

Analisi comparativa degli obblighi del medico competente alla luce dell'art. 25 del Decreto legislativo 81/2008 e del codice etico della Commissione Internazionale di Medicina del Lavoro (ICOH)

G. FRANCO, ERIKA MORA

Cattedra e Scuola di Specializzazione di Medicina del lavoro – Università di Modena e Reggio Emilia

KEY WORDS

Ethics; code of ethics; International Commission on Occupational Health; occupational health; occupational medicine

SUMMARY

«Comparative analysis of occupational health physician's duties based upon legislative decree 81/2008 art. 25 and upon the Ethics Code of the International Commission on Occupational Health». Introduction: Ethical behaviour consists of individual choices inspired by knowledge and professional experience derived from the universally acknowledged ethical principles of beneficence/nonmaleficence, autonomy and justice. However, in spite of the unanimous consent on their universal importance, such principles do not usually have the strength of a law. Aim: The recently introduced Italian law on the protection of workers' health represents a novelty because it gives the Ethics Code of the International Commission on Occupational Health legal strength. This paper aims at examining article 25 of legislative decree 81/2008 by comparing the points of the Ethics Code and the Deontology Code of the Italian medical profession. Results: The relationships between the 12 points of paragraph 1 of article 25, the 26 points of the Code of Ethics and the 75 articles of the Deontology Code are described with regard to the occupational health physician's duties (i) of collaboration with other occupational health professionals, (ii) of organization and execution of health surveillance, (iii) of recording, securing, transmitting of medical files on workers' health and (iv) of employee and employer information on the importance and meaning of health surveillance.

RIASSUNTO

Il comportamento etico deriva da scelte di coscienza individuali ispirate da conoscenza ed esperienza professionali ispirate ai principi etici universalmente riconosciuti di beneficiabilità/non maleficibilità, autonomia e giustizia. Tuttavia, nonostante l'unanime consenso circa la loro importanza universale, tali principi non hanno la forza di una norma di legge. Il legislatore italiano ha introdotto nel recente Decreto legislativo del 9 Aprile 2008 n. 81 l'obbligo per il medico competente di svolgere la propria attività secondo i principi del Codice Etico della Commissione internazionale di salute occupazionale. Questo contributo esamina, attraverso la loro analisi comparativa con il Codice Etico e il Codice di Deontologia Medica, quanto disposto dall'art. 25 del citato Decreto, che definisce i compiti del medico competente, riguardanti l'impegno a collaborare con tutti gli operatori della prevenzione, l'organizzazione e lo svolgimento della sorveglianza sanitaria, l'archiviazione, la conservazione e la trasmissione delle informazioni riguardanti la salute dei lavoratori e l'informazione di lavoratori e datori di lavoro sul significato della sorveglianza sanitaria e sulla sua importanza.

Pervenuto il 5.12.2008 - Accettato il 11.3.2009

Corrispondenza: Prof. G. Franco, Dipartimento Integrato di Medicine e delle Specialità Mediche, Università di Modena e Reggio Emilia, Largo del Pozzo 71, 41100 Modena - Tel. 059 42 22 692 - Fax 059 42 22 465 - E-mail: franco@unimo.it

INTRODUZIONE

Nonostante sia stato osservato che le scelte decisionali in sanità pubblica possano comportare conflitti (7), ogni medico del lavoro deve essere in grado di assolvere al proprio compito in modo qualificato interpretando il proprio ruolo senza trascurare gli aspetti etici delle scelte (3). Il comportamento etico deriva da scelte di coscienza individuali dettate da conoscenze ed esperienze professionali. Tali scelte sono ispirate ai principi etici universalmente riconosciuti di beneficiabilità/non maleficialità, autonomia e giustizia (4, 8). Tuttavia, nonostante l'unanime consenso circa la loro importanza universale, tali principi non hanno la forza di una norma di legge. Rappresenta quindi una novità, il cui rilievo per la pratica professionale del medico competente (MC) rimane tutta da valutare, l'introduzione da parte del legislatore italiano di un esplicito riferimento ai principi etici. Le recenti norme a tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, all'art. 39 del Decreto legislativo del 9 Aprile 2008 n. 81 (D.lgs 81/08) (1) richiamano infatti l'obbligo per il MC di svolgere la propria attività "secondo i principi... del codice etico della Commissione internazionale di salute occupazionale (ICOH)" (5).

Questo contributo ha lo scopo di esaminare gli obblighi del medico competente analizzando in modo comparativo quanto disposto dall'art. 25 del D.lgs 81/08 alla luce di quanto previsto dal Codice Etico dell'ICOH (CE), nonché dal Codice di Deontologia Medica (CD), *corpus* di regole di autodisciplina alle quali gli iscritti all'ordine dei medici devono adeguare la propria condotta professionale (2). L'art. 25 del D.lgs 81/08 definisce gli obblighi del medico competente, obblighi che riguardano l'impegno a collaborare con tutti gli operatori della prevenzione, ad organizzare e svolgere la sorveglianza sanitaria, ad archiviare, conservare e trasmettere le informazioni riguardanti la salute dei lavoratori e ad informare i lavoratori ed i datori di lavoro sul significato della sorveglianza sanitaria e sulla sua importanza. Per favorire la lettura dell'analisi è stata predisposto il quadro sinottico che offre una visione di insieme delle relazioni esistenti tra norme e codici etico e deontologico (tabella 1).

ANALISI DELLA RELAZIONE TRA NORMA E CODICI ETICO E DEONTOLOGICO

Relazione tra art. 25, comma 1, lettere a e b del D.lgs 81/08 e punti 1, 3, 6 e 13 del CE

L'art. 25 definisce gli obblighi del MC relativamente a pratiche sanitarie (sorveglianza sanitaria e promozione della salute) e interventi non sanitari (valutazione del rischio, informazione e formazione). Le prime sono di pertinenza esclusiva del MC, mentre le seconde sono svolte in collaborazione con altri attori. Un aspetto, in un certo senso contraddittorio, tra art. 25 e CE consiste nel fatto che il decreto fa obbligo al solo MC di ispirare le proprie azioni al codice stesso, mentre il CE richiama la necessità di adottare comportamenti eticamente corretti da parte di tutti coloro che si occupano di salute del lavoratore, definiti come operatori di medicina del lavoro (OML).

Il comma 1, lettera a dell'art. 25 definisce i compiti del MC. Numerosi sono i punti del CE che fanno riferimento a detto comma. Essi sono contenuti in massima parte nella sezione che regola i doveri ed i compiti degli operatori sanitari al punto 1 "Obiettivi e ruolo di consulenza", al punto 3 "Sviluppo di una strategia e di un programma di lavoro", al punto 6 "Informazioni su sicurezza e salute" e al punto 13 "Promozione della salute". La presenza di precisi richiami ai principi etici descritti nel CE è più evidente nelle successive lettere del comma 1 in quanto più specifici e con risvolti più pratici.

Alla lettera b è descritto l'obbligo del MC di programmare e attuare la sorveglianza sanitaria "...attraverso protocolli sanitari definiti in funzione di rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati". Lo stesso obbligo è menzionato nel punto 3 del CE che afferma che il programma di prevenzione messo in atto, oltre ad essere adeguato ai bisogni dell'impresa e del luogo di lavoro, dovrà essere basato su "...conoscenze scientifiche e tecniche al momento disponibili...". Nella stessa lettera b trova riscontro anche il punto 1 del CE che descrive come gli OML debbano "...fare uso di validi metodi di valutazione del rischio..." e "...proporre misure preventive efficaci...".

Alcuni riferimenti pertinenti sono presenti nel CD, in particolare gli articoli 3, "Doveri del medi-

Tabella 1 - Quadro sinottico delle relazioni esistenti tra norme (art. 25 del decreto legislativo 81/2008) e codici etico e deontologico

Table 1 - Synoptic table providing an overview of the relationship between article 25 of Italian legislative decree 81/2008, the ethical code of the International Commission on Occupational Health and the Italian code of professional conduct

| D.lgs 81/08 | ICOH | Codice Deontologico |
|--|--|--|
| Art. 25 "Obblighi del medico competente", comma 1, lettera a | Art. 1 Obiettivi e ruolo di consulenza Art. 3 Sviluppo di una strategia e di un programma di lavoro Art. 6 Informazioni su sicurezza e salute Art. 13 Promozione della salute | Art. 3 Doveri del medico Art. 5 Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente |
| Art. 25 "Obblighi del medico competente", comma 1, lettera b | Art. 1 Obiettivi e ruolo di consulenza Art. 3 Sviluppo di una strategia e di un programma di lavoro | Art. 5 Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente |
| Art. 25 "Obblighi del medico competente", comma 1, lettera c | Art. 13 Promozione della salute Art. 20 Archivio sanitario Art. 21 Riservatezza medica Art. 24 Contro gli abusi | Art. 11 Riservatezza dei dati personali Art. 25 Documentazione clinica Art. 35 Acquisizione del consenso |
| Art. 25 "Obblighi del medico competente", comma 1, lettera d | Art. 7 Segreto industriale | Art. 10 Segreto professionale Art. 11 Riservatezza dei dati personali Art. 12 Trattamento dei dati sensibili Art. 34 Informazione a terzi |
| Art. 25 "Obblighi del medico competente", comma 1, lettera e | Art. 21 Riservatezza medica | Art. 11 Riservatezza dei dati personali Art. 25 Documentazione clinica |
| Art. 25 "Obblighi del medico competente", comma 1, lettera f | Art. 1 Obiettivi e ruolo di consulenza Art. 15 Contributo alla conoscenza scientifica Art. 20 Archivio sanitario Art. 21 Riservatezza medica | Art. 25 Documentazione clinica Art. 47 Sperimentazione scientifica |
| Art. 25 "Obblighi del medico competente", comma 1, lettera g | Art. 1 Obiettivi e ruolo di consulenza Art. 3 Sviluppo di una strategia e di un programma di lavoro Art. 6 Informazioni su sicurezza e salute Art. 18 Equità, non-discriminazione e comunicazione Art. 25 Rapporti con i partner sociali | Art. 33 Informazione al cittadino |
| Art. 25 "Obblighi del medico competente", comma 1, lettera h | Art. 9 Comunicazione delle informazioni al lavoratore | Art. 25 Documentazione clinica |
| Art. 25 "Obblighi del medico competente", comma 1, lettera i | Art. 1 Obiettivi e ruolo di consulenza Art. 6 Informazioni su sicurezza e salute Art. 10 Comunicazione delle informazioni al datore di lavoro Art. 22 Dati sanitari collettivi | Art. 11 Riservatezza dei dati personali Art. 34 Informazione a terzi |

(continua)

Tabella 1 - continua

Table 1 - continued

| D.lgs 81/08 | ICOH | Codice Deontologico |
|--|--|--|
| Art. 25 “Obblighi del medico competente”, comma 1, lettera l | Art. 2 Conoscenza e competenza Art. 9 Comunicazione delle informazioni al lavoratore | Art. 5 Educazione alla salute e rapporti con l’ambiente |
| Art. 25 “Obblighi del medico competente”, comma 1, lettera m | Art. 4 Importanza di prevenzione ed azione tempestiva Art. 5 Follow up delle misure attuate | Art. 14 Sicurezza del paziente e prevenzione del rischio clinico |
| Art. 25 “Obblighi del medico competente”, comma 1, lettera n | Art. 8 Sorveglianza sanitaria | |

co”, e 5, “Educazione alla salute e rapporti con l’ambiente”, ove si legge rispettivamente che “Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell’Uomo e... il rispetto della libertà e della dignità della persona umana...” e che il medico “...favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva”. Entrambe le disposizioni riassumono il rationale che dovrebbe guidare l’operato del medico professionista.

Relazione tra art. 25, comma 1, lettera c del D.lgs 81/08 e punti 13, 20, 21 e 24 del CE

Nella lettera c, comma 1, art. 25 del D.lgs 81/08 è definito l’obbligo del MC di istituire, aggiornare e conservare le cartelle cliniche e di rischio di ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria. Del pari, i punti 20 e 21, “Archivio sanitario” e “Riservatezza medica”, del CE menzionano l’obbligo di MC ed eventuale personale paramedico, sotto la propria responsabilità, sia di raccogliere tutte le informazioni necessarie su ambiente di lavoro e salute dei lavoratori che di porre particolare attenzione alla conservazione e alla trasmissione dei dati personali. Inoltre, il CE menziona la necessità che l’utilizzo dei dati sia limitato ai fini della tutela della salute. Tale aspetto viene ribadito al punto 13 del CE, “Promozione della salute”, che sottolineando la necessità per gli OML di partecipare a programmi di educazione sanitaria e di promozione della salute, menziona il dovere di tutelare la riservatezza delle cartelle sanitarie

in modo da prevenirne l’uso scorretto. Il punto 24 del CE, “Contro gli abusi”, oltre a ribadire la necessità che OML e altro personale debbano collaborare per “...garantire la riservatezza dei dati medico-sanitari riguardanti i lavoratori...”, sottolinea che gli OML devono gestire, ed eventualmente segnalare alle competenti autorità, eventuali irregolarità, uso improprio dei dati, occultamento di informazioni e violazione della riservatezza medica.

Nell’analisi comparativa dei tre testi (D.lgs 81/08-CE -CD) sono presenti alcuni punti discordanti. Il diritto del lavoratore di poter consultare, in ogni momento, la propria cartella clinica e di rischio professionale è ben definito nell’art. 20 del CE, “Archivio sanitario” e nell’art. 25 del CD “Documentazione clinica”, mentre nel D.lgs 81/08 il riferimento è limitato alla possibilità di richiedere “...copia della documentazione sanitaria...” ovvero “...copia delle predette cartelle all’ISPESL anche attraverso il proprio medico di medicina generale”.

Il capo III del titolo II del CD è interamente dedicato alla riservatezza ed al trattamento dei dati personali degli assistiti. In particolare, l’art. 11 impone al medico il rispetto della riservatezza nel trattamento dei dati sensibili inerenti la salute e la vita sessuale, specificando che è sempre e soltanto con il consenso informato del paziente che il medico acquisisce la completa titolarità del trattamento di tali dati. Inoltre, l’articolo 35 del CD subordina all’acquisizione del consenso anche ogni intervento che il medico ritenga necessario. Il CE ribadisce la necessità di un consenso informato sia nel caso di proce-

diagnostico-terapeutiche invasive o rischiose per il lavoratore (art. 12 “Monitoraggio biologico ed esami”), sia per le attività di sorveglianza sanitaria (art. 8 “Sorveglianza sanitaria”), sia per ogni tipo di richiesta o trasmissione di dati sensibili (art. 10 “Comunicazione delle informazioni al datore di lavoro”, art. 23 “Rapporti con gli altri operatori sanitari”).

Il D.lgs 81/08 non fa alcun riferimento alla necessità di ottenere il consenso informato del lavoratore: l'art. 25 non dispone infatti che il MC richieda esplicitamente il consenso prima dell'intervento di sorveglianza sanitaria (intervento necessario ai sensi dell'art. 20 sugli obblighi dei lavoratori) e ne regola la richiesta solo per alcune procedure diagnostiche, limitando in questo modo il diritto del lavoratore a non essere sottoposto ad alcun accertamento ovvero solo ad alcuni di essi. Questo perché la lettera i del comma 2 dell'articolo 20 del D.lgs 81/0, “Obblighi del lavoratore”, dispone che il lavoratore ha l'obbligo di “...sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal presente decreto legislativo o comunque disposti dal MC...”.

Relazione tra art. 25, comma 1, lettere d ed e del D.lgs 81/08 e punti 7, 10 e 21 del CE

La lettera d, comma 1, dell'art. 25 stabilisce che, alla cessazione attività da parte del lavoratore, il MC ha l'obbligo di consegnare al datore di lavoro “...la documentazione sanitaria in suo possesso, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo del 30 giugno 2003, n. 196 e con salvaguardia del segreto professionale”. L'obbligo di mantenere il segreto professionale su ciò di cui si viene a conoscenza nell'esercizio della professione è chiarito anche nel punto 7 del CE, “Segreto industriale”. Oltre a stabilire che tutti gli OML sono tenuti a non rivelare segreti industriali o commerciali, il CE afferma che non si debbano celare “...informazioni utili a proteggere la sicurezza o la salute dei lavoratori o della comunità...” con l'ulteriore obbligo di “...contattare l'autorità competente per la supervisione e l'applicazione delle leggi in materia”.

Il D.lgs 81/08 non attribuisce esplicitamente al MC un'analoga responsabilità nei confronti della comunità o di terzi limitandosi alla tutela del lavoratore. Il problema della protezione della salute di terzi è

affrontato all'articolo 2 comma 1 lettera n, “Prevenzione”. Il termine prevenzione è definito come “Il complesso delle disposizioni o misure necessarie anche secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, per evitare o diminuire i rischi professionali nel rispetto della salute della popolazione e dell'integrità dell'ambiente esterno”. Gli aspetti relativi alla relazione tra salute del lavoratore e sanità pubblica non trovano quindi riferimento nel D.lgs pur essendo chiaramente esplicitati nel CE. Di conseguenza possono sorgere dilemmi che dovrebbero essere affrontati sulla base dei principi etici: il conflitto tra livelli di protezione della salute del lavoratore e della salute di terzi e, ancora, le modalità attraverso le quali indicare priorità tra la protezione del lavoratore e la salvaguardia della salute pubblica e la loro gestione (6). A questo proposito tuttavia, è di recente emanazione l'accordo tra governo, regioni e province autonome in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza che mira a tutelare la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi ai sensi dell'art. 41, comma 4.

Il CD dedica diversi articoli alla regolamentazione della raccolta, del trattamento e della trasmissione dei dati sensibili dei pazienti. In particolare, l'articolo 10, “Segreto professionale”, stabilisce che il medico ha l'obbligo di mantenere il riserbo “...su tutto ciò che gli è confidato o di cui venga a conoscenza nell'esercizio della professione...” ricordando che nemmeno la morte del paziente esime il medico dall'obbligo di non rivelare informazioni riservate.

La lettera e del comma 1 dell'art. 25 regola la gestione dei dati contenuti nelle cartelle cliniche e di rischio del lavoratore al momento della cessazione del rapporto lavorativo dell'azienda con quest'ultimo. In quell'occasione, infatti, al MC è fatto obbligo di consegnare tutto il materiale in suo possesso al lavoratore e di mettere lo stesso lavoratore a conoscenza delle norme per la corretta conservazione di tali informazioni.

Il punto 21 del CE, già analizzato nel paragrafo precedente, “Riservatezza medica” è in linea con la norma nel ribadire il dovere da parte di tutti gli OML di garantire la riservatezza dei dati sensibili del lavoratore consentendo soltanto a quest'ultimo il libero accesso alla cartella clinica. Lo stesso punto esplicitamente richiama la necessità che l'accesso ai

dati sensibili debba essere regolato sia da norme di legge internazionali sia da codici di etica delle organizzazioni professionali. In questo senso il trattamento dei dati sensibili dell'assistito e la loro eventuale trasmissione sono richiamati anche in alcuni articoli del CD quali il numero 11, "Riservatezza dei dati personali", già discusso sopra, il numero 12, "Trattamento dei dati sensibili" che subordina la raccolta e la conservazione dei dati sensibili all'acquisizione di un consenso informato ed il numero 34, "Informazione a terzi", che considera lecita la trasmissione dei dati sensibili di un assistito a terzi esclusivamente dopo il consenso dell'interessato, fatta esclusione per situazioni di particolare gravità. Il diritto del lavoratore alla titolarità sui propri dati personali ed alla possibilità della loro consultazione in ogni momento è ribadito anche nell'articolo 25 del CD, "Documentazione clinica". L'art. 10 del CD, "Segreto professionale" infine fa obbligo a ogni medico di spiegare ai propri collaboratori la necessità di mantenere il segreto professionale.

Relazione tra art. 25, comma 1, lettera f del D.lgs 81/08 e punti 1, 15, 20 e 21 del CE

Alla cessazione del rapporto di lavoro di ogni lavoratore, il MC ha l'obbligo di inviare all'ISPESL le cartelle sanitarie e di rischio "...nel rispetto...del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196...". Il richiamo a mantenere i contatti con le strutture di controllo è presente nel CE al punto 1, "Obiettivi e ruolo di consulenza" che richiede di "...mantenere un contatto diretto con i comitati di sicurezza e di sanità, ove questi esistano" e al punto 15, "Contributo alla conoscenza scientifica", ove si impone agli OML di "...riferire con obiettività alla comunità scientifica, alle istituzioni di sanità pubblica e agli ispettorati del lavoro circa i nuovi o sospetti fattori di rischio occupazionale...".

Nel CE troviamo numerosi riferimenti alla necessità di intraprendere ricerche in linea con i principi etico-professionali di indipendenza e piena autonomia. Lo stesso concetto, però, non è ripreso con la stessa forza nel D.lgs 81/08. Non viene infatti fatta menzione dell'obbligo da parte del MC di contribuire alla ricerca scientifica attraverso la segnalazione sia alla comunità scientifica che alle istituzioni sa-

nitarie di nuovi o sospetti fattori di rischio occupazionale come viceversa ripetutamente menzionato dal CE a proposito della necessità di intraprendere ricerche coerenti con i principi etico-professionali di indipendenza e piena autonomia.

Il CD dedica il capo VIII alla sperimentazione scientifica regolamentando diritti e doveri del medico. L'articolo 47, "Sperimentazione scientifica", ricorda che "Il progresso della medicina è fondato sulla ricerca scientifica che si avvale anche della sperimentazione sull'animale e sull'uomo" sottolineando l'importanza che assume la collaborazione con essa da parte di tutti i medici.

Sempre nella lettera f dell'articolo in esame viene fatto richiamo ancora al diritto del lavoratore, in caso di necessità, di richiedere copia della propria cartella clinica e di rischio all'ISPESL anche tramite interposizione del proprio medico curante. Questo passaggio è in linea con i punti 20, "Archivio sanitario" e 21, "Riservatezza medica", del CE e con l'articolo 25 del CD, "Documentazione clinica", già trattati in precedenza.

Relazione tra art. 25, comma 1, lettera g del D.lgs 81/08 e punti 1, 3, 6, 18 e 25 del CE

Nella lettera g del comma 1 dell'art. 25 si pone l'accento sui doveri del MC riguardo l'informazione dei lavoratori. Il MC è infatti tenuto a fornire "...informazioni ai lavoratori sul significato della sorveglianza sanitaria cui sono sottoposti..." e "...sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti anche dopo la cessazione della attività..." nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine.

L'obbligo di informare il lavoratore sul significato della sorveglianza sanitaria è trattato dal punto 1 del CE "Obiettivi e ruolo di consulenza" ove viene sottolineata la necessità di "...assistere con competenza e chiarezza...i lavoratori per quanto riguarda la protezione e la promozione della salute in rapporto all'attività lavorativa...". I punti 3, "Sviluppo di una strategia e di un programma di lavoro", e 6 "Informazioni su sicurezza e salute", entrano maggiormente in dettaglio quando sottolineano che gli OML "...dovranno informare la direzione ed i lavoratori di eventuali fattori che potrebbero rivelarsi dannosi per la loro salute..." e "...dovranno fornire informa-

zioni ai lavoratori sui fattori di rischio professionali cui possono essere esposti in maniera obiettiva e comprensibile, non omettendo alcun fatto e sottolineando le misure preventive...”.

Un simile obbligo è espresso anche nell'articolo 33 del CD, “Informazione al cittadino”, dove si impone al medico di “...fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate...”.

La stessa lettera g, comma 1, dell'art. 25 fa riferimento anche all'obbligo del MC di informare i rappresentanti dei lavoratori sul significato della sorveglianza sanitaria: “...Fornisce altresì, a richiesta, informazioni analoghe ai rappresentanti dei lavoratori...”. E' possibile trovare richiami in merito anche nel CE. In particolare nel punto 18, “Equità, non-discriminazione e comunicazione”, è descritto come gli OML “...dovranno stabilire e mantenere aperta una via di comunicazione reciproca, coi dirigenti dell'impresa responsabili al massimo livello delle decisioni relative alle condizioni e all'organizzazione del lavoro e all'ambiente di lavoro, e con i rappresentanti dei lavoratori”, mentre nel punto 25, “Rapporti con i partner sociali”, è specificato che gli OML stessi “...dovranno incrementare la consapevolezza dei datori di lavoro, dei lavoratori e dei loro rappresentanti sulla necessità di una piena indipendenza ed impegno professionali per tutelare la riservatezza medica, nel mantenimento del rispetto della dignità umana e per aumentare l'accettabilità e l'efficacia degli interventi di Medicina del Lavoro”. È appena il caso di segnalare come gli obblighi normativi individuino il MC come responsabile delle azioni, mentre il CE allarga la responsabilità a tutti gli OML.

Relazione tra art. 25, comma 1, lettera h del D.lgs 81/08 e punto 9 del CE

Il MC è tenuto ad informare “...ogni lavoratore interessato dei risultati della sorveglianza sanitaria...e a richiesta dello stesso, gli rilascia copia della documentazione sanitaria”. Questo preciso obbligo del MC è ripreso al punto 9 del CE, “Comunicazione delle informazioni al lavoratore”, che sottolinea che “I risultati degli accertamenti espletati nell'am-

bito della sorveglianza sanitaria devono essere resi noti ai lavoratori interessati...”.

Questo diritto del lavoratore corrisponde al diritto del paziente di entrare in possesso, in qualunque momento ne abbia necessità, della propria documentazione clinica come previsto nell'articolo 25 del CD, “Documentazione clinica” che riporta “Il medico deve, nell'interesse esclusivo della persona assistita, mettere la documentazione clinica in suo possesso disposizione della stessa o dei suoi legali rappresentanti o di medici ed istituzioni da essa indicati per iscritto”.

Relazione tra art. 25, comma 1, lettera i del D.lgs 81/08 e punti 1, 6, 10 e 22 del CE

Nella lettera i viene descritto l'obbligo del MC di comunicare ai presenti alla riunione periodica (di cui all'art. 35 del D.lgs 81/08), in forma scritta i “...risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria effettuata...”. La possibilità di riferire a terzi i risultati della sorveglianza sanitaria è subordinata al fatto che le informazioni riportate nel corso della riunione non permettano l'identificazione individuale dei lavoratori. Questo concetto è ripreso nel punto 22 del CE, “Dati sanitari collettivi”, che recita: “Nel caso in cui non sia possibile l'identificazione individuale, informazioni sanitarie collettive o su gruppi di lavoratori possono essere fornite alla direzione e ai rappresentanti dei lavoratori nell'impresa o ai comitati per la salute e la sicurezza, ove questi esistono, per facilitarli nel loro compito di tutela della salute e della sicurezza dei gruppi di lavoratori esposti a rischio...”. L'obbligo per gli OML di fornire informazioni al datore di lavoro soltanto in forma anonima o in termini di idoneità/inidoneità alla mansione specifica è menzionato anche nel punto 10 del CE, “Comunicazione delle informazioni al datore di lavoro”, che impone agli OML di trasmettere i risultati della sorveglianza sanitaria alla direzione “...esclusivamente in termini di idoneità al lavoro specifico o di limitazioni necessarie dal punto di vista medico...” senza fare riferimento a dati clinici specifici se non previo consenso informato del lavoratore. Ciò è previsto anche dall'art. 41 comma 8 che dispone l'obbligo per il MC di comunicare il giudizio sui risultati della sorveglianza sia al datore di lavoro che al

lavoratore. Rispetto al CE, il rispetto assoluto della norma può rappresentare un costo etico per il lavoratore che, in conseguenza dell'informazione fornita soprattutto nelle situazioni in cui il numero dei lavoratori è basso, potrebbe essere identificato.

La stessa lettera i, comma 1, dell'art. 25 impone al MC di informare lavoratori, datore di lavoro e rappresentanti dei lavoratori sul "...significato di detti risultati ai fini dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori". La necessità di un'appropriata comunicazione e di una corretta informazione è esplicitata anche da alcuni punti del CE. Il punto 1, "Obiettivi e ruolo di consulenza", infatti, descrive come gli OML dovranno "...assistere con competenza e chiarezza i datori di lavoro sulle modalità di adempimento delle proprie responsabilità per quanto concerne la sicurezza e la salute sul lavoro...". Il punto 6, "Informazioni su sicurezza e salute", stabilisce inoltre che "...gli OML dovranno collaborare con il datore di lavoro, i lavoratori e i loro rappresentanti, garantendo un'adeguata informazione e formazione sulla salute e la sicurezza sia a livello di dirigenti che dei lavoratori...".

Per quanto riguarda il CD i riferimenti sono piuttosto generici. Nell'articolo 11, "Riservatezza dei dati personali", si impone al medico l'obbligo di mantenere il riserbo sui dati sensibili del paziente, mentre nel 34, "Informazione a terzi", si subordina la trasmissione a terzi di dati sensibili al consenso informato del titolare degli stessi. Questi principi sono di primaria importanza per il MC che deve comunicare i risultati della sorveglianza sanitaria in modo da non permettere in alcun modo che eventuali lavoratori con problemi di salute siano identificati e per questo motivo possano essere discriminati sul posto di lavoro.

Relazione tra art. 25, comma 1, lettera l del D.lgs 81/08 e punti 2 e 9 del CE

La lettera l dispone l'obbligo del MC di eseguire un sopralluogo dell'ambiente di lavoro almeno una volta l'anno. La conoscenza approfondita dei luoghi di lavoro e delle mansioni specifiche dei lavoratori sono informazioni essenziali per gli OML come richiamato nel punto 9 del CE, "Comunicazione delle informazioni al lavoratore", ove si afferma che "...la

valutazione dell'idoneità ad un lavoro specifico, ove richiesta, deve basarsi su una buona conoscenza della mansione e del posto di lavoro e sulla valutazione dello stato di salute del lavoratore...". Il punto 2 del CE, "Conoscenza e competenza", pur in un contesto più generale del precedente, sottolinea che "...poiché l'obiettivo principale è la prevenzione primaria...gli OML devono, con regolarità ed, ove possibile, con scadenza preordinata, fare sopralluoghi sui luoghi di lavoro e discutere delle attività svolte con i lavoratori ed i loro responsabili".

Del pari è pertinente l'articolo 5 del CD, "Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente", che afferma: "Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini...", ove implicitamente si riconosce l'importanza che ogni medico raccolga l'anamnesi lavorativa di ogni paziente al fine di potere inquadrare in maniera completa i quadri morbosi e i relativi fattori di rischio per meglio indirizzare i procedimenti diagnostico-terapeutici.

Relazione tra art. 25, comma 1, lettera m del D.lgs 81/08 e punti 4 e 5 del CE

Nella lettera m viene chiarito l'obbligo del MC di partecipare "...alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori i cui risultati gli sono forniti con tempestività ai fini della valutazione del rischio e della sorveglianza sanitaria". Allo stesso modo il punto 4 del CE, "Importanza di prevenzione ed azione tempestiva", sottolinea la necessità di una prevenzione completa e puntuale in quanto "...merita particolare attenzione la rapida applicazione di misure di prevenzione semplici che siano tecnicamente valide e di facile applicazione...". Lo stesso punto 4 sottolinea ancora l'importanza del follow up delle misure preventive ("Valutazioni successive dovranno verificarne [delle misure di prevenzione] l'efficacia e in caso contrario si dovrà trovare una soluzione più consona...") e aggiunge che "...qualora vi siano dubbi sulla pericolosità di un fattore di rischio, bisogna immediatamente pensare a mettere in atto prudenti misure cautelative...". Lo stesso concetto è ripreso dal punto 5, "Follow up delle misure attuate", che sottolinea come "In caso di rifiuto o di mancanza di volontà di provvedere ade-

guatamente...a porre rimedio ad una situazione che sia manifestamente pericolosa per la salute o la sicurezza, gli OML dovranno esprimere per iscritto, in modo chiaro e con la massima urgenza la loro preoccupazione al dirigente responsabile...". Nel D.lgs 81/08 non si ritrova un riferimento analogo a simili obblighi del MC relativamente al controllo delle misure di prevenzione adottate e alla tempestiva segnalazione di eventuali situazioni pericolose.

Relazione tra art. 25, comma 1, lettera n del D.lgs 81/08 e punto 8 del CE

Il MC è tenuto a comunicare "...mediante auto-certificazione, il possesso dei titoli e requisiti di cui all'art. 38 al Ministero della salute...". Il possesso di specifici titoli e requisiti professionali (di cui all'articolo 38 commi 1 e 2) è la *conditio sine qua non* per svolgere la funzione di MC è previsto anche dal CE che, al punto 8 "Sorveglianza sanitaria", specifica che "...La sorveglianza sanitaria deve essere condotta da un medico del lavoro approvato dall'autorità competente". Nel CD ritroviamo lo stesso concetto nell'articolo 21, "Competenza professionale", ove si legge che "Il medico deve garantire impegno e competenza professionale, non assumendo obblighi che non sia in condizione di soddisfare...".

CONCLUSIONI

Nella propria pratica professionale, il MC può trovarsi di fronte a numerosi problemi: quali informazioni devono essere fornite e a chi sullo scopo e sugli obiettivi della sorveglianza sanitaria? Come devono essere usati i risultati degli accertamenti e chi deve avere accesso all'informazione? Come devono essere archiviati i dati e come deve essere assicurata la loro confidenzialità? Quali test sono stati usati? È nota la validità dei test impiegati? È stato soddisfatto il principio del consenso informato? Chi ha titolo di essere messo a conoscenza dell'accertamento? I dati sono usati per la selezione del personale? Lo stato di salute del lavoratore è pregiudizievole per la salute di terze persone? Tali problemi possono comportare la necessità di risolvere dilemmi etici. Infatti i dati sanitari sono sempre dati sensibili. La raccolta non appropria

e non accurata di informazioni relative allo stato di salute può avere conseguenze dannose e durature per il lavoratore. Alcune informazioni desunte da test o esami non giustificati possono rappresentare un'intrusione nella vita privata del lavoratore e, in alcuni casi, costituire una discriminazione del lavoratore sulla base di dati sullo stato di salute. È pertanto della massima importanza la raccolta e la gestione dei dati in un sistema controllato in grado di garantire la *privacy* del lavoratore e di assicurare che questi non siano utilizzati a scopo discriminatorio o in modo tale da costituire un pregiudizio verso il lavoratore. Questi problemi hanno una particolare rilevanza poiché essi possono essere affrontati e risolti riferendosi al CE che, in quanto esplicitamente richiamato dal D.lgs 81/08, può assumere un valore di norma legale.

NO POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE WAS REPORTED

BIBLIOGRAFIA

1. DECRETO LEGISLATIVO 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro". Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30 aprile 2008 - Supplemento Ordinario n. 108
2. FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI: Codice di Deontologia Medica, 2006 (scaricabile da <http://www.medicitalia.it/public/uploadedfiles/file/CodiceDeontologiaMedica.pdf>)
3. FRANCO G: Evidence-based medicine and evidence-based occupational health. *Scand J Work Environ Health* 2003; 29: 78-79
4. FRANCO G: Analisi etica del processo decisionale nella pratica professionale del medico del lavoro. *Med Lav* 2005; 96: 375-382
5. INTERNATIONAL COMMISSION ON OCCUPATIONAL HEALTH: International Code of Ethics for Occupational Health Professionals. *Med Lav* 1993; 84: 337-352 (versione aggiornata nel 2002 scaricabile da http://www.icohweb.org/core_docs.asp)
6. MAGNAVITA N: The unhealthy physician. *J Med Ethics* 2007; 33: 210-214
7. ROBERTS MJ, REICH MR: Ethical analysis in public health. *Lancet* 2002; 359: 1055-1059
8. WESTERHOLM P, NILSTUN T, OVRETVEIT J: *Practical ethics in occupational health*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2004