

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

Doc. XVII
n. 11

DOCUMENTO APPROVATO DALLA 11^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Lavoro, previdenza sociale)

nella seduta del 22 aprile 1999

Relatore SMURAGLIA

A CONCLUSIONE DELL'INDAGINE CONOSCITIVA

promossa dalla Commissione stessa nella seduta del 12 gennaio 1999, svolta nelle sedute del 9, 16 e 23 febbraio 1999, 2, 3, 4, 9, 17, 23, 30 e 31 marzo 1999; 7 aprile 1999; e conclusa nella seduta del 22 aprile 1999

SULL'ADEGUATEZZA QUALITATIVA E QUANTITATIVA DEI «MEDICI COMPETENTI» AI FINI DELLA PIENA ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 19 SETTEMBRE 1994, N. 626

(articolo 48, comma 6, del Regolamento)

—————

Comunicato alla Presidenza il 27 aprile 1999

—————

1. Nella seduta del 12 gennaio 1999, la Commissione lavoro, previdenza sociale deliberò, in accoglimento di una proposta formulata dal presidente Smuraglia, di richiedere al Presidente del Senato l'autorizzazione a svolgere un'indagine conoscitiva, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, avente ad oggetto l'adeguatezza quantitativa e qualitativa dei medici competenti di cui agli articoli 2 e 17 del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626. Nelle intenzioni della Commissione, indicate anche nella richiesta di autorizzazione inviata lo stesso giorno al Presidente del Senato, tale procedura informativa avrebbe dovuto approfondire ed articolare alcune valutazioni espresse in sede di conclusioni dell'indagine conoscitiva sulla sicurezza e l'igiene del lavoro, svolta congiuntamente con la XI Commissione permanente della Camera dei deputati e terminata il 22 luglio 1997. Già in tale occasione, infatti, erano emersi alcuni interrogativi - riportati anche nel Documento conclusivo, insieme all'indicazione della necessità di ulteriori accertamenti - sulla congruità del numero dei medici competenti, in relazione ai compiti loro assegnati dal decreto legislativo n. 626 del 1994, all'equilibrio nella distribuzione territoriale e al tempo dedicato allo svolgimento delle attività professionali, nonché sotto il profilo della qualità dei servizi erogati. Pertanto, sulla base di tali esigenze conoscitive, il programma dell'indagine, allegato alla richiesta di autorizzazione, prevedeva le audizioni del direttore del Dipartimento di prevenzione del Ministero della sanità e del Coordinamento per la sanità della Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome, nonché dei responsabili delle principali associazioni impegnate sul terreno della prevenzione e sicurezza del la-

voro e dei direttori di alcuni istituti di medicina del lavoro. Accordata l'autorizzazione il 22 gennaio, le audizioni sono iniziate nella seduta del 9 febbraio e si sono concluse il 2 marzo (per gli aspetti procedurali e per lo svolgimento dell'indagine si rinvia all'allegato A).

2. La Commissione osserva che, per ciò che attiene all'aspetto puramente quantitativo, è emersa un'oscillazione non lieve tra il numero dei medici competenti e disponibili già acquisito all'atto dell'indagine conoscitiva sulla sicurezza del lavoro, conclusa col Documento del 22 luglio 1997 (circa 8000), e il numero indicato da alcuni dei soggetti auditi e da alcuni dei documenti acquisiti nel corso della presente indagine (circa 11000). Altre cifre addirittura inferiori a quelle già acquisite a suo tempo sembrano prive di fondamento. È certo, comunque, che il divario suscita qualche perplessità e dimostra la necessità di disporre di dati certi e inequivocabili, anche per poter meglio valutare la situazione complessiva. Sono state fornite spiegazioni convincenti del fenomeno; ma proprio questo dimostra la necessità di predisporre strumenti idonei, per l'avvenire, a fornire dati inequivocabili.

È emersa una sostanziale concordia sulla utilità (anzi sulla necessità) della creazione di albi regionali (e forse di un albo nazionale) che registrino tutti coloro che sono in possesso dei requisiti richiesti dalla legge per svolgere la funzione di medico competente. Ciò consentirà non solo maggiore certezza dei dati, ma anche una miglior conoscenza delle disponibilità effettive da parte delle imprese che vogliono adempiere al dettato della legge.

Intanto ulteriori dati potranno emergere dal monitoraggio sullo stato di attuazione

del decreto legislativo n. 626 del 1994 e successivi provvedimenti di attuazione di direttive comunitarie, posto in essere fin dal luglio 1998 da parte del Coordinamento delle regioni, al quale, fin d'ora, la Commissione raccomanda di dedicare una specifica attenzione ai dati non solo quantitativi ma anche qualitativi, relativi ai medici competenti.

Non si è peraltro ritenuto di compiere ulteriori accertamenti oltre quelli già previsti, sia perché essi non avrebbero potuto produrre comunque risultati sicuri, sia perché è imminente la scadenza del termine assegnato per il compimento dell'indagine conoscitiva, sia, infine, per le ragioni che emergeranno con chiarezza dal paragrafo che segue.

3. In realtà, tutti i soggetti sentiti dalla Commissione hanno concordato, senza esitazioni, sulla piena adeguatezza quantitativa dei medici competenti attualmente disponibili in Italia.

Vi è chi ha fatto dei calcoli, assai convincenti sul rapporto tra medico competente e lavoratori di riferimento; altri hanno fatto richiamo alla media degli altri Paesi concludendo che in Italia non solo è superiore il numero dei medici competenti, ma è anche migliore il rapporto medico competente/lavoratori.

Concordemente, è stato rilevato che il numero dei medici competenti era già sufficiente, ma che su di esso ha inciso positivamente l'aumento dei posti di specializzazione in medicina del lavoro, realizzato in questi ultimi anni, con effetto trascinate anche ai fini della creazione di ulteriori posti in base a convenzioni a livello regionale e locale.

Personalità autorevoli hanno addirittura affermato che se si continuasse a procedere secondo questa linea di tendenza, nel giro di pochi anni si potrebbe correre il rischio di riscontrare un'esuberanza di medici competenti disponibili.

Questo concorde ed unanime rilievo costituisce una delle ragioni più rilevanti per

superare quella incertezza sui dati di cui si è fatto cenno nel precedente paragrafo; essa, infatti, si riferisce non solo e non tanto ai livelli numerici più elevati tra quelli indicati, ma anche e soprattutto a quelli di livello inferiore. Non pochi hanno sostenuto che se anche i medici competenti non oltrepassassero il livello dei 6000, sarebbero ugualmente più che sufficienti ed adeguati (forse più in eccesso che in difetto) alle medie europee.

Una simile conclusione chiude sostanzialmente ogni discorso relativo all'incremento numerico dei medici competenti. Non solo, infatti, esso non sarebbe necessario né utile, ma anzi potrebbe incidere assai negativamente sui livelli qualitativi; il che è da evitare nel modo più assoluto, come già questa Commissione ha avuto occasione di rilevare anche in precedenti Documenti.

4. Bisogna tuttavia farsi carico di un'obiezione che può essere sollevata (e in effetti è stata anche sollevata da alcune parti). Se la valutazione della adeguatezza numerica fosse riferita ad un tipo di medico competente che si dedica a questo lavoro a tempo pieno, essa potrebbe essere smentita dalla constatazione che non tutti, in effetti, dedicano interamente il proprio tempo a questo lavoro, soprattutto quando si tratta di appartenenti a categorie libero-professionali.

La Commissione ha cercato, dunque, di acquisire dati anche su questo aspetto, incontrando peraltro serie difficoltà, proprio per il fatto che non si tratta di dati documentalmente riscontrabili e valutabili in termini di sicura oggettività. Solo un sistema davvero efficiente di controlli anche sulla attività di medici competenti potrebbe fornire risposte sicure ed appaganti.

Ma, allo stato, siamo ben lontani da un simile sistema e, quindi, bisogna ricorrere a sistemi deduttivi e in parte presuntivi.

Anzitutto, bisogna tener conto del fatto che non sono emersi particolari rilievi, al riguardo, da parte delle regioni; né sono stati segnalati fenomeni vistosi e appariscenti di scarsa dedizione temporale all'atti-

vità di medico competente. Al contrario, alcune delle associazioni interpellate hanno riferito di aver svolto indagini interne, sui propri iscritti, anche in numero rilevante, e di aver acquisito la convinzione che in gran parte non vi sono discrasie e il tempo dedicato all'attività di medico competente corrisponde a necessità e anche a correttezza.

È evidente che questo non è un dato risolutivo; tuttavia le associazioni avrebbero interesse, anche per ragioni di loro prestigio, a non nascondere eventuali abusi. E, dunque, ciò che riferiscono è assistito da un notevole margine di attendibilità, anche se non può avere il valore di un dato oggettivo, a livello statistico e documentale.

Ancora una volta, peraltro, appare significativa l'assenza di concrete segnalazioni di disfunzioni oggettivamente rilevanti; e non si può prescindere dal giudizio complessivo, espresso da parte del Coordinamento delle regioni, secondo il quale il problema della adeguatezza numerica non si pone perché il complesso dei medici competenti attualmente disponibili è più che sufficiente, anche se molti non lavorano a tempo pieno. Ciò risponde ad alcune obiezioni circa l'attendibilità di quanto sostenuto da soggetti ritenuti, in qualche modo «interessati»; invero, anche volendo ammettere – per amore di discussione – qualche spinta corporativa, ciò non potrebbe mai valere per tutte le associazioni, da quelle di operatori a quelle di docenti universitari; ma soprattutto non potrebbe valere per ciò che attiene a organismi neutrali come le regioni e lo stesso Dipartimento di prevenzione del Ministero della sanità.

E una volta che i giudizi concordano, a tutti i livelli, compresi quelli pubblici e, dunque, per definizione non interessati a far valere tendenze settoriali, il discorso – inevitabilmente – si chiude, quanto meno per prospettarsi in termini, come si vedrà, tutt'affatto diversi.

5. Un altro dato è stato attentamente esplorato dalla Commissione, in quanto costituiva proprio uno degli aspetti rilevanti

dell'indagine. Si tratta della distribuzione, a livello territoriale, dei medici competenti, della cui omogeneità si era dubitato da alcune parti.

In effetti non sono emersi divari geografici rilevanti, con particolare riferimento alle regioni del Mezzogiorno. Vi è stata una sostanziale concordia, nelle audizioni, sul fatto che qualche eventuale discrasia resta marginale rispetto al quadro complessivo. Sono stati sentiti anche esponenti delle regioni del Sud i quali hanno confermato una sostanziale omogeneità rispetto al complesso del territorio nazionale. Anche per quanto riguarda la recente maggior assegnazione di nuovi posti alle scuole di specializzazione in medicina del lavoro, è stato confermato da tutti che la distribuzione è stata equa e che nessuna regione può considerarsi sacrificata, comprese la Puglia, la Campania e la Sicilia, sulle quali sono stati acquisiti elementi di provenienza diretta e di sicura fonte, quali le regioni.

Qualche discrasia, si è detto, è certamente rilevabile in relazione a specifiche situazioni; e ciò è emerso anche dal dibattito in Commissione. Per ciò che attiene alla Sardegna, però, nessuna particolare segnalazione oltre quella emersa in Commissione è pervenuta da parte del Coordinamento delle regioni o del Dipartimento di prevenzione del Ministero della sanità; per cui il problema appare, allo stato, meritevole di una particolare attenzione in fase di monitoraggio, anche ai fini di un ulteriore approfondimento.

Per ciò che attiene, invece, al fenomeno da alcune parti denunciato di una certa mobilità da alcune regioni del Sud verso il Nord, sono state fornite spiegazioni convincenti, sia per la incontrastabile spinta verso aree in cui si prospettano possibilità di lavoro più interessanti e magari più remunerative, sia per il fatto, che talora può accadere, che la domanda non sia particolarmente intensa in aree in cui permane una certa tendenza all'inosservanza della normativa in tema di sicurezza.

Correttivi a queste disfunzioni potranno derivare, da un lato, dalla maggior conoscenza delle disponibilità effettive di medici competenti (attraverso la creazione di albi regionali), e, dall'altro, dalla maggior diffusione della cultura della prevenzione. Infine, dovranno essere studiati strumenti idonei a favorire una migliore mobilità a livello interregionale, non solo nella tradizionale tendenza verso il Nord, ma in tutte le direzioni.

6. Da tutto quanto precede si desume con chiarezza l'inopportunità di qualsiasi intervento, allo stato, agli effetti di un incremento quantitativo dei medici competenti.

Molte delle misure ipotizzate nel passato risulterebbero idonee solo ad abbassare il livello qualitativo dei medici competenti; appare del tutto sufficiente e idoneo, invece, che si continui sulla strada intrapresa, dell'incremento dei posti di specializzazione in medicina del lavoro, anche con la collaborazione delle regioni e delle stesse Aziende sanitarie locali (Asl).

È significativo, del resto, che nessuno degli interpellati abbia riproposto la vecchia questione della riapertura dei termini dell'articolo 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277. Giustamente, il tema sembra abbandonato; e le uniche voci che si sono elevate al riguardo sono state tutte proiettate in senso negativo. Talché non sembra davvero il caso di soffermarsi ancora sul punto.

Altre proposte e in particolare quella di ampliare le specializzazioni previste dall'articolo 2, comma 1, lettera *d*), n. 1, del decreto legislativo n. 626 del 1994, inserendovi quella in igiene e medicina preventiva, fondate come sono sul presupposto di una «carenza acuta» di medici competenti, come si è visto tutt'altro che dimostrata, non sembrano meritevoli, allo stato, di accoglimento. Né sembra potersi affermare che tale estensione gioverebbe ai fini del miglioramento del livello qualitativo complessivo, perché il problema è certamente complesso e dovrebbe essere affrontato eventualmente

in un contesto più complessivo, secondo le indicazioni formulate dallo stesso articolo 2, comma 1, lettera *d*), n. 1 del decreto legislativo n. 626 del 1994. Peraltro, questa richiesta è rimasta sostanzialmente isolata nel corso delle audizioni e non sembra aver accolto particolari consensi. Sicché non sarebbe giustificata una presa di posizione della Commissione, appunto al di fuori di un complessivo contesto sul quale non è il caso di soffermarsi in questa sede.

Un'ulteriore proposta è stata quella di procedere alla eliminazione, nell'articolo 17 comma 2 del decreto legislativo n. 626 del 1994, dell'aggettivo «specialisti»; il che consentirebbe al medico competente di avvalersi, per motivate ragioni, anche della collaborazione di medici non specialisti.

Questa ipotesi non ha raccolto molti consensi ma, anzi, ha trovato vivaci e consistenti opposizioni. Valga per tutte il netto rifiuto posto dal Coordinamento delle regioni, che lo ha motivato col timore di una sorta di subappalto di alcune funzioni da parte di medici competenti ad altri medici non specialisti. Altri hanno parlato addirittura del pericolo di una sorta di caporalato. Certo è che un'ipotesi del genere, che potrebbe essere presa in considerazione e discussa solo a fronte di una clamorosa carenza numerica di medici competenti, trova, allo stato, scarse giustificazioni per tutte le ragioni già indicate. Mentre è indubbio che sussistono i pericoli denunciati da varie parti.

A tutto questo va aggiunta la considerazione che le funzioni del medico competente sono complesse, ma in certo modo unitarie, perché sarebbe ben difficile scinderle fra quelle in qualche modo delegabili e quelle destinate a restare in capo al titolare. Il medico competente, infatti, non è soltanto colui che esercita la sorveglianza sanitaria sui singoli, ma è una delle figure principali del nuovo sistema di prevenzione: a lui competono la sorveglianza sanitaria in senso ampio, la collaborazione - nei casi previsti - alla valutazione del rischio, lo svol-

gimento di compiti di informazione, valutazione e accertamento, la partecipazione ad un processo di collaborazione e interazione con tutti gli altri soggetti del sistema di sicurezza del lavoro. Compiti chiaramente non scindibili, in quanto collegati ad una complessiva valutazione del rapporto di salute e di prevenzione fra lavoratori e ambienti di lavoro. Se queste funzioni sono ampie e complesse, altre sono le misure che possono essere adottate - come si vedrà - non solo e non tanto per alleggerirle quanto per canalizzarle in direzioni essenziali, semmai eliminando mere formalità e ripetitivi comportamenti burocratici ed inutili, e così via. Ma su questo converrà tornare più oltre.

7. È emersa, da tutti i contributi informativi, l'esigenza di fare realmente del medico competente una figura centrale del sistema di prevenzione, adeguata alle effettive necessità ed alla complessità dei compiti affidatigli.

Da ciò l'esigenza sia di una formazione corrispondente ad una effettiva specializzazione, la quale può derivare solo da un rapporto di tipo universitario, collegato ad esperienze concrete, sia di un aggiornamento continuo.

Come giustamente si è chiesto da parte delle regioni, bisognerà arrivare a garantire che, oltre alle fondamentali conoscenze previste, peraltro, in tutti gli statuti delle scuole di specializzazione, il medico competente disponga anche di conoscenze precise in tema di ergonomia e di epidemiologia ed abbia effettuato un tirocinio pratico presso le imprese e presso i servizi di prevenzione e sicurezza delle Asl.

Questo significa non solo puntare sempre di più sull'alto livello qualitativo e sulla crescente disponibilità di posti nelle scuole universitarie di specializzazione, ma anche sull'estremo rigore per la frequenza dei corsi, per la loro corrispondenza non solo alle esigenze teoriche ma anche di scienza applicata e collegata ad esperienze reali.

Quanto all'aggiornamento, bisognerà studiare sistemi che consentano in tutte le sedi e le località, di disporre di strumenti concreti di conoscenza dello sviluppo del pensiero e delle tecnologie; ma bisognerà anche prevedere possibilità di corsi di aggiornamento e di periodi di sospensione dell'attività per ragioni di studio (di tipo «sabbatico»), col concorso delle università, delle Asl, delle regioni e di ogni altro ente o istituto che si occupa, a livello scientifico, di prevenzione.

Presupposto di tutto questo è anche la corretta e diffusa circolazione dei dati e dei flussi di informazione e la creazione di rapporti effettivi tra regioni, Asl e università, anche ai fini dell'impostazione di corrette ricerche di tipo epidemiologico.

Naturalmente, non si può lasciare tutto questo alla spontaneità ed alla buona volontà. Per cui la Commissione ritiene meritevoli di accoglimento le indicazioni emerse dalle audizioni ma anche dallo stesso contributo di diversi senatori nel corso della discussione, circa l'esigenza della creazione di «sistemi di accreditamento» della qualità dei servizi di sorveglianza sanitaria e delle prestazioni, con l'indicazione di tipologie di atti e di comportamenti, prive di rigidità burocratiche, ma tali da costituire utili ed anzi necessari punti di riferimento anche al fine delle necessarie valutazioni qualitative. Si è anche prospettata la definizione di sistemi tariffari per le prestazioni a pagamento; e anche questo aspetto è meritevole di attenzione, non tanto perché possa giovare al miglioramento del livello qualitativo, quanto e soprattutto ai fini della trasparenza e della correttezza (che sono poi elementi essenziali anche della professionalità, latamente intesa).

Naturalmente, a questo si collega anche l'esigenza di un miglioramento dei sistemi di controllo sullo svolgimento dei servizi e sullo stesso tempo dedicato dai medici competenti allo svolgimento dei propri compiti; controlli che saranno certamente agevolati dall'introduzione dei citati sistemi di accreditamento qualitativo.

Un altro aspetto sul quale si sono registrate molte opinioni favorevoli e sul quale la Commissione concorda è quello relativo ad un diverso raccordo tra la sorveglianza sanitaria prevista dal decreto legislativo n. 626 del 1994 e il sistema rigido di visite periodiche previsto dall'articolo 33 del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1956, n. 303, recante norme generali per l'igiene del lavoro).

In effetti il citato decreto, che ha svolto e svolge ancora, per alcuni versi, una funzione assai rilevante, si basava sul sistema di periodicità rigida di visite, ormai superato; e non solo perché il previsto sistema di deroghe ha funzionato poco, ma anche perché una volta che tutto il sistema di prevenzione trova il suo perno fondamentale nella valutazione del rischio, appare giusto commisurare a quel momento la scelta da compiere in ordine a vari aspetti, quali le modalità della sorveglianza sanitaria e la periodicità delle visite. Certamente, non si potrà lasciare tutto alla discrezionalità del medico competente, ma, tra la rigidità del decreto del Presidente della Repubblica n. 303 del 1956 e la discrezionalità assoluta, ci sono vie intermedie nelle quali occorre collocarsi, naturalmente con tutta l'attenzione e tutte le cautele del caso. È indubbio, comunque, che una misura di questo tipo non tanto gioverà ad alleggerire le funzioni dei medici competenti (questa visione, presente in qualche presa di posizione, appare - se limitata a questo - troppo riduttiva) quanto sarà utile per liberare i medici competenti da compiti ripetitivi, formali ed inutili per concentrare la loro attività sui compiti fondamentali, su un più stretto collegamento della sorveglianza alla valutazione del rischio e soprattutto alle specificità delle situazioni e delle lavorazioni.

Naturalmente, il tema abbisogna di qualche approfondimento; ma diversi convegni promossi di recente da varie associazioni che operano nel settore della prevenzione hanno già recato un saliente contributo e quindi sta per venire il momento in cui si

potrà procedere a scelte concrete anche sul piano normativo.

Va da sé che seguendo questa strada, i medici competenti potranno essere liberati da qualche compito inutile, ma assumeranno maggiori responsabilità, proprio perché la maggior discrezionalità e il più stretto rapporto con la valutazione del rischio imporranno l'acquisizione di una professionalità sempre più completa e aggiornata.

Resta, infine, da considerare un problema che è emerso con nettezza nel corso dell'indagine, quello cioè relativo alle incompatibilità previste dall'articolo 17, comma 7, del decreto legislativo n. 626 del 1994. La disposizione in questione è apparsa ad alcuni eccessivamente rigorosa e meritevole di qualche correzione, mentre si è discusso anche su quella prevista dall'articolo 24, comma 2, dello stesso decreto e sulle interpretazioni che autorevolmente sono state date anche dall'Autorità garante, dei principi di rigorosa separazione.

Da più parti si è osservato che se ci sono indubbiamente dei rischi nel consentire lo svolgimento di attività tra loro contraddittorie, è anche vero che una separazione troppo netta può condurre ad altri inconvenienti, tra i quali va segnalato quello di confinare l'attività di vigilanza ad un livello meramente repressivo, proprio mentre da più parti si invocano comportamenti che mirino prima di ogni altra cosa a favorire l'ottemperanza delle norme di prevenzione.

Il tema è delicato e complesso e forse, per dare risposte appaganti, occorrerebbero ulteriori approfondimenti, tanto più che - a quanto hanno riferito i rappresentanti delle regioni - il problema sarebbe in corso di ulteriore riflessione da parte della stessa Autorità garante. La Commissione è sensibile a questa tematica e ritiene che, anche nel corso dell'esame ed approvazione di un testo unico della sicurezza, essa debba essere attentamente considerata, cercando di conciliare l'esigenza di separazione strutturale di alcune funzioni con la necessità di una visione globale e complessiva del sistema della prevenzione, che deve necessaria-

mente essere integrato e non basato su distinzioni troppo rigide, a rischio addirittura di frammentazione.

Del resto, di questa esigenza si era già fatta carico la Commissione, nell'approvare il Documento conclusivo dell'indagine sulla sicurezza e l'igiene del lavoro, che appunto alle accennate questioni dedicava considerazioni tuttora attuali.

Da ultimo, la Commissione ritiene di non dover trascurare lo spirito di un'ulteriore proposta emersa nel corso del dibattito generale, quella cioè di valorizzare le esperienze maturate sul campo in medicina del lavoro, mediante la previsione di canali privilegiati per l'accesso alle scuole di specializzazione.

Lo spirito della proposta è senz'altro da condividere, nel senso - del resto già rilevato - che è giusto valorizzare le conoscenze teoriche, purché nel contesto di una idonea valutazione delle esperienze pratiche. Più difficile è parlare, in concreto, di veri e propri canali privilegiati per l'accesso alle scuole di specializzazione, che richiederebbero modifiche statutarie e imporrebbero la ricerca di criteri di valutazione oggettiva delle esperienze concrete, non facili da individuare.

Piuttosto, poiché risulta che tra i punteggi per i concorsi di accesso alle scuole di specializzazione, oltre a quelli «classici» (laurea, titoli oggettivi) ce ne sono alcuni che implicano valutazioni di carattere più ampio, sembra accoglibile la raccomandazione di tenere nel maggior conto possibile, in quell'ambito, l'esperienza concreta, compiuta nel campo specifico, da parte degli aspiranti: i quali, del resto, se quella esperienza avranno compiuto con reale impegno ed effettivi risultati sul piano professionale, non mancheranno di dimostrarlo proprio in sede delle valutazioni che saranno compiute anche ai fini dell'accesso alle predette scuole di specializzazione.

L'indicazione ha, insomma, un sapore molto concreto e realistico, come si conviene alla materia cui ci stiamo riferendo: conoscenze teoriche, aggiornamenti, esperienze concrete, devono riuscire a sommarsi, nei singoli individui, proprio al fine della realizzazione di quella figura ideale di medico competente che la legge già delinea in modo assai più netto rispetto ad altre figure professionali e che è, in ogni caso, nell'auspicio di quanti credono alla rilevanza fondamentale di un efficiente sistema di prevenzione.

SMURAGLIA, *relatore*

ALLEGATO A

La richiesta di autorizzazione a svolgere un'indagine conoscitiva, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, avente ad oggetto l'adeguatezza quantitativa e qualitativa dei medici competenti di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, è stata inviata al Presidente del Senato il 12 gennaio 1999. Nella relativa comunicazione, oltre alla prospettazione del programma di audizioni, veniva indicato anche il termine di due mesi, a decorrere dalla data dell'autorizzazione presidenziale, per la conclusione della procedura informativa.

Con lettera del 15 gennaio 1999 il Presidente del Senato, nell'autorizzare in via di massima lo svolgimento dell'indagine, richiamava l'attenzione sulla contiguità della materia trattata con l'ambito di competenza della 12^a Commissione permanente (igiene e sanità) e invitava il Presidente della 11^a Commissione permanente a informare dell'iniziativa assunta il Presidente della Commissione igiene e sanità, per le vie brevi, al fine di prevenire il sorgere di questioni di competenza che avrebbero potuto pregiudicare il rapido ed efficace svolgimento dell'indagine.

Seguiva quindi uno scambio di note tra il Presidente della 11^a Commissione permanente (19 gennaio) e il Presidente della 12^a Commissione permanente, senatore Carella (21 gennaio), all'esito delle quali, convenendo il presidente Carella sulla competenza della 11^a Commissione permanente relativamente alla materia oggetto dell'indagine, il Presidente del Senato concedeva in via definitiva l'autorizzazione prescritta dal Regolamento, con lettera del 22 gennaio 1999.

Va altresì ricordato che, in accoglimento della richiesta avanzata dal presidente Carella con la predetta nota del 21 gennaio, la 12^a Commissione permanente è stata costantemente tenuta al corrente del calendario delle audizioni.

L'indagine conoscitiva ha quindi preso l'avvio con la seduta del 9 febbraio 1999, nella quale sono stati ascoltati il Direttore del Dipartimento prevenzione del Ministero della sanità, il Presidente della Società italiana di medicina del lavoro e di igiene industriale (SIMLI), e una delegazione della Società nazionale operatori della prevenzione (SNOP).

Nella successiva seduta del 16 febbraio si è svolta l'audizione di una delegazione dell'Associazione nazionale dei medici del lavoro pubblici (ANMeLP); del Presidente della Consulta interassociativa italiana per la prevenzione (CIIP); dei rappresentanti dell'Associazione nazionale medici di azienda (ANMA) e del Presidente dell'Associazione universitaria italiana di medicina del lavoro «Bernardo Ramazzini».

L'indagine è quindi proseguita nella seduta del 23 febbraio, nel corso della quale si è svolta l'audizione di una delegazione della Confe-

renza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome, mentre il 2 marzo sono stati ascoltati il Direttore dell'Istituto di medicina del lavoro dell'Università di Napoli «Federico II»; il Direttore della Scuola di specializzazione in medicina del lavoro della II Università di Napoli; il Direttore dell'Istituto di medicina del lavoro dell'Università degli Studi di Roma di Tor Vergata; il Direttore dell'Istituto di medicina del lavoro dell'Università degli studi di Padova e un rappresentante dell'Istituto di medicina del lavoro dell'Università degli studi di Bari.

Dei soggetti ascoltati nel ciclo di audizioni (conclusosi con la seduta del 2 marzo) hanno consegnato documenti e memorie appositamente predisposte: il Direttore del Dipartimento della prevenzione del Ministero della sanità, la SNOP, l'ANMeLP, l'ANMA, l'Associazione italiana di medicina del lavoro «Bernardo Ramazzini», la Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome, l'Istituto di medicina del lavoro dell'Università degli Studi di Bari.

Sono stati trasmessi inoltre documenti e note anche da soggetti non inclusi nel programma di audizioni, ma che hanno comunque ritenuto opportuno far conoscere il loro parere sulla materia oggetto dell'indagine: si tratta dell'Istituto di medicina del lavoro e tossicologia professionale e ambientale dell'Università di Perugia, dell'Associazione medici specialisti in medicina del lavoro, del Coordinamento specializzandi in medicina del lavoro e della Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica (SItI). Da parte del Presidente della SIMLI è infine pervenuta copia del carteggio da questi intrattenuto con il Direttore dell'Istituto di medicina del lavoro dell'Università di Padova, sulle problematiche oggetto dell'indagine (gli ultimi due documenti citati sono pervenuti dopo la conclusione delle audizioni, ma sono stati ugualmente portati a conoscenza della Commissione).

Esaurita la fase delle audizioni, dopo una breve sospensione dei lavori, decisa nella seduta del 4 marzo per consentire a tutti i componenti di disporre del tempo necessario per prendere visione della predetta documentazione, resa immediatamente disponibile, la Commissione esaminava la modalità di prosecuzione della procedura informativa, sulla base di una relazione svolta dal Presidente, nella seduta del 17 marzo: all'esito di tale discussione, protrattasi nelle sedute del 23 e del 31 marzo, nella seduta del 7 aprile, la Commissione, accogliendo le proposte in tal senso del Presidente, considerata l'ampiezza degli elementi emersi nel corso del dibattito e l'opportunità di esprimere comunque il proprio punto di vista e le relative proposte sulla materia oggetto dell'indagine, conveniva sull'opportunità di concludere la procedura informativa con un Documento conclusivo, dando mandato al Presidente stesso di disporre uno schema.

Nel frattempo, essendo spirato il termine di due mesi decorrente dall'autorizzazione del Presidente del Senato, lo stesso presidente Mancino, in accoglimento della richiesta avanzata dal Presidente della Commissione il 23 marzo, ha concesso la proroga di un mese del termine originariamente previsto.

