

## IL GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLE MANSIONI SPECIFICHE

**Bruno Grieco,**

*Associato di Medicina del Lavoro, Università degli Studi "Federico II", Napoli*

Con decreto legge del 12 novembre 2001, n. 402, convertito con L. 8 gennaio 2002, n° 1, le funzioni di Medico Competente possono essere svolte anche da specialisti in igiene e medicina preventiva o in medicina legale e delle assicurazioni.

Sarebbe perciò opportuno che queste Scuole di specializzazione dessero più spazio culturale e pratico alle materie inerenti alla Medicina del Lavoro, la quale, peraltro, non può non trarre grandi vantaggi dalla esperienza dottrinale e giurisprudenziale del Medico – Legale, così come non può non trarre vantaggi dalla preparazione epidemiologica dell'Igienista.

Un errato giudizio di idoneità sia in termini di tempestività della diagnosi sia in termini di precise prescrizioni al datore di lavoro di allontanamento dalla fonte di rischio, oltre a causare danni, a volte gravi, a carico della salute del lavoratore può ritorcersi contro il medico competente che l'ha emesso in quanto responsabile di lesioni colpose, con ripercussioni in sede penale e civile.

Qualsiasi atto strettamente sanitario del M.C. deve necessariamente concludersi con il giudizio di idoneità alle mansioni specifiche; in esso si concretizzano esperienza, preparazione clinica e buon senso, non disgiunti dalla conoscenza puntuale delle reali condizioni di salute del lavoratore, delle mansioni espletate, del ciclo tecnologico, che a sua volta prevede la conoscenza delle schede di sicurezza dei prodotti impiegati, delle quantità impiegate e dei tempi di esposizione.

Quindi il Medico Competente nell'emettere il giudizio di idoneità diventa il "gestore" della salute psico – fisica del lavoratore, ma questa gestione deve riguardare soltanto il *rischio residuo o rischio ineliminabile*, cioè di quella quota di rischio che rimane anche dopo la applicazione di validi mezzi di prevenzione tecnica ed individuali sicchè egli è tenuto a conoscere le sostanze impiegate nel ciclo tecnologico attraverso lo studio delle schede di sicurezza e a prendere diretta visione della postazione di lavoro.

Ma il ruolo del M.C. ed è bene precisarlo subito, non si esaurisce con l'emissione del giudizio di idoneità, che pure ha grandissimo rilievo sotto differenti profili, in quanto l'evoluzione della normativa in materia di igiene del lavoro - dal D.P.R. 303/56 al recente D.Lgs 25 del 2002 sul rischio chimico, ultimo esempio di intervento di lifting del 626 / 94 - ne amplia i compiti sicché egli assume una *centralità* nella gestione della salvaguardia della salute psico - fisica del lavoratore non meno importante di quella del datore di lavoro che rimane, come ripetutamente detto, il vero attore della sicurezza in azienda. La Suprema Corte obbliga il datore di lavoro a far sottoporre il lavoratore alle visite mediche ed infatti una sua sentenza (III pen. 11871/88) così recita "*Qualora sia obbligatorio l'accertamento sanitario periodico sui lavoratori esposti a rischio professionali il datore di lavoro non deve limitarsi a invitare il personale alle visite mediche, ma è tenuto altresì ad assicurarsi che il personale abbia effettivamente osservato tale invito.*"

Se il lavoratore rifiuta ed il rifiuto è persistente il datore di lavoro deve attuare le procedure sanzionatorie previste dall'art.7 dello statuto dei lavoratori fino al suo licenziamento<sup>1</sup>: egli cioè non può assumersi la responsabilità di far lavorare un dipendente in un situazione a rischio che può comportare l'insorgere di una tecnopatia ovvero l'aggravarsi di un'infermità già costituita.

Risulta altresì chiaro che se non sussiste rischio per malattie professionali o per infortuni legati alle condizioni proprie del lavoratore o del tipo di mansione - e non tutte le mansioni presenti in una data realtà aziendale sono a rischio - il Medico Competente deve astenersi dalle visite "*obbligatorie*" e tanto meno dall'emettere il giudizio di idoneità, pena incorrere nelle sanzioni previste dallo statuto dei lavoratori (L. 300 /70) per violazione dell'art. 5.

Nella visita "*obbligatoria*" previste dalle norme sull'igiene del lavoro il concetto informatore che il M.C. deve tener presente è che egli è chiamato ad esprimere un giudizio sulla idoneità del lavoratore ad espletare quella data mansione nel senso che i rischi legati alla stessa non possano far ammalare o far peggiorare una situazione clinica e non sulla capacità dello stesso. Recentemente la Suprema Corte, riprendendo un vecchia e ormai famosa sentenza ( giugno, 1980 ric. Dal Negro III pen. giust. Pen. 1981. II) così si è espressa <sup>2</sup> in un caso in cui Medici Competenti di una nota industria del settore automobilistico, all'insaputa degli assumendi praticavano accertamenti tendenti ad evidenziare uno stato di gravidanza o di uso di oppiacei: "*... proprio con riguardo agli accertamenti sanitari, anche la giurisprudenza di legittimità, evidenziando che l'art. 5 dello statuto dei lavoratori tutela la libertà e la dignità del lavoratore, in modo da impedire che gli imprenditori possano ricorrere ad accertamenti sanitari diretti, per*

---

<sup>1</sup> "*Risponde del reato di cui all'art. 33 del d.p.r. 303/56 il datore di lavoro che non imponga ai dipendenti di sottoporsi alle visite mediche periodiche obbligatorie fino a giungere al licenziamento per giusta causa.*" Cass. III pen. 3160/93)

<sup>2</sup> Cass. Pen. III n° 3389/98 ric. Dambrée.

*mezzo di loro fiducia, per soddisfare interessi ultronei alla verifica dell'idoneità fisica dei lavoratori, con conseguente offesa appunto alla dignità e libertà di costoro.....”*

Orbene, premesso che nel caso di specie si trattava di visite di assunzione, come si deve comportare il M.C. che durante le visite periodiche “*obbligatorie*” il fondato sospetto che il lavoratore sia dedito a droghe ovvero sia alcolista? E' vero che l'accertamento della compatibilità dello stato psico fisico del lavoratore alcolista o tossicodipendente è rispettivamente regolata dalla L. 300/70 e dall'art. 100 della L. 162 /1990 , ma è pur vero che le condizioni di salute potrebbero essere tali, in quel momento, da esporre il lavoratore a rischi pe se stesso e per gli altri. E allora in attesa del lungo iter burocratico per una visita da far espletare presso le strutture ad hoc (senza poi voler tenere conto dell'obbiettivo difficoltà di motivare al paziente la richiesta di tale accertamento che peraltro potrebbe essere non accettata o addirittura dare adito a querela da parte del lavoratore) che fare? Ritengo che al quesito (che sul piano pratico non è di scarsa importanza attese le problematiche che questi lavoratori creano a se stessi, ai colleghi e a volte all'intera collettività aziendale) si possa rispondere scindendo il problema in due : nulla il M.C. può e deve fare in ordine alla prevenzione delle tecnopatie di tipo cronico, mentre certamente diverso può essere il discorso se le condizioni psico fisiche del lavoratore sono effettivamente tali da far ipotizzare come possibili se non addirittura come probabili eventi infortunistici. In questi casi se ad un attento esame neurologico si dovessero rilevare segni clinici, magari confermati da esami strumentali, di “*interessamento*” del sistema nervoso e della psiche, il giudizio di idoneità a mansioni che comportano particolare rischio infortunogeno deve essere espresso con le limitazioni e/o le prescrizioni che il caso richiede.

Un altro annoso e irrisolto problema sia sul piano legislativo che giurisprudenziale e, credo anche etico, riguarda i lavoratori ospedalieri (sanitari e parasanitari) che rifiutino di sottoporsi al prelievo ematico per l'accertamento della sieropositività per HIV, adducendo l'art. 5 della L. 135/90<sup>3</sup> ovvero ai portatori di epatite B e C.

Infatti se è chiaramente sancito che il lavoratore ospedaliero che è, per le sue mansioni, esposto ai più differenti rischi (biologici, chimici, psichici) è sotto la sorveglianza sanitaria dettata dal 626 /94, non altrettanto chiaro è chi debba proteggere la salute del paziente sottoposto a manovre invasive (a manovre quindi effettuate in un campo anatomico – chirurgico ristretto) da un operatore affetto da malattia infettiva in fase contagiosa

Il problema della trasmissione di malattie infettive emotrasmesse dagli operatori sanitari al paziente è uno degli argomenti, che negli ultimi anni è stato molto dibattuto con argomentazioni diametralmente opposte.

---

<sup>3</sup>L'art. recita al 3. C. che “*nessuno può essere sottoposto senza il suo consenso all'esame per l'accertamento per l'infezione da HIV se non motivi di necessità clinica nel suo interesse*”.

Alcune organizzazioni professionali, come ad esempio i Center for Disease Control (CDC), l'American Medical Association (AMA) hanno elaborato linee – guida o emanato raccomandazioni nelle quali la soluzione del problema è affidata al senso etico del lavoratore, il quale avendo il sospetto o la certezza di essere ammalato, dovrebbe rivolgersi al medico del lavoro e seguirne le limitazioni da questi imposte alla sua condotta professionale.

Il danno economico che deriva al lavoratore per l'esclusione da alcune mansioni per le quali riceve l'indennità di rischio, rappresenta, indubbiamente, il limite di questa soluzione.

Anche in Italia la questione è stata affrontata e dibattuta da un gruppo di esperti – medici del lavoro, igienisti, infettivologi, virologi, psicologi - che hanno concluso che gli operatori sanitari che svolgono mansioni invasive, devono sottoporsi a test sierologici e alla valutazione dei markers di infettività virale e in caso di loro positività devono essere esonerati dalle attività invasive in prima persona.

Non ha precisato però, il gruppo di studio, chi debba effettuare lo screening dei lavoratori a rischio, chi debba poi emettere il giudizio di idoneità, chi, insomma, debba gestire la questione.

Questo è un problema che va affrontato sia perché di rilevante importanza medico – legale sia perché di frequente riscontro nella pratica quotidiana.

Dunque come si deve comportare il M. C. che si trovi al cospetto di un Sanitario o di un Parasanitario che rifiutino l'accertamento della sieropositività per l'AIDS?

In pratica, può accadere e di solito accade con estrema frequenza, che nell'anamnestico dei lavoratori di strutture sanitarie ricorre il ricordo di episodi di lesioni cutanee, anche importanti, dovute a punture con aghi o a fatti accidentali, quali la rottura di raccordi di infusori etc. sulla cui innocuità non si è certi, sicché sarebbe logico e perfettamente aderente a criteri di “ buon mestiere” che il M.C. decida di aggiungere al routinario protocollo di indagini anche la ricerca di un' eventuale sieropositività al virus HIV e quanto meno dei markers per l'epatite B e C, almeno per quei lavoratori addetti a manovre invasive.<sup>4</sup>

Quali conseguenze possono ricadere sul M.C. nell'ipotesi che il lavoratore rifiuti di sottoporsi al prelievo e quindi in seguito al mancato accertamento egli diventi il vettore di infezioni ai pazienti?

Al M.C. si apre un bivio cioè scegliere tra la non emissione del giudizio di idoneità alle mansioni specifiche a causa della mancanza di un esame che gli permette di esprimere un sereno giudizio, avvalendosi, di quanto affermato nella

---

<sup>4</sup> Secondo le linee guida del ministero della sanità del 1994 per manovra invasiva deve intendersi quella in cui si effettua a) un controllo digitale della punta di un ago nelle cavità corporee ovvero b) esiste una presenza simultanea di dita, aghi e altri strumenti taglienti in un campo anatomico-scarsamente visibile o molto ristretto.

nota sentenza n. 218/ 94 della Corte Costituzionale secondo la quale “ è illegittimo per violazione dell’art. 32 della Costituzione, l’art. 5 terzo comma, della legge 5 giugno 1990, nella parte in cui non prevede accertamenti sanitari dell’assenza di sieropositività all’infezione di HIV come condizione per l’espletamento di attività che comportano rischi per la salute di terzi,” ovvero emettere il giudizio di idoneità non tenendo conto del dato anamnestico. Questa ultima scelta, però, potrebbe rivelarsi estremamente pericolosa !! Ma la mancata emissione del giudizio di idoneità comporta necessariamente la sospensione del lavoratore dalle sue mansioni.

A me sembra che alla luce di questa sentenza non si dovrebbero avere dubbi in proposito.

Il mancato accertamento della sieropositività potrebbe misconoscere casi di *immunodepressione* che in sostanza renderebbero il lavoratore più fragile alle aggressioni di quelle sostanze tossiche presenti negli specifici luoghi di lavoro.

Tutta la nostra legislazione in materia di prevenzione da rischi professionali è giustamente molto severa perché la salute è un bene costituzionalmente protetto ma la tutela come si legge nella predetta sentenza “non si esaurisce nell’affermazione che le condizioni di vita, di ambienti e di lavoro devono essere tali da non porre a rischio questo bene essenziale” ma anche “che la tutela implica e comprende il dovere dell’individuo di non ledere né porre a rischio, con il proprio comportamento, la salute altrui, in osservanza al principio generale che vede il diritto di ciascuno trovare un limite nel reciproco riconoscimento e nell’eguale protezione del coesistente diritto degli altri”.

D’altra parte non è dato sapere perché il test è obbligatorio nelle visite di assunzione per il personale delle forze di Polizia e dei Vigili del fuoco (art.15 D.L. 04/10/90 n° 276, successivamente convertito in legge 30/11/90 n° 359) che certamente non sono lavoratori a maggior rischio rispetto al personale sanitario, sia nel senso di ricevere che di trasmettere l’infezione.

Forse la Francia ha saputo trovare un discreto punto di equilibrio stabilendo che il soggetto sieropositivo asintomatico non viene considerato a rischio e pertanto conserva la sua mansione, mentre nel caso di manifesti segni di deficit immunitari il giudizio viene emesso nel caso concreto sulla base del livello della immunodeficienza.

Inoltre bisogna prendere in considerazione un’altra ipotesi e cioè che il lavoratore all’atto della visita riveli spontaneamente al M.C. il suo stato di malattia affermandone, magari, anche lo stato di infettività virale.

### **Quale dovrà essere il comportamento del M.C.?**

A mio avviso il M.C non potrà esimersi dalla “ denuncia “ al sindaco a norma dell’art. 254 del T.U. delle leggi sanitarie che stabilisce “il sanitario che nell’esercizio della sua professione sia venuto a conoscenza d’un caso di malat-

*tia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, pericolosa per la salute pubblica, deve immediatamente farne denuncia al sindaco ...".* Venivano precisate con D.M. 5 luglio 1975 le malattie oggetto di denuncia alle quali con D.M. 7 febbraio 1983 veniva aggiunta la legionellosi e con D.M. 28 nov 1986 e Circ. 13/2/87 n. 5 l' AIDS (solo se accertata) l'epatite A, B e non A e non B, nonché la rosolia congenita e il tetano neonatale.

Ovviamente questa pratica non potrà influire sul giudizio di idoneità.

Altra evenienza è quella relativa a lavoratori portatori di anticorpi antiepatiti. Ma l'interrogativo è un altro: se, cioè, il lavoratore è in fase contagiosa ma il suo enzimogramma epatico è nei limiti della norma quale deve essere o dovrebbe essere il giudizio del M.C? E' bene ricordare che il D.Lgs 626 /94 si prefigge il compito di salvaguardare la salute del lavoratore e non del cittadino come tale, e allora ciò premesso, in questo caso, il giudizio dovrebbe essere di idoneità assoluta alle mansioni specifiche.

Siamo sicuri, però che in caso di infezione virale con un enzimogramma epatico normale, il fegato di questo lavoratore sia veramente sano? Lo proteggiamo veramente emettendo un giudizio di idoneità? Lo stress fisico cui è sottoposto il chirurgo non può far evolvere negativamente le sue condizioni epatiche?

Un enzimogramma epatico patologico potrebbe, invece, comunque giustificare un giudizio di non idoneità, sia pure temporaneo, anche in assenza di infezione virale, in quanto è risaputo che lo stress che coinvolge tutti gli operatori chirurgici, così come la possibile presenza di gas anestetici negli ambienti specifici di lavoro, rappresentano condizioni di aggravamento per le epatopatie e quindi sarebbe più che giustificata la temporanea inidoneità lavorativa.

Ancora un problema si pone nei riguardi degli atopici da adibire a lavori nei quali si impiegano agenti allergizzanti. Secondo A. Innocenti, la cui opinione condivido in pieno, *"la semplice presenza di atopia non può assolutamente essere causa di non idoneità al lavoro. Anche pregresse crisi asmatiche (nell'infanzia o in gioventù) non possono essere in alcun caso, motivo di esclusione dal lavoro. Diversa potrebbe essere la situazione di un lavoratore che riferisse in sede di visita preventiva una sintomatologia asmatica nel corso dell'ultimo anno, ma anche in questo caso l'idoneità non dovrà essere negata per principio. Una precisa valutazione dovrà necessariamente essere effettuata caso per caso (con prescrizioni, limitazioni ed in particolare con un più frequente controllo sanitario.)"*

Anche l'emissione del giudizio per soggetti da esporre a lavorazioni rumorose pone qualche problema. Secondo la Merluzzi poiché allo stato attuale non esiste un test che audiologico che consenta di poter riconoscere con certezza l'esistenza di una suscettibilità al danno da trauma acustico *"tutti i soggetti con udito normale all'audiometria tonale devono essere considerati idonei alle mansioni che comportano un rischio da rumore da 85-90 LEP/d ad eccezione degli operati di stapedectomia in quanto la protesi di staffa è piuttosto fragile per cui può essere danneggiata anche da singoli rumori impulsivi."*

Secondo la Merluzzi una patologia trasmissiva pura, senza alcun interessamento delle strutture cocleari deve essere considerata protettiva rispetto al trauma acustico in quanto riduce la quantità di energia sonora che raggiunge la coclea. Prosegue la Merluzzi *“tuttavia, qualora tale patologia abbia interessato i meccanismi che stanno alla base dei riflessi dello stapedio, l’effetto protettivo si realizzerà soltanto in presenza disolo in presenza di rumore a livello stabile, mentre per quanto quelli di tipo impulsivo si potrà avere una predisposizione al trauma.”*

Secondo ancora la predetta A., un’otite cronica labirintizzata e gli esiti di intervento di otite cronica possono predisporre al trauma sonoro, mentre una patologia percettiva potrebbe predisporre al trauma acustico qualora sussistesse una cocleopatia (vascolare, degenerativa, virale etc.) poiché il trauma acustico agisce su un organo già leso, mentre se il danno interessa il nervo questa evenienza è meno probabile.

L’emissione del giudizio di idoneità in portatori di anomalie del metabolismo glucidico è irto di insidie non solo diagnostiche, ma anche per i risvolti umani che a volte esso comporta.

diabete mellito, come è noto, non è una singola malattia bensì una sindrome determinata da diversi fattori etiopatogenetici ognuno responsabile dei diversi sintomi (poliuria, polidipsia, polifagia, dimagrimento etc.) che definiscono la malattia.

Il diabete mellito tipo I (insulinodipendente) o tipo II (non insulinodipendente) si riscontra con una certa frequenza tra i lavoratori sia per le migliorate condizioni di lavoro - impiego di strumenti di lavoro servoforniti – sia per le migliorate condizioni alimentari, fatti questi che hanno comportato un minor dispendio energetico e quindi la slatentizzazione di situazioni metaboliche border – line, sicchè la ridotta attività fisica riduce l’utilizzazione periferica del glucosio e la sensibilità dell’insulina a livello del tessuto muscolare ed adiposo. E’ da tener presente, però, che anche un esercizio fisico eccessivo può essere causa di peggioramento del controllo metabolico: questi tipi di lavoro comportano un grande dispendio energetico cui l’organismo diabetico non può far fronte a causa della carente azione insulinica.

Anche le modalità dell’attività muscolare vanno tenute presenti nell’emissione del giudizio in quanto attività ancorchè pesanti ma regolari nel ritmo comportano un adattamento duraturo del metabolismo glucidico, un’attività discontinua, come nel caso della turnazione, è causa di squilibri che richiedono opportune e non sempre efficaci terapie dietetiche e farmacologiche, nonché la facile insorgenza, sia pure a lungo termine, delle complicanze cardiocircolatorie che con molta frequenza si riscontrano nei diabetici.

In conclusione una idoneità totale può essere riconosciuta per quei lavoratori portatori di ridotta tolleranza ai carboidrati e per i non insulinodipendenti con glicemia a digiuno inferiore ai 150mg% e con valori compresi tra i 180 mg e i 200 mg% dopo 2 ore dai pasti. E’ però da precisare che in questi casi mansioni

con grosse responsabilità verso terzi (conduttori di treni, pulman, aerei) vanno escluse.

Per i soggetti con valori glicemici a digiuno intorno ai 180 mg% e ai 250 mg 2 ore dopo i pasti sono da proscrivere tutte le attività a grande impegno psico-fisico, così come vanno controindicate in quei soggetti insulinodipendenti con glicemia a digiuno aggirantesi intorno ai 150 mg% a digiuno e con valori di 180-200 mg% 2 ore dopo i pasti.

Ai soggetti insulinodipendenti con glicemia a digiuno superiore ai 200 mg% può essere data un' idoneità per lavori prevalentemente se non esclusivamente sedentari ovvero medio dispendio energetico.

Per tutti i lavoratori diabetici, tipo I e II con difficile controllo metabolico rilevabile anche dal dosaggio dell' emoglobina glicosilata può comunque essere data un' idoneità in squadra in maniera tale da poter assicurare un aiuto in caso di malore. A tutti i diabetici va comunque negata la possibilità di lavori in quota.

Si ricorda che esiste anche un diabete traumatico secondario a traumi cranici ovvero a traumi addominali interessanti il pancreas.

A questo punto c'è un quesito da porsi e lo porgo perché non infrequentamente mi è accaduto di imbattemi in lavoratori che opponevano un netto rifiuto a sottoporsi non solo alla visita medica ma anche agli accertamenti collaterali. Allora come deve comportarsi, in questa evenienza il M.C.? Deve comunicare immediatamente il rifiuto al datore di lavoro per gli opportuni provvedimenti ed infatti la sentenza della III Sez. pen. della Suprema Corte n° 3160 / 93 afferma *“risponde del reato di cui all'art. 33 del DpR 303 /56 il datore di lavoro che non imponga ai dipendenti di sottoporsi alle visite mediche periodiche obbligatorie mediante sanzioni disciplinari adeguate fino al licenziamento per giusta causa”*.

A questo proposito la Suprema Corte in una sentenza del 1993<sup>5</sup> riconferma il principio sopra riportato ed aggiunge che esso *“non è in contrasto con l'art 5 dello Statuto dei lavoratori che vieta al datore di lavoro di accertare l' idoneità o l' infermità del lavoratore dipendente se non tramite l' intervento delle USL, né con l'art. 32 della coartituzione che assoggetta i trattamenti obbligatori a riserva di legge ...”* giacché *“il sistema dei controlli periodici sul personale a contatto con sostanze tossiche non è posto nel solo interesse del singolo, bensì in quello superiore della collettività, anche sotto il profilo economico, essendo noto il peso degli invalidi sull' economia nazionale.”*

Il giudizio di idoneità, va espresso sia in sede di visita preventiva<sup>6</sup> che periodica e deve essere correlato alle reali condizioni di lavoro, nel senso che che il

---

<sup>5</sup> Cfr Cass. 6.4.93, facchini in Dir, prat. Lav. 1993, 23, pag. 1543

<sup>6</sup> Qualche pretore ha eccepito che la visita medica preventiva e cioè prima dell' assunzione effettuata dal medico “ aziendale” sarebbe in contrasto con l'art. 5 dello statuto dei lavoratori perché esso vieta gli accertamenti ad ogni lavoratore sia dipendente che in via di possibile o probabile assunzione. La



Medico Competente deve essere edotto sul carico di lavoro, oltre che sui rischi cui sarà esposto (rischi che peraltro egli deve conoscere avendo partecipato alla valutazione del rischio) e va richiesto al medico competente dal datore di lavoro ogni qualvolta che il lavoratore viene adibito a mansioni con rischio diverso da quello per il quale aveva ottenuto il precedente giudizio di idoneità e qualora la visita sia stata richiesta dal lavoratore (art.17, c.1, lett. c) e sia correlata ai rischi professionali.

La richiesta del cambio di mansioni deve scaturire soltanto, se nonostante tutte le misure sopra accennate, il rischio permane sicchè esso è dovuto alle peculiari condizioni (malattie, predisposizione) del lavoratore che rendono per lui pericoloso ciò che non lo è per gli altri lavoratori di quel reparto.

E' bene che il M.C tenga presente che le malattie professionali (per le innegabili migliori condizioni degli ambienti di lavoro) si presentano oggi con segni clinici, strumentali e di laboratorio molto sfumati sicchè non a caso ho detto che il M.C. deve possedere quelle caratteristiche tecniche e umane innanzi accennate. Non esistono infatti criteri metodologici standardizzati per la semplice considerazione che la conoscenza del binomio uomo – ambiente, che necessariamente è alla base del giudizio, è materia fluida sia perché l'uomo non è un insieme di costanti biologiche sia perché la tecnologia è altrettanto mutevole in quanto legata alle varie e mutevoli esigenze del ciclo tecnologico; vi sono delle situazioni limite nelle quali, ad esempio, l'applicazione rigida dei TLV può non essere giusta.

I TLV non possono essere considerati come una linea che separa il bene dal male perché piccole oscillazioni sono possibili nella pratica aziendale e vanno correlate allo stato biologico del lavoratore.

Il giudizio di idoneità al lavoro deve essere inviato al datore di lavoro (in busta chiusa sulla quale deve essere impressa la dicitura “Documento sanitario coperto da segreto professionale” art. 622 C.P.) senza i risultati delle indagini strumentali e di laboratori e/ o dalla diagnosi (art. 23 della L. 31.12.96, n° 675,<sup>7</sup> c.d. legge sulla privacy e art. 622 c.p.- segreto professionale.) - mentre al lavoratore, a sua richiesta - art. 17 D.Lgs 626/94 - insieme al giudizio va consegnata copia degli esami complementari.

---

Corte Suprema III Sez. pen. con sent. n° 43 / 98 ha affermato che deve farsi una netta distinzione tra lavoratori già dipendenti e lavoratori in attesa di lavoro, in quanto “ il lavoratore è colui che presta un'attività volta al conseguimento di un risultato determinato, “ laddove 2 coloro che chiedono di essere assunti o hanno in corso la relativa assunzione, sono futuri lavoratori ma non lo sono ancora” e pertanto per essi non si può applicare quanto disposto dall'art. 5 della L. 300/70.

<sup>7</sup>L'art. 23 della legge 675/96 stabilisce che “ *gli esercenti le professioni sanitarie e gli organismi sanitari pubblici possono, anche senza l'autorizzazione del garante, trattare i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, limitatamente ai dati e alle operazioni indispensabili per il perseguimento di finalità di tutela dell'incolumità fisica e della salute dell'interessato.*

Il giudizio di idoneità può essere di *idoneità assoluta*: esso deve essere emesso allorchè non esiste alcuna patologia a carico degli organi critici. Il giudizio può prevedere la prescrizione di idonei dispositivi di protezione individuali (DPI);

di *idoneità parziale*: viene emesso allorchè esistono alterazioni di organi o apparati che potrebbero ricreare un ulteriore danno a causa dell'esposizione al rischio. Esso pertanto può prevedere limitazioni al normale svolgersi delle mansioni o l'uso di DPI adeguati;

di *inidoneità permanente o temporanea*: devono cioè sussistere condizioni patologiche a carico degli organi deputati alla biotrasformazione di quei tossici con i quali il lavoratore viene a contatto o allorquando la patologia, da cui il lavoratore è affetto, può essere aggravata dall'esposizione al rischio.

L'art. 17, comma 3 del 626 /94 afferma che qualora il M.C. a seguito degli accertamenti di cui all'art. 16, comma 1, lettera b) esprima giudizio di idoneità parziale o temporanea o totale ne informa il per iscritto il datore di lavoro e il lavoratore.

Il mancato ovvero errato accertamento dell'idoneità specifica del lavoratore, ospedaliero o meno, a compiere correttamente mansioni inerenti alla sua qualifica, dalle quali sia derivata una lesione a se stesso o a colleghi, comporta la responsabilità del M.C. la quale sussiste anche nell'ipotesi che dalle manovre eseguite dal sanitario o dal parasanitario ad un paziente, a questi derivino danni dovuti alla inidoneità del lavoratore.

L'errato giudizio sull'idoneità alle mansioni specifiche può derivare anche da una non corretta individuazione del protocollo di esami clinici e strumentali – che devono essere mirati al rischio - la cui positività avrebbe potuto evidenziare la presenza nel ciclo lavorativo di fattori di rischio.

In questo caso, se da una parte può, in parte, sollevare il datore da specifiche responsabilità, nessuna scusante, purtroppo, può invocarsi per il M.C.

La *centralità* del Medico Competente è ancor più rimarcata dal D.Lgs. 25 /2002 allorchè all'art. 60-*sexies*, prevede *misure specifiche di protezione e di prevenzione* stabilendo che il datore di lavoro, sulla base della valutazione dei rischi, abbia l'obbligo di eliminare o ridurre il rischio “*mediante la sostituzione, qualora la natura dell'attività lo consenta, con altri agenti o con processi che, nelle condizioni di uso, non sono pericolosi o sono meno pericolosi per la salute del lavoratore.*”

E chi se non il M.C. può attuare tali misure?

In via alternativa, detto decreto, prevede, allorchè non è possibile agire alla fonte, una serie di misure che in ordine prioritario vanno a) dalla progettazione di appropriati processi lavorativi e controlli tecnici, nonché l'uso di adeguate attrezzature, b) da appropriate misure organizzative e di protezione alla fonte del rischio, c) da misure di protezione individuali, qualora la prevenzione dal rischio non sia possibile con misure di ordine generale, d) dalla sorveglianza sanitaria dei lavoratori a norma degli artt. 60 – *decies* e 60 – *undecies*.

A questo punto il mio pensiero non può non andare alla salubrità delle sale operatorie, soprattutto a quelle di non recente costruzione.

Dunque la sorveglianza sanitaria rappresenta l'ancora di salvezza per quel datore di lavoro che non può abbattere o ridurre il rischio ed infatti detto articolo precisa che *“sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria di cui all'art. 16 i lavoratori esposti agli agenti chimici pericolosi per la salute che rispondono ai criteri per la classificazione come molto tossici, tossici, nocivi, sensibilizzanti, irritanti, tossici per il ciclo riproduttivo.”*

Sarebbe il caso, avendo più tempo a disposizione, di addentrarsi nella disamina del cosiddetto rischio moderato, ed ecco che il concetto innanzi espresso sui TLV appare più chiaro.

Ma non posso esimermi dal notare come ancora una volta il nostro legislatore sia stato estremamente superficiale nella definizione di questo concetto, superficialità che rende ancora più problematica l'emissione del giudizio di idoneità.

Cosa deve fare il M.C. per stabilire se trattasi di rischio moderato o meno?

Deve applicare quanto suggerito dal Foà e cioè determinare l'algoritmo (tenendo quindi conto del tipo e della quantità di sostanza chimica impiegata) ovvero tenendo conto dei livelli di esposizione cui sono esposti i lavoratori?

Ciò comporta, evidentemente, strategie aziendali diverse in rapporto ai costi dell'operazione.

Si profila, a questo punto, un grosso problema di ordine pratico : il citato art. 60 – *decies* (sorveglianza sanitaria) prevede al comma 2 che essa debba essere effettuata a) *prima di adibire il lavoratore alla mansione che comporta esposizione; b) periodicamente, di norma una volta l'anno o con periodicità diversa decisa dal medico competente con adeguata motivazione riportata nel documento di valutazione dei rischi e resa nota ai rappresentanti per la sicurezza dei lavoratori, in funzione della valutazione del rischio e dei risultati della sorveglianza sanitaria.*

La considerazione è questa: è noto a tutti gli operatori sanitari che la suscettibilità individuale, specie per alcuni agenti chimici presenti in maniera pressochè ubiquitaria e a volte in quantità veramente notevole nelle strutture ospedaliere (si pensi ai laboratori di ricerca e di routine etc.) varia in rapporto a differenti fattori non solo individuali ma anche ambientali, intendendo per tali anche quelli legati al microclima, sicchè un lavoratore, esposto ad un agente chimico identificato nella valutazione del rischio come appartenente alla scala più bassa di nocività, con conseguente incasellamento del lavoratore nella periodicità di visita annuale, che a causa di una variata sua sensibilità alla sostanza, dovesse sviluppare una tecnopatia, necessariamente diagnosticata con ritardo dal M.C. e quindi con possibile compromissione degli organi critici?

Cosa succede? Saremo oggetto dell'attenzione del Magistrato?

Non dimentichiamo quanto il D.Lgs. 25 /2002 dispone all'art. 60 novies in deroga all'utilizzo di 4 ammine aromatiche (benzidina, b naftalamina, nitrodifenile, amminodifenile).

Queste sostanze, come è noto, sono ampiamente usate nell'industria dei coloranti e la loro certa azione cancerogena sulle vie urinarie era stata drasticamente ridotta dalle circolari ministeriali 41/78 e 61/81. Oggi, invece, con la deroga al loro utilizzo ridiventano un grosso problema per il M.C.

Ciò è veramente sorprendente, a dir poco!!!

Ancora un quesito: può il medico competente sottoporre a visita il lavoratore che riprende il lavoro dopo ripetute o prolungate assenze per malattia o dopo altri eventi che abbiano potuto far sorgere il dubbio sull'integrità fisica o psichica dello stesso?

Mi è capitato di leggere articoli pubblicati su Riviste mediche specializzate a firma di autorevoli Autori secondo i quali questa pratica sarebbe in contrasto con l'art. 5 dello statuto dei lavoratori.

A mio avviso non è così.

*L'art. 5 della legge 300 /1970 afferma che "sono vietati 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 soltanto attraverso i servizi ispettivi degli istituti previdenziali competenti , i quali sono tenuti a compierlo quando il datore di lavoro lo richieda. ...etc.*

L'art. 5, dunque, riguarda l'accertamento delle infermità che hanno dato luogo alle assenze dal lavoro e non al rientro in azienda.

I tempi dell'accertamento sono diversi: quelli che deve compiere il M.C. sono successivi a quelli che evidentemente, a richiesta del datore di lavoro deve compiere un sanitario di un istituto previdenziale.

D'altra parte se un lavoratore venisse demandato a compiere un lavoro a rischio per il quale non è più idoneo a seguito dei postumi della malattia patita e a cagione di ciò andasse incontro ad un infortunio chi sarebbe il colpevole inescusabile se non il M.C.?

E' però altrettanto evidente che il M.C. non può compiere, in quella sede, accertamenti tendenti ad accertare la veridicità dello stato di malattia che dette origine alle assenze dal lavoro.

L'ASL competente per territorio è, come si sa, l'organo che può confermare, revocare o modificare il giudizio di idoneità. Ma se il giudizio è di idoneità e non è condiviso da una delle parti in causa a chi fare ricorso ? Non certamente all'ASL in quanto il D.Lgs 626 /94 afferma che il ricorso all'organo di vigilanza è ammesso in caso di inidoneità.

Il ricorso all'ASL in effetti è un rapido mezzo di tutela accordato al lavoratore e deve essere inteso come un rimedio eccezionale proprio in considerazione dell'importanza degli interessi giuridici coinvolti. Ma proprio la natura di rimedio eccezionale e, quindi di norma eccezionale da attribuirsi all'art. 17, c. 4 del D.Lgs. 626 /94 impedisce l'estensione di esso oltre l'ambito fissato dal legislatore, stante l'ineludibile divieto previsto dall'art.14 delle disposizioni sulla legge in generale.

E allora bisogna rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Ci sono forse gli estremi per ipotizzare una questione di legittimità costituzionale per diversi motivi, ma il più pregnante è quello della violazione del principio di uguaglianza sancito dall'art. 3 della Cost. nella misura in cui appare irragionevole non assicurare anche al lavoratore ritenuto idoneo gli stessi mezzi di difesa, conferiti al lavoratore giudicato inidoneo.

E' evidente quindi che anche il giudizio di idoneità, che sembrerebbe privo di problematiche medico legali deve essere ben ponderato dal M.C. In particolare mi riferisco alle visite di assunzione nelle quali vengono riconosciute situazioni di atopia, per così dire generica, verso prodotti chimici allergizzanti, così spesso presenti nelle strutture ospedaliere.

Io ritengo che la semplice presenza di atopia non può essere assolutamente causa di non idoneità al lavoro. In accordo con numerosi autori ( Innocenti e Al.) che "anche pregresse crisi asmatiche, nell'infanzia o in gioventù, non possono essere in nessun caso, motivo di esclusione dal lavoro. Diversa potrebbe la situazione di un lavoratore che riferisse in sede di visita preventiva una sintomatologia asmatica nel corso dell'ultimo anno. Ma anche in questo caso l'idoneità non dovrà essere negata per principio. Una precisa valutazione dovrà essere effettuata caso per caso (con prescrizioni, limitazioni ed in particolare con un più frequente controllo sanitario."

Ma come la mettiamo con il D.Lgs. 25/2002 ?

E per ultimo non posso non ricordare i pericoli insiti nel giudizio di idoneità per i tanti lavoratori ospedalieri addetti alla movimentazione manuale dei carichi - si pensi a tutto il personale parasanitario addetto alle sale operatorie, alle sale gesso - pochissime essendo le strutture che oggi sono provviste delle idonee attrezzature meccaniche, sicchè soltanto una buona anamnesi non disgiunta da un approfondito esame dell'apparato muscolo - scheletrico del lavoratore e la conoscenza della metodica per il calcolo dell'indice di sollevamento (I.S.) può mettere il M.C. al riparo da errori di giudizio che inevitabilmente si tramuteranno in un danno per l'operatore.

Ricordo che il titolo V del D.Lgs 626 /94, dedicato appunto alla movimentazione manuale dei carichi, precisa che le norme di quel titolo "*si applicano alle attività che comportano la movimentazione manuale dei carichi con rischi, tra l'altro, di lesioni dorso-lombare per i lavoratori durante il lavoro*".

Appare subito chiaro che il danno può interessare, oltre il rachide, anche tutti gli organi chiamati in causa dallo sforzo non solo per la movimentazione del peso ma anche per il suo trasporto.

Il comma 2 dell'art. 47 precisa che "*si intendono per movimentazione manuale dei carichi le operazioni di trasporto o di sostegno di un carico ad opera di uno o più lavoratori, comprese le azioni di sollevare, deporre, spingere, tirare o spostare un carico che, per le loro caratteristiche o in conseguenza delle condizioni ergonomiche sfavorevoli, comportano, tra l'altro, rischi di lesioni dorso - lombari*".

Per finire quali indagini diagnostiche deve richiedere il M.C. nelle visite mediche preventive e periodiche senza oltrepassare i limiti del suo mandato e quindi incorrere in sanzioni? Soprattutto non creare problemi che investono la libertà personale del lavoratore con i relativi risvolti negativi che ciò comporta. Infatti se è vero che il lavoratore è costretto per legge a subire le visite mediche e gli accertamenti diagnostici, che a volte possono anche un pregiudizio per la sua occupazione, è pur vero che bisogna chiedersi se questo obbligo sussiste anche di fronte di accertamenti specialistici decisi dal M.C. e che non sono mirati alla prevenzione dei danni derivanti da quel dato rischio. Si mettono in ballo problemi di ordine costituzionale perché se è vero che da una parte esiste il diritto del lavoratore quale cittadino di non essere sottoposto ad un dato trattamento sanitario se non per disposizione di legge (art. 32 c.2 Cost.) è pur vero che esiste un obbligo di tutela della salute del lavoratore da parte del datore di lavoro che si affida, per questo, ad un M.C. designato dal datore di lavoro, che dispone accertamenti specialistici che non discendono da una apposita norma, bensì da una sua valutazione del tutto affidata alla sua discrezionalità.

Non c'è alcun dubbio, quindi, che essi debbano essere mirati alla prevenzione del rischio specifico e /o alla diagnosi precoce della tecnopatia ovvero alla prevenzione degli infortuni. Per quest'ultimo aspetto, infatti, allorché il legislatore all'art. 4 comma 5 lettera c del D.Lgs. 626/94 stabilisce che il datore di lavoro " *nell'affidare i compiti ai lavoratori tiene conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza* " è evidente, a mio avviso, che investe il M.C. anche della responsabilità della prevenzione degli infortuni, almeno di quelli dovuti a cause biologiche, sicché è chiaro che gli accertamenti devono anche essere mirati in tal senso. Al di fuori di questa ipotesi il M. C. violerebbe l'art. 5 della legge 300/70 (statuto dei lavoratori) così come sarebbe fuori legge se richiedesse accertamenti, anche la semplice visita clinica, per alcolisti, tossici dipendenti ovvero soggetti affetti da disturbi psichici.

Sembrirebbe questo, a primo acchito, un controsenso rispetto a tutto quello prima detto, ma bisogna tener presente che in questi casi l'accertamento della compatibilità dello stato psico – fisico con le mansioni da espletare non riguarda solo il concetto di idoneità alle mansioni specifiche ma anche il concetto di capacità e la possibilità che detti lavoratori possano costituire pericolo per se stessi e per gli altri e ciò può essere accertato soltanto da un Ente di diritto come stabilito dall'art. 5 dello Statuto dei lavoratori, e dall'art. 100 della legge 162 /90 per i tossici dipendenti. Credo che sia a tutti noto come andò a finire una vicenda di qualche anno fa che vide coinvolti medici e amministratore delegato di un'importante industria automobilistica per aver praticato accertamenti, atti a evidenziare l'uso di droghe e l'eventuale stato di gravidanza di assumendi, a loro totale insaputa.

Per quanto riguarda infine la questione del trattamento dei dati personali in relazione alla legge sulla privacy (L. n° 675/96) fermo restando il rispetto del segreto professionale così come previsto dall'art. 622 del c.p., e dal codice deon-

tologico, il problema non sussiste, atteso che l'art. 23 della suddetta legge stabilisce che "gli esercenti le professioni sanitarie e gli organismi sanitari pubblici possono, anche senza l'autorizzazione del garante, trattare i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, limitatamente ai dati e alle operazioni indispensabili per il perseguimento di finalità di tutela dell'incolumità fisica e della salute dell'interessato."

Nessuna autorizzazione quindi il M.C. deve richiedere per la gestione di dati che sono del tutto simili a quelli gestiti dagli altri sanitari.

Un esatto giudizio di idoneità scaturisce, evidentemente, anche da un puntuale protocollo diagnostico il cui concetto informatore deve essere diverso se trattasi di visita di prassunzione ovvero di visita periodica. In ambito di visita preventiva, sempre nel rispetto del concetto già espresso e cioè che gli esami diagnostici devono essere mirati al rischio al fine di esprimere il giudizio alla mansione specifica, il protocollo può anche spaziare nell'esplorazione funzionale degli organi critici ovvero ad essi collegati, laddove nelle visite periodiche gli accertamenti devono essere strettamente legate al rischio altrimenti si corre rischio di andare alla ricerca di una documentazione inerente ad organi non a rischio lavorativo e quindi "spaziare" in un campo che entra nella privacy del lavoratore.

Può essere utile riportare qui *esempi di protocolli sanitari proposti dall'azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento Milano UOOML "CEMOC"*.

*PROTOCOLLO PER I LAVORATORI DA ADIBIRE ALLO SMALTIMENTO  
DEI RIFIUTI, ALLA DEPURAZIONE DELLE ACQUE E ALLA  
MANUTENZIONE DELLE RETI FOGNARIE.*

***ASSUNZIONE:** visita medica da parte del medico competente e compilazione della cartella sanitaria e di rischio.*

***Accertamenti integrativi :** ECG se > 40 anni <sup>8</sup>*

***Esame audiometrico tonale***

*Esame spirometrico*

*Valutazione clinico – funzionale del rachide*

***ESAMI EMATOCHIMICI***

*Azotemia*

*Cretinemia*

*Glicemia*

*Transaminasi*

*Gamma GT*

---

<sup>8</sup> Personalmente il tracciato ecografico lo si esegue a tutti a prescindere dall'età.

*Bilirubinemia totale e frazionata Elettroforesi sieroproteica*  
*VES*

*Emocromo con formula leucocitaria*

*Esame urine completo con sedimento*

*HAV Ab*

*HCVAb*

*HbsAg*

*HbsAb*

*HbcAb*

*Coprocoltura*

*Esame feci per ricerca parassiti.*

***Visita periodica dal medico competente***  
*(annuale)*

***Esami ematochimici***

***Creatinemia***

*Glicemia*

*Transaminasi*

*Gamma GT*

***Emocromo con formula leucocitaria***

*Bilirubinemia totale e frazionata Esame delle urine*

*HCV Ab (eventualmente altri esami più approfonditi)*

*HAV Ab (soggetti non vaccinati)*

*HbsAg, HbsAB, HbcAb (soggetti non vaccinati o non responder altri eventuali approfondimenti)*

*Dosaggio anti HBs (soggetti vaccinati)*

*In riferimento alla Circolare n° 19/2000, esplicativa del D.M. 20.11.2000, emanata dal ministero della Sanità si precisa che qualunque sia il tempo trascorso dal completamento del ciclo primario di vaccinazione, in caso di positività al test per la ricerca degli anticorpi anti- Hbs, non sono necessarie dosi di richiamo della vaccinazione contro l'epatite virale b né ulteriori controlli dello stato immunitario*

*Coprocoltura*

*Esame delle feci per ricerca parassiti.*

***PER OPERATORI SANITARI ESPOSTI A RISCHIO BIOLOGICO***

***ASSUNZIONE:*** *visita medica da parte del medico competente co compilazione del libretto sanitario e di rishio*

*Accertamennti integrativi*

*EEG (se > 40 anni)<sup>9</sup>*

---

<sup>9</sup>vedi nota n 7.



*Valutazione clinico – funzionale del rachide (ad esclusione dei medici)  
Intradermoreazione alla tubercolina sec. matoux sui soggetti cutinegativi ed  
in assenza di controindicazioni*

**Esami ematochimici**

*Azotemia*

*Creatinemia*

*Glicemia*

*Transaminasi*

*Bilirubinemia totale e frazionata*

*Elettroforesi sieroproteica*

*VES*

*Emocromo con formula leucocitaria*

*Esame delle urine completo con sedimento*

*HCV Ab*

*HbsAG, HBs Ab, HBc Ab.*

**Visita periodica**

*Visita del medico competente a cadenza annuale se il rischio è alto, biennale se il rischio è medio, triennale se il rischio è basso.*

*Esami ematochimici*

*Creatinemia*

*Glicemia*

*Transaminasi*

*Emocromo con formula leucocitaria*

*Bilirubinemia totale e frazionata*

*Esame delle urine*

*HCV Ab (eventualmente da approfondire)*

*HbsAg, HbsAb, HbcAb (soggetti non vaccinati o non responder . Esami da approfondire, eventualmente.*

*HIV Ab (previo consenso informato e scritto dell'interessato con garanzia dell'anonimato.)*

Io credo che a questi esami, in caso di positività dell'HbsAg e dell'HCVAb, si debba procedere alla determinazione, rispettivamente, dell'HBV- DNA (PCR) e dell'HCV- RNA (metodo quantitativo). E' da tener presente che il numero di copie HCV - RNA può fluttuare nel tempo a causa della localizzazione non ematica del virus e quindi il soggetto va seguito periodicamente attraverso la determinazione delle transaminasi, la cui normalità può essere una guida, sia pure un po' aleatoria per la diagnosi di portatore sano.

Un problema di non facile soluzione, soprattutto per i risvolti socio – economici si presenta al Medico-Competente allorché deve esprimere il giudizio di idoneità nei riguardi dei lavoratori esposti a vibrazioni trasmesse al sistema mano- braccio e allorché si trova al cospetto di dermatiti allergiche da bicromato di potassio.

Poiché, almeno per quanto riguarda i disturbi sia vascolari che neurologici da vibrazioni mano-braccio evidenze cliniche ed epidemiologiche dimostrano che all'allontanamento dalla fonte di rischio fa seguito la riduzione ovvero addirittura la cessazione dei disturbi sicchè il reinserimento del lavoratore in mansioni che comportano l'uso degli strumenti vibranti va preso in considerazione soprattutto se successive indagini dimostrino il progressivo miglioramento o la scomparsa dei sintomi. In questi casi pertanto la non idoneità deve essere rivista.