

PISA  
28-29 maggio 2009

**PROSPETTIVE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA TUTELA DELLA  
SALUTE  
DEI LAVORATORI**

Sessione la Formazione e la qualità

**LA FORMAZIONE E IL RUOLO DEL MC: IL PUNTO DI VISTA DEL MEDICO DEL  
LAVORO PUBBLICO**

Intervento di Laura Bodini - ASL Milano

I Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle ASL hanno, nei confronti della attività dei Medici Competenti, come nei confronti di tutte le figure del sistema di prevenzione aziendale, funzioni di vigilanza, prevenzione e controllo.

Ne annotiamo le principali:

- Durante la normale attività di vigilanza e controllo nei cantieri e nelle aziende a rischio (su programmi regionali, territoriali e su richiesta), valutando il ruolo assunto dal MC nel partecipare alla progettazione e stesura del DVR, la sua partecipazione al sistema SGS (sistema di gestione della sicurezza), il suo contributo in relazione alle attività di informazione, di formazione, di prevenzione aziendale, nel proporre e realizzare piani di sorveglianza sanitaria corretti e coerenti rispetto al DVR nel suo divenire con suggerimenti di ergonomia, igiene del lavoro, eti.
- Nella gestione del sistema informativo e delle attività sanitarie ad esempio:
  - esame degli schemi ex – articolo 40 del D. Lgs 81/2009 e, più in generale, delle relazioni sanitarie, con una prima valutazione della qualità e della completezza ( vedi oltre),
  - ricezione e valutazione delle segnalazioni/denunce di patologie a causa o concausa professionale, inchieste dirette;
  - istruttoria dei casi di ricorso ex – articolo 41, comma 9, Dlgs 81/2008 e articolo 5, Legge 300/1970,
  - sportello informativo sulle “idoneità difficili” per lavoratori,
  - sportello informativo per i Medici Competenti (incontri, e-mail, etc).

#### NOTA 1

Settori scelti per le attività programmate di controllo e prevenzione dalle ASL

- Edilizia
- Logistica, magazzinaggio e grande distribuzione
- Aziende con rischio chimico ed esposizione ad agenti cancerogeni e/o mutageni
- Aziende con rischio di infortuni elevato (dati tratti dal sistema INAIL – ISPESL)
- Aziende agricole e zootecniche
- Comparti territoriali significativi (legno, ceramica, metalmeccanica, tessile, agroindustria, ecc.)
- Ospedali e RSA
- Banche,/ alberghi, etc

Qualche riflessione derivata dalla lettura degli schemi articolo 40 DLgs 81/2009

L'utilizzo dello schema proposto dal Coordinamento delle Regioni ha permesso una uniformità di risposte e, pur nella rigidità apparente, dei grandi spazi di libertà di risposta ma dal mio punto di vista di lettore ed esaminatore

- genericità nella definizione di mansione (operaio addetto alla produzione, lavoratore edile, etc)
- dettaglio sul protocollo sanitario con un eccesso di frequenza di esami e visite ma pochissime indicazioni di strumenti di indagine quali questionari per la raccolta di disturbi (ad esempio per le patologie da sovraccarico muscolo-scheletrico, etc)
- pochissime segnalazioni di patologia professionale
- molte segnalazioni di idoneità limitate ma pochissimi medici competenti hanno per esempio indicato tra parentesi le limitazioni riferendole ai rischi individuati

- scarso utilizzo delle voci “libere” ad esempio sforzo vocale nei call-center, lavoro in quota o rischio da tetano in edilizia, poche le operazioni di saldatura in cui viene indicata la tipologia di acciaio legato, etc

Credo sia un errore la semplice cancellazione dell'articolo 40 come proposto dallo schema di revisione del Testo Unico attualmente proposto dal Governo.

Occorre che questo strumento utilissimo alla comunicazione venga, dopo questo primo test:

- rivisto dal Coordinamento delle Regioni sentendo i suggerimenti delle ASL che si sino misurate con la lettura di grandi numeri ed i Medici competenti
- reso obbligatorio per programmi di analisi di settore/ comparti mirati e comunicati a livello nazionale, regionale, territoriale

Qualche riflessione sui nuovi lavoratori e sulle difficoltà relative anche della sorveglianza sanitaria

Rispetto al passato oggi non troviamo praticamente in alcun luogo di lavoro un soggetto che per decenni, professionalizzandosi, rimane in una azienda, in un reparto e con una mansione, ad eccezione di alcuni settori di servizi pubblici (personale sanitario, scolastico, amministrativo) oggi precarietà, turn-over, instabilità, sono all'ordine del giorno.

Ma d'altra parte l'aumento dell'età media in alcuni settori (sanità, commercio, produzione, edilizia...) con il portato di patologie degenerative: tumori, patologie reumo-articolari, cardio-circolatorie rendono i giudizi di idoneità alla mansione più complessi.

La gestione della Legge 68/99 sul collocamento dei lavoratori con invalidità in età lavorativa presupporrebbe una maggiore collaborazione tra medici del lavoro ASL e medici competenti per identificare postazioni e mansioni più idonee o confermare quelle svolte.

Si tratta forse di avere all'esame della commissione ASL maggiori informazioni specifiche sul caso i esame da parte del MC proprio per potere definire meglio la diminuzione della capacità di lavoro specifica e quindi dare un punteggio consono che possa rendere la collocabilità di un invalido nella azienda (ricordiamo che con il 60% della invalidità civile il collocamento diventa obbligatorio e comporta per la azienda uno sgravio contributivo...) Questo presuppone per il medico del lavoro competente come per quello ASL una base di conoscenza di medicina legale.

Un altro grande problema sta diventando l' aumentato consumo di alcool e stupefacenti nelle giovani generazioni, problematica complessa e non solamente per le categorie a rischio.

Così come forse sono in aumento i disturbi da stress per la crisi, la precarietà del lavoro, in alcuni settori i ritmi di lavoro.

Diventano quindi fondamentali:

- l'utilizzo di strumenti informativi di comunicazione tra medici competenti e MMG;
- mantenimento anche se “mirato” e rivisto dello schema articolo 40 Dlgs 81/2008
- una maggiore collaborazione con ASL anche sulle invalidità civili e da lavoro;
- una maggiore capacità informativa della ASL nei confronti dei MC e delle imprese ( oggi ad esempio il repertorio e-mail derivato da articolo 40 potrebbe rendere più agevole la trasmissione di quesiti, news letter, etc)

Le malattie professionali – le patologie correlate al lavoro

Riguardo alle malattie professionali, va detto innanzi tutto che si tratta di un fenomeno assai più “complicato” da valutare rispetto a quello degli infortuni. I primi sono denunciati ; le seconde molto meno.

Negli ultimi 2 decenni sono progressivamente diminuite le denunce, rispetto alle quali non più di 1/3 viene riconosciuto dall’Inail; tendono a diminuire significativamente (talora verso la scomparsa) alcune malattie storiche (intossicazioni, silicosi, asbestosi, gravi ipoacusie da rumore, ecc) sempre maggiore è la difficoltà di individuare e riconoscere quadri più sfumati e spesso a genesi multifattoriale (ossia non solo di origine lavorativa), quali, ad esempio, le malattie muscolo – scheletriche o le patologie da sovraccarico degli arti superiori, i disturbi da stress, ecc, che negli altri Paesi Europei hanno una maggiore rilevanza epidemiologica.

Per descrivere il fenomeno delle malattie professionali è stata spesso utilizzata l’immagine dell’iceberg, esplicativa di un sommerso, di entità non nota ma presumibilmente rilevante, che si dovrebbe auspicabilmente e progressivamente cercare di far emergere con un impegno dei vari soggetti ad iniziare dai medici competenti e dai lavoratori.

E’ dunque opinione abbastanza diffusa che più si lavora/lavorerà su questi aspetti più - almeno in un periodo non breve - i numeri probabilmente aumenteranno (appunto con l’emersione del sommerso e del sottonotificato....) riguardante le patologie da lavoro.

Medici ASL (a titolo esemplificativo)

- ricerca attiva dei tumori professionali che ha oggi metodi consolidati ( registri MM e TUNS, sistema OCCAM, etc)
- ricerca attiva delle patologie muscolo-scheletriche per comparti

Medici competenti (a titolo esemplificativo)

- adottare strumenti per meglio indagare la realtà (questionari mirati specifici disturbi)
- avere tempo per “guardare” la realtà ove operano i lavoratori
- segnalare le patologie da lavoro (certe o presunte) senza imporsi censure non motivate

Ruolo e Formazione del Medico Competente

Il Medico competente contribuisce affinché l’attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e della norme di tutela e sviluppo della salute.

Il MC dovrebbe essere:

- un componente attivo del sistema di prevenzione aziendale
- un soggetto dotato di forte autonomia professionale (art. 39,)
- partecipe attivo al processo continuo di valutazione dei rischi, alla stesura del relativo DVR (art. 25, comma 1, lettera a, art. 28 ed art. 29, comma 1). Ciò in relazione al fatto che le sue conoscenze di igiene e medicina del lavoro e tossicologia industriale, le sue conoscenze di tecnologia del lavoro ed, in parte, di impiantistica, la sua esperienza nei settori specifici, le sue riflessioni sui risultati della sorveglianza sanitaria, le sue osservazioni durante sopralluoghi e riunioni, il ragionamento sulle osservazioni dei lavoratori, non possono che diventare parte integrante del DVR e dei suoi aggiornamenti, dei verbali delle riunioni periodiche e straordinarie, dei piani di informazione e formazione, dei piani di soluzione e bonifica, ecc.

- comunica “al più presto” le risultanze della attività di sorveglianza sanitaria (anche a seguito di visite su richiesta di singoli lavoratori), che possono essere importanti per una revisione della VDR (artt. 229 e 242)
- è consultato nella scelta dei DPI (norme UNI, personalizzazione, specificità, limitazioni, ecc.)
- visita gli ambienti di lavoro almeno una volta all’anno , ma può farlo sempre, contribuendo al verbale di sopralluogo (art. 25)
- predisporre un piano di sorveglianza sanitaria, indicando per ogni mansione, gruppo omogeneo di rischio (art. 25, comma 1), tenendo conto delle modifiche legislative. Il piano deve essere coerente con il DVR.
- verifica l’assenza di condizioni di alcool e tossico – dipendenza nei casi previsti (art. 41, comma 4)
- partecipa attivamente alla prevenzione degli infortuni, dando un contributo professionale alla ergonomia del posto di lavoro (luoghi, attrezzature, posture, impianti, ecc.). Analizza il sistema di prevenzione degli infortuni avvenuti, degli incidenti mancati, dei comportamenti errati; contribuisce alla stesura delle procedure di salute e sicurezza, contribuisce all’analisi delle cause di assenza dal lavoro.
- certifica le patologie da lavoro, utilizzando la modulistica ufficiale
- è referente per il Datore di lavoro e il sistema di prevenzione aziendale sulle questioni tecnico – sanitarie (è un soggetto accreditato) come interfaccia tra Azienda, ASL, altri Enti.
- è un punto di riferimento per lavoratori e loro rappresentanze e RLS sulle tematiche di salute nei luoghi di lavoro, sia per le visite su richiesta (art. 41, comma 2- lettera a), sia per sopralluoghi su richiesta, per il chiarimento di problematiche, ecc.
- partecipa alla informazione e formazione
- individua mansioni compatibili nei confronti di soggetti per cui ha formulato giudizi di idoneità con prescrizioni/limitazioni temporanee o permanenti.
- controlla la dotazione di pronto soccorso

Collabora alla attuazione e valorizzazione dei programmi volontari di “prevenzione”, eventualmente concordati con il Datore di Lavoro secondo i principi della responsabilità sociale dell’impresa (art. 25, comma 1, lettera a)

**IN CONCLUSIONE IL MEDICO COMPETENTE E’ UNA IMPORTANTE RISORSA PROFESSIONALE DA UTILIZZARE NEL SISTEMA DI PREVENZIONE AZIENDALE**

La riduzione del medico ad esecutore di visite ed accertamenti sanitari, che spesso la committenza aziendale potrebbe attuare ma che ancora più spesso sembra l’unica via scelta autonomamente da molti medici competenti va evitata come strada illogica che porta a non utilizzare al meglio una figura chiave del sistema di prevenzione aziendale. La stessa pratica delle visite periodiche non può essere correttamente eseguita (anche nel rispetto della finalità che la legge prevede) senza la conoscenza diretta e la valutazione dei fattori di rischio e delle modalità di impatto di questi con la

persona che lavora, perché il medico competente deve occuparsi della salute del lavoratore e dei rischi e non deve limitarsi alla meccanica applicazione dei protocolli e dei criteri tabellati. L'efficacia della attività del MC dipende perciò dal rapporto con la organizzazione aziendale.

## CRITICITA'

Mancata formazione del Medico competente al ruolo e alle nuove problematiche (idoneità difficili per età, patologie, problemi di ergonomia, lettura della organizzazione del lavoro, analisi organizzativa. comunicazione, ecc).

Turnover della figura del medico competente dipendente dai Centri privati

Inaccessibilità per i lavoratori

## AUSPICI

Figura più forte, rompendo lo schema individuale di natura commerciale tra imprese e singoli professionisti e soprattutto tra medico e centri privati.

Deve agire in un sistema, perché è figura indipendente e altamente professionale. I suoi compiti sono specialistici, collaborativi, gestionali e informativi.

Deve agire – nel quadro dell'impresa – nell'interesse esclusivo della salute e sicurezza dei lavoratori.

Deve giocare un ruolo attivo nel processo di valutazione dei rischi, diventando fattore critico e di successo.

Burocrazia, resistenza al cambiamento, demotivazione, -> questi i punti negativi principali.

Curiosità scientifica, competenza, concretezza, empatia con le figure del sistema di prevenzione, sapere fare rete, indipendenza, accessibilità -> queste sono i punti positivi.