



## **DISEGNO DI LEGGE**

**d’iniziativa della senatrice FUCKSIA**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 4 AGOSTO 2016<sup>(\*)</sup>**

Modifiche al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro

---

<sup>(\*)</sup> Testo non rivisto dal presentatore

ONOREVOLI SENATORI. - All'inizio degli anni Sessanta in Italia si verificavano 4.500 infortuni mortali e oltre 1.500.000 infortuni sul lavoro in totale in un anno; lo scorso anno in Italia sono stati riportati invece meno di 700 infortuni mortali e 700.000 infortuni sul lavoro. Il *trend* di decrescita del fenomeno, negli ultimi anni, non sembra essere stato influenzato in modo sostanziale dall'adozione del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

Un secolo di studi ha dimostrato che il lavoro può avere sulla salute conseguenze negative (infortuni e malattie da lavoro), ma, più recentemente, si è avuta piena dimostrazione del fatto che il lavoro «sano» sia un importante fattore di promozione della salute.

Per migliorare ulteriormente il quadro attuale in materia di sicurezza del lavoro non servono ulteriori interventi sul versante legislativo: in questo campo, al momento, non si può certo affermare che in Italia esistano carenze (le direttive europee in materia vengono da diversi anni puntualmente recepite). Al contrario, si pone un problema di semplificazione della legislazione, aumento dell'efficacia ed efficienza delle attività di vigilanza e riduzione dei costi e del contenzioso connessi agli infortuni e alle malattie da lavoro.

Il decreto legislativo n. 81 del 2008 è nato con le migliori intenzioni ma è arrivato ad essere una legge *monstre* di centinaia di articoli, ridondante oltre misura, e ciò nonostante vaga nella definizione dei comportamenti penalmente rilevanti; la sua applicazione si traduce in una grande quantità di adempimenti formali, che non hanno dimostrazione di efficacia. Per confronto, si con-

sideri che il corrispondente testo legislativo della Svezia, come l'Italia parte dell'Unione europea (e universalmente considerata la Nazione con la maggiore sicurezza del lavoro nel mondo), è composto da soli nove articoli (civilmente tradotti in inglese sul sito *web* del governo svedese).

Il modello sotteso al decreto legislativo n. 81 del 2008 era quello tradizionale adottato nei Paesi avanzati, derivante dalla «medicina industriale» degli anni Cinquanta. Tale modello può ancora oggi essere ancora adeguato per aziende di medie-grandi dimensioni, caratterizzate da forza lavoro stabile (tendenzialmente impiegata per periodi molto lunghi) e con adeguate risorse finanziarie e organizzative. In queste aziende spesso è presente un vero e proprio «servizio sanitario aziendale» dotato di medici del lavoro, personale infermieristico e supporto amministrativo, in grado di far fronte alle necessità delle attività obbligatorie volte a garantire la tutela della salute dei lavoratori, anche con riferimento a stili di vita e comportamenti dei singoli. Tutto ciò, peraltro, non è concretamente applicabile a molte aziende del settore pubblico e alle piccole e medie imprese, che nel nostro Paese occupano la maggioranza dei dipendenti del settore privato (addirittura in molti casi si può parlare di piccolissime o micro imprese). Tale settore risulta naturalmente svantaggiato sul versante della prevenzione, proprio in ragione delle piccole dimensioni e della scarsità di risorse economiche e di personale, il che rende indispensabile mettere in campo misure e obblighi parzialmente differenti rispetto alla grande impresa mantenendo al tempo stesso identiche garanzie per i lavoratori e i datori di lavoro.

Semplificare e razionalizzare l'attuale testo del decreto legislativo n. 81 del 2008 è quindi impresa possibile, seguendo le indicazioni generali basate sui seguenti capisaldi:

- che il testo contenga solo i principi essenziali, chiari e definiti, allo scopo di evitare interpretazioni difformi;

- che tutto ciò che comporta obblighi per le aziende e per i lavoratori sia supportato da adeguate evidenze scientifiche di efficacia;

- che le fattispecie penalmente rilevanti siano definite con estrema chiarezza, senza alcun possibile margine interpretativo, e che le sanzioni siano graduate in base alle possibili conseguenze del pericolo cagionato;

- che per le imprese con profili di rischio bassi e assimilabili agli ambienti domestici (piccoli uffici, attività di servizio semplici, eccetera) siano previste norme specifiche, estremamente semplificate rispetto a quelle generali;

- che tutto quanto esula dagli aspetti generali sia demandato a provvedimenti ministeriali da adottarsi attraverso un procedimento che tassativamente coinvolga le società scientifiche nella definizione del contenuto degli stessi;

- che gli adempimenti documentali siano ridotti al minimo indispensabile e vengano effettuati attraverso modelli unici nazionali da compilarsi via *internet* (*Paper reduction Act*).

La presente relazione illustra la specifica proposta della Società italiana di medicina del lavoro e igiene industriale (SIMLII) per la revisione del decreto legislativo n. 81 del 2008, anzi, per una radicale riscrittura delle norme in tema di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, che prenda come opportuno riferimento il testo originale della direttiva 89/391/CEE (19 articoli, 26.500 caratteri) e il corrispondente testo normativo svedese, citato in precedenza (9 articoli, 50.000 caratteri).

Al tempo stesso, la SIMLII sottolinea come il modello previsto dal decreto legislativo n. 81 del 2008 lasci completamente scoperta la fascia dei lavoratori in cerca di occupazione (che attualmente ammontano a circa 3,5 milioni). Poiché da una cospicua letteratura è stato reso ben noto che lo stato di salute di chi non lavora è regolarmente peggiore di quello di chi ha un lavoro stabile, risulta evidente che anche a questa parte di cittadini andrebbe garantito un servizio medico specializzato sulle peculiari problematiche di salute collegate alla possibile futura attività lavorativa, ancora non previsto dalle attuali normative. L'obiettivo della nuova normativa sarebbe duplice:

1) definire periodicamente il profilo di idoneità generica del futuro lavoratore;

2) verificare lo stato di disagio legato alla condizione di disoccupato con l'attivazione di percorsi di promozione della salute.

Si tratta di compiti che esulano da quelli propri del medico competente e dagli obblighi previsti dagli attuali articoli 25 e 41 del decreto legislativo n. 81 del 2008 e che potrebbero rientrare quali servizi specialistici di medicina del lavoro da erogare nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA) da parte del Servizio sanitario nazionale.

Il medico competente - termine al quale sarebbe opportuno si sostituisse oggi giorno quello di medico della prevenzione occupazionale o medico occupazionale, più rispondente all'oggetto della sua attività professionale - è una figura cardine del sistema di prevenzione in tutti i luoghi di lavoro, assieme al datore di lavoro, al responsabile del servizio di prevenzione e protezione e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza. Tuttavia, in seguito all'emanazione del decreto legislativo n. 81 del 2008, delle numerose successive modificazioni legislative e di molte interpretazioni difformi, anche giurisprudenziali, si è giunti progressivamente a una distorsione del rapporto fra le

figure prima elencate, con ricadute negative sulla proficua applicazione della tutela della sicurezza e salute dei lavoratori e delle lavoratrici in tutti i luoghi di lavoro.

La SIMLII, avvalendosi dell'esperienza scientifica e professionale di tutte le sue componenti, intende porre all'attenzione delle forze politiche e sociali alcune sue proposte, finalizzate a una più precisa individuazione del ruolo e delle funzioni del medico competente e a una reale semplificazione dei suoi obblighi formali. Tali proposte sono state formulate con l'obiettivo di evitare sprechi di tempo e di risorse economiche per il mondo delle imprese per realizzare adempimenti dimostratisi sostanzialmente superflui, lasciando inalterate le garanzie di tutela dei lavoratori e puntando sulle reali e concrete evidenze sanitarie di medicina del lavoro e di reale prevenzione basata sull'evidenza (EPB).

Il medico competente è uno dei protagonisti delle attività preventive rivolte alla tutela della salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro; data la sua delicata e importante funzione («proteggere e promuovere la salute dei lavoratori ... contribuendo a istituire e a mantenere un ambiente di lavoro salubre e sicuro per tutti» [dal codice etico ICOH]) è indispensabile che la sua attività professionale possa svolgersi nel migliore dei modi. In Italia, i principi legislativi alla base della prevenzione negli ambienti di lavoro fanno parte di un complesso e articolato riferimento legislativo, il decreto legislativo n. 81 del 2008 e altra normativa correlata, ma limitarsi solo al rispetto formale di quanto previsto dalle norme può risultare insufficiente ad assicurare una corretta tutela della salute nei luoghi di lavoro.

La stessa normativa, in alcuni punti, si è prestata a interpretazioni contraddittorie e, per altri versi, si è dimostrata inadeguata. A partire dalla sua promulgazione, il decreto legislativo n. 81 ha dato origine a svariati contenziosi tra medici competenti e organi di vigilanza, anche a causa di interpretazioni

differenti da una regione all'altra o, talora, da uno SPSAL (Servizio per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro) all'altro, spesso giunte a giudizio con conclusioni giurisprudenziali difformi.

Attualmente, nella dinamica sociale del nostro Paese, a causa della crisi economica e delle difficoltà manifestate da tutto il sistema delle imprese e a fronte di una interpretazione «formalistica» della legge, l'attività del medico competente è andata progressivamente indebolendosi, fino alla prospettiva di una sua futura totale marginalizzazione. Nell'attuale momento storico, nel quale le risorse a disposizione delle imprese nel nostro Paese - non solo quelle economiche - vanno riducendosi sempre più (molte aziende sono al limite della sopravvivenza e hanno chiuso o ridotto pesantemente personale e presenza sul mercato), va, purtroppo, sottolineato come molte questioni inerenti alla sicurezza in senso generale si siano fortemente ridimensionate, assieme ad altre non direttamente imputabili al «*care business*», come, ad esempio, quelle relative alla manutenzione di strumenti e apparecchiature, ai servizi generali (mensa, pulizia locali, eccetera) e via dicendo. Così, essendo al tempo stesso diminuite le possibilità di adeguati controlli da parte degli organi preposti, a causa dei tagli e delle riduzioni del personale ormai diffusi in tutte le regioni, la tendenza di molte aziende - naturalmente non di tutte - è quella di ricondurre le attività di prevenzione a semplici formalità burocratiche.

Nel quadro così tratteggiato, anche per l'intervento spregiudicato di alcune cosiddette «società di servizi per le imprese» che offrono anche, impropriamente, le prestazioni professionali del medico competente, il principale parametro per la definizione di tale incarico è diventato il prezzo richiesto per la prestazione, prescindendo da tutto il resto: professionalità, esperienza, strumentazione posseduta, eccetera. Inoltre, a differenza di quanto avveniva nel passato,

le gare «al ribasso d'asta» sono ormai prassi comune a pressoché tutte le aziende, non solo nel pubblico ma anche nel privato e anche per le piccole e medie imprese, che costituiscono l'ossatura produttiva del nostro Paese. In questo contesto l'attività del medico competente nei luoghi di lavoro finisce per perdere la centralità che dovrebbe mantenere, configurandosi alla stregua di un controllo medico-legale obbligatorio, superficiale e formale, dal quale l'imprenditore non si aspetta problemi e che deve impegnare l'azienda al minimo e costare il meno possibile.

Le medie, le piccole e piccolissime imprese (le cosiddette microimprese) spesso risultano svantaggiate, proprio a causa delle piccole dimensioni e del minor numero di risorse disponibili, nell'attuazione di adeguate attività preventive e di sorveglianza sanitaria. In tali casi, nell'ambito delle misure di supporto al miglioramento della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, un importante ruolo può essere svolto dall'offerta delle attività di valutazione del rischio e di sorveglianza sanitaria a carico di servizi consortili di medici competenti che dialogano con le associazioni di categoria. Tali servizi consortili, inoltre, potrebbero operare all'interno di una costituenda Agenzia nazionale dei medici competenti (o, meglio, dei medici occupazionali), che potrebbe garantire l'idoneo supporto tecnico-sanitario e il pieno rispetto del codice di deontologia medica e del codice etico ICOH.

L'attività professionale del medico competente, quindi, si misura oggi quotidianamente con questo insieme di problematiche, che rappresentano grandi difficoltà per il professionista sin dal conseguimento della specializzazione, difficoltà che configurano un concreto ostacolo per il corretto svolgimento del proprio incarico. Parecchi adempimenti previsti non generano alcun vantaggio alla tutela della salute dei lavoratori, rappresentando esclusivamente orpelli burocratici di nessun valore pratico. Alcuni degli

obblighi previsti dalla legge possono costituire un notevole appesantimento organizzativo per il medico competente, specie quando ci si trova a gestire numerose piccole aziende (come accade per la maggioranza dei libero-professionisti). Per quanto riguarda lo stesso ruolo e le attribuzioni del medico competente, l'attuale normativa presenta aspetti non sufficientemente chiari che meritano di essere approfonditi e meglio definiti.

Le proposte formulate in seguito cercano di indicare un nuovo percorso legislativo, atto a migliorare l'attività professionale del medico competente liberandola da soffocanti adempimenti di natura esclusivamente burocratica e restituendola pienamente alla medicina e alla prevenzione. Le principali modifiche proposte si riferiscono al titolo I del decreto legislativo n. 81 del 2008 (Principi comuni) con particolare riferimento alla sezione V (Sorveglianza sanitaria), ma attenzione è stata rivolta anche agli altri articoli e alle altre parti del decreto legislativo (allegati compresi) che attengono al ruolo, ai requisiti, agli obblighi e alle sanzioni previste per il medico competente.

In questa nuova visione, quindi, il «nuovo» medico competente, il medico occupazionale – come si propone venga definito – si configura come consulente globale del sistema delle imprese e attore a pieno titolo del sistema integrato di gestione della sicurezza in azienda.

La SIMLII auspica che questo processo di revisione legislativa possa divenire occasione per l'impegno non solo dei medici competenti, ma di tutte le figure in gioco, a livello politico e professionale, con l'obiettivo di migliorare le condizioni di salute di tutti i lavoratori e assicurare l'incremento della «cultura della sicurezza» nel nostro Paese. Vengono quindi di seguito illustrate le principali modifiche proposte con il presente disegno di legge al testo vigente del decreto legislativo n. 81 del 2008.

Si rafforza il ruolo pubblicistico del medico competente e il suo rapporto con il Servizio sanitario nazionale. Si mira, inoltre, a rivedere complessivamente l'importante contributo che il medico competente può apportare al Sistema informativo nazionale di prevenzione (SINP), di cui all'articolo 8 del decreto legislativo, approfondendone le modalità e i tempi, i metodi, gli scopi e i risultati con l'apporto delle società scientifiche del settore.

L'articolo 40 (Rapporti del medico competente con il Servizio sanitario nazionale) non deve essere certo abolito ma va profondamente ripensato, rimarcando la funzione pubblicistica del medico competente e i suoi corretti e indispensabili rapporti con il Servizio sanitario nazionale.

È necessario, peraltro, stabilire con attenzione il modo in cui le informazioni derivanti dalla sorveglianza sanitaria in un determinato comparto e in una determinata area geografica possano venire condivise tra gli operatori e inviate al SINP, per migliorare la qualità del proprio lavoro e le attività di prevenzione. Si deve ipotizzare uno strumento agile che permetta di raccogliere da parte dei medici competenti tali informazioni e che sia in grado di restituirle in tempi ragionevoli, in forma aggregata, al SINP, agli organi di vigilanza, alle società scientifiche del settore e agli stessi medici competenti del territorio considerato.

L'attività del medico competente contribuisce alla conoscenza e alla soluzione dei problemi di salute e sicurezza dei lavoratori esposti ai rischi professionali. I dati sanitari aggregati dei medici competenti costituiscono, quindi, un indispensabile elemento conoscitivo dello stato di salute collettiva dei lavoratori a fronte dei rischi occupazionali.

Si ritiene quindi opportuno che una parte dei dati sanitari prodotti dall'attività del medico competente confluiscono nel SINP, facendo rilevare come tale figura professionale non possa che rivestire un ruolo strutturale e di fondamentale importanza per il Sistema stesso. Il coinvolgimento del medico competente deve essere avviato attraverso la costituzione di una commissione paritetica con le società scientifiche dei medici competenti, di altri esperti in epidemiologia e dei soggetti previsti all'articolo 8; tale commissione dovrà individuare i contenuti prodotti dal medico competente che dovranno confluire nel SINP e le modalità di tale trasferimento.

Date le finalità della raccolta e lo spirito collaborativo richiesto, per tale adempimento non devono essere previste sanzioni penali né amministrative.

Le modifiche proposte con il presente disegno di legge non determinano alcun ulteriore onere per la finanza pubblica.

**DISEGNO DI LEGGE**  

---

## Art. 1.

1. Al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, sono apportate le seguenti modificazioni:

*a)* all'articolo 1, comma 1, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «e delle lavoratrici e dei lavoratori con disabilità»;

*b)* all'articolo 2, comma 1:

1) alla lettera *h)*, le parole: «che collabora, secondo quanto previsto all'articolo 29, comma 1, con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi ed è nominato dallo stesso per effettuare la sorveglianza sanitaria e per tutti gli altri compiti di cui al presente decreto» sono sostituite dalle seguenti: «nominato dal datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi e per effettuare la sorveglianza sanitaria e tutti gli altri compiti di cui al presente decreto»;

2) la lettera *m)* è sostituita dalla seguente:

«*m)* "sorveglianza sanitaria": insieme degli atti e accertamenti sanitari svolti dal medico occupazionale, finalizzati alla tutela dello stato di salute e alla sicurezza dei lavoratori, in relazione alle condizioni di salute degli stessi, all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa»;

3) alla lettera *v)*, le parole: «dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL),» sono soppresse, dopo le parole: «infortuni sul lavoro (INAIL)» sono inserite le seguenti: «, da società scientifiche nazionali di medicina del lavoro» e le parole: «previa istruttoria tecnica dell'ISPESL» sono sostituite dalle se-

guenti: «previa istruttoria tecnica dell'INAIL»;

4) alla lettera *z*), le parole: «dall'ISPESL e» sono soppresse e dopo le parole: «dall'INAIL» sono inserite le seguenti: «e da società scientifiche nazionali di medicina del lavoro»;

5) alla lettera *ee*), dopo le parole: «comparativamente più rappresentative sul piano nazionale,» sono inserite le seguenti: «dei quali possono far parte anche società scientifiche nazionali di medicina del lavoro o associazioni professionali del settore,»;

*c*) all'articolo 3, comma 9, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Il datore di lavoro provvede alla valutazione dei rischi connessi alla mansione ovvero all'attività lavorativa svolta dal lavoratore a domicilio di cui alla legge 18 dicembre 1973, n. 877, attivando la sorveglianza sanitaria ai sensi dell'articolo 41 del presente decreto»;

*d*) all'articolo 6, comma 1, dopo la lettera *m*) è aggiunta la seguente:

«*m-bis*) dieci esperti designati dalle società scientifiche di medicina del lavoro e dalle associazioni professionali nazionali del settore comparativamente più rappresentative»;

*e*) all'articolo 8, comma 2, le parole: «dall'IPSEMA e dall'ISPESL» sono soppresse e sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «e le società scientifiche nazionali di medicina del lavoro»;

*f*) all'articolo 12, comma 1, dopo le parole: «consigli nazionali degli ordini o collegi professionali» sono inserite le seguenti: «o le società scientifiche nazionali di medicina del lavoro»;

*g*) all'articolo 13, comma 1, dopo le parole: «azienda sanitaria locale competente per territorio» sono inserite le seguenti: «, con esclusione delle strutture, sanitarie e non, dipendenti dalla medesima azienda sanitaria locale,»;

h) all'articolo 15, comma 1:

1) alla lettera d), dopo le parole: «metodi di lavoro e produzione,» è inserita la seguente: «anche»;

2) alla lettera l), le parole: «il controllo sanitario» sono sostituite dalle seguenti: «la sorveglianza sanitaria»;

i) all'articolo 17, comma 1, dopo la lettera b) è aggiunta la seguente:

«b-bis) la nomina del medico occupazionale per l'effettuazione dei compiti previsti dalla legge»;

l) all'articolo 18, comma 1, la lettera a) è abrogata;

m) all'articolo 22, comma 1, dopo le parole: «sicurezza sul lavoro» sono inserite le seguenti: «, compresi i principi dell'ergonomia,»;

n) all'articolo 25, comma 1:

1) alla lettera a), dopo le parole: «valutazione dei rischi» sono inserite le seguenti: «, con particolare riferimento ai rischi previsti dalle disposizioni di cui al titolo VI (movimentazione manuale dei carichi), al titolo VII (attrezzature munite di videoterminali), al titolo VIII (agenti fisici), al titolo IX (sostanze pericolose) e al titolo X (esposizione ad agenti biologici), nonché alla valutazione del rischio di *stress* lavoro-correlato»;

2) alla lettera b), le parole: «protocolli sanitari» sono sostituite dalle seguenti: «programmi aziendali sanitari»;

3) la lettera e) è sostituita dalla seguente:

«e) consegna al lavoratore, alla cessazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato e su richiesta dello stesso, copia della cartella sanitaria e di rischio e gli fornisce informazioni relative alla conservazione della medesima; consegna al lavoratore, nei casi di lavoro a termine o di altre forme di lavoro flessibile, l'originale della cartella sanitaria e di rischio per la ulteriore compilazione nel corso di successivo rap-

porto di lavoro; all'atto della cessazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato, l'originale della cartella sanitaria e di rischio va conservato, nel rispetto di quanto previsto dal codice di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, da parte del datore di lavoro per almeno dieci anni, salvo il diverso termine previsto da altre disposizioni del presente decreto»;

4) la lettera *n*) è sostituita dalla seguente:

«*n*) comunica, mediante autocertificazione, il possesso dei titoli e requisiti di cui all'articolo 38 all'Ordine dei medici al quale risulta iscritto, entro il termine di sei mesi dalla data del relativo conseguimento»;

5) dopo la lettera *n*) è aggiunta la seguente:

«*n-bis*) in caso di impedimento per gravidanza, malattia o per altre gravi e motivate ragioni, comunica per iscritto al datore di lavoro il nominativo di un sostituto, in possesso dei requisiti di cui all'articolo 38, per l'adempimento degli obblighi di legge durante il relativo intervallo temporale specificato»;

*o*) all'articolo 29, comma 1, le parole: «, nei casi di cui all'articolo 41» sono soppresse;

*p*) all'articolo 38:

1) al comma 1, la lettera *d*) è abrogato:

2) il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. I medici specialisti in igiene e medicina preventiva o medicina legale e i medici delle Forze armate che, alla data di entrata in vigore del presente decreto, erano abilitati a svolgere le medesime funzioni. I sanitari delle Forze armate, compresa l'Arma dei carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di finanza, non in possesso dei requisiti di cui al comma 1, possono esercitare le funzioni di medico occupazionale esclusivamente per i settori di appartenenza»;

3) al comma 3, le parole: «e sicurezza degli ambienti di lavoro» sono soppresse;

4) il comma 4 è sostituito dal seguente:

«4. I medici in possesso dei titoli e dei requisiti di cui al presente articolo sono iscritti nell'albo dei medici occupazionali istituito presso il Ministero della salute»;

q) all'articolo 39:

1) al comma 2, la lettera a) è sostituita dalla seguente:

«a) dipendente di una struttura esterna pubblica convenzionata con l'imprenditore o di una struttura privata, iscritta ad apposito albo istituito presso il Ministero della salute, convenzionata con l'imprenditore»;

2) dopo il comma 2 sono inseriti i seguenti:

«2-bis. L'incarico di medico occupazionale non può essere affidato mediante il ricorso a gare a ribasso d'asta.

2-ter. Le prestazioni del medico occupazionale che svolge la propria opera in qualità di libero professionista ai sensi della lettera b) del comma 2 sono retribuite in relazione all'impegno orario, tenuto conto che non meno del 30 per cento di tale impegno deve essere svolto in attività di consulenza non legate alla sorveglianza sanitaria»;

3) al comma 6 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Il medico occupazionale coordinatore, oltre a svolgere direttamente l'incarico per la propria unità produttiva, assicura il coordinamento dell'attività degli altri medici con particolare riferimento ai criteri da adottare per la collaborazione dei medici occupazionali alla valutazione del rischio nelle varie unità produttive, all'adozione di modelli comuni di cartella sanitaria personale e di rischio e di altra modulistica, all'individuazione di programmi sanitari comuni a tutte le unità produttive nel caso di mansioni specifiche e profili di rischio ana-

loghi, al supporto ai medici coordinati nel caso di eventuali ispezioni da parte di organi di vigilanza o altri enti; il medico coordinatore partecipa inoltre a eventuali riunioni indette ai sensi dell'articolo 35 del presente decreto, convocate in seduta comune per tutte le unità produttive dell'azienda»;

r) l'articolo 40 è sostituito dal seguente:

«Art. 40 - (*Rapporti del medico occupazionale con il Servizio sanitario nazionale*).

– 1. L'attività professionale del medico occupazionale si svolge in sinergia con le attività del Servizio sanitario nazionale.

2. Entro il 31 dicembre 2016, con decreto del Ministero della salute e del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e sentite le società scientifiche nazionali rappresentative dei medici del lavoro, sono ridefinite le condizioni e le modalità della collaborazione del medico occupazionale al Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP), al fine di valutarne in senso condiviso scopi, metodi e risultati»;

s) all'articolo 41:

1) al comma 1, la lettera *b*) è sostituita dalla seguente:

«*b*) qualora il datore di lavoro o il lavoratore ne faccia richiesta e la stessa sia ritenuta dal medico occupazionale correlata ai rischi lavorativi e alle condizioni di salute del lavoratore»;

2) al comma 2, lettera *b*), dopo le parole: «di norma, in una volta l'anno» sono inserite le seguenti: «, con un margine di tolleranza di sessanta giorni»;

3) al comma 2, la lettera *e-bis*) è abrogata;

4) al comma 2, la lettera *e-ter*) è sostituita dalla seguente:

«*e-ter*) visita medica all'atto della ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di

salute di durata superiore a trenta giorni, prima di adibire il lavoratore alla mansione specifica precedentemente svolta, su richiesta del datore di lavoro o del lavoratore, al fine di verificarne l'idoneità»;

5) dopo il comma *2-bis* è inserito il seguente:

«*2-ter.* Nei casi di lavoratori stagionali o di lavoratori con contratti di lavoro temporaneo o flessibile, gli adempimenti in materia di controllo sanitario si considerano assolti mediante visita medica preventiva, da effettuarsi dal medico occupazionale ovvero dal dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria locale su scelta del datore di lavoro, e successive visite mediche periodiche da effettuarsi dal medico occupazionale, con periodicità di solito annuale. Dette visite preventive e periodiche consentono al lavoratore idoneo di prestare, senza necessità di ulteriori accertamenti sanitari, la mansione specifica con identico profilo di rischio anche presso imprese diverse, fino alla data di scadenza del giudizio di idoneità»;

6) al comma 4, le parole: «e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti» sono sostituite dalle seguenti: «o tossicodipendenza»;

7) il comma *4-bis* è sostituito dal seguente:

«*4-bis.* Entro il 31 dicembre 2016, con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, adottato previa consultazione delle parti sociali e sentite le società scientifiche nazionali rappresentative dei medici del lavoro, sono ridefinite le condizioni e le modalità per l'accertamento delle condizioni di tossicodipendenza e di alcol dipendenza»;

8) il comma *6-bis* è sostituito dal seguente:

«*6-bis.* Nei casi di cui alle lettere *b)*, *c)* e *d)* del comma 6 il medico occupazionale esprime il proprio giudizio per iscritto,

dando copia del giudizio medesimo al datore di lavoro, che la trasmette al lavoratore»;

9) dopo il comma 6-*bis* è inserito il seguente:

«6-*ter*. Il giudizio di idoneità di cui al comma 6 ha validità fino alla data di scadenza anche nei casi in cui sia cambiata la ragione sociale dell'azienda titolare del rapporto di lavoro, purché non siano state modificate la mansione specifica e il profilo di rischio del lavoratore»;

10) al comma 9, dopo le parole: «data di comunicazione del giudizio medesimo,» è inserita la seguente: «esclusivamente»;

t) all'articolo 42, comma 1, dopo le parole: «legge 12 marzo 1999, n. 68,» sono inserite le seguenti: «e in particolare dall'articolo 10, commi 1 e 2,»;

u) all'articolo 43, comma 1, lettera b), sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «, verificandone l'idoneità psico-fisica avvalendosi dal medico occupazionale nominato per la sorveglianza sanitaria ai sensi dell'articolo 17 o dei dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali qualora il medico occupazionale non sia stato nominato»;

v) all'articolo 55:

1) al comma 1, dopo la lettera b) è aggiunta la seguente:

«b-*bis*) che non provvede alla nomina del medico occupazionale ai sensi dell'articolo 17, comma 1, lettera b-*bis*)»;

2) al comma 5, lettera d), dopo le parole: «articoli 18 comma 1, lettere» la parola «a),» è soppressa;

z) l'articolo 58 è abrogato:

aa) all'articolo 63:

1) il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. I luoghi di lavoro devono essere strutturati tenendo conto degli aspetti strutturali e

tecniche da porre in atto qualora vi operino lavoratrici o lavoratori disabili»;

2) al comma 4, dopo le parole: «già utilizzati prima del 1° gennaio 1993» sono inserite le seguenti: «, nei casi in cui si dimostri la non praticabilità in relazione allo stato dell'arte e alla impossibilità tecnica di ottemperare»;

*bb)* all'articolo 168, comma 2, lettera *d)*, le parole: «di cui all'allegato XXXIII» sono soppresse;

*cc)* all'articolo 176:

1) al comma 1, lettera *a)*, le parole: «la vista e per gli occhi» sono sostituite dalle seguenti: «l'apparato visivo»;

2) al comma 3, le parole: «per i lavoratori classificati come idonei con prescrizioni o limitazioni e per i lavoratori che abbiano compiuto il cinquantesimo anno di età; quinquennale negli altri casi» sono soppresse;

3) al comma 6, dopo le parole: «in funzione dell'attività svolta,» sono inserite le seguenti: «nonché occhiali di sicurezza, maschere e altri dispositivi di protezione individuale,»;

*dd)* all'articolo 185, comma 1, le parole: «che gli sono trasmessi dal datore di lavoro per il tramite del servizio di prevenzione e protezione» sono soppresse;

*ee)* all'articolo 186, comma 1, le parole: «per il tramite del servizio di prevenzione e protezione» sono soppresse;

*ff)* all'articolo 196, comma 2, le parole: «su loro richiesta e» sono soppresse;

*gg)* all'articolo 204, il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. I lavoratori esposti sono altresì sottoposti alla sorveglianza sanitaria quando, secondo il medico occupazionale, l'esposizione dei lavoratori alle vibrazioni è tale da rendere possibile un nesso causale con effetti nocivi per la salute o è possibile che tali effetti sopraggiungano nelle partico-

lari condizioni di lavoro, ed esistano tecniche scientificamente validate che consentano di individuare precocemente detti effetti»;

*hh)* all'articolo 211, comma 1, le parole: «trasmessi dal datore di lavoro» sono soppresse;

*ii)* all'articolo 218, comma 1, le parole: «trasmessi dal datore di lavoro» sono soppresse;

*ll)* l'articolo 220 è sostituito dal seguente:

«Art. 220. - (*Sanzioni a carico del medico occupazionale*). - 1. Il medico occupazionale è punito con l'ammenda da euro 200 a euro 800 per la violazione degli articoli 185 e 186»;

*mm)* all'articolo 229:

1) al comma 2, la lettera *c)* è abrogata;

2) al comma 3, primo periodo, dopo le parole: «un valore limite biologico» sono aggiunte le seguenti: «, come indicato nell'allegato XXXIX al presente decreto o in base ad altre indicazioni fornite dalla Commissione consultiva permanente di cui all'articolo 6»;

*nn)* all'articolo 243:

1) il comma 1 è sostituito dal seguente:

«1. I lavoratori di cui all'articolo 242 sono iscritti in un registro nel quale sono riportati, per ciascuno di essi, l'attività svolta, l'agente cancerogeno o mutageno utilizzato e, ove noto, il valore dell'esposizione a tale agente. Detto registro è istituito ed aggiornato dal datore di lavoro. Il responsabile del servizio di prevenzione, il medico occupazionale e i rappresentanti per la sicurezza hanno accesso a detto registro»;

2) il comma 4 è sostituito dal seguente:

«4. In caso di cessazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato, il datore di lavoro invia all'INAIL la cartella sanitaria

e di rischio del lavoratore interessato. Contestualmente, anche le annotazioni individuali contenute nel registro di cui al comma 1 sono inviate all'INAIL, esclusivamente per via telematica. Copia della cartella sanitaria e di rischio è consegnata dal datore di lavoro al lavoratore, su richiesta dello stesso, per il tramite del medico occupazionale, che gli fornisce informazioni relative alla conservazione della medesima»;

3) dopo il comma 4 è inserito il seguente:

«4-bis. In caso di cessazione del rapporto di lavoro a tempo determinato e nelle altre forme di lavoro flessibile, l'originale della cartella sanitaria e di rischio è consegnato al lavoratore per la ulteriore compilazione nel corso del successivo rapporto di lavoro. Contestualmente, anche le annotazioni individuali contenute nel registro di cui al comma 1 sono inviate all'INAIL, esclusivamente per via telematica»;

4) al comma 5, le parole: «all'ISPESL» sono sostituite dalle seguenti: «all'INAIL»;

5) al comma 6, le parole: «dall'ISPESL» sono sostituite dalle seguenti: «dall'INAIL»;

6) il comma 9 è sostituito dal seguente:

«9. La cartella sanitaria e di rischio di cui al comma 2 è istituita e redatta dal medico occupazionale e deve possedere almeno i requisiti minimi indicati nell'allegato 3A. Il regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 12 luglio 2007, n. 155, è abrogato»;

oo) all'articolo 259, il comma 1 è sostituito dal seguente:

«1. I lavoratori addetti alle opere di manutenzione, rimozione dell'amianto o dei materiali contenenti amianto, smaltimento e trattamento dei relativi rifiuti, nonché bonifica delle aree interessate di cui all'articolo

246, prima di essere adibiti allo svolgimento dei suddetti lavori e periodicamente, almeno una volta l'anno o con altra periodicità fissata dal medico occupazionale, sono sottoposti a sorveglianza sanitaria finalizzata anche a verificare la possibilità di indossare dispositivi di protezione respiratoria durante il lavoro»;

*pp)* l'articolo 264 è sostituito dal seguente:

«Art. 264 - (*Sanzioni per il medico occupazionale*). - 1. Il medico occupazionale è punito:

*a)* con l'ammenda da euro 500 a euro 2.250 per la violazione degli articoli 229, comma 3, primo periodo, e comma 6, 230 e 242, comma 4;

*b)* con l'ammenda da euro 100 a euro 400 per la violazione dell'articolo 243, comma 2»;

*qq)* all'articolo 279:

1) al comma 2, la lettera *a)* è sostituita dalla seguente:

«*a)* la vaccinazione dei lavoratori che non sono già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione, da somministrare a cura delle aziende sanitarie locali territorialmente competenti»;

2) dopo il comma 5 è aggiunto il seguente:

«*5-bis*. All'articolo 1, primo comma, della legge 5 marzo 1963, n. 292, la lettera *a)* è abrogata»;

*rr)* all'articolo 280:

1) il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. Il datore di lavoro istituisce e aggiorna il registro di cui al comma 1 e ne cura la tenuta. Il responsabile del servizio di prevenzione e protezione, il medico occupazionale e i rappresentanti dei lavoratori

per la sicurezza hanno accesso a detto registro»;

2) il comma 3 è sostituito dal seguente:

«3. Il datore di lavoro:

*a)* invia periodicamente, in genere con cadenza annuale, esclusivamente per via telematica all'INAIL le annotazioni contenute nel registro di cui al comma 1, comunicando le variazioni intervenute;

*b)* comunica all'INAIL, esclusivamente per via telematica, la cessazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato dei lavoratori di cui al comma 1, inviando contestualmente, esclusivamente per via telematica, l'aggiornamento dei dati che li riguardano; consegna al medesimo Istituto, per il tramite del medico occupazionale, le relative cartelle sanitarie e di rischio; in caso di cessazione del rapporto di lavoro a tempo determinato o nelle altre forme di lavoro flessibile, consegna al lavoratore l'originale della cartella sanitaria e di rischio allo scopo di consentirne il successivo aggiornamento;

*c)* in caso di cessazione di attività dell'azienda, consegna all'INAIL il registro di cui al comma 1, nonché, per il tramite del medico occupazionale, le cartelle sanitarie e di rischio in suo possesso;

*d)* in caso di assunzione di lavoratori che hanno esercitato attività che comportano rischio di esposizione allo stesso agente richiede all'INAIL, esclusivamente per via telematica, la annotazioni individuali contenute nel registro di cui al comma 1»;

3) il comma 4 è sostituito dal seguente:

«4. Le annotazioni individuali contenute nel registro di cui al comma 1 e le cartelle sanitarie e di rischio sono conservate dall'INAIL fino a quaranta anni dalla cessazione di ogni attività che espone ad agenti biologici. Nel caso di agenti per i quali è noto

che possono provocare infezioni consistenti o latenti o che danno luogo a malattie con recrudescenza periodica per lungo tempo o che possono avere gravi sequele a lungo termine, tale periodo è di quaranta anni»;

4) il comma 6 è sostituito dal seguente:

«6. La cartella sanitaria e di rischio di cui al comma 4 è istituita e redatta dal medico occupazionale e deve possedere almeno i requisiti minimi indicati nell'allegato 3A»;

ss) l'articolo 284 è sostituito dal seguente:

«Art. 284 - (*Sanzioni per il medico occupazionale*). - 1. Il medico occupazionale è punito con l'ammenda da euro 500 a euro 2.000 per la violazione dell'articolo 279, comma 3»;

tt) all'allegato IV, sezione 1, Ambienti di lavoro, dopo il punto 4 è inserito il seguente:

## «5. PRIMO SOCCORSO

### 5.1 PRESIDI DI PRIMO SOCCORSO IN AZIENDA

5.1.1 In tutte le aziende di tutti i settori di attività, privati e pubblici, il datore di lavoro deve tenere i presidi sanitari indispensabili per prestare le prime immediate cure ai lavoratori feriti o colpiti da malore.

5.1.2. Detti presidi devono essere contenuti in un pacchetto di medicazione o in una cassetta di pronto soccorso.

5.1.3. La quantità e la specie dei presidi chirurgici e farmaceutici sono definite dal regolamento di cui al decreto dei Ministri della salute, del lavoro e delle politiche sociali, per la funzione pubblica e delle attività produttive 15 luglio 2003, n. 388.

### 5.2 INFERMERIA

5.2.1. Sono obbligate a tenere un locale "Infermeria" tutte le aziende che occupano

più di 50 dipendenti, qualora siano ubicate lontano dai posti pubblici permanenti di pronto soccorso e le attività che in esse si svolgono presentino rischi di scoppio, di asfissia, di infezione o di avvelenamento.

5.2.2 Quando, a giudizio dell'organo di vigilanza, ricorrano particolari condizioni di rischio e di ubicazione, le aziende di cui al punto 5.2.1 sono obbligate ad allestire il locale Infermeria anche se occupano meno di 50 dipendenti.

5.2.3. Il locale Infermeria, oltre a contenere i presidi sanitari previsti al punto 5.1., deve essere convenientemente aerato e illuminato, riscaldato nella stagione fredda e fornito di un lettino, di acqua per bere e per lavarsi, di sapone e asciugamani.

### 5.3 POSTI DI SOCCORSO

5.3.1 Nei complessi industriali ove la distanza dei vari reparti di lavoro dal posto di pronto soccorso dell'azienda è tale da non garantire la necessaria tempestività delle cure, il medico occupazionale o l'organo di vigilanza può prescrivere che l'azienda, oltre a disporre del posto centrale di pronto soccorso, provveda a istituirne altri localizzati nei reparti più lontani o di più difficile accesso.

5.3.2 Detti posti di soccorso, quando le lavorazioni non presentino particolari rischi, devono essere dotati del pacchetto di medicazione. Il medico occupazionale o l'organo di vigilanza, in relazione al numero degli operai occupati nel reparto ed alla lontananza di questo dal posto di pronto soccorso, può prescrivere che sia tenuta, in luogo del pacchetto di medicazione, la cassetta di pronto soccorso.

5.3.3 Quando le lavorazioni eseguite nei vari reparti presentino rischi specifici, il medico occupazionale o l'organo di vigilanza può altresì prescrivere che vi siano sul posto i presidi e le apparecchiature di pronto soccorso ritenuti necessari in rela-

zione alla natura e alla pericolosità delle lavorazioni.

#### 5.4 PERSONALE SANITARIO

5.4.1. In tutte le aziende di tutti i settori di attività, privati e pubblici, deve essere affisso in luogo ben visibile un cartello indicante il posto di soccorso pubblico più vicino all'azienda.

5.4.2. In tutte le aziende di tutti i settori di attività, privati e pubblici, uno degli addetti al primo soccorso nominato ai sensi dell'articolo 18, comma 1, lettera *b*), del presente decreto è incaricato dal datore di lavoro di curare la buona conservazione dei materiali destinati al pronto soccorso e dei locali e degli arredi dell'Infermeria o dei posti di soccorso, qualora istituiti»;

*uu*) all'allegato 3A:

1) nel paragrafo: «ANAGRAFICA DEL LAVORATORE», la voce «Nazionalità» è soppressa;

2) la nota 4 è sostituita dalla seguente: «4. Specificare quali fattori di rischio»;

3) la nota 5 è sostituita dalla seguente: «5. Specificare la storia lavorativa riferita dal soggetto»;

4) la nota 13 è sostituita dalla seguente: «13. La firma del lavoratore, apposta sulla cartella sanitaria o sulla copia della comunicazione scritta del giudizio di idoneità alla mansione trattenuto dal medico occupazionale in caso di cartella sanitaria computerizzata, deve attestare l'informazione circa il significato e i risultati della sorveglianza sanitaria, la corretta espressione dei dati anamnestici, l'informazione circa la possibilità di ricorrere contro il giudizio di idoneità»;

*vv*) l'allegato 3B è soppresso;

*zz*) all'allegato XXXIII, al punto 4, la voce: «Riferimenti a norme tecniche» è soppressa;

*aaa)* le parole: «medico competente», ovunque ricorrono, sono sostituite dalle seguenti: «medico occupazionale»;

*bbb)* le parole: «Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL)» e «ISPESL», ovunque ricorrono, sono sostituite rispettivamente dalle seguenti: «Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL)» e «INAIL».

