



Primi mesi di applicazione del D. Lgs. 81/2008: le criticità riscontrate dai medici competenti e proposte per un loro superamento

Premessa

Il Decreto legislativo 81/2008, rispetto all'abrogato D. Lgs. 626/94, è particolarmente innovativo in molti aspetti dei "Principi comuni" enunciati nel Titolo I, ma prevede anche numerose novità significative nei Titoli successivi compresi quelli dedicati alla regolamentazione dell'esposizione professionale ai rischi specifici.

La valutazione dei rischi, l'individuazione e l'attuazione delle misure di tutela, compresa la sorveglianza sanitaria, sono aree di sicura innovazione che comportano forti riflessi sull'attuazione del D. Lgs 81/08.

La nostra Associazione ha partecipato attivamente alla discussione sul D. Lgs 81/08 e molte delle sue proposte avanzate per migliorare la qualificazione professionale del Medico competente trovano riscontro nel Decreto.

L'impegno profuso in questi primi mesi di applicazione del D. Lgs 81/08 dai medici competenti per rispondere alle nuove disposizioni, sta evidenziando numerose difficoltà applicative anche per la presenza di disposizioni talora ambigue dal punto di vista interpretativo.

Questa situazione, alla luce del notevole ampliamento ed appesantimento del quadro sanzionatorio, sta suscitando tra i medici competenti viva preoccupazione assieme alla percezione che gli aumentati adempimenti formali possano di fatto soffocare la crescita dei livelli di prevenzione auspicata dal D. Lgs. 81/2008.

Infatti, considerata la struttura del tessuto produttivo nazionale, i medici competenti svolgono la loro attività professionale prevalentemente in micro, piccole e medie imprese (PMI), la cui organizzazione, compresa quella sanitaria, risulta spesso incompatibile con la rigidità di alcuni precetti del decreto e che analizzeremo di seguito.

L'introduzione, nel pieno rispetto dei principi, di elementi di flessibilità nelle modalità applicative, faciliterebbe l'attuazione di molte disposizioni, introducendo nella gestione della tutela della salute sul lavoro, specialmente nelle PMI, aspetti di "semplificazione", obiettivo auspicato anche dal legislatore durante tutto l'iter che ha portato alla promulgazione del TU.

Le seguenti note sono il risultato del vivace dibattito in atto tra i medici competenti dell'ANMA, ma non solo, tutti addetti ai lavori che operano quotidianamente sul campo.

Criticità e proposte

LA NOMINA DEL MEDICO COMPETENTE

Si legge un'incongruenza tra l'art. 2, comma 1, lettera h) e l'art. 18, comma 1, lettera a). Il primo articolo dispone la nomina del medico competente da parte del datore di lavoro, mentre l'art. 18, comma 1, lettera a) prevede che la stessa può essere anche compito dei dirigenti "che organizzano e dirigono le stesse attività (del datore di lavoro) secondo...".

Al di là dell'ambiguità, appare incomprensibile e contraddittorio in una logica di sistema di gestione della salute e della sicurezza quale quello auspicato dall'art. 30, che la nomina del medico competente non rientri tra gli obblighi non delegabili del datore di lavoro com'è, giustamente, quella del responsabile del servizio di prevenzione e protezione.

Riteniamo che l'ambiguità debba essere risolta anche perché temiamo, sull'onda della nostra esperienza, che essa possa incentivare nel sistema aziendale e nella catena delle responsabilità la convinzione che le attività di tutela della salute abbiano un rango inferiore rispetto a quelle di sicurezza tecnica.

Proponiamo pertanto l'integrazione dei successivi articoli:

Proposta

Art. 2, c. 1, h): "medico in possesso.....,che è nominato dal datore di lavoro per effettuare tutti i compiti previsti a suo carico dal presente decreto"

Art. 17, comma 1: "il datore di lavoro non può delegare le seguenti attività:....c) la nomina del medico competente"

LA DEFINIZIONE DI SALUTE (ART. 2 COMMA 2 LETTERA O)

La definizione di salute di cui all'art. 2, comma 1, lettera o) mutuata dall'OMS andrebbe meglio contestualizzata tenendo conto che il "completo benessere fisico, mentale e sociale" è uno stato che non dipende soltanto dalle conseguenze dell'interazione uomo – lavoro.

Allo scopo di contestualizzare questo stato, proponiamo la seguente definizione:

Proposta

Art. 2, comma 1, lettera o): "salute": "benessere fisico, mentale e sociale conseguito attraverso l'adozione di un insieme di misure preventive e protettive finalizzate a tutelare i lavoratori dalle conseguenze negative dell'interazione fra uomo e lavoro"

L'INTERPELLO (ART. 12)

L'art. 12, comma 1 non elenca le Associazioni scientifiche e professionali tra gli enti autorizzati ad inoltrare quesiti all'apposita Commissione per gli interpellati.

Ci risulta incomprensibile questa esclusione (o dimenticanza) poiché queste Associazioni sono costituite da addetti ai lavori che applicano direttamente sul campo le normative, cogliendone in modo più immediato le eventuali criticità interpretative ed applicative.

Proponiamo pertanto l'integrazione:

Proposta

Art. 12, comma 1: “*Gli organismi associativi a rilevanza nazionale degli enti territoriali, gli enti pubblici nazionali e le associazioni scientifiche e professionali riconosciute dal Ministero..., nonché...*”

LE MISURE GENERALI DI TUTELA (ART. 15 COMMA 1 LETTERA L)

L'articolo 15 riporta tra le misure generali di tutela il “controllo sanitario” dei lavoratori, termine che non trova riscontro nella definizione di cui all'art. 2.

Ci sembra pertanto opportuna la sostituzione di tale termine con quello di “sorveglianza sanitaria”, che trova una precisa definizione nell'art. 2, comma 1, lettera m).

Proponiamo pertanto la seguente modifica:

Proposta

Art. 15, comma 1, lettera l): *(Le misure generali di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro sono):...l) la sorveglianza sanitaria dei lavoratori...*”

LA COLLABORAZIONE DEL MEDICO COMPETENTE ALLA VALUTAZIONE DEI RISCHI

E' questa, a nostro parere, una delle aree a maggior criticità del D. Lgs 81/08.

Dalla lettura combinata delle varie norme che nel TU riguardano la valutazione dei rischi, emerge un ruolo ancora ambiguo del medico competente: non in tutte le disposizioni è sancita la sua auspicata collaborazione con datore di lavoro e RSPP in tutto il processo di valutazione dei rischi e per tutti i rischi.

Ciò risulta evidente dalla lettura combinata degli artt.25, comma 1, lettera a) e 29, comma 1: il primo dispone tale collaborazione “anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria”, mentre il secondo, prevedendola “nei casi di cui all'art. 41”, sostanzialmente la correla ancora ai casi in cui è obbligatoria la sorveglianza sanitaria, com'era con l'art. 4, comma 6 del D. Lgs. 626/94.



ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI
20123 MILANO – VIA SAN MAURILIO 4
TELEFONO 0286453978 – FAX 0286913115 – E-MAIL:
maurilio@mlink.it - SITO WEB: www.anma.it

*Proposte di modifica
D. Lgs. 9 aprile 2008 n. 81
26 ottobre 2008*

Inoltre rileviamo che il permanere dell'ambiguità del ruolo del medico competente nella valutazione dei rischi, sminuirebbe la portata della disposizione dell'art. 25, comma 1, lettera m), peraltro sanzionata. Infatti la partecipazione del medico competente al controllo dell'esposizione dei lavoratori presuppone un ruolo attivo in tutto il processo di valutazione dei rischi ed ancor più nelle fasi di analisi e di programmazione delle attività di monitoraggio dei rischi, in particolare quello ambientale (rischio da agenti chimici, fisici e biologici).

Oltre ciò il datore di lavoro deve obbligatoriamente indicare nel documento di valutazione dei rischi, ai sensi dell'art. 28 comma 2 lettera e), il nominativo di RSPP, medico competente e RLS che hanno "partecipato" alla valutazione dei rischi. L'inadempienza è sanzionata con l'ammenda da 5000,00 a 15000,00 euro. Inoltre il datore di lavoro (o il dirigente) deve comunicare a RSPP e al medico competente le "conclusioni della valutazione dei rischi" (riteniamo ciò un obbligo del tutto formale quando RSPP e medico hanno realmente partecipato al processo di valutazione dei rischi). Considerata l'entità della sanzione dobbiamo ritenere che il legislatore voglia affermare la "collaborazione e la partecipazione" del medico competente al processo valutativo.

Siamo anche certi che il medico competente accetti di essere citato nel documento di valutazione dei rischi, e quindi esprimere la propria responsabilità rendendosi disponibile a validare le conclusioni descritte, alla condizione di aver svolto un ruolo attivo nel processo ed in particolare nelle fasi che identificano le condizioni di esposizione al rischio. Il diniego del medico invalida le conclusioni descritte nel documento e paralizza le attività di sorveglianza sanitaria e quindi dell'espressione del giudizio di idoneità alla mansione dei lavoratori esposti con le conseguenze ben immaginabili.

Da tutto ciò si propone:

Proposta

Art. 2, c. 1, h): "medico in possesso.....,che è nominato dal datore di lavoro per effettuare tutti i compiti di cui al presente decreto"

Art. 29, comma 1: "il datore di lavoro effettua la valutazione ed elabora il documento di cui...in collaborazione con il responsabile del servizio di prevenzione e protezione ed il medico competente"

LA DEFINIZIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA: DEFINIZIONI IN CONTRASTO

Nel TU coesistono due definizioni di “sorveglianza sanitaria”: quella dell’art. 2, comma 1, lettera m) e quella dell’art. 222, comma 1, lettera f).

La definizione dell’art. 222, comma 1, lettera f) ci sembra più adeguata perché delinea meglio l’ambito e lo scopo della misura di tutela “sorveglianza sanitaria”.

Si propone:

Proposta

Art. 2, comma 1, lettera m): “*sorveglianza sanitaria*”: insieme degli atti medici di cui all’art. 41, finalizzati alla valutazione dello stato di salute dei lavoratori per l’accertamento della loro idoneità sanitaria alla mansione specifica e programmati in funzione dei risultati della valutazione dei rischi di cui agli articoli 28 e 29”

LA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO E LA SUA GESTIONE

Sull’argomento abbiamo già prodotto un documento, che qui alleghiamo integralmente, in cui oltre a richiamare l’attenzione sugli errori formali presenti nell’Allegato 3 A (ad esempio: datore di assunzione invece di, presumiamo, data di assunzione; avverso il “giudizio del medico competente” e non il “giudizio di idoneità”; nel campo “visita periodica” la confusione creata con la descrizione delle motivazioni “idoneità alla mansione specifica”, “cambio mansione”, “a richiesta” o “fine rapporto di lavoro”, tutte fattispecie diverse rispetto alla visita periodica) e sull’impianto complessivo difficilmente conciliabile con lo sviluppo informatico, desideriamo qui evidenziare e commentare alcuni aspetti che si stanno rivelando particolarmente critici.

a. Il luogo di custodia della cartella sanitaria e di rischio

Non è definita la procedura per la custodia della cartella sanitaria e di rischio.

Dalla lettura dell’art. 25, comma 1, lettera c) emergerebbe che nelle aziende sotto i 15 lavoratori il luogo di custodia della cartella sanitaria e di rischio è praticamente lo studio del medico competente o un ambiente da lui messo a disposizione.

Ci si chiede come ciò possa conciliarsi con esigenze ispettive, ovvero come l’ispettore del lavoro o dell’ASL possa avere accesso alla documentazione sanitaria nei tempi ritenuti necessari. Analogamente non è immaginabile che il medico competente possa oggettivamente rispondere in tempo reale alla richiesta avanzata dal corpo ispettivo.

Non si può negare come questa disposizione abbia suscitato sorpresa ed incomprensione, considerando, fra l’altro, che sta comportando oneri aggiuntivi per imprese.

Ci sembrerebbe più ragionevole, oltre che pratico e rispettoso delle responsabilità e degli oneri che ne derivano, lasciare la decisione sul luogo e le modalità di custodia delle cartella sanitaria e di rischio e di ogni altra documentazione sanitaria, ad un accordo tra medico competente e datore di lavoro, indipendentemente dal numero dei lavoratori dell’azienda.

Ovviamente nell’accordo andranno specificate le modalità con cui avviene la custodia nel rispetto del segreto professionale e della privacy.

Proponiamo pertanto l'integrazione:

Proposta

Art. 25, comma 1, lettera c): “(il medico competente) istituisce-anche tramite l'accesso..., e aggiorna una cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria. Il medico competente ed il datore di lavoro concordano il luogo della sua custodia e le relative modalità per il rispetto del segreto professionale e della privacy”

b. La consegna della cartella sanitaria e di rischio al lavoratore alla cessazione del rapporto di lavoro

Preliminarmente va sottolineato il fatto che nelle aziende non è pratica diffusa comunicare al medico competente dati relativi alle cessazione del rapporto di lavoro e, d'altra parte, lo stesso TU all'art. 18, comma 2 non ne ha previsto esplicitamente l'obbligo che invece riteniamo utile sia contestualizzato nello stesso articolo.

Proponiamo pertanto l'integrazione:

Proposta

Art. 18, comma 2: “il datore di lavoro fornisce al servizio di prevenzione e protezione ed al medico competente informazioni in merito a: ... f) l'elenco dei lavoratori in assunzione, di quelli cessati dal rapporto di lavoro, di quelli proposti per il cambio di mansione.

In ogni caso, se il significato dell'art. 25, comma 1, lettera d) è quello della consegna puntuale della cartella sanitaria e di rischio al lavoratore da parte del medico competente, in modo “personale” e “contestuale” alla cessazione del suo rapporto di lavoro, è nostro dovere qui affermare che la norma è inapplicabile in termini temporali nella maggioranza delle aziende.

I motivi di tale criticità sono molteplici:

- la presenza del medico in azienda in modo discontinuo, talora episodico, nel modello organizzativo di gestione della sorveglianza sanitaria che si è formato dall'introduzione del D. Lgs 626/94;
- il frequente ricorso alle tipologie contrattuali introdotte dal D. Lgs. 276/2003, che comportano un elevato turnover del personale;
- la diffusione nel territorio di realtà produttive complesse e “delocalizzate”, costituite da una sede/unità produttiva centrale e da una serie di filiali/unità produttive dislocate sul territorio nazionale.

Considerando la ratio della norma, assolutamente condivisibile, al fine di renderla efficace proponiamo che il medico competente consegni al lavoratore tutta la documentazione sanitaria man mano che essa si forma nel corso degli accertamenti preventivi e periodici, fornendo contestualmente in una sede naturale quale il momento della visita “le informazioni riguardo la necessità di conservazione di tale documentazione”.

D'altra parte il lavoratore non è un soggetto “passivo”, bensì uno dei protagonisti che deve contribuire attivamente al raggiungimento degli obiettivi anche prendendosi “cura della propria salute” (art. 20, comma 1). Non si dimentichi, inoltre, che il cosiddetto “obbligo di contribuzione” del lavoratore al sistema di prevenzione, che appare in pole position fra gli obblighi specifici a carico del lavoratore stesso (art. 20 comma 2 lettera a), prevede che questi debba “contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro”.

Qualora non si ritenesse adeguata la soluzione da noi prospettata, allora, per evitare che la disposizione sia semplicemente una “trappola” sanzionatoria, riteniamo necessario:

- indicare un arco temporale ragionevole entro il quale l'obbligazione può essere legittimamente ottemperata;
- riconoscere la possibilità della consegna dilazionata e il legittimo ricorso a forme di spedizione autorizzate garantendo il segreto professionale e la privacy.

Proponiamo pertanto l'integrazione:

Prima proposta

Art. 25, comma 1, lettera e): “(il medico competente) consegna al lavoratore alla conclusione delle visite previste dalla sorveglianza sanitaria di cui all'art. 41, la copia della relativa documentazione sanitaria e gli fornisce le informazioni riguardo la necessità di conservazione”

Art. 20, comma 2, lettera i): “(i lavoratori devono in particolare) sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal presente decreto legislativo o comunque disposti dal medico competente e, in base alle informazioni ricevute dal medico competente, devono avere cura di conservare la copia della documentazione sanitaria loro consegnata alla conclusione dei controlli sanitari ai sensi dell'art. 25, comma 1, lettera e)”

Seconda proposta

Art. 25, comma 1, lettera e): “(il medico competente) provvede alla consegna al lavoratore che ha cessato il rapporto di lavoro della documentazione relativa alla sorveglianza sanitaria entro novanta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione dal datore di lavoro della data di cessazione del rapporto di lavoro e fornisce al lavoratore le informazioni riguardo la necessità di conservazione.

Nei casi in cui la consegna diretta non sia possibile, essa può avvenire utilizzando strumenti postali idonei ad attestare l'avvenuta consegna, ricorrendo alla nomina di incaricati del trattamento di cui all'art. 30 del D. Lgs. 196/2003.

In tal caso il medico competente comunica al lavoratore per iscritto le informazioni riguardo la necessità di conservazione della documentazione sanitaria”

LA SORVEGLIANZA SANITARIA

Il “modello” della cartella sanitaria e di rischio (Allegato 3 A)

Fin dai primi giorni dall'entrata in vigore del TU, le criticità maggiori incontrate dal medico competente nella gestione della nuova sorveglianza sanitaria sono derivate dai “tentativi” di adattare il modello di cartella sanitaria e di rischio di cui all'Allegato 3A alle prassi della medicina occupazionale.

Le difficoltà interpretative ed operative sono notevoli così come la preoccupazione quando rapportata alle sanzioni previste.

Già in occasione del Congresso Nazionale di Castel San Pietro (BO) dello scorso maggio e, successivamente, a giugno con un documento ufficiale inviato alle Istituzioni, l'ANMA ha richiesto una congrua proroga per l'applicazione del comma 5 dell'art. 41 auspicando l'attivazione di un tavolo per un confronto tecnico finalizzato alla revisione non solo dell'Allegato 3A, ma “di tutto l'impianto informativo e documentale nella previsione di un imprescindibile sviluppo informatico”. (vedi allegato 1)

Basandoci sull'esperienza di questi primi mesi di tentativi di utilizzazione sul campo dell'Allegato 3 A del D.Lgs 81/08, abbiamo elaborato il modello di cartella sanitaria e di rischio riportato nell'Allegato 2 che è parte integrante del presente documento.

Si anticipano qui i dati salienti che giustificano la proposta di modifica dell'articolo 18.

La raccolta della firma del datore di lavoro si sta rilevando particolarmente critica, così come la trasmissione documentale della mansione a cui è assegnato il lavoratore. Il datore di lavoro mostra difficoltà a inserire questi elementi nelle procedure gestionali. In questi mesi la posizione del medico competente è stata di totale tolleranza per non rallentare o bloccare l'attività di sorveglianza sanitaria e quindi dell'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica, situazione comunque non tollerabile considerando anche le sanzioni previste per il medico competente.

Chiediamo che il flusso informativo relativo all'applicazione dell'Allegato 3 A sia meglio disciplinato. La nostra proposta è:

Proposta

Art. 18, comma 1, lettera cc): “(il datore di lavoro....e i dirigenti, che organizzano e dirigono le stesse attività...devono) vigilare affinché i dati occupazionali, che sono parte integrante la cartella sanitaria e di rischio di cui all'Allegato 3A, siano forniti al medico competente per l'espletamento della sorveglianza sanitaria ai sensi dell'art. 41, comma 2 lettere a), b), d) e comma 4”

Art. 18, comma 1, lettera dd): “(il datore di lavoro....e i dirigenti, che organizzano e dirigono le stesse attività...devono) firmare la cartella sanitaria e di rischio di cui all'art. 41, comma 5 nella parte di loro competenza”

Per l'inadempienza a tali obblighi devono essere previste analoghe sanzioni previste per l'inadempienza all'articolo 18 comma 1 lettera bb) e specificate all'articolo 55 comma 4 lettera g).

L'ART. 41, COMMA 4

Questo articolo prevede l'effettuazione, nei casi e alle condizioni previste dall'ordinamento, delle visite preventive, periodiche e per cambio mansione anche per la verifica dell'assenza di condizioni di alcool dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti.

Questa disposizione ci sembra in evidente contrasto con l'ordinamento specifico di cui all'art. 15 della legge n. 125/2001, in base al quale i controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro non hanno la finalità di evidenziare situazioni di alcool dipendenza, ma quella di verificare il rispetto da parte dei lavoratori "a rischio" del divieto di assunzione di bevande alcoliche e superalcoliche.

Pertanto proponiamo:

Proposta

Art. 41, comma 4: *“Le visite mediche di cui al comma 2...Nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, le visite di cui al comma 2, lettera a), b) e d), sono altresì finalizzate alla verifica del rispetto del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti”*

LA TRASMISSIONE DEI DATI PER VIA TELEMATICA

a) trasmissione della documentazione sanitaria

E' innanzi tutto da risolvere la contraddizione tra la disposizione dell'art. 25, comma 1, lettera f), che attribuisce al medico competente la trasmissione all'ISPESL della cartella sanitaria e di rischio alla cessazione del rapporto di lavoro del lavoratore, e quelle degli artt. 243, comma 4 e 260, comma 3, che attribuiscono tale obbligazione al datore di lavoro.

Al di là di questo aspetto, la previsione della trasmissione "esclusivamente" per via telematica della cartella sanitaria e di rischio all'ISPESL ai sensi dell'art. 25, comma 1, lettera f), sta suscitando viva preoccupazione tra i medici competenti che sono comunque obbligati, ai sensi della normativa sanitaria, a custodire e conservare la documentazione anche in forma cartacea.

Fra l'altro è difficile pensare che l'esito degli accertamenti previsti dal piano di sorveglianza sanitaria (ad esempio audiometria, imaging, esami di laboratorio) siano prodotti in formato digitale e come tali allegati (in progressione numerica e temporale) alla cartella sanitaria e di rischio.

Sarà quindi obbligatorio prevederne la scannerizzazione i cui costi, seppur non prevedibili nel dettaglio, avranno un'incidenza non irrilevante per le aziende.

b) trasmissione ai servizi competenti per territorio delle informazioni sulla sorveglianza sanitaria (art. 40 e allegato 3 B)

Altrettanto problematica è la disposizione dell'art. 40 che prevede la trasmissione "esclusivamente" per via telematica, ai servizi competenti per territorio della relazione sanitaria ai sensi dei campi richiesti dall'Allegato 3 B.

Si tratta di un impegno notevole per il medico competente, ma anche per i servizi competenti per territorio che, ci auguriamo, dall'elaborazione di una mole notevole e complessa di dati riescano a trarre le indicazioni utili per l'impostazione a livello locale e nazionale di efficaci strategie preventive. L'art. 40 rimanda all'allegato 3B per le tipologie di informazioni da trasmettere ai servizi.

Allo scopo sollecitiamo la pubblicazione di un modello unico a valenza nazionale per evitare che le Regioni o peggio singole ASL propongano modelli esclusivi, alimentando incomprensioni e tensioni come sta accadendo per l'Allegato 3A.

Sollecitiamo l'attivazione di un tavolo tecnico tra i rappresentanti dei medici competenti e dei servizi territoriali, per elaborare un modello valido su tutto il territorio nazionale e funzionale alle esigenze di conoscenza e di crescita della prevenzione.

In tale contesto un altro aspetto da sottolineare è che alcune delle informazioni che il medico competente deve trasmettere ai servizi ("N. giorni di assenze"; "Infortuni denunciati") fanno riferimento a dati che il medico non dispone e che ad oggi non gli sono documentati d'ufficio. Pur ritenendo tali informazioni utili alla gestione complessiva della sorveglianza sanitaria, nasce il timore, non remoto, di una trasmissione intempestiva o imprecisa dei dati da parte del datore di lavoro al medico competente.

Considerate le sanzioni poste in capo al medico competente, questi dovrà necessariamente testimoniare al servizio territoriale, in via cautelativa, l'assenza o l'incompletezza dei dati di origine aziendale. Per ovviare a queste spiacevoli situazioni, che fra l'altro minano il rapporto di fiducia tra medico e sistema aziendale, si ribadisce la necessità di disporre di un modello unico a valenza nazionale e di integrare gli articoli 25, 40 e 18 del D. Lgs 81/08.

Proponiamo pertanto l'integrazione:

Proposta

Art. 25, comma 1, lettera f): *(il medico competente) invia all'ISPESL le cartelle sanitarie e di rischio nei casi previsti dal presente decreto legislativo, alla cessazione del rapporto di lavoro, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196. La trasmissione, preferibilmente telematica, è consentita per via cartacea sino alla pubblicazione di un apposito decreto”*

Art. 40, comma 1: *“entro il primo trimestre dell’anno successivo all’anno di riferimento il medico competente trasmette ai servizi competenti per territorio le informazioni, elaborate evidenziando le differenze di genere, relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, secondo il modello in allegato 3B. La trasmissione, preferibilmente telematica, è consentita per via cartacea ancora sino alla pubblicazione di un apposito decreto”*

Art. 18, comma 2: *“il datore di lavoro fornisce...al medico competente informazioni in merito a: a)...;b)...;c)...;d)...;e)...Inoltre, entro il 15 gennaio dell’anno successivo all’anno di riferimento, il datore di lavoro comunica al medico competente i dati relativi all’anno precedente riguardanti: a) il numero dei giorni di assenze;b) il numero degli infortuni denunciati; c) l’elenco delle malattie professionali segnalate”*

PRIMO SOCCORSO

Ai sensi dell’art. 25, comma 1, lettera a), la collaborazione all’organizzazione del servizio di primo soccorso rientra tra gli obblighi del medico competente.

Nel TU l’argomento del primo soccorso è affrontato all’art. 45 (Primo soccorso), che richiama le disposizioni del DM n. 388/2003, e al punto 5 (Primo soccorso) dell’Allegato IV (Requisiti dei luoghi di lavoro), che non è altro che la riscrittura del Capo III (Servizi sanitari) del Titolo I (Disposizioni generali) del DPR n. 303/1956.

Si sta riscontrando l’impossibilità di coordinare le disposizioni dell’art. 45 (e quindi del DM n. 388/2003) con quelle, ormai obsolete, previste dall’Allegato IV del TU al punto 5.

Si chiede pertanto l’abrogazione del punto 5. (Primo soccorso) dell’Allegato IV del TU.

LE SANZIONI PER IL MEDICO COMPETENTE

Sono 32 le violazioni per le quali il medico competente rischia l’arresto fino a tre mesi, oltre alle pesanti sanzioni economiche.

Di fatto la professione del medico competente è diventata una delle più a rischio dal punto di vista delle responsabilità penali.

Un atteggiamento così severo è francamente sconcertante ed inspiegabile anche alla luce del fatto che l’attuazione di gran parte dei compiti del medico competente dipendono dalla qualità della



ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI
20123 MILANO – VIA SAN MAURILIO 4
TELEFONO 0286453978 – FAX 0286913115 – E-MAIL:
maurilio@mclink.it - SITO WEB: www.anma.it

*Proposte di modifica
D. Lgs. 9 aprile 2008 n. 81
26 ottobre 2008*

collaborazione che riceve dalla direzione aziendale e dalle altre figure del sistema di prevenzione aziendale.

In effetti anche per l'attuazione di molti compiti del RSPP è così e, infatti, questa figura non è destinataria di sanzioni.

Come già accennato, la situazione è ulteriormente complicata dalla percezione diffusa tra i medici competenti che la rigidità e l'ambiguità interpretativa di molti precetti del TU e la conseguente loro sostanziale inapplicabilità, aumenti notevolmente il rischio di sanzioni.

Pertanto auspichiamo una profonda revisione dell'apparato sanzionatorio previsto nel TU per il medico competente sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, nella consapevolezza che non può essere individuato nella figura del medico competente il principale responsabile delle carenze della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

CONCLUSIONI

In conclusione è opinione della nostra Associazione che l'impianto del TU, oltre a migliorare la definizione del ruolo del medico competente, ne tuteli la figura professionale.

Altresì riteniamo che vi siano non pochi aspetti migliorabili in ordine alla sua applicazione pratica, quali la chiarezza sul suo ruolo nel processo di valutazione del rischio e la necessità di semplificare la cartella sanitaria e di rischio creando un modello che delinei la struttura del documento e consenta al medico competente di svolgere il proprio compito in modo completo, ma contemporaneamente dinamico e snello.

La nostra Associazione ha definito una soluzione operativa costituita dal Modello di Cartella Sanitaria e di Rischio, qui allegato, nel quale vengono definiti i contenuti minimi e sono previste integrazioni modulate sui rischi specifici.

Nel nostro Codice di Comportamento, pubblicato nel 1997, abbiamo definito il medico competente quale professionista "inserito nel contesto aziendale" e il Dlgs 81/2008 richiede proprio una profonda integrazione del medico competente nel sistema aziendale con il datore di lavoro, con i tecnici del servizio di prevenzione e protezione, con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e, ovviamente, con ogni singolo lavoratore.

Il medico competente c'è, ci auguriamo che ogni altro attore ci sia e che dalla collaborazione di tutti, nel rispetto della norma innanzitutto, si possa innalzare il livello di prevenzione nei luoghi di lavoro.

ALLEGATO 1

Cartella sanitaria e di rischio (art. 41, comma 5, D. Lgs. 81/08)

OSSERVAZIONI E COMMENTI

Il modello descrive la struttura di base dei vari moduli:

- dati personali, amministrativi e occupazionali
- accertamenti sanitari preventivi
- accertamenti sanitari successivi: periodici/richiesti/per cambio mansione/alla cessazione del rapporto di lavoro, nei casi previsti dalla normativa
- giudizio d'idoneità alla mansione specifica,

che compongono la cartella sanitaria e di rischio, indicandone i suoi requisiti minimi che andranno poi integrati in funzione delle specificità dei rischi cui sono esposti i lavoratori in sorveglianza sanitaria e delle particolarità delle aziende in cui il medico competente opera.

La struttura ed i presupposti del modello sono:

- Prima pagina: indicazione del nominativo del lavoratore, dell'azienda e dei motivi di istituzione della cartella. Non è prevista l'indicazione del numero delle pagine che costituiscono la cartella sanitaria e di rischio. Infatti questo dato, pur comprendendone il significato medico-legale, non ci sembra fondamentale ai fini della prevenzione e del progresso delle conoscenze. Ne consegue l'utilizzo di documenti cartacei incompatibili, fra l'altro, con la trasmissione per via telematica nei casi dovuti. oltre a rappresentare al momento un vincolo insuperabile sotto l'aspetto informatico. Pertanto ne proponiamo l'abolizione anche perché è praticamente impossibile per il medico competente nel momento in cui istituisce una nuova cartella sanitaria e di rischio prevedere il numero delle pagine che la comporranno, come avviene del resto per le cartelle sanitarie ospedaliere.

- Seconda pagina: comprende con una serie di dati personali ed amministrativi, i “dati occupazionali” previsti nell’Allegato 3A del TU nell’ambito della seconda pagina dedicata alla “visita medica preventiva” (nell’ambito dei “dati occupazionali” non è previsto il “tempo di esposizione (giorni/anno)” che riteniamo risenta dell’origine radioprotezionistica dell’Allegato 3A). La scelta di inserire in questa pagina anche i “dati occupazionali” è di ordine pratico. Infatti l’esperienza di questi mesi ha evidenziato che dati come il codice fiscale, il nominativo, l’indirizzo ed il numero di telefono del Medico curante e la data d’assunzione, sono spesso difficili da raccogliere direttamente dal lavoratore in occasione della visita preventiva perché non li ricorda né, in genere, ha con sé la documentazione per poter risalire ad essi. Pertanto sarebbe opportuno che tali dati venissero forniti direttamente dal datore di lavoro insieme ai “dati occupazionali” (peraltro il codice fiscale è un dato di cui l’azienda per ovvii motivi è in possesso e, se in occasione del colloquio con l’azienda il lavoratore non ricordasse i dati relativi al suo Medico curante, gli si potrà richiedere di comunicarli al medico competente in occasione della visita preventiva). In pratica la seconda pagina deve essere compilata dal datore di lavoro nei campi indicati e poi inviata al medico competente prima della visita preventiva. Tuttavia, anche da tale punto di vista, l’esperienza di questi mesi non è stata positiva in quanto non sempre la collaborazione delle aziende è stata puntuale. Ci risulta che molti colleghi per non bloccare l’attività di sorveglianza sanitaria, stiano sopprimendo personalmente a tali carenze.

Un altro aspetto operativo che si sta rivelando particolarmente critico è la raccolta della firma del datore di lavoro. Infatti spesso il datore di lavoro non opera nella sede ove viene effettuata la sorveglianza sanitaria, oppure, come frequentemente avviene, per motivi di lavoro è assente quando viene effettuata. Dobbiamo francamente dire che per non rallentare o bloccare la sorveglianza sanitaria e l’espressione del giudizio di idoneità (rammentiamo che stiamo anche parlando di visite mediche preventive) molti colleghi si sono fatti parte attiva.

- Terza Pagina: riporta i vari campi della “visita medica preventiva”. Rispetto al modello del TU non prevede i seguenti campi:
 - “Esposizioni precedenti”: il dato risente dell’origine radioprotezionistica del modello e la sua acquisizione avviene già attraverso la raccolta dell’anamnesi lavorativa
 - “Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi)”: sono informazioni già conosciute attraverso l’anamnesi patologica e, peraltro, richiamate anche successivamente (“Invalidità riconosciute”)
 - “Programma di sorveglianza sanitaria (protocolli, periodicità)”: ci sembra ridondante la specificazione di questi dati. Infatti i referti e gli esiti degli accertamenti sanitari specialistici e/o di laboratorio che costituiscono il protocollo sanitario sono contenuti e visibili nella cartella sanitaria e di rischio e sono parte integrante della documentazione relativa alla visita medica preventiva. Mentre la periodicità dei controlli sanitari è specificata nel giudizio di idoneità alla mansione specifica (vedi più avanti).
 - “Valutazioni conclusive...”: in medicina del lavoro sono già espresse attraverso il giudizio d’idoneità alla mansione specifica.

Abbiamo invece ritenuto utile la specificazione degli eventuali accertamenti clinici che si rendessero necessari oltre a quelli previsti dal protocollo sanitario e l’aggiunta di un campo dedicato allo stato vaccinale del lavoratore (laddove applicabile).

- Quarta pagina: è il modello del “giudizio di idoneità alla mansione specifica”. Nella compilazione il medico competente evidenzia la tipologia della visita medica e, in caso di un’idoneità parziale, le sue caratteristiche temporali (se temporanea o permanente) e sostanziali (se con limitazioni o con prescrizioni). Inoltre deve specificare la durata dell’inidoneità temporanea e la previsione per il prossimo controllo sanitario. Per quanto riguarda la consegna del giudizio al datore di lavoro, il medico competente indica il tramite di cui si avvale: la consegna può essere diretta, ma spesso avviene tramite un strumento postale o una interfaccia rappresentata da un dipendente incaricato di supportarlo nell’attività organizzativa della sorveglianza sanitaria. Rispetto al modello di giudizio riportato nell’Allegato 3A, ci è sembrata ridondante l’ulteriore specificazione dei fattori di rischio cui è esposto il lavoratore, in quanto già elencati nei “dati occupazionali”, fra l’altro generati e comunicati dal datore di lavoro, e inutile l’elencazione degli accertamenti sanitari cui il lavoratore deve essere sottoposto prima del successivo controllo sanitario, essendo il programma già comunicato al datore di lavoro, al RSPP e al RLS senza contare che il medico competente, ai sensi dell’art. 25, comma 1, lettera g), “fornisce informazioni ai lavoratori sul significato della sorveglianza sanitaria a cui sono sottoposti”.
- Quinta pagina: riporta i vari campi della “visita medica”. Dalle motivazioni della visita, abbiamo cassato “idoneità alla mansione specifica” sostituendola con “periodica”. Infatti anche le visite richieste o per cambio mansione devono sfociare nell’accertamento dell’idoneità alla mansione specifica. Tra le variazioni che richiedono la nuova compilazione dei “dati occupazionali”, abbiamo inserito anche la fattispecie del “cambiamento del profilo di rischio della mansione”. Per gli altri aspetti si rimanda alle considerazioni fatte a proposito delle visita medica preventiva.

Per quanto riguarda gli altri contenuti dell’Allegato 3 A, “Conservazione della cartella sanitaria e di rischio” e “Cessazione dell’incarico del medico”, facciamo solo notare che per il primo piuttosto che di “conservazione”, sarebbe più corretto parlare di “consegna”.

In ogni caso riteniamo ridondante la loro integrazione nel modello della cartella sanitaria e di rischio. Nel rispetto delle disposizioni normative, potranno essere oggetto di un’elaborazione da parte del medico competente.

ALLEGATO 2

(carta intestata del medico competente)

Cartella sanitaria e di rischio **(art. 41, comma 5, D. Lgs. 81/08)**

Del/la Sig/ra.....

Azienda.....

Sede di lavoro.....

La presente cartella è istituita per:

- prima istituzione**
- esaurimento del documento precedente**
- altri motivi.....**

Il medico competente



Dati personali ed occupazionali

Data di nascita.....luogo di nascita.....(..)

Domiciliato/a a.....(..)

Via.....tel.....

Codice fiscale (1).....

Medico curante (1).....

Via.....tel.....

Datore di lavoro (1).....

Attività dell'azienda (1).....

Data di assunzione del lavoratore (1).....

Destinazione lavorativa – Mansioni (1).....

Fattori di rischio (specificare quali) (1).....

(1): dati trasmessi dal datore di lavoro

data.....

(per) Il datore di lavoro

Il medico competente



Visita medica preventiva

Anamnesi lavorativa

Anamnesi familiare

Anamnesi fisiologica

Anamnesi patologica remota

Anamnesi patologica prossima

Invaldit  riconosciute per infortuni o MP (INPS/INAIL/Ass. Private)

Altre attivit  contemporanee (da dipendente o autonome)
con esposizione a

Altre notizie utili ai fini anamnestici lavorativi

Vaccinoprofilassi (se applicabile)

Accertamenti sanitari integrativi rispetto al protocollo sanitario

data.....

**Per presa visione
il lavoratore**

.....



ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI
20123 MILANO – VIA SAN MAURILIO 4
TELEFONO 0286453978 – FAX 0286913115 – E-MAIL:
maurilio@mclink.it - SITO WEB: www.anma.it

*Proposte di modifica
D. Lgs. 9 aprile 2008 n. 81
26 ottobre 2008*

Esame obiettivo generale e particolare



(su carta intestata del medico competente)

GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA

(ai sensi dell'art. 41, commi 6, 7, 8 e 9 del D. Lgs. 81/2008)

AZIENDA..... SEDE.....

VISITA: preventiva / periodica / per cambio mansione / richiesta / alla cessazione del rapporto di lavoro

Sig./a.....

Mansione.....

Eseguita la sorveglianza sanitaria, è stata accertata

- Idoneità
- Idoneità parziale: temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni:.....
.....
.....
.....
- Inidoneità temporanea sino.....
- Inidoneità permanente

Prossimo accertamento previsto.....

Copia del giudizio di idoneità viene consegnata al datore di lavoro

data.....a mezzo.....

Copia del giudizio viene consegnata al lavoratore

data.....Firma per ricevuta del lavoratore.....

Avverso il giudizio è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro trenta giorni dalla data di comunicazione

Data.....Firma del medico competente.....

Visita medica

- periodica
- su richiesta
- per cambio mansione
- per cessazione del rapporto di lavoro (nei casi previsti dalla normativa)

Dati occupazionali (1)

- Nuova destinazione lavorativa o mansione
- Cambiamento del profilo di rischio della mansione
- Fattori di rischio (specificare quali)

(1): da compilare con i dati forniti dal datore di lavoro in caso di variazioni rispetto all'ultima visita medica

Raccordo anamnestico

- Anamnesi fisiologica
- Anamnesi patologica

Invaldità riconosciute per infortuni o MP (INPS/INAIL/Ass. Private)

Eventuale uso di DPI

Altre attività contemporanee (da dipendente o autonome)

con esposizione a

Vaccinoprofilassi (se applicabile)

Accertamenti sanitari integrativi del protocollo sanitario

data.....

**Per presa visione
il lavoratore**

.....



ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI
20123 MILANO – VIA SAN MAURILIO 4
TELEFONO 0286453978 – FAX 0286913115 – E-MAIL:
maurilio@mclink.it - SITO WEB: www.anma.it

*Proposte di modifica
D. Lgs. 9 aprile 2008 n. 81
26 ottobre 2008*

Esame obiettivo generale e particolare