

IL MEDICO DEL LAVORO, UNA FIGURA CHIAVE NELLA PREVENZIONE DEI RISCHI NON TUTELATI

**Valentino Patussi ⁽¹⁾, Marina Bacciconi ⁽²⁾, Franco Sarto ⁽³⁾, Anna Muran ⁽¹⁾, Emma Bagnato ⁽¹⁾,
Valentino Patussi ⁽⁴⁾, Annamaria Piscanc ⁽⁵⁾**

(1) Dipartimento di Prevenzione – Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, Azienda per i Servizi Sanitari N° 1, Trieste

(2) Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica -Sezione di Medicina Legale-Università di Verona

(3) Servizio per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, ULSS n° 16, Padova

(4) Centro Alcolologico Regionale, Regione Toscana, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, Firenze

(5) Dipartimento di Prevenzione, Azienda per i Servizi Sanitari N° 1, Trieste

La normativa italiana relativa alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori appare, di fatto, orientata alla prevenzione delle malattie professionali e da lavoro e non tiene conto del rischio infortunistico: non prevede cioè che il medico competente, nella maggior parte dei casi specialista in medicina del lavoro, possa verificare, anche in situazioni di elevato rischio infortunistico, eventuali condizioni negative di salute del lavoratore che potrebbero amplificare tale rischio. Ciò accade in tutti quei casi per i quali non è prevista una sorveglianza sanitaria (ad esempio, per la maggior parte dei lavori in quota) oppure deve essere mirata a rischi lavorativi specifici (c.d. "tabellati"), che quasi mai rientrano tra quelli di "infortunio sul lavoro".

Visto sotto questo aspetto, il ruolo del medico competente potrebbe apparire assolutamente marginale di fronte al rischio prevalente negli ambienti di lavoro -quello infortunistico -, ma questa è solo una visione riduttiva, in quanto fa propria la convinzione che tale figura professionale si identifichi esclusivamente con "colui che esclusivamente visita i lavoratori".

La normativa vigente, tuttavia, affida al medico competente un ruolo essenziale nella prevenzione, anche degli infortuni del lavoro, contemplando che lo stesso (art. 17 D. lgs. 626/94) “*collabori con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione...., sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione dell'azienda ovvero dell'unità produttiva e delle situazioni di rischio, alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori*” e “*collabori all'attività di formazione e informazione..*”. Tale attività peraltro deve basarsi sulla “conoscenza” dei rischi lavorativi, derivante sia da quanto sopra espresso che dall'obbligo di visitare gli ambienti di lavoro almeno due volte l'anno, congiuntamente al responsabile del servizio

di prevenzione e protezione dai rischi (norma citata). Queste azioni dovranno confluire in quelle "misure generali di tutela" tra le quali è prevista l'*"informazione, formazione, consultazione e partecipazione dei lavoratori ovvero dei loro rappresentanti, sulle questioni riguardanti la sicurezza e la salute sul luogo di lavoro"*. Appare invece ancora ambiguo il significato in termini applicativi di due obblighi per il datore di lavoro, obblighi per i quali il medico competente potrebbe svolgere un ruolo essenziale, se la sorveglianza "mirata" potesse esplicitamente riguardare anche rischi non "tabellati", quali quelli infortunistici:

- Art. 3 comma m) del D. lgs. 626/94: *"allontanamento del lavoratore dall'esposizione a rischio, per motivi sanitari inerenti la sua persona"*;
- Art. 4 comma c) del D. lgs. 626/94: *"nell'affidare i compiti ai lavoratori tiene conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza"*.

Questi obblighi del datore di lavoro, che vedrebbero il medico competente quale referente indispensabile, appaiono di fatto inapplicabili nel caso del rischio infortunistico.

Il datore di lavoro allora (riferendosi a situazioni nelle quali un lavoratore possa essere ad elevato rischio per motivi sanitari inerenti la sua persona, poiché, nello specifico, soggetto con una storia di abuso alcolico, che opera in circostanze nelle quali tale condizione può rappresentare un rischio aggiuntivo di infortunio sul lavoro) non ha molte vie: non può ricorrere al medico competente, ma unicamente richiedere una valutazione alla commissione di cui all'art. 5 della Legge 300/70 (c.d. "Statuto dei lavoratori": *"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"*).

Finora abbiamo definito a grandi linee il quadro delle attuali possibilità di azione da parte del medico competente e del datore di lavoro. Ovviamente, in riferimento a lavoratori con "problemi di alcol", un ruolo essenziale può essere svolto dai Servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende sanitarie pubbliche, ma tale ruolo appare sempre mal codificato, nell'ambito di azioni che le varie norme istitutive dei Servizi, diverse da Regione a Regione, hanno previsto. L'azione, allora, nei fatti si concretizza in un'opera di supporto, indirizzo, collegamento-collaborazione con i servizi di alcologia e le aziende presso cui il lavoratore opera, essenziale sì, ma affidata per lo più alla iniziativa volontaristica dei singoli.

Con la legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati (L. 30 marzo 2001, n° 125) si è aperta una possibilità di intervento che finalmente avrebbe potuto portare ad un'efficace azione di prevenzione degli infortuni sul lavoro alcolcorrelati, oltre che alla possibilità di cura per tutti i lavoratori con problemi di abuso alcolico. Appare grave che la norma sia a tutt'oggi inapplicabile, non essendo stato ancora emanato il decreto applicativo previsto all'art. 15 della stessa, decreto che avrebbe dovuto essere pubblicato entro novanta giorni. E ciò a più di due anni dalla pubblicazione della legge.

Ricordo brevemente i punti salienti dell'art. 15 della L. 125, nello stesso viene prevista l'individuazione di specifiche *"..attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul*

lavoro.”, nelle quali dovrebbe essere “...*fatto divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche...*”. Nella stessa norma, peraltro, si fa un fondamentale ed esplicito, riferimento sia alla salute dello stesso lavoratore che di lavoratori terzi.

Il secondo comma dell'articolo citato prevede che, per le finalità dell'art. 15, “...*i controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro possono essere effettuati esclusivamente dal medico competente ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera d), del decreto legislativo 19 settembre 1994, n° 626 (e successive modifiche), ovvero dai medici del lavoro dei servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza competenti per territorio delle aziende unità sanitarie locali*”.

Mentre i successivi commi contemplano la possibilità di un percorso terapeutico-riabilitativo, assimilabile a quello della normativa in materia di stupefacenti e sostanze psicotrope e della prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. Non appare utile ricordare in questo contesto gli aspetti sanzionatori, che riguardano sia il lavoratore che il datore di lavoro.

Le due Società scientifiche A.N.Me.L.P. (Associazione Nazionale dei Medici del Lavoro Pubblici) e S.I.A. (Società Italiana di Alcolologia), subito dopo la pubblicazione della norma, hanno proposto al Ministero della Salute (allora "Sanità") una valutazione sulle lavorazioni a "rischio". In assenza di riscontro formale, di recente hanno riproposto, a valle della discussione nell'ambito del Congresso della S.I.A. tenutosi a Napoli nel mese di ottobre 2003, una nuova formulazione dei criteri di definizione delle “*attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro*”, con la proposta di un elenco di lavorazioni aggiornato (articolo agli atti).

A giudizio degli scriventi, tuttavia, la legge potrebbe essere ancora più efficace, e rispondere alla logica delle direttive comunitarie mirate alla prevenzione negli ambienti di lavoro, qualora prevedesse l'obbligo per tutte le aziende di individuare al loro interno, nell'ambito della valutazione dei rischi (ex art. 4 del D. lgs. 626/94), quelle lavorazioni per le quali si configura il rischio aggiuntivo di cui parliamo, fatto che dovrebbe superare il concetto restrittivo dell'elenco chiuso di lavorazioni, demandato al futuro decreto applicativo della norma. In tal modo l'elenco citato avrebbe peraltro un'importante funzione di indirizzo nella valutazione, valutazione che diverrebbe intrinseca alla logica aziendale della prevenzione anche sotto questi aspetti.

Dal momento che l'informazione e la formazione dei lavoratori prevista al capo VI del D. lgs. 626/94 prevede il contributo del medico competente, ai sensi del p.to m) c. 1 dell'art 17 della medesima norma, appare scontato che il medico effettui sia l'informazione dei lavoratori sui rischi derivanti da alterazioni del proprio stato di salute, in funzione dell'eventuale consumo di alcolici, che la formazione relativa ai corretti comportamenti da intraprendere per evitare tali rischi, ove per corretti comportamenti non si intende solo l'indicazione all'astensione, ma anche la conoscenza delle azioni da mettere in atto qualora vi siano compagni di lavoro con problemi derivanti dall'abuso di alcolici.

L'introduzione della legge quadro sull'alcol, inoltre, dovrebbe essere di fatto correlata alla funzione del medico competente, prevedendo che la sorveglianza sanitaria sia mirata alla valutazione

dell' idoneità alla mansione sulla base della capacità e delle condizioni dei lavoratori in rapporto alla loro salute psico-fisica, e non soltanto del rischio lavorativo. Tale concetto può apparire in parte lesivo della libertà del lavoratore (ex. L. 300/70), ma, se riferito solo al rischio aggiuntivo legato all'assunzione di alcolici, sulla base di una legge dello stato, supererebbe il concetto della mera "lavorazione a rischio" per giungere al concetto di "situazione a rischio" in cui concorrono sia la componente legata alle condizioni di lavoro (ambiente-macchine) che la componente legata alle condizioni di salute del lavoratore.

Assolutamente trascurato, infine, appare il problema dei risultati della valutazione fatta dal medico competente, se questi infatti riscontra un'alcolemia elevata ha la facoltà di esprimere un giudizio di idoneità negativo ? Ciò appare essere forse il punto più critico, ha senso infatti comminare una sanzione e non poter eventualmente allontanare e proteggere, curandolo, il lavoratore ? Di fatto appare essenziale a questo proposito una collaborazione strettissima tra il medico competente, il medico di medicina generale, il medico del lavoro operante nei Servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro ed i medici operanti nei Servizi di alcologia (non si capisce perché non debbano essere indicati come referenti anche in queste fasi), prevedendo la possibilità di integrare l'alcolemia con altri accertamenti mirati, siano questi sia esami di laboratorio che visite specialistiche. Ed è proprio dall'integrazione delle professionalità sanitarie indicate, assieme alla stretta collaborazione tra queste, le aziende, le rappresentanze dei lavoratori e le famiglie dei soggetti con problematiche alcolcorrelate, che si deve costruire un modello applicativo della legge quadro che possa garantire omogeneità di comportamenti e rispetto dei diritti su tutto l'ambito nazionale.

Bibliografia

1. Decreto Legislativo 19 settembre 1994, n. 626. Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE e 90/679/CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro. Gazzetta Ufficiale 12 novembre 1994, n. 265, suppl. ord..
2. Legge 30 marzo 2001 n. 125. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati. Gazzetta Ufficiale 18 aprile 2001, n. 90.
3. D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309. Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenze. Gazzetta Ufficiale 31 ottobre 1990, n. 255, suppl. ord..
4. V. Patussi, V. Patussi, F. Poldrugo, A. Quartini, C. Surrenti. Workplace legislation and policies on alcohol-related problems in Italy. *Alcologia*, 6 (3): 247-256, 1995.
5. V. Patussi, C. Coltraro, V. Patussi, G. Magentini, U. Donà, G.E. Maniscalco. Alcohol consumption and occupational accidents. *Alcologia*, 10, 3: 103-106, 1998.

6. V. Patussi. Relazione di apertura al Seminario "Alcol e lavoro -il lavoro come principale risorsa per affrontare il problema alcolismo-". *Ambiente Risorse Salute*, 74: 47-48, 2000.
7. M. Bacciconi, V. Patussi, P. Pisi. Regolamentazione – parliamo di "regole", misure di sicurezza e datore di lavoro, responsabilità del lavoratore e consumo di alcol: doveri sullo stesso piano per la legge dello Stato. *Ambiente Risorse Salute*, 74: 48-50, 2000.
8. V. Patussi, F. Sarto, M. Bacciconi, R. De Vogli, P. Madera. Consumo di alcolici sul posto di lavoro: prospettive aperte dalla legge quadro. *Ambiente & Sicurezza sul Lavoro*, 11: 24-30, 2001.
9. M. Bacciconi, V. Patussi. Disposizioni per la sicurezza sul lavoro nella legge quadro in materia di alcol. Tra restrizioni impositive e agevolazioni propositive, alla luce del Piano Europeo sull'Alcol 2000-2005. *Alcologia*, XVIII, 3, Suppl., XIV, 1: 209-214, 2002.
10. M. Bacciconi, V. Patussi. Il lavoro l'assunzione di alcolici nella normativa italiana. *Alcologia*, XVIII, 3, Suppl., XIV, 1: 215-250, 2002.
11. G. Moro, L. Bellina. L'idoneità difficile. Alcol, droga, disagio mentale e lavoro. Regione Veneto e Provincia di Treviso ed. 2002.
12. G. Mosconi, D. Borleri, G. Mandelli, E. Prandi, L. Belotti. Le malattie da lavoro in edilizia. *Med. Lav.*, 94(3): 296-311, 2003.