

SOCIETA' ITALIANA DI MEDICINA DEL LAVORO E IGIENE INDUSTRIALE



Il Presidente Prof Giuseppe Abbritti

Medicina del Lavoro, Malattie Respiratorie e Tossicologia Professionali e Ambientali
Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
Università degli Studi di Perugia – Via Enrico dal Pozzo – 06126 Perugia
Tel.: 075 5784026 Fax: 075 5784442 Email: presidente@simlii.net

OSSERVAZIONI DELLA SIMLII SULLA PROPOSTA DI MODIFICA AI CONTENUTI DEGLI ALLEGATI 3A E 3B DEL DECRETO LEGISLATIVO 9 APRILE 2008 n° 81

Perugia, lì 23 giugno 2010

Segretario SIMLII, Dr.ssa Lucia Isolani
C/o ASUR Marche, ZT9 Macerata Servizio PSAL, Belvedere R. Sanzio, 1 – 62100 Macerata
Tel.: 334 6632831 Fax: 0733 549251 e-mail: segretario@simlii.net

Premessa

Il D.Lgs 106/09, all'art. 25, comma 1, prevede una ridefinizione "secondo criteri di semplicità e certezza" dei contenuti degli Allegati 3A e 3B dell'Art. 40 del D.Lgs 81/08 e delle modalità di trasmissione delle relative informazioni.

Il comitato PISLL del Coordinamento delle Regioni ha istituito un gruppo di lavoro per formulare una proposta di revisione degli allegati 3A e 3B. Tale proposta (che sarà sottoposta al vaglio dei competenti tavoli tecnici ministeriali al fine di emanare il relativo decreto attuativo) fa riferimento a contenuti che sono stati anticipati alla nostra Società scientifica.

Analisi del nuovo previsto allegato 3A

Il nuovo allegato 3A si presenta condivisibile nella sua impostazione, soprattutto per la chiara indicazione che trattasi di "contenuti minimi" da rispettare per la compilazione, limitandosi così agli aspetti sostanziali e non formali. Tale impostazione è molto importante anche per l'eventuale informatizzazione della cartella personale sanitaria e di rischio, utile supporto per una adeguata gestione dell'ambulatorio e dell'attività del Medico Competente, ed auspicabilmente da incentivare e favorire (così come già avvenuto per i Medici di Medicina Generale).

Peraltra desta perplessità la richiesta obbligatoria della firma del lavoratore sul documento di idoneità, firma che invece dovrebbe essere mantenuta solo nei casi di totale informatizzazione del documento sanitario per attestazione della sua veridicità e completezza, ma resa facoltativa nei casi di compilazione di modelli cartacei, che già prevedono tale firma all'interno della cartella sanitaria e di rischio. Così come previsto, infatti, si configura una "duplicazione" della firma del lavoratore, da apporre sia sulla cartella sanitaria sia sul proprio certificato di idoneità. Pur se appare condivisibile predisporre uno strumento che attesti la data di comunicazione del giudizio scritto al lavoratore, specie quando questa non coincide con la data della visita (ad esempio nel caso di comunicazione effettuata via e-mail, di data e firma apposte successivamente su appositi registri o elenchi custoditi in azienda, etc.), prevedere necessariamente la firma del lavoratore sul certificato di idoneità costituisce un obbligo ridondante e sostanzialmente inutile e, al tempo stesso, un aggravio burocratico notevole per il Medico Competente (obbligo relativamente semplice da assolvere nella grande azienda ma assai gravoso per le PMI, l'artigianato, il settore edile etc.).

Analisi del nuovo previsto allegato 3B

Le finalità dei dati da raccogliere.

Relativamente alla proposta resa nota, si rileva prioritariamente che se la principale utilità dei flussi informativi di cui all'art. 40 - come indicato nella relazione accompagnatoria al nuovo allegato 3B - consiste nel "contributo all'orientamento delle attività di prevenzione in termini di mappatura degli esposti a rischi professionali sottoposti a sorveglianza sanitaria e di lettura del loro stato di salute", gli scopi risultano ambiziosi e, a parere della nostra Società, non agevolmente raggiungibili.

L'ottenimento di detti scopi, infatti, sarebbe possibile solamente attraverso una raccolta di dati tanto numerosi e articolati da non essere realisticamente compatibile con la normale attività di prevenzione prevista in capo ai Medici Competenti e, quindi, da loro sostanzialmente non esigibile.

L'attuale revisione del modello di raccolta dei dati, così come trapelata, pur migliorata rispetto alla iniziale formulazione, non pare comunque avere caratteristiche tali da poter soddisfare le appropriate condizioni di efficienza, efficacia e praticabilità e non segue certamente il criterio di semplicità indicato dal legislatore nel D.Lgs 106/09.

La tipologia dei dati richiesti: congruenza e praticabilità.

Non solo il numero, ma anche la qualità dei dati dovrebbe essere diversa.

Da un lato, infatti, vengono richiesti al Medico Competente numerosi dati già a disposizione di banche dati istituzionali e comunque non immediatamente disponibili al medico stesso.

Dall'altro, per quanto riguarda gli aspetti qualitativi, si osserva che per il raggiungimento di un adeguato significato epidemiologico sarebbe indispensabile definire preliminarmente gli scenari al cui interno le informazioni verranno elaborate ed utilizzate. Ad esempio, i dati richiesti fanno riferimento in parte alle mansioni ed in parte ai rischi conducendo ad un insieme di elementi difficilmente aggregabili e confrontabili.

Per quanto riguarda l'inserimento e ricerca delle unità produttive locali da anagrafica imprese viene riferito che tutte le unità produttive del nostro Paese sono già presenti e che sarà sufficiente ricercarle, ma non è precisato quali banche-dati verranno utilizzate e quale sia la loro completezza e, soprattutto, il loro aggiornamento. Una inefficienza del sistema (si tenga presente, ad esempio, l'evolutivezza della organizzazione delle grandi industrie o il turn-over nell'ambito delle piccole imprese) costringerebbe ogni Medico Competente ad inserire gran parte delle unità produttive locali di sua pertinenza, con un impegnativo lavoro di caricamento manuale.

Altro elemento da prendere in considerazione è costituito dalla estrema frammentarietà delle realtà produttive italiane (oltre il 90 % delle aziende sono al di sotto della dimensione dei 10 addetti) e dalla estrema variabilità della consistenza della popolazione occupata (anche in relazione al *turn-over* aziendale e alla presenza di contratti "atipici", di tempo determinato, lavoro somministrato etc.). Soprattutto in questi casi, porre a carico del Medico Competente (che necessariamente finisce per dover assistere un elevato e variegato numero di microaziende) un laborioso sistema di registrazioni informatizzate impone allo stesso una rilevante attività che dovrebbe essere più propriamente fornita dalle singole aziende, al fine di evitare il rischio della costruzione di un sistema di registrazioni erroneo e/o parziale, oltre a costituire un carico di lavoro per il Medico Competente che non è stato probabilmente valutato nella sua reale entità e gravosità.

I destinatari dell'obbligo di redazione dell'Allegato 3 B.

Non si dimentichi che il Datore di Lavoro è di fatto in possesso (in tutte le tipologie di aziende) praticamente di tutti i dati che invece vengono dall'Art. 40 richiesti al Medico Competente (numero di occupati, numero di esposti a ciascun rischio, numero di sorvegliati, numero di giudizi di idoneità per tipologia e tipo di prescrizioni/limitazioni, numero e tipo di denuncia di malattia professionale inoltrate dal Medico Competente).

La sezione relativa alla sorveglianza sanitaria comprende informazioni, come il numero di occupati, che potrebbero essere dedotte direttamente da altri banche-dati pubbliche (ad esempio quella INPS) o richieste direttamente al datore di lavoro, così come le informazioni relative al numero di soggetti sottoposti a sorveglianza sanitaria: è infatti vero che gli elenchi degli esposti (che saranno poi sottoposti a sorveglianza sanitaria) vengono prodotti dal datore di lavoro.

Sembrerebbe pertanto più opportuno, logico e praticabile invertire le responsabilità del datore di Lavoro e del Medico Competente, identificando nel primo il destinatario dell'obbligo di informazione e nel secondo il destinatario delle funzioni di supporto che eventualmente si rendessero necessarie.

Le fonti delle informazioni. La duplicazione della raccolta dei dati

Poiché l'attuale impianto della procedura è indirizzato ad un sistema di raccolta nazionale, sembra persino superfluo ricordare che, anche per evitare una incongrua ridondanza, per quanto riguarda dati già esistenti si dovrebbe sempre ricorrere alla estrazione automatica delle informazioni richieste da parte di altre banche dati collegate, gestite da Pubbliche Amministrazioni o Enti del settore.

Tipico esempio sono quelli relativi alle denunce di malattie professionali che, non si può non rammentare, sono già contenuti in altra banca dati pubblica, costituita ai sensi dell'art.10, comma 5 del D.Lgs 38/2000 ("... è istituito, presso la banca dati INAIL, il registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate. Al registro possono accedere, in ragione della specificità di ruolo e competenza e nel rispetto delle disposizioni di cui alla legge 31 dicembre 1996, n. 675, e successive modificazioni ed integrazioni, oltre la commissione di cui al comma 1, le strutture del Servizio Sanitario Nazionale, le Direzioni Provinciali del Lavoro e gli altri soggetti pubblici cui, per legge o regolamento, sono attribuiti compiti in materia di protezione della salute e di sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro"). Tale banca dati contiene, tra l'altro, non solo le denunce effettuate dai Medici Competenti ma anche quelle inviate dai Medici di Medicina Generale, dai medici ospedalieri e/o universitari, dai medici del patronato e da altri medici liberi professionisti. Al proposito, si ribadisce la inopportunità di mantenere nella griglia proposta la segnalazione delle denunce di malattia professionale effettuate dal Medico Competente nell'anno di riferimento. Nella relazione di accompagnamento del gruppo di lavoro del coordinamento delle Regioni tale richiesta viene giustificata sostenendo che tali dati sono "espressione di una valutazione di danno particolarmente qualificata". Mentre si apprezza il riconoscimento dell'elevata qualificazione dell'attività del Medico Competente, si segnala che ai fini della prevenzione nei luoghi di lavoro non vi sarebbe ragione alcuna di cercare le sole malattie professionali segnalate dal Medico Competente, giacché il dato sarebbe parziale e, in ogni caso, già presente in altre banche dati (per esempio quella dell'INAIL) mentre tutta la procedura prevede in modo esplicito l'ausilio di banche dati esistenti. Senza contare che verrebbe richiesto al Medico Competente di trasmettere i dati di cui già gli stessi Servizi di Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro delle ASL sono in possesso per obbligo di legge.

Le problematiche relative ai giudizi di idoneità

Relativamente a quanto attiene alla tipologia dei giudizi di idoneità, i dati relativi alle idoneità così come al momento previsti (distinzione fra idoneità complete, non idoneità, idoneità con limitazione e/o prescrizione) è prevedibile che apportino elementi scarsamente utili alla definizione dei profili di "salute occupazionale" del Paese. È infatti da considerare che i giudizi di idoneità vengono espressi nei confronti della mansione specifica e non dei rischi cui risultano esposti i lavoratori e per i quali sono sottoposti a sorveglianza; inoltre, spesso i giudizi di idoneità (temporanea o permanente) conseguono a problematiche di salute indipendenti dai fattori di rischio per i quali viene effettuata la sorveglianza sanitaria. Il giudizio di idoneità non viene espresso solo in rapporto ai rischi lavorativi, ma anche tenendo conto delle condizioni generali di salute del lavoratore e talora indipendentemente dai rischi cui lo stesso è esposto (motivi sanitari non legati alla noxa ma a "motivi personali"). In buona sostanza, eccezion fatta per eventuali patologie di natura professionale che determinano prescrizioni o limitazioni o, addirittura, non idoneità alla mansione (casi invero piuttosto rari), sono per lo più le comuni patologie extra-professionali a condizionare il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Il dato richiesto, relativo al rapporto tra esposizione a fattori di rischio e giudizi di idoneità, è difficilmente estrapolabile e, così come previsto, inutile anche sul piano epidemiologico. La tabella proposta appare difficile da compilare con precisione, anche con la massima buona volontà e la migliore predisposizione alla collaborazione (come interpretare l'indicazione: "*motivi di rischio prevalente, da indicare in ordine di prevalenza*"?).

Per quanto riguarda in particolare le idoneità parziali con prescrizioni o limitazioni "temporanee" o "permanenti", va osservato che le limitazioni/prescrizioni (salvo i casi correlati a stati morbosi acuti o a periodi di convalescenza) tendono ad essere permanenti finché il lavoratore continua a svolgere la stessa mansione ma possono venire meno se il lavoratore si sposta ad un'altra mansione a diverso contenuto di rischio. Questo dato, dunque, è un dato variabile e, quindi, preferibile fornire solamente la indicazione di tutte le idoneità parziali espresse nell'anno in esame, eliminando la differenza tra "temporanee" e "permanenti".

Resta inteso che questo dato, come più in generale tutti i dati relativi alle idoneità, fornisce informazioni non immediatamente elaborabili, perché il numero di giudizi di idoneità può essere superiore al numero di sorvegliati/anno, per esempio nel caso in cui le visite abbiano periodicità inferiori all'annuale o uno o più lavoratori vengano rivisti più volte (per fatti acuti transitori, per verifica della evoluzione di fatti non acuti o per visite richieste dallo stesso lavoratore o eseguite al rientro da lunga assenza per motivi di salute). Il rapporto annuale, dunque, potrebbe determinare una indicazione errata o fuorviante non solo sul piano numerico (nel caso di lavoratori visitati più volte), ma anche sul piano qualitativo (quando vengano espressi giudizi differenti anche in rapporto al cambiamento della mansione). Un'ipotesi di lavoro potrebbe prevedere il computo di un solo giudizio di idoneità per anno per lavoratore; in particolare dell'ultimo giudizio di idoneità.

Il giudizio di idoneità non consente di valutare lo stato di salute né del singolo lavoratore, né della popolazione lavorativa di un'azienda o di un comparto. L'elaborazione di tali dati così intesi porterebbe a individuare altalenanti periodi di malessere e benessere della popolazione lavorativa considerata, in relazione rispettivamente ai giudizi di idoneità o idoneità parziale espressi un anno e a quelli di idoneità aumentati nell'anno successivo in quanto legati al ricollocamento degli stessi lavoratori in mansioni consone e alternative o al superamento del problema di salute.

Nella relazione di accompagnamento si legge "*...si è ritenuto di includere nell'allegato 3 B quelle informazioni che, una volta elaborate, consentano di conoscere periodicamente, e in un ottica di genere...lo stato di salute dei lavoratori in relazione ai rischi lavorativi, della popolazione lavorativa sorvegliata, attraverso le informazioni sulla tipologia dei giudizi di idoneità*". Tale affermazione appare errata: l'elaborazione dei giudizi di idoneità porterebbe solo a una sommatoria dei diversi dati senza alcun valore aggiunto ai fini della valutazione dello "*...stato di salute dei lavoratori in relazione ai rischi lavorativi*", in quanto detta attestazione sarebbe priva di qualsivoglia riferimento clinico.

Le modalità operative del sistema proposto

Per quanto riguarda gli aspetti più specifici del sistema operativo proposto (con i limiti della conoscenza concessa, al momento ufficiosa e solo parziale), premesso che sul piano formale e operativo, in effetti, tale modello sembra correggere non poche criticità ed equivoci esistenti nella "griglia" precedentemente proposta e che la logica dell'interfaccia informatica (così come anticipata, ma non verificabile nel dettaglio operativo, e quindi non sperimentabile nella pratica) si presenta effettivamente semplificata, si fanno presenti le seguenti raccomandazioni.

Per quanto riguarda la procedura di accreditamento del Medico Competente, tenuto conto che i dati anagrafici sono già acquisiti da altre pubbliche Amministrazioni e, comunque, dagli Ordini Provinciali, si raccomanda che venga richiesto il solo indirizzo di posta elettronica, possibilmente certificata (PEC).

Attenendosi alla attuale impostazione della norma (che, si ribadisce, non appare congrua con le finalità primarie ed essenziali del Medico Competente, trattandosi di una attività che esula dai già complessi

obblighi istituzionali legati al suo ruolo), l'impegno richiesto al medico (se l'obbligo rimarrà in capo al Medico Competente) dovrà essere mantenuto al più basso livello possibile e le operazioni telematiche dovranno essere semplificate al massimo.

Occorre, tra l'altro, tenere in debito conto il reale livello di informatizzazione dell'insieme dei Medici Competenti. Molti di questi professionisti oggi conoscono la rete Internet e consultano quotidianamente i vari siti professionali per le notizie e l'aggiornamento, ma è necessario essere consapevoli che ancora tanti non dispongono di connessione a banda larga o, addirittura, necessitano di una adeguata alfabetizzazione informatica per utilizzare un format come quello anticipato.

Il programma di raccolta dati proposto suggerisce di utilizzare sempre la PEC per tutte le comunicazioni ufficiali tra SPSAL e Medici Competenti. Sarebbe anche opportuno prevedere che, all'atto del completamento della compilazione dell'allegato 3B relativo alla singola unità produttiva, il sistema generi automaticamente una comunicazione per il Medico Competente da indirizzare alla sua mail-box (ordinaria o PEC) che valga come ricevuta utile a dimostrare l'adempimento della norma. Il sistema consente la possibilità di stampare tale ricevuta direttamente on-line, ma i documenti di questo tipo possono essere facilmente riprodotti e/o modificati con un apposito software mentre una mail, soprattutto PEC, avrebbe un superiore valore legale e dovrebbe assicurare maggiori garanzie.

La tempistica di implementazione delle procedure

Appare quindi indispensabile prevedere un congruo periodo di sperimentazione, sostenendo nel contempo (così come peraltro fatto per i Medici di Medicina Generale) una progressiva informatizzazione dei Medici Competenti, piuttosto che richiedere l'immediato inserimento dei dati, come sembra previsto, in un sistema che inizialmente di fatto, nonostante le apparenze, si rivela come poco "amichevole", non tanto e non solo per quanto riguarda i contenuti delle richieste, ma soprattutto per quanto riguarda le modalità di raccolta e trasmissione.

Si ribadisce, dunque, la opportunità di effettuare, non appena definita la piattaforma informatica e la griglia di riferimento per il nuovo Allegato 3B, una sperimentazione che coinvolga un numero ristretto di Medici Competenti (possibilmente volontari) - rappresentativi del territorio nazionale - per verificare concretamente se il modello proposto sia efficace e facilmente utilizzabile o se presenti, invece, criticità da eliminare o aspetti controversi da modificare. Tale sperimentazione, tenuto conto delle prevedibili difficoltà connesse con le successive fasi di verifica, correzione e ri-verifica, dovrebbe durare un periodo congruo (almeno 5 anni), nel corso del quale il regime sanzionatorio di cui all'art. 58 comma e) relative all'art. 40 dovrebbe essere sospeso, onde evitare incongrue sanzioni nei confronti di attività che, oltre ad essere - come già ricordato - al di fuori dei compiti propri del Medico Competente, sono al momento caratterizzate da un elevato margine di incertezza interpretativa ed applicativa; o, peggio, una distorsione cautelativa della fornitura dei dati.

La finalità e l'accessibilità della banca-dati

A regime, è auspicabile che la raccolta dei dati dell'Allegato 3B possa consentire la creazione di una banca-dati (di incredibili dimensioni), che sia realmente utilizzata per gli obiettivi locali e nazionali della prevenzione. Ci si augura che l'uso dei dati raccolti avvenga nell'ambito delle finalità preventive propriamente sottese al dettato legislativo e non venga, invece, impropriamente indirizzato a finalità di controllo e repressive, in particolare nei confronti dei Medici Competenti.

Ci si augura altresì che tutte le valutazioni statistiche ed epidemiologiche effettuate sui dati raccolti possano essere disponibili e consultabili da parte dei Medici Competenti e delle Società scientifiche, costituendo, sul piano pratico, elementi da utilizzare anche per il possibile miglioramento delle attività di consulenza aziendale e di sorveglianza sanitaria da parte degli stessi Medici Competenti.

Prof Giuseppe Abbritti
Presidente della Società Italiana di
Medicina del Lavoro e Igiene Industriale

