

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO, L'INDIVIDUAZIONE E LA REALIZZAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE: IL PUNTO DI VISTA DEL MEDICO DEL LAVORO PUBBLICO

Donatella Talini, Oriana Rossi °, Lucia Turini

UF PSL, Dipartimento della Prevenzione ASL 5 di Pisa

° UF PSL, Dipartimento della Prevenzione ASL 6 di Livorno

Gli obiettivi centrali della Medicina del Lavoro relativi alla salute occupazionale sono stati definiti dall'ILO e dal WHO fin dal 1950 e successivamente nel 1995 come segue: “ *Scopi primari della medicina del lavoro sono la promozione e il mantenimento del più elevato grado di benessere fisico, mentale e sociale dei lavoratori in tutte le attività, la prevenzione delle alterazioni della salute provocate dalle condizioni di lavoro; la tutela dei lavoratori sul luogo di lavoro da pericoli per la salute; la collocazione e il mantenimento dei lavoratori in un ambiente di lavoro idoneo alle loro capacità fisiologiche e psicologiche e in definitiva l'adattamento del lavoro all'uomo e dell'uomo alla sua mansione....*” Di conseguenza i principali adempimenti del medico competente sono rappresentati dalla collaborazione al processo di valutazione del rischio e alla predisposizione delle misure preventive e protettive, dalla sorveglianza sanitaria (valutazione esposizioni personali con esami specifici individuali, rilevazione di eventuali effetti sanitari avversi precoci, conoscenza dello stato di salute, idoneità al lavoro, etc) e dalle azioni di informazione, formazione e counselling finalizzate anche alla promozione della salute.

In Italia la normativa degli anni '50 (DPR 303/56) cita la figura del medico competente senza definirne ruolo, responsabilità e compiti. Per molto tempo dal '56 agli anni '90 la Sorveglianza Sanitaria viene affidata al “medico di fabbrica”, non necessariamente specialista in medicina del lavoro, di conseguenza non necessariamente formato in tal senso. Il mandato principale che la norma affidava al medico era la valutazione dei requisiti di idoneità dei lavoratori prima della ammissione al lavoro e successivamente la valutazione del loro stato di salute. Come è noto il decreto indicava anche le periodicità prescindendo dai livelli di rischio e da valutazioni puntuali delle sostanze, preparati, processi ecc. In sostanza ci si riferiva ad un sistema tabellare rigido che individuava sia le lavorazioni o categorie di lavoratori, sia la periodicità con la quale questi ultimi dovevano essere visitati, non c'era alcun riferimento agli accertamenti integrativi (unica eccezione

quanto previsto dal DPR 1124765 per gli esposti a silice). Nulla peraltro si riferiva nel decreto sul ruolo e sui rapporti tra Medico Competente (MC) e Datore di Lavoro, configurandosi pertanto il medico come una figura quasi scorporata dal sistema aziendale il cui compito si limitava alla sola esecuzione della visita. Successivamente, nella normativa degli anni '90 di derivazione comunitaria, i requisiti, il ruolo, le competenze e le funzioni del MC vengono definite e si configura, almeno giuridicamente, una nuova autonomia di questa figura. La prima innovazione si riferisce alla definizione dei requisiti formativi (specializzazione in medicina del lavoro, libera docenza, esperienza professionale con autorizzazione o altra specializzazione equipollente); l'altro elemento innovativo di questa normativa è il coinvolgimento di questa figura nel processo di prevenzione messo in atto per ridurre i rischi seppur in un ambito circoscritto dal cosiddetto sistema gabbellare. Viene così promossa la partecipazione attiva del MC al processo di valutazione dei rischi, fase imprescindibile per la messa in atto del processo di prevenzione. Tuttavia la presenza del MC è ancora limitata alle aziende per le quali sono individuati rischi previsti dalla normativa ovvero nei casi in cui è obbligatoria la Sorveglianza Sanitaria, anche se la sentenza della Corte Europea ha individuato l'obbligatorietà di valutare "tutti i rischi".

Successivamente il D.Lgs 81/08 introduce altre importanti novità. La prima e fondamentale è una indicazione di tipo etico contenuta nell'art. 39 secondo la quale l'attività del medico competente deve essere svolta in base ai principi enunciati dall'ICOH. La seconda riguarda la partecipazione del MC al sistema di prevenzione aziendale e precisa (art. 25) che *"il MC collabora con il datore di lavoro e con il Servizio di Prevenzione e Protezione alla valutazione dei rischi anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria"*. Tale elemento di novità sembrerebbe poter risolvere il dubbio generatosi in regime 626 relativo alla nomina del MC solo in caso di obbligo di Sorveglianza Sanitaria, prevedendo che il Datore di Lavoro debba avvalersi comunque del MC per la valutazione dei rischi e che solo nel caso in cui la stessa valutazione arrivi ad escludere tale obbligo, il Datore di Lavoro potrà fare a meno a questo titolo del MC.

Sempre nel Dlgs 81/94 all'art. 29 tuttavia, in apparente contraddizione con quanto sopra riportato, si legge che *"il datore di lavoro effettua la valutazione... in collaborazione con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e il MC, nei casi di cui all'art. 41"*, quindi solo nei casi in cui sia prevista la Sorveglianza Sanitaria. E' evidente come in queste interpretazioni normative residuino ancora forti elementi di incertezza.

A questo proposito è interessante rilevare che anche nella relazione della Commissione del Senato sull'andamento infortunistico (deliberazione del 20 marzo 2008), veniva ribadito che oggi il contributo del MC " .. alla valutazione dei rischi appare trascurabile .. ", con ciò portando " .. ad un impoverimento del D.V.R., nel quale i rischi per la salute vengono spesso valutati in modo

parziale e/o incompleto senza che venga adeguatamente indagato il legame tra tecnologia, organizzazione, comportamenti, che è il contributo originale e tipico della medicina del lavoro ... " sino a ridurre " .. .la sorveglianza sanitaria ad un rito ... svilendone la natura di misura di prevenzione secondaria". Sottolineando poi come fondamentale la partecipazione del medico competente alla stesura del documento stesso, nella relazione si indicava che " ... occorre che la sorveglianza sanitaria sia fortemente ancorata alla valutazione dei rischi, che il medico partecipi a tutte le fasi di questo percorso. La valutazione dei rischi ne risulterà arricchita dalla specifica competenza professionale del medico, cui spetta il giudizio ultimo sulla compatibilità tra condizioni di lavoro e salute dei lavoratori, e allo stesso tempo la sorveglianza sanitaria sarà utile non solo verso il singolo lavoratore ma contribuirà a mettere in luce rischi o danni precoci apportando contributi per ridurli o prevenirli. E' questa una misura sostenuta, tra l'altro da diverse associazioni scientifiche e dei medici del lavoro, aziendali e non, e proposta come modifica da inserire nell'emanando Testo Unico". Successivamente il testo indicava possibili azioni di miglioramento affermando che " ... per migliorare la sorveglianza sanitaria occorrerebbe prevedere una maggiore integrazione del medico competente nei processi di valutazione dei rischi: il medico competente presente già nelle fasi iniziali della valutazione dei rischi e non solo successivamente quando il datore di lavoro ha deciso, in assenza di specifiche competenze in materia, se c'è o meno necessità di sorveglianza sanitaria".

Proprio a proposito delle associazioni scientifiche e dei medici del lavoro citate nel testo, dobbiamo ricordare che la Società Italiana di Medicina del lavoro e Igiene Industriale (SIMLII), in particolare, ha a suo tempo suggerito agli interlocutori istituzionali di modificare il TU con questa dicitura: *"Il datore di lavoro nomina il medico competente ai fini della valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori e per l'esecuzione della sorveglianza sanitaria, da effettuarsi nei casi previsti dalla normativa e ogniqualvolta venga individuata, all'esito della valutazione del rischio, quale misura specifica di prevenzione e protezione."* Nonostante questo il legislatore nel Dlgs 81/08, confermando quanto già previsto dal D.lgs n. 626/94, si è limitato invece a enunciare che *" Il datore di lavoro effettua la valutazione di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a) in collaborazione con il responsabile del servizio di prevenzione e protezione e il medico competente, nei casi previsti di cui all'art. 41"* mantenendo quindi la stessa ambiguità sulla necessità della nomina del MC.

Per quanto detto la partecipazione del Medico Competente al processo di valutazione del rischio per la salute dovrebbe quindi rappresentare una delle principali attività, dal momento che questa figura ha a disposizione strumenti conoscitivi peculiari per valutare i rischi, quali i dati sanitari individuali e collettivi, le conoscenze scientifiche ed epidemiologiche degli effetti di un rischio sulla salute, la conoscenza degli indicatori biologici adeguati anche alla luce della variabilità di esposizione e di

risposta individuale etc. E' proprio dalla stessa definizione di rischio già prevista dal Dlgs 626/94 ma chiaramente ribadita nel decreto 81/08: **«rischio»: probabilità di raggiungimento del livello potenziale di danno nelle condizioni di impiego o di esposizione ad un determinato fattore o agente oppure alle loro combinazioni.** (art. 2, comma 1 lettera s), che discende la necessità di conoscere i danni, sia quelli reali (malattie professionali o malattie correlate al lavoro), sia quelli potenziali, nonché i possibili effetti precoci ed i livelli di esposizione personale di ogni lavoratore. Tuttavia, come già detto, spesso i MC, non pienamente consci di questa loro peculiarità, tendono a non considerare un proprio compito la diretta collaborazione nella predisposizione del Documento di Valutazione dei Rischi, focalizzandosi solo sulla Sorveglianza Sanitaria. Anche dal nostro osservatorio, spesso ci capita di vedere che i MC risultano avere esercitato uno scarso ruolo attivo nell'ambito della valutazione di rischio, in parte per una certa emarginazione di questa figura professionale da parte del Datore di Lavoro, visto che, come già detto, il ruolo del MC a questo proposito non è adeguatamente definito neanche dalla normativa, ma in parte anche a causa di una sorta di "auto-emarginazione" dello stesso MC ad un ruolo esclusivamente clinico, sia per uno scarso interesse per le tematiche di igiene del lavoro, sia talora per "malpractice". In effetti, in genere, vengono riferiti pochi incontri e scambi di informazione con gli altri soggetti della prevenzione (in particolare Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza e Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione), limitati spesso agli obblighi minimi di legge, e i dati collettivi dei risultati della Sorveglianza Sanitaria nel Documento di Valutazione dei Rischi sono spesso assenti o poco rappresentati. Invece la partecipazione al processo di valutazione dei rischi per la salute deve rappresentare il compito centrale del MC, che può contribuire alle indagini di valutazione e caratterizzazione delle esposizioni, visitando gli ambienti di lavoro, partecipando alle strategie di monitoraggio ambientale, effettuando il monitoraggio biologico, e registrando le valutazioni soggettive dei lavoratori, tenendo sempre conto che l'esposizione è un processo dinamico, non una condizione o uno stato d'essere e che fondamentalemente può determinare effetti diversi a seconda delle diverse suscettibilità individuali.

Entrando comunque nel merito del Documento di valutazione dei rischi, sia la valutazione (risk assessment) che la gestione del rischio (risk management), in cui si possono distinguere alcune fasi logicamente concatenate quali l'identificazione dei pericoli, la valutazione della relazione dose-risposta, la valutazione dell'esposizione, la caratterizzazione del rischio e infine la gestione del rischio, devono essere governate dalle figure identificate dal sistema di prevenzione aziendale. Inoltre, mentre il risk management tiene conto anche di fattori di tipo economico, gestionale e di compatibilità tecnologica, la valutazione dei rischi vera e propria è il processo più strettamente analitico-scientifico che richiede fondamentalemente conoscenze specifiche di luoghi, fasi, modalità

e organizzazione del lavoro che sono quasi esclusivamente di pertinenza di figure interne quali il DDL, l'RSPP e l'RLS, nonché competenze professionali di tipo igienistico e di medicina del lavoro, che riguardano l'Igienista Industriale (o altre figure tecniche specifiche) e il Medico del Lavoro, soprattutto quando sono presenti problematiche di tipo chimico, ergonomico o organizzativo.

Ogni processo di valutazione d'altra parte, se da un lato prevede l'analisi preliminare del ciclo tecnologico in cui il Responsabile del servizio di Prevenzione e Protezione su mandato del Datore di Lavoro ha un ruolo fondamentale, dall'altro necessita del coinvolgimento del MC nella fase di analisi delle attività lavorative, delle mansioni e dei gruppi omogenei di esposizione, ciò al fine della definizione dei fattori di rischio dal punto di vista qualitativo e quantitativo, nonché della loro pericolosità in relazione ai tempi e modalità di esposizione. Nella fase infatti in cui si verifica la caratterizzazione delle esposizioni, il MC è indispensabile sia per la scelta e la messa a punto degli indicatori dell'esposizione (monitoraggio biologico ecc.), sia nella fase dell'interpretazione dei dati di esposizione raccolti e integrati con le valutazioni cliniche e biologiche dei soggetti esposti in relazione ai valori di riferimento. Fra i suoi compiti comunque al MC spetta in via esclusiva quello di portare a sintesi i risultati degli accertamenti sanitari effettuati sui lavoratori esposti e di adattare le misure di prevenzione e protezione alle specifiche condizioni individuali dei lavoratori. Qualora infatti vengano rilevati sui lavoratori esposti a determinati fattori di rischio effetti pregiudizievoli per la salute, anche tenendo conto dell'ipersuscettibilità, necessariamente dovrà essere revisionato tutto il processo di valutazione del rischio. Questo ovviamente rafforza l'indispensabilità dell'apporto del MC nel processo di valutazione dei rischi nonostante, troppo spesso, venga chiamato in causa solo per la firma di presa visione del documento conclusivo.

Detto questo appare indispensabile che i medici competenti, nell'esercizio delle loro funzioni, raccolgano in maniera coerente e professionale i risultati osservati e registrino i profili di rischio rilevati, ma questo non solo ai fini preventivi all'interno della singola azienda, ma anche per renderli disponibili per gli enti ed istituzioni pubblici ai fini di rilevazioni di numeri significativi che consentano di integrare le informazioni per una corretta valutazione e gestione del rischio, compresa la stima di occorrenza degli effetti avversi. Di conseguenza solo un'appropriata e costante sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti e la raccolta sistematica dei loro dati di esposizione (compresi gli indicatori di dose e di effetto) possono consentire, attraverso una corretta caratterizzazione del rischio, di tenere sotto controllo la salute dei lavoratori esposti. Tali dati potrebbero concorrere inoltre, nell'interesse della salute pubblica e della salute dei lavoratori esposti, a formare la base conoscitiva su cui fondare le scelte per il miglioramento delle condizioni lavorative, non solo della singola impresa, ma di tutta la popolazione esposta per motivi occupazionali agli stessi fattori di rischio.

E' evidente quanto il ruolo del sistema pubblico sia rilevante per integrare i dati e trarre conclusioni di tipo epidemiologico e quindi contribuire a migliorare i livelli di conoscenza sugli effetti dei nuovi rischi sulla salute dei lavoratori. Un concreto contributo a tutto questo dovrebbe essere apportato anche dalla raccolta sistematica dei dati derivanti dalle valutazioni effettuate in tutti i luoghi di lavoro, in modo da contribuire così alla conoscenza e diffusione di informazioni utili per il territorio, sia per costruire standard di buona prassi, sia per promuovere azioni di miglioramento.

Allo stato attuale comunque, dato che la valutazione del rischio si limita quasi esclusivamente ad una descrizione dell'esposizione, spesso senza sviluppare adeguatamente né l'approfondimento della caratterizzazione dell'esposizione stessa, né tanto meno quella del rischio, sembra ancora lontana la possibilità di realizzare progetti di raccolta di dati su popolazioni di esposti sufficientemente vaste con strumenti adeguati ed omogenei. Tutto questo anche se la necessità di ricentrare la prevenzione sui problemi di salute e non solo della sicurezza, sembra comunque un'esigenza sentita diffusamente anche dai lavoratori, come testimonia quanto recentemente emerso dalla somministrazione di un nostro questionario a 100 RLS (23% donne , 76% uomini) i quali hanno dimostrato un rinnovato interesse alle problematiche di tutela della salute, e in particolare per rischi "nuovi", misconosciuti o sottostimati: ergonomico, psicosociale, radiazioni, microclima, chimico/cancerogeno e biologico. Deve quindi crearsi l'opportunità di costruire una rete di servizi pubblici e privati (prevista anche dalla recente normativa: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 Dicembre 2007: Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro e SINP previsto dal Dlgs 81/08) che vada nella direzione di una prevenzione efficace, anche se tutto ciò ancora oggi si scontra con una realtà diversa che rende l'obiettivo, allo stato attuale, raggiungibile solo su pochi, selezionati, determinanti di rischio e attraverso specifici progetti o piani mirati.

Intanto per il sistema pubblico sarebbe auspicabile associare ai sistemi di sorveglianza epidemiologica e ricerca attiva delle malattie professionali, la raccolta sistematica dei dati sanitari attraverso le relazioni sanitarie annuali per migliorare la conoscenza dello stato di salute delle popolazioni lavorative sia delle singole ditte ma, in maniera aggregata, anche di grandi numeri di lavoratori. In questo senso la partecipazione e il ruolo attivo dei medici del lavoro potrebbe essere fondamentale per l'individuazione di "tutti i rischi", ed in particolare di quelli "nuovi".

Attualmente invece stiamo assistendo ad una sottodenuncia e ad una sottostima delle MP e ad una evidente difficoltà da parte dei MC nell'attribuire ad eziologia professionale nuove malattie correlate con il lavoro. Ciò evidenzia quanto sia importante per i medici competenti sviluppare una migliore valutazione del nesso causale, ma anche di quello concausale (come ribadito dalle

recenti sentenze e relative circolari INAIL) di talune patologie rilevate tra i lavoratori e prestare inoltre particolare attenzione alla rilevazione degli eventuali “eventi sentinella”.

La valutazione di rischio sviluppata dai soggetti aziendali, se eseguita in un contesto di regole certe e di punti di riferimento chiari, potrebbe quindi costituire un patrimonio prezioso, non solo per migliorare la sicurezza e la tutela della salute nei singoli luoghi di lavoro, ma anche per aumentare le informazioni e le conoscenze a disposizione dei tecnici e degli organismi governativi e scientifici, documentando anche con il contributo della parte pubblica, la base di dati su cui si fondano le regolamentazioni e le norme.

Bibliografia

Codice Etico ICOH: http://www.icohweb.org/core_docs/code_ethics_it.pdf

Linee Guida del Coordinamento Tecnico delle Regioni e delle Province Autonome per l'applicazione del Dlgs 626794, ASL di Ravenna, 1999

Ossicini A, Miccio A. <http://www.cptpalermo.it>

Commissione del Senato sull'andamento infortunistico (2008). <http://www.senato.it>

Bartalucci GB et al. Linee Guida per la valutazione del rischio, SIMLII, 2004

Paustenbach D J Elementi della valutazione e gestione del rischio. Am.Ind.Assoc.J. 1990. 51(7) : 339-351

Loi A. M. et al. La valutazione del rischio da agenti chimici. Le conoscenze tossicologiche, il monitoraggio biologico e il processo operativo nei luoghi di lavoro. RISCH. Il rischio chimico nei luoghi di lavoro. Modena 13 ottobre 2006. Vol. 1. pg 369-398.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 Dicembre 2007: Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro e SINP previsto dal Dlgs 81/08 (Gazzetta ufficiale n. 31 del 6 Febbraio 2008)

ISPESL-Rapporto Mal Prof: <http://www.ispesl.it/>

Rapporto Annuale INAIL: <http://www.inail.it>

...