

IL MEDICO COMPETENTE E L'IDONEITA' DEL LAVORATORE DISABILE

(note tratte da “L'Idoneità Difficile – Alcol, droga, disagio mentale e lavoro”, a cura di Giovanni Moro e Lidia Bellina, pubblicato nel nov. 2002 nell'ambito del “Progetto regionale per la promozione della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro”)

L'IDONEITA' AL LAVORO: DIFFICOLTA' E OPPORTUNITA'

La formulazione dell'idoneità al lavoro rappresenta il compito principale del medico del lavoro, quello che ne caratterizza inequivocabilmente la professionalità rispetto agli specialisti delle altre discipline mediche. Questi ultimi prevedibilmente possiedono conoscenze più approfondite nell'ambito della loro disciplina specifica, ma solo il medico del lavoro è “competente” per valutare l'altra metà del problema, cioè l'idoneità del posto di lavoro attribuito al lavoratore rispetto allo stato di salute del lavoratore stesso. In altri termini: il cardiologo conosce la situazione sanitaria del lavoratore dal punto di vista cardiologico, ma solo il medico del lavoro può, e deve, collegare tali conoscenze alla valutazione igienistica del luogo di lavoro, esprimendo un giudizio sull'idoneità di “quel” lavoratore a “quel” posto di lavoro. In tale prospettiva si può recuperare il significato vero del termine “competente” attribuito dal legislatore del lontano 1956 (DPR 303/56) al medico del lavoro aziendale, che risulta tale non in contrapposizione all' “incompetenza” degli altri medici, ma perché gli “competete” conoscere e valutare il posto specifico di lavoro. Il DLgs 626/94 rafforza tali concetti, obbligando il datore di lavoro a formulare un documento di valutazione dei rischi presenti in azienda. E' opportuno che il medico competente collabori alla redazione di questo documento almeno per alcuni rischi a prevalente interesse sanitario, come quelli da movimentazione manuale dei carichi, da videoterminali, da rischio biologico, da cancerogeni, tutti presi in considerazione da specifici titoli del DLgs 626/94. E' invece obbligatorio, e non solo auspicabile, l'intervento del medico competente nella redazione del protocollo delle visite mediche periodiche, la cui periodicità dev'essere motivata sulla base delle informazioni fornite dal documento di valutazione dei rischi. La recente Direttiva Comunitaria 2000/54/CE relativa alla protezione dei lavoratori contro i rischi biologici, che aggiorna quella del 1990 recepita nel DLgs 626/94, conferma il principio di affrontare la valutazione di idoneità del lavoratore secondo i principi e la prassi consolidate della medicina del lavoro (1).

A questo punto giova sottolineare un concetto, efficacemente espresso in un convegno dell'ANMELP dalla Zanetti: “un principio ampiamente condiviso, insito nel patrimonio culturale del medico del lavoro, è che **la formulazione del giudizio di idoneità è finalizzata all'ottimizzazione dell'inserimento lavorativo della persona esaminata, e non alla sua esclusione dal lavoro; tale inserimento deve consentire al lavoratore di svolgere la sua attività proficuamente e senza prevedibile danno**”(2).

Ne emergono due considerazioni: la prima è che non sempre si possono facilmente individuare attività in cui il lavoratore con qualche handicap possa essere occupato senza prevedibile danno (per sé, per gli altri, per gli impianti) e che contemporaneamente risultino proficue, o che comunque non siano fonte di significativo danno economico per il datore di lavoro; il riuscire a individuare queste attività, in accordo col datore di lavoro, è un'abilità specifica del medico competente. La seconda considerazione è che il DLgs 626/94 all'art. 4 comma 5c attribuisce al datore di lavoro un obbligo mai finora esplicitato nella normativa italiana: egli “nell'attribuire i compiti ai lavoratori tiene conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza”.

Obbligo non lieve, per ottemperare il quale è quasi inevitabile il ricorso al medico competente. Si tratta infatti in sostanza di adattare le caratteristiche del posto di lavoro alle particolari “capacità e condizioni” del lavoratore, funzione per la quale il medico del lavoro

è (o dovrebbe essere) preparato dalle sue conoscenze cliniche e di igiene industriale (3, 4).

In questa sua delicata funzione **il medico del lavoro trova alcuni importanti aiuti e supporti** che di seguito si illustrano.

1. Per quanto preparato, il medico del lavoro non potrà mai conoscere in maniera sufficientemente approfondita il posto di lavoro specifico del lavoratore, così come lo conosce chi con quel posto di lavoro è a contatto tutti i giorni. Anche per aiutare il medico del lavoro nella sua funzione, la legge (DLgs 626/94) individua due figure che possono affiancarlo. Si tratta del **Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione**, nominato dal datore di lavoro per seguire per suo conto la partita della sicurezza e della salute sul posto di lavoro, anche se in termini solo operativi, lasciando intatte le responsabilità penali e giuridiche del legale rappresentante dell'azienda. L'altra figura è il **Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza**, eletto dai lavoratori nelle aziende sopra ai 15 dipendenti per collaborare col predetto Responsabile al raggiungimento dell'obiettivo di garantire ai lavoratori il massimo livello di sicurezza e salute in azienda. Purtroppo nelle aziende artigiane il Rappresentante dei Lavoratori non è ancora presente, a 4 anni dall'entrata in vigore della legge, stante il mancato accordo almeno nel Veneto tra associazioni artigiane e sindacati sulle modalità della sua individuazione e nomina. Queste due figure, unitamente al sopralluogo almeno annuale in azienda, obbligatorio per il medico del lavoro, costituiscono le risorse fondamentali per una sufficiente conoscenza del posto di lavoro da parte del medico.
2. **Le visite di idoneità sono periodiche**; tale periodicità, cioè la possibilità di sottoporre a visita il lavoratore secondo intervalli previsti dalla legge, o più brevi su iniziativa del medico del lavoro, fa sì che quest'ultimo possa formulare i suoi giudizi non in termini definitivi, una tantum, ma bensì in termini flessibili, condizionati per esempio ad una durata breve, alla fine della quale può riaggiornare il giudizio. Inoltre il lavoratore sarà informato del fatto di poter richiedere una nuova visita ogniqualvolta ciò sia necessario (DLgs 626/94 art. 17 c. 1i).
3. **Il giudizio d'idoneità può essere condizionato** non solo in termini temporali, come si è appena visto, ma anche in termini qualitativi (per es. idoneo alla mansione di addetto ai telai, a condizione che non effettui turni notturni; idoneo ad attività amministrativa, a condizione che non superi le tre ore al giorno di utilizzo del videoterminale)
4. Il medico aziendale può ricorrere ad **esami clinici e biologici e ad indagini diagnostiche mirate al rischio** (DLgs 626/94 c.3) per supportare la sua valutazione. Può inoltre ricorrere a **visite specialistiche**, per esempio alla visita dello specialista psichiatra che cura il lavoratore, ovvero del SERT se esiste un problema di dipendenza da sostanze. Tali accertamenti, se direttamente connessi alla valutazione idoneativa (per es. spirometria in esposto ad irritanti respiratori), saranno a carico del datore di lavoro, altrimenti (per es. risonanza magnetica in patologia della colonna per approfondire una patologia del rachide) saranno a carico del Servizio sanitario nazionale.
5. Se all'interno dell'azienda non esiste una mansione compatibile con le condizioni poste dal giudizio di idoneità, ovvero se il lavoratore risulta non idoneo alla mansione affidatagli, può essere licenziato. In questo caso però la legge (**art. 5 L. 300/70**, o statuto dei lavoratori) prevede che la valutazione idoneativa non sia posta dal medico competente o da altro medico pubblico o privato, bensì da un'apposita **commissione** di medici pubblici, che nel Veneto è costituita presso il Dipartimento di prevenzione dell'ULSS. Solo la non idoneità espressa da questa commissione costituisce la "giusta causa" per il licenziamento, nelle aziende sopra i 15 dipendenti in cui vige lo statuto dei lavoratori. La richiesta di valutazione viene posta dal datore di lavoro al Dipartimento di

prevenzione, e i costi degli accertamenti sono a suo carico. In realtà molto spesso la commissione si esprime con un giudizio di idoneità condizionata, che se da un certo punto di vista potrebbe essere impugnato dal datore di lavoro (che ha diritto ad una risposta precisa al quesito se quel lavoratore è idoneo a quella specifica mansione), dall'altra è quasi sempre accettato, anche perché costituisce comunque una garanzia per il datore che non gli si potranno imputare danni che il lavoratore possa causare a sé o agli altri (quest'ultima evenienza possibile per esempio con i disabili psichici). Naturalmente questo scarico di responsabilità da parte del datore di lavoro è possibile nella misura in cui egli rispetta le condizioni poste dalla commissione a limitazione dell'idoneità.

6. Se la valutazione posta dalla commissione ex art. 5 L.300/70 è attivabile solo dal datore di lavoro, avverso il giudizio di idoneità posto dal medico competente il lavoratore può ricorrere direttamente allo SPISAL competente per territorio, senza oneri, ai sensi dell'art. **17 c.4 DLgs 626/94**. Lo SPISAL, "dopo eventuali ulteriori accertamenti, conferma, modifica o revoca il giudizio stesso". Si tratta di un ulteriore supporto all'attività del medico competente, che, in caso di contestazione del giudizio di idoneità da parte del lavoratore, lo informerà che può ricorrere allo SPISAL per un giudizio di secondo livello.
7. Infine i lavoratori assunti con il collocamento obbligatorio ai sensi della **L. 68/99**, perché titolari di invalidità civile superiore al 45%, o di invalidità INAIL superiore al 33%, sono valutati periodicamente dal medico competente, se la mansione che svolgono lo richiede. Nel caso in cui il medico competente formuli giudizio di non idoneità alla mansione, ovvero il datore o il lavoratore richiedano una rivalutazione dell'idoneità alla mansione ricoperta dal disabile, quest'ultimo deve essere rinviato per il giudizio alla commissione d'invalidità civile istituita ai sensi della L. 104/92 (legge quadro sull'handicap) e attivata nell'ambito del Dipartimento di prevenzione.
8. Da ricordare, per quanto riguarda i disabili psichici (cioè affetti da patologie psichiatriche) e intellettivi, che l'idoneità in questi casi è "difficile" non solo per le particolari caratteristiche della disabilità mentale, ma anche perché il lavoro stesso è un'abilità complessa, e i criteri clinici cui si attiene il medico del lavoro non sono predittivi del successo dell'inserimento lavorativo. Un recente studio di Michielin (5) dimostra infatti che in pazienti psichici non esiste correlazione tra gravità della patologia, come emerge dalla diagnosi specialistica e/o dal giudizio della commissione medica per l'invalidità civile, e successo dell'inserimento lavorativo. Le capacità lavorative residue si possono verificare solo sul campo, così come le capacità di un calciatore si testano solo facendolo giocare sul campo di calcio, e l'idoneità formulata in precedenza dal medico sportivo non è assolutamente predittiva in tal senso. Da qui discende l'importanza dei percorsi per l'acquisizione di abilità lavorative con stage formativi organizzati in laboratori protetti o in aziende disponibili dai **SIL**, dai **SERT** e dai **CSM** per i soggetti disabili, al fine sia valutarne le reali potenzialità e attitudini lavorative, sia di far loro acquisire abilità lavorative specifiche. SIL e CSM costituiscono insomma strutture che possono fornire al medico del lavoro in singoli casi selezionati un aiuto importante sul piano della consulenza e del supporto operativo.

In conclusione l'idoneità lavorativa del disabile è, e rimane, un' "idoneità difficile", ma il medico del lavoro ha a sua disposizione tutta una serie di supporti e opportunità che, se ben utilizzati, possono notevolmente agevolarlo in questa sua funzione. Ciò dovrebbe spingerlo anche a tralasciare atteggiamenti di eccessiva cautela che talora si riscontrano da parte di medici competenti aziendali, orientati a non assumersi eccessive responsabilità. Atteggiamenti di questo tipo spesso si trasformano in danno per il lavoratore, che risulta certamente la parte debole del triangolo datore di lavoro –

lavoratore – medico competente. In altri termini, come autorevolmente affermato da Scorretti (6), **il medico deve rifuggire dal fare riferimento a “profili di idoneità estremamente rigorosi** (quasi ad indicare che la straordinaria eccellenza fisio-psichica sia l'unica caratteristica atta a garantire la tutela del lavoratore di fronte a rischi eventualmente connessi al lavoro), **se non banali, quando si asserisce che chi è sano e vigoroso è anche idoneo”**.

Analizzando il problema in quest'ottica, se da una parte l'eventuale inabilità del lavoratore non deve certamente creare rischio di danni a terzi, dall'altra è ammissibile che il lavoratore corra qualche rischio per se stesso sul luogo di lavoro, se l'alternativa è la perdita del posto di lavoro. Per esempio, un epilettico in non completo compenso farmacologico può correre qualche rischio di trauma da caduta sul luogo di lavoro, se si valuta che il rischio di lesioni in azienda non è poi molto maggiore che a casa propria (naturalmente se non lavora in altezza), mentre la perdita del lavoro costituisce certamente un danno grave, sia sul piano economico che su quello della realizzazione sociale, per il lavoratore. Per quest'ultimo perciò il rischio più “sostenibile” è certamente quello che corre in fabbrica. E' ovvio che in questa situazione le macchine in azienda devono essere comunque in regola con la normativa sulla sicurezza, ma ciò vale naturalmente non solo per il lavoratore epilettico ma anche per quello perfettamente sano.

Si consideri che la macchina di gran lunga più pericolosa è l'automobile, responsabile in Italia di migliaia di morti ogni anno; è pericolosa sia per il guidatore, che per gli altri. I portatori di disabilità di qualsiasi tipo (motoria, sensoriale, psichica, neurologica ecc.) vengono valutati al fine della concessione della patente di guida speciale non dai medici dei Distretti sociosanitari ma esclusivamente dalla commissione medica locale patenti guida, istituita a livello del Dipartimento di prevenzione delle ULSS capoluogo di Provincia ai sensi del DPR 495/92 (regolamento d'attuazione del Codice della strada). Se questa commissione ha concesso la patente speciale al soggetto monocolo, è ben difficile immaginare che lo stesso sia inidoneo in azienda alla guida del carrello elevatore o all'utilizzo di macchine “pericolose”, quando contemporaneamente può guidare una Ferrari senza alcuna limitazione, che non sia quella dell'obbligo di farsi rivalutare dalla commissione medica locale entro un tempo massimo di cinque anni. In altri termini, il possesso di patente di guida speciale da parte del lavoratore disabile costituisce un dato di confronto utilissimo per il medico del lavoro che deve valutarne l'idoneità, sia che si tratti di un soggetto con problemi psichici magari in terapia con psicofarmaci, sia di un soggetto epilettico, ovvero con problemi di visus ecc.

Per concludere si ricorda un obbligo di cui il **DLgs 626/94 all'art. 4 comma 5c** fa carico al datore di lavoro: egli **“nell'attribuire i compiti ai lavoratori tiene conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza”**. Si tratta di un obbligo non solo per il datore di lavoro, ma di riflesso anche per il medico del lavoro, che di questo adattamento del posto di lavoro alle esigenze del lavoratore (e non viceversa, come nell'impostazione tayloristica classica) dev'essere l'artefice fondamentale.

BIBLIOGRAFIA

1. Direttiva 2000/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 18/9/2000 relativa alla protezione dei lavoratori contro i rischi biologici. GU della Comunità europea L262/21 del 17/10/2000
2. Zanetti C, Saia B: L'idoneità al lavoro. Atti Congresso nazionale Associazione Nazionale Medici del Lavoro Pubblici (ANMELP) su “il rischio biologico nelle strutture socio-sanitarie pubbliche e private”. Abano Terme, 10 - 11/5/2001: 87
3. Galantino L (a cura di): La sicurezza sul lavoro. Milano, 1996: 31

4. Castiglione E: L'idoneità al lavoro specifico: conflitti e soluzioni. Atti Congresso Nazionale 2001 Associazione Nazionale Medici d'Azienda e competenti su "Il medico competente fra qualità e responsabilità". Bologna, 22 – 23/6/2001: 39 – 45
5. Michielin P: Predizione degli esiti dell'inserimento lavorativo di pazienti psichiatrici. Atti Convegno "La formazione e l'inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici". Preganziol (TV), 15/6/2001
6. Scorretti C: La legge 12/3/1999 n°68, sul diritto al lavoro dei disabili. Aspetti sociali e medico-legali. Riv It Med Leg 1999; 21: 448

ALCOL E IDONEITA' AL LAVORO

L'idoneità al lavoro del lavoratore con problemi alcolcorrelati di per sé non presenta caratteristiche significativamente diverse da quelle inerenti l'idoneità del lavoratore con disabilità di qualsiasi altro tipo, per cui si rimanda allo specifico capitolo intitolato "il medico competente e l'idoneità del lavoratore disabile". In questa sede si vogliono solo argomentare alcune brevi considerazioni sulle problematiche correlate all'idoneità del lavoratore con consumi incongrui di alcol che spesso vengono poste agli SPISAL da parte dei medici competenti.

Uno strumento prezioso in mano in questi casi al medico competente è l'idoneità condizionata di breve durata. Invece di ricorrere subito e in maniera automatica ad un giudizio di non idoneità, traumatico per il lavoratore e magari non compreso neanche dal datore di lavoro, che spesso da molti anni convive con i problemi alcolcorrelati del dipendente, è opportuno confermare l'idoneità, limitandola drasticamente nel tempo (per esempio a sei o a tre mesi) e subordinandola alla frequenza di un Servizio di alcologia. Entro il termine temporale di scadenza dell'idoneità il datore di lavoro rinvia al medico competente il lavoratore, e questi dovrà essere in grado di presentare una certificazione del Servizio di alcologia che attesti il suo fruttuoso accesso ad un programma terapeutico e di riabilitazione. In caso positivo l'idoneità potrà essere confermata per tempi più lunghi, e comunque definiti in accordo con il Servizio di alcologia; in caso di rifiuto della frequenza del Servizio da parte del lavoratore, ovvero di situazione di dipendenza talmente grave da non rendere possibile la conferma immediata dell'idoneità, il medico formulerà il giudizio di non idoneità alla mansione specifica, e di idoneità a mansione a minor rischio (se individuabile all'interno dell'azienda).

Ma quali sono le mansioni a maggior rischio? In linea di massima sono quelle comprese nell'**elenco previsto dall'art.15 comma 1 della L 125/01** (legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati) già citato in precedenza: **"nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute di terzi, individuate con decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, di concerto con il Ministro della Sanità, da emanare entro 90 giorni dalla data di emanazione della presente legge, è fatto divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche"**. In attesa di tale decreto lo SPISAL di Padova ha individuato, nella pregevole guida EBAV "Lavoro e tossicodipendenze – per essere informati e per prevenire" (1) indirizzata ai datori di lavoro e ai responsabili dei servizi di prevenzione e protezione, un elenco di lavorazioni a rischio di infortunio, nelle quali dovrebbe essere vietata l'assunzione di alcol. Di conseguenza non dovrebbe essere impiegato in queste mansioni chi non riesce ad imporsi un uso moderato dell'alcol. Più recentemente anche l'ANMeLP (Associazione Nazionale dei Medici del Lavoro Pubblici) e la SIA (Società Italiana di Alcologia) hanno proposto un esteso elenco di attività nelle quali vietare l'assunzione di alcool (autunno 2003).

Il comma 2 del già citato art. 15 della L 125/01 recita: **“Per le finalità previste dal presente articolo i controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro possono essere effettuati esclusivamente dal medico competente....., ovvero dai medici del lavoro dei servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza....”**. Si tratta di un’ulteriore opportunità per il medico competente di approfondire anche con accertamenti clinici specifici l’eventuale abuso di alcol da parte del lavoratore che svolge mansioni a rischio senza compiere un abuso di potere, dato che la legge esplicitamente lo autorizza. Il lavoratore deve essere informato del fatto che il suo eventuale rifiuto a sottoporsi ai controlli alcolimetrici può comportare l’impossibilità per il medico di formulare il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Il comma 3 dell’art. 15 afferma che **“ai lavoratori affetti da patologie alcolcorrelate che intendano accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione presso i servizi di cui all’art. 9 comma 1, o presso altre strutture riabilitative, si applica l’articolo 124 del testo unico in materia di stupefacenti e sostanze psicotrope.....DPR 309/90”**. L’articolo 124 afferma che questi lavoratori **“se assunti a tempo indeterminato hanno diritto alla conservazione del posto di lavoro per il tempo in cui la sospensione delle prestazioni lavorative è dovuta all’esecuzione del trattamento riabilitativo, e comunque per un periodo non superiore a tre anni”**. L’assenza è equiparata ai fini economici e previdenziali all’aspettativa senza assegni dei dipendenti dello Stato.

Quando in azienda non è reperibile un posto confacente alle condizioni del lavoratore alcolista, in linea di principio egli può essere licenziato; se però l’azienda supera i 15 dipendenti e di conseguenza è soggetta alla L 300/70 (statuto dei lavoratori), la valutazione idoneativa ai fini di un eventuale licenziamento può essere posta solo da una **commissione medica pubblica, ai sensi dell’art. 5 della L 300/70** (v. pag. 2) attivata su richiesta del datore di lavoro.

In ogni caso spetta al medico competente il dovere deontologico di segnalare alla Motorizzazione Civile, o alla commissione medica locale patenti guida istituita presso il Dipartimento di prevenzione delle ULSS capoluogo di Provincia, il nominativo del lavoratore alcolista, perché ne venga valutata l’idoneità alla guida (v. pag. 4).

L’esperienza insegna che solo molto raramente il lavoratore alcolista, messo di fronte al rischio di poter perdere lavoro e patente, non si adatta a cambiare (o a cercare di cambiare) radicalmente e in meglio il proprio stile di vita. Indurre questo cambiamento, con l’aiuto del Servizio di alcologia, può comportare un certo impegno sia professionale che di tempo per il medico competente, ma certamente rappresenta un momento alto della sua professionalità e del suo ruolo sociale.

Il lavoratore alcolista non è solo esposto a maggior rischio di infortunio sul lavoro, ma anche al rischio di cumulare l’effetto neurotossico ed epatotossico dell’alcol con quello di alcune sostanze presenti sul luogo di lavoro. Sul piano pratico si tratta degli idrocarburi aromatici benzenici, diffusissimi come solventi nelle attività di verniciatura sia del legno che dei metalli (toluolo, xilolo, stirene ecc.), che possono indurre sia danni al sistema nervoso centrale (vertigini, disturbi neurocomportamentali) sia modesta epatopatia (con aumento delle gammaglutamiltranspeptidasi). Si tratta di disturbi in genere sfumati, che però si possono sommare agli effetti più incisivi che l’alcol ha sugli stessi organi e apparati. In questi casi è necessario verificare l’esposizione professionale del lavoratore misurando gli specifici indicatori biologici di esposizione (acidi ippurico e metilippurico urinari per toluolo e xilolo, acido mandelico e acido fenilgliosilico urinari per lo stirene). Solo se questi indicatori evidenziano un’esposizione elevata si deve pensare ad uno spostamento di mansione; ma prima di tutto in queste situazioni il medico deve saper fornire indicazioni e suggerimenti per la bonifica del posto di lavoro, che nella maggior parte dei casi è possibile e molto semplice, prevedendo aspirazioni localizzate efficienti,

uso di guanti ed eventualmente di maschere a carboni attivi, corrette abitudini igieniche sul posto di lavoro.

BIBLIOGRAFIA

- 1) AA vari: "Lavoro e tossicodipendenze – per essere informati e prevenire". Marghera Venezia: Le guide EBAV (Ente Bilaterale Artigianato Veneto), 2000: 70 - 71

DROGHE E IDONEITA' AL LAVORO

Non si vuole in questa sede ripetere quanto già detto in precedenza a proposito di alcol e idoneità al lavoro, e in seguito a proposito di idoneità del lavoratore disabile, capitoli ai quali perciò si rimanda.

Si desidera però sottolineare l'importanza ai fini dell'argomento trattato del DPR 309/90 (Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope) che all'art. 124 recita: "i lavoratori di cui viene accertato lo stato di tossicodipendenza, i quali intendono accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione presso i servizi sanitari delle unità sanitarie locali o di altre strutture terapeutico-riabilitative e socio assistenziali, se assunti a tempo indeterminato hanno diritto alla conservazione del posto di lavoro per il tempo in cui la sospensione delle prestazioni lavorative è dovuta all'esecuzione del trattamento riabilitativo, e comunque per un periodo non superiore a tre anni". L'assenza è equiparata ai fini economici e previdenziali all'aspettativa senza assegni dei dipendenti dello Stato. Con la L 125/01 questo beneficio è stato esteso anche ai lavoratori affetti da patologie da patologie alcolcorrelate.

Preme infine di sottolineare nella nostra società la scarsa accettazione della tossicodipendenza da droghe rispetto ad altre forme di dipendenza, come quella da alcol e quella da tabacco. Anche il mondo del lavoro risente di questa impostazione culturale, ma il medico del lavoro deve riuscire a mantenere una posizione equilibrata su tale questione.

Come efficacemente afferma il Loy, egli non deve farsi troppo condizionare dalle caratteristiche "comportamentali" del lavoratore: "I tossicodipendenti e i sieropositivi, ad esempio, trovano ostacolo all'inserimento lavorativo non perché ritenuti inidonei, sotto il profilo fisico, all'esecuzione della prestazione lavorativa, ma perché ritenuti inaffidabili e pericolosi. Si assume cioè un modello sociale che, in funzione prevalentemente simbolica, conduce all'emarginazione di quel tipo di devianza, e che può arrivare sino a forme di ostracismo vicine alla fobia"(1).

BIBLIOGRAFIA

1. Loy G: La capacità fisica nel rapporto di lavoro. Milano: Franco Angeli ed, 1992: 21

LA LEGGE 68/99 SUL DIRITTO AL LAVORO DEI DISABILI

Il successo dell'inserimento lavorativo del disabile non costituisce solo un ovvio vantaggio economico, sociale e psicologico per il lavoratore, ma costituisce altresì un vantaggio economico per la collettività, che si sgrava del carico assistenziale costituito dal disabile e lo trasferisce al datore di lavoro.

La legge 68/99 regola l'inserimento lavorativo dei lavoratori disabili in sostituzione della L 482/68, ampliando l'onere del collocamento obbligatorio alle aziende con più di 15 dipendenti (prima il collocamento obbligatorio interessava solamente le

aziende con più di 35 dipendenti), e rendendone molto più efficaci le modalità di espletamento.

Hanno titolo a fruire della norma i disabili per causa di lavoro con invalidità riconosciuta dall'INAIL superiore al 33%, ovvero gli invalidi per malattie comuni con riduzione della capacità lavorativa superiore al 45% certificata dalla competente commissione per l'accertamento dell'invalidità civile. Tra gli invalidi si considerano anche i soggetti con patologie psichiatriche, prima esclusi dalle provvidenze.

La gestione del collocamento è stata affidata alla Provincia, che la esercita tramite la commissione provinciale per il collocamento obbligatorio.

Rispetto alla previgente normativa, l'abbinamento "obbligo del datore di lavoro di mettere a disposizione un posto di lavoro - diritto del lavoratore disabile al collocamento obbligatorio" non è casuale, o legato a criteri burocratici, per cui il disabile motorio veniva ineluttabilmente inserito come manovale in fonderia. Oggi l'abbinamento deve rispondere a criteri tecnici, e viene definito nell'ambito di un **comitato tecnico provinciale**, istituito nell'ambito della commissione provinciale per il collocamento obbligatorio e "composto da funzionari ed esperti del settore sociale e medico-legale". Il comitato tecnico individua la correlazione possibile tra capacità del disabile ed esigenze dell'azienda, per conseguire "un inserimento effettivamente mirato e non apoditticamente imposto al datore di lavoro" (1).

I lavoratori già in servizio con sopravvenuta invalidità possono essere inclusi nella quota riservata ai disabili se l'invalidità supera il 59%, quando non derivi da cause di lavoro per inadempienze accertate del datore di lavoro.

Se il lavoratore o il datore di lavoro vogliono riverificare l'idoneità del disabile alla mansione assegnata, devono fare riferimento, come già detto in precedenza, alla **commissione ex L 104/92**.

Sono previste infine forme flessibili di inserimento lavorativo, per esempio i tirocini lavorativi finalizzati all'assunzione, previa convenzione tra soggetto promotore (ULSS o Provincia) e azienda, con i quali il disabile può acquisire le necessarie competenze professionali. Per ulteriori approfondimenti sui tirocini si rinvia al paragrafo su "il diritto al lavoro delle persone disabili". Altra modalità di soddisfacimento dell'obbligo da parte dell'azienda può essere quella di collocare il disabile in cooperativa sociale di tipo B, previa attribuzione alla cooperativa di un monte commesse pari al costo del lavoratore.

Quando la L 68/99 sarà a completo regime, nel Veneto dovrebbero trovare collocazione lavorativa tutti i disabili in grado di svolgere una qualche attività di lavoro. Si tratta di una scommessa entusiasmante non solo per la società veneta, e in particolare per gli imprenditori chiamati a svolgere un ruolo sociale determinante, ma anche per i medici del lavoro e per tutti gli operatori, pubblici e privati, chiamati a favorire e rendere possibile il concreto inserimento in azienda dei disabili.

BIBLIOGRAFIA

1. Scorretti C: La legge 12/3/1999 n°68, sul diritto al lavoro dei disabili. Aspetti sociali e medico-legali. Riv It Med Leg 1999; 21: 461

GLI SPISAL

La legge 833/78 (riforma sanitaria) affida alle ULSS i compiti di prevenzione e vigilanza degli infortuni e delle malattie professionali, lasciando agli Ispettorati del Lavoro (che oggi si chiamano Direzioni Provinciali del Lavoro) la vigilanza sulle normative contributive e contrattuali.

Gli SPISAL (Servizi di Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro), inseriti all'interno del Dipartimento di Prevenzione, costituiscono lo strumento attraverso il quale le ULSS adempiono ai propri compiti istituzionali in materia.

Più in particolare gli SPISAL:

- vigilano sull'applicazione della normativa vigente in tema di prevenzione degli infortuni ed igiene del lavoro, accertando le violazioni della norma, sanzionando le aziende inottemperanti e prescrivendo l'eliminazione delle inadempienze, da parte del proprio personale in possesso della qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria;
- accertano le cause e le responsabilità in caso d'infortunio e di malattia professionale, per conto della Magistratura;
- svolgono attività di informazione, formazione e assistenza nell'ambito delle proprie competenze nei confronti delle associazioni imprenditoriali, dei sindacati, dei patronati sindacali, dei responsabili dei servizi di prevenzione e protezione, dei rappresentanti dei lavoratori, dei professionisti consulenti in materia, dei singoli datori di lavoro, dei singoli lavoratori. Il DLgs 626/94 ha dato particolare impulso a questa attività;
- tutelano le lavoratrici madri mediante l'accertamento delle condizioni lavorative di rischio per la gravidanza, l'eventuale richiesta di spostamento ad altra mansione compatibile, e l'eventuale espletamento dell'istruttoria per l'astensione anticipata dal lavoro;
- effettuano le visite mediche preventive sugli apprendisti maggiorenni che svolgono attività a rischio (gli apprendisti minorenni vengono visitati dal medico competente)
- effettuano le visite idoneative sui lavoratori che ricorrono avverso il giudizio di idoneità del medico competente, ai sensi dell'art. 17 comma 4 del DLgs 626/94;
- effettuano visite specialistiche di consulenza su richiesta dei medici di base, ospedalieri, competenti;
- vigilano, coordinano e indirizzano l'effettuazione degli accertamenti sanitari periodici; rilasciano autorizzazioni all'esenzione o al raddoppio della periodicità dei suddetti accertamenti;
- valutano i requisiti di igienicità e salubrità dei nuovi insediamenti produttivi;
- valutano i piani di lavoro per la rimozione dei materiali contenenti amianto e i piani di sicurezza dei cantieri edili;
- vidimano i registri infortuni.

In sintesi conclusiva, lo SPISAL, con il contributo di operatori di diversa professionalità (medici, infermieri, tecnici laureati e diplomati, amministrativi) come dice efficacemente Sarto "contribuisce a ridurre l'incidenza degli infortuni sul lavoro, delle malattie professionali e di quelle correlate al lavoro, in particolare attraverso interventi diretti a rimuovere i rischi e a promuovere la cultura della sicurezza nei confronti di imprenditori e lavoratori" (1).

BIBLIOGRAFIA

- 1) AA vari: "Lavoro e tossicodipendenze – per essere informati e prevenire". Marghera Venezia: Le guide EBAV (Ente Bilaterale Artigianato Veneto), 2000: 79