

## **TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO DAL D.LGS. 626/94 AL D.LGS. 81/08 E S.M.I.: UN PERCORSO DA COMPLETARE**

C. ROMANO, A. BARACCO, G. FRIGERI, L. ISOLANI, A. OSSICINI, E. RAMISTELLA, L. SOLEO<sup>1</sup>

### **Introduzione**

Il Decreto Legislativo 81/2008 (atto legislativo auspicato da tempo) è stato emanato con la finalità di un riordino, piuttosto che di una revisione, della normativa in materia di igiene e sicurezza sul lavoro; in teoria, quindi, non erano da attendersi sostanziali cambiamenti dell'assetto legislativo vigente ed in effetti in larga parte il testo è il frutto di una operazione di *collage* di precedenti Decreti, ora abrogati. Si è comunque trattato di un'occasione preziosa per permettere l'introduzione di integrazioni e correttivi nei confronti degli aspetti delle norme previgenti che avevano palesemente mostrato carenze o veri e propri errori e, per la verità, alcuni impianti hanno in effetti subito evoluzioni o modifiche sostanziali; tuttavia, per più aspetti, la citata, preziosa occasione non può non essere considerata, almeno in parte, una occasione mancata, anche se i correttivi introdotti dal D.Lgs. 106/09 hanno in buona misura rettificato aspetti critici del Decreto originario.

L'intento di raccogliere e riorganizzare la complessa normativa in materia, armonizzando le disposizioni vigenti in un provvedimento unitario, è stato senz'altro apprezzabile, ma il percorso seguito per giungere a tale scopo ha condotto ad un risultato non del tutto sufficiente. Alcune delle modifiche introdotte dal Decreto sono sicuramente positive, dal punto di vista della Medicina del Lavoro, mentre altre non mancano di suscitare perplessità, a volte anche sostanziali. Probabilmente è dipeso anche dal fatto che nella stesura del testo, organizzata dai relativi gruppi di lavoro istituzionali, cui hanno preso parte tecnici ed esperti di varia estrazione (Commissioni ministeriali, INAIL, ISPESL, Regioni, ASL, parti sociali), sono state solo marginalmente coinvolte le altre professionalità che potevano ben apportare il loro contributo con la loro esperienza nel settore e che, forse, alla fine le decisioni politiche hanno fatto passare in secondo piano proposte tecniche.

<sup>1</sup> Gruppo di Lavoro istituito dal Consiglio Direttivo della Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale (SIMLII) - Presidente G. Abbritti.

È da segnalare che la SIMLII ha in più occasioni inoltrato ai Ministeri competenti una serie di proprie proposte, proposte che solo in qualche misura hanno trovato accoglimento.

## Indicazioni

Esaminando i contenuti del Decreto 81/08, si potevano evidenziare, in via generale, novità importanti e condivisibili già nel testo originario del Decreto:

- il riordino di quasi tutta la disciplina in un unico testo normativo;
- l'ampliamento del campo di applicazione, esteso a tutti i lavoratori a prescindere del tipo di rapporto di lavoro;
- il coordinamento delle attività di vigilanza sul territorio nazionale;
- l'istituzione del Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione (SINP);
- la ridefinizione dei requisiti formativi del medico competente (MC), con il riconoscimento della priorità della formazione conseguente al conseguimento della specializzazione in Medicina del Lavoro, con l'obbligo del continuo aggiornamento e la istituzione di un elenco nazionale;
- la precisa indicazione circa la necessità che l'operato del MC si ispiri, da un lato agli indirizzi scientifici più avanzati, dall'altro ai principi del codice etico della Medicina del Lavoro;
- l'indicazione ad eseguire la valutazione del rischio tenendo conto delle differenze di genere, dell'età, e della provenienza da altri Paesi, che in effetti possono essere di rilievo nei confronti dell'effetto delle possibili *noxae* professionali;
- l'obbligo di formazione continua per tutte le figure della prevenzione, compresi datore di lavoro e RSPP.

In alcuni articoli erano contenute, come detto, innovazioni significative, spesso tuttavia a fianco di criticità che, nonostante fatte presenti, non sono state corrette dal D.Lgs. 106/09.

Il D.Lgs. 106/09, a sua volta, ha apportato modifiche e integrazioni al DLgs 81/08 con l'obiettivo di correggere le criticità e le lacune emerse nei primi mesi della sua applicazione.

Le principali novità positive introdotte dal decreto correttivo riguardano:

- la semplificazione formale di alcuni documenti fondamentali quali ad esempio quello relativo alla valutazione dei rischi;
- il rinvio di alcuni adempimenti successivamente al confronto e all'approfondimento con la Conferenza delle Regioni (come per l'art. 40, con i connessi Allegati 3A e 3B) e con il Comitato consultivo nazionale (come per la valutazione dello stress lavoro-correlato), nella speranza che si possa arrivare alla precisazione di alcune importanti definizioni operative;

- l'introduzione di interessanti novità in tema di formazione;
- il ricorso alla certificazione di modelli di organizzazione della sicurezza in azienda ("buone prassi") quale modalità di assolvimento degli obblighi di legge;
- la previsione della cosiddetta "patente a punti", inizialmente prevista solo per il settore edile;
- la diversa definizione del ruolo degli organismi paritetici e il potenziamento del ruolo degli enti bilaterali;
- il potenziamento del ruolo dell'INAIL, nella tutela integrata del lavoratore, in materia di prime cure, di riabilitazione dell'infortunato e per altri compiti istituzionali legati alla prevenzione negli ambienti di lavoro;
- l'introduzione di interventi formativi per la sicurezza in luoghi di lavoro critici come ad esempio le scuole;
- la rivisitazione delle sanzioni penali e amministrative previste a seguito della mancata ottemperanza degli obblighi posti dal Legislatore in capo ai diversi soggetti della prevenzione, medici competenti inclusi;
- la correzione di errori formali presenti nel testo del D.Lgs. 81/08, nonostante ne restino ancora e ne siano stati introdotti di nuovi.

L'impianto complessivo che deriva dalle modifiche introdotte disegna un testo normativo differente da quello iniziale e l'analisi degli aspetti così modificati meriterebbe un puntuale approfondimento, come fatto in altra sede; qui ci limitiamo agli aspetti relativi al ruolo e ai compiti del MC.

Le presenti considerazioni si riferiscono, quindi, al Titolo I del D.Lgs. 81/08, così come oggi risulta nella versione modificata dal D.Lgs. 106/092; seppure la valutazione dell'attuale normativa sia sostanzialmente positiva, si ritiene che rimangano ancora da risolvere e chiarire alcuni aspetti.

## Puntualizzazioni

Per esempio l'azione del MC non è stata "liberata" dai vincoli rigidi di talune indicazioni normative; basti pensare, ad esempio, alla mancata previsione esplicita di esecuzione della sorveglianza sanitaria all'esito della valutazione dei rischi anche nel caso di fattori di rischio non espressamente previsti dalla normativa vigente, ma in presenza di rischi accertati per la salute dei lavoratori.

In particolare il ruolo del MC nell'ambito della valutazione dei rischi non è stato puntualmente definito, né la sua presenza è stata inserita chiaramente sin dall'ini-

2 Per una completa trattazione si rimanda ai documenti prodotti nel tempo dal G.d.L. e approvati dal Direttivo SIMLII e disponibili sul sito ufficiale della Società.

zio nel citato processo, nonostante la Commissione sugli infortuni e le morti bianche con Delibera del 20 marzo 2008 si fosse in tal senso così espresa; la nomina del MC non è stata considerata come obbligo indelegabile da parte del Datore di Lavoro; il MC non è stato autorizzato ad attuare una politica di sorveglianza sanitaria estesa a tutti gli aspetti legati alla relazione salute-lavoro, essendo limitata la sua attività rigidamente ai rischi “normati”; non è stata presa in considerazione la problematica della sicurezza dei terzi; la gestione della sorveglianza sanitaria per i dipendenti con rapporto di lavoro flessibile resta di difficile realizzazione, in via generale, in relazione alla attività del MC ed alla formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica. Altra criticità è che il decreto non ha rinunciato a percorrere la strada del rinvio a successivi decreti applicativi sulla cui tempestività le esperienze pregresse rendono quanto meno scettici.

### Aspetti specifici

Entreremo ora nel merito di alcuni aspetti specifici dell’articolato di più diretto interesse per la Medicina del Lavoro ed in particolare per l’attività del MC.

Le definizioni (art.2) sono una fonte essenziale di orientamento. Devono essere pertanto corrette, complete, non contraddittorie tra titolo 1 e altri titoli; nel decreto, invece, si riscontrano incongruenze fra le definizioni fornite in diverse parti del testo.

Ad esempio, la definizione di “rischio” varia nei diversi titoli e sembra superflua la definizione di “sorveglianza sanitaria” riportata nel rischio chimico dopo averne data contezza all’art. 2.

Mancano, invece, definizioni fondamentali, come una definizione generale di “valore limite” e di “livello di azione”, come pure di “rischio irrilevante per la salute” o “rischio basso per la sicurezza”, peraltro contemplate in più articoli, e la loro formale, ma necessaria, “determinazione” viene nuovamente rimandata (art. 232) a futuri decreti ministeriali lasciando, nelle more, spazio ad incertezze e disomogeneità applicative.

La definizione di “sorveglianza sanitaria” appare solo parzialmente accettabile; sarebbe stata più esaustiva la seguente definizione: “insieme degli accertamenti sanitari svolti dal medico competente, finalizzati alla tutela dello stato di salute e alla sicurezza dei lavoratori, in relazione alle condizioni di salute degli stessi, all’ambiente di lavoro, ai fattori di rischio e alle modalità di svolgimento dell’attività lavorativa”.

Nella definizione legislativa di “linee guida” tra le istituzioni preposte alla predisposizione di tali documenti è singolare che non sia prevista la partecipazione di Società Scientifiche, nonché altri enti scientifici, come le stesse Università, sicuramente titolati in tal senso.

Al contrario, in positivo, è importante che tra gli obblighi del datore di lavoro

figuri ora (Comma *g*) dell'articolo 18) quello di “inviare i lavoratori alla visita medica entro le scadenze previste dal programma di sorveglianza sanitaria” e “comunicare tempestivamente al Medico Competente le cessazioni dei rapporti di lavoro” in quanto viene stabilita la responsabilità del Datore di Lavoro nella puntuale gestione della sorveglianza sanitaria; ed altrettanto positivo è il fatto, del tutto innovativo, che il MC “collabora inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di «promozione della salute», secondo i principi della responsabilità sociale” e che lo stesso MC “programma ed effettua la sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati”, vale a dire la esplicitazione della necessità di effettuare la sorveglianza sanitaria attraverso l'applicazione di protocolli sanitari per rischio specifico, predisposti sulla base degli indirizzi scientifici più avanzati, secondo protocolli omogenei ed equilibrati applicati su tutto il territorio nazionale.

Ulteriore miglioramento si ravvisa nel fatto che il MC “visita gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o a cadenza diversa che stabilisce in base alla valutazione dei rischi; la indicazione di una periodicità diversa dall'annuale deve essere comunicata al datore di lavoro ai fini della sua annotazione nel documento di valutazione dei rischi” in quanto è opportuno demandare la discrezionalità della stessa al MC in funzione della valutazione dei rischi.

Per quanto riguarda la cartella sanitaria e di rischio l'articolo 15 del decreto correttivo, in modifica delle lettere *c*) ed *e*) dell'art. 25 del D.Lgs. 81 stabilisce un diverso modo della trattazione/cura della stessa e consente al MC di provvedere all'espletamento della sorveglianza sanitaria anche in luogo diverso dalla sede aziendale e la possibilità di conservare la cartella sanitaria e di rischio eventualmente, ad esempio, anche presso il proprio ambulatorio.

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

Riguardo alla stesura del DVR è condivisibile anche la previsione di una linea di indirizzo da parte della Commissione Consultiva Permanente per la Salute e Sicurezza sul Lavoro in merito alle modalità di valutazione del “rischio collegato allo stress lavoro-correlato”, in quanto si tratta di una procedura sulla quale permangono consistenti dubbi operativi, non essendo disponibile a tutt'oggi un metodo condiviso, validato, affidabile e applicabile con semplicità. In questa direzione è comprensibile il rinvio del relativo obbligo al 1 agosto 2010, anche perché la mancanza della valutazione di tale rischio è ovviamente sanzionata. Meno comprensibile che non vi sia l'obbligatorietà, da parte della Commissione, di effettuare tali linee di indirizzo entro la data fissata per il rinvio, il che sembrerebbe suggerire una semplice proroga.

Nella modalità di effettuazione della valutazione dei rischi rimane il punto di caduta in cui il MC collabora solo quando è prevista l'attività di sorveglianza sanitaria, situazione già prevista dal D.Lgs. 626/94, e sempre criticata in quanto appare contraddittorio ammettere che il datore di lavoro possa, a priori, stabilire l'assenza di rischi comportanti l'effettuazione della sorveglianza sanitaria, poiché la sorveglianza sanitaria non può che scaturire necessariamente dalla valutazione dei rischi ed è di fondamentale importanza che il MC partecipi sin dall'inizio e a tutte le fasi di questo percorso, arricchendone i contenuti con la specifica competenza professionale, indagando adeguatamente il legame tra rischi professionali, ambiente di lavoro e organizzazione dello stesso, allo scopo di definire i potenziali rischi per la salute dei lavoratori: solo in questa maniera si può definire correttamente la natura ed entità dei rischi dal punto di vista sanitario e stabilire se questi richiedano una sorveglianza sanitaria.

Appare positivo il ruolo, formalmente riconosciuto alla sorveglianza sanitaria, di elemento fondamentale ai fini della integrazione della valutazione dei rischi, in ragione degli esiti della sorveglianza stessa; altrettanto importante è lo stimolo alla rivalutazione dei rischi previsto a seguito di infortuni significativi, anche se il termine "significativi" lascia aperto un ampio margine di discrezionalità.

### **Titoli e requisiti del medico competente**

Rispetto al D.Lgs. 626/94 e s.m.i. nell'attuale Decreto è stato operato, nel merito, un apprezzabile riordino e ammodernamento: 1. sono state eliminate specializzazioni inesistenti (tossicologia industriale, fisiologia ed igiene del lavoro) e altre specializzazioni equipollenti individuate con Decreti dei Ministri della Salute e dell'Università; 2. è stata tolta la libera docenza; l'impostazione proposta, poi, dal D.Lgs. 81/08 nei confronti di specialità diverse dalla Medicina del Lavoro (Igiene e medicina preventiva e Medicina legale), con la previsione, per tali specialisti, di percorsi formativi universitari che mirino a colmare lacune o meglio ad arricchire i loro percorsi formativi diversi da quelli contemplati dalle Scuole di Specializzazione in Medicina del Lavoro, fa seguito ad una nostra esplicita richiesta, indica che il legislatore ha inteso realizzare una importante svolta culturale e appare, se non altro, una presa d'atto della necessità di un percorso formativo efficace da noi segnalato sin dal 2005 con atti ufficiali.

L'articolo 24 del decreto correttivo, specificando che il ruolo di MC può essere svolto anche "con esclusivo riferimento al ruolo dei sanitari delle Forze Armate, compresa l'Arma dei carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di Finanza" dal professionista che abbia esercitato la "attività di medico nel settore del lavoro per almeno quattro anni", prevede di fatto una sanatoria "aperta" ed illimitata nel tempo. Pur riconoscendo l'esistenza di un certo fondamento a tale estensione, tenuto conto delle peculiarità delle attività "lavorative" svolte dai

membri delle Forze Armate, non si può non rimarcare che, nell'ambito della sempre più necessaria qualificazione professionale del MC, è stato inopportuno non prevedere alcun tipo di formazione specifica integrativa per tali medici, analogamente a quanto invece previsto per gli altri specialisti non medici del lavoro.

È auspicabile che le precisazioni sull'ambito di attività e sui requisiti formativi dei sanitari delle Forze Armate trovino opportuno spazio negli emanandi decreti, già previsti dall'art. 3 comma 2 del D.Lgs. 81/08, in quanto si tratta garantire a tutti i lavoratori, ivi compresi quelli che operano in tali settori, la migliore tutela con analoghe garanzie di professionalità.

### **Svolgimento dell'attività di medico competente**

Novità assoluta è quella che prevede che l'attività del MC si debba ispirare ai principi della medicina del lavoro e, in particolare, ai principi etici dell'ICOH; dispiace dover rilevare che tale raccomandazione non è prevista per le altre figure coinvolte nella prevenzione occupazionale relativamente ai principi comportamentali del codice stesso.

Viene garantito al MC, a prescindere dalla tipologia del rapporto di lavoro, l'autonomia nella sua operatività; nel D.Lgs. 626/94, all'art. 17, comma 6, veniva previsto che fossero forniti i mezzi e assicurate le condizioni necessarie per lo svolgimento dei suoi compiti solo al MC dipendente del datore di lavoro ed in ogni caso non si esplicitava formalmente mai la garanzia di autonomia.

È innovativo e riprende un concetto da noi chiaramente espresso che, rispetto al D.Lgs. 626/94 dove il MC "subiva" la collaborazione di medici specialisti scelti dal datore di lavoro, ora, invece, li possa scegliere in accordo con il datore di lavoro, che ne sopporta gli oneri.

È prevista la possibilità di nominare più medici competenti di cui uno con funzioni di coordinamento. Tale previsione appare ragionevole e funzionale e supera finalmente un elemento di incertezza interpretativa relativo al D.Lgs. 626/94. La nomina di più medici competenti è tuttavia lecita solo se si tratta di più unità produttive o nei casi di gruppi d'impresе ovvero se "la valutazione dei rischi ne evidenzia la necessità".

### **Rapporti del medico competente con il S.S.N.**

L'articolo 25 del D.Lgs. 106/09, a differenza di quanto stabilito nella versione originariamente approvata dal governo, non abroga l'articolo 40 del D.Lgs. 81, ma stabilisce che "entro il 31 dicembre 2009, con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di

Bolzano, sono definiti i contenuti degli Allegati 3A e 3B del presente decreto e le modalità di trasmissione delle informazioni”. In merito all’articolo 40 del D.Lgs. 81/08, si era proposta la revisione sostanziale dei contenuti dell’Allegato 3B e delle procedure di trasmissione a questo connesse, auspicando la definizione di un percorso nazionale univoco che rendesse realmente utile, a fini esclusivamente epidemiologici e preventivi, allo scopo di superare le criticità e le incongruenze venutesi a creare a livello locale, regionale e nazionale, con la conseguenza che il MC avrebbe ricevuto elementi di stimolo e motivazioni più forti, anziché la percezione di dover adempiere ad un mero obbligo formale, con il timore per giunta che gli stessi dati forniti, nonostante la chiarezza dell’obiettivo epidemiologico del legislatore, potessero essere impiegati ai fini della vigilanza. In assenza di tali cambiamenti, sarebbe stata auspicabile l’abrogazione dell’Articolo 40; quanto stabilito con il decreto correttivo va nella direzione a suo tempo suggerita, purché la ridefinizione dei contenuti e delle modalità operative corrisponda ai necessari requisiti di omogeneità sul territorio nazionale, praticabilità e reale utilità prima richiamati e sia il frutto di un confronto vero con gli operatori sul campo.

Allo stesso tempo il D.Lgs. 106/09 prevede la ridefinizione dei contenuti dell’Allegato 3A, vale a dire della cartella sanitaria e di rischio. Questa previsione è totalmente condivisibile, nell’ipotesi che tale ridefinizione sia effettivamente attuata “secondo criteri di semplicità e certezza”, come recita lo stesso decreto, e che anche questo sia frutto di vero confronto.

Sarebbe auspicabile, inoltre, che la cartella sanitaria e di rischio sia concepita in modo da essere facilmente trasferibile su supporto informatico e che da essa sia direttamente estraibile e derivabile quanto richiesto dall’Allegato 3B nella sua nuova formulazione.

Da rilevare la novità che l’obbligo dell’invio dei dati, i cui all’allegato 3B, decorreranno “dalla data di entrata in vigore del decreto” di cui già detto.

## Sorveglianza sanitaria

“La sorveglianza sanitaria è effettuata dal medico competente: a) nei casi previsti dalla normativa vigente, nonché dalle indicazioni fornite dalla Commissione consultiva di cui all’articolo 6; b) qualora il lavoratore ne faccia richiesta e la stessa sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi lavorativi”. La formulazione proposta appare ancora una volta limitativa, anche se meno di quanto non lo fosse la lettera del D.Lgs. 626/94. Così come è impostato il testo di legge, rimarrebbero formalmente esclusi dalla sorveglianza sanitaria numerosi rischi, non esplicitamente previsti dalla normativa vigente e non si sa se in futuro indicati o meno dalla Commissione consultiva, ancorché obbligatoriamente valutati da parte del datore di lavoro che deve, giustamente, valutare “tutti i rischi”. Per

poter legittimamente procedere alla sorveglianza sanitaria, sul piano formale si dovranno nuovamente intraprendere i tortuosi percorsi interpretativi dei vari articoli del testo in comparazione fra loro, come era stato necessario fare a seguito del D.Lgs. 626/94; prevedere, come suggerito, l'effettuazione della sorveglianza anche ogniquale questa venga formalmente individuata, all'esito del processo di valutazione dei rischi, quale misura specifica di prevenzione e protezione avrebbe ampliato il ventaglio di quelle contenute nel decreto legislativo e avrebbe garantito una più efficace e meno equivoca attività del MC e una maggiore tutela dei lavoratori.

Il legislatore ha almeno in parte recepito quanto proposto dalla SIMLII. Ne fanno fede i contenuti della lettera *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, al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica”), in cui si allarga all'attività lavorativa nel suo insieme (a prescindere dai rischi formalmente valutati nel Documento di Valutazione del Rischio) la sfera di competenza della sorveglianza sanitaria. I commi 1 lettera *b*) e 2 lettera *c*) prevedono che la sorveglianza sanitaria sia effettuata dal MC anche quando il lavoratore ne faccia richiesta e la stessa sia ritenuta dal MC correlata ai rischi lavorativi. Tale impostazione era già sostanzialmente presente nel D.Lgs. 626/94. La formulazione del comma 2 lettera *c*) indica in maniera chiara che il lavoratore può segnalare al MC condizioni fisiologiche o patologiche che, pur non causate dall'attività lavorativa, possano da essa essere aggravate e pertanto sono meritevoli di attenzione e di un giudizio di idoneità mirato. Da tale considerazione deriva, per una estensione logica, che il giudizio di idoneità debba tenere conto anche di fattori sanitari non direttamente conseguenti ai fattori di rischio formalmente valutati, nei confronti dei quali deve essere instaurata la sorveglianza sanitaria preventiva e periodica, per l'appunto anche al momento conclusivo di tali ultime due tipologie di visita, e non solo alla chiusura delle visite a richiesta. Tale impostazione, da noi raccomandata, ma non espressamente prevista dal legislatore, appare una naturale conseguenza del concetto invece formalmente espresso al comma 2 lettera *c*): “...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, al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica”, anche se una formulazione esplicita in tal senso sarebbe stata indubbiamente preferibile. Sarebbe cioè stato opportuno precisare che il giudizio di idoneità alla mansione specifica deve sempre essere espresso tenendo conto dei rischi residui valutati e inseriti nel documento di valutazione ma, anche, dei fattori sanitari individuali suscettibili di peggioramento a causa delle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa, ovvero con questa incompatibili, anche a prescindere dai rischi formalmente valutati, al fine di garantire una effettiva protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori.

L'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica riguarda finalmente tutte le tipologie di visita previste dal Decreto. È un apprezzabile risultato che supera, in particolare, gli equivoci e le difficoltà di gestione degli esiti delle visite a richiesta dei lavoratori, derivanti dalla carente formulazione del D.Lgs. 626/94. La modalità di espressione dei vari tipi di idoneità non è in linea con la schematizzazione delle tipologie di giudizio proposte dalla SIMLII, e suggerite al legislatore, che avrebbero delineato con maggiore chiarezza i diversi possibili scenari. Il corretto significato delle diverse voci è, infatti, il seguente:

- *Idoneità*: significa piena idoneità senza condizioni - *Idoneità con limitazioni* significa idoneità parziale: sono cioè escluse alcune operazioni che la mansione comporta. E questa limitazione può essere temporanea o permanente.
- *Idoneità con prescrizioni* riguarda il lavoratore e si riferisce a particolari modalità di esecuzione delle attività lavorative (per garantire una maggiore protezione in particolari individui) e non alle operazioni che la mansione comporta. Rappresenta, di fatto, una condizione di idoneità totale alle varie componenti della mansione, a patto che siano rispettate le prescrizioni specifiche (ad esempio l'uso di opportuni DPI). Questa può essere temporanea o permanente.
- *Inidoneità* significa totale impossibilità di eseguire la mansione, a qualunque condizione. Anche essa può essere temporanea o permanente. Resta il fatto positivo di un sostanziale miglioramento dell'impostazione della criteriologia relativa al giudizio di idoneità, e di una più semplice gestione degli eventuali ricorsi.

È prevista la precisazione del limite temporale per il giudizio di inidoneità temporanea. È una precisazione opportuna che tutela il lavoratore ed il datore di lavoro. Nel Decreto 626/94 non era formalmente prevista questa precisazione. In verità occorrerebbe sempre esplicitare il tempo prevedibile di durata del giudizio di idoneità, avendo questo per definizione - anche in continuità di situazioni di rischio residuo, per ovvi motivi legati ai possibili mutamenti delle condizioni di salute del lavoratore - una validità temporanea. In pratica l'idoneità piena ha una durata di validità che fa riferimento alla periodicità delle visite mediche riportata nel protocollo sanitario. Per tutte le altre forme di giudizio di idoneità è corretto specificarne la durata presumibile.

Rappresenta una sostanziale novità l'obbligatorietà di esprimere sempre per iscritto il giudizio; infatti, ora tutti i tipi di giudizi di idoneità previsti dal comma 6 vanno comunicati per iscritto al datore di lavoro ed al lavoratore. Il D.Lgs. 626/94 prevedeva all'art 17, comma 3, la comunicazione scritta al datore di lavoro ed al lavoratore soltanto nel caso di inidoneità parziale o temporanea o totale del lavoratore. Questo atto scritto, di cui resta traccia, pur comportando un aggravio burocratico, crediamo sia stato inserito ai fini di una tutela maggiore sia per il lavoratore sia per il datore di lavoro.

Viene prevista la possibilità di ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente a tutela delle parti, datore di lavoro e lavoratore, in seguito a tutti i tipi di giudizi di idoneità emessi dal MC. Nel D.Lgs. 626/94 il comma 4 dell'art. 17 consentiva questa possibilità solo per i giudizi di inidoneità parziale o temporanea o totale del lavoratore. Tutto ciò rappresenta un progresso, sul piano sia operativo sia concettuale. Il ricorso previsto dal D.Lgs. 626, di fatto, era finalizzato essenzialmente alla tutela dell'occupazione del lavoratore, non alla tutela della sua salute. L'attuale impostazione, invece, prende in considerazione entrambi gli aspetti, e si può ipotizzare che determinerà un minor ricorso all'art. 5 della Legge 300/70 che di fatto (e forse in modo improprio) rappresentava in precedenza l'unica possibilità effettiva di ricorso avverso un giudizio di idoneità.

Il D.Lgs. 106/09 modifica quanto previsto dal D.Lgs. 81/08 introducendo la legittimità delle visite preventive eseguite in fase pre-assuntiva, indicazione a suo tempo fornita dalla nostra Società, tenuto conto della innegabile maggiore razionalità, praticabilità, efficacia e tutela reale della salute.

La tutela di ciascun soggetto è garantita dalla possibilità di ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente, espressamente indicata nell'articolo in esame. A questo proposito, è da notare che il Legislatore ammette la possibilità di esecuzione delle visite in questione da parte dei "dipartimenti di prevenzione delle ASL", previsione non esente da problematiche attuative. Tra l'altro, poiché tale tipologia di visita a tutti gli effetti rientra tra gli accertamenti sanitari previsti dall'Art. 41, che prevedono la formulazione di un giudizio di idoneità "specifico" alla mansione, è evidente la necessità che le citate strutture delle ASL ricevano dal Datore di Lavoro informazioni sui previsti profili di rischio, idonee e sufficienti alla formulazione dei suddetti giudizi, ovvero la parte del Documento di Valutazione dei Rischi relativo ai rischi specifici insiti nella mansione che il lavoratore andrà a svolgere.

Viene introdotta una nuova tipologia di "visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione" (D.Lgs. 81/08 art. 41, comma 2, lett. *e-ter*), che integra opportunamente lo scenario delle visite mediche finalizzate alla prevenzione. In effetti è da tenere presente che la formulazione utilizzata dal Legislatore ("precedente la ripresa del lavoro") potrebbe creare notevoli problemi organizzativi e gestionali riferibili al presunto obbligo, da parte del MC, di visitare il lavoratore praticamente l'ultimo giorno di assenza prima di riprendere il lavoro (e questo anche prescindendo dal conflitto che tale attività potrebbe creare secondo taluni nei confronti dell'Art. 5 della Legge 300; conflitto, peraltro, in realtà virtuale, tenuto conto che la Legge 300 ha come scopo la tutela della dignità del lavoratore, mentre il D.Lgs. 81 ha come finalità la tutela della salute e sicurezza dello stesso) Meglio sarebbe stato indicare, nel dettato legislativo, "visita medica prima di adibire il lavoratore alla mansione specifica a seguito di assenza..." consentendo la necessaria flessibilità per

l'esecuzione del previsto accertamento (pur tenendo presenti le difficoltà operative comunque insite anche in tale ipotesi: in attesa della visita de parte del MC e del conseguente giudizio di idoneità, nell'eventualità, tutt'altro che remota, che l'accertamento sanitario non possa essere istantaneamente coincidente con la ripresa del lavoro, il lavoratore dovrebbe, a rigore, essere adibito ad una mansione per lo meno in teoria priva di rischi per la salute e la sicurezza).

Tenuto conto che tanto l'art 41 quanto l'intera sezione (sezione V) di cui fa parte sono intitolati alla sorveglianza sanitaria, appare ovvio che tale visita sia riservata ai lavoratori già sottoposti alla sorveglianza sanitaria così come definita dal comma 1 dell'art. 41. Questo di fatto esclude la possibilità, per il MC, di sottoporre a visita lavoratori non già sottoposti a sorveglianza sanitaria.

Questa impostazione conferma i limiti imposti dal Legislatore al MC che non è autorizzato ad attuare una politica di sorveglianza sanitaria estesa a tutti gli aspetti legati alla relazione salute-lavoro, se non nell'ambito rigido dei rischi "normati". Si ritiene necessario precisare ulteriormente che i rischi lavorativi possono essere rappresentati, per singoli specifici lavoratori, anche da situazioni di lavoro che non rappresentano un "rischio statisticamente prevedibile per la maggioranza dei lavoratori", e che quindi non sono inclusi nel Documento di Valutazione dei Rischi, e, tanto meno, sono "previsti dalla normativa vigente".

Inoltre, il comma 6 dell'articolo in esame prevede che "Entro il 31 dicembre 2009, con accordo in Conferenza Stato-regioni, adottato previa consultazione delle parti sociali, vengono rivisitate le condizioni e le modalità per l'accertamento della tossicodipendenza e della alcol dipendenza", percorso da noi suggerito, allo scopo di superare le incertezze e le criticità legate alla applicazione delle procedure previste per i medici competenti. Questa previsione è totalmente condivisibile nell'auspicio che essa, così come per quanto riguarda i contenuti dell'Allegato 3A e 3B, coinvolga pienamente i Medici Competenti e le loro Società Scientifiche, al fine di giungere a una ridefinizione delle funzioni e delle attribuzioni dei professionisti coinvolti e alla produzione di raccomandazioni operative agili e praticabili. Condividendo gli obiettivi delle vigenti intese Stato-Regioni in materia di alcol e sostanze stupefacenti e psicotrope, si è ovviamente disponibili a collaborare con gli organi istituzionalmente preposti per giungere alla definizione di un documento legislativo che sia pienamente condiviso anche dai professionisti principalmente coinvolti nella applicazione delle normative in questione e, soprattutto, basato su criteri di efficacia e praticabilità. Al momento, non si può non rilevare che il testo del D.Lgs. 106/09 non contribuisce a diminuire le incertezze. Infatti, nel testo originario del D.Lgs. 81/08, all'art. 41, comma 4, si faceva riferimento alla verifica di "assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti". Su queste due differenti (e molto diverse) dizioni (alcol dipendenza e assunzione di sostanze) si è molto argomentato e sono state incentrate le linee di indirizzo messe in atto da diverse Regioni. Ora, il testo del D.Lgs. 106, con il comma 4 *bis*, sostituisce il

concetto di “assunzione” con quello di “dipendenza” anche per le sostanze psicotrope e stupefacenti, configurandosi quindi due scenari completamente differenti. Ed appare quindi più che mai necessario il chiarimento operativo previsto dal Legislatore. Con la possibilità, ovviamente, che qualche anno di attività di accertamento in materia, da parte dei Medici Competenti, forzatamente chiamati in campo in questo scenario, sia da rivedere radicalmente, con ovvie ricadute operative, sociali e “politiche”, che ci si augura siano improntate alla ragionevolezza ed all’efficacia. Al momento, in attesa della prevista “rivisitazione”, sembra comunque di dover ritenere che gli obblighi previsti dalle norme specifiche e dai Provvedimenti della Conferenza Stato-Regioni rimangano in vigore secondo le modalità già note, non essendovi nel testo del D.Lgs. 106/09 indicazioni di rinvio della loro validità o abrogazioni (invece previste per quanto riguarda gli obblighi derivanti dall’Allegato 3B).

Si prende atto con soddisfazione che l’articolo 35 del D.Lgs. 106/09 prevede un ridimensionamento sostanziale delle sanzioni previste dall’articolo 58 del D.Lgs. 81/08 a carico del MC, riducendole ampiamente rispetto a quanto precedentemente stabilito e derubricandone alcune, legate a irregolarità solo formali, da sanzioni penali a sanzioni amministrative. Sono state peraltro introdotte alcune sanzioni non previste nel precedente testo del D.Lgs. 81/08, precisamente per la violazione dell’articolo 25, comma 1, lettera *a*) e articolo 41, commi 3 e 6-*bis*, relativi rispettivamente: alla collaborazione con il Datore di Lavoro e l’RSPP alla valutazione dei rischi e a quanto ne consegue in termini di programmazione; all’effettuazione di visite per accertare lo stato di gravidanza e negli altri casi vietati dalla normativa; alla mancata comunicazione scritta dei giudizi di idoneità al lavoro. Tali innovazioni non suscitano, peraltro, particolari perplessità. La revisione generale delle sanzioni, che caratterizza tutto il nuovo impianto sanzionatorio disegnato dal D.Lgs. 106/09 anche nei confronti del Datore di Lavoro, dei Dirigenti e dei Preposti è il segnale che il Legislatore ha preso atto della sproporzione fra tipologia di reato ed entità della sanzione che caratterizzava il testo originario del D.Lgs. 81/08.

## Conclusioni

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

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

Tenuto conto delle perduranti perplessità espresse in questo contributo e della necessità che il MC possa svolgere il proprio ruolo di “preventore” nella manie-

ra più efficace possibile, è certamente auspicabile che le Società scientifiche e professionali del settore, che davvero rappresentano le istanze e le esperienze degli operatori in questione, siano consultate e partecipino alle commissioni istituzionali, come peraltro previsto dall'art. 5, comma 6 - "Comitato Consultivo Permanente", che appunto indica che la "La Commissione si avvale della consulenza....è può richiedere la partecipazione di esperti nei diversi settori di interesse...", affinché la norma possa consentire alla Disciplina della Medicina del Lavoro di tradurre concretamente in pratica nei luoghi di lavoro le sue potenzialità in termini di prevenzione primaria e secondaria, di tutela della sicurezza e di promozione della salute dei lavoratori.

## RIASSUNTO

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

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

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

## SUMMARY

The 106/09 corrective decree concludes one legislative course lasted almost five years and fruit of a wide debate in Italy among the experts of this field.

Competent Doctors have to receive well the many innovations of the law, as result also of the requests formulated from SIMLII, even if many aspects related to role and attributions of competent doctors themselves need more attention and clearness.

At the moment a further process of legislative revision on Health and Safety in working places is improbable, and so people involved and working in a field of Health and Safety at work have to face and compare with the present normative contest.