

“La Relazione annuale” sui risultati della sorveglianza sanitaria (art 25 D.lgs n.81/08) ed i dati di cui all’allegato 3 b (art. 40 D.Lgs b.81/08) come utilizzarli per verificare lo stato di salute dei lavoratori?

La lettura della seconda relazione intermedia da parte della *“Commissione parlamentare monocamerale d’inchiesta del Senato sul fenomeno degli infortuni sul lavoro con particolare riguardo alle cosiddette «morti bianche»* del 23 novembre 2010, reperibile in rete¹ ci consente di tornare a dissertare su alcuni punti importati sul tema prevenzione affrontati anche in precedenza.

Dapprima è doveroso segnalare che l’impegno, lodevole, della Commissione, travalica oramai il contenuto previsto dal titolo stesso in considerazione che la stessa si occupa, riteniamo a pieno titolo, non solo del *“fenomeno infortuni e delle morte bianche”* ma, a tutto tondo, della problematica relativa alla sicurezza e alla salute sui luoghi di lavoro.

Come dimostra la lettura dei documenti emessi, e dai resoconti stenografici delle varie audizioni che hanno riguardato i più svariati interlocutori istituzionali e non nella materia, il contributo dato alla conoscenza del fenomeno è vastissimo ed il mantenere la stessa titolazione è, a nostro avviso, legata al fatto di volere proseguire, nello spirito di continuità, con quanto fatto in precedenza dalla stessa Commissione, che ricordiamo fu istituita nel 2005 e da allora sempre presieduta dallo stesso Presidente; l’impegno della Commissione in tal senso non può che essere apprezzato.

Già in una precedente pubblicazione *“Valutazione del rischio e sorveglianza sanitaria nel nuovo testo unico sulla sicurezza: un’occasione persa”* comparso nell’aprile 2008 (A. Ossicini A. Miccio)² avevamo commentato e sottolineato, a fronte di una posizione non condivisibile del legislatore (D.Lgs81/2008) in merito alla non attuazione di procedure opportune per la valutazione del DVR, la corretta posizione espressa dalla Commissione.

Tale posizione, evidenziata in maniera chiara nella relazione finale della Commissione nel marzo 2008, non venne tenuta in conto dal legislatore nel formulare l’art. 29 1° c. D.Lgs 812/2008, uscito nell’aprile di quell’anno, e di ciò ci rammaricammo.

Questa nostra ferma presa di posizione di dissenso era stata poi ribadita, personalmente, in un audizione riservata alle associazioni che si interessavano della specifica materia, proprio presso la predetta Commissione, un anno dopo (marzo 2008- marzo 2009), in cui uno degli autori del citato articolo² vi aveva partecipato in qualità di membro della SIMLII (Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale).

¹ <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer?tipo=BGT&id=512626>

² <http://www.medicocompetente.it/mese/86/VALUTAZIONE-DEL-RISCHIO-E-SORVEGLIANZA-SANITARIA-NEL.htm>

Il resoconto stenografico dell'intera seduta - 3/3/09 - è facilmente reperibile nel sito del Senato³ qui riportiamo la parte che interessa

OSSICINI. *“Signor Presidente, mi preme sottolineare che questa Commissione in passato ha predisposto un importantissimo documento in cui era contenuto un principio basilare e cioè` che il medico competente deve partecipare alla stesura del documento di valutazione dei rischi fin dall’inizio. Un principio che noi medici del lavoro abbiamo sposato integralmente.*

Purtroppo, il decreto legislativo n. 81 prevede la partecipazione del medico competente ai soli fini della sorveglianza sanitaria e ciò rappresenta un controsenso visto che non si conosce chi si deve visitare, ne´ si sa quali siano i rischi. Questo e` il problema. Lei sta giustamente chiedendo a noi delle soluzioni. Ma voi avevate già individuato una soluzione perfetta che tuttavia non e` stata attuata.”

PRESIDENTE TOFANI. *“Non sempre quello che si propone viene accolto”*

OSSICINI. *“Lo so bene. Ma ribadisco che una delle soluzioni principali per prevenire certi fenomeni e` che il medico competente venga coinvolto fin dalla fase iniziale della stesura del documento di valutazione dei rischi, anche se poi magari il MC non servirà perchè non sarà necessaria la sorveglianza sanitaria. Questo è fondamentale, ed il percorso indicato in quel documento e` perfetto! Questo è il principio basilare attraverso cui, secondo noi, si possono rendere più efficaci la sorveglianza sanitaria e la prevenzione.”*

Il legislatore, anche con le disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, con D.lgs 106/2009 non tenne conto di ciò riformulando solo parzialmente l’art. 29 e quindi rimane tuttora valida la domanda fatta allora, rimasta senza riposta : *“Ci si domanda come è possibile una reale collaborazione del medico competente, come richiesta a gran voce dalla Commissione, alla stesura del documento di valutazione dei rischi, se lo stesso può parteciparvi solo per le situazioni che necessitano di sorveglianza sanitaria; come possono essere decisi a priori i soggetti da sottoporre a sorveglianza sanitaria in mancanza di un documento di valutazione dei rischi”.*

Purtroppo né nella prima relazione intermedia - ottobre 2009 - né in quella attuale, seconda intermedia - novembre 2010- la Commissione è tornata in concreto sul mancato vero coinvolgimento del Medico Competente per la stesura del DVR.

Bisogna però dare atto, alla stessa Commissione che, a pag. 37 della relazione di ottobre 2009, ribadiva questa posizione di contrarietà espressa laddove si ritrova *“il Testo unico, infatti, non prevede la partecipazione diretta del medico competente alla stesura del documento di valutazione dei rischi e ciò, a giudizio della SIMLII, rappresenta una notevole limitazione al contributo che i medici del lavoro possono offrire in questo campo.”*

³ <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/211123.pdf>

Ciò detto vogliamo, ora, affrontare la problematica dell'Allegato 3b previsto dall'art.40. come articolato nel documento intermedio della Commissione del novembre 2010.

Come è noto su tale argomento e sulla validità della "compilazione" vi è stata e vi è una discussione serrata tra i numerosi interelocutori, istituzionali e non, con prese di posizione che spaziano da chi sostiene la completa validità di detto strumento, a chi lo ritiene del tutto inutile, passando ovviamente per strade intermedie.

In rete, sui i diversi siti delle associazioni (S.I.M.L.I.I., A.N.M.A. Co.Na.M.eCo.) cui fanno riferimento i medici del lavoro che svolgono attività di medico competente, e su un questo stesso sito che ci ospita - titolato proprio "Il Medico Competente" - è possibile rendersi conto di come tale tematica sia particolarmente sentita.

Ebbene su tale questione ci si era espressi, all'indomani della lettura di un importante pubblicazione - dopo che era passata la scadenza prevista dall'art.40. 2°c bis che declinava *"Entro il 31.12.2009 con Decreto del Ministero...previa intesa...sono definiti, secondo criteri di semplicità e certezza. I contenuti dell'allegato 3 A e 3 B..."* - svolta da un Gruppo di lavoro di professionisti che facevano riferimento al Coordinamento delle Regioni.

La pubblicazione, comparsa sulla prestigiosa rivista "La Medicina del Lavoro" 2010 Vol.101,n.4 dal titolo " *"I dati sanitari aggregati e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria. Risultati preliminari dello studio pilota nazionale sulle comunicazioni ex. art40 D.Lgs 81/08"* veniva analizzata con un contributo dal titolo *"Lo stato di salute dei lavoratori e il giudizio di idoneità: quale correlazione deriva dall'allegato 3b?"*(A.Ossicini)⁴

In detto articolo veniva criticato il fatto che non sembrava realmente possibile che da detta raccolta dati potessero essere veramente desunte *"le condizioni di salute dei lavoratori in relazione ai rischi professionali"* specificando – concretamente - i motivi per cui si sosteneva un dissenso che, allo stato, non possiamo che confermare integralmente in carenza di un "format" diverso.

La lettura del passo della relazione della Commissione - nello specifico punto 4.2.3 pag.92 - titolata **"Le relazioni sanitarie dei medici competenti"** dedicata proprio all'allegato 3 b inizia così *"L'audizione del Coordinamento delle Regioni ha ben illustrato le novità` introdotte dal decreto legislativo n. 81 del 2008 in materia di raccolta di dati relativi allo stato di salute dei lavoratori, dati conseguenti alla sorveglianza sanitaria operata dai medici competenti nelle imprese; ha, inoltre, evidenziato le potenzialità` contenute nelle relazioni sanitarie per una mappatura territoriale, regionale, nazionale delle esposizioni professionali, dei disturbi e delle patologie sofferti dai*

⁴<http://www.medicocompetente.it/mese/109/Lo-stato-di-salute-dei-lavoratori-e-il-giudizio-di.htm>

lavoratori.” dimostra che ci si è limitati e, forse, non si poteva fare diversamente, a riportare le risultanze dello studio pilota in precedenza commentato.

Se non eravamo d'accordo sulla validità dei contenuti del *format* dell'allegato 3b, non può ora soddisfarci, né possiamo condividere, queste semplice presa d'atto della Commissione.

Tanto eravamo assonanti con le conclusioni della Commissione sul DVR del marzo 2008 tanto siamo, ora, dissonanti sulle questa fattispecie (Allegato 3 B).

Nella relazione si afferma - dopo aver fatto una cronistoria di quanto esperito negli ultimi due anni da parte dei soggetti istituzionali - che *“All'interno di tale percorso è stata prevista anche la consultazione delle associazioni dei medici competenti più rappresentative su territorio nazionale, nella convinzione dell'importanza del coinvolgimento dei professionisti interessati nella condivisione delle scelte da operare su tale tematica”* ma non ci si domanda se poi effettivamente questa “condivisione” prevista sia stata attuata dal “gruppo tecnico delle regioni sull'art. 40” nel riformulare le modifiche.

La considerazione *“L'esperienza realizzata.....ha confermato che il flusso informativo previsto dall'articolo 40 rappresenta un fondamentale strumento per acquisire informazioni sullo stato di salute della popolazione lavorativa in relazione ai rischi professionali, in forma precoce rispetto alla lettura tardiva dei danni (malattie da lavoro) dagli stessi provocati.”* a nostro avviso ci appare asserzione assai azzardata e che merita di essere analizzata in maniera seria in quanto va addirittura ben oltre gli auspici degli stessi estensori.

Casa vuol dire *“Acquisire informazioni sullo stato di salute della popolazione lavorativa in relazione ai rischi professionale?”*

Cosa vuol dire che in base a questi dati si possono avere informazioni”.. *in forma precoce rispetto alla lettura tardiva dei danni (malattie da lavoro) dagli stessi provocati?”.*

Se si afferma che alla fine si potranno ricavare dei dati validi *“sullo stato di salute...in relazione ai rischi professionali”* su cui poi predisporre iniziative per migliorare le condizioni dei lavoratori e di una migliore pianificazione delle attività di prevenzione ci si sarebbe dovuti aspettare di trovare, in qualche forma, quei dati su cui poi operare.

In realtà da una parte vi è un elenco del numero dei soggetti/lavoratori, divisi per genere, esposti ad un determinato rischio (chimico, fisico, biologico etc..) dall'altra un elenco, anche questo diviso per genere, diviso per idoneità, idoneità parziale e non idoneità - senza sapere a che tipo di idoneità/non idoneità ci si riferisca, ne la mansione/rischio.

Non è conoscibile qual è il motivo “clinico” dell'eventuale non idoneità ed in aggiunta la idoneità/non idoneità, è noto, è in relazione alla mansione e non certamente al rischio!

Dall'altra, ancora, semplicemente il numero del M.P. segnalate dal M.C. - dato che peraltro dovrebbe essere già noto in altra banca dati in considerazione delle previsioni di cui all'art.10 del D.lgs 38/2000 dato di cui la Commissione è a conoscenza sin dalla relazione del 2005 in cui si auspica un "miglioramento" della raccolta dati!

Non si comprende assolutamente come potere intersecare queste informazioni per poter ricollegare "lo stato di salute al rischio"; se qualcuno ce lo spiegasse, e ci chiarisse come ciò possa essere possibile, non avremmo difficoltà a fare pubblicamente ammenda di queste nostre critiche considerazioni.

Questa grave discrepanza, peraltro, era già stata segnalata⁴ durante l'evoluzione in sede "istituzionale" dell'elaborazione del progetto tanto che si era affermato *"...in una bozza recentissima circolata, era stato previsto di inserire nella griglia "Esposizione a rischi lavorativi dei lavoratori" sia il numero dei lavoratori soggetti a sorveglianza per ciascun rischio, che i lavoratori con idoneità parziali e inidoneità alla mansione specifica, relativamente a ciascun rischio, che forse qualche dato più interessante avrebbero potuto dare ma, per quanto dato da sapere, queste due "fincature" sono state ritenute non necessarie!"*.

Non sappiamo ancora come, quando, ed a questo punto se, uscirà questo prodotto; nell'ottobre scorso sembrava imminente, siamo ormai a febbraio e pare che anche per quest'anno, a meno di improvvisa (oseremmo dire improvvida) pubblicazione questo compito non debba essere svolto, ma non possiamo non sottolineare che questo "flusso informativo" che viene definito da diversi interlocutori **"un fondamentale strumento per acquisire informazioni sullo stato di salute della popolazione lavorativa"** a distanza di cos' tanto tempo non abbia trovato ancora la sua corretta applicazione.

Ci si augura, ma temiamo sia solo un nostro auspicio, che questo ritardo sia dovuto a qualche ripensamento sulla vera validità di come è stato "costruito" questo strumento e sia venuta meno la necessità di emanarlo e che, soprattutto si stia lavorando per migliorarlo e renderlo fruibile in maniera concreta.

Ribadiamo che quello che conosciamo non è in grado di soddisfare le giuste esigenze prospettate e, come a suo tempo fatto presente⁴ *"...per avere i dati spendibili, se si voleva perseguire una strada corretta, era necessario essere più precisi; questa estrema semplificazione rende del tutto inutile il lavoro..."* i e questo in risposta al disposto normativo che indicava che l'allegato doveva essere definito *"secondo criteri di semplicità e certezza"* mentre, è noto, la semplicità ha poche affinità con la "completezza" necessaria nel campo della conoscenza di un fenomeno.

Si comprende il malumore dei Medici Competenti costretti fare un lavoro semplicemente burocratico quale è quello di compilare le predette "caselle" che potrebbero essere compilate

direttamente dal Datore di lavoro - sicuramente in possesso degli stessi dati- e con altri dati già presenti in altre banche, mancata compilazione che, addirittura, viene sanzionata con pena pecuniaria tra 1.000 e fino a 4.000 € sostanzialmente analoga a quello del Datore di Lavoro - 1.000 a 4.500 € - che omette di *“..vigilare affinché i lavoratori per i quali vige l’obbligo di sorveglianza sanitaria non siano adibiti alla mansione lavorativa specifica senza il prescritto giudizio di idoneità”* (art. 18 1° c., lett. bb), omissioni che non ci appaiono della stessa valenza.

Condividiamo l’auspicio finale della Commissione laddove afferma *“Affinché questo strumento non sia vissuto dai medici competenti come un mero obbligo aggiuntivo, il Coordinamento delle Regioni suggerisce che gli operatori dei Servizi PSAL delle ASL e i medici competenti (nel rispetto delle funzioni e delle prerogative di ciascuno) debbano ricercare tutte le occasioni per facilitare un proficuo confronto, anche individuando, ove possibile, margini di collaborazione nell’ambito di piani mirati di intervento finalizzati alla definizione di più efficaci azioni di prevenzione”* e lo facciamo nostro.

Approfittiamo di un “lapsus calami” della Commissione laddove titola il paragrafo dedicato all’art. 40 *“Le relazioni sanitarie dei medici competenti”* , che a nostro avviso è più in riferimento all’art. 25, 1° c. lett. i (obblighi del medico competente) *“..comunica per iscritto in occasione delle riunioni annuali di cui all’art. 35, al datore di lavoro, al responsabile del servizio di prevenzione e protezione dai rischi, ai rappresentanti dei lavoratori di sicurezza, i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria effettuata e fornisce indicazioni sul significato di detti risultati ai fini dell’attuazione delle misure per la tutela della salute e delle integrità psico-fisica dei lavoratori”*, che all’art. 40 il quale riguarda invece *“Rapporti del medico competente con il Servizio sanitario nazionale”* per suggerire un percorso sicuramente più efficace.

Si faccia un salto di qualità, si abbandoni l’allegato 3 b (o lo si lasci compilare l’allegato 3b al D.L. in considerazione che è già in possesso degli stessi dati) e si chieda una reale e fattiva collaborazione ai medici competenti sul piano veramente “sanitario”, con progetti mirati di ampio respiro, come quello di rendere utilizzabile anche al SSN la relazione sanitaria annuale già prevista, studiando insieme un “format” condiviso che aiuti a rendere fruibili questa gran massa di dati; crediamo che in questa maniera nessuno medico competente si tirerà indietro, o riterrà questo compito un mero obbligo aggiuntivo, ma si sentirà attore principale di un cambiamento positivo.

Adriano Ossicini
Dirigente Medico di II Liv.
Responsabile Sett. IV Prevenzione.
Epidemiologia , Statistica
Sovrintendenza Medica Generale INAIL