

## Per la dignità dei lavoratori (e dei medici)

Nel mio libro *Riusciranno i medici competenti a sopravvivere alla sorveglianza sanitaria?* ho sostenuto la tesi, enunciata fin dalla copertina in un lungo sottotitolo, che i medici competenti devono mettere al centro del loro lavoro le attività di prevenzione, a differenza di quanto finora perlopiù fanno. Perché ciò possa davvero avvenire ho indicato come necessarie (anche se forse non del tutto sufficienti) due condizioni:

1. che i medici competenti riducano il tempo finora dedicato alla sorveglianza sanitaria facendone *meno ma meglio*, in coerenza la legislazione vigente (la sorveglianza sanitaria deve essere *mirata al rischio*) e attenendosi nella scelta delle procedure e dei test diagnostici a rigorosi criteri di appropriatezza e di efficacia, come insegna l'*evidence based medicine*;
2. che i medici del lavoro siano effettivamente capaci di ricoprire un ruolo di rilievo nelle attività di prevenzione, cosa di cui si può dubitare se si considera quanto poco spazio sia oggi riservato alla prevenzione nei programmi delle Scuole di specializzazione che formano i medici del lavoro.

A quanto mi risulta, nessuno ha contestato le mie affermazioni sulla sostanziale irrilevanza ai fini della prevenzione che caratterizza l'attività della maggior parte dei medici competenti. Come nella celebre favola di Andersen è bastato dire che il re è nudo perché tutti ammettessero quello che era possibile vedere anche prima ma che nessuno sembrava vedere.

C'è stato, in verità, qualche mugugno e qualche mal di pancia, perché non a tutti sono piaciuti i miei toni qualche volta -ne convengo- un po' sfottenti: se è solo una questione di toni faccio pubblica ammenda, mi dolgo che le mie parole siano andate oltre le mie intenzioni e prego di considerare chiuso l'incidente.

Se c'è invece anche dell'altro, chi ha il mal di pancia dovrebbe trasformare i mugugni in suoni intelligibili così che ci si possa francamente confrontare sui punti di dissenso, come usa fare tra seri professionisti.

Le sole critiche che ho ricevuto sono arrivate, per così dire, "da sinistra": secondo alcuni sono stato un po' troppo timido, specialmente nella seconda parte del mio libro, quella propositiva, in cui non avrei sviluppato coerentemente i miei ragionamenti fino alle loro conseguenze ultime. Detto in soldoni, queste critiche potrebbero suonare così: dopo aver aspramente criticato quello che fanno oggi i medici competenti le proposte avanzate assomigliano ai proverbiali pannicelli caldi.

Ritengo che queste critiche non siano prive di fondamento ma penso che derivino, almeno in parte, da un fraintendimento di cui mi assumo la responsabilità e che è bene chiarire: non ho forse esplicitato a sufficienza che nel mio libro c'era l'urgenza di fare delle proposte *immediatamente*

operative, magari meno incisive di quelle che piacerebbero anche a me, ma attuabili senza la necessità di modificare l'attuale quadro normativo.

Col che non volevo dire che l'attuale quadro normativo mi convinca in ogni suo aspetto: in ciò che dice il D.Lgs. 81/2008 del medico competente, del suo ruolo, delle sue attività, ci sono cose che mi convincono, altre che mi piacciono meno, altre ancora che ritengo sbagliate, qualche volta gravemente sbagliate. Ma mi premeva sottolineare che anche all'interno di questo quadro, pur con i limiti che ci vedo, ci sono ampi spazi di miglioramento ed il medico competente ha la possibilità di aumentare la propria presenza e il proprio peso in molte attività di prevenzione di cui, occorre ribadirlo, la sorveglianza sanitaria *non* fa parte, con buona pace di chi si arrampica sugli specchi della prevenzione secondaria e terziaria.

La prevenzione, infatti, non consiste nel diagnosticare un po' prima i malanni ma nel cercare di impedirli. In ambito lavorativo la si realizza eliminando i fattori di rischio o, quando ciò non sia possibile, riducendo al più basso livello possibile l'esposizione dei lavoratori ai fattori di rischio.<sup>1</sup>

Tutto questo lo pensavo, l'ho scritto e lo penso ancora. Però...

Però le critiche mi hanno spinto a riflettere, a cercare di approfondire: non hanno cambiato le mie idee ma mi hanno aiutato ad arricchirle. Continuo a pensare che molto c'è da fare, da subito e nell'attuale quadro normativo, e quelle che ho illustrato nel mio *Riusciranno...* continuano a sembrarmi delle buone proposte. Credo anche però -e questo è il frutto della riflessione stimolata dalle critiche- che sia necessario lanciare al più presto una campagna per apportare poche ma significative modifiche al D.Lgs. 81/2008 senza le quali il processo di qualificazione dell'attività del medico competente rischia di avere il fiato corto.

Ma, quel che più conta, *se si vuole riconoscere la considerazione che meritano ad alcuni rilevanti diritti dei lavoratori e persino alla loro dignità*, gli uni e l'altra finora trascurati.

Parafrasando gli slogan della mia ormai lontana gioventù si potrebbe dire: lavoratori e medici uniti nella lotta (per la propria dignità).

## **1. Un diritto che è diventato un dovere**

La direttiva europea 391/89/CEE fissa i principi generali per la tutela della salute e della sicurezza nelle attività lavorative e ad essa erano tenute ad armonizzarsi le successive direttive dedicate a temi specifici oltre che la legislazione emanata in materia dai singoli Stati.

Alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori la direttiva 391 riserva il solo articolo 14 che testualmente recita:

- 1. Per assicurare un adeguato controllo sanitario dei lavoratori, in funzione dei rischi riguardanti la loro sicurezza e la loro salute sul lavoro, vengono stabilite misure conformemente alle legislazioni e/o prassi nazionali.*
- 2. Le misure di cui al paragrafo 1 debbono essere concepite in modo tale che ogni lavoratore abbia la possibilità, se lo desidera, di essere sottoposto ad un controllo sanitario ad intervalli regolari.*
- 3. Il controllo sanitario può far parte di un sistema sanitario nazionale.*

---

<sup>1</sup> Su questo tema vi è un'inspiegabile differenza tra quanto stabilito dal legislatore europeo e da quello italiano. Infatti, la direttiva 391/89/CEE (cosiddetta "direttiva quadro") definisce all'art. 6 una lunga serie di misure per proteggere la salute e la sicurezza dei lavoratori tra le quali *non* si ritrova la sorveglianza sanitaria. Questa figura invece tra le misure generali di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/2008, art. 15, c. 1, lettera l). Né vi è traccia della sorveglianza sanitaria nei 17 "considerando" posti in apertura della direttiva che parlano invece di prevenzione, progresso tecnologico, formazione, attenzione alle piccole e medie imprese, etc.

In termini limpidi e inequivocabili il legislatore europeo introduce la sorveglianza sanitaria come una facoltà di cui i lavoratori si possono avvalere *se lo desiderano* e vi arriva attraverso un climax che si coglie nelle tre direttive emanate prima della 391: si va dal fatto che gli Stati membri devono garantire un'adeguata sorveglianza sanitaria (80/1107/CEE), all'affermazione che i controlli sanitari devono essere "disponibili" per i lavoratori (83/477/CEE), all'esplicita affermazione che tali controlli sono un loro "diritto" (86/188/CEE).<sup>2</sup>

Dopo la 391 sono state emanate una ventina di direttive europee riguardanti diversi gruppi di fattori di rischio ed altri temi specifici; in alcune di esse si parla di sorveglianza sanitaria e lo si fa sempre in termini analoghi a quelli impiegati all'art. 14 della 391, cioè introducendola come una facoltà a disposizione del lavoratore.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> La Direttiva 80/1107/CEE (Agenti chimici, fisici, biologici) prevede all'art. 3, par. 3 che gli Stati membri adottino adeguate misure per garantire un'adeguata sorveglianza dello stato di salute dei lavoratori nel periodo di esposizione. La Direttiva 83/477/CEE (Amianto) stabilisce che "*Prima dell'esposizione alla polvere proveniente dall'amianto o da materiali contenenti amianto, deve essere disponibile per ogni lavoratore un accertamento del suo stato di salute. (...) Durante l'esposizione un nuovo accertamento deve essere disponibile almeno una volta ogni tre anni*" (art. 15, par. 1). La Direttiva 86/188/CEE (Rumore) stabilisce che "*Qualora l'esposizione quotidiana personale di un lavoratore al rumore non possa essere ragionevolmente ridotta al di sotto di 85 dB (A), il lavoratore esposto ha diritto ad un controllo della sua funzione uditiva eseguito da un medico o sotto la responsabilità di un medico e, se questo lo ritiene necessario, da un medico specialista.*" (art. 7, par. 1).

<sup>3</sup> Così, la direttiva 90/270/CEE (Attrezzature munite di VDT) all'art. 9 afferma:

1. *I lavoratori beneficiano di un adeguato esame degli occhi e della vista, effettuato da una persona che abbia le competenze necessarie:*
  - prima di iniziare l'attività su videoterminale,
  - periodicamente, in seguito, e
  - allorché subentrino disturbi visivi attribuibili al lavoro su videoterminale.
2. *I lavoratori beneficiano di un esame oculistico, qualora l'esito dell'esame di cui al paragrafo 1 ne evidenzi la necessità.*

La direttiva 90/394/CEE (Agenti cancerogeni) all'art. 14 stabilisce:

1. *Gli Stati membri adottano, conformemente alle leggi e/o alle prassi nazionali, provvedimenti intesi ad assicurare un'adeguata sorveglianza della salute dei lavoratori per i quali la valutazione prevista dall'articolo 3, paragrafo 2 rivela un rischio per la salute e per la sicurezza.*
2. *I provvedimenti di cui al paragrafo 1 devono essere tali da consentire ad ogni lavoratore, se del caso, di essere sottoposto ad un'idonea sorveglianza sanitaria*
  - prima dell'esposizione
  - e, in seguito, ad intervalli regolari.

Analogha formulazione si ritrova all'art. 14 della direttiva 90/679/CEE (Agenti biologici), mentre più generico sembra il testo della direttiva 97/42/CEE (Agenti chimici) che all'art. 10 prevede:

1. *Fatto salvo l'articolo 14 della direttiva 89/391/CEE, gli Stati membri adottano le misure necessarie per garantire l'appropriata sorveglianza sanitaria dei lavoratori per i quali i risultati della valutazione di cui all'articolo 4 della presente direttiva rivelano un rischio per la salute.*

Una possibile chiave di lettura viene offerta dalla successiva direttiva 2003/10/CE (Rumore) che all'art. 10, primo paragrafo, riprende quasi testualmente il corrispondente paragrafo dell'art. 10 della 97/42/CEE cui fa seguire un secondo paragrafo che indica chiaramente la sorveglianza sanitaria come un diritto del lavoratore:

2. *Il lavoratore la cui esposizione al rumore supera i valori superiori di esposizione che fanno scattare l'azione ha diritto a sottoporsi ad un controllo del proprio udito effettuato da un medico o da una persona debitamente qualificata sotto la responsabilità di un medico, in base alle legislazioni e/o prassi nazionali.*

Un esplicito richiamo alla 391 e quindi alla libera determinazione del lavoratore a sottoporsi alla sorveglianza sanitaria è presente anche nella direttiva 2004/40/CE (Campi elettromagnetici) che all'art. 8 prevede:

1. *Ai fini della prevenzione e della diagnosi precoce di qualunque effetto negativo per la salute imputabile all'esposizione a campi elettromagnetici, una adeguata sorveglianza sanitaria è effettuata a norma dell'articolo 14 della direttiva 89/391/CEE. In ogni caso, ove venisse rilevata un'esposizione superiore ai valori limite, i lavoratori in questione devono potersi sottoporre ad un controllo medico, in conformità del diritto e della prassi nazionali.*

I riferimenti normativi richiamati nella nota 3 mostrano come nelle direttive europee sulla tutela della salute e sicurezza in ambito lavorativo la sorveglianza sanitaria è sempre stata indicata come uno strumento a disposizione del lavoratore fino a definirla, in più di un'occasione, un suo diritto.

E' perciò sorprendente che il legislatore italiano, nel recepire le direttive europee, abbia trasformato in un dovere quello che a livello europeo è stato indiscutibilmente introdotto come un diritto. Fin dal primo recepimento (D.Lgs. 277/91) il lavoratore era *obbligato* a sottoporsi ai controlli sanitari previsti (art. 6, c. 1, lettera f) anche se dei sei obblighi per i lavoratori contenuti nell'art. 6, c. 1, rifiutare la sorveglianza sanitaria era l'unico per il quale non era prevista alcuna sanzione (art. 52). Più arcigno, il D.Lgs. 626/94, oltre a prevedere l'*obbligo* per il lavoratore di sottoporsi ai controlli sanitari previsti (art. 5, c. 2, lettera g), all'art. 93 (Contravvenzioni commesse dai lavoratori) lo puniva, in caso di mancato rispetto di questo obbligo, con l'arresto fino a un mese o con l'ammenda da 206 a 619 euro. Sulla stessa linea (*obbligare e punire*) si colloca il D.Lgs. 81/2008 che, fissato l'obbligo per il lavoratore di sottoporsi ai controlli sanitari (art. 20, c. 2, lettera i), all'art. 59 (Sanzioni per i lavoratori) punisce il mancato rispetto di quest'obbligo con l'arresto fino a un mese o con l'ammenda da 200 a 600 euro. C'è uno sconto di qualche euro rispetto a quanto previsto dal 626 ma, in cambio, il lavoratore è obbligato a sottoporsi non solo ai controlli sanitari previsti dalla legge ma anche a quelli "*comunque disposti dal medico competente*".

A pensarci a mente fredda, questa storia che i lavoratori devono andare in galera per un mese o, in alternativa, pagare alcune centinaia di euro di ammenda se si rifiutano di farsi visitare non sta né in cielo né in terra e a poco vale dire che, probabilmente, queste sanzioni non sono mai state inflitte: una norma assurda non diventa ragionevole per il solo fatto che, ragionevolmente, si omette di applicarla.

Se nessun lavoratore è finora andato in galera né, forse, ha pagato un solo euro per essersi sottratto alla sorveglianza sanitaria, ci sono però altri rischi ben più concreti. L'esempio più eclatante è probabilmente quello della visita medica preventiva in fase preassuntiva: rifiutarla equivale alla certezza di non essere assunti. Ammesso e non concesso che questo rifiuto sia un comportamento da sanzionare, la pena sembra francamente sproporzionata.

Ma non è finita. L'obbligo del lavoratore di sottoporsi alla sorveglianza sanitaria potrebbe addirittura collocarsi al di fuori della Costituzione che all'art. 32, secondo comma, recita: "*Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge*". Le disposizioni di legge evocate all'art. 32 costituiscono delle eccezioni rispetto alla regola generale (*nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario*) e trovano la loro giustificazione nell'intento di tutelare un importante interesse collettivo cui viene subordinata la libertà dell'individuo di scegliere se sottoporsi o no ad un certo trattamento sanitario, che prevale invece in tutti gli altri casi. Esempi di trattamenti sanitari in cui si perseguono importanti interessi collettivi sono rappresentati dalle vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia o dai trattamenti sanitari obbligatori disposti per certi pazienti psichiatrici e, in ambito lavorativo, dai controlli per accertare lo stato di alcoldipendenza o l'assunzione di droghe.

Ma la sorveglianza sanitaria prevista dal D.Lgs. 81/2008, esclusi i casi dell'alcoldipendenza e dell'assunzione di droghe sopra ricordati, riguarda esclusivamente la salute e gli interessi del singolo lavoratore e a lui solo spetta dunque prendere decisioni in merito.

## 2. Liberi di farsi visitare, liberi di scegliere il medico

Quando ha bisogno di un medico la maggior parte delle persone preferisce sceglierselo, per quanto possibile. I criteri di scelta possono essere disparati (il medico di base più vicino a casa, lo specialista più bravo, il dentista meno caro), opinabili, più apparenti che sostanziali; ma tutto ciò non intacca il valore che i più attribuiscono alla possibilità di scegliere.

Le situazioni in cui non c'è scelta (il medico della visita di leva, quando c'era la visita di leva; il medico fiscale che viene a casa nostra a vedere se siamo davvero malati...) evocano in genere scenari negativi, in cui il medico invece di essere un nostro alleato è un nostro antagonista.

In cosa consista esattamente la libertà di scegliere il medico, quale sia la sua estensione, quali i suoi limiti, quali le procedure attraverso le quali si realizza è materia largamente indefinita e sono tutt'altro che rari i casi in cui, di fatto, a visitarci e a curarci è un medico che non abbiamo scelto, che non conosciamo, che ci troviamo davanti come risultato di meccanismi che sfuggono al nostro controllo o che addirittura ignoriamo. Ciononostante, tutti i sistemi sanitari avanzati cercano di favorire, per quanto possibile, la libera scelta del medico da parte dei cittadini e una visione prospettica della questione -a partire dai tempi in cui erano solo il papa a nominare il suo archiatra e i re il proprio medico di corte- mostra una dinamica orientata in questa direzione.

A scegliere il medico competente non sono quelli che dovranno farsi visitare da lui, cioè i lavoratori, bensì il datore di lavoro che può effettuare questa scelta in totale autonomia col solo obbligo di consultare preventivamente i Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza<sup>4</sup>, obbligo peraltro largamente disatteso non fosse altro perché in moltissime aziende queste figure non ci sono nemmeno.

Il datore di lavoro sceglie autarchicamente il medico competente, lo paga e lo mette alla porta quando vuole, dalla sera alla mattina, all'interno di un *effettivo* rapporto gerarchico che, in tutta evidenza, rappresenta un problema che il D.Lgs. 81/2008, non potendo fingere di non vederlo, tratta così (art. 39, c. 4):

*“Il datore di lavoro assicura al medico competente le condizioni necessarie per lo svolgimento di tutti i suoi compiti garantendone l'autonomia”*

Dimenticandosi però di dire cosa succede se tale autonomia non viene assicurata. Autonomia che resta pertanto più un auspicio che una tassativa disposizione come attesta l'art. 55 (Sanzioni per il datore di lavoro e il dirigente) che è una specie di valle di Giosafat in cui nulla viene perdonato a datori di lavoro e dirigenti tranne quasi solo la violazione dell'art. 39, c. 4 per la quale non è prevista alcuna pena, neppure una misera sanzione amministrativa.

Chi scrive non ha una illimitata fiducia nel potere deterrente della pena né nella sua più generale capacità di “fare giustizia”. Lasciamo pure perdere, allora, l'assenza di sanzioni. La legge non indica però nemmeno strade alternative a tutela dei lavoratori e dello stesso medico competente, per garantire la sua autonomia se questa viene messa in pericolo. Non si sa a chi ci si deve rivolgere, non sono definite le procedure, le garanzie, le tutele. Non è quindi possibile intervenire quando necessario, con l'imparzialità e l'attenzione che merita un tema così difficile e delicato, per cercare di ricucire relazioni difficili, eliminare reciproci sospetti, ristabilire un clima di reciproca fiducia.

---

<sup>4</sup> D.Lgs. 81/2008, art. 50, c. 1, lettera c.

Eppure, che si tratti di un tema rilevante lo attesta autorevolmente il codice etico dell'ICOH<sup>5</sup> che al paragrafo 17 dice che gli operatori di medicina del lavoro devono avere “*una piena indipendenza professionale*” e “*non dovranno in nessun caso lasciarsi influenzare da conflitti di interesse*”.

Sullo stesso tasto hanno insistito i sindacati europei in due seminari dell'ETUI (European Trade Union Institute) del 2010 e 2011, che hanno elaborato orientamenti comuni, il primo dei quali dice: *va affermata l'indipendenza del medico competente rispetto all'azienda.*

Il codice etico dell'ICOH fa esplicito richiamo ai conflitti di interesse, immettendo una robusta dose di realismo in quei documenti spesso un po' ovattati e perbenisti che sono i codici etici e ci ricorda che nella realtà delle aziende -di tutte le aziende, dalle multinazionali alle imprese familiari- si confrontano quotidianamente, e talora si affrontano e si scontrano, *legittimi* interessi contrapposti, per non dire di quelli che tanto legittimi non sono. Questo confronto/scontro di interessi riguarda ovviamente anche temi connessi alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, al ruolo del medico competente, alla sorveglianza sanitaria; basti pensare alle implicazioni dei giudizi di idoneità o al fenomeno, ribadito ad ogni occasione, della sottonotifica delle malattie professionali.

Crederci che il medico competente possa avventurarsi impunemente in mezzo a questi conflitti armato soltanto della sua deontologia professionale sembra davvero un po' ipocrita e se non è affatto detto che i medici competenti siano tutti dei Don Abbondio -*vaso di terracotta, costretto a viaggiare in compagnia di molti vasi di ferro*- preferisco stare con Bertolt Brecht che diceva beati quei Paesi che non hanno bisogno di eroi: non ne hanno bisogno perché istituzioni ben regolate non li rendono necessari.

La facoltà illimitata del datore di lavoro di scegliere il medico competente senza alcuna voce in capitolo per altri soggetti, a cominciare dai lavoratori o da chi li rappresenta, è palesemente una regola squilibrata, inaccettabile se non in un'ottica vetero-patronale, al limite della caricatura, secondo la quale chi apre il portafoglio fa quello che vuole.

Non mancano né le proposte né le esperienze su cui riflettere per trovare soluzioni migliori di quella attuale così da collocare il medico competente in una *effettiva* posizione di terzietà che veda nella salute dei lavoratori il fondamentale riferimento e bene da tutelare.

### **3. L'idoneità! chi era costei?**

Approfitto ancora del povero Don Abbondio, parafrasando nel titolo di questo paragrafo la celeberrima frase che il curato “*ruminava tra sé*” in apertura del capitolo VIII de *I promessi sposi*.

Scorrendo le direttive europee in lungo e in largo il giudizio di idoneità del lavoratore, che tanto preoccupa i medici competenti -e non solo loro- è come Carneade nella memoria di Don Abbondio: non se ne trova traccia. Anzi, la direttiva 391 all'art. 6, par. 2, lettera d adombra qualcosa di esattamente contrario: vi si dice infatti che il datore di lavoro ha l'obbligo di “*adeguare il lavoro all'uomo*”, in sintonia col primo e basilare principio dell'ergonomia. Ribadisce, cioè, che è il lavoro che deve essere idoneo, o reso idoneo, ai lavoratori e non viceversa.

Ma allora, da dove salta fuori il giudizio d'idoneità?

Credo che si tratti di farina del nostro sacco, di uno di quei prodotti, di quelle specialità che i nostri cugini francesi definiscono orgogliosamente *du pays* anche se forse nel nostro caso non c'è

---

<sup>5</sup> Il codice etico dell'ICOH (International commission on occupational health) è scaricabile in italiano all'indirizzo [http://www.icohweb.org/core\\_docs/code\\_ethics\\_it.pdf](http://www.icohweb.org/core_docs/code_ethics_it.pdf).

molto di cui essere orgogliosi. Lasciando perdere la preistoria delle certificazioni sanitarie necessarie per lavorare (preistoria peraltro non ancora del tutto consegnata ai musei) e limitandoci alla storia, il giudizio di idoneità compare nel DPR 19 marzo 1956 n. 303 (Norme generali per l'igiene del lavoro) all'articolo 33:

*“Nelle lavorazioni industriali che espongono alla azione di sostanze tossiche o infettanti o che risultino comunque nocive (...) i lavoratori devono essere visitati da un medico competente:*

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

Il fatto che il legislatore del 1956 parli di verifica dei requisiti di idoneità al lavoro solo per la visita che precede l'ammissione al lavoro e non per le visite successive suggerisce come “idoneità” sia il nome che è stato dato alla selezione dei lavoratori su base fisica. Concetto oggi imbarazzante ma che non doveva apparire tale nel contesto storico, culturale e sociale in cui fu emanato il 303, oltre cinquant'anni fa quando, sulla scia del certificato di sana e robusta costituzione (?) o di quello di idoneità all'impiego, era tutto un fiorire di visite e certificazioni, una più strampalata dell'altra, sulle quali ha scritto impareggiabili e definitive parole il compianto Giorgio Ferigo nel suo delizioso *Il certificato come sevizia*.<sup>6</sup>

Anche se le direttive europee si sono ben guardate dal chiederglielo, il legislatore italiano del 1994 (D.Lgs. 626/94) ha mantenuto in vita l'istituto già allora un po' *vintage* dell'idoneità dandogli una rinfrescata (non più idoneità al lavoro genericamente inteso, o alle temibili prossime venture fatiche del pubblico impiego bensì, più modernamente, alla mansione specifica) e quello del 2008 (D.Lgs. 81/2008) lo ha finemente cesellato ribadendone così il rilievo.

Non credo che ciò sia avvenuto per sola inerzia ma anche e soprattutto sulla base di buone intenzioni (quelle buone intenzioni di cui, qualche volta, sono lastricate le vie dell'inferno): si voleva proteggere la salute del lavoratore dalle aggressioni dell'ambiente di lavoro, riconducibili all'uno o all'altro dei seguenti casi:

- a) i fattori di rischio presenti nel luogo di lavoro generano esposizioni di entità tale da poter danneggiare la salute dei lavoratori;
- b) un lavoratore ipersuscettibile ad un fattore di rischio lavorativo può essere danneggiato da un'esposizione innocua per la maggior parte dei lavoratori;
- c) il lavoratore soffre di una patologia o ha un problema di salute anche di origine extralavorativa che gli impedisce di svolgere una certa attività o che può aggravarsi se il lavoratore svolge una certa attività.

Il caso a) non andrebbe neppure preso in considerazione: infatti, se l'esposizione a fattori di rischio professionali è tale da poter provocare danni alla salute si è in presenza di un problema che non va risolto con le visite mediche, bensì intervenendo sulle condizioni di lavoro così da riportarle alla normalità, cioè a livelli di non pericolosità. Se non lo si fa, è l'ambiente di lavoro ad essere *inidoneo* e, si perdoni il bisticcio, nessun lavoratore è idoneo ad un ambiente di lavoro inidoneo. In presenza di una situazione lavorativa pericolosa, il datore di lavoro ha quindi il dovere di *fare*

---

<sup>6</sup> Giorgio Ferigo, *Il certificato come sevizia*, Forum-Editrice Universitaria Udinese, Udine, 2001

*prevenzione* cui non può sottrarsi surrogandolo con la *selezione* dei lavoratori operata attraverso i giudizi di idoneità espressi dal medico competente.

Analogia ottica va assunta per affrontare i casi b) e c), introducendo misure e cautele che consentano di trovare un'attività adatta ad ogni lavoratore, anche se affetto da patologie (dove sta scritto che possono lavorare solo le persone in perfetta salute?), in conformità con quanto previsto dal D.Lgs. 81/2008 all'art. 18, c. 1, lettera c): “*Il datore di lavoro (...) nell'affidare i compiti ai lavoratori [deve] tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza*”.

Non è quindi che si vogliano negare le difficoltà di inserimento e di mantenimento al lavoro di persone affette da disturbi e malattie; ciò che si mette in discussione è se il giudizio di idoneità alla mansione specifica, così come regolato dalla legislazione italiana, sia uno strumento efficace ed equo per raggiungere tale obiettivo, impegnativo ma di grande civiltà.

Chiunque abbia un po' di pratica e di conoscenza diretta dell'argomento sa quali difficoltà incontrino i medici competenti nell'espressione dei giudizi di idoneità, consapevoli come sono che le tutele per i lavoratori giudicati inidonei previste all'art. 42 del D.Lgs. 81/2008 si rivelano spesso inadeguate e che, soprattutto nelle piccole e piccolissime imprese, un giudizio di inidoneità può concretamente rappresentare l'anticamera del licenziamento<sup>7</sup>, approdo certamente iniquo ma che non può essere sempre evitato finché la ricerca di una mansione confacente viene svolta solo all'interno dell'azienda da cui dipende il lavoratore. E' realistico -ed è giusto?- chiedere ad un datore di lavoro che ha due dipendenti di pagarne uno che, di fatto, non può svolgere alcuna proficua attività in quell'azienda a causa delle sue condizioni di salute?

Non si tratta, allora, di produrre una miriade di giudizi di idoneità più o meno pleonastici e non sempre veritieri, bensì di affrontare di petto il vero problema, quello di dare una effettiva tutela ai lavoratori che, per le loro condizioni di salute, non possono essere impiegati in tutta una serie di attività. Questione che, in tutta evidenza, la legislazione attuale non regola adeguatamente né dal punto di vista dei lavoratori né da quello delle piccole e piccolissime imprese che spesso non hanno la possibilità di offrire occupazioni alternative. Che la questione sia tutt'altro che marginale per l'estrema frammentazione del tessuto produttivo italiano.

## Conclusioni

Le conclusioni che mi sembra di poter trarre sono le seguenti.

- 1) La sorveglianza sanitaria è un *diritto* dei lavoratori, di *tutti* i lavoratori, qualunque sia la loro attività, e non un obbligo cui essi devono passivamente sottostare.
- 2) Vanno create le condizioni perché questo diritto sia *effettivo* ed il suo esercizio sia libero da indebiti condizionamenti.
- 3) I lavoratori devono quindi poter accedere, quando lo desiderano, a controlli sanitari relativi al rapporto lavoro-salute in ogni suo aspetto e va favorita la loro possibilità di scegliere il medico che li effettuerà.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> L'art. 42 del D.Lgs. 81/2008 dice che l'inserimento del lavoratore inidoneo in altra attività a lui confacente va effettuata “*ove possibile*”, formula che apre la strada ad ogni possibilità, comprese quelle più sfavorevoli per il lavoratore.

<sup>8</sup> I controlli sanitari *obbligatori* andrebbero mantenuti solo nei casi, da non dilatare oltre misura, di attività lavorative che possono comportare un pregiudizio per la sicurezza di terzi.



- 4) Il medico del lavoro che possa essere incaricato dei controlli sanitari dei lavoratori deve avere una collocazione istituzionale che faciliti la sua effettiva possibilità di agire in scienza e coscienza, libero da *ogni* condizionamento, da *qualunque* parte provenga.
- 5) Il contenuto e le modalità dei controlli sanitari devono conformarsi a rigorosi criteri di appropriatezza.
- 6) Alla luce degli esiti di tali controlli i lavoratori devono poter ottenere, se necessario, una diversa collocazione lavorativa che tuteli la loro sicurezza e sia compatibile col loro stato di salute. A tal fine va resa più effettiva l'attuale insufficiente tutela normativa.
- 7) Il giudizio di idoneità alla mansione va abolito, non solo come logica conseguenza della non obbligatorietà della sorveglianza sanitaria, ma anche e soprattutto perché concettualmente sbagliato: è l'ambiente di lavoro che va reso idoneo ai lavoratori e non viceversa.

I punti sopra elencati trovano i loro riferimenti giuridici nella Costituzione italiana e nelle Direttive europee e quelli tecnico-professionali nella medicina *evidence based*. Se attuati, ne deriverebbe una notevole riduzione del numero di visite e di esami rispetto alla loro attuale enorme mole ma, al contempo, un significativo aumento della loro utilità e della loro efficacia. Ma, soprattutto, il controllo sanitario si svolgerebbe in una cornice che riconosce la dignità dei lavoratori e dei medici e valorizza la professionalità di questi ultimi.

Davanti ai timori e ai dubbi che ogni cambiamento comporta si fa osservare che:

- i lavoratori non hanno ragione di preoccuparsi se saranno visitati di meno perché non hanno fin qui tratto particolari vantaggi da visite affrettate, ritualizzate e di cui spesso non hanno alcuna necessità;
- i datori di lavoro potranno più utilmente *investire* il denaro risparmiato (non solo i costi emergenti ma anche quelli indiretti) in interventi di prevenzione e di protezione, se necessari, oppure risparmiare tout court;
- i medici del lavoro avranno più tempo da dedicare alle attività preventive e per svolgere i controlli sanitari, quando richiesti e necessari, con maggiore accuratezza e senza fretta.