

# IL SIGNIFICATO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA NEI LUOGHI DI LAVORO ED IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE

(EVOLUZIONE NORMATIVA)



La normativa riguardante la sorveglianza sanitaria dei lavoratori risale ai primi decenni del XX° secolo: in particolare l'Art. 6 del Regio Decreto 14/04/1927, n° 530, stabiliva che nelle lavorazioni industriali, indicate in un apposito elenco, i lavoratori dovessero essere visitati da un medico competente prima della loro ammissione al lavoro per constatare se avessero i requisiti speciali di resistenza all'azione degli agenti nocivi alla cui influenza dovevano esporsi, e successivamente, a periodi da indicarsi nello stesso elenco, per constatare il loro stato di salute, e l'Art. 8 della Legge 26/04/1934, n° 653, prevedeva che i fanciulli e le donne minorenni non potessero essere adibiti al lavoro ove non risultasse, in base a certificato medico, che erano sani e adatti al lavoro.

La Legge 19/01/1955, n° 25, Disciplina dell'apprendistato, fissa il limite di età non inferiore a 14 anni per l'accesso al lavoro, salvo i limiti previsti dalla normativa sul lavoro delle donne e dei fanciulli, e determina l'obbligo delle visite preventive fino all'età di 20 anni. In particolare, viene stabilito che "l'assunzione dell'apprendista deve essere preceduta da visita sanitaria per accertare che le sue condizioni fisiche ne consentano l'occupazione nel lavoro per il quale deve essere assunto".

Il D.P.R. 19/03/1956, n° 303, che ha costituito per oltre 35 anni il cardine della normativa sull'igiene del lavoro in Italia, definisce al Capo III i servizi sanitari necessari nelle aziende, in particolare per quanto riguarda i servizi di pronto soccorso, il pacchetto di medicazione, la cassetta di pronto soccorso, la camera di medicazione ed il personale sanitario occorrente.

L'art. 32 stabilisce che nelle aziende industriali che occupano oltre 5 dipendenti e presentino rischi di scoppio, di asfissia, di infezione o di avvelenamento, e nelle aziende industriali oltre 50 dipendenti, un infermiere o, in difetto, una persona pratica dei servizi di infermeria, deve essere incaricato di curare la buona conservazione dei locali, degli arredi e dei materiali destinati al pronto soccorso.

Il successivo Art. 33, pietra miliare degli accertamenti sanitari, stabilisce che nelle lavorazioni industriali che espongono all'azione di sostanze tossiche o infettanti o che risultino comunque nocive (che vengono elencate in una tabella allegata al Decreto), i lavoratori devono essere visitati da un medico competente:

- a) prima della loro ammissione al lavoro per constatare se essi abbiano i requisiti di idoneità al lavoro al quale sono destinati;
- b) successivamente, nei periodi indicati nella tabella, per constatare il loro stato di salute.

Per le lavorazioni che presentano più cause di rischio e che pertanto sono indicate in più di una voce della tabella, i periodi da prendere a base per le visite mediche sono quelli più brevi.

L'art. 34 stabilisce che i lavoratori occupati nella stessa azienda in lavorazioni diverse da quelle indicate nella tabella, quando esse siano eseguite nello stesso ambiente di lavoro ed esponano a rischi della medesima natura, devono essere sottoposti alle visite mediche. Esse sono inoltre obbligatorie per i lavoratori occupati in lavorazioni diverse da quelle previste nella tabella, ma che espongono a rischi della medesima natura.

L'art. 35 consente l'esecuzione delle visite mediche periodiche ad intervalli più lunghi, ma non superiori al doppio del periodo indicato, quando i provvedimenti adottati nell'azienda siano tali da diminuire notevolmente i pericoli igienici della lavorazione. Il datore di lavoro può essere inoltre esentato dall'obbligo delle visite mediche qualora, per la esiguità del materiale o dell'agente nocivo trattato e per l'efficacia delle misure preventive adottate, ovvero per il carattere occasionale del lavoro insalubre, possa fondatamente ritenersi irrilevante il rischio per la salute dei lavoratori. Sia il raddoppio della periodicità e sia l'esenzione devono essere autorizzati per iscritto dall'organo di vigilanza.

La legge 17/10/1967, n° 977, Tutela del lavoro dei fanciulli e degli adolescenti, innalza a 15 anni l'età minima per l'avvio al lavoro, mentre mantiene i 14 anni compiuti per il lavoro in agricoltura e nei servizi familiari, sempre che compatibili con la tutela della salute e non comportanti trasgressione dell'obbligo scolastico.

L'art. 8 della stessa legge prevede che i fanciulli e gli adolescenti possono essere adibiti al lavoro purchè siano riconosciuti idonei all'attività lavorativa cui saranno adibiti a seguito di esame medico. L'esito della visita medica deve essere comprovato da apposito certificato medico da allegare al libretto di lavoro. L'Art. 11 prevede che la visita preventiva venga eseguita dall'Ufficiale Sanitario o da medico di particolare competenza da lui delegato, e che le visite periodiche siano eseguite dall'Ufficiale Sanitario.

Anche per gli apprendisti, l'età viene innalzata a 15 anni dall'Art. 3 della legge 02/04/1968, n° 424, con possibilità di deroga per coloro che hanno adempiuto all'obbligo scolastico e compiuto i 14 anni.

L'elenco dei lavori leggeri ammessi per i quattordicenni è fissato dal D.P.R. 04/01/1971, n° 36, che ammette, per particolari settori e con specifiche esclusioni, i lavori a carattere amministrativo, di fattorino e garzone, di vendita al minuto e servizio a domicilio, di aiuto cameriere e servizio di sala, di garzonato da barbieri.

L'Art. 5 della Legge 20/05/1970, n° 300, stabilisce che sono vietati gli 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 solamente 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.



Comma 6: Il medico competente visita gli ambienti di lavoro almeno due volte all'anno e partecipa alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori, i cui risultati gli sono forniti con tempestività ai fini delle valutazioni e dei pareri di competenza.

Gli Articoli 18, comma 3, e 31, comma 5, prevedono che, in caso di superamento dei valori limite di esposizione, il lavoro possa proseguire se vengono adottate adeguate misure di protezione dei lavoratori interessati, anche in conformità al parere del medico competente.

Gli Articoli 21, comma 3f, 35, comma 3f, e 49, comma 3f, prevedono che il medico competente comunichi ai lavoratori interessati le relative annotazioni individuali contenute nel registro e nella cartella sanitaria e di rischio.

Il limite più evidente del suddetto decreto è che la applicazione è in buona parte limitata a tre rischi specifici, e cioè piombo, amianto e rumore.

A tale limite il Decreto Legislativo 19/09/1994, n° 626, ha posto rimedio nel senso di ampliare il campo di applicazione a tutti i settori di attività, privati o pubblici, con limitate e parziali eccezioni.

Esso ribadisce la qualificazione del medico competente già fissata dal D. Lgs 277/91: essenzialmente il datore di lavoro deve preoccuparsi di accertare che egli sia specialista in medicina del lavoro o inserito in apposito elenco regionale di medici sanati in tale funzione grazie al numero di anni di esercizio al momento della entrata in vigore di tale normativa.

Di fatto, dopo l'emanazione del D. Lgs. 626/94, l'Art. 7 del D. Lgs. 277/91 può ritenersi abrogato dall'Art. 17 del D. Lgs. 626/94.

La sorveglianza sanitaria, oggetto del Capo IV, è effettuata dal medico competente e comprende:

- a) accertamenti preventivi intesi a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui i lavoratori sono destinati, ai fini della valutazione della loro idoneità alla mansione specifica;
- b) accertamenti periodici per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica. Tali accertamenti comprendono esami clinici e biologici e indagini diagnostiche, mirati al rischio, ritenuti necessari dal medico competente.

Il medico competente ha dodici obblighi, elencati nell'Art. 17, commi 1 e 3, dei quali nove penalmente sanzionati dall'Art. 92.

Le funzioni del medico competente sono definite dall'Art. 17, che elenca minuziosamente le funzioni alle quali egli deve adempiere.

Esse comprendono:

Comma 1:

- a) collaborare con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione aziendale alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori;
- b) effettuare gli accertamenti sanitari, ai sensi dell'Art. 16, comma 1, nei casi previsti dalla normativa vigente;
- c) esprimere i giudizi di idoneità specifica alla mansione;
- d) istituire ed aggiornare per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria una cartella sanitaria e di rischio, da custodire presso il datore di lavoro, con salvaguardia del segreto professionale;
- e) informare i lavoratori e, a richiesta, i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, sul significato degli accertamenti sanitari ai quali sono sottoposti e sulla eventuale necessità di proseguire gli accertamenti anche dopo che l'esposizione è cessata;
- f) informare ogni lavoratore interessato dei risultati degli accertamenti sanitari e, su richiesta, rilasciargli copia della documentazione sanitaria;
- g) comunicare annualmente ai rappresentanti per la sicurezza i risultati anonimi collettivi degli accertamenti effettuati con relativa valutazione;
- h) visitare, assieme al responsabile del servizio di prevenzione e protezione, gli ambienti di lavoro almeno due volte all'anno e partecipare alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori, i cui risultati gli sono forniti con tempestività ai fini delle valutazioni e dei pareri di competenza;
- i) effettuare visite mediche richieste dal lavoratore qualora tale richiesta sia correlata ai rischi professionali;
- l) collaborare con il datore di lavoro alla predisposizione del servizio di pronto soccorso;
- m) collaborare all'attività di formazione ed informazione;

Comma 3: informare per iscritto il datore di lavoro e il lavoratore qualora esprima un giudizio sull'inidoneità parziale o temporanea o totale del lavoratore.

Va sottolineato che la sorveglianza sanitaria è obbligatoria esclusivamente nei casi in cui sia espressamente prevista dalla normativa vigente. Questi casi si distribuiscono in due categorie, nella prima delle quali rientrano le specifiche lavorazioni per le quali il legislatore indica l'obbligo della sorveglianza sanitaria (tabella allegata all'Art. 33 del D.P.R. 303/56, rischi di cui ai D. Lgs. 277/91 e 626/94 ecc.), mentre nella seconda rientrano i casi per i quali il legislatore subordina la obbligatorietà della sorveglianza

sanitaria alla valutazione della sua necessità in funzione dei rischi specifici (paradigmatica è l'ipotesi contemplata dall'Art. 3, comma 1, lettera l, del D. Lgs. 626/94).

In questa seconda ipotesi, la necessità del controllo sanitario in funzione dei rischi specifici scaturisce dalla valutazione dei rischi che il datore di lavoro è tenuto ad effettuare a norma dell'Art. 4, comma 1, del D. Lgs. 626/94.

L'aspetto più delicato della sorveglianza sanitaria è l'espressione del giudizio di idoneità, unico documento obbligatoriamente rilasciato dal medico competente al datore di lavoro ed al lavoratore in caso di inidoneità, in quanto la documentazione sanitaria vera e propria (cartella sanitaria con esami integrativi) è soggetta al segreto professionale, e la sua divulgazione ricade nella fattispecie di cui all'Art. 622 del Codice Penale.

Il giudizio di idoneità può ricadere nelle seguenti tipologie: idoneità piena, idoneità con limitazioni e/o prescrizioni, inidoneità parziale, inidoneità temporanea, inidoneità totale del lavoratore.

Nelle due ultime situazioni, è logico attendersi l'allontanamento del lavoratore dalla esposizione a rischio. Già l'Art. 8 del D. Lgs. 277/91 stabiliva che quando un lavoratore, per motivi sanitari, sia temporaneamente inidoneo, deve essere spostato dal datore di lavoro all'interno della stessa azienda, in quanto possibile. Due sono i limiti di questa norma: il riferirsi esclusivamente ai casi di allontanamento temporaneo e non ai casi di allontanamento definitivo, e la ricollocazione all'interno della medesima azienda, obbligatoria per il datore di lavoro in quanto sia possibile, che lascia indefinito il confine tra possibile e impossibile.

L'Art. 17, comma 4, del D. Lgs. 626/94, ammette la possibilità di ricorso avverso il giudizio del medico competente entro trenta giorni dalla data di comunicazione, ricorso da inoltrarsi all'organo di vigilanza territorialmente competente, e cioè alla A.S.L., la quale dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso.

E' ricorribile il giudizio di cui al comma 3, e cioè il giudizio sulla inidoneità, e quindi il giudizio che affermi o escluda l'inidoneità, e non il giudizio di idoneità, e sono legittimati a proporre il ricorso sia il datore di lavoro, e sia il lavoratore.

La casistica di ricorsi di questo Servizio riporta alcuni casi di licenziamento conseguenti alla insorgenza di patologie allergiche in realtà di assai piccole dimensioni (pettinatrici, gommisti, impacchettatrici di farina), casi nei quali il lavoratore, già danneggiato nella salute, si trova esposto anche alla perdita del posto di lavoro. Sarebbe auspicabile in tali casi un meccanismo di tutela sociale atto ad assicurare una transizione di tali lavoratori verso settori non a rischio di aggravamento della patologia già sviluppata.

Se il medico competente si avvale di consulenze specialistiche, l'onere è ancora a carico del datore di lavoro. Infatti, il medico competente può avvalersi, per motivate ragioni, della collaborazione di medici specialisti, i quali lo supportano per accertamenti e valutazioni inerenti alla loro specifica specializzazione, resi necessari dalla specifica esigenza di un apporto specialistico. Qualora tuttavia il medico competente affidi o acconsenta l'esecuzione da parte di un medico non competente di un atto tipico del medico competente, può diventarne penalmente responsabile, così come il medico non competente. Il medico specialista deve prestare la propria opera con diligenza, prudenza e perizia, tenendo conto della normativa specifica connessa agli accertamenti che espleta. Ad esempio, l'otorinolaringoiatra chiamato ad eseguire un controllo audiometrico deve

osservare i criteri e le modalità di cui all'Allegato VII del D. Lgs. 277/91, potendo altrimenti incorrere nella violazione dell'Art. 44 dello stesso Decreto, in concorso con il medico competente.

Qualora il medico competente esprima un giudizio di inidoneità, ne informa per iscritto il datore di lavoro ed il lavoratore, a tutela del diritto ad eventuali ricorsi, da valutarsi dall'organo di vigilanza territorialmente competente, che è identificato nella azienda sanitaria locale.

Il medico competente svolge la propria opera in qualità di:

- a) dipendente da una struttura esterna pubblica o privata convenzionata con l'imprenditore;
- b) libero professionista;
- c) dipendente del datore di lavoro.

Il dipendente di una struttura pubblica non può svolgere l'attività di medico competente qualora espliciti attività di vigilanza, cioè nelle situazioni in cui si possa configurare un conflitto di interesse tra la funzione di controllore e quella di controllato.

Il medico competente, più frequentemente di altri sanitari, può essere chiamato ad assolvere l'obbligo di informazione della Autorità, e ciò in merito a:

- Obbligo di referto alla Autorità Giudiziaria, ai sensi degli Artt. 365 del Codice Penale e 334 del Codice di Procedura Penale, in tutti quei casi nei quali abbia prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio, quali il delitto di omicidio colposo o lesioni personali colpose gravissime o gravi da lavoro (Artt. 589 e 590 del Codice Penale), quali possono essere ad esempio le malattie professionali;

- Obbligo di denuncia alla A.S.L. ai sensi dell'Art. 139 del D.P.R. 1124/65, in caso di riconoscimento di esistenza di malattia professionale;

- Obbligo di certificazione, ai sensi degli Artt. 52, comma 2, e 53, comma 5, del D.P.R. 1124/65, affinché il lavoratore sia nelle condizioni di fare denuncia della malattia professionale al proprio datore di lavoro, e a sua volta il datore di lavoro possa trasmettere all'INAIL la denuncia di malattia professionale corredata da un certificato medico contenente una relazione della sintomatologia accusata dall'ammalato e della sintomatologia rilevata dal medico certificatore.

Il medico ha l'obbligo di inoltrare il referto ogniqualvolta si profili una possibile malattia da lavoro: non occorre, cioè, che vi sia la certezza, e nemmeno la probabilità, ma è sufficiente che vi sia una concreta possibilità di ricondurre la malattia alla causa di lavoro.

Il medico incaricato della sorveglianza sanitaria diventa penalmente perseguibile quando abbia tenuto una condotta colposa, o ancora quando tale condotta colposa abbia determinato o abbia contribuito a determinare l'insorgenza o l'aggravamento della malattia o la morte del lavoratore. Il medico ha infatti un compito preventivo, nel senso di impedire l'evoluzione dallo stato di salute allo stato di malattia, compito che va assolto con prudenza, diligenza, perizia ed osservanza delle norme, ad iniziare da quelle dettate dal D. Lgs. 626/94.

Alcune ipotesi di colpa riguardano il mancato accertamento dei primi segni di esposizione ad un fattore nocivo e la conseguente evoluzione verso l'insorgenza o l'evoluzione di una malattia, la mancata segnalazione al datore di lavoro della necessità di spostamento da un posto di lavoro a rischio, la riammissione nel posto di lavoro a rischio di un lavoratore non ancora idoneo, il mancato rispetto dell'obbligo della visita con la periodicità prescritta.

In sintesi:

### **MEDICO COMPETENTE**

È definito dall'Art. 2, comma 1, lettera d) e la sua attività è prevista dall'Art. 17.

Il medico competente può essere (Art. 17, comma 5):

- dipendente da una struttura esterna pubblica o privata convenzionata con l'imprenditore;
- libero professionista;
- dipendente del datore di lavoro.

I compiti del medico competente sono riportati dall'Art. 17, commi 1, 2, 3 e 4; i contenuti della sorveglianza sanitaria sono fissati dall'Art. 16; altri compiti sono stabiliti dalle direttive particolari (Titoli da II a VIII).

Si sottolinea l'obbligo di visitare gli ambienti di lavoro almeno due volte l'anno, congiuntamente al responsabile del servizio di prevenzione e protezione (obbligo stabilito dall'Art. 17, comma 1, lettera h).

Si rileva inoltre che il medico, "per ogni lavoratore", deve:

- informare dei risultati degli accertamenti sanitari e rilasciarne copia su richiesta (Art. 17, comma 1, lettera f);
- istituire ed aggiornare una cartella sanitaria e di rischio con salvaguardia del segreto professionale (Art. 17, comma 1, lettera d);
- informare i lavoratori sul significato degli accertamenti sanitari (Art. 17, comma 1, lettera e).

Il Decreto Legislativo 25/11/1996, n. 645, Recepimento della direttiva 92/85/CEE concernente il miglioramento della sicurezza e della salute sul lavoro delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento, integra il disposto della Legge 30/12/1971, n° 1204 e del D.P.R. 25/11/1976, n° 1026, in materia di tutela della sicurezza e della salute delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento fino a sette mesi dopo il parto, prevedendo una specifica valutazione dei rischi, l'obbligo di informazione, di adozione delle misure necessarie affinché l'esposizione al rischio sia evitata, modificando temporaneamente le condizioni o l'orario di lavoro, ed ulteriormente dettagliando i lavori faticosi, pericolosi ed insalubri per i quali ricorre il divieto di esposizione.

Il sistema di sorveglianza sanitaria prefigurato dal D. Lgs 626/94 presenta alcuni elementi di dissonanza con quanto previsto nelle ormai datate Leggi 25/55 e 977/67 e non è chiaro entro quali limiti queste ultime siano rimaste da applicarsi come "speciali", in eccezione al D. Lgs 626/94, ovvero se esse debbano intendersi "riassorbite" entro il suo alveo.

D'altra parte, l'impegno di risorse richiesto dagli accertamenti sanitari è notevole, e le scelte "filosofiche" ed operative che essi impongono quotidianamente tutt'altro che banali.

Il recente Decreto Legislativo 4 agosto 1999, n° 345, ha fatto chiarezza su numerosi aspetti riferiti alla tutela del lavoro dei minori, indicando gli adempimenti cui attenersi.

A seguito di tale Decreto e della Circolare del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale n° 1/2000 del 05/01/2000, il Servizio Pubblico effettua le visite mediche, comprensive degli accertamenti integrativi, limitatamente agli apprendisti (visita preventiva, indipendentemente dall'età) e dei minori di anni 18, purchè in ambedue i casi non esposti a rischi tabellati (nei confronti degli adolescenti con frequenza almeno annuale), e provvede ad inviare al datore di lavoro il giudizio di idoneità.

Tutte le funzioni previste dall'Art. 17 del D. Lgs. 19/09/1994, n° 626, permangono a carico del medico competente, se normativamente previsto, il quale provvede ad effettuare le visite a favore degli esposti a rischi tabellati, tanto preventive quanto periodiche, anche nei confronti degli apprendisti e degli adolescenti.

Per i minori di anni 18 che sono assunti in qualità di operai o impiegati (non apprendisti), gli strumenti normativi attualmente vigenti sono costituiti dal Decreto Legislativo 04/08/1999, n° 345, e dalla Legge 17/10/1967, n° 977, articolo 8.

Per essi, la visita preventiva è delegabile a medico di particolare competenza, quale è ritenuto il medico competente, laddove normativamente previsto, così come definito dagli Artt. 3 o 55 del D. Lgs. 15/08/1991, n° 277 (specialista in Medicina del Lavoro o con almeno 4 anni di esperienza specifica alla data di entrata in vigore dello stesso Decreto Legislativo e riconosciuti dalla Regione).

Non sono invece delegabili le visite preventive nei confronti degli apprendisti non esposti a rischi tabellati, ai sensi dell'Art. 4 della Legge 19/01/1955, n° 25, e dell'Art. 9 del D.P.R. 30/12/1956, n° 1668.

Pertanto, a seguito della emanazione del Decreto Legislativo 19/09/1994, n° 626, l'esercizio delle funzioni di medico competente, esercitate ai sensi e nelle forme definiti

dagli Artt. 16 e 17 dello stesso D. Lgs., ricomprende anche gli accertamenti nei confronti di apprendisti e minori e pertanto il medico competente vede riconosciuta una funzione di "dominus" su tutti gli aspetti sanitari aziendali, compresi quelli connessi alla tutela della salute di apprendisti e minori esposti a rischi tabellati.

Sono evidenti i vantaggi di tale impostazione:

- tutelare al meglio tali categorie di lavoratori, garantendo loro una efficace sorveglianza sanitaria, almeno pari a quella garantita agli altri lavoratori, attraverso un medico specialista in Medicina del Lavoro o equiparato;
- collegare la sorveglianza sanitaria alle condizioni di lavoro, attraverso una adeguata conoscenza del ciclo produttivo e delle condizioni operative;
- evitare la duplicazione degli accertamenti sanitari;
- realizzare standard qualitativamente elevati ed omogenei attraverso il coordinamento ed il controllo esercitati dalla A.S.L. sui protocolli sanitari.

Se le Leggi 19/01/1955, n° 25, "Disciplina dell'apprendistato" e 17/10/1967, n° 977, "Tutela del lavoro dei fanciulli e degli adolescenti" non sono state abrogate dal Decreto Legislativo 19/09/1994, n° 626, e costituiscono norme speciali non derogabili da una norma di carattere generale, tuttavia il combinato disposto degli Artt. 2, comma 1 lettera d, 4, comma 4 lettera c, e 16 del D. Lgs. 626/94 rappresenta norma speciale, definendo un nuovo sistema di sorveglianza sanitaria, così come di fatto implicitamente riconosciuto dall'Art. 9, comma 8, del Decreto Legislativo 4 agosto 1999, n° 345.

L'Art. 16 del D. Lgs. 626/94 stabilisce che "La sorveglianza sanitaria è effettuata nei casi previsti dalla normativa vigente", con ciò intendendosi anche nei confronti di apprendisti e minori, e che tale sorveglianza sanitaria "è effettuata dal medico competente".

Ciò supera la situazione imposta dall'Art. 11 della Legge 977/67 (peraltro abrogato dal D. Lgs. 04/08/1999, n° 345) che stabiliva che "la visita medica preventiva è eseguita dall'ufficiale sanitario o da un medico di particolare competenza da lui designato ... Le visite periodiche di controllo sono eseguite dall'ufficiale sanitario".

Pertanto, in tutte le attività soggette alla nomina del medico competente, in quanto in esse sono presenti rischi tabellati, lo stesso medico competente pone in atto tutte le misure di sorveglianza sanitaria previste dall'Art. 17 del D. Lgs. 626/94, e ciò anche nei confronti di apprendisti e minori.

In tale ambito, il medico S.Pre.S.A.L. ha il compito di verificare, attraverso una documentata attività di vigilanza, in una serie significativa di realtà produttive, la corretta esecuzione degli accertamenti sanitari anche nei confronti di apprendisti e minori, compresa la valutazione della completezza dei protocolli sanitari applicati dal medico competente.

Nelle realtà in cui non sia prevista la nomina del medico competente, non essendo state totalmente abrogate le Leggi 25/55 e 977/67, lo S.Pre.S.A.L. si fa carico della esecuzione diretta degli accertamenti sanitari nei confronti di soggetti non esposti a rischi

tabellati, intendendosi tanto per la visita preventiva per gli apprendisti quanto per le visite preventive e periodiche per gli adolescenti, attraverso il proprio personale medico, infermieristico ed amministrativo.

Pertanto, le visite mediche effettuate direttamente dalla struttura pubblica, su minori e su apprendisti non esposti a rischi tabellati, possono essere così schematizzate:

### **VISITE PREVENTIVE O PREASSUNTIVE**

Fino a 18 anni (Artt. 8 della Legge 977/67), con le limitazioni dei lavori ammessi e vietati stabilite dal Decreto Legislativo 4 agosto 1999, n° 345;

Tra 18 e 26 anni (Art. 4 della Legge 25/55): solo se si tratta di apprendista.

### **VISITE PERIODICHE**

Fino a 18 anni: frequenza almeno annuale (Art. 9, comma 2, del Decreto Legislativo 4 agosto 1999, n° 345), con le limitazioni dei lavori ammessi e vietati stabilite dal Decreto Legislativo 4 agosto 1999, n° 345.

Tutti i soggetti esposti a rischi tabellati ricadono pertanto sotto la competenza del medico competente designato dal Datore di Lavoro.

È evidente che la prenotazione della visita presso la struttura pubblica presuppone una valutazione preliminare del tipo di mansione svolta e della assenza di rischi tabellati e che se, durante l'accertamento sanitario condotto presso la A.S.L., emergessero esposizioni tabellate non rilevate preliminarmente, il completamento degli accertamenti e la formulazione del giudizio di idoneità ricadrebbero sul medico competente aziendale.

La procedura, che questo Servizio ha avallato e testato positivamente nell'ultimo biennio, spostando la propria operatività dalla esecuzione diretta degli accertamenti sanitari preventivi e periodici alle verifiche di qualità sull'operato dei medici competenti, si ritiene che continui, con la collaborazione da parte dei medici competenti designati dalle Ditte, ad avere positive ricadute sulle categorie deboli, e soggette come tali a particolare tutela.

Per quanto riguarda il lavoro interinale o in affitto, sentiti alcuni Uffici Provinciali del Lavoro e della Massima Occupazione ed accertato che tale prassi è seguita dagli Uffici di Collocamento della Provincia di Torino, la sede deputata alla esecuzione delle visite è quella della sede ove il lavoratore fisicamente presta la sua opera, e non quella della sede della Agenzia di intermediazione della manodopera.

I minori iscritti a corsi di formazione professionale che comportano l'esposizione a rischi tabellati devono essere sottoposti alla sorveglianza sanitaria da parte del medico competente individuato dal C.F.P..

Il Decreto Legislativo 26/11/1999, n. 532, disposizioni in materia di lavoro notturno, stabilisce l'obbligo della sorveglianza sanitaria, la durata, i doveri di informazione e le misure di protezione personale e collettiva, connessi alla tutela della salute dei lavoratori notturni.

## LA SITUAZIONE ATTUALE E LE PROSPETTIVE

### 1. GLI ACCERTAMENTI SANITARI PREVENTIVI E PERIODICI (A.S.P.P.).

1.1. La normativa vigente per la prevenzione negli ambienti di lavoro dispone che parte considerevole della popolazione lavorativa venga sottoposta ad accertamenti sanitari preventivi e periodici (A.S.P.P.); ciò, di fatto, prefigura la costituzione di un vasto ed estremamente complesso sistema di sorveglianza sanitaria ad hoc, distinto da quello della assistenza sanitaria di base.

Si evidenzia che, in tale contesto, il concetto di “visita preventiva” (l’espressione è nell’art. 33 del D.P.R. 303/56) non è da intendersi semplicemente nel senso di “visita mirata ad obiettivi di prevenzione” (in quanto tutto il sistema è, o dovrebbe essere, mirato ad obiettivi di prevenzione), ma in quello più specifico di visita preventiva o meglio preliminare alla esposizione ad un determinato agente di rischio “tabellato”, così da far scattare gli obblighi di cui al già citato art. 33 del D.P.R. 303/56; può perciò trattarsi tanto di una visita pre-assuntiva quanto della visita di un lavoratore già in forza presso una determinata azienda, ma che viene valutato dal punto di vista sanitario in vista di un cambio di mansione che comporterà l’inizio della esposizione ad uno o più degli agenti di rischio suddetti.

Il sistema degli A.S.P.P. è attualmente (con le eccezioni di cui si dirà al punto 2.3.) essenzialmente a carattere privatistico, affidato a “medici competenti” (come definiti dall’art. 33 del D.P.R. 303/56, dagli Artt. 3 e 55 del D. Lgs. 277/91 e dall’Art. 2 del D. Lgs. 626/94), che stabiliscono un rapporto di dipendenza ovvero di convenzione o libero professionale con le aziende / gli enti da cui dipendono i lavoratori la cui sorveglianza sanitaria viene loro affidata.

1.2. A tutt’oggi, una parte considerevole degli A.S.P.P. previsti per legge non viene eseguita.

1.3. Un’altra considerevole parte degli A.S.P.P. viene eseguita in modo formalmente “regolare” (cioè rispettando la lettera delle varie norme di legge, ed in particolare la tabellazione dei rischi e le periodicità di visita previste dal D.P.R. 303/56 e dalle altre norme che, ad iniziare dal D. Lgs. 277/91, ad esso si sono via via aggiunte negli anni), ma è di fatto di scarsa utilità in termini di prevenzione perché gravata da uno o più dei seguenti vizi:

· i dati sanitari mancano di raccordo ed integrazione con i dati tecnico-ambientali sugli ambienti di lavoro, le lavorazioni e gli agenti di rischio (perché questi dati non esistono, non sono disponibili o semplicemente non si pensa ad utilizzarli nell’analisi dei problemi);

· la sequenza dei controlli si configura come una semplice giustapposizione routinaria di visite e di esami strumentali, al di fuori tanto della logica di un follow-up individuale, quanto di quella di una valutazione epidemiologica dei gruppi a rischio; non si tratta, perciò, di un **sistema** di sorveglianza, nemmeno su di un piano esclusivamente clinico;

· le ricadute del giudizio diagnostico individuale si riducono al giudizio sulla **idoneità** o **non idoneità** alla mansione del singolo lavoratore; non ci si chiede se non siano piuttosto le modalità o l’ambiente di lavoro ad essere inadeguati e a richiedere interventi di

bonifica o di riorganizzazione; spesso, il contesto decisionale ed operativo non consente di innescare processi di **riduzione del rischio** che non siano, semplicemente, **allontanamento dal rischio**; il semplice allontanamento del lavoratore “inidoneo” senza altri provvedimenti ha, come sola e naturale conseguenza, che un altro lavoratore, “idoneo”, venga a sostituirlo nella medesima mansione a rischio ed inizi ad essere esposto al rischio con identiche modalità (ed equivalenti probabilità di ammalarsi);

- il livello qualitativo intrinseco delle prestazioni sanitarie è generalmente medio.

1.4. È da rilevare che, in molte situazioni, un sistema di A.S.P.P., pur correttamente eseguiti ed interpretati, risulta comunque privo di ricadute utili in termini di prevenzione.

Ciò, in particolare quando:

- le conseguenti esposizioni siano quantitativamente e qualitativamente esigue, e sia perciò trascurabile il rischio di danni alla salute correlati ad una data attività lavorativa;
- sia impossibile identificare condizioni individuali di aumentata suscettibilità a un dato agente patogeno (funzione più volte invocata per gli A.S.P.P., ma effettivamente documentata solo in poche condizioni, in genere rare) o tale identificazione sia inutile, perché non si è in grado di intervenire sulla esposizione al rischio;
- sia impossibile una diagnosi precoce, o la stessa sia inutile; in particolare, per una parte significativa della patologia neoplastica, la diagnosi precoce si configura come una semplice anticipazione diagnostica, dopo la quale non si è comunque in grado di modificare la storia naturale della malattia.

1.5. L'esecuzione di A.S.P.P. “inutili” risulta spesso francamente dannosa, per la falsa sicurezza e la distorsione della domanda di salute e sicurezza che induce nei lavoratori ad essi sottoposti, così come nella popolazione in generale.

1.6. Per quanto sopra, appare necessaria una revisione globale del sistema degli A.S.P.P., nella consapevolezza che un sistema di sorveglianza sullo stato di salute (e di malattia) delle popolazioni lavorative non può basarsi solo sugli A.S.P.P., per quanto possano essere ben organizzati ed eseguiti. Detto sistema di sorveglianza va necessariamente costruito sull'integrazione di più sottosistemi, sia sanitari, sia tecnico-ambientali. È inoltre auspicabile una revisione della normativa che attualmente regola gli A.S.P.P., ed in primo luogo della tabella annessa all'art. 33 del D.P.R. 303/56, che consideri non solo la necessità di un aggiornamento della tabella medesima (in più punti obsoleta alla luce delle acquisizioni scientifiche degli ultimi quaranta anni) ma anche l'opportunità stessa di mantenere, per il futuro, uno schema tabellare rigidamente “chiuso”.

1.7. Un ulteriore problema, infine, merita di essere evidenziato: per ragioni che sembrerebbero essere solo “di mercato” e sulle quali si tornerà più oltre, si assiste da qualche tempo a una proliferazione di A.S.P.P. che non sono “inutili” solo nel senso che si pongono un obiettivo di salute che non sono in grado di raggiungere (per quanto al punto 1.4.), ma proprio nel senso che per essi risulta non identificabile un **qualunque** obiettivo di salute.

In alcuni casi si tratta di assurdità previste per legge o derivate da distorte interpretazioni della legge, quali la “necessità” di ottenere, presso una struttura sanitaria pubblica, un certificato di “idoneità sanitaria” (quindi di sottoporsi ad un accertamento

sanitario “preventivo” nel senso di quanto previsto dall’art. 33 del D.P.R. 303/56) quale requisito:

a) per aprire un’officina di riparazione di autoveicoli (idoneità “specifica”);

b) in talune realtà, per poter ricevere il libretto di lavoro (idoneità “generica al lavoro”).

Del resto, per l’istituzione di procedure del genere, di solito nessuno si lamenta:

- le strutture sanitarie pubbliche eseguono accertamenti superflui, ma che vengono pagati a tariffa piena (il che è particolarmente gradito in epoca di “aziendalizzazione” delle strutture medesime, perché “si fa fatturato” e si valorizza la propria esistenza, magari la propria espansione, presso organi di programmazione e revisione);
- chi necessita del certificato per ottenere il posto di lavoro, è ben contento di superare l’ostacolo (uno dei tanti ostacoli burocratici) con una spesa contenuta; tutt’al più si dichiarerà disturbato dai tempi di attesa e dal fatto di doversi rivolgere a più uffici per ottenere ciò che gli occorre.

In altri casi si tratta di arbitrarie pretese degli uffici del personale di alcune aziende, sia pubbliche sia private: si pensi alle richieste di un “certificato di sana e robusta costituzione” per essere assunti come impiegati (a prescindere dal fatto che si verrà o meno addetti all’uso di videoterminali) o come fattorini. Qui la logica sembrerebbe soltanto quella di “scaricare sul pubblico” l’onere di certificare che un determinato soggetto può svolgere un determinato lavoro senza rischio per sé e per gli altri, in modo da “prevenire” future contestazioni e richieste di indennizzi “per cause di servizio”; il rilascio del “certificato di sana e robusta costituzione” è infatti, per legge, appannaggio della struttura sanitaria pubblica (anche se, in tale contesto, ci si dimentica che la “sana e robusta costituzione” è qualcosa di significato magari opinabile, ma molto preciso, in esito ad A.S.P.P. stabiliti per legge soltanto per gli insegnanti di scuola e i lavoratori di categorie assimilate, ai quali, per motivi diversi, si richiede che non siano affetti né da tubercolosi, né da sifilide).

In altri casi, infine, si verifica che un protocollo di A.S.P.P. eseguiti da strutture sanitarie private comprenda esami non correlati ad alcun rischio professionale specifico:

- o perché risponde esclusivamente ad una logica di “screening sanitario di buona salute generale” (elettrocardiogramma, emocromo, determinazione dell’attività enzimatica di due transaminasi, creatininemia, esame “standard” delle urine etc.), il che è del tutto opinabile dal punto di vista scientifico, ma può almeno invocare la giustificazione della preoccupazione del medico del lavoro che sente di dover integrare la sorveglianza sanitaria di base garantita dalla rete dei medici di famiglia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale;
- o perché sarebbe del tutto adeguato per sorvegliare lavoratori esposti ad un determinato agente di rischio, ma viene applicato a lavoratori che non sono professionalmente esposti a quell’agente di rischio (anche se sembra inverosimile, nel corso delle attività di vigilanza non è raro imbattersi in esami richiesti per soggetti non professionalmente esposti).

Tale ultimo fenomeno, in particolare, pone interrogativi anche sul piano deontologico rispetto ai medici che tali esami richiedono ed “interpretano”, anche se esso non costituisce materia sottoposta alla vigilanza degli S.Pre.S.A.L., ed andrebbe invece analizzato dagli Ordini Professionali dei Medici.

Non si dimentichi, infine, che occasionalmente emerge che vengono eseguiti, all’insaputa dei lavoratori, esami espressamente vietati dalla legge, salvo un esplicito libero consenso dell’interessato/a: test di gravidanza, ricerca di metaboliti di farmaci o stupefacenti, test per l’infezione da HIV, etc..

## 2. GLI A.S.P.P. E GLI S.Pre.S.A.L. DELLE A.S.L. IN PIEMONTE.

2.1. L’art. 20 della Legge 833/78 ha definito le attività di prevenzione di competenza delle Unità (oggi Aziende) Sanitarie Locali (U.S.L. / A.S.L.), con particolare evidenza per quelle di tutela della salute dei lavoratori.

L’art. 21 della Legge 833/78 dispone quanto segue: “(...) Per la tutela della salute dei lavoratori e la salvaguardia dell’ambiente, le unità sanitarie locali organizzano proprii servizi di igiene ambientale e di medicina del lavoro (...)”; per quanto nelle restanti parti della norma, è evidente che il senso dell’espressione “medicina del lavoro” va inteso in senso più ampio di quello classico, potendosi far coincidere con quello delle due espressioni più frequenti in tale ambito che sono quella di “igiene e sicurezza del lavoro” e quella di “prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro”.

Da pochi anni, quanto meno nella Regione Piemonte, la rete territoriale dei Servizi per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (S.Pre.S.A.L.) nell’ambito delle U.S.L. / A.S.L. può dirsi completa.

2.2. Coordinamento e controllo degli A.S.P.P. eseguiti dai “medici competenti” delle aziende / enti senz’altro rientrano tra le funzioni che, in base alla normativa vigente, risultano proprie degli S.Pre.S.A.L..

2.3. Un complesso di Leggi speciali (25/55, 977/67, 345/99) ha affidato e tuttora affida alle strutture sanitarie pubbliche l’esecuzione diretta degli A.S.P.P. per gli apprendisti e i lavoratori minorenni non esposti a rischi tabellati.

Senza entrare nel merito della scelta di un regime di A.S.P.P. diverso per le due categorie di lavoratori suddette rispetto a tutte le altre, si ritiene che nell’attualità le strutture sanitarie pubbliche più adeguate (o meno inadeguate) ad assumere il carico di detti A.S.P.P. siano gli S.Pre.S.A.L.: non i Servizi di Medicina Legale, non i Servizi di Assistenza Sanitaria di Base (“Distretti”), non i singoli medici di base convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale. Gli S.Pre.S.A.L. hanno, per lo meno, la possibilità di valutare, parallelamente alla situazione sanitaria dei singoli soggetti, i fascicoli delle aziende in cui essi andranno a lavorare o nelle quali già lavorano, le relazioni descrittive delle lavorazioni e/o le liste delle sostanze e dei prodotti utilizzati (eventualmente richiesti ad hoc), e, se necessario, anche direttamente gli ambienti di lavoro mediante sopralluoghi mirati; in tal modo, un’attività in sé non propria per gli S.Pre.S.A.L. può divenire in larga parte assimilabile ad una attività di vigilanza, realmente “altra” da quella dei medici competenti delle aziende / enti.

Sotto tali premesse, è essenziale che gli A.S.P.P. per apprendisti e lavoratori minorenni esposti a rischi “non tabellati” siano eseguiti non presso la U.S.L. / A.S.L. di

residenza dei singoli soggetti, ma presso la U.S.L. / A.S.L. che ha competenza territoriale sull'azienda in cui essi andranno a lavorare o già lavorano.

### 3. ATTIVITÀ SANITARIE PROPRIE DEGLI S.Pre.S.A.L.

3.1. È propria degli S.Pre.S.A.L. l'esecuzione delle attività sanitarie di primo livello che si collegano direttamente ad attività di vigilanza e di prevenzione in senso generale, che si identificano con:

- il controllo e coordinamento degli A.S.P.P., cui già si è accennato;
- la esecuzione di indagini sullo stato di salute di gruppi di lavoratori, secondo modelli epidemiologici, comprensive, quando opportuno, della esecuzione diretta di accertamenti sanitari mirati nell'ambito di indagini trasversali;
- la conduzione di attività formative, informative e di educazione alla salute.

3.2. Le funzioni di coordinamento e di controllo degli A.S.P.P. (che non si configurano come sistematici controlli di processo né come accertamenti a valenza fiscale sull'attività dei medici incaricati degli A.S.P.P.) comprendono essenzialmente:

- la elaborazione e la proposta, e, qualora opportuno, la prescrizione, di protocolli di sorveglianza sanitaria particolarmente adeguati, oltre che per il controllo sanitario individuale, per la sorveglianza epidemiologica;
- la verifica dei protocolli di sorveglianza sanitaria in uso, anche alla luce dei dati disponibili sulle lavorazioni e gli ambienti di lavoro, e della adeguatezza delle prestazioni sanitarie erogate;
- l'offerta di iniziative di confronto, di aggiornamento e di formazione permanente per i medici incaricati degli A.S.P.P.;
- la verifica di qualità e di completezza delle notifiche relative alle malattie professionali e dell'adempimento degli altri obblighi di informativa derivanti dalla esecuzione degli A.S.P.P..

3.3. Le indagini sullo stato di salute e di malattia di gruppi di lavoratori, proprie delle strutture zonali per lo S.Pre.S.A.L., comprendono:

- l'attivazione e la verifica sistematica dei canali informativi potenzialmente utili per la conoscenza dello stato di salute e di malattia della popolazione lavorativa (sistemi di sorveglianza "dedicati" quali gli A.S.P.P., sistemi di sorveglianza generali quali le rilevazioni dei dati di mortalità e quelle di incidenza delle neoplasie, fonti di rilevazione di per sé non sistematica quali le strutture ospedaliere e poliambulatoriali di diagnosi e cura, con particolare attenzione per i Servizi di Anatomia Patologica);
- l'estrazione periodica e sistematica di informazioni prodotte dagli A.S.P.P., la loro categorizzazione ed elaborazione longitudinale per classi di esposizione;

- l'analisi periodica e sistematica dei dati generali di mortalità e, qualora disponibili (nel caso esistano Registri Tumori), di quelli sulla incidenza delle neoplasie;
- la raccolta di eventi sentinella da sistemi di sorveglianza generali quali le rilevazioni dei dati di mortalità e quelle di incidenza delle neoplasie, così come da fonti di rilevazione di per sé non sistematica quali le strutture ospedaliere e poliambulatoriali di diagnosi e cura e i Servizi di Anatomia Patologica;
- l'esecuzione di indagini sui casi di malattia professionale notificati o direttamente accertati dalla struttura, attività le cui valenze non necessariamente si riducono a quelle di Polizia Giudiziaria, perché non di rado essa può innescare processi di conoscenza di situazioni di rischio non note tramite gli altri canali informativi, e può altresì costituire un indicatore dell'efficacia (o non efficacia), a distanza di tempo, degli interventi di bonifica realizzati;
- la raccolta e la analisi di dati sulle esposizioni;
- l'integrazione tra le informazioni ricavate dai dati sanitari e quelle ricavate dai dati sulle esposizioni;
- l'esecuzione di indagini trasversali per studi sulla prevalenza delle patologie in gruppi di esposti e di non esposti, comprensive, quando opportuno, della esecuzione diretta di accertamenti sanitari mirati.

3.4. Le attività formative, informative e di educazione alla salute sono fondamentali ed irrinunciabili per gli S.Pre.S.A.L.. Esse non possono essere affidate semplicemente alla buona volontà ed alla iniziativa dei singoli Servizi e/o delle aggregazioni spontanee degli operatori che in essi operano (sono indispensabili degli atti di indirizzo complessivo e la definizione di alcune priorità generali quanto meno a livello regionale), ma vanno accettati ed anzi incentivati anche interventi "locali" e "piccoli" rivolti a singoli gruppi di lavoratori e di loro rappresentanti, sotto l'unica condizione che siano garantite, in forma esplicita e leggibile, anche a distanza di tempo:

- una identificazione degli obiettivi di salute da conseguire;
- una descrizione della base razionale dell'intervento, del programma formativo / informativo elaborato e delle azioni effettivamente realizzate;
- una valutazione del "punto di partenza" e del "punto di arrivo" dei soggetti coinvolti nell'intervento.

È importante che i "materiali didattici" siano redatti in forma adeguata ad una loro diffusione ed eventualmente ad un loro ulteriore impiego anche da parte di altri operatori sanitari; la cosiddetta "letteratura grigia" può essere molto utile a condizione che sia redatta in forma grafica decorosa ed effettivamente leggibile (i materiali eccessivamente "in codice" nascono e muoiono nel solo contesto che li ha prodotti).

#### 4. GLI A.S.P.P. PER APPRENDISTI E LAVORATORI MINORENNI ESPOSTI A RISCHI “NON TABELLATI” - LINEE DI INDIRIZZO GENERALE.

4.1. Del problema generale costituito dagli A.S.P.P. per apprendisti e lavoratori minorenni esposti a rischi “non tabellati” si è detto al punto 2.3.; si richiama che, posti i vincoli di legge, il loro affidamento agli S.Pre.S.A.L. va inteso come un mandato normativo.

4.2. È ovviamente necessario che gli A.S.P.P. per le categorie suddette vengano affidati a medici di adeguata competenza professionale specifica, ma non è giuridicamente indispensabile che detti medici possiedano la qualifica di “medico competente” così come definita dal D. Lgs 277/91 e dal D. Lgs 626/94 (in quanto non svolgono attività proprie del “medico competente” delle aziende / enti, ma fanno qualcosa di diverso).

4.3. Il personale infermieristico (assistenti sanitari, infermieri professionali) degli S.Pre.S.A.L., opportunamente formato, può essere utilmente coinvolto non soltanto nella diretta esecuzione degli A.S.P.P. per le categorie suddette (raccolta di anamnesi, esecuzione di audiometrie e spirometrie, raccolta di campioni biologici), ma anche in attività associate che possono configurarsi, alla fine, come quelle più proprie del ruolo degli S.Pre.S.A.L.: interventi di informazione e formazione degli esposti a rischi professionali (sia rivolti alla singola persona, sia organizzati per piccoli gruppi), valutazione della documentazione sulle esposizioni e i relativi rischi già disponibile presso gli archivi dei Servizi, nei fascicoli delle aziende presso le quali i soggetti andranno a lavorare o già lavorano, acquisizione da tali aziende (anche in sede di sopralluogo) di ulteriori dati utili a valutare esposizioni e rischi ed a programmare gli A.S.P.P..

4.4. Al personale di segreteria degli S.Pre.S.A.L., opportunamente formato, possono essere utilmente affidate non solo funzioni esecutive, quali la ricezione delle prenotazioni per le visite e la tariffazione delle prestazioni a pagamento (vale a dire, quelle di cui alla Legge 25/55 per le quali gli oneri sono interamente a carico dei datori di lavoro), ma anche, in posizione autonoma:

- le attività di informazione basilare all'utenza su significato ed organizzazione degli A.S.P.P.;
- la selezione dei titoli di mansione (futura o attuale) che, dichiarati al momento della prenotazione (anche telefonica) di una visita “preventiva” o periodica, sulla base di protocolli definiti e del buon senso, configurino l'assegnazione di un soggetto ad un “percorso” di accertamenti sanitari del tutto elementare (senza esami integrativi della visita medica) ovvero a “percorsi” più complessi, ma standardizzati (che, oltre alla visita medica, prevedano il prelievo di un campione di sangue, la raccolta di un campione di urine, l'esecuzione di un'audiometria e/o di una spirometria) ovvero ancora a percorsi “non standard” (per la definizione dei quali è necessario consultare già in quel momento uno dei medici del Servizio).

Tra le informazioni che il personale amministrativo del Servizio può e deve fornire all'utenza già in fase di prenotazione della visita vi sono anche quelle circa la documentazione che andrà presentata preliminarmente alla visita medesima, vale a dire:

- il libretto di lavoro;

- la richiesta di visita redatta dal datore di lavoro (futuro o attuale), sul modulo elaborato abitualmente dallo S.Pre.S.A.L. ed auspicabilmente in distribuzione, oltre che presso tutte le sedi del Servizio medesimo, presso gli Uffici di Collocamento (va evidenziato che la compilazione di tale modulo non costituisce un mero adempimento burocratico, ma serve a fornire al Servizio alcune informazioni integrative del titolo di mansione del visitando, in molti casi indispensabili alla definizione del protocollo di sorveglianza sanitaria);
- il certificato di vaccinazione antitetanica e/o documenti equivalenti (ad esempio, il “libretto sanitario” relativo al periodo di servizio militare di leva, riportante le date di eventuali somministrazioni di vaccino antitetanico);
- la eventuale documentazione sanitaria recente del lavoratore, riferita ad accertamenti eseguiti ad altro titolo.

Occorre tenere presente che, per le sole visite per le quali non sarà necessario alcun accertamento strumentale, è possibile prevedere un tempo medio di esecuzione di circa quindici minuti; per tutte le altre (comprese quelle relative ad operatori amministrativi che debbano lavorare con personal computer per tempi “significativi” - vedi 4.12) è opportuno prevedere un tempo medio di esecuzione di circa venti minuti.

Si richiama inoltre l’opportunità che i soggetti che dovranno essere sottoposti a prelievo ematico o che dovranno consegnare un campione di urine vengano prenotati comunque nella prima parte delle sedute di ambulatorio, in corrispondenza delle quali va previsto un passaggio per il ritiro di campioni biologici destinati al laboratorio.

4.5. È assolutamente da evitare, per quanto già detto al Capitolo 1., l’esecuzione routinaria (“rituale”) di accertamenti sanitari “di base” non mirati a esposizioni / rischi professionali specifici per ciascun soggetto in relazione all’azienda, al ciclo produttivo, alla mansione.

Se anche, in tale prospettiva, si vuol adottare una logica di “screening di salute” di medicina generale, ad esempio con una “batteria” di esami “di base” (alcune determinazioni ematochimiche, ECG e quant’altro), ciò non può che avvenire sulla base di programmi:

- esplicitati (nelle loro basi razionali e nelle loro modalità applicative) e formalmente assunti nelle linee programmatiche dello S.Pre.S.A.L.;
- condotti sulla base di standard di qualità verificabili e verificati;
- comunque sottoposti a revisione periodica di logicità ed efficacia.

4.6. Al di fuori degli eventuali programmi formalizzati di cui al punto 4.5., sono giustificati, ed anzi doverosi, tutti gli esami integrativi della “visita medica” classica (raccolta anamnestica, esame obiettivo mirato, formulazione di un giudizio clinico conclusivo) che siano espressamente ed utilmente mirati alla valutazione di esposizioni / rischi professionali specifici e delle condizioni di salute / malattia di un soggetto possibilmente conseguenti / interagenti.

4.7. Se i titoli descrittivi delle mansioni sono sufficientemente esaurienti (ad esempio, non solo “addetto macchine” ma “addetto a macchine per lo stampaggio di materie plastiche”), in molti casi essi sono sufficienti a definire a priori l’opportunità di alcuni esami integrativi della visita medica, con buona ragionevolezza e con presunzione di accettabile sensibilità, a prescindere da qualunque informazione specifica sull’azienda, il ciclo produttivo, le sostanze e i prodotti utilizzati.

Riprendendo quanto al punto 4.4., **sulla base del titolo di mansione dichiarato e di protocolli di Servizio formalizzati**, il personale amministrativo di uno S.Pre.S.A.L., se opportunamente formato, può essere tranquillamente in grado di identificare, in modo autonomo e già al momento della prenotazione (anche telefonica) di una visita, la massima parte di quei soggetti che dovranno portare un campione di urine ed essere sottoposti a prelievo ematico, per cui è opportuno che si presentino una prima volta in giornate ed orari precisi, compatibili con prelievi ematici e raccolta di urine (in funzione degli accordi locali con gli autisti che devono raccogliere i campioni e con i laboratori che devono effettuare le analisi).

Se questa selezione dei “visitandi” viene realizzata dal personale amministrativo in modo autonomo e già al momento della prenotazione (anche telefonica) di una visita, si otterrà che per la massima parte dei soggetti che dovranno portare un campione di urine ed essere sottoposti a prelievo ematico ci si potrà limitare a due accessi al Servizio: il primo, appunto, per la consegna del campione di urine ed il prelievo ematico, il secondo per la visita vera e propria ed altri eventuali esami integrativi (soprattutto, audiometria e spirometria) quando già si disponga degli esiti degli esami urinari ed ematici.

Si può addirittura pensare, per la massima parte di tali soggetti, di ridurre gli accessi da due a uno: nello stesso giorno della consegna del campione di urine e del prelievo ematico possono essere effettuati la visita medica e gli eventuali esami integrativi contestualmente eseguibili, con immediata formulazione e registrazione del giudizio clinico complessivo; solo i rari soggetti per i quali l’esame delle urine e del sangue abbiano identificato dati significativamente alterati, in assenza di precedenti indizi anamnestici, andranno richiamati per una revisione del giudizio clinico.

Diverso è il caso dei soggetti inviati a visita specialistica (più spesso otorinolaringoiatrica o oculistica); se una visita specialistica è stata richiesta, evidentemente il medico visitatore l’ha ritenuta rilevante ai fini della formulazione del giudizio di idoneità; il rilascio del giudizio di idoneità, pertanto, non potrà avvenire che nell’ambito di un secondo accesso del soggetto, una volta che si siano acquisite le risultanze della visita specialistica.

4.8. La necessità di un monitoraggio biologico specifico non può essere valutata, invece, altro che dal personale sanitario (medico o infermieristico opportunamente formato).

Una parte delle situazioni che comportano tali necessità può essere valutata, in effetti, già al momento della prenotazione della visita; personale amministrativo opportunamente formato può quanto meno “sospettare” alcune di tali situazioni e consultare il personale sanitario, in modo da ricondurle alla procedura di cui al punto 4.5 (due se non addirittura un solo accesso per i soggetti interessati).

Situazioni comportanti necessità di monitoraggio ancor più particolari (in quanto non prevedibili sulla base del solo titolo di mansione, ma emergenti solo da un approfondimento dell'indagine anamnestica ed eventualmente da una specifica conoscenza della situazione lavorativa in cui il soggetto andrà ad operare o già opera) possono essere identificate solo dal medico in sede di visita; dette situazioni, inevitabilmente, comporteranno la necessità quanto meno di un accesso aggiuntivo, ma anche esse sono assai rare.

4.9. È da assumersi che un esame audiometrico “di base” di accettabile qualità / affidabilità debba poter essere effettuato presso qualsunque sede di uno S.Pre.S.A.L.; non è perciò indispensabile che la sua necessità sia riconosciuta già in fase di prenotazione di una visita, ma è sufficiente che la si identifichi al momento in cui un soggetto si presenta a visita al Servizio, per programmare tempi e modi del suo iter individuale di accertamenti sanitari.

Salvo casi particolari, il personale infermieristico di uno S.Pre.S.A.L., opportunamente formato, può e deve essere in grado di selezionare in modo autonomo i titoli di mansione che, ragionevolmente, si associano ad esposizioni a rumorosità (anche solo per determinate fasi di lavoro) potenzialmente nocive.

A buon senso, pur in assenza di validazioni scientifiche dirette, può assumersi che il protocollo suddetto vada applicato:

- una prima volta in occasione della visita “preventiva”;
- in seguito, con periodicità annuale (anche se le visite mediche “classiche” dovessero seguire una periodicità diversa, salvo diversa valutazione del medico dello S.Pre.S.A.L., caso per caso).

4.10. È da assumersi che un esame spirometrico “ di base” di accettabile qualità / affidabilità debba poter essere effettuato presso qualsunque sede di uno S.Pre.S.A.L.; non è perciò indispensabile che la sua necessità sia riconosciuta già in fase di prenotazione di una visita, ma è sufficiente che la si identifichi al momento in cui un soggetto si presenta a visita al Servizio, per programmare tempi e modi del suo iter individuale di accertamenti sanitari.

Salvo casi particolari, il personale infermieristico di uno S.Pre.S.A.L., opportunamente formato, può e deve essere in grado di selezionare in modo autonomo i titoli di mansione che, ragionevolmente, si associano ad esposizioni ad agenti potenzialmente bronco-pneumolesivi (quanto meno: fumi, vapori e polveri; vapori di acidi e basi forti; silice libera cristallina; amianto; fibre minerali artificiali).

A buon senso, pur in assenza di validazioni scientifiche dirette, può assumersi che il protocollo suddetto vada applicato:

- una prima volta in occasione della visita “preventiva”;
- in seguito, con periodicità annuale (anche se le visite mediche “classiche” dovessero seguire una periodicità diversa, salvo diversa valutazione del medico dello S.Pre.S.A.L., caso per caso).

4.11. Non appare giustificata la richiesta di esami radiografici del torace “preventivi” o periodici, al di fuori dei casi espressamente previsti per legge (in pratica, limitati alle sole esposizioni a silice libera cristallina e/o amianto) e di quelli in cui si abbia il rilievo o almeno il sospetto di patologie per tale via diagnosticabili (ad esempio: processi polmonitici addensanti; neoplasie polmonari primitive o secondarie; malformazioni polmonari e/o cardiache radiograficamente rilevabili).

4.12. Si ritiene giustificato che tutti i soggetti che, per dichiarazione espressa o per ragionevole supposizione, andranno ad operare con videoterminali o, più generalmente, con personal computer per tempi “significativi” (convenzionalmente, da assumersi in quattro o più ore al giorno, anche se non continuative) siano sottoposti, da parte del personale medico o infermieristico dello S.Pre.S.A.L., ad un controllo di base della funzione visiva costituito da:

- un test di lettura della tavola optometrica (con illuminazione posteriore o meno) fino alla riga dei 7/10, da una distanza di tre metri;
- un test di lettura delle “tavole di Ishihara” per la sensibilità cromatica.

Solo i soggetti portatori di deficit visivi non corretti o insufficientemente corretti (tali da comportare il non superamento di uno o entrambi i test suddetti) e/o che all’indagine anamnestica riportino patologie oculari importanti attuali o pregresse (ad esempio: cheratocono; pregressi interventi chirurgici per strabismo; daltonismo) verranno inviati dal medico dello S.Pre.S.A.L. ad un controllo oculistico specialistico.

A buon senso, pur in assenza di validazioni scientifiche dirette, può assumersi che il protocollo suddetto vada applicato:

- una prima volta in occasione della visita “preventiva”;
- in seguito, con periodicità annuale (anche se le visite mediche “classiche” dovessero seguire una periodicità diversa, salvo diversa valutazione del medico dello S.Pre.S.A.L., caso per caso).

4.13. La richiesta di accertamenti allergologici integrativi (visite specialistiche, patch-test, prick-test, RAST etc.) si ritiene giustificata solo sulla base del rilievo (anamnestico e/o obiettivo), da parte del medico dello S.Pre.S.A.L., di patologie allergologicamente rilevanti.

L'esecuzione di accertamenti allergologici periodici, a cadenza ritmica (annuale, biennale etc.) sulla sola base di un titolo di mansione che prefiguri esposizioni ad allergeni (ad esempio: "panificatore", "parrucchiere"), in assenza di sintomi e/o segni di sopravveniente patologia specifica, non risulta validata da alcun dato della letteratura scientifica né appare in altro modo giustificata.

4.14. Si ritiene giustificato che per i soli soggetti addetti alla movimentazione di carichi di entità significativa (per peso delle singole unità movimentate e/o frequenza dell'operazione e/o escursione del carico) e/o significativamente esposti a traumi della colonna e/o del cingolo superiore, il medico dello S.Pre.S.A.L. effetti, all'atto sia della visita "preventiva" sia, successivamente, con periodicità annuale (salvo sua diversa valutazione, caso per caso):

- un esame anamnestico elementare mirato alle patologie di interesse ortopedico e/o fisiatrico;
- una valutazione obiettivo-funzionale elementare della colonna (in stazione eretta nonché durante la flessione attiva e l'estensione attiva degli arti inferiori a bacino fermo);
- una valutazione obiettivo-funzionale elementare del cingolo superiore (flesso-estensione attiva e passiva delle articolazioni scapolo-omerale).

La richiesta di accertamenti ortopedici / fisiatrici integrativi (visite specialistiche, esami radiografici ecc.) si ritiene giustificata solo sulla base del rilievo (anamnestico e/o obiettivo), da parte del medico dello S.Pre.S.A.L., di patologie ortopedicamente / fisiaticamente rilevanti.

L'esecuzione di accertamenti ortopedici periodici, a cadenza ritmica (annuale, biennale etc.) sulla sola base di un titolo di mansione che prefiguri movimentazione di carichi "pesanti" e/o sollecitazioni muscolo-tendinee frequentemente ripetute e/o protratte nel tempo (ad esempio: "muratore", "camionista", "videoterminalista"), in assenza di sintomi e/o segni di sopravveniente patologia specifica, non risulta validata da alcun dato della letteratura scientifica né appare in altro modo giustificata.

4.15. La richiesta di accertamenti neurologici / psichiatrici integrativi (visite specialistiche, EEG, ENMG, "potenziali evocati", test psicometrici etc.) si ritiene giustificata solo sulla base del rilievo (anamnestico e/o obiettivo), da parte del medico dello S.Pre.S.A.L., di patologie neurologicamente / psichiatricamente rilevanti.

L'esecuzione di accertamenti neurologici / psichiatrici periodici, a cadenza ritmica (annuale, biennale etc.) sulla sola base di un titolo di mansione che prefiguri rischi di caduta dall'alto (ad esempio: "muratore", "ponteggiata") o altri rischi di infortunio grave (ad esempio: "addetto a presse per stampaggio lamiera"; "manutentore di macchinari industriali"), in assenza di sintomi e/o segni di sopravveniente patologia specifica, non risulta validata da alcun dato della letteratura scientifica né appare in altro modo giustificata.

4.16. La richiesta di accertamenti cardiologici integrativi (visite specialistiche, ECG “basali” e/o “da sforzo” etc.) si ritiene giustificata solo sulla base del rilievo (anamnestico e/o obiettivo), da parte del medico dello S.Pre.S.A.L., di patologie cardiologicamente rilevanti.

L'esecuzione di accertamenti cardiologici periodici, a cadenza ritmica (annuale, biennale etc.) sulla sola base di un titolo di mansione che prefiguri sforzi fisici rilevanti (ad esempio: “magazziniere con movimentazione manuale di carichi”; “addetto alla manutenzione di forni industriali”), in assenza di sintomi e/o segni di sopravveniente patologia specifica, non risulta validata da alcun dato della letteratura scientifica né appare in altro modo giustificata.

4.17. La richiesta di accertamenti diabetologici integrativi (visite specialistiche, profilo glicemico sulle ventiquattro ore, glicosuria etc.) si ritiene giustificata solo sulla base del rilievo (anamnestico e/o obiettivo), da parte del medico dello S.Pre.S.A.L., di patologie diabetologicamente rilevanti.

L'esecuzione di accertamenti diabetologici periodici, a cadenza ritmica (annuale, biennale etc.) sulla sola base di un titolo di mansione che prefiguri una iper-sollecitazione del pancreas endocrino (ad esempio, in relazione al lavoro a turni, compreso il lavoro con turno di notte “fisso”), in assenza di sintomi e/o segni di sopravveniente patologia specifica, non risulta validata da alcun dato della letteratura scientifica né appare in altro modo giustificata.

4.18. Per i lavoratori esposti a “rischio biologico”, è essenziale associare a qualunque protocollo di sorveglianza sanitaria, un programma di controllo sierologico (ove indicato) / vaccinazione / eventuale rivaccinazione:

- per il tetano, per tutte le categorie di lavoratori menzionate dalla legge;
- per l'epatite A, per tutti quanti siano esposti a rischio di contatto con materie fecali (ad esempio, gli addetti allo svuotamento di pozzi neri e gli addetti alla conduzione / manutenzione di impianti di depurazione di acque reflue);
- per l'epatite B, per tutti quanti siano esposti a rischio di contatto con sangue (ad esempio, gli operatori sanitari, gli assistenti di poltrona degli studi odontoiatrici e gli addetti alla raccolta di rifiuti).

4.19. Qualora per un soggetto in esame sia nota o ipotizzabile un'esposizione occupazionale ad uno o più altri agenti di rischio non considerati nei paragrafi precedenti, è necessario far ricorso a protocolli di accertamento sanitario espliciti e sufficientemente validati.

4.20. Il giudizio di idoneità è un esito importante degli accertamenti che fanno parte di un processo di sorveglianza sanitaria, ma non è il suo solo esito importante, né tanto meno è il suo obiettivo.

È da considerarsi come prioritario che il giudizio di idoneità non divenga strumento di “selezione del personale” da parte delle aziende, ma valorizzi la sua funzione di strumento di tutela sanitaria del lavoratore:

- sia rispetto alle esposizioni occupazionali di soggetti sani, “predisposti” o meno a contrarre determinate patologie professionali;
- sia rispetto all’inserimento / mantenimento al lavoro di soggetti già affetti da patologie professionali, che possono condizionare o meno la loro adeguatezza a determinate mansioni;
- sia rispetto all’inserimento / mantenimento al lavoro di soggetti già affetti da patologie non professionali, che condizionino la loro adeguatezza a determinate mansioni.

4.21. Gli oneri economici relativi alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori disposta per legge sono a carico del datore di lavoro; vanno compresi in tale ambito non solo il pagamento del corrispettivo degli accertamenti sanitari condotti sui lavoratori (visite mediche “classiche” ed eventuali esami integrativi) ma anche il riconoscimento ai lavoratori, in forma di tempo di lavoro o in altro modo equivalente, del tempo necessario per sottoporsi agli accertamenti medesimi.

Nel caso che, in occasione di una visita periodica (“ri-visita”), si constati il mancato e sostanziale rispetto della periodicità prescritta per motivi diversi dalla forza maggiore (quali potrebbero essere una interruzione del lavoro per malattia o la prestazione del servizio militare di leva), si ritiene corretto e coerente (in quanto la ri-visita del soggetto richiede in tali casi più tempo ed impegno di una ri-visita “normale”) che lo S.Pre.S.A.L. addebiti al datore di lavoro un costo di visita equiparato a quello di una visita preventiva. Si precisa che tale considerazione non dovrà essere applicata a ritardi di pochi giorni, ma a ritardi sostanziali.

4.22. Il giudizio di idoneità / inidoneità alla mansione specifica viene formulato dal medico visitatore del Servizio, a prescindere dal fatto che possieda o meno la qualifica di “medico competente”, non appena egli disponga di tutti gli elementi necessari, vale a dire già in esito al primo accesso di un soggetto (anche in mancanza dei risultati di analisi di urine e/o sangue, salvo casi specifici da identificarsi a giudizio del medico medesimo), ovvero, nei non numerosi casi per i quali risultino indispensabili i risultati di accertamenti integrativi non immediatamente disponibili, in esito ad un secondo accesso del soggetto (in tali casi il soggetto verrà direttamente prenotato per una data e un orario in cui sia ragionevolmente presumibile che pervenga tutto quanto necessario).

La certificazione medica relativa agli accertamenti condotti, completa del giudizio di idoneità alla mansione, viene riportata:

a) nella cartella sanitaria individuale;

b1) nelle apposite parti del libretto di lavoro, quando lo spazio sia sufficiente (lo spazio per scrivere quanto necessario può in effetti essere insufficiente, particolarmente nel caso di modelli di libretto di lavoro particolarmente “miniaturizzati”, di visite plurime e soprattutto in presenza di controindicazioni, limitazioni o prescrizioni);

b2) in un apposito modello predisposto dallo S.Pre.S.A.L., da pinzare al libretto di lavoro, in tutti i casi in cui non vi sia spazio sufficiente nelle apposite parti del libretto di lavoro.

Stante il riferimento alle Leggi 25/55 e 977/67 (“compiti dell’ufficiale sanitario”), anziché al D.P.R. 303/56, al D. Lgs. 277/91 ed al D. Lgs. 626/94 (“compiti del medico

competente”), il giudizio di idoneità viene rilasciato sempre dal medico accertatore, a prescindere dal fatto che questi sia in possesso o meno della qualifica di medico competente.

Il giudizio di idoneità viene rilasciato direttamente all'atto della visita quando gli accertamenti integrativi richiesti e non eseguibili in sede abbiano un carattere di supporto alla valutazione complessiva, e non siano altamente specifici ed essenziali per il tipo di mansione svolta, fatta salva la facoltà e necessità di richiamare il soggetto in caso di alterazioni significative.

In tal caso, è comunque opportuno che il medico accertatore compili la prima parte del giudizio di idoneità, e cioè quella riferita alle notizie sanitarie di carattere generale, poichè solo egli è nelle condizioni, visu proprio, di descrivere le condizioni del visitato, lasciando in tal modo all'eventuale collega che esprimerà l'idoneità, e che spesse volte non si trova più di fronte il lavoratore, unicamente il compito di trarre le conclusioni alla luce dell'esito degli accertamenti integrativi.

4.23. Gli oneri relativi alla sorveglianza sanitaria disposta per legge sono a carico del datore di lavoro.

E' cura del personale amministrativo di:

- redigere (su apposito modello comprensivo di tariffario) la distinta delle singole prestazioni rese (dallo S.Pre.S.A.L., da altre strutture sanitarie della A.S.L. o anche da strutture sanitarie non della A.S.L., ma con essa convenzionate ad hoc) per ciascun lavoratore di ciascuna ditta (eventualmente accorpate quando si presentino contemporaneamente più lavoratori appartenenti alla stessa ditta);
- inviare tale distinta al Servizio di Contabilità Finanziaria e dei Costi, che provvederà alla emissione della fattura.

## 5. GLI A.S.P.P. PER APPRENDISTI E LAVORATORI MINORENNI ESPOSTI A RISCHI “TABELLATI”.

5.1. Il D. Lgs. 345/99 ha fatto chiarezza per quanto riguarda la sorveglianza sanitaria nei confronti di apprendisti, lavoratori adolescenti (tra 15 e 18 anni) e lavoratori tra i 18 e i 21 anni di età esposti a rischi “tabellati”.

La attribuzione ai medici competenti delle singole aziende degli A.S.P.P. (vale a dire, delle visite pre-assuntive e periodiche per apprendisti e adolescenti) è da attuarsi mediante applicazione generalizzata, verificando che tutte le aziende soggette all'obbligo della sorveglianza sanitaria procedano alla nomina del medico competente.

5.2. L'esecuzione degli A.S.P.P. per le categorie suddette è affidata a tutto il personale medico che abbia la qualifica giuridica di “medico competente”, coadiuvato eventualmente da personale infermieristico, non dipendente dal Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, al quale è invece affidata la funzione di indirizzo e di controllo.

5.3. Nell'ambito della verifica degli A.S.P.P. per le categorie suddette, il personale infermieristico del Servizio è a pieno titolo coinvolto non solo nella raccolta di anamnesi, nell'esecuzione di audiometrie e spirometrie e nella raccolta di campioni biologici ma anche:

- negli interventi di informazione e formazione degli esposti a rischi occupazionali (sia rivolti alla singola persona, sia organizzati per piccoli gruppi);
- nella valutazione della documentazione sulle esposizioni e i relativi rischi già disponibile presso gli archivi del Servizio, nei fascicoli delle aziende presso cui i soggetti andranno a lavorare o già lavorano;
- nella acquisizione da tali aziende (anche in sede di sopralluogo) di ulteriori dati utili a valutare esposizioni e rischi.

5.4. Al personale di segreteria del Servizio sono affidate, in posizione autonoma:

- le attività di informazione basilare all'utenza su significato ed organizzazione degli A.S.P.P.;
- la selezione dei titoli di mansione (futura o attuale) che, dichiarati al momento della prenotazione (anche telefonica) di una visita "preventiva" o periodica, sulla base di protocolli definiti e del buon senso, configurino l'assegnazione di un soggetto alla struttura pubblica (assenza di rischi tabellati) o al medico competente aziendale (presenza di rischi tabellati).

E' di grande importanza la precisazione, all'atto della prenotazione della visita da parte del personale dello S.Pre.S.A.L., che una non corretta o imprecisa compilazione della richiesta di visita redatta dal datore di lavoro, particolarmente per quanto riguarda la descrizione dell'attività lavorativa dell'azienda, la mansione (futura o attuale) del visitando e l'identificazione degli agenti di rischio a cui questi è o sarà esposto, potrebbe invalidare la procedura di visita, ovvero rimandare il soggetto al medico competente aziendale; ciò soprattutto in relazione all'obiettivo di eseguire tutti gli accertamenti necessari con un unico accesso, ogni volta che ciò sia possibile.

5.5. Si valuta che l'applicazione, nel contesto degli A.S.P.P. attualmente eseguiti, di procedure di "screening di salute" di medicina generale sia eccessivamente onerosa e soprattutto non giustificata in termini di efficienza ed efficacia, premessa l'esistenza di altre e meglio fondate reti di sorveglianza sanitaria "generale", ad iniziare da quella garantita dai medici di famiglia.

5.6. Si ribadisce che sono giustificati, ed anzi doverosi, tutti gli esami integrativi della "visita medica" classica (raccolta anamnestica, esame obiettivo mirato, formulazione di un giudizio clinico conclusivo) che siano espressamente ed utilmente mirati alla valutazione di esposizioni / rischi professionali specifici e delle condizioni di salute / malattia di un soggetto possibilmente conseguenti / interagenti.

Il “pacchetto” degli esami integrativi “di base” può essere definito come segue:

- · la determinazione dell'emocromo, quale indicatore della funzione emopoietica;
- · la determinazione dell'attività enzimatica della AST, della ALT, della colinesterasi e della gamma-GT, quali indicatori della funzione epatica;
- · la determinazione della creatinemia, quale indicatore della funzionalità renale;
- · la determinazione della glicemia basale a digiuno, quale indicatore (seppur poco sensibile) di eventuali alterazioni della funzionalità del pancreas endocrino;
- · un esame “standard” delle urine (la “batteria” standard delle determinazioni chimico-fisiche completata dall'esame microscopico del sedimento), quale possibile rivelatore di eventuali alterazioni di diversi parametri di “buona salute” dal punto di vista ematologico, diabetologico ed urinario.

Detto protocollo di esami integrativi “di base” può essere (estensivamente, ma “a buon senso” senza eccessivo spreco di risorse) applicato da parte del medico competente a tutti coloro che possono assumersi come (futuri o attuali) esposti a:

- solventi idrocarburici (sostituiti o meno: compresi perciò il tricloroetilene ovvero trielina, il tetracloroetilene ovvero percloroetilene e gli altri organoclorurati);
- combustibili idrocarburici;
- monomeri di resine e materie plastiche;
- amine aromatiche tal quali, nonché a coloranti e/o pigmenti azoici da esse derivati;
- piombo, sia organico sia inorganico (fatto salvo quant'altro deriva, in termini di monitoraggio biologico specifico, dall'applicazione del D. Lgs. 277/91).

In termini pratici, per quanto detto più sopra, sulla base del solo titolo di mansione il protocollo suddetto può essere applicato a tutti i lavoratori delle seguenti categorie:

- gli addetti al decapaggio di lamiere e pezzi metallici in genere;
- i verniciatori (sia a spruzzo, sia a pennello), compresi gli imbianchini;
- gli addetti alle pompe nelle stazioni di distribuzione di carburanti;
- gli addetti alla sintesi, alla modellazione (“resinisti”) ed allo stampaggio di resine e materie plastiche in genere;
- gli addetti a laboratori di analisi, sia biologico-cliniche, sia industriali;
- gli addetti alla produzione di amine aromatiche e/o coloranti e/o pigmenti azoici da esse derivati, vernici e smalti a base di detti coloranti e pigmenti;

- gli addetti alla produzione di pigmenti a base di piombo ed alla fusione del piombo (fatto salvo quant'altro deriva, in termini di monitoraggio biologico specifico, dall'applicazione del D. Lgs. 277/91).

A buon senso, pur in assenza di validazioni scientifiche dirette, può assumersi che il protocollo suddetto vada applicato:

- una prima volta in occasione della visita "preventiva";
- in seguito, con periodicità annuale (anche se le visite mediche "classiche" dovessero seguire una periodicità diversa).

5.7. Il personale amministrativo dello S.Pre.S.A.L., se opportunamente formato, può essere tranquillamente in grado di identificare, in modo autonomo e già al momento della prenotazione (anche telefonica) di una visita, i soggetti che ragionevolmente rientrano in una delle categorie di lavoratori suddette, e che pertanto devono essere indirizzati al medico competente aziendale.

5.8. La necessità di un monitoraggio biologico specifico (ad esempio: la determinazione della piombemia per gli esposti a piombo metallico; la determinazione del 2,5-esandione urinario per gli esposti ad esano) verrà valutata dal medico competente o, quando possibile, anche infermieristico, provvedendo alla raccolta dei campioni biologici secondo modalità concordate con l'Azienda e che garantiscano l'integrità durante il trasporto al laboratorio ed il rispetto della specifica normativa in merito.

Una parte delle situazioni che comportano tali necessità può essere valutata, in effetti, già al momento della prenotazione della visita; personale amministrativo opportunamente formato può quanto meno "sospettare" alcune di tali situazioni e consultare il personale sanitario.

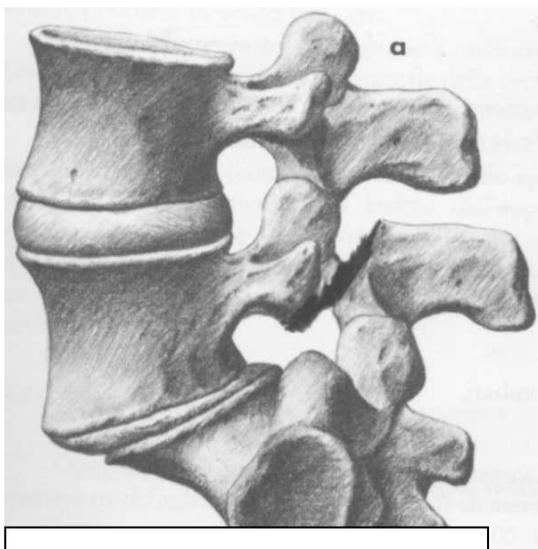
Situazioni comportanti necessità di monitoraggio ancor più particolari (in quanto non prevedibili sulla base del solo titolo di mansione, ma emergenti solo da un approfondimento dell'indagine anamnestica ed eventualmente da una specifica conoscenza della situazione lavorativa in cui il soggetto andrà ad operare o già opera), possono essere identificate solo dal medico in sede di visita.

## CONCLUSIONI

In conclusione, la normativa oggetto di trattazione si pone come utile strumento per:

- a) passare dal controllo clinico individuale alla analisi della coorte di esposti a fattori di rischio lavorativo;
- b) collegare la salute individuale alle condizioni dell'ambiente di lavoro;
- c) porre procedure vincolanti per la contrattazione tra le parti sulle misure di igiene e di sicurezza;
- d) definire con precisione le competenze e le responsabilità;
- e) migliorare la qualità delle visite mediche e degli accertamenti sanitari integrativi, costringendo il medico competente ad un costante impegno.

Indubbiamente tutto questo ha dei costi, che possono anche essere rilevanti, nella gestione dell'azienda privata o della pubblica amministrazione, sia in termini di tempo e sia di spese vive, ma pone in primo piano la centralità della salute e della prevenzione negli ambienti di lavoro.



<b>CARTELLA CLINICA</b>
Sig. ROSSI Mario
Anamnesi lavorativa