

PISA  
28 – 29 maggio 2009

Prospettive per il miglioramento della tutela  
della salute dei lavoratori

Sessione la Formazione e la qualità

intervento di Camillo Boni e Laura Bodini - ASL  
Milano

presentazione in powerpoint curata da d.taddeo

*Durante la normale attività di vigilanza e controllo nei cantieri e nelle aziende a rischio (su programmi regionali, territoriali e su richiesta), viene valutato*

- *il ruolo assunto dal MC nel partecipare*
- *alla progettazione e stesura del DVR, l*
- *a 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, ecc.*

## *Nella gestione del sistema informativo e delle attività sanitarie ad esempio:*

- ● *esame degli schemi ex – articolo 40 del D. Lgs 81/2008 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, D. Lgs. 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).*

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

- - *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*

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

- *rivisto dal Coordinamento delle Regioni sentendo i suggerimenti delle ASL che si sono 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*

- *oggi precarietà, turn-over, instabilità, sono all'ordine del giorno.*
- *l'aumento dell'età media in alcuni settori maggiori informazioni specifiche sul caso in 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*

- *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*

- *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, esplicitiva 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.*

## Cosa fare

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