



SNOP

Società Nazionale Operatori della Prevenzione

www.snop.it

Art. 40 D.Lgs. 81/08: operatori dei servizi ASL e medici competenti

L'art. 40 del D.Lgs. 81/08 prevede, come noto, l'invio per via telematica ad opera dei medici competenti delle informazioni, "elaborate evidenziando le differenze di genere", relative ai dati emersi nel corso dell'attività di sorveglianza sanitaria sullo stato di salute della popolazione lavorativa (anche e soprattutto in relazione ai rischi lavorativi). Si tratta di informazioni "di prima mano", non disponibili per il Sistema Sanitario Nazionale se non in un arco temporalmente più lungo (basti ricordare che i flussi informativi INAIL/ISPESL/Regioni si fondano su dati retrodatati di due anni) e pertanto molto utili ai fini epidemiologici e per consentire una più incisiva e rapida programmazione di politiche di prevenzione.

L'allegato 3B elenca i contenuti minimi che devono essere oggetto della comunicazione annuale ad opera dei medici competenti mentre l'art. 54 dello stesso decreto prevede che le "strutture riceventi" (enti o amministrazioni pubbliche) di tali comunicazioni "telematiche" ne indichino formato e modalità di trasmissione. Le informazioni contenute nell'All. 3B saranno inoltre oggetto di valorizzazione all'interno del costituendo SINP.

Attraverso questo strumento il medico competente perfeziona il proprio ruolo all'interno del sistema di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, valorizzando le informazioni sullo stato di salute e dei rischi professionali della popolazione lavorativa con la quale viene in contatto.

In uno scenario globalmente favorevolmente propositivo, rimangono peraltro alcune perplessità sui criteri applicativi e sui livelli sanzionatori associati a questo articolo.

Dal punto di vista degli aspetti applicativi, è stata a più riprese e da più parti richiesta una proroga dei termini per la prima applicazione dell'art. 40 (richiesta che anche la SNOP sostiene e rilancia), anche a fronte di un sistema pubblico ancora non perfettamente preparato ad affrontare in maniera coordinata ed omogenea sul territorio nazionale la mole di dati che perverranno dai medici competenti (vedi documento approvato dalla CIIP il 1.12.2008). Così come è ricorrente la voce di una ipotizzata abrogazione dell'Art. 40, che corre comunque

il rischio di giungere con ritardo rispetto alla scadenza prevista per la presentazione dei dati contemplati dall'allegato3B. In questa ottica (e senza volere allo stato attuale entrare nel merito degli aspetti relativi alla complessa gestione dei dati sensibili) non può che essere accolta favorevolmente l'iniziativa del Coordinamento delle Regioni e delle P.A. che, a fronte del perdurante silenzio del Ministero, ha assunto l'iniziativa di proporre uno strumento di lavoro sicuramente perfettibile ma quanto meno in linea con l'obiettivo di valorizzare lo sforzo richiesto ai medici competenti e di chiarire la modalità di gestione dei dati agli operatori dei servizi territoriali. Il carattere sperimentale della griglia proposta, unito ad alcune precisazioni relative alla gestione di dati non direttamente posseduti dai medici competenti (ma per i quali potrebbe emergere qualche difficoltà conseguente all'effettivo livello di collaborazione dei datori di lavoro), dovrebbe consentire di superare il sospetto di logiche persecutorie, nella reale prospettiva di un perfezionamento dell'impianto. Il tutto, anche con l'obiettivo di un effettivo coinvolgimento dell'Istituto destinatario finale di tutti questi dati (l'ISPESL) nella logica di una loro gestione che consenta un concreto ed efficiente ritorno delle informazioni a tutti gli attori coinvolti (a cominciare dal singolo medico competente). Si tratta, con tutta evidenza, di un percorso solo al suo inizio, per il quale viene richiesto un grosso sforzo organizzativo ed operativo ai medici competenti e ai servizi territoriali, e per il quale, proprio nella logica della sperimentabilità, si poteva anche ricercare nel dettato normativo una possibile stadiatura degli adempimenti secondo una logica dimensionale o di livello di rischio.

Occorre peraltro ribadire come l'avvio di questo sistema si scontra in molte realtà territoriali con le difficoltà oggettive determinate dall'inadeguatezza degli strumenti informatici di cui sono dotati i servizi e con l'insufficienza delle piante organiche, già oberate dai crescenti carichi imposti dai subentranti accordi Stato - Regioni. In assenza di significativi interventi, con destinazione di risorse "dedicate", potrebbero risultare vani gli sforzi richiesti a medici competenti e operatori dei servizi con il rischio di un vero e proprio "ingorgo" informatico. Analoga criticità potrebbe peraltro emergere anche nella fase di trasmissione all'ISPESL dei dati assemblati da ASL e da Regioni, in assenza di chiare indicazioni operative. Non si può inoltre sottacere sulla necessità di assicurare un ritorno di informazioni tale da giustificare realmente lo sforzo organizzativo ed operativo richiesto. È evidente che almeno per il primo anno si dovrà scontare la scarsa efficienza determinata dalla fase di avvio di un nuovo sistema di rilevazione, ma che devono essere chiari sin dall'inizio gli obiettivi e gli strumenti di analisi da mettere in campo, se non altro per incentivare i singoli attori ad una collaborazione non solo di facciata.

È infine necessario sottolineare come tutto il quadro sanzionatorio del D.Lgs. 81/08 appaia sovradimensionato, soprattutto in una fase, come quella attuale, di forte

crisi economica. Nell'ottica pertanto di una revisione del vigente quadro normativo, sembrerebbe opportuna una rilettura di tutte le sanzioni previste (tra le quali anche di quelle contemplate per i medici competenti, con particolare riferimento all'Art. 40) finalizzata non già all'abbassamento dei livelli di guardia ma ad una maggiore corrispondenza delle singole sanzioni ai reati realmente commessi (anche al fine di un più efficace utilizzo da parte degli Organi di vigilanza).

Ciononostante si ritiene particolarmente pregevole l'iniziativa assunta dal Coordinamento delle Regioni e delle P.A. con la diffusione di un modello "minimo" univoco su tutto il territorio nazionale. Si ritiene peraltro auspicabile, anche alla luce degli elementi desumibili dall'utilizzo "sperimentale" del modello sopracitato, un pronto intervento dell'ISPESL finalizzato alla realizzazione di un modello in rete, che consenta l'inserimento diretto dei dati ad opera di ciascun medico competente e la successiva elaborazione statistico - epidemiologica personalizzata.

La SNOP ha sempre operato affinché la vigilanza fosse integrata con altre attività di prevenzione e fosse orientata verso aspetti sostanziali e non meramente formali. In questa prospettiva, nell'attesa di un chiarimento generalizzato su tutto l'impianto sanzionatorio del D.Lgs. 81/08, la SNOP auspica per gli operatori dei Servizi pubblici di prevenzione e sicurezza sul lavoro un approccio in cui le azioni di vigilanza relative all'art 40 siano orientate alla ricerca e superamento delle criticità ed all'effettiva implementazione del sistema.

Il Direttivo Nazionale SNOP