

Pietro Apostoli¹, Jacopo Fostinelli¹, Canzio Romano², Maurizio Coggiola³, Giovanni Mosconi⁴, Luciano Riboldi⁵, Claudio Colosio⁶, Ernesto Ramistella⁷, Alfonso Cristaudo⁸, Roberta Bonfiglioli⁹, Francesco Saverio Violante⁹

“Sorveglianza Sanitaria” dei lavoratori: aprire una discussione sulle sue basi teoriche e modalità applicative

¹ Dipartimento di Specialità Medico Chirurgiche, Scienze Radiologiche, Sanità Pubblica, Medicina del Lavoro e Igiene industriale, Università degli Studi di Brescia

² Coordinatore Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro Università di Torino

³ SCU Medicine del Lavoro e SAL - AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

⁴ UO OML - ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

⁵ Clinica del Lavoro “Luigi Devoto” Dipartimento di Medicina Preventiva Fondazione IRCCS Ca’ Granda - Ospedale Maggiore Policlinico Milano

⁶ Dipartimento di Scienze della Salute dell’Università degli Studi di Milano e Centro Internazionale per la Salute Rurale della ASST Santi Paolo e Carlo di Milano

⁷ Medico del Lavoro Competente - Catania

⁸ U.O. Medicina Preventiva del Lavoro, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

⁹ Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli studi di Bologna

RIASSUNTO. In questo contributo viene proposta una messa a punto teorica ed applicativa sulla pratica della “sorveglianza” sanitaria così come oggi effettuata per i lavoratori dal Medico del Lavoro - Medico Competente, partendo dalle Linee Guida SIMLII del 2004. Si pone l’attenzione sulle modalità di recepimento della direttiva quadro europea 89/391 nelle leggi nazionali che si sono susseguite dagli anni 90 del secolo scorso e le discussioni su di esse avviate nella nostra Società Scientifica. Appare centrale la necessità di partire da definizioni chiare, esaustive e referenziate a volte assenti o non adeguate nelle attuali leggi come quelle di esposizione, rischio, lavoro, mansione specifica, compito. Il concetto stesso di idoneità, peraltro non definita nelle sue accezioni di capacità ed abilità a svolgere un’attività, dovrebbe essere sostituito da quello più comprensivo di compatibilità tra stato di salute ed attività lavorative effettivamente da svolgere. Si propone inoltre, per affermare il reale coinvolgimento del Medico del Lavoro in sinergia con le altre figure dell’organizzazione del lavoro e della prevenzione occupazionale, in tutte le fasi delle attività inerenti la gestione della salute e della sicurezza in azienda, che la “sorveglianza sanitaria” (per cui si propone il cambio di denominazione in “misura delle condizioni psicofisiche dei lavoratori) sia posta sullo stesso piano metodologico della misura dei rischi e della loro gestione. Viene infine ribadito il vincolo alla qualità ed alla dimostrazione della stessa, a partire dalle prove dell’evidenza scientifica e dell’efficacia di tutti gli interventi sanitari e più in generale preventivi in cui il Medico del Lavoro è coinvolto.

Parole chiave: sorveglianza sanitaria teoria e applicazione, idoneità e compatibilità lavorativa, prove di evidenza, appropriatezza.

ABSTRACT. Our research aims at proposing a reflection on the theoretical and methodological contents that characterize occupational health surveillance (OHS) carried out in Italy by the occupational health physician (OHP), mainly focusing on the shortcomings arose from the transposition of the European framework directives 89/391 in our legislative context. On this matter, we critically analyzed the legislative frame, already discussed in the previous guidelines produced by our professional society (SIMLII), and the proposals made by SIMLII following the recent developments in Italian legislation (Legislative Decree no. 81/08 and 106/09). The key starting point

Introduzione

Mission di ogni Società Scientifica – e la nostra non può fare certo eccezione – è quella di approfondire i contenuti teorico-metodologici che la caratterizzano e formulare le proposte applicative che da essi discendono.

Per tutte le aree mediche, anche per quelle preventive, nel corso del tempo è diventato sempre più stringente il collegamento, meglio il vincolo, ai dettami della evidenza scientifica e della dimostrazione dell’appropriatezza e dell’efficacia di quanto viene attuato (“*evidence based medicine-prevention*”).

Definito il *background* scientifico risulta difficile e, forse, neppure corretto non cercare di prendere in esame altre necessità, *in primis* per noi quanto previsto dalle specifiche leggi nel contesto pratico della nostra attività professionale. Nelle discipline e pratiche della prevenzione ciò è quanto viene fatto, ad esempio, nelle tradizionali procedure della determinazione dei valori guida (valori limite, livelli di azione), ma più in generale nella gestione dei rischi: attenta considerazione degli *output* strettamente scientifici contestuali e combinati con quelli della fattibilità tecnica ed economica e con quelli dei contesti e delle esigenze più propriamente sociali, economiche, politiche.

Nello specifico della SS gli obblighi di legge cui siamo chiamati a uniformarci non possono rappresentare una barriera al nostro agire o un alibi alla nostra inazione progettuale anche perché abbiamo sempre puntualmente segnalato proprio nell’attuale legislazione carenze, errori, incongruenze della stessa normativa con quanto la nostra comunità scientifica ha via via elaborato e suggerito negli ultimi anni.

A questo apparente contrasto metodologico non poteva certo sfuggire l’elaborato che qui presentiamo, nel quale saranno dettagliati i punti irrinunciabili di quelle che la nostra capacità di elaborazione vuole proporre quali nuove basi scientifiche della SS per ricercare interventi concreti (correzione di evidenti errori, rimedio per indiscutibili ca-

concerns the need of providing better, comprehensive and referenced definitions of occupational exposure, risk, job task, working activity, often not included in the abovementioned regulations. Also the concept of “fitness to work” should be reviewed to “fitness to a defined job”, which must be performed starting from a clear evaluation of the compatibility of a specific health condition and a specific working activity. Moreover, it is necessary to remark that the OH physician must be actively involved in all the activities addressed at assessing and managing both occupational health and safety in the enterprise. This must be done considering the bonds of the quality and of the validity of the whole body of the preventive interventions performed.

Key words: health surveillance theory and management, fitness for work, evidence based prevention.

renze) ottenibili a invarianza di legge o che necessitano di ineludibili modifiche normative.

È questa, a ben vedere, una coerente prosecuzione di quanto stiamo cercando di proporre e fare da circa un ventennio in tema di evidenza scientifica e di efficacia dei nostri interventi, culminato nella sessione dedicata alla qualità in Medicina del Lavoro nel nostro Congresso Nazionale del 2012; in quella occasione fu sottolineata l'importanza strategica di inserire la prevenzione, e con essa l'attività dei medici del lavoro, negli schemi di “*quality assurance*” (1).

Ben sappiamo che, proprio in tema di SS, non poco di quanto facciamo è assai difficile da dimostrare in termini di evidenza scientifica e di efficacia preventiva e ci è altrettanto ben noto come quanto viene fatto sia obbligatorio per legge.

Ciò che viene richiesto a una Società scientifica come la nostra, è soprattutto quello di fornire elementi di orientamento su come agire in modo adeguato e appropriato. E siamo consapevoli di doverlo fare anche perché, in molte realtà lavorative, quanto viene garantito dai Medici Competenti – auspicabilmente sempre meglio qualificati e aggiornati – può rappresentare l'unica attività di tutela della salute e della sicurezza di chi lavora.

Sorveglianza Sanitaria: Linee Guida SIMLII 2004 e successivi contributi

Nell'affrontare oggi il tema della SS non ci è possibile non ripartire dalle Linee Guida (LG) SIMLII del 2004, frutto di un profondo e prolungato impegno di un folto e qualificato gruppo di lavoro coordinato dal Prof. Leonardo Soleo (2). Allora, quale ineludibile riferimento delle LG vennero considerati il D.Lgs. 626/94 e il D.Lgs. 242/96 (3).

In tali decreti la SS, pur non compresa tra le definizioni dell'art. 2 del D.Lgs. 626/94, veniva dettagliata – unitamente ai compiti del MC – negli articoli 16 e 17 della sezione IV dello stesso testo legislativo.

Le Linee Guida definivano la SS come: “*insieme di atti medici finalizzati alla tutela della salute dei lavoratori e alla formulazione del giudizio di idoneità alla mansione*

specificata”. Gli obiettivi della SS si realizzavano, in particolare, attraverso l'esclusione di quelle condizioni sanitarie – geneticamente determinate o acquisite – che controindicassero anche una esposizione ad agenti di rischio considerata priva di effetti per la salute per la maggioranza o la quasi totalità dei lavoratori.

Qualche anno dopo l'emanazione delle citate Linee Guida SIMLII sulla SS entravano in vigore i più recenti decreti legislativi, il D.Lgs. 81/2008 e il D.Lgs. 106/2009 (4) che modificavano – per certi aspetti anche sensibilmente – i precedenti riferimenti normativi.

Nel D.Lgs. 81/08 la SS veniva inserita già nelle definizioni di cui all'art 2 come “*insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa*”. Peraltro all'art. 15 “*Misure generali di tutela*”, tale attività di sorveglianza veniva definita solo come “*controllo sanitario dei lavoratori*”. I contenuti della SS svolta dal MC erano poi esplicitati e dettagliati all'articolo 41 nonché ripresi in specifici articoli dei diversi successivi titoli del decreto che, vale la pena di ricordare, rappresentano il recepimento di altrettante direttive comunitarie relative alla Sicurezza negli ambienti di lavoro.

Un anno dopo, come previsto dalla legge delega di istituzione del D.Lgs. 81/08, il successivo D.Lgs. 106/2009 – integrativo e modificativo del precedente – interveniva in modo sostanziale anche sulla SS modificando alcuni contenuti e modalità di effettuazione all'articolo 41 in particolare introduzione delle visite preventive in fase preassuntiva; introduzione delle visite di rientro al lavoro dopo assenza per motivi di salute per un periodo superiore a 60 giorni continuativi e all'articolo 42 (provvedimenti in caso di idoneità alla mansione specifica), lasciando invariati gli altri articoli della definizione e delle misure generali di tutela.

Giova qui ricordare che prima della emanazione del D.Lgs. 106/2009 la nostra Società ebbe modo di avere contatti istituzionali allo scopo di suggerire modifiche di quelle parti dell'allora “nuova” normativa che risultavano incoerenti o difficili da applicare ed eventuali integrazioni. Tra queste ultime venne proposta la stessa ipotesi di inserimento delle “visite di idoneità al rientro da prolungati periodi di assenza per malattia” allo scopo di verificare il mantenimento dell'idoneità alla mansione da parte del lavoratore assente, presumibilmente per gravi patologie, anche di natura non professionale, nel contempo intercorse (come già detto, anche se in modo un po' difforme dalla nostra proposta, tale richiesta fu sostanzialmente accolta). Inoltre, in quelle occasioni, venne proposta anche una modifica della definizione di SS come: “*insieme degli atti e 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 professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa*”. Tale definizione metteva in evidenza e dava maggiore risalto alla responsabilità del MC, puntualizzando l'aspetto delle condizioni di salute del lavoratore ai fini dell'espressione del giudizio di idoneità.

A distanza di circa sette anni l'avvertita necessità è, quindi, quella dell'adeguamento delle LG alle mutate leggi di riferimento, facendo seguito all'esigenza dell'adeguamento a quanto nel frattempo apparso nella letteratura scientifica al riguardo e della valorizzazione del dibattito aperto all'interno della Società su tale importante tema.

Analizzando la letteratura internazionale, tuttavia, il tema SS non appare molto trattato. Senza la pretesa di essere esaustivi al riguardo, utilizzando come esempio quanto recensito nella banca dati PUB MED dal 2004 a oggi, si ritrovano citati circa 30 lavori, dei quali circa 10 sulla SS in specifici settori, 12 sulla SS di patologie di vari organi ed apparati e solo 10 più di tipo metodologico. Tra questi, pare a noi meritevole di attenzione una revisione di letteratura (5) che ha preso in considerazione le definizioni e le metodologie per la formulazione del giudizio di idoneità, definito come *"worker's capacity to work without risk to self or others"*. In tale studio, dall'analisi dei 39 lavori pubblicati tra il 1966 e il 2005, risultavano come elementi metodologici di dibattito le caratteristiche degli strumenti utili alla verifica della capacità lavorativa sia in termini di specificità sia di rapporto costo-beneficio, mentre tra gli elementi meritevoli di futuri approfondimenti veniva segnalata la carenza di linee guida basate sull'evidenza per la formulazione dei giudizi sulla capacità lavorativa.

Utili nella nostra trattazione appaiono anche contributi come quello di Craner (6) che propone una netta distinzione tra due modalità operative: *"medical screening"* e *"medical surveillance"*: la prima, con *focus* sul singolo lavoratore, è finalizzata alla diagnosi precoce attraverso l'individuazione di alterazioni precoci di tipo clinico-laboratoristico; la seconda, invece, dovrebbe essere finalizzata alla identificazione, quantificazione e rimozione dei fattori di rischio per la salute e la sicurezza e al controllo nel tempo dell'efficacia delle misure di prevenzione e protezione adottate anche attraverso l'analisi dei risultati per gruppo di esposti. L'Autore sottolinea come la sola raccolta e analisi dei rischi, se effettuata ad esempio al solo scopo di soddisfare obblighi di legge ma non per indirizzare attività di prevenzione, porterebbe le attività nel loro complesso a risultare inefficaci e inutili. Analogamente OSHA aveva affermato che *"Medical screening is, in essence, only one component of a comprehensive medical surveillance program. The fundamental purpose of screening is early diagnosis and treatment of the individual and thus has a clinical focus. The fundamental purpose of surveillance is to detect and eliminate the underlying causes such as hazards or exposure of any discovered trends and thus has a prevention focus"*.

Viene ribadito pertanto come la SS sia un importante strumento di *feed back* sulle attività di *risk assessment* e possa rappresentare uno strumento fondamentale di gestione e controllo del rischio.

Come anticipato, la SS è stata oggetto di attenzione negli ultimi congressi nazionali SIMLII, in particolare nelle sessioni parallele dedicate alle attività del MC, quali la già citata *"La qualità del Lavoro del Medico Competente"* congresso di Bergamo del 2012, *"Il Medico Competente: normativa, ruolo, prospettive"*, congresso di Messina del 2013 e *"Medico Competente - La medicina occu-*

pazionale in Italia, il cambiamento inevitabile" (workshop nell'ambito del congresso di Bologna del 2014 (1, 7, 8).

Dalle presentazioni sono emersi spunti interessanti a partire dal confronto con il ruolo del MC nel sistema di prevenzione aziendale di altri Paesi. In particolare, norme e modalità operative esistenti in altri paesi dell'UE consentono l'inserimento del MC all'interno di contesti orientati all'integrazione multidisciplinare, all'opposto quindi della frammentazione professionale e dell'isolamento individuale che da noi spesso si registra. Infatti a livello nazionale si è generalmente proceduto all'identificazione del MC come figura tecnica dedita essenzialmente all'attività di SS e la conseguente sua marginalizzazione nel processo complessivo di valutazione e gestione del rischio.

È stato più volte riproposto il ruolo del MC come consulente globale per la salute e la sicurezza con l'obiettivo di farlo diventare la figura centrale di un processo di evoluzione dei sistemi aziendali di gestione e tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, non solo nel mero rispetto della norma ma – soprattutto – per il miglioramento degli ambienti di lavoro con l'obiettivo di garantire il pieno benessere dei lavoratori e una soddisfacente produttività aziendale. Si è sottolineato come un simile percorso sia a tutt'oggi solo parzialmente riuscito, per gli ostacoli sia da parte degli stessi MC e delle sempre più numerose "società di servizi", che prediligono una attività improntata più alla quantità delle prestazioni che non alla qualità, sia da parte di altre figure tecniche presenti in azienda che, spesso, entrano in competizione anche in merito a decisioni di esclusiva pertinenza del MC. Una ulteriore problematica è costituita dagli stessi datori di lavoro, soprattutto delle medie e piccole imprese (la maggioranza del nostro Paese), che optano spesso per seguire la stretta regola del rispetto formale degli adempimenti di legge, al minor impegno – e ai minori costi – possibili.

Anche i rapporti tra il MC e il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono stati oggetto di dibattito, centrato prevalentemente sulla richiesta di modifica dell'articolo 40 del D.Lgs. 81/08 (attualmente dedicato esclusivamente alle modalità di compilazione e invio dei dati sanitari attraverso l'allegato 3B), inserendo invece al primo posto il ruolo sinergico che l'attività del MC deve avere con il SSN e rafforzandone, così, il rapporto di collaborazione. Per precisare quanto affermato, con la modifica ricordata il primo comma dell'art. 40 del D.Lgs. 81/08 sarebbe il seguente: *"l'attività professionale del medico occupazionale si svolge in sinergia con le attività del Servizio Sanitario Nazionale"*, occupando la posizione dell'attuale che sarebbe posticipato a nuovo comma 2.

In relazione al tanto discusso Allegato 3B, che investe direttamente i risultati della SS, la SIMLII ha elaborato – e fatto presente nelle sedi opportune – una organica proposta di revisione complessiva del SINP, approfondendo modalità, tempi, metodi, scopi e fruizione dei risultati da parte del MC delle attività che la SS mette in luce nei vari settori economici.

Oltre ai citati contributi nei congressi SIMLII degli ultimi anni, all'interno della Società e delle sue articolazioni, vi sono state prese di posizione e interventi che vale la pena ricordare.

Vi sono anzitutto le proposte del gruppo di lavoro SIMLII Medici Competenti, improntate ad una sistematica analisi degli articoli di legge e al tentativo di fornire pragmatiche indicazioni di modifica che non mettessero in discussione il contesto legislativo da cui si partiva. I punti essenziali delle proposte che riguardano più da vicino la SS possono essere sintetizzati come segue:

- la possibilità per il datore di lavoro di chiedere al MC una rivalutazione della idoneità, in casi particolari e con adeguata motivazione;
- l’inserimento di una nuova lettera c) al comma 1, determinando come la SS possa essere svolta anche per i cosiddetti rischi “non normati”, in quanto non esplicitamente contemplati nel D.Lgs. 81/08 e smi;
- la presa d’atto che la puntualità di esecuzione delle visite periodiche non può sempre essere rispettata rigorosamente, anche per motivi organizzativi aziendali indipendenti dalla volontà del MC;
- la modifica della visita al rientro da assenze per motivi di salute, consentendo tale possibilità anche in casi di assenza per motivi di salute superiori a 30 giorni ma solo su motivata richiesta del lavoratore o del datore di lavoro. In ogni caso, viene specificato che la visita deve essere eseguita non prima del rientro al lavoro, situazione spesso difficile o impossibile da realizzarsi in questi termini da parte del MC per motivi organizzativi e logistici (e di fatto non percorribile in considerazione del fatto che lo stato di malattia determina una temporanea sospensione della capacità generica al lavoro), ma prima di adibire il lavoratore alla mansione specifica precedentemente svolta, onde evitare contenziosi legati alla data della esecuzione della stessa indicata nell’attuale normativa;
- l’inserimento di un nuovo comma dedicato alla “semplificazione” dell’espressione del giudizio di idoneità nei casi di lavoratori temporanei, stagionali e di altri analoghi rapporti di lavoro. In questi casi viene proposto, ferma restando la mansione specifica di tali addetti, che la validità del giudizio di idoneità rilasciato in sede di visita preventiva o periodica sia effettiva fino alla data della scadenza prevista, generalmente annuale, anche nel caso in cui il lavoratore presti la sua attività presso aziende diverse dello stesso settore ma con identico profilo di rischio; analogo concetto è espresso dal Decreto Interministeriale del 27 Marzo 2013, che indica che “*lavoratori stagionali che effettuano non più di 50 giornate di lavoro all’anno*” dediti ad “*attività generiche che non richiedono specifici requisiti professionali*”, debbano fruire di SS, con formulazione di un giudizio di idoneità “portabile” per due anni anche ad altri diversi datori di lavoro. Pur con limiti e incongruenze che non è possibile discutere in dettaglio in questa sede, il Decreto apre le porte della SS a settori ad alto rischio, sino ad oggi spesso privati di questo diritto, e pone al Medico del Lavoro, che si troverebbe per la prima volta proposto nella figura di “medico competente senza azienda”, problematiche nuove da affrontare;
- la definizione delle condizioni di tossicodipendenza (e non di mera assunzione di sostanze psicotrope e stupe-

facenti) nell’ambito di una più generale revisione delle norme che regolano l’accertamento di tutti gli stati di dipendenza che possono essere ostativi allo svolgimento di determinate mansioni a rischio per terzi;

- la modifica del comma 6-bis (sempre dell’art 41) allo scopo di semplificare l’attività del MC ed evitare il recapito di certificati di idoneità sostanzialmente inutili;
- la chiara identificazione dell’unico organo deputato a modificare il giudizio MC nell’Organo di Vigilanza territorialmente competente, eliminando così l’impropria verifica dei giudizi di idoneità parziale o di non idoneità alla mansione specifica espressi dal MC da parte di altre commissioni mediche e/o medico-legali, istituite per motivi del tutto differenti e che non possiedono titolo per farlo.

P. Apostoli, nella veste di Presidente della SIMLII, durante il suo intervento di apertura del convegno tenutosi in occasione della giornata nazionale di studio dedicata a Duilio Casula presso il Senato della Repubblica (9), inseriva la SS nel quadro di una generale sollecitazione alla modifica e semplificazione della normativa vigente, con la condivisione di regole comportamentali razionali e scientificamente fondate. La SS, a suo avviso, andava prevista in un contesto-sistema semplice e facilmente gestibile, con l’obbligatorio coinvolgimento delle altre figure tecniche della prevenzione e di quelle responsabili di tecnologia e organizzazione del lavoro, oltre ovviamente a quello delle linee della responsabilità (Datori di Lavoro, Dirigenti e Preposti), dei lavoratori e loro rappresentanti. Si partiva dalla constatazione che la gestione degli strumenti propri della SS comportava formalità di stampo “notarile” che, se da un lato suscitavano il sospetto di una immotivata sfiducia del legislatore nei confronti della correttezza deontologica dei MC, dall’altro sollevavano perplessità in merito alla loro reale necessità ed efficacia, specie se si analizzavano adeguatamente i risultati delle esperienze maturate negli anni successivi al 2009. Ampliando l’angolo di valutazione dei decreti poneva l’accento sul fatto che il legislatore europeo, in un contesto di ridotto rilievo attribuito alla SS (un solo articolo, nessun altro richiamo nel testo complessivo), la poneva comunque come una facoltà di cui i lavoratori si possono avvalere se lo desiderano, fatto salvo che gli Stati membri dovessero poi garantire un’adeguata SS (80/1107/CEE) e che i controlli sanitari dovessero essere “disponibili” per i lavoratori (83/477/CEE). Un loro “diritto” quindi e non un obbligo. Altro punto di rilievo appariva quello dell’inquadramento della figura del MC che, anche per lo svolgimento dei controlli sanitari dei lavoratori, avrebbe dovuto avere una collocazione contrattuale o istituzionale che ne facilitasse una effettiva azione secondo “scienza e coscienza”, libero da ogni condizionamento. Contenuto e modalità dei controlli sanitari avrebbero dovuto conformarsi quindi solo a rigorosi criteri di evidenza e appropriatezza. Anche il giudizio di idoneità alla mansione si sarebbe dovuto modificare (“abolire” secondo alcuni) non solo come logica conseguenza della non obbligatorietà della SS, ma per il prevalere nella ricerca della compatibilità lavoro-uomo degli sforzi che dovrebbero prioritariamente tendere a rendere gli ambienti di lavoro “idonei” per i lavoratori (e non vi-

ceversa). Attuando adeguati interventi correttivi dell'attuale legge ne sarebbe certamente derivata una notevole riduzione del numero di visite e di esami rispetto alla loro attuale enorme mole ma, al contempo, un significativo aumento della loro utilità e efficacia.

Due anni dopo F. Violante nel suo intervento alla Camera dei Deputati, parlando della figura del *Medico Competente* – termine al quale sarebbe opportuno si sostituisse oggi quello di *Medico della Prevenzione Occupazionale* o *Medico Occupazionale*, più rispondente all'oggetto della sua attività professionale – affermava come lo stesso dovesse fungere da cardine del sistema di Prevenzione in tutti i luoghi di lavoro, assieme al Datore di Lavoro, al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e al Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza. Tuttavia, in seguito all'emanazione del D.Lgs. 81/08, nonché delle numerose successive modificazioni legislative e di molte interpretazioni difformi, anche giurisprudenziali, si è giunti progressivamente a una distorsione del rapporto fra le figure prima elencate, con ricadute negative sulla proficua applicazione della tutela della Sicurezza e Salute dei lavoratori e delle lavoratrici in tutti i luoghi di lavoro (10).

Sul versante etico deontologico va senz'altro ricordato il nostro impegno in occasione dell'aggiornamento del codice etico medico promosso da FNOMCEO nel 2014. SIMLII aveva infatti formulato dettagliate proposte (11) di seguito sintetizzate per quanto concerne la SS. Il MC collabora attivamente, per quanto di sua competenza, alla valutazione dei rischi presenti nel luogo di lavoro anche mediante sopralluoghi e indagini mirate e accesso a informazioni anche riservate. Egli inoltre collabora alla sostenibilità ambientale delle attività produttive che siano fonte di rischio per la popolazione generale. Egli è personalmente responsabile della SS del lavoratore, mediante idoneo protocollo sanitario, al fine di valutarne preventivamente e periodicamente l'idoneità alla mansione specifica, secondo quanto previsto dalle norme vigenti e avendone informato il lavoratore. Qualora il lavoratore, pur adeguatamente informato, non intenda sottoporsi agli accertamenti egli cerca di acquisirne la fiducia e collaborazione attraverso una valutazione del rapporto rischio-beneficio di cui al caso specifico e lo allerta sulle possibili conseguenze del mancato accertamento o del persistente rifiuto di collaborare. Il MC informa adeguatamente il lavoratore sui rischi lavorativi presenti o sospetti, sul significato e i risultati degli accertamenti sanitari e sul conseguente giudizio d'idoneità, rendendolo edotto della possibilità di ricorrere avverso il giudizio stesso qualora lo ritenga ingiustificato o lesivo dei propri interessi. Aggiorna inoltre il lavoratore sulle sue condizioni di salute e sull'eventuale loro rapporto coi rischi lavorativi, facendone menzione nella cartella sanitaria e/o mediante comunicazione al medico curante. Il MC consiglia inoltre, per quanto di sua competenza e preferibilmente per iscritto, il datore di lavoro su come prevenire i rischi o ridurli al minimo. Le nostre proposte, contrariamente ad esempio a quanto fatto per la Medicina Legale, non vennero ritenute da FNOMCEO meritevoli di considerazione pur essendone evidenti peculiarità e importanza etico deontologica.

La Sorveglianza Sanitaria tra diritto e obbligo: necessità di una riflessione

La SS dei lavoratori è regolamentata, sin dal 1989, dalla Direttiva 89/391/CEE (12). Questo porterebbe a ritenere che l'argomento sia armonizzato tra i diversi Paesi dell'Unione Europea. Invece, è stato argomentato come il recepimento nell'ordinamento italiano dell'art. 14 della Direttiva 89/391/CEE fosse quantomeno singolare (13), a partire dalla constatazione che la Direttiva stessa dedicava alla SS un solo articolo di tre commi, per un totale di sei righe (scarse) mentre il recepimento nel nostro ordinamento, avvenuto dapprima con il D.Lgs. 626/94 e poi con il D.Lgs. 81/2008, ne impiegava molte di più. Ciò portava al risultato di sostituire una enunciazione chiara, coerente e sobria (quella europea) con un *“elenco non sempre chiaro, non sempre coerente e certamente non sobrio di regole e minuti precetti con cui si sono introdotti obblighi, procedure e disposizioni di cui non v'è traccia nella direttiva madre”*, peraltro creando l'errata convinzione nel lettore che la legislazione italiana non rappresentasse una circoscritta e complicata interpretazione di un dispositivo più semplice ma fosse *“il dispositivo”*. Invece, nella realtà, la nostra interpretazione altro non era che una rivisitazione delle norme del DPR 303/56 (14) col suo corredo di visite periodiche annuali, semestrali e trimestrali (addirittura mensili in alcuni casi). Esso rifletteva l'impronta di quasi tutte le attività di prevenzione, basate sull'inscindibilità *“visita medica-certificazione”*, nonostante le chiare dimostrazioni della loro sostanziale inutilità. Vale la pena di ricordare, come fatto anche dallo stesso autore, come la Legge 300 del 1970 (*“Statuto dei lavoratori”*), all'articolo 5 ponesse precisi limiti all'espletamento della richiesta di accertamenti sanitari da parte del datore di lavoro sui propri dipendenti [*“Sono vietati accertamenti da parte del datore di lavoro sulla idoneità e sulla infermità per malattia o infortunio del lavoratore dipendente. Il controllo delle assenze per infermità può essere effettuato soltanto attraverso i servizi ispettivi degli istituti previdenziali competenti, i quali sono tenuti a compierlo quando il datore di lavoro lo richieda. Il datore di lavoro ha facoltà di far controllare la idoneità fisica del lavoratore da parte di enti pubblici ed istituti specializzati di diritto pubblico”*] (15)].

In merito al riferimento all'articolo 5 della legge 300/70 bisogna però ricordare che esso definisce i limiti del datore di lavoro nel verificare l'idoneità generica al lavoro con obiettivi di natura medico fiscale; la SS ha obiettivi ovviamente diversi e pertanto il richiamo alla legge 300 non può essere utilizzato a supporto del concetto di diritto versus il concetto di obbligo.

In questo scenario, non a caso, tra la fine del secolo precedente e l'inizio di questo, è stato richiamato anche l'argomento della scarsa affidabilità di alcune pratiche considerate *“preventive”* e la necessità di rivisitare la pratica alla luce della sua sostanziale inutilità e dei costi elevati (16,17).

Dell'argomento, quindi, anche noi dobbiamo occuparci, non tanto o non solo per non lasciarne ad altri l'e-

gemonia ma perché il problema ci viene implicitamente posto in modo poco eludibile da una Direttiva UE e poiché ha non poche ricadute su contenuti, obiettivi, modalità di esecuzione e di utilizzo dei suoi risultati.

La prova che l'interpretazione data dall'Italia alla "Direttiva madre" sia peculiare e non priva di forzature viene direttamente dall'esame di quanto accade in UE (si veda al riguardo il contributo di C. Colosio e coll. presentato in questa sessione, indirizzato a un totale di 16 Paesi su 28) e dalle difformità di applicazione dello stesso dispositivo. In particolare, ad esempio, 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), o alle dimensioni dell'azienda (Malta) o a specifiche condizioni di vulnerabilità quali giovane età o gravidanza (Belgio). La partecipazione dei lavoratori è volontaria e non obbligatoria in Bulgaria, Germania, Olanda, Portogallo e Svezia. Ne emerge in sostanza un quadro variegato, che ci potrebbe consentire un approccio pragmatico. Cioè parlare di SS più che in termini di obbligo (sanzionato) o diritto (manifestato), della sua utilità quando effettuata in modo appropriato. La sua utilità e la dimostrazione della sua efficacia dovrebbero, quindi, diventare la cartina di tornasole dei nostri ragionamenti e il principale dei nostri obiettivi nella sua messa a punto.

Pertanto prima di ragionare su SS come obbligo o diritto occorre discutere sulla efficacia della SS come misura preventiva e quindi come elemento di gestione e controllo del rischio. Infatti laddove si concordi che la SS è una reale misura di prevenzione essa non può essere vista che come strumento obbligatorio di risk management. Se la SS è dunque uno strumento efficace per la diagnosi precoce preclinica (vedi precedenti definizioni di "medical screening" e "medical surveillance") anche essa deve essere considerata uno strumento obbligatorio per il controllo del rischio. Obbligatorio non deve voler necessariamente dire sanzionare chi non si sottopone alla SS. Tuttavia il soggetto che non aderisce al programma di SS potrebbe dover essere considerato non idoneo alle mansioni per cui la SS è prevista in quanto strumento efficace di prevenzione. Il vero problema quindi è misurare l'efficacia della SS come strumento di prevenzione. È verosimile che l'approccio alla SS debba essere differenziato in funzione della sua efficacia assumendo in un caso un ruolo di strumento di gestione del rischio (non eludibile) e nell'altro di attività di eventuale promozione della salute. Sarà compito delle Società Scientifiche definire i relativi ambiti.

A tale proposito, nel documento conclusivo della recente Convention Nazionale dei Medici Competenti svoltasi a Napoli nei giorni 8 e 9 aprile 2016, al primo punto di un proposto "decalogo" relativo agli aspetti che rivestono particolare importanza nella revisione della normativa per la puntualizzazione del ruolo scientifico, giuridico ed etico dell'auspicato *Medico Occupazionale* viene riportata la seguente – esaustiva ed equilibrata – affermazione: "conferma dell'importanza dell'obbligo, da parte dei datori di lavoro, di assicurare il diritto alla tutela della sa-

lute e sicurezza dei lavoratori attraverso una appropriata sorveglianza sanitaria" (18). Tale definizione, che coniuga il diritto del lavoratore – da un lato – con gli obblighi del datore di lavoro – dall'altro – consente di inserire nella giusta prospettiva l'attività attuale e futura della SS, che non può più essere considerata a sé stante ma che deve andare di pari passo con altre attività, in cui attualmente spesso il MC ha un ruolo marginale *in primis* le attività di valutazione e gestione dei rischi e di reinserimento lavorativo del soggetto con idoneità parziale o francamente invalido o disabile, senza dimenticare le attività di promozione della salute.

Stabilita una volta per tutte, come accade in altri Paesi, la vigenza per il Datore di Lavoro dell'obbligo di organizzare la SS e di metterla a disposizione dei lavoratori, resta confermata la necessità di una adeguata informazione ai lavoratori sui contenuti e sugli obiettivi della stessa, mentre non è richiesto il loro consenso in quanto trattasi di provvedimenti previsti dalla legge (art. 32 della Costituzione italiana: "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge") (19).

Si sottolinea inoltre un vero e proprio paradosso insito nel ruolo del MC, per come definito dall'attuale normativa: il lavoratore viene sottoposto a una visita obbligatoria da parte di un medico non è di sua scelta, come avviene per tutte le altre prestazioni mediche (a eccezione dei TSO) ed è pagato da terzi, nella fattispecie dal suo datore di lavoro, con il quale ha stipulato un contratto di natura privatistica. In effetti quest'ultimo elemento, a ben vedere, potrebbe minare alla base le prerogative del MC, che, tenuto conto della condizione di dipendenza economica, pur nell'ambito della opportuna regolamentazione anche di contratti professionali di natura privatistica, potrebbe essere soggetto a condizionamenti, anche se la legge impone che dovrebbe essere garantita la sua totale e completa autonomia professionale.

In tali condizioni, il MC si trova in bilico tra due mondi differenti. Per dirla con le parole del procuratore B. Deidda, pronunciate al 73° congresso nazionale SIMLII di Roma, diretta conseguenza di tale premessa è la seguente: "non vi è dubbio che l'incarico del medico competente abbia un'origine privatistica, nel senso che è affidato alla decisione di due soggetti che si accordano per una serie di prestazioni specialistiche all'interno dell'azienda. Ma, d'altro lato, non vi è nessun dubbio che quelle prestazioni sono dirette a salvaguardare la salute dei lavoratori dell'azienda e debbano essere svolte dal medico in piena autonomia e secondo le regole tecniche e scientifiche della scienza medica. In questo senso l'attività del medico competente acquista una dimensione di natura senz'altro pubblicistica" (20). Tale situazione contraddittoria dovrebbe essere superata definitivamente con la chiara attribuzione, per il MC, del ruolo pubblicistico e del suo rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale.

Quindi, all'interno di un approccio pragmatico di massima tutela e in analogia con le altre realtà UE, l'obbligo della SS dovrebbe essere mantenuto per tutte le condizioni in grado di poter concretamente provocare danni alla salute e sicurezza dei lavoratori, coniugata in modo ragione-

vole con le attività di promozione della salute e di reinserimento al lavoro di soggetti con problematiche varie di natura sanitaria (ivi comprese eventuali dipendenze). Inoltre, laddove esistano misure preventive di comprovata efficacia – come ad esempio le vaccinazioni – dovrebbe essere opportuno prevederne la somministrazione, previo *counselling* del MC e informazione preventiva del lavoratore, con l'obiettivo di garantire l'adozione (o quanto meno l'offerta) di tutte le misure di tutela disponibili.

Dalla sorveglianza sanitaria alla “misura” delle condizioni psicofisiche dei lavoratori: verso una nuova concezione degli accertamenti sanitari nei luoghi di lavoro

La SS dovrebbe quindi a nostro avviso essere sottoposta a una profonda valutazione metodologica, per poterla portare, da un punto di vista anzitutto metrologico, alla pari delle altre due componenti essenziali del processo preventivo: la misura e la gestione del rischio.

Non si può, anche simbolicamente, non partire da una sua nuova definizione che dovrebbe rendere più evidente la sua finalità. Non più un termine che richiami quelli di vigilanza di cose o persone (il sorvegliare lavori, detenuti); o tenere sotto osservazione al fine di prendersene cura (bambini, malati), ma un termine (appunto “misura”), che si avvicini di più all'azione della individuazione e parametrizzazione. Nel nostro caso quella dei possibili fenomeni fisiopatologici su individui e loro gruppi, per dimostrare e quantificare la comparsa di alterazioni delle loro condizioni di benessere. Il tutto con un preciso e primario obiettivo preventivo nelle sue tre note e classiche accezioni, garantendo così nel migliore dei modi e nella maggior parte delle situazioni la compatibilità uomo lavoro – lavoro uomo.

Nel sistema che si ipotizza, pertanto, il risultato della misura delle condizioni psicofisiche dei singoli e dei gruppi dovrebbe raccordarsi ed essere allineato da una parte con la misura dei rischi e dall'altra con la loro gestione. Il MC partecipa a questo “sistema” come responsabile primario della fase di misura delle condizioni psicofisiche dei lavoratori e in posizione paritaria (con tutte le figure della linea tecnica e di quella delle responsabilità della prevenzione nei luoghi di lavoro) alla misura e alla gestione dei rischi.

Solo così affermazioni, ormai avviate a divenire stantie, come quella del MC “consulente globale”, potrebbero trovare una loro base teorico applicativa.

Per fare questo il MC dovrebbe avere una collocazione che ne consenta un agire in scienza e coscienza, effettivo, libero da ogni condizionamento, da *qualunque* parte provenga. In altre parole: una sua terzietà e autonomia decisionale reale, quale gli può derivare solo superando l'attuale status di “scelto” dal datore di lavoro o su sua delega addirittura da un dirigente; e soprattutto superando il condizionamento da parte di un “mercato” misurato su aspetti economici spesso incompatibili con la qualità delle prestazioni.

Contenuto e modalità degli atti sanitari che conducono al risultato finale della misura-devono conformarsi a rigorosi criteri di appropriatezza e a quelli dell'*evidence based*

prevention ed essere omogenei e coerenti con principi e procedure operative utilizzati nelle altre due fasi prima richiamate in cui il MC dovrà sentirsi ed essere impegnato.

Cioè diventa in altre parole centrale il tema della definizione di tutti i termini “chiave” che entrano nella teoria e nella pratica preventiva occupazionale. La riscrittura delle definizioni nell'attuale forma del D.Lgs 81/08, in particolare per quanto riguarda gli accertamenti sanitari, la valutazione di esposizione e rischio, la loro gestione, rappresenta a nostro avviso uno sforzo non eludibile per fornire una solida base di partenza per ogni nostro ragionamento metodologico e procedurale e per la messa a fuoco delle proposte operative.

A titolo di esempio si possono citare le due definizioni di “rischio” – riportata al comma 2 lettera s) dell'art 2 del D.Lgs. 81/08 – e quella di “esposizione”, che invece non è presente. A nostro parere, per quanto ci riguarda, la definizione di “rischio” non può che essere quella di IUPAC OMS: “*Probabilità o possibilità di accadimento di eventi avversi alla salute umana causati da un fattore in un soggetto o in un gruppo di soggetti in determinate circostanze*”. Allo stesso modo, andrebbe parimenti introdotta l'altra fondamentale definizione mancante, quella di “esposizione” come “*interazione di un particolare fattore (chimico, fisico, biologico) con un sistema (uomo, animale, ambiente), abitualmente espressa in termini numerici di concentrazione, intensità, durata frequenza*” (21).

L'esigenza di chiarezza nella programmazione, gestione e conclusione degli accertamenti sanitari passa poi da una chiara condivisa definizione delle situazioni-condizioni in cui i lavoratori oggetto della misura delle condizioni stesse dovranno essere o sono collocati. Cioè le definizioni di lavoro, mansione, compito, azione del tutto assenti nella attuale formulazione del D.Lgs 81/08. Le condizioni psicofisiche che noi avremo misurato dovranno essere compatibili:

- con un lavoro inteso come prestazione lavorativa (manuale o intellettuale) determinata contrattualmente dalle mansioni a cui si è adibiti;
- con una mansione (cioè con l'insieme dei compiti e delle specifiche attività che il prestatore di lavoro deve eseguire nell'ambito del contratto di lavoro);
- con un compito (inteso come l'insieme di operazioni lavorative finalizzate al raggiungimento di un risultato operativo);
- con un'azione (movimento di uno o più distretti corporei che consentono di compiere un'operazione elementare).

Anche qui, a titolo esemplificativo, una possibile definizione della “mansione specifica” come “*insieme dei compiti e delle specifiche attività svolte dal lavoratore effettuati nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato che espone lo stesso lavoratore a rischi specifici dell'ambiente di lavoro considerato*” potrebbe essere utile allo scopo.

La chiarezza su questi termini favorirebbe, tra l'altro, la corretta interpretazione dell'art. 5 della legge 300 del 1970, da non intendersi di certo, come a noi pare scontato, applicabile alla verifica della idoneità alla mansione (vale forse la pena di ricordare che tale articolo venne emanato

con ben altre finalità e, cioè, di impedire i controlli fiscali espletati dal datore di lavoro sulla causa e sulla durata delle assenze dal lavoro per malattia).

Il MC nel suo specifico intervento dovrà garantire anamnesi e semeiologia mirate ai singoli rischi per cui è stata attivata la sua prestazione, in ciò eventualmente aiutato da strumenti standardizzati (scale, questionari di funzione, indicatori validati di alterazioni precoci etc.) e da accertamenti strumentali di base da acquisire come *expertise* a seconda delle realtà lavorative in cui si opera.

Nel suo iter parametrico il MC può altresì avvalersi di accertamenti laboratoristici, strumentali o clinici che gli consentano una valutazione diagnostica più approfondita. Il ricorso a tali supporti (che, va ricordato, coinvolge anche il datore di lavoro solo in termini di esborso economico) dovrebbe essere garantito da strutture di comprovata qualificazione o da specialisti di altrettanto provata esperienza, con i quali il MC abbia affrontato e definito i ben distinti ambiti dell'approfondimento diagnostico (proprio dello specialista) e della sua interpretazione rispetto alla definizione del livello di compatibilità con il lavoro e le responsabilità proprie del MC.

Si dovrebbe forse avere il coraggio e la capacità di cominciare a porre le basi per poter andare oltre. In qualche modo oltre la rigida concatenazione "dimostrazione del rischio-obbligo della sorveglianza sanitaria" cui legge e prassi finora ci hanno vincolato. L'attuale normativa impone di eseguire la SS solo ogni qualvolta si dimostri un rischio contemplato dalla normativa stessa, anche se si potrebbero menzionare sanzioni comminate a MC per aver eseguito una "sorveglianza indebita" in assenza di rischi riconosciuti e normati. Da tempo, però, si va dimostrando come spesso il rischio – la probabilità, cioè, di un effetto avverso alla salute nei soggetti sottoposti a controllo – possa essere dimostrato proprio grazie alla SS che, d'altra parte, è tradizionalmente considerata quale dimostrazione della corretta effettuazione della valutazione del rischio o meno, nel caso evidenzi effetti avversi sulla salute lavoro correlabili. Dovrà essere definito in modo migliore anche il collegamento della SS propriamente intesa con il tema della promozione della salute nei luoghi di lavoro, già richiamata in precedenza, prevista anche nell'art. 25 del D.Lgs. tra le facoltà del MC nonché oggetto di specifiche linee guida da parte di SIMLII (22).

Dall' idoneità alla compatibilità uomo lavoro - lavoro uomo

Già nel 2006 lo stesso Soleo et al (23) enucleavano dalle LG citate e approfondivano l'aspetto dell' idoneità al lavoro, in particolare gli aspetti medico legali (idoneità vs capacità e abilità), la necessità di considerare nella formulazione dei giudizi le caratteristiche di ambiente e tipo di lavoro, le difficoltà nella individuazione del significato delle diverse tipologie di giudizio richieste al MC, l'importanza della tutela della dignità e della libertà del lavoratore.

Nel corso degli anni risultano vari tentativi di definire la "capacità di lavoro" come evoluzione della capacità biologica (24): ponendo su scala ideale i concetti riferibili all'attività lavorativa, nel primo gradino trova colloca-

zione il concetto di validità, nel senso di integrità biologica a prescindere dallo svolgimento di qualunque attività; nel gradino superiore si colloca l' idoneità, vale a dire la validità e l'attitudine a svolgere una determinata attività lavorativa connotata da rischi specifici; è proprio a questo livello che si inserisce la correlazione con la attività lavorativa e pertanto la valutazione della idoneità non può prescindere dalla tipologia lavorativa da svolgere; infine al livello superiore il concetto di capacità al lavoro, che consta di un presupposto biologico (requisito della validità psicofisica), di una componente culturale (preparazione tecnica professionale) e di una componente attitudinale (inclinazione naturale ad affrontare una determinata attività lavorativa).

A ben vedere il giudizio di idoneità lavorativa alla "mansione" compare già nel DPR 19 marzo 1956 n. 303 (Norme generali per l'igiene del lavoro), all'articolo 33: "*Nelle lavorazioni industriali che espongono alla azione di sostanze tossiche o infettanti o che risultino comunque nocive (...) i lavoratori devono essere visitati da un medico competente: prima della loro ammissione al lavoro per constatare se essi abbiano i requisiti di idoneità al lavoro al quale sono destinati*". Tuttavia, nella lettera b dello stesso articolo scompare il richiamo all' idoneità (il lavoratore sia sottoposto "*successivamente nei periodi indicati nella tabella, per constatare il loro stato di salute*"). Il D.Lgs. 626/94 prevedeva, successivamente, l' idoneità al lavoro non più genericamente intesa, bensì come "idoneità alla mansione specifica", come detto in precedenza, senza peraltro definirla.

I D.Lgs. 81/2008 e 106/09 hanno ripreso ed esteso questa impostazione, con l'obiettivo di proteggere la salute del lavoratore:

- da fattori di rischio presenti nel luogo di lavoro in grado di danneggiare la salute dei lavoratori;
- in caso di proprie condizioni di ipersuscettibilità;
- in presenza di patologie che possano impedirgli di svolgere una certa attività o che possano aggravarsi se il lavoratore svolge una certa attività.

Il risultato di tali "azioni" sono i diversi ben noti giudizi di idoneità (piena, con limitazioni, con prescrizioni) o di inidoneità (in tutti i casi di natura temporanea o permanente).

Peraltro, le Direttive europee non parlano mai di giudizio di idoneità del lavoratore. La Direttiva 89/391/CEE all'art. 6, par. 2, lettera d recita infatti che il datore di lavoro ha l'obbligo di "*adeguare il lavoro all'uomo*, e non viceversa. In carenza di una precisa definizione di "idoneità" e di "mansione specifica" si resta come sospesi tra capacità a svolgere una determinata mansione (lavoro? compito?) e abilità a farlo (si veda appendice sulle definizioni). Qualsiasi modello metodologico operativo, per la formulazione di tale giudizio, deve comunque articolarsi attraverso le seguenti fasi:

1. valutazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro;
2. valutazione del lavoratore;
3. valutazione della possibile interazione;
4. formulazione del giudizio sulla compatibilità;
5. scelta dei provvedimenti e/o degli interventi da adottare.

Il giudizio quindi discende da adeguate conoscenze di due principali aree/fasi conoscitive e da un successivo processo logico-valutativo. La prima comprende l'analisi del lavoro, e la misura dei rischi. La seconda la misura delle condizioni psicofisiche dei lavoratori. Dal successivo processo logico-valutativo (parte essenziale della gestione del rischio) discende la definizione del grado di compatibilità di volta in volta raggiungibile.

Il MC dovrebbe essere il vero e proprio cardine aziendale del *fit for work*. Le aziende dovrebbero muoversi in questa direzione e riuscire a mettere in atto modalità operative e organizzative anche per questo fine. La procedura indicata richiede un'ottima preparazione clinica e specifiche competenze in discipline specialistiche, quali l'igiene del lavoro, la tecnologia industriale, l'ergonomia, la tossicologia, l'epidemiologia, la psicologia del lavoro, mentre la sua complessità e difficoltà deriva dall'ampia variabilità dei due termini. Basti pensare, per l'uomo, alla variabilità esistente fra individuo e individuo e nello stesso individuo, col trascorrere del tempo, ai differenti aspetti anatomico-funzionali, clinici, psicologici, socio-economici o anche alle diversità delle più comuni abitudini voluttuarie; per l'ambiente, alle variazioni delle strutture, degli impianti, dei macchinari, dei cicli tecnologici, delle sostanze utilizzate, dell'organizzazione del lavoro.

Considerando che il giudizio debba essere rivolto alla compatibilità fra le condizioni di salute e la mansione specifica, tale compatibilità non può che scaturire anche dalla valutazione di alcuni determinanti di rischio presenti nella mansione in grado di alterare in qualche modo lo stato di salute e che possono essere modificati. Ottimale risulta poter collocare il lavoratore in un contesto in cui le sue limitazioni/prescrizioni all'idoneità non si traducono nell'astensione dalle attività più sovraccaricanti, bensì nell'inserimento in ambienti dove il complesso delle attività stesse sia adeguato alle sue caratteristiche eventualmente anche attraverso modifiche/adeguamenti delle postazioni di lavoro e dell'organizzazione del lavoro stesso. Questa modalità operativa si traduce non solo in un maggiore benessere fisico e psicologico del lavoratore in questione, ma permette anche di evitare quanto più possibile che altri lavoratori vengano sovraccaricati delle sole mansioni più a rischio.

Quando ciò non risulti possibile, il giudizio di idoneità alla mansione specifica viene in parte sostituito da un giudizio di compatibilità sulle modalità proprie di svolgimento della mansione, predisposto elencando le attività ammesse o – nella maggioranza dei casi – escludendo compiti o attività che potrebbero essere in conflitto con le condizioni di salute del lavoratore, sulla base delle osservazioni del MC. Il datore di lavoro sottopone, quindi, al MC il nuovo “piano di lavoro” in questione affinché ne valuti i contenuti – anche, se necessario, con sopralluoghi e colloqui in reparto – e ne stabilisca la compatibilità con lo stato di salute e le condizioni di suscettibilità del lavoratore. Il MC esprimerà, infine, il suo giudizio di idoneità indicando formalmente la compatibilità del piano di lavoro specificamente predisposto.

La valutazione della compatibilità dovrebbe essere sempre preventiva (garantire l'integrità psicofisica del la-

voratore in quella determinata mansione), individuale (valida solo per quell'individuo, anche se può fornire utili indicazioni pure per il gruppo omogeneo), probabilistico (in crescendo tanto più ci avviciniamo alle alterazioni dello stato di salute del lavoratore permanenti/invalidanti) e temporale (valida per il tempo che intercorre fra due controlli e non, salvo rare eccezioni, compatibilità o incompatibilità permanente irreversibile).

Alcuni spunti per una sintesi conclusiva

1 - Il compito di una Società Scientifica deve essere focalizzato sulla definizione di obiettivi, contenuti, strumenti – compresi quelli delle relazioni con altre figure tecniche della tecnologia e dell'organizzazione del lavoro, della prevenzione, della diagnostica integrativa – consapevoli che anche alcune delle più tradizionali nostre “azioni” (quando non dimostrabili come “evidence based”, ma empiriche), dovranno essere abbandonate. Se si dimostrasse che ciò che stiamo facendo è privo di giustificazione e di evidenza scientifica, sarebbero altri a condizionare le norme che regolano il nostro agire. Dobbiamo essere noi i protagonisti più efficaci (ed auspicabilmente ascoltati) dell'avvio del dibattito e delle proposte in grado di delineare un nuovo quadro di riferimento entro cui la nostra Disciplina dovrà e potrà muoversi. Non mancano di certo già oggi profonde e sostenibili argomentazioni che dimostrano valore e necessità della nostra presenza e azione in ogni luogo di lavoro. Non dimentichiamo che l'ILO già nel 1998 definiva la SS come: *“la raccolta sistematica, l'analisi, l'interpretazione e la divulgazione dei dati riguardanti lo stato di salute dei lavoratori con lo scopo di proporre interventi di prevenzione. La sorveglianza è essenziale per la progettazione, l'attuazione e la valutazione dei programmi finalizzati alla tutela della salute occupazionale, alla prevenzione delle malattie professionali, delle malattie correlate al lavoro e degli infortuni e alla promozione della salute dei lavoratori. La sorveglianza della salute occupazionale comprende la sorveglianza della salute dei lavoratori e la sorveglianza dall'ambiente di lavoro”* (25).

2 - La Direttiva 89/391/CEE è stata promulgata da oltre 25 anni; appare opportuno, anche ai fini del nostro orientamento, verificare come la SS sia stata adottata nei diversi stati dell'Unione Europea. Vale solo la pena di ricordare che i risultati della valutazione sul campo già citata, mostrano che lo stesso concetto di SS varia tra le diverse realtà, nonostante derivi da un medesimo dispositivo di legge, risentendo naturalmente delle previgenti normative e del quadro giuridico del Paese in cui sono state recepite le direttive. È interessante notare che le visioni sono diverse anche tra Paesi che hanno dichiarato di aver adottato la Direttiva quadro senza alcuna modifica. Alcuni stati vedono la SS come attività espressamente indirizzata alla tutela dei lavoratori da specifici rischi professionali ai quali sono esposti mentre altri, invece, la indirizzano alla tutela della salute dei lavoratori nel suo complesso, includendo anche attività di promozione della salute. Il datore

di lavoro deve, in tutte le realtà nazionali esaminate, garantire la SS, ma in alcune di queste la partecipazione è obbligatoria, mentre in altre è su base volontaria. La SS può essere erogata da un Medico del Lavoro, ma sono possibili altri operatori sanitari, tra i quali i medici di medicina generale. Nella maggioranza dei casi, il medico è nominato dal datore di lavoro, con il rischio che tale condizione ne comprometta l'indipendenza; può essere un libero professionista, ma anche un dipendente dei vari Servizi Sanitari Nazionali – laddove esistenti – o di centri privati.

In base alle informazioni sin qui raccolte, possiamo sostenere che, sebbene la Direttiva 89/391/CEE sia stata adottata in quasi tutti i paesi dell'UE, vi sono molteplici differenze nell'applicazione che meritano di essere valutate, con l'obiettivo di avanzare proposte tese ad armonizzare l'approccio a livello europeo attraverso la generalizzazione delle esperienze più innovative.

3 - La SS è parte integrante del “sistema di prevenzione aziendale” e, quindi, sotto questo aspetto anche l'efficacia dell'azione del MC è condizionata e dipendente dall'efficacia del sistema nel suo insieme. In questo senso, deve essere finalizzata anche alla tutela della sicurezza e non solo della salute del lavoratore, come dice il D.Lgs 81/08. Il rischio infortunistico va considerato alla pari dei rischi per la salute e il MC ha il compito di considerare tale rischio nella programmazione degli accertamenti sanitari. È il motivo per il quale effettuiamo accertamenti finalizzati ai disturbi dell'equilibrio in un edile o controlliamo il visus a un autista (la guida non fa diventare ciechi!), con conseguenze facilmente prevedibili anche sugli accertamenti sanitari integrativi. Fondamentale appare il ruolo “epidemiologico” dei dati derivanti dall'attività di SS. Tale ruolo assumerebbe una valenza in termini di *feedback* sulla qualità del *risk assessment* e contribuirebbe a dare ulteriore peso al ruolo del “MC”-“Medico Occupazionale” nella obbligatoria collaborazione alla valutazione del rischio.

4 - Se uno degli obiettivi principali della SS è rendere compatibile lo stato di salute (benessere, in realtà) con una determinata mansione specifica (compito o più compiti insiti nel lavoro svolto) sono necessarie conoscenze adeguate su ambedue le aree, evitando che ciò che si richiede di fare sia in realtà oggetto di ricerca di una sorta di “consenso mediato”.

La seconda linea lungo cui muoverci per la formulazione dei giudizi di compatibilità con il lavoro dovrebbe essere rappresentata dalle buone pratiche, cioè delle evidenze di una sorveglianza aderente a riconosciuti e accreditati strumenti di orientamento, aggiornamento e qualificazione (LG, CD, PP); dall'interazione e integrazione con i risultati di azioni (altrettanto da qualificare) di altre funzioni preventive e gestionali aziendali. Rilasciare un giudizio di non compatibilità o di sue limitazioni, nella maggioranza dei casi, equivale a una dichiarazione di invalidità. Tutti sappiamo che l'atteso del lavoratore non è univoco, anzi che è come sospeso tra il desiderio di mantenere un determinato ruolo o permanere in un determinato contesto o abban-

darli completamente senza apparenti problemi a condizione di vedersi garantito un adeguato reddito.

5 - Il vincolo della qualità: la ricerca e la dimostrazione della validità (evidenza di efficacia) degli interventi in Medicina del Lavoro – e nella SS nello specifico – è un tema di grande attualità e idealmente parte dalla dimostrazione del ruolo della Medicina del Lavoro nei sistemi qualità e di quello dalla promozione della qualità in Medicina del Lavoro. In tempi di risorse limitate è importante dimostrare a chi finanzia i servizi la capacità di raggiungere l'obiettivo finale, nel nostro caso quello di diminuire l'insorgenza di malattie dovute al lavoro e di migliorare le capacità di lavoro coniugando tutela del benessere e produttività.

Gli aspetti che trattando di SS non possono non essere ribaditi, per evitare che si affermi la convinzione di una sopravvalutazione degli interventi preventivi sono quelli dell'evidenza scientifica e dell'efficacia degli interventi che si propongono.

L'efficacia indica il rapporto tra risultati ed obiettivi: essa è stata anche definita come “fare le cose giuste”, possibilmente bene. Nel caso della Medicina del Lavoro ne sono esempi la riduzione (azzeramento o riduzione il più possibile) di malattie o infortuni, la riduzione delle assenze dal lavoro, la riduzione dei soggetti non idonei alla mansione specifica, il reinserimento lavorativo e il grado di soddisfazione per il lavoro svolto.

Viene infine sottolineata l'insufficienza delle ricerche in campo della valutazione dell'efficacia e del rapporto costo-efficacia.

6 - Vige, d'altra parte, l'obbligo anche per il Datore di lavoro di trovare una sistemazione – anche con demansionamento – del lavoratore non idoneo e non ricollocabile nella precedente mansione, che ha un limite in un chiaro “ove possibile” (con scontato obbligo di dimostrazione). Purtroppo l'età e l'anzianità lavorativa spesso avanzata fanno scattare meccanismi che tendono ad aggravare il fenomeno. Non eludibile appare quindi la previsione di rapporti con gli enti previdenziali (INPS, INAIL) con i quali concordare tavoli condivisi per la gestione dei casi per i quali la sola azione aziendale appare destinata a non essere risolutiva. Nel rapporto con INAIL andrà ad esempio affrontato il tema della reiterazione di giudizi di limitazioni all'idoneità anche pesanti per anni. In alcuni casi appare difficilmente eludibile l'avvio della pratica della malattia lavoro-correlata, pur con tutti i ben noti limiti dell'esito dell'iter di riconoscimento e dell'entità economica dello stesso.

7 - Oggi è molto facile attaccare il lavoro del MC considerato la causa delle inidoneità, disattento alle conseguenze, responsabile di licenziamenti etc. perché il dibattito si è concentrato sulla “espressione” del giudizio di idoneità e non sulla sua gestione (26). Infatti la gestione del giudizio rimane in carico principalmente al datore di lavoro (o meglio al responsabile del personale) e ad altre figure come RSPP, RLS, sindacati oltre che al MC. Il datore di lavoro dovrebbe, sulla base delle limitazioni del

MC, presentare una proposta di collocazione o un “piano di lavoro” per il lavoratore “limitato” per il quale poi il MC possa rivalutare il giudizio esprimendosi anche sulla compatibilità, cercando di evitare quanto più possibile che altri lavoratori vengano sovraccaricati delle sole mansioni più a rischio. Quello che andrebbe ridefinito (nostro compito) è il percorso metodologico che il MC dovrebbe seguire in questi casi e sollecitare che lo stesso facciano le altre figure della prevenzione aziendale che, probabilmente, (più dei MC) hanno necessità di essere formate. La nostra messa a punto concettuale sarebbe certamente utile in pratica se pensiamo che abbia (anche) l’obiettivo di formulare proposte innovative al Legislatore (ci chiediamo, comunque, viste le sia pur poche esperienze già maturate in merito, con quali probabilità di successo, e, in caso affermativo, con quali tempistiche). In caso contrario potrebbe rischiare di esaurirsi in un esercizio teorico che potrebbe incontrare resistenze o addirittura non avere un seguito sul piano operativo.

Bibliografia

- 1) La qualità del lavoro del Medico Competente. G Ital Med Lav Erg 2012; 34:3 Suppl 457-475
- 2) Linee Guida per la SS. L Soleo (coord.), C Romano, G Abbritti, GB Bartolucci, A Basso, A Bergamaschi, PA Bertazzi, P Bianco, M Bovenzi, M Coggiola, I Cortesi, A Cristaudo, A Gelormini, GM Giachino, MR Gigante, MT Iacovone, M Imbriani, A Magrini, G Mosconi, N Murgia, A Mutti, C Negro, E Pira, L Riboldi, B Saia, P Apostoli. 2004.
- 3) Decreto Legislativo 19 settembre 1994, n. 626 e Decreto Legislativo 1996, n. 242.
- 4) Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e Decreto legislativo 3 agosto 2009, n. 106.
- 5) Serra C, Rodriguez MC, Delclos GL, Plana M, Gómez López LI, Benavides FG. Criteria and methods used for the assessment of fitness for work: a systematic review. *Occup Environ Med* 2007 May; 64(5): 304-12.
- 6) Craner J. *Medical surveillance. Current occupational & environmental medicine* 5th edition. 2014.
- 7) Il Medico Competente: normativa, ruolo, prospettive. G Ital Med Lav Erg 2013; 35:4 Suppl 22-24.
- 8) Medico competente parte I e II - La medicina occupazionale in Italia, il cambiamento inevitabile. G Ital Med Lav Erg 2014; 36:4 Suppl 19-23.
- 9) Giornata nazionale della Medicina del Lavoro “Duilio Casula” - Ottobre 2013. Relazione del presidente SIMLII al Senato della Repubblica. <http://www.simlii.it/assets/pdf/giornata%20Casula%202013.pdf>
- 10) F Violante Audizione della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII) sullo schema di decreto legislativo recante disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità. Roma, 7.7.2015. <http://www.simlii.it/assets/pdf/Audizione%207-7-15.pdf>
- 11) SIMLII - Lettera di proposta di inserimento nel nuovo codice etico medico. <http://www.simlii.it/assets/pdf/lettera%20Fnomceo-Bianco.pdf>
- 12) Direttiva del Consiglio del 12 giugno 1989 concernente l’attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro (89/391/CEE).
- 13) Pianosi G. La SS dei lavoratori: difesa della salute dei lavoratori o medicina difensiva? Atti del Convegno Nazionale SNOP “I Servizi di prevenzione: quale futuro” Bologna novembre 2012.
- 14) Decreto 19 Marzo 1956 N° 303. Norme per l’igiene del Lavoro
- 15) Legge N° 300 del 19 maggio 1970.
- 16) M. Valsecchi. Prevenzione basata su prove di efficacia. Congresso nazionale della società Italiana di Igiene. Milano, 1999.
- 17) M. Valsecchi. EBP e sanità pubblica. Seminario Regionale “Evidence Based Prevention e Dipartimenti di Prevenzione. 2002.
- 18) Dichiarazione di Consenso “Napoli 2016” approvata alla III Convention Nazionale dei Medici Competenti - Napoli: centro congressi Federico II, 8-9 aprile 2016 - http://www.simlii.it/assets/pdf/DichiarazioneConvention%20Napoli_definitiva.pdf
- 19) Costituzione della Repubblica Italiana - Gazzetta Ufficiale del 27 dicembre 1947, n. 298.
- 20) Deidda B. Compiti e responsabilità del medico competente. G Ital Med Lav Erg 2010; 32:4 Suppl 316-319.
- 21) WHO - IUPAC. Risk Assessment Terminology. *Chemistry International*. 2001.
- 22) SIMLII - Technical assessment. Promozione della salute nei luoghi di lavoro. P Sartorelli (coordinatore) Baccolo T, Baldasseroni A, Dell’Omo M, Ferrario M, Franco G, Giacchi M, Mosconi G, Magrini A, Manno M, Montomoli L, Pilato V, Paolucci V, Ramistella E, Roscelli F, Seghizzi P, Todaro A, Vigna L. 2011.
- 23) Soleo L, Romano C, Apostoli P. Fitness for work: the SIMLII Health Surveillance Guidelines. *Med Lav* 2006 May-Jun; 97(3): 491-500.
- 24) Linares R, Mortara V. Abilità, idoneità, capacità, validità: problematiche dell’inserimento, riammissione e reinserimento al lavoro. Atti VII Convegno Nazionale di Medicina Legale Previdenziale, 2008.
- 25) International Labour Office: Technical and ethical guidelines for worker’s health surveillance. *Occupational safety and Health Series* No. 72. Geneva, ILO, 1998.
- 26) Le inidoneità e le limitazioni lavorative del personale SSN - dimensioni del fenomeno e proposte. Atti del convegno tenuto presso Università Bocconi. Dicembre 2015.

Corrispondenza: Prof Pietro Apostoli, Dipartimento Specialità medico-chirurgiche, scienze radiologiche e sanità pubblica, Servizio di Medicina del lavoro, P.le Spedali Civili 1, 25123 Brescia, Italy