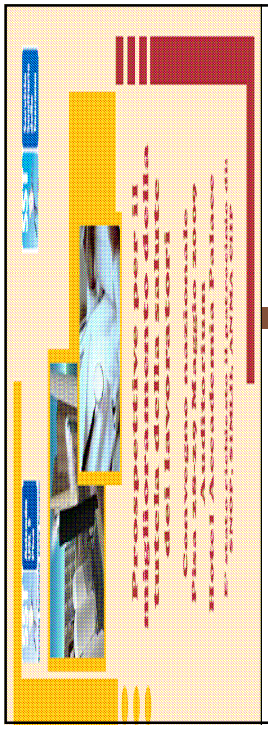


LE CARTELLE SANITARIE
I REGISTRI
LE RELAZIONI ANNUALI

Anna Maria Loi
Alfonso Cristaudo

PISA, 28 Maggio, 2009

1

Premessa e conclusioni

2

Principi fondamentali

- La sorveglianza sanitaria dei lavoratori è una attività prevista da principi costituzionali e finalizzata alla tutela della loro salute quale complemento irrinunciabile della tutela della salute di tutti i cittadini.

3

Costituzione della Repubblica Italiana Art. 32.

- La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.
- Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

4

Costituzione della Repubblica Italiana
Art. 1.

- L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro.
- La sovranità appartiene al popolo, che la esercita nelle forme e nei limiti della Costituzione.

5

Costituzione della Repubblica Italiana
Art. 2.

- La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

6

Costituzione della Repubblica Italiana Art. 3.

- Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.
- È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

7

La Medicina del Lavoro moderna in Italia si è sviluppata intorno a questi principi

- Tutelare la salute del "lavoratore" significa tutelare la salute di un soggetto che concorre al bene della collettività, allo sviluppo della società e alla ricchezza del paese

8

Perciò

- Il datore di lavoro e il lavoratore hanno in comune questo obiettivo nel reciproco interesse, ma anche nell'interesse della collettività
- Tutti i cittadini sono coinvolti e nessuno può e deve disinteressarsi di ciò che accade nei luoghi di lavoro, sotto l'aspetto dei rapporti di lavoro e sotto l'aspetto della tutela della salute e sicurezza
- I rapporti di lavoro sono governati in questa direzione dall'articolo 2087 del Codice Civile

9

CODICE CIVILE
Art. 2087 - Tutela delle condizioni di lavoro

- L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro.

10

Altri soggetti privati e pubblici

- Gli operatori della prevenzione tecnici e medici esercitano la loro professione con questa finalità prioritaria di tutelare il bene della salute, individuale e collettiva secondo
  - i principi costituzionali
  - le leggi specifiche, come ad esempio l'articolo 3 del D.Lgs. 626/94, oggi sostituito dall'articolo 15 del D.Lgs. 81/08
  - il Codice etico internazionale ICOH, citato dallo stesso D.Lgs.81/08 a proposito delle attività del MC (art. 39), ma in realtà valido per tutti gli operatori

11

Le attività di sorveglianza sanitaria dei lavoratori

- sono esercitate sotto l'egida di questi principi
- costituiscono un diritto/dovere individuale per i lavoratori
- alimentano un patrimonio di conoscenze di pubblica utilità

12

La prevenzione basata sulle evidenze (EBP)

- Senza le conoscenze dei fenomeni non si fa prevenzione
- Gli strumenti principali delle buone pratiche sono basati sulle conoscenze, l'informazione e la formazione dei datori di lavoro, dei lavoratori e più in generale dei cittadini

13

Finalità generali della sorveglianza sanitaria e flussi informativi

14

<<sorveglianza sanitaria>>

- "*insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa*". [articolo 2 del D.Lgs. 81/08]

15

Il Medico Competente

- Ha un notevole grado di autonomia nell'indicare quali siano gli atti medici efficaci
- La sua responsabilità è esercitata non solo verso il singolo lavoratore, ma anche verso la collettività dei lavoratori

16

Gli "atti medici" devono essere programmati e attuati per rispondere

- Alle finalità individuali e privatistiche dei singoli (lavoratore e datore di lavoro)
- Alle finalità proprie del Servizio Sanitario Nazionale ossia la tutela della salute collettiva, analogamente a quanto avviene da tempo per le attività dei Medici di Medicina Generale

17

I risultati della sorveglianza sanitaria devono essere resi noti

- al lavoratore che deve essere informato del suo stato di salute in rapporto al rischio
- al datore di lavoro per gli specifici provvedimenti da prendere nei luoghi di lavoro
- ai rappresentanti dei lavoratori per l'esercizio delle loro prerogative
- alle istituzioni preposte per l'esercizio delle attività di prevenzione collettiva

18

Il D.Lgs. 81/08 per rispondere in particolare a queste finalità introduce e amplifica l'importanza

- della pianificazione coordinata degli interventi di prevenzione a carico delle istituzioni (art.7)
- del Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP) (art.8) e delle tecnologie informatiche di supporto

19

Alla formazione del SINP concorrono le parti sociali tramite

- l'attivazione di specifici "flussi" verso i servizi regionali
- la costruzione del "quadro di salute e sicurezza dei lavoratori" (art. 8, comma 6 lettera c) che emerge dalle relazioni sanitarie del MC

il che significa raccogliere, elaborare, interpretare i dati che emergono dalla valutazione dei rischi e dalla sorveglianza sanitaria, e riconoscere quindi a questa attività del MC quella funzione di pubblica utilità da tempo ormai proclamata e non ancora appieno valorizzata.

20

Le finalità

- Il significato delle conoscenze che derivano dai flussi informativi è decisamente legato alla identificazione dei fattori di nocività, alla valutazione dei rischi per la salute e alle misure di prevenzione primaria che ne derivano
- A questa valutazione il MC deve dare il suo contributo, cercando di capire quali siano le conseguenze sullo stato di salute e quali ricadute preventive possano essere adottate per migliorare le situazioni lavorative e meglio adattarle alle condizioni di salute dei lavoratori

21

In questo senso

- Le azioni di miglioramento non devono costituire una selezione più o meno esplicita delle persone o una esclusione dal lavoro dei soggetti svantaggiati
- Il giudizio di idoneità alla mansione deve essere finalizzato soprattutto ad adattare le condizioni di lavoro alla persona e non viceversa, almeno fino a quando ciò è possibile

22

Autonomia del MC

- Per raggiungere questi obiettivi il MC non può lavorare in modo isolato, deve seguire
  - Linee Guida professionalmente accreditate
  - Standard etici internazionali
  - Buone pratiche applicative
- Le istituzioni sono coinvolte per sostenere l'autonomia e valorizzare le attività del MC

23

Strumenti

24

Strumenti specifici

- aspetto tecnico
  - contenuti minimi ai fini della tutela individuale
  - formalità amministrative ai fini documentali
- aspetto comunicativo
  - indicatori sensibili ai fini dei flussi informativi
  - elaborazioni a carattere collettivo

25

La Cartella Sanitaria e di Rischio

- E' il principale strumento di registrazione dei dati sanitari e dei dati di esposizione dei lavoratori
- E' un documento di valore medico-legale (firme dei soggetti coinvolti)
- Deve soddisfare i requisiti di unicità, identità, inalterabilità e conservazione delle modifiche
- Può essere compilata in forma cartacea o, come per tutti i documenti previsti dal D.Lgs. 81/08, in forma elettronica.

26

Il D.Lgs. 81/08 valorizza

- aspetti strettamente professionali
- aspetti documentali
- certezza delle informazioni sanitarie e di rischio dei singoli lavoratori
- continuità della storia lavorativa [?]
- informazioni di carattere collettivo e finalizzate a pubblica utilità (prevenzionistica epidemiologica, programmatoria, risarcitoria etc.).

27

Le firme

- Del medico competente: soggetto istituente e responsabile
- Del lavoratore: soggetto che comprova i contenuti di rischio e anamnestici
- Del datore di lavoro: soggetto che assicura una idonea organizzazione e vigila sugli adempimenti (art.18 comma 1 lett g, art. 39 comma 4 del D.Lgs.81/08)

28

I soggetti che hanno interesse per la Cartella Sanitaria e di Rischio sono

- Il lavoratore, il MC e il Ddl: ai fini dell'esercizio dei diritti e delle attribuzioni di responsabilità dei singoli soggetti;
- Le associazioni dei lavoratori e degli imprenditori ai fini di valutazioni a carattere prevenzionistico, economico, organizzativo, assicurativo etc.
- Gli enti pubblici: ai fini di valutazioni epidemiologiche, di prevenzione e di programmazione sanitaria

Perciò, indipendentemente dalle procedure che le buone prassi potranno indicare in futuro, appare evidente che la buona qualità della documentazione sanitaria è un elemento di grande importanza

29

Il **certificato di idoneità** alla mansione specifica

- Valenza e diffusione aziendale (datore di lavoro, lavoratore, dirigenti e preposti dei reparti interessati)
- Valenza extra aziendale (organo di vigilanza, enti assicurativi sulla base delle loro specifiche competenze e previsioni normative)

30

La Cartella Sanitaria e di Rischio è il documento chiave per

- Mettere in evidenza la capacità del MC di conoscere e registrare i rischi legati allo svolgimento della specifica mansione e quindi contribuire a contenere il rischio residuo
- Annotare la soggettività del lavoratore, individuarne e annotarne le particolarità e le ipersuscettibilità individuali, verificare l'adeguatezza dei comportamenti rispetto alle condizioni lavorative e l'adattabilità all'uso corretto dei DPI.
- Proporre soluzioni o miglioramenti per l'abbattimento dei fattori di nocività, per iniziative di informazione e formazione e per iniziative di promozione della salute.
- Estrapolarne ed elaborarne dati anonimi e collettivi utili per la Relazione Sanitaria annuale a livello aziendale (art. 25 comma 1 lettera i) e a livello pubblico (art. 40)

31

Allegato 3A

- Dati anagrafici
- Dati relativi all'Azienda, al datore di lavoro, alla data di assunzione, alla sede di lavoro e al medico curante.
- Dati occupazionali, con l'indicazione della mansione, dei tempi di lavoro e dei fattori di rischio
- Anamnesi lavorativa
- Anamnesi familiare
- Anamnesi personale
- Protocollo sanitario
- Esame clinico generale
- Esami integrativi
- Valutazioni conclusive e giudizio di idoneità

L'allegato 3A rappresenta i requisiti minimi, può essere modificato e ampliato secondo necessità.

32

I Modelli non abrogati dal D.Lgs. 81/08

- Esposizione agli agenti cancerogeni DM 155/07
- Esposizione alle radiazioni ionizzanti D.Lgs. 230/95 (DOSP)
- Esposizione a silice e ad amianto DPR 1124/65

Tutte queste normative non sono state abrogate dal D.Lgs. 81/08, venendosi così a creare una complicazione burocratico amministrativa e una pletorica sovrapposizione di documenti qualora si verifichino esposizioni a diversi rischi.

Su questi punti occorrerebbe una effettiva semplificazione delle norme. Infatti si può pensare che possa essere istituita un'unica Cartella Sanitaria e di Rischio che eventualmente ricomprenda tutti gli elementi di specificità se necessari.

33

Obblighi

- L'istituzione della cartella è un obbligo a carico del MC, come il suo aggiornamento e la sua custodia (art. 25 comma 1 lettera c).
- Il Ddl deve però assicurare (art. 39 comma 4) le condizioni necessarie perché il MC possa effettivamente esercitare le sue funzioni e adempiere ai suoi obblighi in piena autonomia, compresi appunto quelli previsti per l'istituzione e la custodia della Cartella Sanitaria e di Rischio (art. 18 comma 1 lettera g).

34

La Cartella Sanitaria e di Rischio è istituita

- Al momento della prima visita medica e accompagna il lavoratore durante tutta la permanenza presso quella particolare azienda e gli viene consegnata alla fine del rapporto di lavoro.
- La norma non prevede modalità che permettano la continuità di registrazione sullo stesso strumento per successivi lavori che espongano agli stessi o ad altri fattori di rischio

Probabilmente si interpreta così la riservatezza aziendale, non volendosi trasferire informazioni che possono far parte di segreti industriali; tuttavia, da un punto di vista strettamente sanitario ciò costituisce una complicazione cui bisognerebbe rimediare.

35

La Cartella sanitaria e di rischio è custodita

- Dal MC, in un luogo che può essere concordato con il Ddl nelle aziende con più di 15 dipendenti
- Il MC garantisce le modalità di custodia che assicurano il rispetto del segreto professionale (buone pratiche)
- Il MC deve rispondere alla consegna delle cartelle sanitarie e di rischio in caso di richiesta da parte dell'Organo di Vigilanza (OdV)
- Se la cartella è informatizzata la trasmissione può essere eseguita anche per via telematica e in ogni caso entro i tempi e con le modalità richiesti dall'OdV.

E' sempre opportuno che la richiesta da parte dell'OdV sia inviata anche al Ddl, così come anche l'informazione di avvenuto invio da parte del MC.

36

Il passaggio di custodia

- Dal MC
  - al Ddl
  - all'ISPESL nei casi previsti
  - al lavoratore,
- Quando
  - il MC lascia l'impiego
  - il lavoratore cessa la propria attività
  - l'azienda termina la produzione
- Come
  - con un verbale di consegna
  - con o senza farne copia
- Chi
  - conserva l'originale

37

La Cartella sanitaria e di rischio è uno strumento adatto a

- ricostruire la vita lavorativa e la documentazione sanitaria del lavoratore (*)
- fornire informazioni e dati significativi per la valutazione del livello quali-quantitativo degli atti di salute prodotti analogamente alla Cartella Clinica di Ricovero Ospedaliero
- raccogliere dati la cui rielaborazione sia utile per effettuare una programmazione, rendere omogenei i comportamenti degli operatori (MC), verificare la qualità delle prestazioni, attribuire una valutazione economica e effettuare i controlli di gestione

* Libro unico del Lavoro: (Decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, in vigore dal primo gennaio 2009).

38

Limiti all'uso epidemiologico dei dati raccolti dai Medici Competenti

- tempi e costi di estrazione ed elaborazione dei dati dei documenti sanitari personali redatti in forma cartacea
- mancanza di omogeneità nella metodologia e negli strumenti di registrazione

Appare quindi importante e indispensabile l'introduzione all'uso delle tecnologie informatiche con le garanzie in materia di protezione dei dati personali previste dal D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 anche senza previa autorizzazione (art. 23), e secondo le "Linee guida in materia di trattamento di dati dei dipendenti privati" (Deliberazione del Garante n. 53 del 23 novembre 2006)

39

L'Organo di vigilanza ha interesse a

- conoscere le modalità di gestione delle cartelle sanitarie riguardo agli
  - aspetti formali, quali ad esempio l'istituzione e la custodia, le firme etc. (indicatori della qualità organizzativa)
  - aspetti sostanziali quali i dati di rischio e di livello dell'esposizione in rapporto alla mansione specifica, le particolarità individuali, i protocolli sanitari, gli effetti attesi, la qualità e l'appropriatezza degli accertamenti e le ricadute preventive (indicatori della qualità professionale)
- prendere visione delle cartelle facendone richiesta al MC, direttamente o per tramite del Ddl
- disporre, con adeguata motivazione, modifica del protocollo sanitario

40

Gli altri strumenti

- **I registri degli esposti.**
- **La relazione sanitaria.**

41

I Registri degli esposti nel D.Lgs. 81/08

- ad agenti cancerogeni (art. 243)
- ad amianto (art. 260)
- ad agenti biologici del gruppo 3 e 4 (art. 280)

42

Il Registro degli esposti

- E' istituito dal datore di lavoro, che ne cura la tenuta per tramite del medico competente (salvo apparentemente il caso dell'amianto) e ne consegna/invia copia all'OdV e all'ISPESL in ogni caso, anche all'ISS nel caso degli agenti biologici.
- Per gli altri agenti cancerogeni il DM 155 del 2007 indica un modello di registrazione
- Per gli agenti biologici non è stato ancora emanato un analogo decreto

43

Chi bisogna iscrivere?

- Nel caso dell'amianto
  - l'iscrizione nel registro si fa quando l'esposizione risulti superiore a 10 fibre/litro nella zona respiratoria (1/10 del VL)
  - l'iscrizione deve intendersi come temporanea, fino al ripristino delle condizioni di sicurezza e conseguente cancellazione dal registro
- Per gli altri agenti cancerogeni non è previsto un livello minimo
- Per gli agenti biologici sono iscritti gli addetti ad attività comportanti uso di di agenti dei gruppi 3 e 4

44

Problemi aperti con gli agenti cancerogeni

- Compilare un Registro di esposti ad agenti cancerogeni, significa di fatto che si mantiene una esposizione dannosa per la salute dei lavoratori?
- Secondo alcuni autori l'iscrizione nel Registro dovrebbe essere effettuata solo per casi eccezionali, imprevisti o imprevedibili, poiché la legge obbliga alla eliminazione del rischio o alla sua riduzione al minimo livello tecnicamente attuabile anche per mezzo dei DPI

45

- Quanto ora è previsto per l'amianto dovrebbe valere anche per gli altri agenti cancerogeni?
- Al momento attuale questa possibilità è molto limitata poiché il Valore Limite di esposizione per agenti cancerogeni è previsto soltanto per pochi fattori (Allegato XLIII: benzene, cloruro di vinile monomero, polveri di legno duro) e per nessuno di essi sono indicati livelli "soglia" o "livelli d'azione"
- Inoltre non per tutti gli altri agenti cancerogeni classificati tali dall'Unione Europea o dalla IARC o dall'ACGIH, abbiamo un riferimento normativo italiano

46

La decisione

- La situazione è resa complessa da:
  - adempimenti burocratici disomogenei per ogni agente
  - riferimenti normativi incompleti
  - individuazione/definizione degli esposti (a quale livello? "potenzialmente" esposti? semplicemente addetti?)
- Il MC deve essere coinvolto nella decisione, poiché deve essere in grado, sulla base dell'analisi del profilo di rischio per mansione e per lavoratore, di indicare se e perché esista un "rischio per la salute" non eliminabile immediatamente con interventi di prevenzione primaria
- Non si può prescindere da conoscenze scientifiche aggiornate per quanto riguarda in particolare le condizioni di esposizione a basse o bassissime dosi

47

Concludendo sui cancerogeni

- Al momento attuale non appare possibile andare oltre le Linee Guida già espresse dal Comitato Tecnico di Coordinamento delle Regioni e Province Autonome, alle quali si rimanda per approfondimenti, oltre che alla letteratura scientifica
- E' utile ricordare che esistono diversi approcci alla prevenzione del cancro in generale e del cancro occupazionale in particolare [principio di precauzione o principio di prevenzione?]

48

Gli agenti biologici

- La definizione degli esposti ad agenti biologici è apparentemente più semplice: "addetti ad attività comportanti uso di agenti del gruppo 3 ovvero 4" (art. 280 D.Lgs.81/08)
- Di fatto, osservando le precauzioni suggerite dalle norme, il livello di esposizione dovrebbe essere pressoché pari a zero, in quanto in grado di evitare un qualsiasi contatto con l'agente patogeno
- Perché questa differenza di impostazione con gli agenti cancerogeni?

49

A che cosa servono i Registri?

- Costruzione di una "mappa dei rischi" considerati tra i più rilevanti per gli effetti sulla salute
- Ricaduta conoscitiva rispetto alle priorità di intervento a livello di
  - singola azienda
  - comparto
  - territorio …....
- Sorveglianza epidemiologica
- Riconoscimenti di MP

50

Compiti delle istituzioni

- L'OdV riceve un'informazione utile a monitorare le situazioni di esposizione, intervenire in vigilanza per il miglioramento delle situazioni lavorative, prescrivere misure di eliminazione/riduzione al minimo del rischio, promuovere interventi di prevenzione primaria soprattutto a livello territoriale o di comparto

- Gli organismi centrali hanno soprattutto il compito di rilevare dati a carattere epidemiologico, ampliare quindi la "mappa dei rischi" a livello nazionale, riferire periodicamente lo stato delle esposizioni e favorire politiche sanitarie di prevenzione, pianificazione di interventi con metodi omogenei, facilitare il riconoscimento delle malattie dovute all'esposizione lavorativa

51

A che punto siamo?

- I registri di esposizione a cancerogeni pervenuti all'ISPESL nel periodo 1996-2004 sono relativi a 2180 aziende per lo più della Lombardia e del Veneto, i lavoratori esposti 31.950, di cui il 20% a polveri di legno, 12% a benzene, 8% a cromo VI, 6% a IPA. Si ritiene che ci sia un'ampia sottostima. Fonte: B. Persechino, ISPESL

- L'incremento d'uso delle tecnologie informatiche dovrebbe poter ridurre le difficoltà tecnico-burocratiche favorendo la costruzione delle banche dati degli esposti a qualsiasi rischio

- Anche l'informatizzazione delle Cartelle Sanitarie e di Rischio dovrebbe facilitare la raccolta dei dati e la loro elaborazione

52

La Relazione sanitaria

- La Relazione sanitaria del MC alla fine di un ciclo di osservazioni perlomeno annuale, è lo strumento che dovrebbe racchiudere i risultati della sua attività in termini professionali, preventivi e comunicativi

- Soffermiamoci solo su alcuni punti
  - a chi serve la relazione sanitaria periodica del MC e perché?
  - quali dati deve contenere per essere utile ai destinatari?

53

- Normalmente una relazione è un rapporto di attività che contiene
  - le finalità di un determinato intervento
  - la situazione di partenza
  - gli scopi/obiettivi che si vogliono/devono raggiungere
  - le metodologie utilizzate
  - i risultati osservati/raggiunti
  - gli eventuali sviluppi futuri.

54

Idealmente nella relazione

- Il Medico competente
  - descrive brevemente il ciclo lavorativo, le mansioni e i rischi specifici, utilizzando anche i dati infortunistici e assenteistici (?)
  - elenca i lavoratori esposti, indicando i livelli di esposizione e le eventuali ipersuscettibilità
  - stabilisce uno specifico monitoraggio di carattere sanitario dei possibili effetti attesi, le modalità per la loro rilevazione e spiega il loro significato a livello individuale e a livello collettivo
  - stabilisce e spiega i criteri per il giudizio di idoneità alla mansione
  - espone i risultati delle visite mediche
  - indica eventuali misure di miglioramento sia ambientali che comportamentali immediate, a breve o lungo termine per evitare danni alla salute

55

I destinatari della Relazione

- Il Datore di lavoro ha la responsabilità di
  - applicare le misure indicate dal MC
  - eventualmente aggiornare la valutazione dei rischi e dell'esposizione
  - individuare soluzioni prevalentemente tese a migliorare le condizioni di lavoro piuttosto che "cambiare" o peggio "escludere" il lavoratore con qualche problema

56

I lavoratori e i loro rappresentanti

- Si confrontano con il MC sui risultati della sorveglianza sanitaria, arricchendoli della loro esperienza soggettiva diretta
- Si confrontano con il MC sui dati infortunistici e sugli elementi determinanti o modulatori evidenziando situazioni legate a particolari condizioni di stress, fatica, ritmi eccessivi, disturbi del sonno o anche esposizioni indebite ad agenti nocivi, uso di sostanze o farmaci, abuso del consumo di alcool e altre ancora
- Il confronto arricchisce e valorizza il ruolo e la funzione di prevenzione collettiva dei diversi soggetti coinvolti e la professonalità del MC

57

Il Servizio Sanitario Nazionale

- La Relazione del MC deve essere inviata agli enti pubblici ai sensi dell'art. 40 del D.Lgs. 81/08
- Dovrebbe essere costituita da un estratto sintetico della relazione aziendale, da poter utilizzare per la costruzione della mappa dei rischi e delle esposizioni in un determinato territorio, fino a raggiungere, con opportune aggregazioni dei dati il quadro generale di tutto il paese
- I risultati e le ricadute di questo flusso informativo devono ritornare al territorio sotto forma di piani e progetti mirati all'abbattimento dei rischi e sul piano territoriale e aziendale devono ritornare ai MC e ai datori di lavoro come indicazioni di prevenzione o miglioramento ulteriore della tutela della salute e dell'organizzazione della sicurezza

58

Sfortunatamente il D.Lgs.81/08

- ha almeno parzialmente disatteso questa possibilità, individuando come contenuti minimi e come forma di tale comunicazione gli elementi dell'Allegato 3B, che appaiono abbastanza marginali se non correttamente interpretati e sviluppati

59

Allegato 3B

- Informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria

- Contenuti minimi
  - Dati identificativi dell'azienda
  - Dati identificativi del Medico competente
  - Rischi cui sono esposti i lavoratori
  - Protocolli sanitari adottati
  - N. giorni di assenze
  - Infortuni denunciati
  - Malattie professionali segnalate
  - Tipologia dei giudizi di idoneità

60

Qualche primo risultato

- Con la costituzione del Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro (SINP) previsto dall'art. 8 del D.Lgs. 81/08

61

Il sistema delle Regioni e la salute dei lavoratori:politiche,azioni e risultati

Firenze, 17 aprile 2009

Conoscere per prevenire: le Regioni e il Sistema Informativo per la Prevenzione

Mariadonata Giaimo

Comitato Tecnico Interregionale
Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome

I fornitori

Gli ENTI che CONCORRONO ALLA REALIZZAZIONE DEL SINP

- Ministero del Lavoro, salute e Politiche Sociali
- **Regioni**
- INAIL
- IPSEMA
- ISPESL
- CNEL

Flussi Informativi INAIL – ISPESL – Regioni

Sistema nazionale di sorveglianza degli infortuni mortali e gravi

REGIONI

Relazioni sanitarie MC
Art. 40 D.lvo 81/08

Sistema di rilevazione dell'attività dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro delle ASL

RENAM

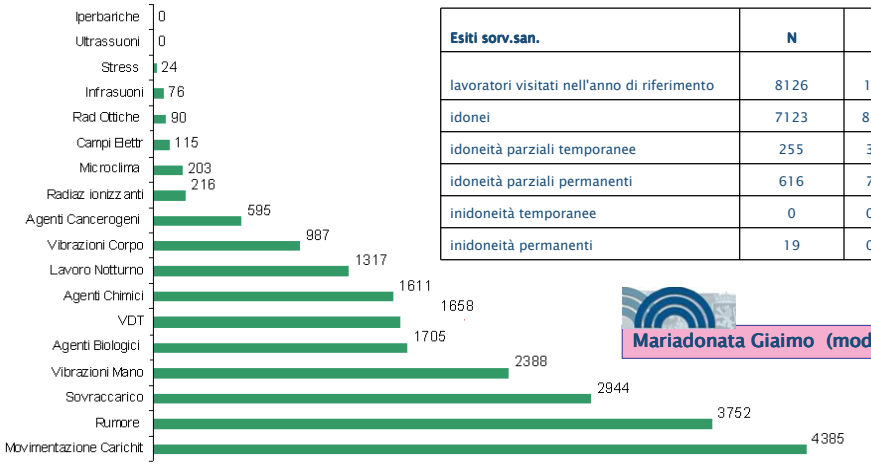
Sistema di sorveglianza delle malattie professionali MALPROF

Il sistema delle Regioni e la salute dei lavoratori:politiche,azioni e risultati

Firenze, 17 aprile 2009

Distribuzione dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria per fattore di rischio al quale sono esposti, 2008

dati di una ASL dell'Umbria elaborazione a cura della ASL Viterbo



Esiti sorv.san.	N	%
lavoratori visitati nell'anno di riferimento	8126	100
idonei	7123	87,7
idoneità parziali temporanee	255	3,1
idoneità parziali permanenti	616	7,6
inidoneità temporanee	0	0,0
inidoneità permanenti	19	0,2

Mariadonata Giaimo (mod)

Articolo 40.
Un dramma o un'opportunità?

- I contenuti e lo spirito dell'art. 40 possono rappresentare un passo in avanti rispetto a quel riconoscimento di ruolo di pubblica utilità che da molti anni si dice debba avere il MC
- Si possono discutere metodi, forme e adempimenti burocratici troppo costrittivi, ma tornare indietro sul principio sarebbe peggio

66

Che cosa occorre fare

- Coordinare le azioni dei vari enti pubblici interessati, nella direzione della valorizzazione dei dati derivanti dall'attività dei MC
- Trasferire e utilizzare sul territorio le conoscenze acquisite per programmare e pianificare interventi preventivi
- Favorire le attività di studio in collaborazione con le università e gli istituti di ricerca
- Riconoscere e valorizzare le attività che risulteranno aggiuntive rispetto ai precedenti impegni dei MC
- Trovare metodologie e sistemi agili per attivare flussi informativi che siano semplici, efficaci e poco dispendiosi per tutti i soggetti interessati

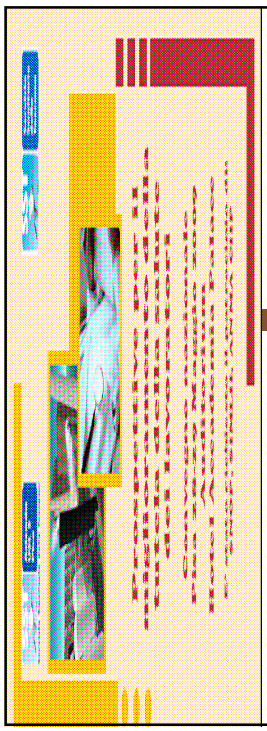
67

Proposte

- Rivedere i contenuti e la forma dell'Allegato 3B
- Compiere alcune sperimentazioni (in collaborazione con le Società Scientifiche di MdL, con le rappresentanze dei MC e con la partecipazione dei soggetti sociali)
- Decidere per il futuro quale sia la migliore modalità per dare una visibilità pubblica all'attività svolta dal MC

Senza di ciò si avvalora l'ipotesi che la sorveglianza sanitaria aziendale rimanga una pratica alquanto discutibile, limitata ad un mero rapporto tra Ddl e MC, poco trasparente e alla fine sia devalorizzata e ritenuta in molte circostanze inutile.

68



Grazie dell'attenzione

69

D.Lgs. 81/08

- Art 18, comma 1 lett g: il datore di lavoro e il dirigente hanno l'obbligo di "*richiedere al medico competente l'osservanza degli obblighi previsti a suo carico*" (sanz AA)
- Art. 39, comma 4: "*il datore di lavoro assicura al medico competente le condizioni necessarie per lo svolgimento di tutti i suoi compiti garantendone l'autonomia*" (non sanz)

70