento degli strumenti per la loro analisi. C'è da chiedersi ora quali possano essere le finalità di analisi da parte dei medici competenti, in modo da strutturare in maniera specifica un'eventuale piattaforma di scambio dei dati.

L'utilizzo scientifico, statistico ed epidemiologico dei dati è sicuramente un obiettivo comune i destinatari istituzionali dei dati, ASL e organismi regionali, ed è stato già descritto nell'articolo precedente. Riteniamo però che si possa andare oltre e tentare di delineare alcuni obiettivi informativi che sono utili al miglioramento delle attività professionali dei medici competenti.

I DATI DISPONIBILI

Il sistema messo a disposizione dall'Inail per la raccolta dei dati dei medici competenti include un cruscotto che mette a disposizione delle ASL e delle Regioni, ma non ai medici competenti, alcune elaborazioni statistiche generali. Una raccolta di queste elaborazioni è stata inserita nel 2015 in un opuscolo pubblico con dati riferiti alle comunicazioni relative all'anno 2013¹⁵, ma non ha avuto aggiornamenti.



Figura 1 – La pubblicazione Inail

I dati generali del cruscotto, a parte l'accesso che potrebbe essere concesso anche a coloro che alimentano la banca dati, sono sicuramente utili per ragionamenti e decisioni molto generali, ma non per l'operatività necessaria alla maggioranza degli utenti. Per esempio, è utile sapere la distribuzione italiana delle inidoneità, ma sarebbe più utile dettagliare il dato per regione, ASL e, soprattutto, per rischio, attività economica e dimensione dell'azienda.

Subito si sono manifestate tre grandi criticità dei dati statistici centrali:

Il codice **Ateco è mancante** per il 55-60% dei casi (per questioni tecniche non ancora risolte);

sono rilevabili **incongruenze** fra numero dei lavoratori totali, sorvegliati e visitati, inficiando in parte il numero dei lavoratori esposti ai singoli rischi;

la classe degli "Altri rischi" non meglio specificati è talmente nutrita da falsare il quadro generale dei rischi (si veda anche il capitolo dedicato a questo argomento).

¹⁵ Il documento è reperibile all'indirizzo: https://www.inail.it/cs/internet/docs/ucm_183625.pdf

È ovvio che senza un settore di attività attendibile e numeri certi di esposti si limitano fortemente le statistiche e gli studi epidemiologici possibili, ciò che ha scoraggiato finora l'uso sistematico di questi dati.

Inail mette però a disposizione anche i **dati analitici**, che possono essere scaricati da ogni ASL, dai quali è possibile ricostruire i dettagli di ogni singola comunicazione e quindi rielaborare i dati liberamente, collegandoli anche ad altre banche dati.

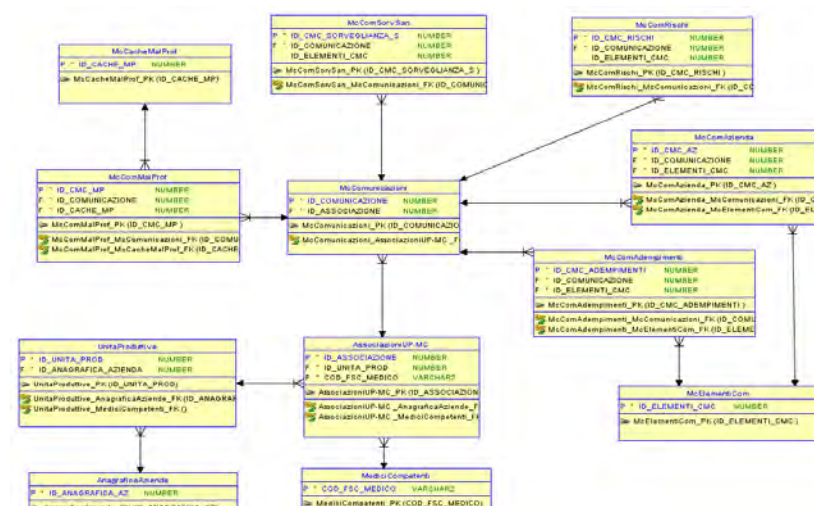


Figura 2 – La struttura dei dati dell'Allegato 3B

organizzare e analizzare questi dati.

LE BASI PER UNA COLLABORAZIONE

I risultati dei corsi, tenutisi per ora in Lombardia, Lazio e Sicilia, sono stati positivi, nel senso che si sono trovati possibili utilizzi operativi dei dati, anche senza ambire, per ora, a una rappresentazione statistica ed epidemiologica dei rischi nei luoghi di lavoro. È stato subito chiaro infatti che questi obiettivi, che sono quelli ai quali si deve tendere, non è possibile raggiungerli **senza la collaborazione attiva dei medici competenti**, mediante linee guida condivise e visioni comuni sull'analisi e l'interpretazione dei rischi.

Non si può scaricare sui medici competenti l'onere di riparare ad errori di sistema chiedendo loro di migliorare unilateralmente la qualità dei dati. Alcuni errori originano direttamente dalla progettazione del sistema stesso per i quali poco si potrebbe fare. È possibile però un **patto di condivisione** dei dati, pur parziali e lacunosi, vantaggioso sia per l'ASL che per i medici competenti: a condizione che con i dati condivisi si migliori l'operatività quotidiana del lavoro dei medici competenti.

Nell'analizzare i dati durante i corsi nelle ASL si sono trovati risultati e spunti estremamente utili al lavoro quotidiano dei servizi di prevenzione. Siamo convinti che gli stessi dati, se forniti ai medici competenti, saranno in grado di migliorare e facilitare il loro lavoro quotidiano ripagandoli degli sforzi richiesti in cambio. Di seguito allora alcune proposte di condivisioni possibili di dati.

Tutte le aziende con rischi rilevanti hanno nominato un medico competente?

Non tutte le aziende hanno l'obbligo di nominare un medico competente, infatti a parte le realtà molto piccole, ci sono attività che non presentano rischi di particolare rilievo. Inoltre non per tutte le aziende il medico competente invia una comunicazione ogni anno. Ci potrebbero essere rischi

Anche questo percorso non è del tutto agevole. I dati infatti sono di difficile lettura perché distribuiti in 12 file di testo (in formato Comma Delimited Values - CSV) come nel diagramma a lato. Per anni pochissimi hanno scaricato e utilizzato anche in forma parziale questi dati, ma a partire dal 2019 chi scrive ha potuto collaborare con diverse ASL italiane all'organizzazione di corsi di formazione per utilizzare Epi Info¹⁶, una piattaforma software comune, capace di leggere,

¹⁶ Epi Info è un software libero di epidemiologia e statistica prodotto dai *Center for Disease Control* di Atlanta U.S.A. e oggetto di un'edizione italiana curata fra gli altri dall'autore nel 2005.

per i quali è sufficiente una visita ogni due e anche cinque anni (per il rischio videoterminali). Come fare allora per un controllo sull'obbligo di comunicazione?

Mediante l'incrocio dei dati dell'allegato 3B e i dati Inail forniti con i Flussi Informativi Inail-Regioni e Province Autonome¹⁷ si è ovviato al problema della mancanza dei codici Ateco, prendendoli direttamente dai dati delle aziende assicurate quando sono mancanti. Una conseguenza interessante dell'incrocio e che è possibile sapere per quali aziende (addirittura i nomi), di quali dimensioni e in quali settori produttivi, **non risulta una comunicazione** ai sensi dell'allegato 3B. A parte gli errori negli incroci la porzione delle aziende Inail presenti solo in Flussi (Figura 4) è un problema da affrontare.



Figura 3 – Incrocio fra le aziende Inail e Allegato 3B

Sono disponibili, e possono essere condivisi, dati di dettaglio aggregati e anonimi che approfondiscono il fenomeno. Di seguito una tabella relativa alla ATS di Milano nella quale si mettono in relazione il gruppo ATECO di appartenenza e la dimensione dell'azienda in termini di addetti stimati Inail¹⁸.

3.3. Numero di Aziende Inail che NON si incrociano con le unità produttive ex Art. 40 per ATECO e classe addetti

A10d_GruppiAteco2007	Missing	A28_CLASSIADETTI														TOTALE
		0. Zero	a. da 0,1 a 1	b. da 1,1 a 3	c. da 3,1 a 10	d. da 10,1 a 15	e. da 15,1 a 20	f. da 20,1 a 30	g. da 30,1 a 100	h. da 100,1 a 200	i. da 200,1 a 500	l. da 500,1 a 1.000	m. da 1000,1 a 5.000			
A Agricoltura, silvicoltura e pesca	0	10	391	113	27	3	0	0	1	1	1	0	0	0	0	547
B Estrazione di minerali	0	2	4	4	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	15
C Attività manifatturiere	6	180	8644	5282	2549	301	157	148	200	45	36	3	1	17552	1	
D Fornitura di energia	0	7	87	46	31	5	3	2	9	1	3	0	2	196	2	
E Fornitura di acqua	0	6	73	54	25	10	6	2	5	0	0	0	0	181	0	
F Costruzioni	7	251	24834	5447	1424	151	55	66	91	8	1	0	2	32337	2	
G Commercio	0	757	13845	10314	4059	499	205	161	198	32	23	8	3	30104	3	
H Trasporto e magazzinaggio	3	101	8085	1828	789	133	78	78	123	21	7	1	2	11249	2	
I Alloggio e ristorazione	1	313	4912	5873	2285	240	82	49	45	6	4	2	0	13812	0	
J Informazione e comunicazione	0	215	2878	2035	1119	229	90	64	129	20	8	1	0	6788	0	
K Finanza e assicurazioni	0	87	906	804	439	63	33	17	45	10	8	6	2	2420	2	
L Attività immobiliari	0	211	6824	2821	554	45	17	8	14	2	0	0	0	10496	0	
M Professioni	1	542	7831	5013	2016	271	112	91	121	18	8	1	1	16026	1	
N Noleggio, agenzie di viaggio	1	227	5858	3019	1301	165	99	86	124	16	13	1	0	10910	0	
O Amministrazione pubblica	0	2	44	13	23	7	4	6	7	2	1	0	0	109	0	
P Istruzione	0	68	1861	689	220	39	17	13	28	8	2	0	0	2945	0	
Q Sanità	0	76	2161	1009	337	37	20	15	25	0	6	2	0	3688	0	
R Arte, sport, intrattenimento	0	75	988	570	238	20	11	7	15	1	1	2	0	1928	0	
S Altre attività di servizi	2	76	7747	4744	828	66	32	24	34	5	3	1	1	13563	1	
T Attività di famiglie	0	4	440	117	11	3	0	0	0	0	0	0	0	575	0	
U Organizzazioni	0	1	5	17	14	5	3	2	0	0	0	0	0	47	0	
X Non Classificato	13	270	14274	2761	750	90	39	33	41	4	1	2	2	18280	2	
TOTAL	34	3481	112692	52573	19043	2382	1063	873	1255	200	126	30	16	193768	16	

Figura 4 – Numero di aziende per le quali non risulta una comunicazione per gruppo Ateco e dimensione azienda

Le aziende risultanti a Inail sono 193.768, mentre le comunicazioni sono “solo” 44.125. Come abbiamo detto la ragione principale della sproporzione fra i due numeri è sicuramente da imputare alla dimensione delle aziende. Solo quelle che arrivano a un addetto/anno sono più di 116.000. Un'altra ragione delle comunicazioni che non risultano è, specialmente nelle aziende di grandi dimensioni, la mancata corrispondenza del codice fiscale e della partita IVA fra gli archivi

¹⁷ I *Flussi Informativi* consistono nella condivisione dei dati Inail su Aziende assicurate, Infortuni e Malattie Professionali, che originano da protocolli di intesa a partire dal 2002 e via via rinnovati.

¹⁸ Gli addetti stimati Inail sono simili agli addetti rapportati ad anno utilizzati dall'Istat. Sono ricavati dalle masse salariali diviso il salario annuo medio stimato per l'attività produttiva.

dell'allegato 3B e i Flussi Informativi. Si è osservato lo stesso fenomeno nella ATS di Milano dove si sono potuti incrociare i dati anche con quelli della Camera di Commercio¹⁹. Infine si sono riscontrati errori nell'invio delle comunicazioni alla ASL competente corretta e anche alcuni casi di omissioni. Ciononostante rimangono rilevanti i numeri di aziende per le quali non risulta una comunicazione ex Allegato 3B relativi a comparti quali il manifatturiero, edilizia, alloggio e ristorazione, trasporti, sanità, con almeno 3 e fino a 20 dipendenti (riquadro evidenziato). Non vuole ancora dire che tutte queste aziende "evadano" l'obbligo di comunicazione. Si tratta solo dello spazio entro cui effettuare controlli o altre attività di sensibilizzazione.

Condividendo questi dati con i medici competenti sarebbe possibile "spacchettarli" ulteriormente per poter mirare meglio l'obiettivo: abbiamo a disposizione ancora il dettaglio della classificazione Ateco e il Comune della sede legale dell'azienda. Si potrebbero intraprendere azioni congiunte, a livello di associazioni imprenditoriali, dei medici competenti e della ASL, per sensibilizzare e informare gli imprenditori. Le azioni potrebbero essere estremamente mirate, per esempio per i panettieri di Milano con almeno tre addetti, oppure i carrozzieri di Lodi, gli alberghi di periferia, ecc.: la lista delle possibilità con tutta evidenza è molto lunga. Annualmente, infine, potrebbe essere verificata l'efficacia delle azioni intraprese monitorando il numero delle comunicazioni mancanti per codice Ateco di dettaglio e comune dell'azienda.

DISTRIBUZIONE DEI RISCHI PER COMPARTO PRODUTTIVO E NUMERO DEGLI ESPOSTI PER COMUNE

Le aggregazioni più interessanti dei dati dal punto di vista dei possibili utilizzi da parte dei medici competenti sono sicuramente la distribuzione delle esposizioni a rischi per singolo comparto produttivo e per Comune. A questo livello di dettaglio è possibile confrontare i rischi di ogni singola azienda sorvegliata con le risultanze di tutte le altre aziende dello stesso comparto, della stessa dimensione e di territori più ampi. Di seguito, per esempio, la distribuzione degli esposti al rischio "radiazioni ultraviolette" nei singoli Comuni della ATS di Milano:

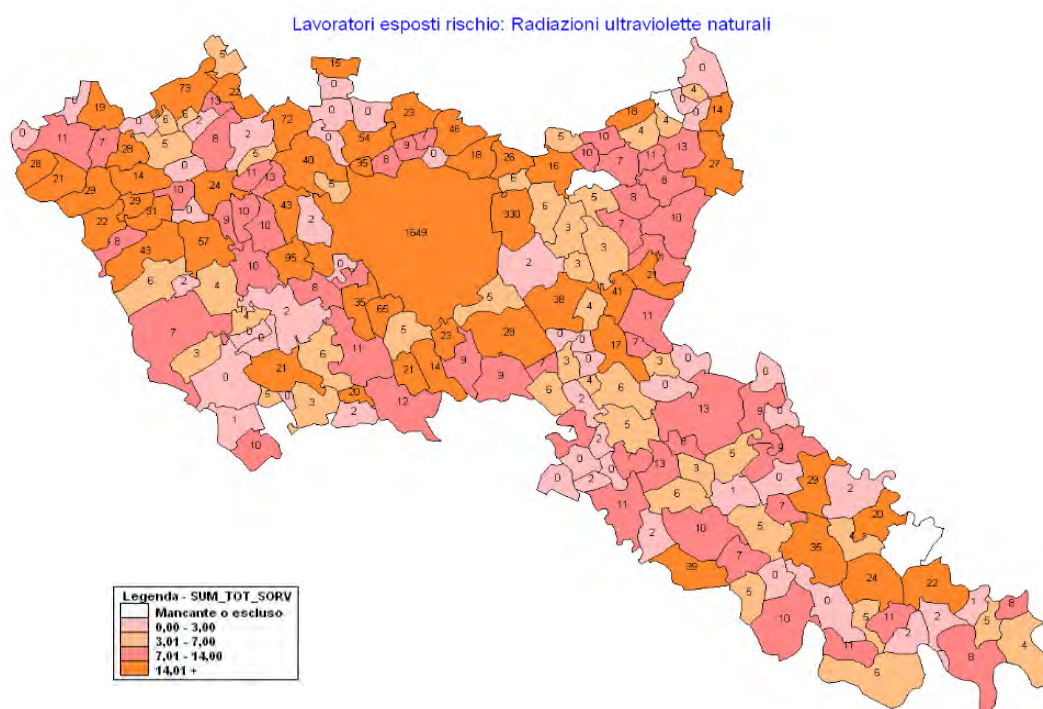


Figura 5 – Esempio di distribuzione territoriale per singolo rischio (mappa elaborata con Epi Info)

¹⁹ La Regione Lombardia dispone della piattaforma *Impres@* che raccoglie i dati anagrafici delle aziende da tutte le fonti disponibili in regione.

Lo stesso rischio può essere osservato esaminando il numero di aziende distribuite per singoli codici Ateco per le quali sono state comunicate le esposizioni al rischio. Nella [Figura 6](#) un esempio limitato alla sola agricoltura, ma sono disponibili tutti gli altri settori Ateco. Le stesse distribuzioni per comune e per codice Ateco sono disponibili inoltre per ognuno dei venti rischi dell'allegato 3B. I dati sui singoli rischi impattano direttamente sulle valutazioni professionali dei medici competenti. Avere ogni anno i dati aggiornati sul territorio dove si opera, significa avere una base comune di confronto e discussione, non solo tra i propri dati e quelli del territorio, ma anche fra questi ultimi e i dati dei propri colleghi, costituendo un riferimento per discussioni sui metodi di valutazione dei rischi, su linee guida e azioni da intraprendere.

37 - Numero unità produttive e sorvegliati per comune per il rischio: Radiazioni ultraviolette naturali

DESCRIZIONE	Radiazioni ultraviolette naturali	TOTALE
A10d_Ateco2007		
Missing	571	571
A 01 COLTIVAZIONI AGRICOLE E PRODUZIONE DI PRODOTTI ANIMALI, CACCIA E SERVIZI CONNESSI ...	2	2
A 011 COLTIVAZIONE DI COLTURE AGRICOLE NON PERMANENTI	28	28
A 01111 Coltivazione di cereali (escluso il riso)	69	69
A 01114 Coltivazioni miste di cereali, legumi da granella e semi oleosi ...	60	60
A 0112 Coltivazione di riso	4	4
A 0113 Coltivazione di ortaggi e meloni, radici e tuberi	12	12
A 01131 Coltivazione di ortaggi (inclusi i meloni) in foglia, a fusto, a frutto, in radici, bulbi ...	17	17
A 01132 Coltivazione di ortaggi (inclusi i meloni) in foglia, a fusto, a frutto, in radici, bulbi ...	9	9
A 01191 Coltivazione di fiori in piena aria	7	7
A 01192 Coltivazione di fiori in colture protette	12	12
A 01199 Coltivazione di piante da foraggio e di altre colture non permanenti ...	2	2
A 0121 Coltivazione di uva	2	2
A 014 ALLEVAMENTO DI ANIMALI	2	2
A 0141 Allevamento di bovini da latte	74	74
A 014100 Allevamento di bovini e bufale da latte, produzione di latte crudo ...	8	8
A 0143 Allevamento di cavalli e altri equini	4	4
A 0146 Allevamento di suini	14	14
A 0147 Allevamento di pollame	20	20
A 0149 Allevamento di altri animali	1	1
A 015 COLTIVAZIONI AGRICOLE ASSOCIATE ALL'ALLEVAMENTO DI ANIMALI: ATTIVITÀ MISTA ...	182	182
A 015000 Coltivazioni agricole associate all'allevamento di animali: attività mista ...	14	14
A 016 ATTIVITÀ DI SUPPORTO ALL'AGRICOLTURA E ATTIVITÀ SUCCESSIVE ALLA RACCOLTA ...	116	116
A 0161 Attività di supporto alla produzione vegetale	12	12
A 016209 Altre attività di supporto alla produzione animale (esclusi i servizi veterinari) ...	7	7
A 022 UTILIZZO DI AREE FORESTALI	1	1
A 0322 Acquacoltura in acque dolci	12	12
B 0811 Estrazione di pietre ornamentali e da costruzione, calcare, pietra da gesso, creta e ardes ...	10	10
B 0812 Estrazione di ghiaia e sabbia; estrazione di argille e caolino ...	2	2
B 08120 Estrazione di ghiaia, sabbia; estrazione di argille e caolino ...	6	6

Figura 6 – Dettaglio del numero di comunicazioni contenenti almeno un esposto al rischio radiazioni ultraviolette

Come si vede l'interesse per i dati da parte dei medici competenti converge negli obiettivi con l'uso dei dati da parte dei servizi di vigilanza delle ASL, così come delineato nel capitolo precedente.

Un primo confronto costruttivo che ci sentiamo di proporre è relativo alla classe degli "Altri rischi", per i quali il legislatore non ha ritenuto di dover introdurre l'obbligo di specificarne il dettaglio. Nei diversi set di dati esaminati sono risultati essere fra i primi fattori di rischio (vedi [tabella Rischi all.3B](#)): quali sono questi rischi? Da indagini sommarie svolte durante i corsi sono risultati rischi quali le polveri, i lavori in quota, lo stress lavoro correlato e altro, tuttavia la discussione principale è stata sull'opportunità o meno di creare nuove classi di rischio per questi nuovi fattori.

A prescindere da una discussione auspicabile sulle tipologie di rischio non previste dal legislatore, è urgente limitare questa voce di rischio, capace di inficiare qualsiasi valutazione statistica ed

epidemiologica. Infatti o i venti rischi specifici non sono sufficienti, allora le analisi su questi sono anch'essi insufficienti, oppure dentro gli altri rischi si nascondono esposizioni che andrebbero ricomprese fra quelle esistenti, modificandone il peso.

6.1. SORVEGLIATI, VISITATI, TOTALE

DESCRIZIONE	Totale Sorvegliati	Totale Visitati	Sorvegliati_F	Visitati_F	Sorvegliati_M	Visitati_M
Agenti biologici	202800	125019	92893	50240	109907	74779
Agenti cancerogeni	6285	5117	1940	1297	4345	3820
Agenti chimici	162839	125200	44790	28994	118049	96206
Agenti mutageni	1001	837	288	198	713	639
Altri rischi evidenziati da V.R.	379542	208800	122417	54945	257125	153855
Amianto	1327	1070	87	83	1240	987
Atmosfere iperbariche	198	190	118	113	80	77
Campi Elettromagnetici	5335	3853	1473	887	3862	2966
Infrasuoni/Ultrasuoni	89	44	37	7	52	37
Lavoro notturno > 80gg/anno	74850	41243	16413	9908	58437	31335
Microclima severo	75757	51437	15934	9565	59823	41872
Movimentazione manuale dei carichi	447490	294579	173262	86300	274228	208279
Radiazioni ottiche artificiali	11663	8603	1942	1184	9721	7419
Radiazioni ultraviolette naturali	4195	3870	173	143	4022	3727
Rischi Posturali	313148	189515	126738	67564	186408	121951
Rumore	136940	105319	15693	10322	121247	94997
Silice	1070	527	79	13	991	514
Sovraccarico biomeccanico arti superiori	151309	110718	56532	37705	94777	73013
Vibrazioni corpo intero	61700	43942	4136	2090	57564	41852
Vibrazioni mano braccio	41254	33878	2520	1741	38734	32137
Videoterminali	799388	253233	402014	118381	397374	134852

INIDONEITÀ, ALCOL, SOSTANZE STUPEFACENTI

Le stesse considerazioni fatte per i singoli rischi possono essere fatte per le altre valutazioni contenute nelle comunicazioni. Innanzitutto le inidoneità, che da quest'anno sono distinte nei dati analitici relativamente al rischio specifico²⁰. Ogni singolo medico competente mediante i dati ha la possibilità di confrontare le inidoneità parziali dei propri lavoratori sorvegliati, con quelle di aziende simili (in base al codice Ateco) per gli stessi rischi, con la possibilità di scoprire valori inattesi.

Quello delle inidoneità parziali è un tema critico e oggetto di trattazione in un capitolo dedicato all'argomento. Pur essendo legate a situazioni specifiche, manifestano molta disomogeneità anche per la mancanza di criteri generali che potrebbero essere definiti e condivisi tra associazioni di medici competenti e medici delle ASL.

Le informazioni sulle inidoneità totali, al contrario della ricchezza di quelle parziali, sono molto poche, tanto da essere statisticamente insignificanti. Senza entrare nel merito delle ragioni di questo risultato, che sicuramente ha a che fare con il destino lavorativo di chi è giudicato inidoneo totale, dal punto di vista dell'analisi dei dati l'informazione andrebbe migliorata oppure eliminata.

La stessa inutilità statistico-epidemiologica hanno le informazioni su alcol e sostanze stupefacenti. Senza bisogno di tabelle, basti sapere che rispetto a migliaia di indagini e screening risultano conferme di positività solo per qualche decina di casi. Qui la discussione dovrebbe vertere, soprattutto sollecitando proposte dai medici competenti, se ci sia la possibilità di migliorare le informazioni, e dunque la loro utilità scientifica, oppure se l'informazione sfugge ai metodi attuali di raccolta dei dati.

MALATTIE PROFESSIONALI

Discorso a parte per le malattie professionali per le quali le analisi possibili sono ancora tutte da studiare. Nei set di dati analizzati in Lazio e in Sicilia, queste hanno mostrato numeri irrisori per ragioni da approfondire, tanto da far pensare all'inutilità del loro inserimento nelle comunicazioni.

²⁰ La realtà l'obbligo di specificare le inidoneità rispetto ai singoli rischi esisteva già per le comunicazioni dello scorso anno, ma sono state inserite nei dati analitici solo da quest'anno per i dati relativi al 2018.

In controtendenza però l'ATS di Milano, nelle cui comunicazioni è presente un numero di sospette malattie professionali congruo rispetto alle denunce che arrivano all'Inail. Naturalmente non si tratta delle stesse persone, perché all'Inail arrivano denunce di lavoratori in pensione e i medici competenti visitano persone che magari hanno già denunciato quella patologia in precedenza o lo faranno in futuro, però non si può parlare sicuramente di inutilità del dato.

IL SOFTWARE DA CONDIVIDERE

Tutte le illustrazioni e i dati presentati in questo articolo sono estrapolati dal software basato su Epi Info che è stato progettato in occasione dei corsi e personalizzato per ogni ASL, del quale si può osservare l'interfaccia in [Figura 7](#).

L'esperienza dei corsi è stata condotta dall'autore insieme ad alcuni collaboratori. D'accordo con il titolare dei dati della ASL si importano i dati in Epi Info, ASL per ASL, che vengono poi elaborati attraverso una serie di routine. Il software insieme ai dati viene poi utilizzato nel corso per condurre analisi personalizzate, sollecitate direttamente dai discenti e legate alle loro esigenze informative. Le esperienze di analisi vengono poi incorporate nel software per essere messe a disposizione dei corsi futuri.

L'auspicio è che le ASL che sono in possesso del software possano condividerlo con i medici competenti, naturalmente anonimizzando del tutto i dati. Già oggi, per la ATS di Milano è tecnicamente disponibile un sottoinsieme di dati analitici, fra i quali quelli utilizzati in questo articolo, che con opportune convenzioni potrebbero essere condivisi.

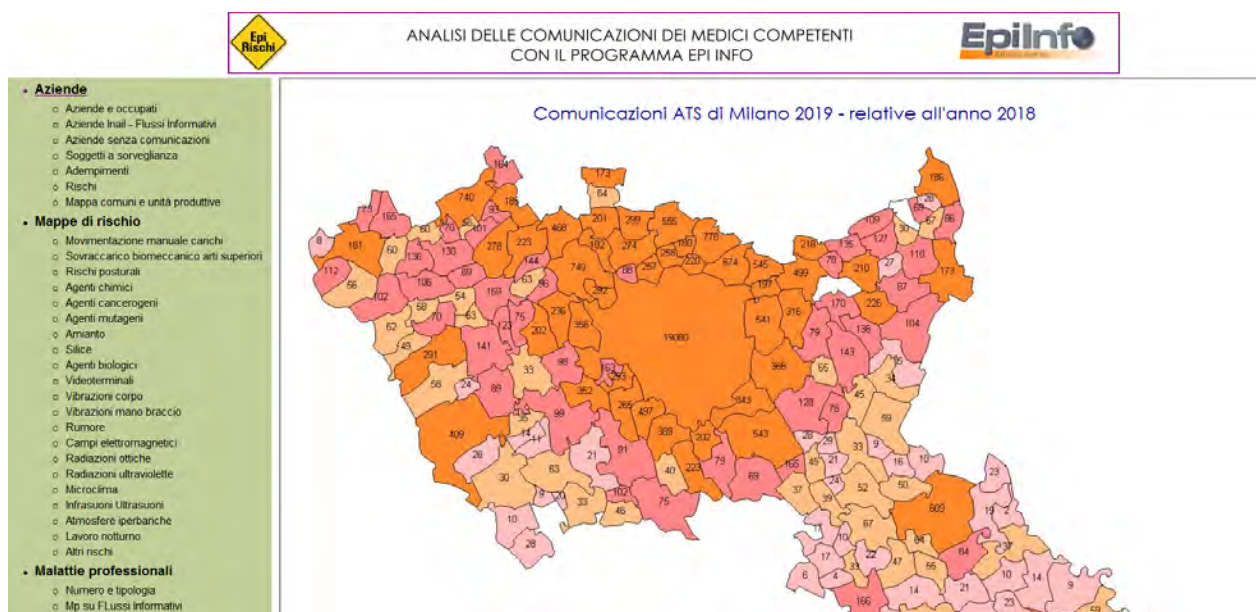


Figura 7 – Interfaccia di analisi dei dati creata mediante Epi Info

CONCLUSIONI

L'obiettivo da cui siamo partiti, sull'utilizzo dei dati analitici a scopi statistici ed epidemiologici da parte dei medici competenti sembra raggiungibile. Crediamo di aver dimostrato anche la possibilità di utilizzare i dati da parte dei medici competenti oltre questi scopi: le analisi possono contribuire a un continuo miglioramento della stessa attività professionale che si rispecchia poi su una migliore tutela dei lavoratori.

I dati sono già a disposizione di ciascuna ASL d'Italia e anche il *know how* di analisi contenuto nella piattaforma realizzata con Epi Info è libero e liberamente utilizzabile. Rimane solo da realizzare

accordi, ASL per ASL, per creare collaborazioni e sinergie. Naturalmente i dati possono e devono essere migliorati, ma è proprio qui l'utilità della collaborazione fra i servizi pubblici di prevenzione e i medici competenti.

I dati migliorano se sono utili e quindi utilizzati. Ci si accorge dei difetti, si propongono miglioramenti e questi favoriscono ulteriori approfondimenti e studi in un circolo virtuoso già sperimentato in altri set di dati, per esempio i Flussi Informativi Inail-Regioni, nati nel 2002 con pochi dati, anch'essi su una piattaforma creata con Epi Info e oggi incorporati nel sito istituzionale dell'Inail e riferimento fondamentale per tutti i servizi di prevenzione italiani.

3.5.2 L'uso dei dati aggregati da parte dei Servizi di prevenzione delle ASL

L'allegato 3B trasmesso annualmente dai medici competenti alle ASL pur nei suoi evidenti limiti, contiene informazioni utili per le attività delle strutture di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro.

Diverse possono essere le finalità di utilizzo delle relazioni annuali.

Il primo è un utilizzo quotidiano nelle attività di controllo puntuali che vengono avviate nei confronti delle aziende. Prima di effettuare un controllo, gli operatori dei Servizi PSAL devono raccogliere tutte le informazioni in loro possesso relative all'azienda da controllare. Un tempo ci si riferiva a dossier d'azienda, spesso in forma cartacea, attualmente si tratta di informazioni spesso informatizzate. In genere e in rete sono disponibili schede sintetiche contenenti dati sugli infortuni e sulle malattie professionali, informazioni dei controlli effettuati in passato sia da parte della stessa struttura PSAL che di altre strutture della ASL, eventuali provvedimenti sanzionatori o prescrittivi. A queste vanno aggiunte le informazioni contenute nell'allegato 3B, che descrivono i rischi professionali a cui sono esposti i lavoratori.

Deve essere chiaro che le informazioni già in possesso delle ASL, perché obbligatoriamente trasmesse dai datori di lavoro o dai medici competenti, non devono essere nuovamente richieste.

Un secondo utilizzo delle relazioni annuali, è la creazione di un elenco di medici competenti operanti sul territorio di competenza, molto utile come punto di partenza per avviare un coordinamento e un confronto con queste fondamentali figure della prevenzione. E' possibile creare gruppi di medici competenti che seguono aziende dello stesso settore e organizzare incontri su problematiche specifiche.

Ma è soprattutto nella programmazione delle attività che le informazioni contenute negli allegati 3B possono rivelarsi utili.

L'attività di prevenzione nelle strutture pubbliche si basa su una programmazione annuale esplicitata nel cosiddetto Piano dei Controlli. Circa il 60% delle attività di prevenzione erogate dai servizi di prevenzione delle ASL sono in genere programmate, mentre il restante 40% sono prestazioni erogate su richieste provenienti da diversi soggetti, quali lavoratori, figure del sistema di prevenzione di impresa, cittadini, enti ed istituzioni varie.

Ogni anno almeno il 5% delle aziende o meglio unità locali presenti sul territorio deve essere controllato relativamente alla salute e sicurezza del lavoro, questa è una prestazione che garantisce un livello essenziale di assistenza (LEA). Perché l'attività di prevenzione abbia una sua efficacia è importante che sia rivolta alle situazioni a maggior rischio, che potranno essere selezionate basandosi appunto su informazioni in possesso delle ASL.

Il consolidamento di alcuni flussi informativi relativi ai danni alla salute e ai rischi presenti negli ambienti di lavoro permette di estrarre elenchi di aziende su cui effettuare in via prioritaria approfondimenti ed eventuali interventi.

Gli archivi da cui estrarre le aziende sono diversi:

- **Flussi informativi INAIL Regioni**
 - Sono utilizzati da anni per estrarre aziende con maggior rischio di **infortunio**. Accanto alla estrazione con criterio legato ai tassi di incidenza e di gravità degli infortuni, possono essere usati anche criteri legati ad eventi sentinella e a particolari tipi di incidenti che per la loro particolare gravità o frequenza necessitano di interventi di prevenzione eventualmente anche attraverso piani mirati.
 - Il sistema Flussi permette di estrarre liste di aziende, partendo dalle **malattie professionali** creando una graduatoria di aziende basata sulla frequenza delle patologie professionali. E' interessante la scheda che permette di formare delle liste di aziende che, pur avendo caratteristiche simili, e quindi rischi simili, ad aziende con un certo numero di malattie professionali, non ne hanno mai denunciate.
- **Relazioni annuali medici competenti allegato 3B**
 - In questo caso **l'estrazione delle aziende si basa sui rischi e non sui danni**. Gli elenchi possono essere utilizzati in diversi modi: verificare aziende non conosciute o da molto tempo non controllate, verificare se vi sia corrispondenza tra valutazione dei rischi e sorveglianza sanitaria, verificare aziende che non rientrano nell'elenco ma che appartengono allo stesso settore in modo da capire perché in un'impresa sia stato osservato quel rischio e nell'altra no. I dati contenuti in questo sistema sono recenti e quindi non risentono delle criticità presenti invece nel sistema Flussi (aziende non presenti, indirizzi sbagliati, etc.) pur con alcune criticità emerse quali la mancanza di codice ATECO, un numero elevato di lavoratori visitati per "altri rischi" non ancora definiti.

3.6 RAPPORTI CONTRATTUALI – FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

L'esperienza di questi 10 anni di applicazione del D.Lgs. 81/08 ha messo in luce alcune criticità del rapporto di lavoro del Medico competente e della sua collocazione nell'ambito aziendale.

Alcuni temi sono stati già esaminati nel documento del Gruppo "Legislazione" della CIIP, che ha quindi suggerito alcune proposte di miglioramento. Li riprendiamo in questo capitolo in quanto riteniamo che una corretta collocazione del Medico Competente sia il presupposto per un proficuo svolgimento della sua attività a tutela della salute dei lavoratori.

Alcuni rapporti tra Datore di Lavoro, Medico Competente e società di servizi non sono sempre chiarissimi. Pur riconoscendo l'utilità dei servizi resi da molte società, occorre evitare che l'intermediazione commerciale distorca il rapporto di piena collaborazione che deve intercorrere tra Datore di Lavoro e Medico Competente.

Alcune gare di appalto o licitazioni private relative alle prestazioni di sorveglianza sanitaria sono gravate da importanti rilanci al ribasso, mettendo in dubbio l'effettiva qualità dei servizi offerti, così come purtroppo e troppo spesso avviene anche negli altri campi della consulenza al Datore di Lavoro in materia di prevenzione.

Occorre ribadire che il rapporto tra Datore di Lavoro e Medico Competente è personale e diretto, anche in termini contrattuali, e che sia necessario impedire speculazioni su costi e compensi in medicina del lavoro.

A tale scopo riteniamo importante il ruolo di controllo da parte delle associazioni dei professionisti, ma soprattutto dei datori di lavoro committenti e dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza.

Riteniamo, inoltre, che debba essere chiarito che l'esercizio delle funzioni di Medico Competente è incompatibile con la funzione di datore di lavoro ed opportuno che il MC sia figura distinta da quella del RSPP nell'ambito della stessa azienda. Si tratta di funzioni diverse, specificamente definite dalla normativa, con ruoli e responsabilità diverse.

Ruolo e compiti del Medico Competente Coordinatore, previsto dall'art. 39, comma 6, non sono definiti e pertanto non risulta chiara la suddivisione di responsabilità tra MC e MCC. In attesa di una integrazione o una esplicitazione della attuale normativa, anche mediante indirizzi operativi, è necessario che nelle imprese in cui, per ragioni organizzative, sono presenti diversi MC e ad uno di essi vengono assegnate le funzioni di MCC, il datore di lavoro nell'affidamento degli incarichi chiarisca ruoli e responsabilità delle due tipologie di funzioni.

In ogni caso le conclusioni degli accertamenti sanitari e il relativo giudizio di idoneità dovranno essere sottoscritti dal MC e non, come in alcuni casi si verifica, da parte del MC Coordinatore.

Da ultimo sarebbe necessario prevedere che il MC, in caso di motivato impedimento, possa essere temporaneamente sostituito da un collega che abbia i titoli e i requisiti professionali previsti dal D.Lgs 81/08 art 38, fissando il periodo massimo di sostituzione (es. per 30 gg) superato il quale si rende necessaria una nuova nomina. Attualmente tale possibilità non è prevista dalla normativa e pertanto, interpretando alla lettera il disposto normativo, il sostituto dovrebbe adempiere a tutti gli obblighi di cui all'art. 25, quantomeno relativamente ai lavoratori che effettivamente dovrà visitare. E' auspicabile che questa criticità venga affrontata normativamente o con adeguata nota interpretativa.

Riguardo alla formazione e all'aggiornamento professionale richiamiamo un documento a suo tempo redatto da CIIP e che riteniamo ancora valido nella sua impostazione generale.

Nel documento, partendo dalle funzioni che il medico del lavoro dovrebbe esercitare sia nel suo ruolo di Medico Competente che di medico del Servizio PSAL, vengono delineate le competenze che entrambi dovrebbero acquisire nel loro percorso formativo, sia nella Scuola di specializzazione che nell'aggiornamento successivo. Competenze che vanno ad aggiungersi alle più specifiche competenze sanitarie relative alle patologie da lavoro.

Crediamo che accanto alla formazione clinica debba affiancarsi la formazione sul campo nei servizi di prevenzione sia delle ASL che delle imprese, per permettere allo specializzando l'acquisizione delle competenze necessarie per svolgere tutti i compiti che la normativa, i codici di comportamento e le buone prassi assegnano al medico del lavoro.

A tal fine è necessario che gli specializzandi possano frequentare, sin dai primi anni, le aziende, per imparare ad analizzare i cicli produttivi, i servizi aziendali di prevenzione, i servizi dei medici competenti, i servizi di prevenzione delle ASL, i servizi dell'INAIL, oltre ovviamente agli ambulatori ospedalieri.

CIIP intende avviare prossimamente un percorso di riflessioni e proposte per il miglioramento della formazione del medico del lavoro, oltre che delle altre figure della prevenzione, ed aprire un confronto anche con altre associazioni e forze sociali per possibili aggiornamenti dei programmi delle scuole di formazione

INDICE

1. INTRODUZIONE
2. LINEE DI INDIRIZZO PER LA SORVEGLIANZA SANITARIA E IL GIUDIZIO DI IDONEITA'
 - 2.1. FINALITA' E CAMPO DI APPLICAZIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA (coordinamento Fulvio D'Orsi)
 - 2.1.1. Aspetti generali
 - 2.1.2. I rischi previsti da specifiche norme di legge
 - 2.1.3. La radioprotezione medica
 - 2.1.4. I rischi non previsti da specifiche norme di legge
 - 2.1.5. Rischio per la sicurezza dei terzi e rischio per la comunità
 - 2.1.6. La sorveglianza sanitaria dei lavoratori stagionali
 - 2.1.7. La sorveglianza sanitaria nel lavoro somministrato
 - 2.1.8. L'idoneità per il lavoro all'estero
 - 2.1.9. L'idoneità dei lavoratori di imprese straniere che lavorano in Italia
 - 2.1.10. Il collocamento mirato dei disabili
 - 2.1.11. Gli aspetti di interfaccia casa lavoro
 - 2.1.12. L'art. 5 della L. 300/70
 - 2.1.13. La promozione della salute
 - 2.1.14. Tabella di sintesi
 - 2.2. IL GIUDIZIO DI IDONEITA' LAVORATIVA: FORMULAZIONE, CONDIVISIONE, APPLICAZIONE (a cura di Carlo Nava - Giuseppe Taino - Quintino Bardoscia)
 - 2.2.1 Aspetti generali
 - 2.2.2. IL percorso operativo
 - 2.2.3 Il giudizio di idoneità parziale e l'accomodamento ragionevole
 - 2.2.4 L'uso della Metodologia ICF per la ricollocazione del lavoratore con limitazioni e disabilità
3. APPROFONDIMENTI E PROPOSTE
 - 3.1. IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE NELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI (a cura di Natale Battevi - Laura Bodini)
 - 3.2. IL RICORSO AVVERSO IL GIUDIZIO DEL MEDICO COMPETENTE (a cura di Antonia Maria Guglielmin)
 - 3.3. "PORTABILITA'" DELLA CARTELLA CLINICA (a cura di Giuseppe Taino)
 - 3.4. UTILITA' E UTILIZZO DEI DATI DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA (a cura di Roberto Dighera)
 - 3.5. ESEMPI DI UTILITA' E UTILIZZO DEI DATI DELL'ALLEGATO 3B
 - 3.5.1. L'uso dei dati aggregati da parte dei medici competenti (Giovanni Falasca)
 - 3.5.2. L'uso dei dati aggregati da parte dei Servizi di Prevenzione delle ASL (a cura di Battista Magna)
 - 3.6. RAPPORTI CONTRATTUALI, FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE (a cura di Susanna Cantoni)

Hanno collaborato

Eugenio Ariano	esperto
Quintino Bardoscia	AIAS
Natale Battevi	Clinica del Lavoro di Milano
Laura Bodini	CIIP coordinatore Gruppi di Lavoro
Gilberto Boschioli	ANMA
Susanna Cantoni	Presidente CIIP- coordinatrice del gruppo di lavoro
Roberto Dighera	ATS Milano
Fulvio D’Orsi	esperto
Giovanni Falasca	Università di Padova, consulente CIIP per i data analytics e titolare del sito italiano di Epi Info
Antonia Maria Guglielmin	SNOP
Battista Magna	ATS Milano
Paolo Mascagni	ANMA
Flavio Napolano	SNOP
Carlo Nava	Associazione Ambiente & Lavoro
Giuseppe Taino	AIRM

gennaio 2020