



Seminario  
Orientamenti regionali in tema di sorveglianza sanitaria nei luoghi di lavoro  
Bologna 10 settembre 2004

## IL MEDICO COMPETENTE: DALLA TABELLA AL RISCHIO

*Gabriele Gherardi, Paolo Formentini, Gianni Gilioli, Luciana Morandi, Sante Tabanelli.*

*(ANMA - Associazione Nazionale Medici d'Azienda - Sezione regionale Emilia-Romagna)*

Questo incontro ha, non per caso, il significato di una ricorrenza decennale importante per tutti noi. In particolare i Medici Competenti, o quanto meno quelli più avvertiti e sensibili, con l'entrata in vigore del Decreto Legislativo 626/1994, e poi nei dieci anni della sua applicazione, integrazione e successiva decretazione, hanno percepito e realizzato una significativa evoluzione della loro figura professionale e del loro impegno rivolto alla tutela della salute dei lavoratori.

Come è noto, con il vecchio DPR 303/1956 la tutela della salute dei lavoratori si limitava alla fattispecie della 'visita medica' preventiva e periodica degli addetti ad una serie di lavorazioni che erano elencate in una tabella binaria (che prevedeva cioè un elenco di agenti nocivi, in larga prevalenza agenti chimici, ed una specificazione delle lavorazioni che ad essi esponevano); tale visita doveva essere eseguita da un non meglio identificato medico 'competente'.

Con questa un po' sciagurata definizione, in mancanza di una qualsiasi altra specificazione, "competente" pareva avere un significato genericamente qualitativo: quasi paradossalmente come dire un medico ... abbastanza 'bravo', quali che fossero la sua preparazione specifica e la sua attività professionale ordinaria. Mentre oggi, essendo definita per legge la qualificazione accademica e professionale del Medico Competente, il termine "competente" certifica dal punto di vista giuridico la possibilità di effettuare la prestazione prevista.

Poco altro di specifico in termini prevenzionali era previsto dal DPR 303, salvo le sacrosante quanto generali norme di "igiene del lavoro": ma, per di più, queste non erano affidate ad uno specifico ruolo o responsabilità del medico in azienda, ma semmai alla sua buona volontà e ai suoi rapporti informali con il Datore di lavoro.

### **La novità sostanziale del D. Lgs. 626**

La novità sostanziale del D. Lgs 626 sta invece nell'obbligo, posto al Datore di lavoro, di compiere una Valutazione del Rischio.

Se, come da tutti si conviene, per 'rischio' deve intendersi non la generica presenza di un agente lesivo, ma la concreta possibilità che un agente o una situazione lavorativa, possano essere causa, nella specifica situazione, di un danno alla salute del lavoratore, è allora evidente che questo

concetto costituisce una innovazione sostanziale rispetto al sistema della tabellazione.

Non va sottovalutato fra l'altro che l'articolo 3 della legge 626, impone la conoscenza, l'eliminazione, la riduzione, la sorveglianza di tutti i rischi: di tutti i rischi perché essi non sono più definiti secondo un qualsiasi elenco, ma semmai "in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico". E fra le correzioni delle situazioni di rischio si include altresì il "rispetto dei principi ergonomici"; questi poi non sono intesi limitativamente come problemi di *design* dei posti e delle attrezzature, ma se ne allarga giustamente il concetto ai metodi di lavoro e fino ai problemi (psicologici, ma non solo) del "lavoro monotono e ripetitivo".

È chiaro che in questo modo si è superato culturalmente e concretamente il vecchio sistema della tabellazione dei rischi: sistema che del resto ha poi ricevuto un colpo quasi definitivo con la pressoché integrale abrogazione della tabella del DPR 303, abrogazione stabilita dall'art. 5 del D. Lgs 25/2002.

Ed è altresì evidente che così si pone la valutazione dei rischi come momento pregiudiziale di tutta la sorveglianza sanitaria, intesa come azione rivolta alla tutela della salute.

### **Un nuovo modo di essere medici competenti**

Se si accetta questa impostazione, come fa il documento che oggi si presenta e come noi medici dell'ANMA condividiamo, è evidente - e noi ne siamo ben consapevoli - che a ciò consegue anche un nuovo modo di essere "Medici Competenti": anche il nostro lavoro deve essere "orientato al rischio": sempre, e soltanto.

È ben vero, purtroppo, che la legge non esplicita sufficientemente come 'diritto-dovere' del Medico Competente la partecipazione alla valutazione del rischio; solo l'art 4<sup>6</sup> parlando del Datore di lavoro prevede che esso agisca per la valutazione del rischio "in collaborazione ... con il Medico Competente nel caso in cui sia obbligatoria la sorveglianza sanitaria"; a sua volta l'art. 16<sup>1 a</sup>, a proposito dei compiti del Medico, parla più limitativamente (e molto confusamente) di collaborazione "alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori".

Peraltro, recenti interpretazioni giurisprudenziali tendono a leggere il disposto dell'art. 4<sup>6</sup> come costituente un obbligo penalmente rilevante per il Medico stesso.

Ma in ogni caso come potrebbe il Medico Competente svolgere correttamente ed efficacemente le sue funzioni, senza conoscere, approfondire, condividere la valutazione del

rischio? Il Medico Competente deve perciò rifiutarsi (e nella impostazione adottata dall'ANMA si rifiuta) di svolgere le sue funzioni sulla base di una Valutazione dei rischi preconfezionata e a scatola chiusa.

Lo stesso Datore di lavoro, cui la legge impone di nominare il Medico Competente quando esista l'obbligo della sorveglianza sanitaria, dovrebbe rendersi (o essere reso) ben consapevole che per definire se esista tale obbligo egli ha bisogno della consulenza del Medico del lavoro quale esperto della salute e dei fattori di rischio che con essa interferiscono. In questo senso i ripetute testuali incisi dell'art. 4, che subordinano l'esistenza stessa del Medico Competente e poi la sua collaborazione al riconoscimento di rischi per la salute, senza precisare chi (se non il Medico Competente stesso) potrebbe valutarne la presenza, sono uno dei punti deboli della Legge 626.

Ma in una corretta lettura ed interpretazione di questa legge nel suo significato complessivo, il Medico Competente si configura comunque come un consulente specialista su tutti i problemi relativi alla tutela della salute negli ambienti di lavoro. Noi non esitiamo dunque a dire (e vogliamo sempre più trarne le debite conseguenze, anche nel rapporto "contrattuale" fra il Medico Competente e il datore di lavoro) che le visite mediche sono solo una parte, e non la più importante, delle funzioni da noi svolte: altro che 'visitificio' di infelice memoria!

L'ANMA, che ha adottato un suo codice deontologico, intende rafforzare e diffondere fra i suoi associati questa nuova impostazione della 'figura' del Medico Competente: superando da parte nostra negative incrostazioni del passato, ma anche contribuendo a rimuovere pregiudizi che tuttora possano sussistere nei confronti di questi professionisti.

### **La sorveglianza sanitaria**

Dalla valutazione dei rischi deriva dunque la obbligatorietà (e anche la legittimità, ma su questo vorremo ritornare dopo) sia della visita, sia dei protocolli sanitari, sia del conseguente giudizio di idoneità.

Non è certo il caso in questa sede di soffermarci sulle caratteristiche della "visita medica" dal punto di vista clinico.

Val la pena invece di richiamare il tema della congruità delle scadenze.

Ricordando anzitutto che la visita preventiva deve essere svolta appunto, prima che il lavoratore sia esposto al rischio. Ciò può porre qualche problema qualora l'assunzione del lavoratore per un lavoro a rischio, o il suo spostamento ad un lavoro a rischio, possano avere

caratteristiche di una relativa imprevedibilità: ciò può avvenire per ragioni di organizzazione aziendale e, in particolare, nel caso di ricorso a lavoratori interinali (per i quali comunque la visita preventiva deve essere assicurata dal Medico Competente dell'Azienda utilizzatrice, proprio per la necessaria correlazione con i rischi specifici sui quali è "competente" il medico di questa Azienda).

Si pone in questi casi il problema di una ragionevole 'pronta disponibilità' del medico, problema che a nostro avviso deve essere risolto prevedendo questa fattispecie nel contratto che intercorre fra il Medico Competente e l'Azienda.

Il rispetto della scadenza delle visite periodiche assume una maggiore rilevanza oggi: quando, per la decadenza della tabella del DPR 303, nella maggior parte dei casi la periodicità viene determinata dal Medico Competente come annuale. Naturalmente il rispetto cronologico della scadenza non può essere fiscalmente valutato come una questione di giorni, ma neppure invece addirittura di mesi.

Lo stesso ragionevole criterio di sollecitudine e di opportunità va determinato per la fissazione degli appuntamenti delle visite a richiesta dei lavoratori di cui all'art 17<sup>1i</sup>.

Quanto ai protocolli sanitari, in particolare per quanto riguarda la determinazione degli accertamenti integrativi, è ovvio - per tutto quanto si è detto fin qui - che anche questi debbano essere "mirati al rischio".

Accertamenti non specificamente correlati al rischio vanno dunque evitati: anche se si trattasse di accertamenti clinicamente 'utili' in termini di medicina preventiva della popolazione in generale; troppo grande è infatti il rischio che in qualche caso essi possano determinare pratiche 'discriminatorie' che sono ovviamente illecite e che perciò debbono essere assolutamente evitate.

Qualora poi, con l'accordo delle rappresentanze dei lavoratori, fosse previsto come *benefit* aziendale anche un servizio volontario di 'medicina preventiva', questi accertamenti (eseguibili solo con il consenso esplicito dei singoli lavoratori e ovviamente con l'obbligo di consegnare conclusioni e referti solo e riservatamente agli stessi lavoratori interessati) dovranno comunque essere nettamente distinti da quelli concernenti la sorveglianza sanitaria.

Non intendo infine mortificare questa assemblea insistendo più di tanto sul concetto che l'idoneità, per quanto ci riguarda, è sempre una idoneità 'al lavoro specifico' così come questo si svolge: in quella mansione, in quel luogo, in quelle circostanze.

### **Alcune questioni ancora aperte**

Il proficuo lavoro del Gruppo regionale sulla sorveglianza sanitaria ha permesso di raggiungere su molte questioni, con il documento che oggi si presenta, un importante *consensus* delle tre 'parti' rappresentate.

Negli ultimi incontri di questo Gruppo sono emersi tuttavia alcuni 'casi particolari' per i quali sarà più che opportuna la continuazione del confronto, e sui quali comunque l'ANMA desidera presentare oggi alcune sue valutazioni preliminari.

Ci riferiamo alla possibilità che possano essere ricondotti a fattispecie della sorveglianza sanitaria, e perciò accettati nella loro 'legittimità' (ma sull'aspetto giuridico ritorneremo ancora dopo), i casi di sorveglianza sanitaria in presenza di: rischio chimico moderato, o di rumore inferiore agli 85 dBA, o di applicazione al VDT sotto le 20 ore. Ciò, beninteso, quando essi possano essere correlati (anche sulla base degli artt. 3<sup>1</sup>, 4<sup>1</sup> e 4<sup>5c</sup>) ad una situazione di rischio previamente riconosciuta e dichiarata nella Valutazione dei rischi.

Possono infatti determinarsi casi in cui queste situazioni, benché (ciascuna singolarmente ed in linea generale) siano escluse dalla fattispecie della sorveglianza sanitaria obbligatoria secondo la testuale norma di legge, possano invece, nelle concrete situazioni dell'ambiente di lavoro o dell'organizzazione del lavoro, o per l'assommarsi fra di loro, o anche dal punto di vista dei principi ergonomici intesi nel loro significato globale che prima richiamavamo, venire a far parte del complesso dei rischi e come tali essere - per iniziativa del Medico Competente - riconosciute e dichiarate nella Valutazione.

Come dicevamo più sopra, bisogna ormai prendere atto del superamento giuridico e culturale del cosiddetto rischio 'tabellato'; il che significa prendere atto del fatto che oggi il rischio non è più da considerare quello 'presunto' in quanto elencato in una tabella, ma quello reale, riconosciuto e dichiarato. Nei casi citati possono essere considerati come rischi 'tabellati' quelli specificamente normati (rischio chimico non moderato, rumore superiore agli 85 dBA, applicazione al VDT di almeno 20 ore); ma a nostro avviso nulla impedisce, se del caso, di riconoscere (in un certo senso come rischi non tabellati) quelli al di sotto del livello normato, e quindi di intervenire con la sorveglianza sanitaria; ciò in analogia con quanto il documento del Gruppo di lavoro ha già ritenuto di affermare positivamente per altri casi di rischi non tabellati (fra i quali ad esempio

possiamo qui esplicitare i rischi da movimenti ripetitivi, o i rischi di natura ergonomica, o correlati alla organizzazione del lavoro, o a situazioni stressogene, ecc.).

Lo stesso ragionamento, che collega la soluzione di quelli che abbiamo chiamato ‘casi particolari’ alla priorità della valutazione del rischio, si può invocare anche per la *vexata quaestio* della visita ‘preassuntiva’. Essa andrebbe infatti considerata con la discriminante del rischio riconosciuto e dichiarato: se si tratta di un lavoratore da adibire a una lavorazione a rischio nulla dovrebbe impedire di eseguire la visita ‘preventiva’ prima dell’assunzione e di far seguire l’assunzione stessa al conseguimento della idoneità specifica.

Lo stesso criterio, la correlazione al rischio, dovrebbe essere adottato anche per la questione (all’atto pratico tuttora un po’ confusa) dell’esecuzione da parte del Medico Competente della visita preassuntiva agli apprendisti, maggiorenni o minorenni che siano.

E infine consideriamo le visite a richiesta dei lavoratori. Se si tratta di lavoratori in sorveglianza sanitaria in base al rischio, la visita dovrebbe essere ‘trasformata’ (o riprogrammata, se il lavoratore non vi acconsente in via breve) in una visita straordinaria di sorveglianza sanitaria, anche ai fini del giudizio di idoneità. Se invece il lavoratore richiedente non risultava in sorveglianza sanitaria, il risultato della visita potrebbe portarci a riconoscere un rischio prima non considerato e quindi condurci a rimodulare la valutazione dei rischi e il protocollo sanitario, includendo nella sorveglianza sanitaria il lavoratore che ha richiesto la visita e tutti i lavoratori che svolgano mansioni analoghe; o altrimenti la visita al lavoratore che non è e non deve essere posto in sorveglianza sanitaria dovrebbe concludersi con un referto clinico riservato per il lavoratore richiedente.

Naturalmente sappiamo bene che l’interpretazione della norma scritta spetta o ad un successivo intervento del Legislatore o al pronunciamento del Magistrato in sede giurisdizionale. Tuttavia, in un quadro normativo in tumultuosa evoluzione e in una situazione per molti aspetti incerta su alcune questioni come queste, l’introduzione di comportamenti accettati in un documento di Linee Guida potrebbe aiutare positivamente.

### **Le prospettive di lavoro del Gruppo regionale**

La pubblicazione di queste Linee Guida regionali per la sorveglianza sanitaria, che oggi trova la sua formalizzazione, è un risultato positivo (per quanto si possa dire temporalmente travagliato, ricordando che ci abbiamo lavorato da circa tre anni) del dialogo e della collaborazione

fra le tre 'parti' del gruppo di lavoro: Spsal, Anma, Università.

Di ciò va dato atto alla sensibilità dell'Assessorato regionale che ha istituito il Gruppo, al suo coordinatore dottor Barbieri e a tutti i partecipanti che hanno saputo lavorare in spirito costruttivo e collaborativo.

Questa collaborazione deve continuare. È opportuno anzitutto, come si è visto, per approfondire e meglio definire alcuni punti.

Ma più in generale questo Gruppo di lavoro è una sede che può restare permanentemente aperta (dopo essere stata auspicabilmente istituzionalizzata in modo formale come noi chiediamo) per valutare di volta in volta ogni altra situazione che dovesse emergere.

E nello spirito di collaborazione fra la parte pubblica e i liberi professionisti, l'ANMA auspica che si possa definire e formalizzare anche l'ipotesi, emersa nelle ultime fasi, di una partecipazione del Medico Competente alle sessioni di ricorso ex art. 17.

In tre settori pur istituzionalmente così diversi come quelli rappresentati nel Gruppo di lavoro, comune è lo scopo della nostra attività: la migliore tutela della salute dei lavoratori. Perché dunque non dovremmo continuare, come finora abbiamo fatto, a mettere in comune la nostra esperienza e le nostre esperienze?