



*Società Italiana di Medicina del Lavoro  
e Igiene Industriale – SIMLII*

---

*Fondata nel 1929*

Prot. n. 4/2008/SIMLII

### **VERBALE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO**

Roma, 14 ottobre 2008: ore 10.40

Risultano presenti i Consiglieri: Prof Giuseppe Abbritti, Prof Piero Apostoli, Dr Alfonso Cristaudo, Dr.ssa Lucia Isolani, Dr Giovanni Mosconi, Prof Antonio Mutti e Dr Adriano Ossicini, Dr Lucio Petronio, Prof. Diego Picciotto, Dr Ernesto Ramistella, Dr Luciano Riboldi,

E' presente lo Specialista in Medicina del Lavoro in rappresentanza dell'ISPESL Dr.ssa Benedetta Persechino.

Risulta presente il Revisore dei Conti Prof Paolo Seghizzi.

Risultano presenti i Presidenti regionali Prof Nicola L'Abbate, Prof Pietro Sartorelli e Prof Nicola Sannolo.

Risulta presente il Prof Maurizio Manno, Coordinatore della Sezione nazionale Collegio dei Docenti Universitari di Medicina del Lavoro "Bernardino Ramazzini".

Risultano assenti giustificati i Consiglieri Prof Mario Barbaro, Prof Antonio Bergamaschi, Prof Pier Alberto Bertazzi, Dr Graziano Frigeri, Dr Sergio Iavicoli, Prof. Canzio Romano e Prof Francesco Tomei.

Risulta assente giustificato il Past-President Luigi Ambrosi.

Risultano assenti giustificati i Presidenti Onorari Proff.ri Duilio Casula, Francesco Candura e Nicolò Castellino.

Risulta assente giustificato lo Specialista in Medicina del Lavoro in rappresentanza dell'INAIL Dr.ssa Angela Goggiamani.

Risultano assenti giustificati il Revisore dei Conti Dr Agostino Messineo e Prof Francesco Vinci.

Risultano assenti giustificati i Presidenti regionali Prof Alessandro Berra, Dr Franco Toffoletto e Prof Giacomo Muzi.

Risulta assente giustificato il Prof Lorenzo Alessio, Coordinatore della Sezione nazionale Medicina Preventiva dei Lavoratori della Sanità.

Assume le funzioni di Presidente il Prof Abbritti e quelle di Segretario la Dr.ssa Isolani.

Il Presidente, avendo constatato la presenza della maggioranza dei Consiglieri, dichiara aperta la seduta convocata con e-mail del 04.10.08 per discutere il sottoindicato Ordine del Giorno.

### **ORDINE DEL GIORNO**

- 1) Approvazione del verbale del 15.07.2008
- 2) Comunicazioni del Presidente
- 3) Ratifica documenti SIMLII sul DLgs 81/2008 e sulle “Procedure di accertamento dell’assenza di tossicodipendenza nei lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi”
- 4) Formazione continua e accreditamento SIMLII. Strumenti di aggiornamento ed orientamento scientifico professionale in Medicina del Lavoro
- 5) Sito internet SIMLII
- 6) Congresso Nazionale Palermo 2008. Congresso Nazionale Firenze 2009
- 7) Iscrizione nuovi soci
- 8) Varie ed eventuali

=====^ ^ ^ ^ ^=====^ ^ ^ ^ ^=====

## **1. Approvazione verbale del 15/07/08**

Il Presidente comunica che l'approvazione del verbale del Consiglio Direttivo del 15/07/08 viene rinviato alla prossima seduta. Il Consiglio Direttivo prende atto.

## **2. Comunicazioni del Presidente**

Il Presidente comunica che i documenti che la SIMLII ha prodotto in merito al DLgs 81/08 e all'Accordo Stato Regioni sull'accertamento delle tossicodipendenze ("Provvedimento 18 settembre 2008 riguardante l'accordo per definire le procedure di accertamento dell'assenza di tossicodipendenza nei lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi" pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 234 del 06.10.2008), coordinati rispettivamente dal Prof Romano e dal Dr Riboldi con il Prof Ferrario, sono stati pubblicati sul sito [www.simlii.net](http://www.simlii.net) ed inviati al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, al Coordinamento della Conferenza Stato-Regioni e alle Parti Sociali e via mail ai Soci SIMLII. Il Consiglio Direttivo prende atto.

Il Presidente informa i Consiglieri di aver incontrato il Dr Giovanni Serpelloni, Responsabile del Dipartimento Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, e il Dr Fabrizio Oleari, Direttore Generale della Prevenzione sanitaria del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, e di aver presentato il documento SIMLII sulle dipendenze spiegando le difficoltà operative per il medico competente e la necessità di un percorso semplificato. L'incontro si è concluso con l'impegno di coinvolgere la SIMLII nella Commissione prevista nella fase sperimentale di monitoraggio dell'applicazione dell'Accordo. Il Consiglio Direttivo prende atto.

Il Presidente ricorda che la SIMLII ha partecipato a Modena l'8 e il 9 ottobre 2008 alla manifestazione Ambiente e Lavoro Convention con un proprio spazio espositivo, il convegno dal titolo "DLgs 81/08 e medico competente: criticità e prospettive" e il seminario "Indicazioni operative in tema di sorveglianza sanitaria nei cantieri edili. Il rischio biologico non sanitario". Lo stand espositivo ha consentito di fornire informazioni sulla Società, raccogliere le iscrizioni, vendere le Linee Guida. Il Presidente esprime la propria soddisfazione ricordando la grande partecipazione agli eventi formativi organizzati, con oltre 200 colleghi intervenuti, e la vendita di 204 Linee Guida. Il Presidente ringrazia la Dr.ssa Isolani per la gestione e l'organizzazione, i relatori e i moderatori che hanno contribuito alla buona riuscita degli eventi.

Il Presidente comunica che il Dr Riboldi è intervenuto a nome della SIMLII al Congresso tematico nazionale “I Servizi delle dipendenze tra sicurezza sociale, innovazioni terapeutiche e modelli organizzativi” organizzato dalla Federazione Italiana dei Dipartimenti e dei Servizi delle dipendenze (FeDerSerD) che si è tenuto dal 24 al 26 settembre u.s. a Roma. Il Consiglio Direttivo prende atto.

Il Presidente comunica che il Presidente dell’AIDII Prof Giovanni Battista Bartolucci lo ha informato che l’AIDII in data 24.09.08 ha presentato le proprie dimissioni dalla CIIP. Il Presidente riferisce le ragioni di tale scelta addotte dal Prof Bartolucci, ricorda i rapporti intercorsi tra SIMLII e CIIP e i contatti avuti con il precedente Presidente della CIIP Ing Giuseppe Nano. Il Presidente invita i Consiglieri alla discussione al termine della quale il Prof Apostoli chiede che il Consiglio Direttivo discuta e definisca la posizione della SIMLII in relazione alla CIIP. Il Consiglio Direttivo approva.

### **3) Ratifica documenti SIMLII sul DLgs 81/2008 e sulle “Procedure di accertamento dell’assenza di tossicodipendenza nei lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi”**

Il Presidente ricorda che il documento SIMLII elaborato dal gruppo di lavoro sul DLgs 81/08 coordinato dal Prof Romano è già stato approvato nel corso del Consiglio Direttivo del 15 luglio u.s. . Vista l'urgenza di far conoscere la posizione della SIMLII agli interlocutori istituzionali, il documento sull’Accordo Stato Regioni relativo agli accertamenti delle tossicodipendenze, coordinato dal Dr Riboldi e dal Prof Ferrario, (ALL 1) ha ricevuto l’approvazione formale del Comitato Esecutivo. Il Presidente chiede al Consiglio Direttivo di ratificare la decisione del Comitato Esecutivo anzidetta. Il Consiglio Direttivo approva.

Il Presidente informa di aver chiesto al Dr Riboldi e al Prof Ferrario una nuova versione del documento SIMLII sulle dipendenze, più sintetica e fruibile per gli interlocutori istituzionali con i quali la SIMLII si confronterà sulla questione delle dipendenze. Il Presidente chiede al Dr Riboldi di esporre il documento anzidetto.

Il Dr Riboldi illustra il documento nella versione rivista e sintetizzata alla luce del testo approvato il 17 settembre u.s. dalla Conferenza Stato Regioni (ALL. 2).

Come anticipato dal Presidente, Il Dr Riboldi riferisce inoltre di aver partecipato al Congresso tematico nazionale “I Servizi delle dipendenze tra sicurezza sociale, innovazioni terapeutiche e modelli organizzativi” organizzato dalla FeDerSerD a Roma dal 24 al 26.09.08.

Egli ha presentato una relazione, peraltro molto apprezzata, su tossicodipendenze e lavoro e le problematiche applicative del DPR 390/90. Il Presidente Nazionale della FeDerSerD Dr Alfio Lucchini e il Presidente FeDerSerD della Regione Lazio Dr Claudio Leonardi hanno proposto la costituzione di un gruppo di lavoro congiunto FeDerSerD-SIMLII sul tema delle dipendenze.

Il Prof Apostoli segnala le proteste ricevute da molti soci circa il ruolo previsto per i medici del lavoro ruolo che per come si è configurata la disposizione rischia di essere percepito come di mero controllo su necessità e modalità di esecuzione dei test. Sottolinea come invece non sia adeguatamente sviluppato il ruolo che il medico del lavoro ha circa la prevenzione mantenimento al lavoro di chi ha problemi con le droghe . Chiede che su questo la Società prenda una posizione ufficiale e ben visibile ad esempio sfruttando il prossimo congresso nazionale con iniziative tipo conferenze stampa o documenti votati dall'assemblea. Il consiglio Direttivo prende atto.

Segue la discussione tra i Consiglieri al termine della quale il Presidente:

- 1) chiede l'approvazione formale del documento sulle procedure di accertamento dell'assenza di tossicodipendenza nei lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi, prodotto dal gruppo di lavoro coordinato dal Dr Riboldi e dal Prof Ferrario, nella forma sintetica presentata;
- 2) chiede l'approvazione di un gruppo di lavoro congiunto SIMLII- FeDerSerD sul tema delle dipendenze;
- 3) si impegna a ricontattare gli interlocutori di Associazioni e Istituzioni al fine di un'ulteriore sensibilizzazione sull'argomento, rinviando il documento SIMLII sulle dipendenze nella sua forma sintetica;
- 4) propone di incaricare Dr Mosconi, Dr Riboldi e Prof Seghizzi a rappresentare la SIMLII negli incontri con gli interlocutori anzidetti;
- 5) si impegna a potenziare l'informazione e la comunicazione della SIMLII sulla questione.

Il Consiglio Direttivo approva seduta stante i 5 punti anzidetti riassunti e presentati dal Presidente.

#### **4) Formazione continua e accreditamento SIMLII. Strumenti di aggiornamento ed orientamento scientifico professionale in medicina del lavoro**

Il Presidente ricorda che durante la Manifestazione Ambiente e Lavoro Convention, a Modena, si sono riunite le due commissioni SIMLII su "formazione continua e accreditamento SIMLII" e

“strumenti di aggiornamento ed orientamento scientifico professionale in medicina del lavoro”, coordinate rispettivamente dal Prof Bertazzi e dal Prof Apostoli.

In assenza del Prof Bertazzi, il Presidente chiede al Prof Apostoli di riferire in merito alle proposte in tema di formazione continua, aggiornamento e accreditamento in Medicina del Lavoro.

Il Prof Apostoli illustra il documento preparato dal Prof Bertazzi (ALL. 3). Segue la discussione tra i Consiglieri al termine della quale il Presidente chiede l’approvazione del documento presentato. Il Consiglio Direttivo approva.

Il Presidente, su segnalazione del Prof Bertazzi (Coordinatore della Commissione Nazionale SIMLII per la formazione continua, l’aggiornamento e l’accreditamento in Medicina del Lavoro), segnala la necessità che sarebbe molto utile che nella Commissione entrino a far parte due rappresentanti, uno dell’INAIL e uno dell’ISPESL; essendo già presenti nel Consiglio Direttivo due autorevoli esponenti degli stessi, il Dr Ossicini e il Dr Iavicoli, regolarmente eletti, il Presidente scriverà ai Presidenti dell’INAIL e dell’ISPESL suggerendo che essi potrebbero rappresentare i predetti Enti. Il Consiglio Direttivo approva tale indicazione.

Il Presidente invita il Prof Apostoli a riferire sul documento elaborato dal Gruppo di Lavoro sugli Strumenti di aggiornamento ed orientamento scientifico professionale in medicina del lavoro da lui coordinato.

Il Prof Apostoli presenta il documento anzidetto (ALL. 4). Il Consiglio Direttivo approva il documento sugli Strumenti di aggiornamento ed orientamento scientifico professionale in medicina del lavoro e la proposta di formalizzare la collaborazione della SIMLII, attraverso il gruppo di lavoro anzidetto, come partner di Enti (Ministeri, Regioni, ISPESL e INAIL) direttamente coinvolti per l’identificazione e produzione di strumenti operativi (cfr art 2 DLgs 81/08).

Il Prof Apostoli propone di trattare le seguenti tematiche:

1) Stress: si ravvisa la necessità che l'allegato 1 del *Consensus Document* prodotto dalla SIMLII sullo stress sia al più presto tradotto in una indicazione operativa, in modo da poter rispondere alle numerose richieste scaturite dalla necessità di produrre un documento di valutazione del rischio aggiornato anche in tal senso entro il termine del 01.01.09 previsto dal DLgs 81/08. Il sottogruppo, formato da Baracco, Buselli, Cassitto Galvani, Iavicoli, Mosconi, Ossicini, Persechino, una psicologa di Perugia, e coordinato dal Prof Romano dovrà provvedere quanto prima a tradurre l'allegato anzidetto in un documento operativo.

2) NIR: il Prof Apostoli ha valutato la riscrittura delle Linee Guida sulle NIR che includa anche la radiazione ottica in modo da rispondere alle esigenze derivanti dall’applicazione del DLgs 81/08: Il Prof L’Abbate contatterà il Prof Ottenga, coordinatore delle Linee Guida sulle NIR, anche ai fini dell’adeguamento della composizione del gruppo di lavoro.

3) Movimentazione carichi: il Prof Apostoli, avendo valutato la necessità di aggiornamento, riferisce di aver richiesto la disponibilità della Dr.ssa Colombini. Non avendo ricevuto risposta, egli propone di incaricare il Prof Violante, che si è dichiarato disponibile, del coordinamento del gruppo di lavoro che provvederà alla revisione.

4) Promozione della salute: il coordinatore individuato è il Prof Sartorelli che provvederà alla costituzione di un apposito gruppo di lavoro.

Il Consiglio direttivo approva i punti sopra esposti dal Prof Apostoli.

## **6) Sito internet SIMLII**

Il Dr Cristaudo riferisce che il nuovo sito Internet della SIMLII avendo raggiunto una sufficiente strutturazione, anche se non completato al 100%, è stato messo on-line.

Una parte del sito (quella relativa ai Congressi Nazionali) è già operativa ed è stata già utilizzata per il Congresso di Palermo, così come sono operative le parti relative all'Area Istituzionale, ai Comunicati ai soci, agli Eventi, ai Convegni, alle Sezioni Regionali, ai link, alla Documentazione.

Una parte del nuovo sito (Formazione continua, Linee Guida) dovrà essere gestito (anche dal punto di vista dell'organizzazione dei contenuti) dalle Commissioni sulla Formazione continua e Accredimento e sulle Linee Guida, già sollecitate ad indicare specifici suggerimenti. La Commissione sulla Formazione continua e Accredimento è stata invitata a fornire anche elementi specifici rispetto alla strutturazione della piattaforma per la formazione a distanza e per l'organizzazione della stessa, con le modalità che la Commissione stessa prevederà.

Le Sezioni Regionali, che dovranno gestire le relative parti del sito dedicate a loro, hanno potuto trovare un esempio della strutturazione di tutti i "siti regionali".

Dovrà essere realizzata anche la parte relativa alla Storia della SIMLII e per questa parte il Prof. Bertazzi e il Dr Iavicoli sono stati invitati a predisporre il materiale già utilizzato per il Congresso ICOH di Milano.

Entro il termine del 30.09.08 sono state chieste ai Consiglieri indicazioni e suggerimenti utili su quanto già predisposto e un parere circa l'opportunità di mettere il nuovo sito "on-line". Il Dr Cristaudo comunica che la gestione del sito da ora verrà curata dalla Dr.ssa Isolani e dal Comitato Esecutivo. Il Consiglio Direttivo approva.

## **7) Congresso Nazionale Palermo 2008. Congresso Nazionale Firenze 2009**

Il Prof Picciotto informa i Consiglieri sullo stato di avanzamento dei lavori di preparazione del 71° Congresso Nazionale SIMLII, illustra il secondo annuncio del programma e comunica la grande partecipazione che prevede attualmente 1200 iscritti. Il Consiglio Direttivo prende atto.

Il Prof Sartorelli chiede al Dr Cristaudo, che sta curando gli aspetti operativi, di informare i Consiglieri sullo stato di avanzamento dei lavori di preparazione del 72° Congresso Nazionale SIMLII, che come deliberato nel corso dell'Assemblea dei Soci dell'anno 2007, si terrà a Firenze.

Il Dr Cristaudo ricorda che il Congresso, organizzato dalla Sezione Regionale SIMLII Toscana insieme al Consiglio Direttivo Nazionale, avverrà in occasione dell'80° anniversario della fondazione della SIMLII. Egli propone come slogan: "La medicina del lavoro fra scienza, prassi e norme: un investimento di civiltà per il futuro" per sottolineare la connotazione scientifica della SIMLII e al contempo la necessità di dare risposte formative e attenzione ai problemi di maggior interesse quotidiano per i Soci. I Presidenti del Congresso saranno il Presidente Nazionale della SIMLII Prof. Abbritti e i rappresentanti delle tre sedi toscane (Firenze, Pisa e Siena) individuati dal Consiglio Direttivo SIMLII regionale toscano nelle persone di Prof. Cupelli, Dr Cristaudo e Prof. Sartorelli. Il Comitato Organizzatore sarà formato dal Consiglio Direttivo regionale. Il Dr Cristaudo afferma che le spese per l'organizzazione saranno più alte degli anni scorsi perché in Toscana vi è una sola struttura in grado di ospitare un evento di questa dimensione ed ha costi molto elevati. Egli illustra alcuni temi congressuali individuati dal Consiglio Direttivo della Sezione Regionale toscana e che si intende presentare all'attenzione e all'approvazione dell'Assemblea dei Soci di Palermo:

- Lo stress occupazionale: dalle metodologie scientifiche agli strumenti applicativi;
- Il reinserimento lavorativo nel soggetto con gravi patologie: il ruolo dell'ambulatorio di medicina del lavoro;
- Salute e sicurezza nell'artigianato e nella piccola impresa;
- La sorveglianza sanitaria per i rischi non normati (posture, movimenti ripetuti, lavori in altezza, ecc.)
- La prevenzione in rapporto alle differenze di genere, di età e per i lavoratori provenienti da altri paesi;
- Ruolo e attività dei Servizi Pubblici di Prevenzione alla luce delle nuove normative;
- Criteri dell'espressione del giudizio di idoneità per i rischi lavorativi e per la tossicodipendenza alla luce delle recenti normative.

Il Dr Cristaudo fa presente che questi temi sono particolarmente graditi ai Soci, ma è consapevole della necessità di connotare il Congresso anche come un momento di verifica degli



aspetti più scientifici della nostra disciplina. Per questo motivo e per il fatto che il Congresso dovrà avere anche una forte valenza formativa, come richiesto dall'ultima riunione della Commissione Formazione e Accreditamento, invita i membri del Consiglio Direttivo a presentare altri temi da proporre all'Assemblea dei Soci e a organizzare corsi formativi che saranno ospitati in sessioni pre o post congresso o anche durante il congresso in orari in cui non sono previste attività specifiche.

Il Dr Cristaudo richiede che al Congresso di Palermo sia possibile disporre di uno stand per la Segreteria Organizzativa del Congresso di Firenze 2009 dove sarà anche possibile distribuire il depliant del Primo Annuncio e ricevere iscrizioni a quote ridotte. Ulteriori aspetti, anche di carattere organizzativo e finanziario, saranno illustrati nella prossima riunione del Consiglio Direttivo. Il Consiglio Direttivo approva.

## 8) Nuove iscrizioni

La Dr.ssa Isolani riferisce che sono pervenute le seguenti domande di iscrizione alla SIMLII e passa ad illustrare la provenienza geografica e il titolo professionale dei richiedenti.

	NOME	COGNOME	SEZIONE REGIONALE
1.	GIANMARCO	ACCARPIO	LIGURIA
2.	GIUSEPPE	AMATO	LOMBARDIA
3.	GIUSEPPE	AMOROSINO	APULO-LUCANA
4.	LORENZO	BARBARESÌ	EMILIA-ROMAGNA
5.	ENRICO	BARBIERI	TRIVENETO
6.	MICHELE NICOLA	BELLOMO	APULO-LUCANA
7.	STEFANO	BERNARDI	EMILIA-ROMAGNA
8.	VALERIO	BERNARDI	AOSTANA-PIEMONTESE
9.	GIUSEPPE	BOCCIA	LAZIALE-ABRUZZESE
10.	FABRIZIO	BOMBELLI	LOMBARDIA
11.	VALERIANO	BORGHESI	MARCHE
12.	LUIGI NICOLA MARIO	BOSINCU	SARDEGNA
13.	MILENA	BRUSCHI	MARCHE
14.	MASSIMO	CAZZAROLLI	TRIVENETO
15.	ARIANNA	CECATI	UMBRIA
16.	GIORGIA	CERESA	EMILIA-ROMAGNA
17.	SILVANA	CERUTTI	AOSTANA-PIEMONTESE
18.	MAURIZIO	CHIARINELLI	LAZIALE-ABRUZZESE
19.	IORELLA	CICERONE	LAZIALE-ABRUZZESE
20.	MARIO	CIRILLO	CAMPANIA
21.	MARIA GRAZIA	COGNETTI	CAMPANIA
22.	VITO	COLLAMATI	MARCHE
23.	CLARA	COSLOVI	TRIVENETO
24.	ANTONIO	DE ROSA	CAMPANIA
25.	LORIS	DI GIANANTONIO	TRIVENETO
26.	MAURIZIO	FERRO	AOSTANA-PIEMONTESE
27.	ALESSANDRA	FERRUZZA	SICULO-CALABRA

28.	ALESSANDRO	FILONI	APULO-LUCANA
29.	SALVATORE	GAMBETTINO	APULO-LUCANA
30.	FRANCESCA	GESUALDO	APULO-LUCANA
31.	PARIDE	GIANGIACOMI	MARCHE
32.	MARIA	GIUDICEANDREA	CAMPANIA
33.	DOMENICO AURELIO	GULINO	SICULO-CALABRA
34.	SANDRO	GURRERI	SICULO-CALABRA
35.	RAFFAELLA	ISAIA	AOSTANA-PIEMONTESE
36.	MICHELE	LACIRIGNOLA	EMILIA-ROMAGNA
37.	MARIA	LASALVIA	APULO-LUCANA
38.	PATRIZIO	LUCCHETTA	MARCHE
39.	AMALIA	LUCIANO	LAZIALE-ABRUZZESE
40.	ALDO MARIA FLAVIO	MALCANGI	LAZIALE-ABRUZZESE
41.	ARISTIDE	MARINO	CAMPANIA
42.	DOMENICO CATALDO	MAURIZI	LAZIALE-ABRUZZESE
43.	MARCELLA	MAURO	TRIVENETO
44.	MICHELE	MAZZEO	UMBRIA
45.	GIUSEPPE	MELITI	LOMBARDIA
46.	ERNESTO SILVIO	MERA	APULO-LUCANA
47.	IVO	MICOZZI	MARCHE
48.	GIUSEPPE	MITROTTA	APULO-LUCANA
49.	MONICA	MOSCOLIN	LIGURIA
50.	GIORGIO	NARDINI	AOSTANA-PIEMONTESE
51.	COSIMO	NESCA	MARCHE
52.	PIETRO	OCCHIALINI	EMILIA-ROMAGNA
53.	FEDERICO	ONORI	MARCHE
54.	MAURIZIO	ORSINI	LOMBARDIA
55.	AMERICO	PANDOLFO	TRIVENETO
56.	GIULIA	PAOLOCCI	UMBRIA
57.	VALENTINA	PAOLUCCI	TOSCANA
58.	ELENA	PARISI	MARCHE
59.	GIULIANO	PESEL	TRIVENETO
60.	ARMANDO	PINCA	APULO-LUCANA
61.	ANTONIO	PORRO	APULO-LUCANA
62.	FAUSTO	RINALDI	MARCHE
63.	SANDRA	RITZU	TOSCANA
64.	GIULIO	ROSSI	UMBRIA
65.	ANNA	ROSSI	CAMPANIA
66.	DARIO	RUSSIGNAGA	LOMBARDIA
67.	DANIELA	SARRINI	TOSCANA
68.	FLAVIO	SAVELLI	EMILIA-ROMAGNA
69.	COSIMO	SCARNERA	APULO-LUCANA
70.	FRANCESCO	SCILIPOTI	SICULO-CALABRA
71.	LARA	SCIMITTO	LAZIALE-ABRUZZESE
72.	ANNA CHIARA	SERIO	TOSCANA
73.	FRANCESCA	SERPILLI	MARCHE
74.	FRANCESCO	SFERRAZZO	LIGURIA
75.	LUIGI	SICULO-CALABRA	UMBRIA
76.	GERARDO	TARANTINO	APULO-LUCANA
77.	ROSETTA	TAVERNA	APULO-LUCANA
78.	MILENA	TERRANOVA	SICULO-CALABRA
79.	ANDREA	TICALI	TRIVENETO
80.	RICCARDO	TRIVERIO	AOSTANA-PIEMONTESE
81.	ANTONIO	VALENTE	APULO-LUCANA
82.	SIGFRIDO	VALENTI	LOMBARDIA
83.	STEFANIA	VILLARINI	LAZIALE-ABRUZZESE
84.	SILVIA	ZANELLA	AOSTANA-PIEMONTESE

Il Consiglio Direttivo approva all'unanimità le domande anzidette.

## **9) Varie ed Eventuali**

Il Presidente propone ai Consiglieri che il prossimo Consiglio Direttivo si tenga a Palermo in data 17 novembre p.v dalle ore 11.30 alle 13.30 presso la sede congressuale Hotel San Paolo. Il Consiglio Direttivo approva.

Il Prof Apostoli chiede che nell'Ordine del Giorno del prossimo Consiglio Direttivo e dell'Assemblea dei Soci vi sia la discussione di Regolamento e Statuto SIMLII.

Il Dr Ossicini, in qualità di Coordinatore del gruppo di lavoro per la revisione di Statuto-Regolamento, comunica di aver ricevuto proposte di modifica a Regolamento e Statuto SIMLII da parte di Prof Alessio, Dr Cristaudo, Dr.ssa Isolani, Dr Ramistella e dal Prof Apostoli congiuntamente ai Proff.ri Mutti e Romano. Tenuto conto che la sollecitazione in tal senso era stata fatta nel corso del Consiglio Direttivo del 12.12.07 e che il termine ultimo entro il quale far pervenire le proposte anzidette è stato più volte spostato, per evitare forzature, tenuto conto dell'importanza della questione, egli esclude l'opportunità di trattarla nella prossima riunione del Consiglio Direttivo.

Segue la discussione tra i Consiglieri al termine della quale il Presidente propone che la discussione delle proposte di modifica di Regolamento e Statuto SIMLII venga effettuata entro i primi 6 mesi dell'anno 2009. Il Consiglio Direttivo approva.

Il Prof Manno comunica la proposta inoltrata dal Presidente del XV Congresso Nazionale della Società Italiana di Tossicologia (SITOX) che si terrà a Verona dal 19 al 22 gennaio 2009, di tenere sessioni congiunte con la SIMLII sul tema della tossicologia occupazionale e ambientale e del Monitoraggio ambientale e biologico.

Le sessioni, che saranno patrocinate da SITOX e AIDII, hanno l'obiettivo di favorire le interazioni e il confronto su questi argomenti di comune interesse e a forte contenuto interdisciplinare e pertanto chiede il patrocinio gratuito della SIMLII per entrambe le sessioni. Il Consiglio Direttivo approva.

Il Prof Sannolo comunica che il 15 dicembre p.v. si terrà a Napoli il Convegno "D. Lgs. 81/08: i nuovi obblighi in materia di valutazione del rischio stress lavoro correlato, alcol e tossicodipendenze, documentazione sanitaria e prevenzione di genere" che vedrà tra i relatori alcuni Consiglieri, Colleghi della Medicina Legale dell'Università di Napoli, dell'INAIL e dell'ISPESL e chiede il patrocinio della SIMLII. Il Consiglio Direttivo approva.

La seduta è tolta alle ore 14.14.

**Il Segretario**

*Dr.ssa Lucia Isolani*

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Lucia Isolani', written in a cursive style.

**Il Presidente**

*Prof. Giuseppe Abbritti*

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Giuseppe Abbritti', written in a cursive style.

**OSSERVAZIONI DELLA SIMLII SULLO  
SCHEMA DI ACCORDO TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI  
TRENTO E BOLZANO RECANTE**

**“PROCEDURE PER GLI ACCERTAMENTI SANITARI DI ASSENZA DI USO DI SOSTANZE  
STUPEFACENTI O PSICOTROPE NEI LAVORATORI CON MANSIONI CHE COMPORTANO  
PARTICOLARI RISCHI PER LA SICUREZZA, L’INCOLUMITA’ E LA SALUTE DI TERZI”**

Le osservazioni fanno riferimento alla bozza dello “Schema di Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano” recante “PROCEDURE PER GLI ACCERTAMENTI SANITARI DI ASSENZA DI USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI O PSICOTROPE NEI LAVORATORI CON MANSIONI CHE COMPORTANO PARTICOLARI RISCHI PER LA SICUREZZA, L’INCOLUMITA’ E LA SALUTE DI TERZI” predisposta il 30 luglio 2008 dall’Ufficio del Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Sen. Carlo Giovanardi.

Le osservazioni che seguono non prendono in considerazione le problematiche specifiche riguardanti Forze Armate, Forze di Polizia, Corpo nazionale dei Vigili del fuoco, personale navigante, personale marittimo, personale titolare di licenze ed attestati aeronautici civili in quanto attività sottoposte a normative specifiche e svolte da figure professionali sanitarie con particolari requisiti e affiliazioni.

**Osservazioni generali**

L’Accordo, che è sottoscritto ai sensi dell’articolo 8, comma 2, dell’Intesa in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza perfezionata nella seduta della Conferenza Unificata del 30 settembre 2007, vuole dare corso attuativo a quanto previsto da una norma preesistente (*D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309*), finalizzata a garantire la tutela della sicurezza, incolumità e salute di terzi rispetto a danni che potrebbero a loro derivare dall’esercizio improprio di particolari attività lavorative quando ed in quanto effettuate da lavoratori in stato di tossicodipendenza.

Il testo della norma citata recita:

*D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenze.”*

*TITOLO XI - Interventi preventivi, curativi e riabilitativi*

*Articolo 125 (Legge 26 giugno 1990, n. 162, art. 29, comma 1)*

*Accertamenti di assenza di tossicodipendenza*

*1. Gli appartenenti alle categorie di lavoratori destinati a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, la incolumità e la salute dei terzi, individuate con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro della sanità, sono sottoposti, a cura di strutture pubbliche nell’ambito del Servizio sanitario nazionale e a spese del datore di lavoro, ad accertamento di assenza di tossicodipendenza prima dell’assunzione in servizio e, successivamente, ad accertamenti periodici.*

*2. Il decreto di cui al comma 1 determina anche la periodicità degli accertamenti e le relative modalità.*

*3. In caso di accertamento dello stato di tossicodipendenza nel corso del rapporto di lavoro il datore di lavoro è tenuto a far cessare il lavoratore dall’espletamento della mansione che comporta rischi per la sicurezza, la incolumità e la salute dei terzi.*

*4. In caso di inosservanza delle prescrizioni di cui ai commi 1 e 3, il datore di lavoro è punito con l’arresto da due a quattro mesi o con l’ammenda da lire dieci milioni a lire cinquanta milioni (6).*

Si osserva innanzitutto che né il titolo dell’Accordo né i “CONSIDERATO” indicati in premessa dello stesso fanno alcun riferimento al problema della sicurezza, incolumità e salute dei lavoratori ma solamente ai rischi per la sicurezza, l’incolumità e la salute di Terzi.

Il riferimento a misure di sicurezza volte a tutelare l'incolumità del lavoratore compare invece nella Relazione Illustrativa premessa all'indicazione delle Procedure, che motiva pure la necessità di dover considerare anche i casi in cui sia evidenziato l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope indipendentemente dalla presenza o meno di una condizione di dipendenza..

In effetti, con il testo di intesa attualmente vigente (30.10.2007), sono state introdotte ex novo due ulteriori problematiche: quella della tutela dei terzi in relazione ad attività svolte da lavoratori che, anche non tossicodipendenti, facciano però uso pur solo occasionale di sostanze stupefacenti o psicotrope, e quella della tutela dello stesso lavoratore che, in quanto tossicodipendente o consumatore occasionale di tali sostanze, sarebbe per questo motivo esposto a rischio specifico nell'esercizio di quelle particolari mansioni ("l'assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope sia saltuaria sia abitudinaria, determinando alterazioni dell'equilibrio psicofisico, comporta il medesimo rischio per la salute e la sicurezza dell'operatore stesso e dei terzi"). Sono due problematiche in effetti non previste, e quindi non contemplate, nel testo del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309.

Bisogna allora considerare in modo distinto le due finalità perseguite dall'Intesa: tutela del lavoratore e tutela di terzi.

Riguardo alla prima ci si chiede se non venga attribuito al datore di lavoro, e di conseguenza al medico competente, un ruolo che non gli è proprio in quanto gli si impone di agire non sulle condizioni di lavoro, ma su una abitudine voluttuaria della persona verso la quale di fatto non ha e non può avere responsabilità perché non ha reale potere di controllo o di ingiunzione e modifica, se non quello indiretto di impedire lo svolgimento dell'attività lavorativa.

Il concetto della prevenzione e protezione del lavoratore in quanto svolge una mansione per lui a rischio in questo caso non sembra sussistere, perché la mansione non è di per sé a rischio per il lavoratore che la effettua ma lo diviene, in relazione alla tematica che stiamo trattando, solo perché e nel momento in cui fa uso di sostanze stupefacenti o psicotrope. Quindi è l'abitudine voluttuaria della persona che genera il rischio, vale a dire una condizione sulla quale il datore di lavoro, ed anche il medico competente, non ha potere reale di intervento per modificarla.

Non a caso infatti l'elenco di mansioni a rischio che viene proposto come da considerare ai fini dell'applicazione della normativa comprende esclusivamente attività che comportano possibili ricadute su terzi, e non prende invece in considerazione molte altre attività lavorative che, nel caso in cui venissero effettuate da un lavoratore tossicodipendente o consumatore di sostanze stupefacenti potrebbero, proprio per questo motivo, costituire per lui maggiore occasione di rischio.,

Diversa è la necessità di proteggere il lavoratore in conseguenza di una condizione di malattia di cui è portatore e che può limitare o controindicare l'effettuazione di una mansione. Non si ritiene non idoneo un lavoratore perché fumatore ma solo perché bronchitico cronico. Analogamente si può ritenere non idoneo un lavoratore solo perché tossicodipendente manifesto o perché sorpreso in uno stato di evidente effetto conseguente all'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Ma questa è attività da sempre garantita dai Medici del lavoro e per la quale non appare necessario (anzi inutile) lo screening universale: basta l'attività clinica e la sua capacità professionale di essere medico, che ha la fiducia sia del datore di lavoro che dei lavoratori e che rivolge la sua azione alla persona nella sua totalità, finalizzandola quindi ad evitare l'uso stesso di tali sostanze in quanto condizione di vera salute e benessere. La sorveglianza sanitaria è un insieme di procedure giustificate (cioè basate su evidenza medica e giuridica) finalizzate alla tutela e promozione della salute e della sicurezza dei lavoratori. Dal punto di vista medico la sorveglianza è giustificata se: (1) vi è esposizione a rischio; (2) esiste un metodo di controllo; (3) la diagnosi precoce è utile. In questo caso, come abbiamo già detto, il rischio non è conseguenza del lavoro ma delle abitudini della persona. In secondo luogo è a tutti ben evidente l'efficacia parziale dell'azione proposta (screening e controllo periodico con preavviso) per mettere in luce condizioni di uso occasionale di sostanze stupefacenti o psicotrope in non tossicodipendenti. L'accertamento del consumo occasionale appare concretamente realizzabile solo per quelle sostanze i cui metaboliti possono essere strumentalmente rilevati anche a distanza di tempo dall'ultima assunzione, negli altri casi sarebbe necessario effettuare la valutazione dell'assenza di assunzione almeno ogni 2-3 giorni, prima dell'inizio del lavoro.

Il DPR309/1990 in effetti prevedeva, coerentemente, l'accertamento solo per la tutela dei terzi, effettuata dalla struttura pubblica e solo per l'accertamento di tossicodipendenza, non di uso occasionale.

Allora l'introduzione dell'obbligo per il datore di lavoro, e quindi del medico competente, di tutelare il lavoratore relativamente a questo ipotetico rischio (e anche in caso di uso saltuario di tali sostanze) appare forzata, perché il datore di lavoro, e quindi il medico competente, non hanno in realtà questo potere (e quindi non possono averne la responsabilità) e perché la modalità d'azione proposta (screening) ha comunque un'efficacia solo parziale rispetto allo scopo perseguito.

In realtà questa impostazione sembra avere più le caratteristiche, nella ipotesi migliore, di un intervento a valenza sociale e solidaristica che collabora ad un'azione più vasta della collettività volta alla prevenzione dell'abuso e della tossicodipendenza o, nella ipotesi più restrittiva, di controllo ispettivo dell'osservanza di un dettato legislativo che vieta l'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope. Nel primo caso sono altre le competenze, gli strumenti e le risorse da mettere in campo; nel secondo la figura e la funzione del medico competente sono evidentemente ridotte ad un ruolo che non ci corrisponde. Peraltro sembra essere un'impostazione organica ad un'azione che, ormai da alcuni anni, tende a definire per legge, in modo progressivamente sempre più analitico, quali debbano essere i compiti, e le modalità per svolgerli, del medico competente. Il risultato non può che essere quello di ridurre la sua funzione ad un mero ruolo esecutivo (impiegatizio), sempre in difficile (e precario) equilibrio tra due "committenti" (il datore di lavoro ed il lavoratore) e con un carico di possibili provvedimenti sanzionatori inevitabilmente via via più ingente.

Non si può nemmeno ritenere che, in questo modo, il datore di lavoro venga chiamato a partecipare nel sostenere i costi di questa azione sociale, perché in realtà tali costi sono comunque poi tutti ribaltati sulla collettività attraverso le tariffe (non dimentichiamo che la maggior parte dei candidati al controllo svolgono attività di servizio, quali i trasporti pubblici) contribuendo quindi ad aumentare i costi complessivi sociali.

Resta ancora l'ipotesi che debba in realtà svolgere un ruolo che potremmo definire "assolutorio", volto a mettere a posto le coscienze riguardo ad una eventuale attribuzione di responsabilità anche in relazione ad una possibile domanda sociale e/o istanza legale.

La tutela del lavoratore è invece già oggetto della normale attività dei medici competenti e trova riferimenti normativi più che sufficienti nella legislazione attualmente già in vigore. In questo senso potrebbe essere rivisto anche il comma 4 dell'articolo 41 del DL 81/2008.

Riguardo al problema della tutela dei terzi, che è la finalità dichiarata e normata dal DPR 309/1990, è inequivocabilmente definito che responsabilità e costi devono essere posti in capo al datore di lavoro. Appare però discutibile, in quanto a garanzia di efficacia, che l'accertamento dell'assenza di assunzione anche saltuaria di sostanze stupefacenti sia sostanzialmente fondato sulla effettuazione di test di screening che, se possono avere un qualche significato all'atto dell'assunzione (o prima che il lavoratore venga adibito alle mansioni ritenute a rischio), perdono certamente molta della loro efficacia quando ripetuti secondo programmi predefiniti e con preavviso ai candidati al controllo.

Da questo punto di vista si ritiene che la metodologia con cui affrontare il problema, e le azioni quindi da mettere in atto, non possano essere mutate schematicamente da impostazioni strettamente medico legali o di tossicologia forense, ma debbano piuttosto prevedere modalità più agili in quanto più efficaci al raggiungimento dello scopo prefissato, vale a dire la prevenzione, ed eventualmente la cura, più che il controllo. Diverse sono infatti, per ragioni ovvie ed evidenti che è inutile qui dettagliare, le modalità con cui affrontare il problema in campo sportivo (antidoping), nell'ambito dell'applicazione del codice della strada o per la valutazione in campo giudiziario di reati di differente natura. Questa osservazione attiene, come più avanti analiticamente proposto, sia al tipo di accertamenti previsti, sia alla loro modalità di applicazione, sia alle procedure formali da adottare, sia infine ai soggetti istituzionali coinvolti.

In generale si può osservare che, pur volendo valutare l'"assenza di uso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope", nelle tabelle allegate vengono elencate solo 6 sostanze (o gruppi di sostanze), senza fare mai alcun riferimento a tutte le altre (numerose) contenute nelle Tabelle I e II delle sostanze stupefacenti e psicotrope, che parrebbero quindi escluse dai controlli. Inoltre, la procedura proposta appare troppo "influenzata" da impostazioni che, pur verificate per la loro efficacia e quindi ormai consolidate in altri campi di applicazione, sembrano non del tutto adeguate, se applicate schematicamente e rigidamente secondo gli stessi principi e criteri, alla materia di cui ci si sta occupando.

**E' invece a tutti evidente il vantaggio che porta la decisione che ad occuparsi di questo problema, coordinando le azioni ritenute necessarie e che vengono attuate in collaborazione con soggetti istituzionali pubblici o privati allo scopo accreditati e certificati, sia una figura professionale quale è il Medico Competente, che garantisce formazione e competenze sia cliniche che di medicina**

**preventiva, che è già inserito organicamente negli ambienti di lavoro e che è in rapporto fiduciale sia con il datore di lavoro che con i lavoratori. Questa figura deve però essere investita del problema secondo modalità e con responsabilità del tutto peculiari, che non possono schematicamente e restrittivamente essere assimilate a quelle proprie del Medico del Lavoro, che ha compiti più ampi e diversi. Né si può pensare che l'azione di prevenzione e controllo dell'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope possa essere superficialmente assimilata all'attività di sorveglianza sanitaria effettuata dal Medico Competente (MC) relativamente ai rischi professionali. Lo sconsigliano ragioni d'ordine concettuale e considerazioni eminentemente operative, alcune delle quali, a titolo esemplificativo, sono qui di seguito esposte.**

Nella realtà italiana, con la prevalenza in ogni comparto produttivo di piccole e medie imprese, nonché di microimprese ed imprese artigiane, appare estremamente complesso per il MC operare in maniera efficace per l'accertamento di tossicodipendenza dei lavoratori in quanto nella maggior parte dei casi la sorveglianza sanitaria viene effettuata in predeterminati periodi dell'anno (corrispondenti alla validità del giudizio d'idoneità emesso dal MC e di cui il lavoratore è a conoscenza) e risulterebbe operativamente indaginoso per il MC prevedere dei controlli "a sorpresa" nel corso dell'anno che dovessero coinvolgere singoli o piccolissimi gruppi di lavoratori. La selezione del lavoratore mediante processo casuale può essere valida nelle ditte più numerose e meglio organizzate, difficilmente realizzabile nella piccola e media impresa. Inoltre la previsione di accertamenti per "ragionevole sospetto" introduce la possibilità per il datore di lavoro di decidere direttamente se e quando visitare il dipendente considerato e tale evenienza è certamente in contrasto con la rimanente normativa in relazione alla sorveglianza sanitaria e a difesa dei diritti dei lavoratori (a partire dall'art. 5 della Legge 300/70). Gli "accertamenti per ragione di sospetto" e gli "accertamenti dopo incidente/infortunio" infatti, proprio per le precisazioni del DL 81/08, non possono essere richieste dal Datore di Lavoro direttamente al MC. All'uopo potrebbero essere utilizzate le strutture pubbliche di Medicina del Lavoro (Servizi territoriali della ASL, Servizi ospedalieri o Istituti universitari) facendo riferimento alla Legge 300/70 Art 5 comma 3: "*Il DL ha facoltà di far controllare la idoneità fisica del lavoratore da parte di enti pubblici ed istituti specializzati di diritto pubblico*".

Appare assai difficoltoso, in secondo luogo, applicare nel corso degli accertamenti sanitari periodici i protocolli proposti, sia per quanto riguarda la applicazione del test di screening sia per quanto attiene alla matrice biologica individuata (urine). Il prelievo di urina infatti non è sempre facilmente gestibile, soprattutto nell'ambito di piccole e medie imprese. In questi casi, spesso, ci si trova a visitare all'interno di locali "arrangiati", messi a disposizione del datore di lavoro, che quindi facilmente possono risultare inadeguati (bagni con finestre o comunque facilmente accessibili, controllabili solo direttamente "a vista"), determinando, quindi, la necessità di aiuto anche da parte di altro personale sanitario o parasanitario dell'altro sesso.

Le modalità di prelievo del campione inoltre (prelievo "a vista", tre aliquote di 20 ml cad., sigillate e firmate dal medico competente e dal lavoratore, ed, in caso di positività ai test rapidi *on site*, travasate e ridotte a due), di compilazione del verbale di prelievo (in triplice copia e firmato dal medico competente e dal lavoratore) e di trasmissione del campione (entro 24 ore secondo le norme vigenti per il trasporto dei campioni biologici) risultano particolarmente complesse ed indaginose. Potrebbe essere utile, al proposito, prevedere la possibilità di demandare la raccolta dei campioni di liquidi biologici a laboratori a ciò accreditati. La responsabilità del MC per la raccolta del campione, salvaguardia della catena di custodia, salvaguardia del diritto di privacy, predisposizione e conservazione dei campioni di urine, risulta però dal testo solo implicitamente delegabile ad un laboratorio ed al relativo personale. La responsabilità medico-legale attribuita in questo al MC è eccessiva e non di competenza, in quanto l'errata valutazione, sia in termini negativi che positivi, produce conseguenze che il MC si assume in proprio senza possibilità di condividere la responsabilità medesima con strutture specialistiche. La procedura deve espressamente prevedere la possibilità di inviare il dipendente, sia per la raccolta del campione che per le successive determinazioni, a Laboratori autorizzati. In questo caso potrebbe essere esplicitamente previsto lo scarico di responsabilità per il MC in merito al rischio specifico, prescindendo dai tempi e dai modi che la struttura incaricata dovesse poi attuare per effettuare gli accertamenti.

Responsabilità comunque per il MC è l'espressione formale della temporanea non idoneità, benché sia a lui affidata solo la responsabilità dello screening mentre quella della conferma di secondo livello è demandata al SERT (o analoghe strutture territoriali). Peraltro il presente documento, affermando in premessa il "principio cautelativo" di esprimere un giudizio di "non idoneità per qualsiasi tipo di assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope, indipendentemente dalla presenza o meno di una condizione di



dipendenza”, sposta di fatto la responsabilità del giudizio più a carico del MC che non dell’esperto del SERT. Si tratta di una modifica condivisibile, in quanto per i medici del SERT sarebbe meno “visibile” la loro responsabilità (insieme a quella del MC) in relazione al possibile allontanamento dal lavoro abituale di loro assistiti, situazione che avrebbe inevitabili ripercussioni sul rapporto fiduciario con i loro pazienti. D’altra parte non si capisce per quale motivo, stante l’asserito obiettivo preventivo, non si faccia minimamente menzione di un coinvolgimento di strutture pubbliche (SERT appunto) ma anche private, per azioni di *counseling* ed anche riabilitative per i consumatori occasionali, per i quali il MC dovrà trovarsi inevitabilmente isolato nel portare le conseguenze del giudizio di inidoneità, seppur temporaneo. Si tratta inoltre, per il MC, di una attribuzione di responsabilità verso terzi che non trova antecedenti di rilievo, ad eccezione della nota recente normativa sull’uso di alcol in ambito lavorativo. E’ di fatto un ampliamento del campo di competenza dell’attività del MC, non più solo indirizzata alla sola e peculiare tutela della salute del dipendente, ma estesa alla salvaguardia della sicurezza di terzi. Questo scenario, già introdotto in parte per la normativa di controllo dell’abuso di sostanze alcoliche in ambito lavorativo, apre ora aspetti innovativi della disciplina, che potrebbero trovare applicazione in futuro anche in altri ambiti (rischio biologico, etc.). E’ indispensabile quindi un pronunciamento giuridico che stabilisca l’estensione delle responsabilità del MC, che definisca gli ambiti di tale estensione, che definisca l’essenza del giudizio che deve esprimere (se di idoneità, come la legislazione indica, oppure di inabilità temporanea o totale), che preveda esplicitamente che non esiste possibilità di rivalsa da parte del lavoratore nei confronti del MC stesso in relazione a tale giudizio.

**In conclusione si ritiene che possa essere forse più coerente, ragionevole ed efficace attribuire all’Intesa esclusivamente la funzione di regolamentare il problema della tutela dei terzi, assegnandone la responsabilità (ed i costi) al datore di lavoro, che la assolve effettuando controlli all’assunzione e controlli sia programmati che a campione, senza preavviso. Per tale attività il datore di lavoro può avvalersi (anzi è opportuno che si avvalga) per ovvi motivi di competenza, efficienza ed efficacia, della collaborazione del medico competente, che è quindi autorizzato a svolgere indagini mirate (comprese le determinazioni su materiali biologici) secondo protocolli definiti (vedi successiva proposta di procedure) ed in stretta collaborazione con la strutture sanitarie competenti (SERT). Il MC opera in qualità di consulente del datore di lavoro ai fini dell’osservanza di una specifica normativa che non attiene la protezione dei lavoratori ma la tutela dei terzi. Per tale attività viene predisposto un opportuno documento che, rifacendosi alle prescrizioni di legge, riporta chiaramente scopi e modalità degli accertamenti e viene sottoscritto dal lavoratore all’atto dell’assunzione. La corretta applicazione della procedura viene garantita dal MC che può avvalersi della collaborazione di strutture ed istituzioni pubbliche o private, accreditate e certificate, idonee allo scopo (Servizi di Medicina del Lavoro Ospedalieri e delle ASL; Istituti universitari di Medicina del Lavoro; Laboratori di Tossicologia, di Medicina Legale o di Tossicologia Forense).**

**Si costituisce un Gruppo di Lavoro Ministeriale (che comprenda al suo interno anche Medici del Lavoro segnalati da Associazioni Scientifiche nazionali del settore) con il compito di monitorare e valutare l’applicazione, l’efficienza e l’efficacia della procedura (con prima elaborazione e comunicazione dei dati ad un anno dalla emanazione della stessa) allo scopo di promuovere un miglioramento continuo della normativa.**

Di seguito quindi si analizza il testo proposto cercando di evidenziare eventuali incongruenze o contraddizioni, per le quali si suggeriscono possibili modifiche, e proponendo suggerimenti ritenuti migliorativi.

In blu sono riportate le osservazioni originali, in rosso le modifiche proposte, evidenziate in giallo le parti a cui si riferiscono osservazioni o modifiche.

## INDICE

(... omissis ...)

## PREMESSE

1. I programmi per gli accertamenti sanitari di **assenza di uso di sostanze stupefacenti o psicotrope nei lavoratori**, allo scopo di definire e attivare procedure e misure di sicurezza rivolte a tutelare l'incolumità del lavoratore stesso e di terze persone, devono essere finalizzati primariamente a prevenire incidenti collegati allo svolgimento di mansioni lavorative a rischio. Pertanto, i principi generali a cui ispirare e su cui strutturare le procedure operative dovranno essere dettati da un indirizzo di cautela conservativa nell'interesse del singolo e della collettività, che prevedano la non idoneità di tali lavoratori allo svolgimento di mansioni a rischio nel caso in cui si usino sostanze stupefacenti e/o psicotrope, indipendentemente dalla presenza o meno di dipendenza. A questo proposito si ricorda che esistono sostanze in grado di alterare fortemente le capacità e le prestazioni psicofisiche del soggetto senza necessariamente indurre uno stato di dipendenza (es. LSD, altri allucinogeni ecc.)

*Per quanto riguarda la citata "assenza di uso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope", nelle tabelle in allegato alla presente procedura vengono elencate solo sei sostanze o gruppi di sostanze, senza fare mai alcun riferimento a tutte le altre (numerose) contenute nelle Tabelle I e II delle sostanze stupefacenti e psicotrope, che parrebbero quindi escluse dai controlli.*

2. Va inoltre sottolineato quanto riportato nell'Intesa del 30 Ottobre 2007: "Considerato che l'assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope sia saltuaria che abitudinaria, determinando alterazioni dell'equilibrio psicofisico, comporta il medesimo rischio per la salute e la sicurezza dell'operatore stesso e dei terzi" — pubblicato in Gazz. Uff. 15 Novembre 2007, n. 266

3. Di conseguenza, i programmi di cui al presente documento devono essere finalizzati ad escludere o identificare la condizione di uso a qualsiasi titolo di sostanze stupefacenti o psicotrope, al fine di assicurare il regolare svolgimento delle mansioni lavorative a rischio.

4. A tale scopo preventivo, anche per le oggettive difficoltà di rilevazione e di descrizione delle modalità e della frequenza di assunzione delle sostanze stupefacenti e psicotrope da parte del lavoratore, detti programmi, per le finalità di cui pra, non possono fare distinzione tra uso occasionale, uso regolare o presenza di dipendenza al fine di attivare la sospensione cautelativa.

5. Comunque, il rilevamento di condizioni cliniche che necessitano di terapia o trattamenti specifici dovrà essere preso obbligatoriamente in considerazione in modo da indirizzare la persona verso *specifici programmi* di cura e riabilitazione di cui all'art. 124 DPR 309/90 e successive modifiche.

6. E necessario quindi considerare le procedure preventive come finalizzate ad escludere o identificare l'uso illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope, senza considerare le modalità d'uso riferite dal lavoratore in grado di condizionare l'esito delle azioni preventive immediate da applicare in case di positività. In altre parole, si fa riferimento al principio chiaro e semplice che non è permesso né accettabile svolgere attività lavorative, soprattutto se "sensibili per la sicurezza", a seguito di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope (occasionale o abituate che sia) documentata attraverso idonei accertamenti clinici e di laboratorio.

7. Questo in quanto l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, anche occasionale, può causare effetti e condizioni nell'assuntore in grado di determinare alterazioni dell'equilibrio psicofisico tali da rendere sicuramente rischioso lo svolgimento di particolari attività per il soggetto stesso e per terze persone.

8. A specifica di quanto riportato nelle premesse dell'Intesa C.U. del 30 Ottobre 2007 e in coerenza con il d.lgs. n. 81/08 in materia di sicurezza sul lavoro, relativamente al fatto che i lavoratori debbano essere sottoposti ad accertamento "prima dell'assunzione in servizio", si chiarisce che tale accertamento non è da intendere come accertamento "pre-assuntivo" ma come "visita medica preventiva" post-assuntiva da

eseguire comunque sul lavoratore prima di essere adibito al servizio lavorativo nella mansione specifica a rischio.

9. Occorre, infine, tenere conto delle disposizioni contenute negli artt. 1, comma 2, e 6 della citata Intesa del 30 ottobre 2007 in materia di idoneità fisica, psichica e attitudinale al servizio, nonché di specifici accertamenti sanitari e relativa periodicità in relazione all'impiego, previste per il personale delle ferrovie e di altri servizi di trasporti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 753 nonché per quello delle Forze armate, delle Forze di polizia e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco.

## **PROCEDURE PER GLI ACCERTAMENTI**

L'iter procedurale si compone di due macrofasi in relazione alle necessità di istituire un primo livello di accertamenti da parte del medico competente ed un secondo livello di approfondimento diagnostico-accertativo a carico delle strutture sanitarie competenti di cui all'art. 2 e all'art. 6 dell'Intesa C.U. 30 ottobre 2007 e successive eventuali integrazioni, ferma restando l'applicazione delle qui riportate indicazioni metodologiche a cui ci si uniforma.

### **Attivazione della procedura: trasmissione dell'elenco dei lavoratori da sottoporre ad accertamenti da parte del datore di lavoro.**

1. Il datore di lavoro (così come identificato dall'art. 2, lettera b, del D.lgs. n. 81/08) comunica al medico competente, per iscritto, i nominativi dei lavoratori da sottoporre ad accertamento di assenza di uso di sostanze stupefacenti o psicotrope in base alla **lista delle mansioni considerate nell'Allegato di cui all'Intesa C.U. 30 Ottobre 2007 e successive eventuali integrazioni.**

*E' necessario prevedere una revisione dell'Allegato 1 verificando la possibilità che possa comprendere anche altre categorie quali, a puro titolo esemplificativo:*

- *dirigenti e preposti al controllo dei processi produttivi e alla sorveglianza dei sistemi di sicurezza negli impianti a rischio di incidenti rilevanti;*
- *alcuni compiti lavorativi specifici in ambito sanitario;*
- *mansioni che comportano l'obbligo della dotazione del porto d'armi;*
- *alcuni compiti lavoratori specifici nel settore dell'edilizia e delle costruzioni.*

2. La comunicazione dovrà essere fatta alla prima attivazione delle procedure, di cui al presente documento, per tutti i lavoratori con mansioni che rientrano nella lista e successivamente periodicamente e tempestivamente aggiornata in riferimento ai nuovi assunti, ai soggetti che hanno cessato le mansioni a rischio **nonché ai soggetti che hanno cambiato mansione andando a ricoprire una mansione a rischio.**
3. La comunicazione dell'elenco complessivo dei lavoratori che svolgono le suddette mansioni dovrà essere previsto, comunque, con frequenza minima annuale

*E' opportuno prevedere una modalità specifica per la comunicazione dei lavoratori che cambiano mansione per andare a ricoprire una "mansione a rischio"*

### **Modalità di attivazione ed esecuzione degli accertamenti sanitari**

Di seguito vengono riportate le modalità di attivazione ed esecuzione degli accertamenti sanitari, nonché l'elenco di particolari condizioni che determinano l'opportunità di eseguire tali accertamenti.

*Accertamento pre-affidamento della mansione:* la persona viene sottoposta ad accertamento preventivo dell'idoneità alla mansione prima dell'affidamento e dello svolgimento della mansione a rischio. E' necessario un risultato negativo per confermare l'assenza di controindicazioni, prima di un eventuale inizio dell'attività. Questa valutazione non può essere considerata ed effettuata come accertamento pre-assuntivo, coerentemente con quanto previsto dal D.lgs. n. 81/08 in materia di sicurezza sul lavoro.

*Accertamento periodico **con individuazione casuale** dei lavoratori da inviare:* il lavoratore è sottoposto ad accertamento periodico, di norma con frequenza annuale, atto alla verifica dell'idoneità alla mansione a

rischio. In situazione di elevata numerosità dei soggetti da sottoporre a controllo, va tenuto conto, inoltre, che nel rispetto dei programmi di accertamento si dovranno garantire le caratteristiche di non prevedibilità da parte dei lavoratori della data di effettuazione dell'accertamento e contemporaneamente, si dovrà escludere la possibilità di scelta volontaria dei candidati agli accertamenti da parte del datore di lavoro. Pertanto, il datore di lavoro, sulla base della lista completa precedentemente presentata al medico competente, **seleziona i lavoratori da inviare e sottoporre di volta in volta agli accertamenti previsti mediante l'utilizzo di un processo casuale di individuazione che escluda la possibilità di scelta volontaria da parte del datore di lavoro stesso, o comunque, quando ciò non fosse possibile, di comune accordo con il medico competente.** Tutto questo deve avvenire compatibilmente con le esigenze lavorative e di programmazione aziendale.

*Il percorso tracciato, seppure teoricamente impeccabile sul piano della dottrina e della necessità di assicurare accertamenti "a sorpresa", appare di difficile applicazione pratica, se non in strutture aziendali dotate di Servizi Sanitari organizzati, con personale sanitario e para-sanitario presente quotidianamente sul luogo di lavoro. Più semplice sul piano operativo – e più concretamente realizzabile – prevedere che le convocazioni vengano effettuate anche concordando gli appuntamenti tra datore di lavoro e medico competente evitando, nei limiti del possibile e tenuto conto delle citate esigenze lavorative e di programmazione aziendale, che i lavoratori ne vengano a conoscenza in anticipo.*

**Accertamento per ragionevole sospetto:** il lavoratore viene sottoposto ad accertamento di idoneità alla mansione anche (oltre al controllo sanitario periodico) quando sussistano indizi o prove sufficienti di una sua possibile assunzione di sostanze illecite. Le segnalazioni di ragionevole sospetto, in via cautelativa e riservata, vengono fatte dal datore di lavoro al medico competente nel caso in cui vi sia stata l'osservazione diretta di superiori o colleghi che un individuo abbia fatto uso o sia in possesso di sostanze stupefacenti o psicotrope, o perché mostra i sintomi fisici e/o psichici tipici dell'uso di tali sostanze, o comportamenti anomali in grado di connotarsi come suggestivi di assunzione e/o potenzialmente rischiosi in relazione alla mansione svolta. **Il medico competente decide circa l'opportunità di procedere a tali accertamenti.** Questo fermo restando l'applicazione del D.lgs. n. 81 del 9 Aprile 2008 in caso di pericolosità immediata con evidenti segni di alterazione che costituiscono palese pericolo per sé e per gli altri.

*E' opportuno chiarire bene il significato di questo paragrafo. Per la verità appare difficile attribuire al datore di lavoro la capacità di riconoscere e discriminare i "sintomi fisici e/o psichici tipici dell'uso di tali sostanze" nonché "i comportamenti anomali in grado di connotarsi come suggestivi di assunzione", talora difficili da individuare anche da parte di medici esperti del settore. Si potrebbe correre il rischio di sottoporre ad accertamenti lavoratori che appaiono insufficientemente integrati nel tessuto sociale e nel contesto produttivo, basandosi unicamente sul giudizio espresso dal dirigente o dal preposto. D'altronde, forse sarebbe necessario ricorrere all'autorità giudiziaria nell'altro caso preso in considerazione, relativo alla "osservazione diretta di superiori o colleghi che un individuo abbia fatto uso o sia in possesso di sostanze stupefacenti o psicotrope", atteso che tali comportamenti o la mera detenzione possono, in taluni casi, costituire un reato. Meglio sarebbe lasciare tale possibilità alla responsabile decisione del MC in seguito alla richiesta specifica, adeguatamente motivata, da parte del datore di lavoro. In ogni caso è opportuno che l'esecuzione degli accertamenti richiesti sia affidata agli SERT o ai Servizi di Medicina del Lavoro Ospedalieri o delle ASL, come previsto dalla Legge 300/70 art. 5 "Sono vietati accertamenti da parte del datore di lavoro sulla idoneità e sulla infermità per malattia o infortunio del lavoratore dipendente. .... Il datore di lavoro ha facoltà di far controllare la idoneità fisica del lavoratore da parte di enti pubblici ed istituti specializzati di diritto pubblico".*

**Accertamento dopo un incidente/infortunio:** il lavoratore ~~viene~~ **può essere sottoposto, a giudizio del medico competente,** ad un accertamento di idoneità alla mansione successivamente ad un incidente sul lavoro o un infortunio per escludere l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope. **A tale scopo sarà anche predisposto un elenco delle categorie di infortunio per le quali è da prevedersi automaticamente l'effettuazione di tale accertamento.**

*Necessario chiarire con attenzione anche questo punto. Per quanto sia importante prevedere un controllo in seguito a eventi che potrebbero essere stati causati dalla alterazione dello stato di coscienza o della percezione da parte del lavoratore, non è opportuno generalizzare considerando allo stesso modo tutti gli infortuni e gli incidenti accaduti durante il lavoro. Non è possibile, in pratica, mettere sullo stesso piano l'incidente stradale dell'autista di un TIR con la lieve ferita l.c. occorsa all'operatore di una*

*industria metalmeccanica. Occorre, quindi, individuare quali categorie di infortunio fanno scattare la necessità dell'accertamento, eventi che, comunque, andrebbero ulteriormente valutati scrupolosamente da parte del medico competente prima della decisione di invio per la esecuzione degli accertamenti in questione, che possono essere affidati sempre al SERT o ai Servizi di Medicina del Lavoro Ospedalieri o delle ASL.*

**Accertamento di follow up (monitoraggio cautelativo):** il lavoratore, prima del suo rientro nella mansione a rischio, dovrà comunque essere controllato ad intervalli regolari dopo la sospensione per esito positivo per uso di sostanze stupefacenti o psicotrope. Questo al fine di verificare nel tempo il permanere dello stato di non assuntore (osservazione cautelativa). Gli accertamenti andranno eseguiti **con periodicità almeno mensile con date non programmabili dal lavoratore** ~~e da stabilire di volta in volta coerentemente con quanto previsto dal D.lgs. n. 81 del 9 Aprile 2008 nel caso di fattispecie.~~ La durata minima prevista sarà di almeno 12 mesi (vedi specifiche riportate in seguito).

*Per questo tipo di accertamenti non è possibile rifarsi direttamente al D.lgs. 81/08, in quanto esulano dall'argomento del decreto. E' quindi opportuno, per questo motivo e considerata la delicatezza della valutazione, che il follow up non sia affidato al MC ma alle strutture sanitarie competenti pubbliche (SERT), come peraltro indicato dalla stessa bozza nel capitolo "Procedure diagnostiche-accertative di secondo livello a carico delle strutture sanitarie competenti. Punto 4".*

**Accertamento al rientro al lavoro, nella mansione a rischio, dopo un periodo di sospensione dovuto a precedente esito positivo:** il lavoratore dovrà essere sottoposto ad accertamento di idoneità alla mansione per garantire il suo stato di non assuntore, prima di riprendere a svolgere la mansione a rischio. Il medico competente, a scopo cautelativo, potrà decidere se applicare una osservazione con eventuali accertamenti con maggior frequenza rispetto a quelle ordinarie previste.

*Non è ben chiaro il significato di tale accertamento, dato che il lavoratore è già stato controllato – con esito negativo – dal SERT o da altra struttura sanitaria competente per almeno 6 mesi. Peraltro può essere certamente utile, in questi casi, prevedere una frequenza più ravvicinata dei controlli ordinari (periodicità della visita medica).*

## **Procedure accertative di primo livello da parte del medico competente**

1. Entro trenta giorni dalla comunicazione da parte del datore di lavoro, il medico competente stabilisce **il programma di accesso ed effettuazione degli accertamenti sanitari**, definendo le date e il luogo di esecuzione degli stessi in accordo con il datore di lavoro, anche in considerazione della numerosità dei lavoratori da controllare, trasmettendo formalmente al datore di lavoro il programma di accesso al servizio.

*E' bene ricordare, a proposito di questo punto, che il medico competente non fa sempre parte di un "servizio" organizzato e strutturato – pubblico o privato che sia – e che spesso gli accertamenti vengono effettuati direttamente sul luogo di lavoro.*

2. qualora il lavoratore non si presenti agli appuntamenti o rifiuti gli accertamenti, lo stesso (salvo l'esistenza di valide e documentabili giustificazioni) verrà riconvocato e **dovrà ripresentarsi entro 10-2 giorni**. In caso di non presentazione il lavoratore verrà sospeso dalla mansione a rischio in via precauzionale fino al chiarimento dell'assenza. I successivi accertamenti di primo livello, dovranno tenere conto di questa precedente non presentazione, **sotto ponendo il lavoratore almeno fino a quattro controlli tossicologici a sorpresa nei trenta giorni successivi** o ad osservazioni di maggior durata in base a **situazioni di ragionevole sospetto** riscontrate dal medico competente. In caso di rifiuto, invece, il lavoratore sarà dichiarato inidoneo per "impossibilità materiale a svolgere gli accertamenti".

*Un lasso di tempo di 10 giorni appare eccessivo. Si ritiene più congruo che il lavoratore risultato assente debba ripresentarsi entro le successive 48 ore per essere sottoposto agli accertamenti standard di primo livello e quindi rientrare – a risultato negativo - nella programmazione ordinaria.*

*In caso contrario, richiamando anche quanto già precedentemente espresso, per la delicatezza della questione e la necessaria autorevolezza degli accertamenti previsti da ripetere anche più volte, con modalità “a sorpresa”, è necessario demandare tale incombenza direttamente al SERT o ai Servizi di Medicina del Lavoro Ospedalieri o delle ASL. Potrebbe essere sostituito il termine “... almeno a quattro ...” con “... fino a quattro ...”.*

3. Il datore di lavoro comunica al lavoratore la data e il luogo dell’effettuazione dell’accertamento con un preavviso di non più di un giorno prima dell’accertamento. L’accertamento comprende la visita medica orientata all’identificazione di segni e sintomi suggestivi di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope. Contestualmente a tale visita, dovrà essere effettuato un test tossicologico-analitico di primo livello. Questo potrà essere eseguito presso idonee strutture laboratoristiche abilitate dalla Regione o Provincia Autonoma o presso i laboratori delle strutture sanitarie competenti di cui agli articoli 2 e 6 dell’Intesa del 30 Ottobre 2007, ~~a tale specifico scopo comportando, pertanto, la sola~~ **La** raccolta del campione **può essere fatta da parte del MC** contestualmente alla visita **oppure da personale sanitario della struttura che esegue le analisi, che garantisce ovviamente l’osservanza delle modalità di raccolta di seguito specificate, sia presso la sede dell’azienda che direttamente presso la sede della struttura stessa.** In alternativa, sono consentiti metodi analitici di screening eseguibili in sede di visita medica che si basano su tecniche immunochimiche rapide, pur che siano note e vengano rispettate le concentrazioni di cut-off stabilite nelle presenti linee-guida e sia fornita, comunque, **una registrazione oggettiva a stampa dei risultati.** In entrambi i casi gli accertamenti analitici dovranno comunque, se positivi, prevedere (come in seguito dettagliato) una conferma di risultati mediante cromatografia accoppiata a spettrometria di massa.

*Necessario chiarire cosa si intenda per tale registrazione oggettiva a stampa dei risultati del test rapido eseguito dal medico competente, dato che – in genere - si tratta di test che si leggono “a vista”.*

4. In caso di negatività degli accertamenti di primo livello il medico competente conclude l’accertamento **con giudizio certificato di “idoneità” allo svolgimento della mansione,** comunicandolo per iscritto al lavoratore e al datore di lavoro.
5. In caso di positività degli accertamenti di primo livello, si procederà come di seguito:

- a. il lavoratore viene giudicato **“temporaneamente inidoneo alla mansione”**, **sospeso dalla** mansione”,

*Visto che il test di screening prevede, in linea di massima, una più alta sensibilità ma una minore specificità e quindi può generare falsi positivi, la non idoneità alla mansione potrebbe essere emessa solo dopo la positività del test di conferma e la visita del SERT, eventualmente sospendendo temporaneamente la persona dalla mansione che sta svolgendo, in relazione e alla necessità di completare gli accertamenti. Questa modalità è applicata, ad esempio, nelle campagne antidroga effettuate negli Stati Uniti. ([www.dol.gov/asp/programs/drugs/workingpartners/dfworkplace/dt.asp](http://www.dol.gov/asp/programs/drugs/workingpartners/dfworkplace/dt.asp)). Questo livello di risultato, e quindi di giudizio, non ha valore medico legale definitivo.*

- b. viene data **immediata e** formale comunicazione al lavoratore e contestualmente al datore di lavoro che provvederà, nel rispetto della dignità e della privacy della persona, a sospendere temporaneamente, in via cautelativa, il lavoratore dallo svolgimento della mansione a rischio, **provvedendo contestualmente ad assegnarlo ad altra mansione o ad altri compiti lavorativi per i quali sia giudicato idoneo dal medico competente..**

*In alcuni casi, le attività a rischio sfavorevolmente influenzate dalla assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope potrebbero costituire solo parte della mansione specifica svolta dal soggetto, o, comunque, la espressione di un “giudizio di idoneità con limitazioni” (previsto dal D.lgs. 81/08) potrebbe consentire la prosecuzione dell’attività lavorativa evitando una totale inabilità del soggetto. Tra l’altro, come dovrebbe essere considerato un tale periodo di assenza dal lavoro: assenza per malattia, aspettativa non retribuita, ferie o altro? Potrebbe quindi essere opportuno, a tale proposito, distinguere la complessiva “idoneità alla mansione specifica” da*

*questa diversa “valutazione positiva allo svolgimento della attività a rischio ai sensi dell’Intesa C.U. del 30 Ottobre 2007”*

~~c. viene comunicata al lavoratore la possibilità di una revisione del risultato in base al quale è stato espresso il giudizio di non idoneità, che dovrà essere richiesta entro i 10 giorni dalla comunicazione dell’esito di cui sopra.~~

*Non si comprende la necessità e l’utilità di questo comma (c.), visto che in ogni caso il lavoratore viene inviato immediatamente ad ulteriori accertamenti più approfonditi presso strutture pubbliche competenti (SERT), in grado quindi di emettere un giudizio definitivo dal punto di vista medico legale, avverso il quale, eventualmente, il lavoratore potrà richiedere revisione. Si propone quindi di abolirlo,*

d. il lavoratore viene inviato **da parte del medico competente, con richiesta scritta indicante gli accertamenti eseguiti ed i loro esiti**, alle strutture sanitarie competenti **di cui agli articoli 2 e 6 dell’Intesa del 30 Ottobre 2007** per l’effettuazione degli ulteriori approfondimenti diagnostici di secondo livello. L’invio è previsto in tutti i casi in cui il medico competente lo ritenga motivatamente necessario (di cui all’art. 6, comma 3 dell’Intesa C.U. 30 Ottobre 2007). **La struttura sanitaria competente provvede a convocare il lavoratore entro 3 giorni dal ricevimento della richiesta.**

~~e. contestualmente è utile che il medico competente dia comunicazione anche allo SPISAL del Dipartimento di Prevenzione e alla “Commissione Patenti” (Commissione medica locale) per il tramite degli Uffici provinciali della Motorizzazione civile.~~

*Il comma (e.) andrebbe tolto. Appare infatti prematura la necessità, in questa fase di accertamenti di primo livello, della comunicazione da parte del medico competente di eventuali positività, che potrebbero essere successivamente smentite dalle ulteriori e più approfondite indagini. In ogni caso dovrebbe essere applicato soloper chi svolge mansioni lavorative di guida.*

## **Procedure di laboratorio per l’effettuazione di accertamenti tossicologico-analitici di primo livello**

1. Fermo restando la possibilità di eseguire test analitici immunochimici rapidi contestualmente alla visita medica (“on site”) nel rispetto, comunque, dei criteri di sensibilità ed oggettivazione del risultato sopra riportati, è da prevedere, da parte del medico competente, il ricorso ad un laboratorio abilitato dalla Regione o Provincia Autonoma o presso il laboratorio delle strutture sanitarie competenti di cui agli articoli 2 e 6 dell’Intesa del 30 Ottobre 2007, a tale specifico scopo. Il laboratorio **provvede in proprio a raccogliere i campioni secondo le procedure di seguito indicate o**, ricevute dal medico competente le aliquote del campione prelevato, provvede alla identificazione, all’esecuzione delle analisi per il rilevamento delle sostanze stupefacenti o psicotrope e/o dei loro metaboliti.
2. Gli accertamenti analitici dovranno basarsi su metodi automatizzati di screening immunochimico, prevedendo, in caso di positività, una conferma mediante tecniche cromatografiche accoppiate alla spettrometria di massa (impiegando l’aliquota “B” del campione successivamente specificato).
3. La comunicazione dell’esito da parte del laboratorio al medico competente dovrà avvenire entro un periodo ~~indicativamente~~ non superiore ai 10 giorni.
4. ~~In caso di positività, è da prevedere idonea conservazione per un periodo minimo di 90 giorni (aliquota “C” del campione come successivamente specificato) del campione per l’eventuale test di revisione che può essere richiesto dal lavoratore entro 10 giorni dalla comunicazione dell’esito positivo dell’accertamento.~~
5. ~~Il lavoratore potrà chiedere la ripetizione dell’analisi sullo stesso campione precedentemente prelevato (secondo la procedura di seguito riportata) alla struttura sanitaria competente. Il lavoratore ha~~

~~facoltà di richiedere che la ripetizione dell'analisi avvenga alla sua presenza o alla presenza di un proprio consulente tecnico con onere economico a suo carico.~~

*Si propone di eliminare i commi 4. e 5. in quanto si ritiene ridondante la possibilità di effettuare un ulteriore (terza) ripetizione dell'analisi su richiesta del lavoratore quando sia già stato fatto un test di conferma mediante tecniche cromatografiche accoppiate alla spettrometria di massa (aliquota B) da parte di Laboratorio a tale specifico scopo abilitato dalla Regione o Provincia Autonoma o di laboratorio delle strutture sanitarie competenti di cui agli articoli 2 e 6 dell'Intesa del 30 Ottobre 2007. Come già detto, essendo il lavoratore, in caso di riscontro positivo anche al test di conferma, immediatamente avviato ad accertamenti più approfonditi presso struttura pubblica, ha immediatamente la possibilità di avere conferma o meno della sua condizione; eventualmente in questa seconda fase potrà richiedere la ripetizione dell'analisi alla sua presenza o alla presenza di un proprio consulente tecnico con onere economico a suo carico come di seguito specificato.*

6. le concentrazioni urinarie di cutoff da adottarsi nelle procedure di laboratorio del primo livello di accertamenti sono le medesime di quelle adottate anche nel secondo livello.

*Sebbene venga indicato che le concentrazioni urinarie di cut-off del primo livello sono le medesime che nel secondo livello, nelle allegate tabelle 1 e 2 le concentrazioni sono differenti.*

### **Procedure diagnostiche-accertative di secondo livello a carico delle strutture sanitarie competenti**

(...omissis...)

*Note esplicative 2:* Si ricorda, che il D.Lgs. n. 81/08 art. 41 comma 4 prevede che le visite preventive e periodiche siano finalizzate anche alla verifica di assenza di condizioni di alcol-dipendenza e, quindi, si consiglia (anche alla luce dell'uso spesso contestuale di sostanze stupefacenti ed alcoliche) di attuare tali controlli in maniera coordinata. A tale proposito si ricorda, però, che **le mansioni oggetto di sorveglianza previste dalla legge n. 125 del 30 Maggio 2001 non sono coincidenti con quelle previste dall'Intesa C.U. seduta 30 Ottobre 2007.**

*In effetti sarebbe opportuno rivedere entrambe le "tabelle", allo scopo di migliorare la definizione delle categorie a rischio e, qualora possibile, unificarle.*

### **Metodologia dell'accertamento da parte del MC**

#### *Accertamenti clinici*

Nell'ambito della visita medica il medico competente deve valutare:

- Eventuali antecedenti inerenti pregressi trattamenti sociosanitari per tossicodipendenza presso strutture pubbliche o private anche attraverso l'acquisizione di informazioni sanitarie previo consenso dell'interessato;
- Eventuali notizie relative ad infortuni lavorativi e precedenti incidenti avvenuti sia in occasione del lavoro, sia al di fuori dell'ambito lavorativo, ritiri di patente, ecc.;
- Assunzione di farmaci psicoattivi che possono essere prescritti o non prescritti;
- Eventuali problemi psichiatrici o ricoveri o terapie correlate;
- Eventuale sussistenza di segni e/o sintomi di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope anche suggestivi di intossicazione in atto da sostanze stupefacenti o psicotrope.

#### *Esame tossicologico di primo livello*

La visita medica deve essere completata mediante esame tossicologico di primo livello il cui esito, se positivo, dovrà essere confermato con test cromatografico accoppiato a spettrometria di massa.

**Matrice biologica da utilizzare: urina**



*Discutibile limitare la matrice biologica solo all'urina. Esistono validi test anche con la matrice biologica della saliva che, tra l'altro, consentirebbero una più semplice procedura di identificazione del campione.*

### **Modalità di prelievo del campione**

*La modalità di prelievo del campione sembra qui mutuata da quella dell'antidoping del settore dello sport, senza considerare le profonde differenze tra questo e la Medicina del Lavoro:*

- *nell'antidoping il test viene effettuato su pochi soggetti alla volta, talora estratti a sorte;*
- *nell'antidoping il prelievo viene eseguito da un medico addetto esclusivamente a questo scopo;*
- *in ambito lavorativo non sussiste il problema della irripetibilità dell'esame, come invece può accadere, ad esempio, nelle finali di gare di competizioni sportive.*

*La procedura descritta appare nel suo complesso eccessivamente cautelativa. D'altra parte, il test rapido eseguito dal medico competente non può avere valore medico legale, ma solo di orientamento clinico per decidere l'eventuale invio al test di conferma e quindi, eventualmente, alle indagini di secondo livello. Si propongono di seguito alcune osservazioni ferma restando, a nostro parere, l'opportunità di apportare modifiche sulla base delle considerazioni sopra espresse: raccolta di sole due aliquote, possibilità di raccolta direttamente da parte del laboratorio che esegue le analisi.*

- Il prelievo del campione deve avvenire sotto il controllo del medico competente o di un operatore sanitario qualificato. La produzione del campione deve avvenire garantendo il rispetto della dignità della persona introducendo misure atte ad evitare la possibilità di manomissione del campione, anche prevedendo che il soggetto non venga lasciato solo durante la raccolta.
- L'urina deve essere raccolta in un apposito contenitore monouso di plastica.
- Si richiede una quantità di urina **non inferiore a 60 ml**. Qualora la quantità di urina prodotta sia insufficiente, il campione incompleto viene sigillato e **viene riaperto** solo alla presenza del soggetto per la successiva integrazione in un nuovo contenitore; il soggetto a tal fine può assumere bevande analcoliche gassate o non gassate.

*Il campione deve essere di almeno 45 ml in un unico prelievo, da suddividere nei contenitori A (30 ml) e B (15 ml) Il contenitore sigillato non dovrebbe venire riaperto né dovrebbe essere consentito integrare una insufficiente quantità di urina (cfr. "Urine Specimen Collection Handbook for Federal Agency Workplace Drug Testing Programs").*

- Una volta completata l'operazione di raccolta, il medico competente esegue il test di screening immunochimici rapido o provvede al trasferimento del campione, suddiviso **in tre aliquote sigillate e denominate "A", "B" e "C"** di almeno 20 ml ciascuna, al laboratorio individuato per tale finalità.

*Questa complessa procedura dovrebbe essere modificata. La previsione di 3 campioni, oltre a incrementare i costi degli adempimenti, pone problemi in quanto i kit attualmente in commercio per l'antidoping sono predisposti a 2 campioni (A e B).*

- Se il test di screening è **negativo** l'urina non deve essere conservata.
- Se il test risulta **positivo**, nel caso di esecuzione di test immunochimici rapidi da parte del medico competente, l'urina viene travasata alla presenza del lavoratore dal recipiente di prima **raccolta in due contenitori che devono contenere almeno 20 ml cadauno**.

*Come già detto, può risultare difficile (e inutile) reperire tale quantità di urina.*

- I contenitori devono essere dotati di tappo a chiusura ermetica antiviolazione oppure chiusi e sigillati con un **sigillo adesivo a nastro non rinnovabile**, sul quale il lavoratore e il medico appongono congiuntamente la propria firma, e contrassegnati con lettere B e C. Sui contenitori devono essere altresì indicati nome e cognome del lavoratore, del medico e la data e l'ora del prelievo.

- **Chi ha materialmente effettuato il prelievo del campione (il medico competente o il personale sanitario abilitato dell'azienda o del laboratorio autorizzato incaricato)** è responsabile della custodia del campione.
- I contenitori devono essere inseriti in apposita borsa termica per la spedizione, dotata di adeguato elemento refrigerante. Per i test di primo livello, sia a titolo di screening immunochimici che di conferma cromatografica ma spettrometria che verranno eseguiti utilizzando laboratori esterni, le borse con i campioni biologici devono essere inviate nel più breve tempo possibile e comunque entro 24 dal prelievo al laboratorio per l'esecuzione del test di screening e/o delle analisi di conferma e per l'eventuale analisi di revisione. Il trasporto deve avvenire secondo le norme vigenti con allegata copia del verbale di prelievo. Alla consegna, il laboratorio diventa responsabile della custodia e conservazione del campione. Se le analisi vengono effettuate dal laboratorio entro le 24 ore il campione verrà conservato in frigo a + 4 C°.

*Dovrebbe essere previsto un ulteriore controllo sulla accettabilità del campione, tracciando la temperatura dell'urina mediante apposite strisce sensibili poste all'esterno del contenitore (che deve mantenersi compresa tra 32 e 38°C).*

- Qualora il medico competente si avvalga per gli accertamenti di primo livello di idoneo laboratorio esterno, provvede in concomitanza della visita al prelievo del campione con le modalità riportate, suddividendolo in tre aliquote, di cui una denominata con la lettera A verrà utilizzata per analisi di screening, con metodica immunochimica, e le altre due aliquote B e C saranno utilizzate rispettivamente per la conferma mediante cromatografia spettrometria di massa e per l'eventuale analisi di revisione. Nel caso in cui il laboratorio non fosse in grado di eseguire le analisi di conferma e revisione, sarà suo onere trasmettere i campioni ad idonea struttura in grado di eseguire tali analisi facendosi carico della refertazione finale e della certificazione dei risultati al medico competente.

*Se ci si avvale di un laboratorio esterno per la effettuazione del test di primo livello, è opportuno chiarire che in questi casi il prelievo possa anche non essere eseguito direttamente dal medico competente. La procedura deve espressamente preveder, o l'invio del dipendente per la raccolta del campione e per la determinazione al laboratorio autorizzato, oppure l'invio di personale sanitario del laboratorio autorizzato preso la sede dell'azienda per la raccolta dei campioni che verranno successivamente analizzati presso il laboratorio.*

- In caso di negatività il laboratorio provvede all'eliminazione delle aliquote residue secondo le disposizioni di legge, comunicando l'esito negativo al medico competente.

### **Verbale di prelievo e trasmissione del campione**

- Il medico competente compila per ciascun lavoratore il verbale di prelievo in triplice copia.

*Solo in caso di positività; nel caso di esito negativo potrebbe essere sufficiente prenderne nota nella cartella sanitaria personale e di rischio del soggetto in questione.*

- Detto verbale deve riportare generalità del lavoratore e del medico competente, luogo in cui è stato eseguito il prelievo, data e ora del prelievo, quantità di urina raccolta, esito delle eventuali analisi di screening rapido.
- Il verbale deve essere firmato dal prelevatore del campione (medico competente o responsabile del laboratorio) e controfirmato dal lavoratore il quale, in tal modo, attesta la corretta esecuzione del prelievo. Il lavoratore può chiedere che vengano riportate sul verbale eventuali dichiarazioni. Il verbale riporterà l'elenco dei farmaci eventualmente assunti negli ultimi sette giorni.
- Una copia del verbale viene consegnata al lavoratore, una copia rimane al medico competente e l'altra, in caso di positività al test, viene trasmessa al laboratorio, di norma inserita nella borsa termica per il trasporto dei campioni.
- Il trasporto per l'invio al laboratorio deve avvenire secondo le norme vigenti.
- Alla consegna la struttura diventa responsabile della custodia e conservazione dei campioni.

- L'apertura della borsa termica contenente i campioni, avviene presso la sede del laboratorio che esegue le analisi di conferma. Il laboratorio accerta l'integrità dei campioni e la corrispondenza al verbale di prelievo. Redige un verbale per eventuali non conformità riscontrate e le comunica al MC.
- Il campione "A" (se trasmesso) viene usato per lo screening immunochimici. Il campione "B" viene usato per la conferma e il campione "C" viene conservato a -20° per l'eventuale ulteriore analisi di revisione richiedibile dal lavoratore. Le analisi del campione "B", eseguite utilizzando metodica cromatografica abbinata a spettrometria di massa con i valori di soglia previsti in Tabella 1, devono confermare la presenza degli analiti trovati nel test di screening o, comunque, portare all'identificazione di sostanze precedentemente non rilevate nei test di screening valide per la diagnosi di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope. Le analisi devono essere eseguite entro 10 giorni e il risultato comunicato al medico competente e al lavoratore.
- L'eventuale test di revisione sul campione "C" potrà essere eseguito presso lo stesso laboratorio o altro laboratorio pubblico. L'effettuazione dell'analisi sul campione C deve avvenire entro 30 giorni dalla richiesta e la data deve essere comunicata al lavoratore e al medico competente con un anticipo di almeno 15 giorni rispetto all'effettuazione dell'analisi. Il lavoratore ha facoltà di far assistere personalmente o tramite un proprio consulente tecnico assumendone l'onere economico. In caso di risultato discordante, la revisione complessiva andrà eseguita da un tossicologo forense accreditato, scelto, per quanto possibile, di concerto tra il datore di lavoro e il lavoratore o individuato dalla struttura sanitaria competente.
- Il campione "C", qualora non utilizzato per il test di revisione, viene smaltito secondo le norme vigenti.

**Metodologia dell'accertamento da parte del SERT o da altre strutture sanitarie competenti sui lavoratori positivi alle analisi di screening o per presenza di segni e sintomi di sospetta dipendenza rilevati nel corso della visita dal medico competente**

*Commenti alle Tabelle 1, 2, 3.*

*I valori dei cut-off dei test di screening riportati in Tabella 1 fanno riferimento alle soglie dei test on-site: per anfetamina e metanfetamina il limite sarebbe di 500 ng/ml, come indicato da "European Laboratory Guidelines for Legally Defensible Workplace Drug Testing, Version 1.0 (2002)".*

*Inoltre è completamente assente la determinazione della creatinina urinaria, test di riferimento per valutare l'affidabilità del campione*

*I valori dei cut-off dei test di conferma riportati in Tabella 2 non possono discostarsi dagli analoghi valori di riferimento internazionali.*

*I valori dei cut-off dei test di conferma su matrice cheratinica (capello) riportati in Tabella 3 debbono riferirsi a standard internazionali, quali "Society for Hair Testing. Recommendations for hair testing in forensic cases. Forensic Sci. Int. 145 (2004): 83-84".*

*Nota esplicativa 4: utilizzazione di test salivari*

Per verificare un'ipotesi diagnostica di **svolgimento di mansione a rischio in attualità di stato di intossicazione da sostanze**, potrà essere eseguito test tossicologico mediante matrice salivare. A questo scopo un campione di saliva sarà prelevato a cura del medico competente e raccolto, con le modalità sopra riportate per il campione urinario, **in due aliquote denominate "B" e "C" di almeno 5 ml ciascuno**, da inviarsi per le analisi con metodologia cromatografica e spettrometria ad un laboratorio di secondo livello. L' aliquota "B" sarà utilizzata per la prima analisi mentre l' aliquota "C" sarà conservata a - 20 °C per l'eventuale analisi di revisione. Si raccomanda prudenza nell'utilizzo di test diretti immunochimici rapidi in ragione della segnalata alta frequenza di risultati falsi negativi e falsi positivi.

*Non è ben chiaro il significato di questa nota esplicativa: cosa si intende per "attualità di stato di intossicazione da sostanze"? Come dovrebbe intervenire il medico competente, chiamato d'urgenza dal datore di lavoro o da un dirigente o preposto dell'azienda per limitarsi, nella fattispecie, alla semplice raccolta di liquidi biologici del lavoratore da controllare, tra l'altro in cospicua – forse incongrua – quantità (ben 10 ml in totale). Forse sarebbe meglio, al verificarsi di simili condizioni, inviare direttamente il lavoratore alle strutture sanitarie competenti o, meglio ancora, al locale SERT per le valutazioni di competenza. Va inoltre chiarito che i test sulla saliva, analogamente a quelli sul sangue,*

*indicano assunzione di droghe riferibili a poche ore precedenti (inferiore alle 12 ore), mentre i test sulle urine indicano il consumo dai 2 ai 6 giorni precedenti (a seconda del tipo di sostanza) al controllo.*

### **Requisiti di qualità dei laboratori di analisi**

Le Strutture Sanitarie Competenti, per gli accertamenti tossicologici analitici previsti nel secondo livello diagnostico accertativi, possono avvalersi delle Strutture Universitaria di medicina legale/tossicologia forense e delle Strutture Organizzative Dipartimentali Ospedaliere di medicina legale/tossicologia forense, ove presenti sul territorio nazionale. I laboratori che eseguono le analisi devono comunque essere identificati e accreditati. Tali laboratori, iscritti in un elenco nazionale, devono partecipare a programmi di valutazione esterna di qualità organizzati dall'Istituto Superiore di Sanità o altri Enti di livello regionale, nazionale o europeo scientificamente accreditati.

*Si rammenta che Laboratori in grado di effettuare le determinazioni di sostanze stupefacenti con metodo immuno-chimico sono innumerevoli e che i Laboratori di Tossicologia deputati alla determinazioni di droghe in liquidi biologici vari, utilizzando anche il metodo cromatografico, non sono solo quelli di medicina legale e tossicologia forense. Utile prevedere che i laboratori indicati abbiano preventiva autorizzazione regionale, come già attualmente è prevista. Inoltre, per esempio in Regione Lombardia, come in altre regioni, i criteri di accreditamento di questi laboratori sono in corso di revisione, estendendo l'esecuzione di questi accertamenti anche a strutture private.*

**OSSERVAZIONI DELLA SIMLII  
SULL'ALLEGATO A DELL'ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE  
AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO RECANTE**

**“Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope nei lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi applicative del provvedimento n. 99/cu 30 ottobre 2007 (G.U. n. 266 del 15 novembre 2007)”**

Le osservazioni che seguono non prendono in considerazione le problematiche specifiche riguardanti Forze Armate, Forze di Polizia, Corpo nazionale dei Vigili del fuoco, personale navigante, personale marittimo, personale titolare di licenze ed attestati aeronautici civili in quanto attività sottoposte a normative specifiche e svolte da figure professionali sanitarie con particolari requisiti e affiliazioni.

L'Accordo, che è sottoscritto ai sensi dell'articolo 8, comma 2, dell'Intesa in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza perfezionata nella seduta della Conferenza Unificata del 30 settembre 2007, vuole dare corso attuativo a quanto previsto da una norma preesistente (*D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309*), finalizzata a garantire la tutela della sicurezza, incolumità e salute di terzi rispetto a danni che potrebbero a loro derivare dall'esercizio improprio di particolari attività lavorative quando ed in quanto effettuate da lavoratori in stato di tossicodipendenza.

Il testo della norma citata recita:

*D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenze.”*

*TITOLO XI - Interventi preventivi, curativi e riabilitativi*

*Articolo 125 (Legge 26 giugno 1990, n. 162, art. 29, comma 1)*

*Accertamenti di assenza di tossicodipendenza*

*1. Gli appartenenti alle categorie di lavoratori destinati a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, la incolumità e la salute dei terzi, individuate con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro della sanità, sono sottoposti, a cura di strutture pubbliche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e a spese del datore di lavoro, ad accertamento di assenza di tossicodipendenza prima dell'assunzione in servizio e, successivamente, ad accertamenti periodici.*

*2. Il decreto di cui al comma 1 determina anche la periodicità degli accertamenti e le relative modalità.*

*3. In caso di accertamento dello stato di tossicodipendenza nel corso del rapporto di lavoro il datore di lavoro è tenuto a far cessare il lavoratore dall'espletamento della mansione che comporta rischi per la sicurezza, la incolumità e la salute dei terzi.*

*4. In caso di inosservanza delle prescrizioni di cui ai commi 1 e 3, il datore di lavoro è punito con l'arresto da due a quattro mesi o con l'ammenda da lire dieci milioni a lire cinquanta milioni (6).*

Era previsto quindi solo:

- l'accertamento dell'assenza di tossicodipendenza
- ai fini della tutela della sicurezza, incolumità e salute di terzi
- da effettuarsi da parte, a carico e sotto la responsabilità del datore di lavoro
- che doveva avvalersi, a tale scopo, di strutture pubbliche

La mancata osservanza di tale obbligo da parte del datore di lavoro comportava esclusivamente per lui la pena dell'arresto o dell'ammenda.

Tale norma avrebbe dovuto essere completata solamente con l'individuazione, mediante apposito decreto ministeriale, delle mansioni a rischio per le quali l'accertamento si rende obbligatorio.

Con il testo dell'Intesa della Conferenza Unificata del 30.10.2007 sono state introdotti ex novo quattro ulteriori elementi:

- la tutela dei terzi in relazione ad attività svolte da lavoratori che, anche non tossicodipendenti, facciano però uso pur solo occasionale di sostanze stupefacenti o psicotrope
- la tutela dello stesso lavoratore che, in quanto tossicodipendente o consumatore occasionale di tali sostanze, sarebbe per questo motivo esposto a rischio specifico nell'esercizio di quelle particolari mansioni
- l'elenco delle mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute dei terzi per le quali è obbligatoria la sorveglianza sanitaria

- l'affidamento al medico competente del compito di provvedere a verificare l'assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti sottoponendo i lavoratori, all'atto dell'assunzione e successivamente con periodicità di norma annuale, a specifici test di screening in grado di evidenziarne l'assunzione, con l'obbligo di esprimere il giudizio di idoneità o temporanea inidoneità alla mansione

Sono aspetti non previsti, e quindi non contemplati, nel testo del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309.

Il D.Lgs. Governo n° 81 del 09/04/2008 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" all'articolo 41 (Sorveglianza sanitaria) comma 4, sancisce che "Le visite mediche di cui al comma 2, a cura e spese del datore di lavoro, comprendono gli esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio ritenuti necessari dal medico competente. Nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, le visite di cui al comma 2, lettere a), b) e d) (*preventiva, periodica, in occasione del cambio di mansione*) sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti."

La violazione di tale disposizione da parte del medico competente è punita con arresto o ammenda.

La normativa successiva al 1990 ha quindi introdotto, forzando la legislazione preesistente, ambiti di intervento e attori, investiti di responsabilità e soggetti a sanzioni penali, prima non previsti.

Ci si chiede se non venga attribuito al datore di lavoro, e di conseguenza al medico competente, un ruolo che non gli è proprio in quanto gli si impone di agire non sulle condizioni di lavoro, ma su una abitudine voluttuaria della persona verso la quale di fatto non ha e non può avere responsabilità perché non ha reale potere di controllo o di ingiunzione e modifica, se non quello indiretto di impedire lo svolgimento dell'attività lavorativa.

Il concetto della prevenzione e protezione del lavoratore in quanto svolge una mansione per lui a rischio in questo caso non sembra sussistere, perché la mansione non è di per sé a rischio per il lavoratore che la effettua ma lo diviene solo in quanto e nel momento in cui fa uso di sostanze stupefacenti o psicotrope. Quindi è l'abitudine voluttuaria della persona che genera il rischio, vale a dire una condizione sulla quale il datore di lavoro ed il medico competente non hanno potere reale di intervento per modificarla.

Non a caso infatti l'elenco di mansioni a rischio che viene proposto come da considerare ai fini dell'applicazione della normativa comprende esclusivamente attività che comportano possibili ricadute su terzi, e non prende invece in considerazione molte altre attività lavorative che, nel caso in cui venissero effettuate da un lavoratore tossicodipendente o consumatore di sostanze stupefacenti potrebbero, proprio per questo motivo, costituire per lui maggiore occasione di rischio.,

Diversa è la necessità di proteggere il lavoratore in conseguenza di una condizione di cui è portatore e che può limitare o controindicare l'effettuazione di una mansione. Questa attività è da sempre garantita dai Medici del lavoro, ma per assolverla non appare necessario (anzi inutile) lo screening universale: basta l'attività clinica e la competenza professionale del medico che ha la fiducia sia del datore di lavoro che dei lavoratori. La sorveglianza sanitaria è un insieme di procedure giustificate (cioè basate su evidenza medica e giuridica) finalizzate alla tutela e promozione della salute e della sicurezza dei lavoratori. E' quindi giustificata se: (1) vi è esposizione a rischio; (2) esiste un metodo di controllo; (3) la diagnosi precoce è utile. In questo caso, come abbiamo già detto, il rischio non è conseguenza del lavoro ma delle abitudini della persona. In secondo luogo è a tutti ben evidente l'efficacia parziale dell'azione proposta (screening e controllo periodico) per mettere in luce condizioni di uso occasionale di sostanze stupefacenti o psicotrope in non tossicodipendenti. L'accertamento del consumo occasionale appare concretamente realizzabile solo per quelle sostanze i cui metaboliti possono essere strumentalmente rilevati anche a distanza di tempo dall'ultima assunzione, negli altri casi sarebbe necessario effettuare la valutazione dell'assenza di assunzione almeno ogni 2-3 giorni, prima dell'inizio del lavoro.

Il DPR309/1990 in effetti prevedeva, coerentemente, l'accertamento solo per la tutela dei terzi, effettuata dalla struttura pubblica e solo per l'accertamento di tossicodipendenza, non di uso occasionale.

Allora l'introduzione dell'obbligo per il datore di lavoro, e quindi del medico competente, di tutelare il lavoratore relativamente a questo ipotetico rischio (e anche in caso di uso saltuario di tali sostanze) appare forzata, perché il datore di lavoro, e quindi il medico competente, non hanno in realtà questo potere (e quindi non possono averne la responsabilità) e perché la modalità d'azione proposta (screening) ha comunque un'efficacia solo parziale rispetto allo scopo perseguito.

Riguardo al problema della tutela dei terzi, che è la finalità dichiarata e normata dal DPR 309/1990, è inequivocabilmente definito che responsabilità e costi devono essere posti in capo al datore di lavoro.

Si ritiene però che la metodologia con cui affrontare il problema, e le azioni quindi da mettere in atto, non possano essere mutate schematicamente da impostazioni strettamente medico legali o di tossicologia forense, ma debbano piuttosto prevedere modalità più agili in quanto più efficaci al raggiungimento dello scopo prefissato, vale a dire la prevenzione, ed eventualmente la cura, più che il controllo. Diverse sono infatti, per ragioni ovvie ed evidenti che è inutile qui dettagliare, le modalità con cui affrontare il problema in campo sportivo (antidoping), nell'ambito dell'applicazione del codice della strada o per la valutazione in campo giudiziario di reati di differente natura. Questa osservazione attiene sia al tipo di accertamenti previsti, sia alla loro modalità di applicazione, sia alle procedure formali da adottare, sia infine ai soggetti istituzionali coinvolti.

**E' invece a tutti evidente il vantaggio che comporta la decisione che ad occuparsi di questo problema, coordinando le azioni ritenute necessarie e che vengono attuate in collaborazione con soggetti istituzionali pubblici o privati allo scopo accreditati e certificati, sia una figura professionale quale è il medico del lavoro, che garantisce formazione e competenze sia cliniche che di medicina preventiva, che è già inserito organicamente negli ambienti di lavoro e che è in rapporto fiduciario sia con il datore di lavoro che con i lavoratori. Questa figura deve però essere investita del problema secondo modalità e con responsabilità del tutto peculiari, che non possono schematicamente e restrittivamente essere assimilate a quelle proprie del medico competente, che ha compiti diversi, ritenendo che l'azione di prevenzione e controllo dell'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope possa essere superficialmente assimilata all'attività di sorveglianza sanitaria.**

L'accordo del settembre 2008 ha peraltro definitivamente stabilito le procedure per gli accertamenti sanitari di assenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope nei lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi in applicazione dell'articolo 8 del provvedimento n. 99/cu 30 ottobre 2007 (G.U. n. 266 del 15 novembre 2007)", che vanno quindi applicate.

Alla luce di quanto sancito appaiono rilevanti almeno le seguenti osservazioni.

Innanzitutto viene ribadito che l'accertamento riguarda sia l'assenza di tossicodipendenza che l'assenza di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope ma che gli accertamenti (come da titolo dell'accordo) sono effettuati su lavoratori in quanto addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi.

Responsabilità comunque per il medico competente è l'espressione formale della temporanea inidoneità, benché sia a lui affidata solo la responsabilità dello screening mentre quella della conferma di secondo livello è demandata al SERT (o analoghe strutture territoriali). Peraltro il presente documento, affermando in premessa il "principio cautelativo" di esprimere un giudizio di inidoneità per qualsiasi tipo di assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope, indipendentemente dalla presenza o meno di una condizione di dipendenza, sposta di fatto la responsabilità del giudizio più a carico del medico competente che non dell'esperto del SERT. Si tratta però, per il medico competente, di una attribuzione di responsabilità verso terzi che non trova antecedenti di rilievo. E' di fatto un ampliamento del campo di competenza dell'attività del medico competente, non più solo indirizzata alla sola e peculiare tutela della salute del dipendente, ma estesa alla salvaguardia della sicurezza di terzi. Questo scenario, già introdotto in parte per la normativa di controllo dell'abuso di sostanze alcoliche in ambito lavorativo, apre ora aspetti innovativi della disciplina, che potrebbero trovare applicazione in futuro anche in altri ambiti (rischio biologico, etc.). E' indispensabile quindi un pronunciamento giuridico che stabilisca l'estensione delle responsabilità del medico competente, che definisca gli ambiti di tale estensione, che definisca l'essenza del giudizio che deve esprimere (se di idoneità, come la legislazione indica, oppure di inabilità temporanea o totale), che preveda esplicitamente che non esiste possibilità di rivalsa da parte del lavoratore nei confronti del medico competente stesso in relazione a tale giudizio.

In secondo luogo la procedura proposta ha un certo grado di complessità nella sua articolazione organizzativa ai vari livelli. Occorre però considerare come la realtà produttiva italiana sia caratterizzata dalla prevalenza di piccole e medie imprese e di imprese artigianali, scenario che lascia prevedere una oggettiva difficoltà a garantire la reale ed efficace applicazione della metodologia indicata, con il rischio di vanificarne gli obiettivi.

Ad esempio le modalità di prelievo del campione per i test (prelievo "a vista", raccolta di tre aliquote di 20 ml cadauna, sigillate e firmate dal medico competente e dal lavoratore e, in caso di positività ai test rapidi *on site*, travasate e ridotte a due), di compilazione del verbale di prelievo (in triplice copia e firmato dal medico competente e dal lavoratore) e di trasmissione del campione (entro 24 ore secondo le norme vigenti per il trasporto dei campioni biologici) risultano particolarmente complesse. Potrebbe essere utile, al proposito, prevedere la possibilità di demandare la raccolta dei campioni di urine a laboratori a ciò accreditati. La responsabilità del medico competente per la raccolta del campione, salvaguardia della catena di custodia, salvaguardia del diritto di privacy, predisposizione e conservazione dei campioni di urine, risulta però dal testo solo implicitamente delegabile ad un

laboratorio ed al relativo personale. La responsabilità medico-legale attribuita in questo al medico competente è eccessiva e non di competenza, in quanto l'errata valutazione, sia in termini negativi che positivi, produce conseguenze che il medico competente si assume in proprio senza possibilità di condividere la responsabilità medesima con strutture specialistiche. La procedura deve espressamente prevedere la possibilità di inviare il dipendente, sia per la raccolta del campione che per le successive determinazioni, a laboratori autorizzati o che questi, in alternativa, intervengano con proprio personale sanitario qualificato ed autorizzato direttamente in azienda per effettuare la raccolta. In questo caso potrebbe essere esplicitamente previsto lo scarico di responsabilità per il medico competente in merito al rischio specifico, prescindendo dai tempi e dai modi che la struttura incaricata dovesse poi attuare per effettuare gli accertamenti.

In terzo luogo permangono alcune specifiche problematiche che si riterrebbe opportuno sanare apportando alcune semplici ma puntuali modifiche al testo.

Si segnala ad esempio che nell'ambito della trasmissione dell'elenco dei lavoratori da sottoporre ad accertamenti da parte del datore di lavoro per l'attivazione della procedura non è prevista la comunicazione da parte del datore di lavoro per quei lavoratori che, per cambio di mansione, vengono adibiti ad attività a rischio che invece prima non effettuavano, non essendo quindi sottoposti a sorveglianza specifica.

Per quanto riguarda invece le modalità di attivazione ed esecuzione degli accertamenti sanitari, in particolare l'accertamento per ragionevole dubbio, occorre considerare che il datore di lavoro non può inviare per questo motivo al medico competente il lavoratore a visita, in quanto contrasta con la Legge 300/1970 (Statuto dei lavoratori) che lo vieta; può solo avvalersi, per tali accertamenti, di enti pubblici. Per gli accertamenti dopo un incidente dovrebbe invece essere specificato cosa si intende per incidente, perché non tutti gli incidenti possono e devono essere considerati possibile conseguenza di una alterazione dello stato di coscienza o della percezione. L'accertamento al rientro al lavoro da parte del medico competente appare infine superfluo dopo che il lavoratore è già stato seguito in follow up per almeno 6 mesi dal SERT.

Nelle procedure accertative di primo livello da parte del medico competente appare eccessivo l'intervallo di 10 giorni previsto per la riconvocazione in caso di rifiuto del lavoratore di sottoporsi agli accertamenti senza aver prodotto documentata e valida giustificazione. Inoltre i previsti successivi 3 controlli a sorpresa dovrebbero essere riservati solo a quei lavoratori che non hanno prodotto documentata e valida giustificazione.

Nelle procedure di laboratorio per l'effettuazione di accertamenti tossicologici-analitici di primo livello appare un po' generico prevedere che la comunicazione dell'esito da parte del laboratorio al medico competente debba avvenire entro un periodo indicativamente non superiore ai 10 giorni.

Nelle procedure diagnostiche-accertative di secondo livello a carico delle strutture sanitarie competenti si ritiene più opportuno che il monitoraggio cautelativo, per la delicatezza del problema e come atteggiamento dissuasivo anche a condotte di uso saltuario o abuso, venga effettuato dal SERT anziché dal medico competente.

**In conclusione si ritiene che possa essere forse più coerente, ragionevole ed efficace attribuire all'Intesa esclusivamente la funzione di regolamentare il problema della tutela dei terzi, assegnandone la responsabilità (ed i costi) al datore di lavoro, che la assolve effettuando controlli all'assunzione e controlli sia programmati che a campione senza preavviso. Per tale attività il datore di lavoro può avvalersi (anzi è opportuno che si avvalga) per ovvi motivi di competenza, efficienza ed efficacia, della collaborazione del medico competente, che è quindi autorizzato a svolgere indagini mirate (comprese le determinazioni su materiali biologici) secondo protocolli definiti ed in stretta collaborazione con la strutture sanitarie competenti. Il medico competente opera in qualità di consulente del datore di lavoro ai fini dell'osservanza di una specifica normativa che non attiene la protezione dei lavoratori ma la tutela dei terzi. Per tale attività viene predisposto un opportuno documento che, rifacendosi alle prescrizioni di legge, riporta chiaramente scopi e modalità degli accertamenti e viene sottoscritto dal lavoratore all'atto dell'assunzione. La corretta applicazione della procedura viene garantita dal medico competente che può avvalersi della collaborazione di strutture ed istituzioni pubbliche o private, accreditate e certificate, idonee allo scopo (Servizi di Medicina del Lavoro Ospedalieri e delle ASL; Istituti universitari di Medicina del Lavoro; Laboratori di Tossicologia, di Medicina Legale o di Tossicologia Forense). Sarebbe al riguardo auspicabile la possibilità di ammettere la previsione di diversi modelli applicativi regionali, al fine di sperimentare differenti modalità di azione documentandone la diversa efficacia. A questo scopo si propone di costituire un Gruppo di Lavoro Ministeriale (che comprenda al suo interno anche Medici del Lavoro segnalati da Associazioni Scientifiche nazionali del settore) con il compito di monitorare e valutare l'applicazione, l'efficienza e l'efficacia della procedura (con prima elaborazione e comunicazione dei dati ad un anno dalla emanazione della stessa) allo scopo di promuovere un miglioramento continuo della normativa.**

#### GRUPPO DI LAVORO

Coordinatori: Luciano Riboldi e Marco Ferrario

Contributi: Giuseppe Abbritti, Antonio Bergamaschi, Alfonso Cristaudo, Graziano Frigeri, Agostino Messineo, Giovanni Mosconi, Ernesto Ramistella, Franco Roscelli, Paolo Santoro.



## **Formazione continua, aggiornamento e accreditamento in Medicina del Lavoro**

### **Note e proposte per un programma SIMLII**

Ci troviamo in una fase di rapido cambiamento e di evoluzione del lavoro umano. Nel contempo ci troviamo di fronte ad una continua evoluzione delle conoscenze, delle tecniche e delle metodologie in campo scientifico e professionale. Cambiano i problemi da affrontare; evolvono le possibilità di affrontarli. Aggiornarsi, perciò, e sviluppare competenze adeguate e accreditate, appare una impellente e inderogabile necessità.

E' anche necessario notare, tuttavia, che tale esigenza va ancora molto coltivata e favorita anche attraverso la predisposizione di offerte pertinenti ai bisogni, adeguate alle attese, accessibili e di elevata qualità ed efficacia formativa. E' utile a questo proposito considerare i risultati del censimento eseguito da ISPESL sul programma formativo recentemente conclusosi. Tra gli elementi critici emersi dall'indagine meritano attenzione, ad esempio, il fatto che "pochi" medici abbiano partecipato al programma di aggiornamento ed accreditamento, il fatto che i costi siano stati percepiti come troppo elevati ed i tempi di somministrazione del percorso formativo ritenuti troppo lunghi. (1)

Una iniziativa di SIMLII sembra dunque doversi proporre due obiettivi:

1. diffondere una cultura della competenza e dell'aggiornamento;
2. offrire opportunità e strumenti adeguati, aggiornati e accessibili per coltivare questa competenza e continuamente aggiornarla.

Oggi il medico del lavoro (ML) si trova ad operare in ambiti differenti ed a svolgere funzioni diverse, tra le quali ricordiamo: attività di medico competente (MC) come definita da D.Lgs. 81/2008 (2); ML con compiti di vigilanza (es. Servizi del territorio); ML con compiti tecnico-scientifici (es. ISPESL); ML con compiti preventivo-assicurativi (es. INAIL); ML con compiti assistenziali (es. Ospedali); ML impegnato nella ricerca e formazione (es. Università). Lo stesso ML può naturalmente dedicarsi a più di una attività: a ciascuna di esse va, in ogni caso, riservata un'attenzione particolare nel momento in cui si tratta di aggiornare competenze e accreditare professionalità.

Esiste per ogni specialista un obbligo di aggiornamento specifico (Educazione Continua in Medicina), ribadito dal D.Lgs.81/2008 che parla di "*Partecipazione al programma di ECM, ai*

*sensi del D.Lgs. n.299/99 e S.S.M.M., a partire dal programma triennale successivo all'entrata in vigore del T.U. I Crediti previsti dal programma triennale dovranno essere conseguiti nella misura non inferiore al 70% del totale nella disciplina “ Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro”.*

Nel progettare un programma di aggiornamento professionale e accreditamento all'eccellenza è opportuno considerare il D.Lgs. 81/2008 quale elemento di riferimento non solo inevitabile ma anche utile. Non vanno tuttavia dimenticati altri rilevanti riferimenti normativi nazionali e internazionali (es. Direttiva quadro UE 89/391 e successive integrazioni, aggiornamenti e specificazioni). Anche le raccomandazioni ILO vanno considerate elemento di contesto cui fare attento riferimento. Sul piano dei comportamenti etico-deontologici specifici della nostra professione, abbiamo nel Codice ICOH - recepito dalla stessa normativa italiana (D.Lgs. 81/08 Art39 Comma 1) - un punto di riferimento internazionalmente valido. Ci sono poi “*Principi della medicina del lavoro*” (l'espressione è tratta da D.Lgs. 81/08 Art 39 Comma 1) cui la nostra professione deve ispirarsi, non soltanto di natura etica ma anche di contenuto tecnico, scientifico e professionale. Sarà utile cercare di enuclearli ed il paragrafo successivo vuole essere un contributo a ciò.

#### I “principi” della medicina del lavoro.

Per brevità vengono identificate solo per titoli tre distinte aree nelle quali possono essere specificati i principi della disciplina “Medicina del Lavoro” prendendo in considerazione l'intero arco delle attività del medico del lavoro non soltanto quella di medico competente.

##### *Funzioni di prevenzione primaria*

- Riconoscimento della rilevanza dell'attività lavorativa per l'esperienza di salute e di malattia.
- Identificazione dei fattori di rischio lavorativi, ambientali, sociali e personali e delle loro interazioni.
- Valutazione dei rischi lavorativi e delle loro interazioni anche con altri fattori in ordine alla causazione di malattie e alla promozione della salute.
- Informazione e formazione sui rischi lavorativi e sulla prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali.
- Promozione della salute con informazione e formazione riguardante anche le abitudini e gli stili di vita.

##### *Funzioni di diagnosi e di prevenzione secondaria*

- Individuazione e monitoraggio di indicatori di esposizione, effetto e suscettibilità, sia personali che di gruppo, e loro interpretazione a fini preventivi.
- Sorveglianza sanitaria di gruppi di lavoratori esposti.
- Individuazione precoce di alterazioni dello stato di salute individuale.
- Diagnosi e trattamento di patologie occupazionali e lavoro-correlate.
- Riconoscimento e prevenzione dei rischi aggiuntivi legati a fattori di suscettibilità individuale (congeniti e acquisiti).
- Valutazione dell' idoneità individuale del lavoratore alla mansione specifica.
- Collaborazione e comunicazione con altri professionisti/istituzioni (ASL, INAIL, ISPESL, ecc.)

#### *Funzioni di prevenzione terziaria*

- Trattamento terapeutico-riabilitativo delle patologie lavoro-correlate.
- Reinserimento lavorativo.

Nell'ambito della organizzazione del SSN, la definizione di adeguati LEA per la protezione e la promozione della salute dei lavoratori possono rappresentare il contributo operativamente più importante derivante dalla applicazione dei principi della medicina del lavoro con criteri di qualità e di valutazione delle evidenze.

Anche se il ruolo delle società scientifiche non sembra attualmente adeguatamente valorizzato, esiste lo spazio per un'iniziativa, che appare indispensabile, della nostra Società. L'iniziativa SIMLII dovrebbe distinguersi per due aspetti.

1. garantire iniziative di alta qualità per il conseguimento dei crediti ECM obbligatori;
2. fornire un percorso di promozione professionale, volontario, spendibile in un sistema di qualità aziendale (certificazione/accreditamento).

In questa prospettiva sarà indispensabile incrementare tutte le iniziative necessarie a favorire un riconoscimento *di fatto* di questo accreditamento e con ciò la sua spendibilità nel mercato del lavoro.

#### Questioni organizzative

La possibilità di accreditamento nazionale doveva cessare a fine 2007 per poi essere affidata a programmi di livello regionale, ma è stata prorogata a tutto il 2010 con la previsione che a quell'epoca tutte le regioni – oltre alle tre attualmente operative – avrebbero dovuto essere attrezzate per gestire programmi ECM. SIMLII ha dunque la possibilità di organizzare e condurre per intero un programma sul piano nazionale che si estenda fino a tutto il 2010.

E' indispensabile considerare il parere delle società regionali circa l'ambito di effettuazione. L'individuazione di aree sovra-regionali potrebbe costituire una realistica ipotesi.

Il sistema della formazione permanente sembra orientato verso la formazione a distanza (FAD) come strumento privilegiato (anche per ragione di costi). Appare realistico poter disporre di FAD almeno per alcuni aspetti del programma. Le esperienze sono numerose, gli strumenti e le metodologie ben sperimentate, e numerose sono anche le agenzie che possono supportare tecnicamente e metodologicamente tale attività.

L'intero programma dovrebbe essere garantito ed effettivamente coordinato da un comitato di alto profilo scientifico e professionale, quale garanzia per i partecipanti da un lato ed anche per recuperare sul piano istituzionale un poco dello spazio che attualmente viene concesso in misura assai limitata alle società scientifiche. Va anche ricordato che sempre il D.Lgs. 81/08 (3) recita che l'attività principale del MC, la sorveglianza sanitaria, deve essere svolta tenendo conto degli "indirizzi scientifici più avanzati", con ciò ponendo ulteriore enfasi sulla necessità di un aggiornamento secondo standard elevati.

E' importante procedere secondo un'ottica di "sussidiarietà" valorizzando cioè i soggetti qualificati già impegnati in simili iniziative: laddove esistono, SIMLII ne verifica la adeguatezza tematica e contenutistica e la coerenza coi propri programmi e scopi e, in caso positivo, li può valorizzare e assumere nel proprio programma. Numerose sono le iniziative già in atto da parte di diverse agenzie e istituzioni di formazione che sembrano presentare le caratteristiche descritte.

E' necessario che sia la preparazione sia lo svolgimento del programma di formazione e dello sviluppo delle linee guida procedano in modo integrato anche per una cross-fertilizzazione tra le due iniziative. Le linee guida, così come delineate nel programma SIMLII, costituiscono evidentemente uno strumento formativo centrale, diffuso ed effettivamente fruibile, anche se non necessariamente esclusivo.

Da considerare anche il ruolo che le Riviste che raggiungono in omaggio regolarmente i soci (*La Medicina del Lavoro* e *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*) possono svolgere in tale programma: potrebbero costituire un importante sistematico strumento/veicolo e potrebbero essere valorizzate, in particolare, in percorsi di formazione a distanza.

Ogni fase/atto, inclusa la preparazione di linee guida, di eventi, documenti di consenso, ecc., dovrà essere associata alla dichiarazione di eventuali potenziali conflitti di interesse (ricordando che non è necessariamente il “potenziale” conflitto che crea problemi, o che si presta a strumentalizzazioni, bensì la mancata dichiarazione).

### Una proposta

Dalle considerazioni sopra svolte sembrerebbe derivare l’opportunità di pensare ad un’offerta formativa diffusa, differenziata e “personalizzata” che includa, ad esempio, grandi iniziative a carattere nazionale o macro-regionale piuttosto che locale (svincolate dall’esigenza di elevati punteggi ECM), unitamente a strumenti, come la FAD, capaci di raggiungere i singoli colleghi. Si potrebbe pensare a tre possibili *streams* di iniziative.

Il primo può essere rappresentato dall’annuale **Congresso Nazionale SIMLII** e dal triennale **Congresso Internazionale ICOH**. Questi potrebbero (e dovrebbero) costituire per ogni medico del lavoro italiano le principali e imprescindibili occasioni per garantirsi sia un sistematico aggiornamento anche attraverso contatti diretti con colleghi italiani e stranieri, sia una qualificata modalità di acquisire una porzione sostanziale del numero di crediti annualmente necessario. Per gli organizzatori dei Congressi Italiani – a partire dal 2009 - sarà necessario tenere conto di questa valenza anche favorendo la organizzazioni di eventi formativi su specifiche tematiche pre-, post- e nel corso del medesimo Congresso in parallelo ad altri tipi di sessioni. SIMLII dovrà anche aver cura di favorire (almeno attraverso l’informazione) la partecipazione ad eventi internazionali.

Una seconda opportunità risiede negli **eventi esistenti**, organizzati da diversi enti e organizzazioni in diverse aree del paese, che dovrebbero essere favoriti, se non organizzati, dalle realtà associative regionali. Tali eventi dovrebbero preventivamente essere “certificati” da SIMLII, il che potrebbe avvenire ad opera della Commissione cui si è fatto cenno, secondo una serie di criteri che andranno definiti (ad es. credibilità del proponente, pertinenza del programma, adeguatezza di metodologie e strumenti proposti, ecc.). Va notato che l’ottica è quella di favorire e valorizzare l’iniziativa locale e la sua qualità, non di impedirla. La tipologia di questi eventi può essere molto diversa e include ovviamente anche la frequenza di stage, partecipazioni a programmi ufficiali di indagine e ricerca, ecc. E’ utile, a questo proposito, far riferimento alla ricca tipologia di eventi contemplata nell’accordo Governo-Regioni per quanto riguarda la formazione continua in medicina (ECM).

Una terza linea di iniziative potrebbe essere affidata a **modalità FAD** e procedere sia per via elettronica sia per la via delle **riviste** in omaggio. La sua utilità risiede primariamente nella capacità che possiede di raggiungere singolarmente i colleghi e di poter essere svolta in tempi autogestibili. La Commissione SIMLII ha già avuto incontri con possibili *partners* con elevata esperienza nell'utilizzo di tali modalità didattiche, ricavandone un quadro abbastanza chiaro e soddisfacente sia sul piano della fattibilità sia sul piano delle risorse necessarie. L'esame svolto viene considerato soddisfacente. Il partner tecnico potrebbe occuparsi sia di scrivere le "storie" o "casi" sia di lavorare sulle fonti (siano esse linee guida, articoli stranieri o italiani ecc.) in relativa autonomia, salvo poi far controllare il risultato del lavoro, pronti a modificarlo e integrarlo con le osservazioni ricevute. Sarebbe tuttavia molto più utile avere uno o più referenti, soprattutto per un lavoro iniziale, che consiste nel:

- individuare gli argomenti più di interesse su cui costruire dei percorsi;
- individuare le fonti da utilizzare;
- stabilire insieme uno scenario plausibile nel quale immaginare la "storia" da raccontare.

Di ciò si è discusso con i colleghi della Commissione LG, ed è apparso fattibile per rispondere a queste esigenze prevedere una stretta connessione tra il lavoro di produzione di linea guida (sia nuove, sia aggiornate) e la preparazione di questi materiali per attività FAD. Il gruppo che si occupa di quella specifica LG fa anche da referente per la preparazione del materiale FAD su quello specifico tema. E così per ogni nuova LG e per ogni aggiornamento. Il veicolo potrebbero essere le riviste sulle quali, ad esempio, riportare "storie" e successive domande a risposta multipla, oppure il *web* attraverso cui proporre lo stesso tipo di materiali oppure materiali visivi come filmati, o *slides*, o testi con immagini ecc. In tal modo ciascuno ML/MC può compiere questo tratta del suo aggiornamento decidendone i tempi (ovviamente entro limiti massimi). Sarà anche necessario richiedere alle Redazioni delle riviste di curare in modo specifico la possibilità di questa formazione a distanza, con modalità da definire. Dal punto di vista tecnico si cercherà di utilizzare al meglio gli strumenti elettronici di SIMLII già disponibili.

La combinazione di questi tre complementari percorsi sembra essere in grado di garantire qualità, accessibilità ed efficacia. La proposta sarà nei prossimi mesi ulteriormente specificata e completata in modo da raggiungere una forma condivisa ed una organizzazione e strumentazione da sottoporre ad una fase sperimentale che ne consenta successivamente l'adozione in tempi contenuti.

Diverse questioni restano ancora aperte. Tra queste, la destinazione del programma, in particolare per quanto riguarda i MC non-ML; la attribuzione proporzionale dei crediti formativi ai tre diversi percorsi; come garantire la "formatività" dei Congressi, in particolare quello internazionale; la

coincidenza del programma ECM con il programma di accreditamento; ecc. Sembrano tuttavia punti che potranno essere chiariti nelle prossime occasione di lavoro.

## Note

1. Iavicoli S., Rondinone B.M., Abbritti G., Apostoli P., Soleo L., Persechino B.. Formazione continua e accreditamento di eccellenza promossi dalla Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale: risultati di un'indagine conoscitiva tra i soci. Med. Lav. 2008;99:145-156.

### 2. DLgs. 81/08 - Art. 25 Comma 1. Il Medico Competente:

a) Collabora con il Datore di Lavoro e con il Servizio di Prevenzione e Protezione 1. alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria 2. alla predisposizione e della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, 3. all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori , per la parte di competenza, e 4. alla organizzazione del servizio di Primo Soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro. 5. Collabora all'attuazione e valorizzazione di programmi volontari di “ promozione della salute”, secondo i principi della responsabilità sociale.

### 3. DLgs. 81/08 - Art. 25 Comma 1. Il Medico Competente:

b) Programma ed effettua la sorveglianza sanitaria di cui all'art.41 attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati

## All. 4

### Documento di sintesi del Gruppo di Lavoro Strumenti di Orientamento

#### Premessa

La sintesi sottoriportata presenta i punti principali su cui il gruppo di lavoro (GL) ha espresso il suo consenso nelle due riunioni di Luglio ed ottobre in vista della revisione delle procedure di identificazione, elaborazione diffusione degli strumenti di lavoro. Esso tiene conto anche della discussione avvenuta nel Direttivo del 14/10/08

#### Punti di partenza

I punti da cui partire sono stati individuati in

- rapporto di tali strumenti ,propri delle Discipline Mediche, con quelli previsti dal Dlgs 81/2008 e quindi rapporto della nostra Società Scientifica con le entità identificate da TU nella produzione approvazione controllo nell'uso dei diversi strumenti (Ministeri,Regioni, comitati paritetici, ISPESL,INAIL);
- definizione di ruoli ed eventuali conflitti tra chi produce, raccoglie, valida, controlla nella fase applicativa i diversi strumenti di aggiornamento ed orientamento
- scelta dei temi da trattare ,considerando quanto finora fatto e gli aggiornamenti previsti ;
- revisione delle procedure di produzione dei diversi strumenti a partire dalla multidisciplinarietà,dalle modalità delle revisioni sistematiche della letteratura per arrivare alla graduazione delle raccomandazioni ed alla individuazione degli indicatori di monitoraggio;
- integrazione delle LG vere e proprie con altri strumenti (quali consensus document ,protocolli ,technology assessment); loro impiego (differenziato) nelle attività di aggiornamento ed in quelle di orientamento
- esplicitare
- definizione della politica editoriale e di diffusione che favorisca una maggiore circolazione di LG ed altri strumenti compresa quella via internet; traduzione (sintesi) in inglese e diffusione internazionale.
- definizione di ruoli ed eventuali conflitti tra chi produce, raccoglie, valida, controlla nella fase applicativa i diversi strumenti di aggiornamento ed orientamento
- tenere conto del giudizio già espresso da chi ha avuto modo di conoscere le LG SIMILI : nella ricerca SIMILI ISPESL del 2006 .per il 52% degli intervistati le LG dovrebbero essere caratterizzate da un'impostazione 2006 pratico-applicativa, mentre il 10% ritiene che dovrebbero costituire soprattutto uno strumento di aggiornamento scientifico e il restante 38% preferirebbe



LG di impostazione mista. Il 72% del campione, inoltre, ritiene che le LG dovrebbero riguardare tematiche specifiche e il 27% ritiene che debbano essere di tipo metodologico. Infine, l'introduzione della tematica delle LG in quella dell'accreditamento è pienamente condivisa dal 78% del campione

### **Elementi affrontati ed approvati dal GL**

1- Viene evidenziata la necessità di approfondire lo studio dei contenuti del Testo Unico sulla sicurezza nei luoghi di lavoro anche di fronte alle difficoltà interpretative provocate da alcune definizioni quali “norma tecnica”, “buone prassi”, “linee guida”. Viene indicata come altrettanto urgente la necessità di chiarire il ruolo della SIMLII come Società scientifica all'interno dello schema di funzionamento istituzionale delineato dal decreto legislativo 81/2008. A tal proposito viene ipotizzato sia un ruolo direttamente operativo della Società, ovvero come soggetto naturalmente orientato allo sviluppo di documentazione scientifica a sostegno dell'attività del medico del lavoro, sia quello di partner di Enti (ministeri, regioni, ISPESL e INAIL) direttamente incaricati dal legislatore per la produzione di documentazione scientifica.

2- L'esperienza iniziale della stesura delle prime linee guida era stata preceduta dal congresso nazionale di Genova durante il quale furono trattati, nelle diverse sezioni, numerosi argomenti inerenti i temi necessari di approfondimento in ambito di Medicina del lavoro. Oggi i criteri di scelta dovranno tenere conto di quanto già fatto ma non potranno prescindere dalle conseguenze che tali scelte avranno specialmente alla luce delle novità legislative. In altre parole tali scelte potranno essere strategiche per il futuro della disciplina. In riferimento all'eventuale conflitto di interesse sarà opportuno operare con chiarezza, rendendo evidente qualsiasi situazione di conflitto. Per quanto concerne le linee guida già pubblicate si rende necessario, come peraltro previsto al momento della loro stesura, di una revisione che dovrà inevitabilmente considerare, oltre alle evoluzioni scientifiche, anche le nuove indicazioni di legge. Viene ipotizzato l'inserimento di trattazione di argomenti per settore produttivo (vedi LG sull'edilizia) che consentirebbero non solo la riunificazione delle diverse problematiche negli aspetti applicativi, ma anche un non più differibile aggiornamento sulle tecnologie e quindi sui rischi lavorativi. Uno spazio va poi assicurato alla trattazione di argomenti resi prioritari dalle diverse evenienze. Questo favorirebbe tra l'altro l'inserimento di una maggiore multidisciplinarietà, considerando la complessità di alcuni cicli produttivi la cui conoscenza non può prescindere da professionisti con competenze complementari (per es. ingegneri, chimici).

Si richiama l'attenzione sull'importanza della multidisciplinarietà nella stesura dei testi, stesura che dovrebbe accompagnarsi ad azioni di “regia” onde evitare sovrapposizioni nella produzione di linee guida su argomenti specifici emanate da diverse società scientifiche (esempio parti come

quelle sul tunnel carpale nelle LG UEWMSDs) La difficoltà nel coinvolgimento di altre società scientifiche potrebbe essere superata individuando linee guida di comune interesse, con diversi livelli di coinvolgimento multidisciplinare (lo specialista – oppure la società scientifica). Circa la possibilità di offrire la propria competenza alle altre istituzioni si sottolinea la necessità di far conoscere quanto è stato fatto finora.

Per ciò che concerne la linea guida sulla promozione della salute, si sottolinea l'opportunità che venga avviata anche alla luce del decreto legislativo 81/2008. Tale linea guida infatti appare necessaria anche per fornire segnali sulle possibilità di apertura e sviluppo della disciplina. E possono essere intese come potenziale tavolo di confronto e dialogo con altre discipline. Viene anche richiamata l'urgenza di una nuova linea guida sulle radiazioni ottiche

3- Le linee guida potranno entrare a far parte del contesto legislativo esistente e dovranno integrarsi con il programma di formazione e aggiornamento: sarà necessario, pertanto, uno sforzo congiunto sui due aspetti della formazione aggiornamento e linee guida. Si richiama però anche la necessità di approfondire tematiche di interesse esclusivamente scientifico e di ricerca.

Viene deciso di utilizzare terminologia e layout del SNLG, sarà necessario considerare il termine “linee guida” solo per alcune esperienze editoriali; in alternativa si potranno “documenti di consenso”, “technology assessment” ect . E' necessario produrre un glossario per la uniformazione dei termini usati.

Saranno formalizzate in modo più adeguato le procedure di produzione delle LG (secondo SNLG ,per la metanalisi dei contributi di letteratura e la valutazione esplicita dell'esistenza e del grado di evidenza o del consenso ) e della valutazione attualmente affidata a referee e valutatori di applicabilità mediante il metodo strutturato in 23 item suddivisi in 6 aree; presenta una scala di risposte 1→ 4, con gli score suddivisi per area in modo da consentire di orientare adeguate azioni di miglioramento. I metodi sopra richiamati saranno proposti anche per aggiornamenti e LG in elaborazione