

IL MEDICO COMPETENTE E LA VALUTAZIONE DEI RISCHI E DELLE MISURE DI PREVENZIONE

D. Rina, Medico Competente

L'uscita del Testo Unico, D.Lvo 81/08 tanto atteso dai Medici Competenti come mezzo chiarificatore e semplificatore del mare magnum di interpretazioni delle leggi di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, si è rivelato l'ennesima complicazione normativa, emanata in tutta fretta, sull'onda di esigenze politiche, senza i sufficienti confronti tra le parti interessate, e già con la consapevolezza della necessità di numerosi aggiustamenti, proroghe e ritirate strategiche.

Nel momento in cui scriviamo già si defila all'orizzonte una modifica di norme e sanzioni, oggi vissute da molti come inutili, demagogiche e vessatorie, frutto però più della reazione emotiva al decreto originale e di spinte di parte, che dell'esperienza del primo anno di lavoro.

In questa relazione cercheremo di focalizzarci, al di là delle probabili e imminenti modifiche, su quello che un M.C. si aspetta dal legislatore per poter svolgere il proprio ruolo di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, nell'interesse delle persone, della società civile e del sistema produttivo.

In particolare ci è stato chiesto di analizzare la posizione del M.C. all'interno dell'Azienda nel momento della valutazione dei rischi e delle conseguenti misure di protezione.

In questo ambito le novità apportate dal D.Lvo 81/08 rispetto al D.Lvo 626/94 sono di importanza primaria e portano ad una visione della funzione del M.C. in Azienda decisamente innovativa e qualitativamente rqualificante.

Ove il D.Lvo 626/94 all'art.17 richiama il M.C. a collaborare con il DDL e il SPP, sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale e delle situazione di rischio, "*alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e ...*", Il T.U. definisce il "medico competente": medico in possesso di uno dei titoli e dei requisiti formativi e professionali di cui all'articolo 38, **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

Al c.2 dell'Articolo 28 si ribadisce poi che:

“Il documento di cui all’articolo 17, comma 1, lettera a), redatto a conclusione della valutazione, deve avere data certa e contenere:

....

e) l’indicazione del nominativo del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza o di quello territoriale **e del medico competente che ha partecipato alla valutazione del rischio**”

ed al c.1 dell’Articolo 29: *Modalità di effettuazione della valutazione dei rischi*:

“ Il datore di lavoro effettua la valutazione ed elabora il documento di cui all’art...., in collaborazione con il RSPP **e il medico competente**, nei casi di cui all’articolo 41”

Mi sembra pertanto chiaro che oggi il M.C. non può essere più un notaio che appone una firma su un documento per dimostrare che ne ha preso visione o, nella migliore delle ipotesi che ne condivide i contenuti, ma partecipa attivamente alla valutazione dei rischi, cui è chiamato specificatamente, rispetto agli altri compiti e non limitatamente a parti specialistiche.

Il MC può collaborare con il DdL e l’RSPP nell’individuazione delle figure professionali aziendali ed esterne da coinvolgere nella valutazione, confrontandosi sulle metodologie e procedure applicative, sulle priorità e sui tempi d’esecuzione, effettuando lui stesso la valutazione dove abbia particolari disposizioni e competenze, ed infine collaborando all’interpretazione dei dati ed all’elaborazione delle azioni migliorative da mettere in atto.

Si delinea così, in maniera più chiara, l’appartenenza funzionale anche del M.C. ad una squadra operativa costituita dai componenti del servizio di prevenzione e protezione.

A questo punto ritengo opportuno eseguire una piccola digressione sul Servizio di Prevenzione e Protezione che molto spesso viene fatto coincidere con il suo Responsabile: in moltissime aziende anche di non piccole dimensioni esiste l’RSPP, non il Responsabile del SPP, esiste cioè una persona che da solo riunisce in sé tutte le competenze necessarie a far fronte alle problematiche correlate a rischi per la salute e la sicurezza che anche solo per la loro individuazione, e non parliamo di eliminazione o riduzione, necessiterebbero di un apporto plurispecialistico.

Sarebbe poi un grossolano errore pensare che un Servizio così organizzato sia necessario e possibile solamente in Aziende medio grandi, che possono trovare al loro interno le forze e le competenze necessarie.

Anche ove esista solo l’RSPP o le dimensioni dell’Azienda siano tali da dover ricorrere ad un RSPP o a consulenti esterni, si dovrebbe far strada la consapevolezza dei limiti delle proprie

competenze e della necessità di servirci di professionisti diversi che possano ciascuno dare il loro apporto specialistico.

Nel corso delle mie esperienze lavorative mi sono dovuto confrontare con commercialisti, avvocati, consulenti del lavoro, che grazie a sanatorie e corsi anche di qualità svolgevano il ruolo di RSPP per ignari DdL che non avevano la minima idea che dietro ad un Documento di Valutazione dei Rischi, necessario per rispondere alla forma del dettato legislativo, ci dovesse essere una Valutazione dei rischi effettuata *nella* loro Azienda da qualcuno in possesso delle competenze tecniche e scientifiche necessarie.

Ho visto DVR fotocopia di fotocopie, con inutili parti introduttive, riferimenti di legge e totalmente privi di una analisi seria delle mansioni, dei processi e della descrizione delle misure di miglioramento necessarie ed alla fine, prive anche delle firme del Datore di Lavoro, di RLS inesistenti, e degli organici.

Naturalmente sono rimasti privi anche della mia firma.

Possiamo anche chiederci quanto costa un RSPP di qualità, ma l'alternativa è fare solamente tanto fumo.

Un M.C. non può svolgere il suo lavoro ove non esista una valutazione dei rischi, come pure non può far finta di nulla allorché il suo protocollo di sorveglianza sanitaria contrasti con il DVR che gli viene presentato: uno dei due documenti non è adeguato o per deficienze o per ridondanze.

Questa nuova posizione del MC nell'organizzazione dell'Azienda necessita pertanto di un ribaltamento della visione che del MC hanno molti DDL¹ ed RSPP, che non possiamo realizzare da soli, ma che necessita della spinta e dell'azione sensibilizzatrice delle organizzazioni datoriali e di categoria, dei consulenti del lavoro e degli organismi di controllo.

¹Art. 18: ***Obblighi del datore di lavoro e del dirigente***

1. Il datore di lavoro, che esercita le attività di cui all'articolo 3 e i dirigenti, che organizzano e dirigono le stesse attività secondo le attribuzioni e competenze ad essi conferite, devono:

a) nominare il medico competente per l'effettuazione della sorveglianza sanitaria *nei casi previsti dal presente decreto legislativo*.

2. Il datore di lavoro fornisce al servizio di prevenzione e protezione ed al medico competente informazioni in merito a:

a) la natura dei rischi;

b) l'organizzazione del lavoro, la programmazione e l'attuazione delle misure preventive e protettive;

c) la descrizione degli impianti e dei processi produttivi

d) i dati di cui al comma 1, lettera g), e quelli relativi alle malattie professionali;

e) i provvedimenti adottati dagli organi di controllo

Questa rivoluzione richiede un maggior coinvolgimento del MC nella vita Aziendale, portandolo a leggere la VDR non come atto propedeutico a stilare il protocollo di Sorveglianza Sanitaria, ma come essenza stessa della Sorveglianza Sanitaria che deve essere vista non come l'insieme di atti medici finalizzati all'espressione del giudizio di idoneità (esaurendo il dettato di legge), ma come l'insieme delle attività che il MC svolge in Azienda, dai sopralluoghi che sono parte dinamica ed essenziale di una VdR in continua evoluzione ed aggiornamento, alla conoscenza delle schede di sicurezza, alla conoscenza della storia lavorativa e clinica del lavoratore, fino ad arrivare alla stesura di un protocollo di sorveglianza sanitaria che potrà così essere tagliato su misura del lavoratore.

Dall'estensione della definizione di lavoratore anche ai lavoratori a domicilio, a progetto, ai lavoratori a distanza, somministrati e distaccati, e dall'obbligo di stilare il giudizio d'idoneità per cambio di mansioni, si aprono altre difficoltà oggettive nella valutazione dei rischi relativi allo svolgimento di lavori in luoghi diversi dall'azienda, con modalità insolite ed effettuati da lavoratori dei quali è difficile individuare la collocazione.

Si amplia infatti il tempo che il MC deve dedicare alla valutazione dei rischi ed alla sorveglianza sanitaria intesa nella sua globalità.

Non esiste un'Azienda in cui questo processo sia più facilmente applicabile; per motivi diversi sarà difficile tanto nella media e grande Azienda che nella piccola, e senza falsi pudori, la maggiore difficoltà consisterà nella necessità di stilare contratti di lavoro che, prevedendo più esplicitamente questo ruolo attivo di consulenza, comporteranno un aumento di responsabilità, di tempo e di onorario.

Di conseguenza il MC sarà portato effettuare una selezione, privilegiando le Aziende che gli permetteranno di svolgere a pieno il suo ruolo.

Dovrà esserci piena sintonia tra DDL, RSPP, Preposti e MC, in uno spirito di coinvolgimento e collaborazione in cui nessuna funzione sia di ostacolo alle altre: la sorveglianza sanitaria ed i sopralluoghi o l'accesso alle informazioni non possono essere viste come un ostacolo o un problema per lo svolgimento della normale attività produttiva.

Oggi non è più concepibile lo scollamento che ancora si percepisce in alcune Aziende, tra le dichiarazioni di intenti, contenuti del DVR e la pratica operativa, non è possibile svolgere l'attività di MC senza reciproca fiducia tra azienda², lavoratori³ e loro rappresentanti e MC⁴.

Se guardiamo i risultati del questionario somministrato ad un gruppo di MC toscani, alla domanda se partecipano alla valutazione dei rischi, poco più di un terzo risponde "sempre" e poco più della metà risponde "a volte", mentre 25 su 30 effettuano almeno il sopralluogo.

Sicuramente visto lo scarso numero di risposte pervenute il questionario non può essere rappresentativo della categoria, ma le risposte dovrebbero farci comunque riflettere: la maggioranza dei MC non vede essenziale la VDR per lo svolgimento del loro lavoro.

E se avessimo chiesto se vengono consultati in fase di progettazione, prima di introdurre un nuovo prodotto o prima di acquistare una nuova macchina?

Probabilmente non vedono essenziale una VDR di cui è unica espressione un Documento spesso non rispondente alla realtà dell'Azienda, che invece riescono a inquadrare per mezzo dei sopralluoghi.

Ma il sopralluogo è valutazione dei rischi: non è una passeggiata negli ambienti di lavoro.

Il sopralluogo perché sia utile si può effettuare solamente assieme ad altre funzioni aziendali dotate di competenze integranti ed interagenti con le nostre, serve a confermare la corrispondenza dell'attualità a quanto fotografato nel DVR, serve a percepire gli effetti dell'informazione e della formazione sulle modalità operative dei lavoratori e sulla loro percezione dei rischi.

Durante il sopralluogo si verifica l'idoneità dei DPI e delle misure di prevenzione e protezione e si stabilisce la necessità di indagini ambientali e di modifiche del protocollo di sorveglianza sanitaria

in funzione delle modalità operative che potremmo scoprire essere diverse da quanto previsto dalle procedure, dalla buona prassi e da quanto scritto nel DVR.

In pratica, dopo ogni sopralluogo, se mirato e ben fatto, saremmo in grado di aggiornare la VDR.

Gli RSPP non devono spaventarsi, non sto chiedendo la revisione del DVR, ma semplicemente di allegare il verbale del sopralluogo in appendice al Documento, schedulando le azioni correttive che si dimostrino necessarie con le indicazioni dei tempi di attuazione e dei soggetti interessati.

Vedendo i lavoratori nel contesto delle loro mansioni possiamo anche capire se sia necessario dedicare maggior spazio alla formazione, che dovrebbe essere effettuata non solo con scadenze che ci siamo dati, ma anche in seguito ad osservazioni sul campo o in seguito ad infortuni o mancati infortuni.

² **Articolo 22**

Obblighi dei progettisti

(rif.: art. 6 d.lgs. n. 626/1994)

.....

Consultazione del MC e dell'RSPP in fase di progetto

³ **Articolo 20**

Obblighi dei lavoratori

.....

e) segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dei dispositivi di cui alle lettere *c)* e *d)*, nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie competenze e possibilità e fatto salvo l'obbligo di cui alla successiva lettera *f)* per eliminare o ridurre le situazioni di pericolo grave e incombente, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza

.....

i) sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal presente decreto legislativo o comunque disposti dal medico competente

Chiediamoci anche cosa c'entra l'art. 20 con l'oggetto della relazione.

Qualunque segnalazione di deficienza nelle misure di prevenzione e protezione dovrebbe essere comunicata anche al MC e dovrebbe dar luogo ad un sopralluogo mirato.

A questo proposito suggerirei al legislatore l’inserimento di un ulteriore comma: “***segnalare immediatamente al MC disturbi o patologie di sospetta genesi lavorativa***” utile a rafforzare quanto già indicato alla lettera c) del punto 2 dell’art 41: visita medica su richiesta del lavoratore, ***qualora sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute***, suscettibili di peggioramento a causa dell’attività lavorativa svolta, al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Come dalla sorveglianza sanitaria può scaturire la necessità di un sopralluogo atto a individuare una causa di danno non postulata alla luce solo di una analisi teorica del rischio, così da un sopralluogo potrebbe scaturire la necessità di una sorveglianza sanitaria straordinaria o più attenta ad indicatori particolari di rischio o di danno.

⁴ **Articolo 25**

Obblighi del medico competente

(rif.: art. 17 d.lgs. n. 626/1994; art. 14 direttiva 89/391/CEE)

- 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, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, all’attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza, e alla organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro. Collabora inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di “promozione della salute”, secondo i principi della responsabilità sociale;
-

Alla fine nessuno degli atti in cui è coinvolto il MC è indipendente dagli altri.

Anche la Riunione periodica⁵ ex art 35 che è ormai entrata nella prassi come “Riunione annuale di sicurezza” che rimane il luogo istituzionale minimo e necessario per il confronto tra le parti, deve

servire a valutare l'adeguatezza del DVR: in tale sede ci si confronta sulle parti che devono essere aggiornate o modificate.

Considerando l'ampiezza del problema ne scaturisce che spesso la Riunione di Sicurezza non può ridursi ad essere una R.A.S.

Di tutte le occasioni che coinvolgono il MC assieme a DDL, RSPP, RLSA ed altre funzioni Aziendali deve rimanere traccia scritta, sia che si tratti di riunioni per analisi di problematiche emergenti, interpretazione di dati, sintesi e comunicazione di azioni intraprese od elaborazione di verbali e documenti.

Le decisioni prese in tali occasioni dovrebbero essere sempre inserite in uno scadenziario, consultabile dalle parti, in cui sia evidente chi deve fare, cosa ed in che tempi. La dilazione, la mancata o parziale effettuazione dovrebbe essere giustificata per scritto.

⁵Articolo 35

Riunione periodica

(rif.: art. 11 d.lgs. n. 626/1994)

-2. Nel corso della riunione il datore di lavoro **sottopone all'esame** dei partecipanti:

-a) il documento di valutazione dei rischi;

-b) l'andamento degli infortuni e delle malattie professionali e **della sorveglianza sanitaria;**

-c) i criteri di scelta, le caratteristiche tecniche e l'efficacia dei dispositivi di protezione individuale;

-d) i programmi di informazione e formazione dei dirigenti, dei preposti e dei lavoratori ai fini della sicurezza e della protezione della loro salute.

-3. Nel corso della riunione **possono** essere individuati:

-a) codici di comportamento e buone prassi per prevenire i rischi di infortuni e di malattie professionali;

-b) obiettivi di miglioramento della sicurezza complessiva sulla base delle linee guida per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro.

Possiamo concludere che il M.C. è un medico dotato di caratteristiche e competenze che gli permettono di approcciare problematiche le più disparate, ma che deve avere l'umiltà di non considerarsi autonomo ed esaustivo, che può svolgere il proprio lavoro solo grazie alla collaborazione di altri soggetti, aziendali e professionali, inoltre ci appare legittima l'aspettativa di poter svolgere la nostra professione serenamente, con alcune certezze riguardanti la qualità, la continuità e l'utilità del nostro lavoro, ma il sovrapporsi di leggi e decreti applicativi, che si succedono in tempi ristretti e spesso in direzione opposta ci porta verso una sensazione di incertezza e di vulnerabilità che ci costringe a dedicare minor tempo agli atti più qualificanti del nostro lavoro, ed a cercare invece di farci scudo di formalità e formalismi che aderiscono solo alla lettera della legge, anche a costo di perdere di vista la sostanza e la qualità e soprattutto a costo di innalzare un muro di carta tra sé ed il lavoratore.