

Il Medico del Lavoro, consulente globale per la tutela della salute dei lavoratori

Pietro Apostoli

Ordinario di Medicina del Lavoro, Università degli Studi di Brescia,
Presidente Nazionale della Società Italiana
di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale

Marcello Imbriani

Ordinario di Medicina del Lavoro, Università degli Studi di Pavia,
Presidente Associazione Lombarda
di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale

La Medicina del Lavoro (MDL) sta da tempo discutendo a diversi livelli la sua collocazione (medicina clinica, sanità pubblica, rapporto con aziende, lavoratori, enti di controllo), le fonti del suo agire (buone prassi, linee guida, leggi), i risultati cui perviene e la loro dimostrazione (verifiche degli enti di controllo, prove della efficacia, adesione alle indicazioni di appropriatezza), rapporto con le altre figure (tecniche e manageriali) coinvolte nei processi di stima e gestione dei rischi e della realizzazione e verifica dei programmi preventivi).

Nello stesso periodo, la MDL è stata costretta ad un vero e proprio inseguimento delle subentranti leggi, dal 626/94 al 106/09, leggi che hanno cambiato la natura stessa della nostra disciplina: da contenuti medici che valorizzavano la professionalità individuale a prevalente applicazione di leggi.

Ora siamo in un momento del tutto particolare: il mondo del lavoro è passato da una fase di profonda trasformazione (drastica riduzione del lavoro dipendente a tempo indeterminato, immigrazione, precariato, trasformazione del terziario e del lavoro intellettuale) ad una crisi gravissima con chiusura-ridimensionamento di aziende, cassa integrazione di diverso tipo, contratti di solidarietà, ristrutturazioni organizzative e tecnologiche.

Il Medico del Lavoro può fornire un contributo essenziale cercando di inserire la prevenzione in modo adeguato e fin dall'inizio nella trasformazione in atto. Potremmo ad esempio accreditarci come coloro che garantiscono ai nuovi modelli tecnologici, organizzativi, produttivi gradi adeguati di prevenzione, sicurezza e promozione della salute in modo che una volta avviati non si trovino da subito a fare il conto con disturbi – disagio – malattie – infortuni.

Dovremo essere in grado di formulare proposte per l'aggiornamento della normativa vigente e il miglioramento della sua fase applicativa mediante un dialogo costante, possibilmente formalizzato, con soggetti istituzionali, volto a valorizzare la professionalità dei medici del lavoro. Tali proposte potranno riguardare i criteri di prevenzione nei nuovi contesti lavorativi, proponendo modelli di valutazione dei rischi e di sorveglianza sanitaria efficaci in nuovi ambiti organizzativi e tecnologici.

Nella definizione delle attività proprie della MDL si deve in ogni caso partire da un aggiornamento dei principi della Disciplina che si possono sintetizzare in:

- Riconoscimento della rilevanza dell'attività lavorativa per lo stato di salute.
- Identificazione dei fattori di rischio ambientali, sociali e personali e delle loro interazioni.
- Valutazione dei rischi per la salute.
- Informazione e formazione sui rischi, sulla prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e promozione della salute.
- Sorveglianza sanitaria dei gruppi di lavoratori esposti.
- Diagnosi di alterazioni precoci dello stato di salute individuale.
- Diagnosi e trattamento di patologie occupazionali e lavoro-correlate.
- Riconoscimento e controllo dei fattori di suscettibilità individuale (congeniti e acquisiti).
- Valutazione (e prevenzione) degli effetti avversi di esposizioni lavorative in affezioni non correlate con il lavoro.
- Trattamento terapeutico-riabilitativo.
- Reinserimento lavorativo, terapia occupazionale.

Il punto di partenza non può che essere il riconoscimento di un diverso ruolo del Medico del Lavoro – Medico Competente (ML) come consulente globale in tema di tutela della salute e sicurezza da coinvolgere, per quanto di competenza, in tutte le fasi e momenti della vita aziendale, nella gestione dei sistemi qualità e accreditamento, nell'implementazione dei modelli di gestione ex art. 30 D.Lgs 81/08.

Per raggiungere obbiettivi così ambiziosi si dovranno ridiscutere alcuni aspetti della vigente legislazione: l'attuale impianto legislativo non ha liberato l'azione del ML dalla rigidità di talune indicazioni normative; basti pensare, ad esempio, alla mancata previsione della sorveglianza sanitaria all'esito della valutazione dei rischi se non nel caso di fattori di rischio espressamente previsti dalla normativa vigente.

Il ruolo del ML nell'ambito della valutazione dei rischi non è stato adeguatamente definito, dato che la sua presenza non è stata inserita sin dall'inizio del processo preventivo, essendo la sua collaborazione alla valutazione dei rischi prescritta solo quando è già stata da altri stabilita la necessità della sorveglianza sanitaria.

La gestione della sorveglianza sanitaria per i dipendenti con rapporto di lavoro flessibile resta di difficile realizzazione, in particolare la formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Il ML non ha riferimenti in merito alla propria azione quando sia in gioco la sicurezza dei terzi, se non in relazione agli accertamenti previsti per alcol e droga; attività, quest'ultima, che, peraltro, appare una palese anomalia nell'ambito delle attività proprie del ML: l'assunzione di droghe, infatti, non è un rischio lavorativo ma un problema comportamentale e la normativa vigente determina uno stravolgimento del ruolo del ML, da consulente per la prevenzione a controllore fiscale. La procedura proposta, inoltre, ha un elevato grado di complessità nella sua articolazione organizzativa ai vari livelli, ed in particolare per il ML.

La gestione dei documenti sanitari (in corso di sorveglianza sanitaria ed a volte al cessare della stessa) comportano formalità di tipo burocratico che (se da un lato suscitano il sospetto di una immotivata sfiducia del legislatore nei confronti della correttezza deontologica dei ML), dall'altro sollevano perplessità in merito alla loro reale necessità ed efficacia, alla luce delle esperienze maturate negli anni (si veda l'invio all'INAIL esclusivamente per via telematica, delle cartelle sanitarie e di rischio, sia pure in un numero di casi inferiore a quanto previsto in passato).

Anche la previsione dell'art. 38, comma 3 del D.Lgs 81/08, secondo la quale per lo svolgimento delle funzioni di ML è necessario partecipare al programma della ECM con conseguimento di non meno del 70% dei crediti nella disciplina "medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro", appare di una rigidità non contemplata per le altre specializzazioni.

Appare non più procrastinabile una azione della nostra Società destinata ad un confronto chiarificatore con la Vigilanza, la Magistratura e l'INAIL, volto a fondare una nuova cultura dell'aspetto legale e giudiziario della prevenzione, portando da un lato a condividere regole comportamentali razionali e scientificamente fondate (mettendo in secondo piano le argomentazioni di natura essenzialmente repressiva), e dall'altro a diffondere tra i ML la consapevolezza della legittimità di una loro azione motivata e non solo cautelativa, purché questa risponda a criteri di scientificità e di eticità.

SIMLII ha già compiuto uno sforzo di comprensione e rappresentanza di questa realtà, ma va rinnovato l'impegno in questa direzione potenziando e valorizzando specifici strumenti organizzativi e gestionali in campi quali i rapporti con il legislatore; una migliore definizione del ruolo del ML e delle competenze nella sorveglianza sanitaria; la semplificazione degli adempimenti burocratici derivanti dall'attuazione delle norme; una offerta formativa di specifico interesse; la inclusione di clausole etiche nei contratti stipulati dai ML; il contrasto al ribasso per l'affidamento di incarichi di medici competenti ponendo fine alla valutazione delle prestazioni sul costo per visita e puntando a compensi complessivi che rimandino, come detto all'attività di consulente globale per la prevenzione aziendale.

* * *

"Fortunato il paese dove sono i buoni costumi e non le leggi a fare il buon cittadino". Lo diceva de Montesquieu nel diciottesimo secolo.

In realtà si potrebbe dire che ambedue (scelte etiche, leggi) agiscono, pur con diverse modalità, sui comportamenti individuali e di gruppo e che le prime appaiono affidate a scelte più consapevoli, mentre le seconde ottengono (quando prodotte, applicate e verificate nella loro applicazione) adeguamenti a volte forzosi (magari passando attraverso provvedimenti sanzionatori), vissuti con fastidio e mal tollerati.

Questo vale anche per la tutela della salute e la sicurezza di chi lavora, e non a caso è stato affermato che la prevenzione è il risultato della interazione di molteplici fattori (norme, azioni delle parti sociali, il ruolo dei tecnici della prevenzione) diversamente influenti a seconda della realtà economica, sociale, storica. In un simile contesto appare centrale il ruolo delle parti sociali. Le aziende ed i lavoratori possono infatti decidere autonomamente di organizzare tutela della salute e della sicurezza in modo più efficace di quanto prevede la norma, anche se in teoria (ma a volte anche nella realtà) potrebbero decidere l'opposto.

Nel primo caso quanto viene fatto per la prevenzione non è più visto come un vincolo esterno, imposto da norme spesso complesse, ritenute vessatorie e fonti di costi aggiuntivi per le aziende, ma come una scelta consapevole delle parti interessate. Un ulteriore passo avanti potrebbe essere quello della dimostrazione che prevenzione (ed ancora più promozione della salute e della sicurezza) non convengono solo perché evitano costi, ma perché, se così si può dire, garantiscono più utili. In altre parole la prevenzione, come scelta autonoma ed attiva dell'azienda, diventa un elemento in grado di migliorare il prodotto. È qui che qualità e prevenzione entrano in reale contatto o meglio diventano l'una, la prevenzione, parte dell'altra, la qualità (1).

In questo contesto, quello cioè delle azioni di datori di lavoro, organizzazioni sindacali (peraltro prefigurate nei comitati paritetici di cui al D.Lgs 81/08) e dei consulenti tecnici (tra cui i ML) di volta in volta coinvolti, un ruolo di assoluto rilievo rivestiranno i diversi strumenti di orientamento scientifico e tecnico.

Le leggi degli anni novanta del secolo scorso e dei primi dieci dell'attuale sono cadute in un periodo di riflessione più generale a livello europeo in cui sempre più si stava facendo strada la convinzione che ai soli strumenti legali ne andassero associati altri. Cioè che fosse auspicabile un approccio preventivo integrato: alla legge i compiti di indirizzo generale ed alla normativa tecnica e delle buone prassi gli aspetti attuativi, in modo da poter arrivare, alleggerendo sostanzialmente i vincoli impositivi per arrivare a più condivisi e consapevoli traguardi preventivi occupazionali.

Le norme tecniche sono documenti emanati da enti riconosciuti (UNI ISO EN) che definiscono le caratteristiche (prestazionali, ambientali, di sicurezza, di organizzazione) di un prodotto, processo o servizio.

Le buone prassi sono raccomandazioni emanate da entità qualificate (non necessariamente riconosciute a priori) e rappresentano le indicazioni formulate sulla base delle migliori conoscenze esistenti in un determinato ambito operativo. Esse dovrebbero agevolare la soluzione dei problemi che si presentano ai professionisti in esso impegnati. In questo caso il riconoscimento ad emanare raccomandazioni viene dal credito che gli utilizzatori danno alle entità che le propongono. In ambedue i casi sono nella sostanza valorizzati gli strumenti operativi di chi ha ruoli tecnici e professionali, puntando ad una loro maggiore responsabilizzazione, a partire dalla specifica preparazione, competenza, esperienza.

È assai discusso se tali strumenti possano concettualmente e proprio partendo dalla loro definizione imposti per legge o più in là, come si raccordino con le leggi. Da qui discende l'aspetto decisivo del ruolo delle entità tecnico scientifiche, capaci per definizione di garantire un più rapido ed adeguato aggiornamento delle conoscenze.

La MDL, ad esempio, a seguito delle rilevanti trasformazioni del lavoro e dei rischi per salute e sicurezza dei lavoratori avvenute negli ultimi 20-30 anni, deve essere in grado di operare aggiornando le proprie conoscenze in molteplici ambiti: da quelli clinici tradizionali, a quelli tossicologici ed epidemiologici, da quelli ergonomici e psicologici a quelli tecnologici e sociologici.

* * *

La scelta di SIMILI di puntare fin dal 2002 sulla stesura di linee guida (LG) per i ML è stato il frutto del convincimento che la loro professione avesse specificità, complessità, rapidità di evoluzione tali da consigliare, alla Società Scientifica che maggiormente li rappresentava, di mettere a loro disposizione adeguati strumenti come detto operativi. Impegnarsi nelle LG è stata anche una scelta di difesa e promozione del nostro ruolo e della nostra identità scientifica e professionale, molto di più delle generiche petizioni di principio che spesso si sono poi sentite (2, 3).

Le LG per noi, come per gli altri specialisti medici, hanno l'obiettivo primario di fornire, partendo da informazioni scientifiche e tecniche complete ed aggiornate, raccomandazioni sul modo più corretto di svolgere i propri compiti, in un determinato ambito o relativamente ad un determinato argomento (4). Esse dovrebbero pertanto garantire un costante e diffuso innalzamento della qualità tecnico-scientifica, consentendo, nei fatti, di riaffermare lo specifico ruolo professionale del Medico del Lavoro. Le LG sono state quindi proposte come strumenti utili a migliorare la competenza intesa non come requisito fissato

da una norma, ma come miglioramento delle capacità di orientarsi e come ampliamento di attribuzioni in un determinato campo (5, 6).

Il modello scelto da SIMLII, è stato quello propositivo-formativo, completamente rivisto nel 2009 (7) secondo i principi del Sistema Nazionale delle Linee Guida in Medicina (8, 9, 10).

È stato inoltre deciso di proseguire ed ampliare l'esperienza della formazione a distanza (FAD) ed in aggiunta agli eventi già realizzati (12 nel 2009-2010, ne sono stati calendarizzati 18 per il 2011) (11).

La nostra esperienza dovrà però fare i conti con quanto prevede il DLGS 81/08.

Esso riporta, nel Titolo 1 le seguenti definizioni di alcuni tra gli strumenti di nostro interesse:

- «norma tecnica»: specifica tecnica, approvata e pubblicata da un'organizzazione internazionale, da un organismo europeo o da un organismo nazionale di normalizzazione, la cui osservanza non sia obbligatoria;
- «buone prassi»: soluzioni organizzative o procedurali coerenti con la normativa vigente e con le norme di buona tecnica, adottate volontariamente e finalizzate a promuovere la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro attraverso la riduzione dei rischi e il miglioramento delle condizioni di lavoro, elaborate e raccolte dalle regioni, dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) e dagli organismi paritetici di cui all'articolo 51, validate dalla Commissione consultiva permanente di cui all'articolo 6, previa istruttoria tecnica dell'ISPESL, che provvede a assicurarne la più ampia diffusione;
- «LG»: atti di indirizzo e coordinamento per l'applicazione della normativa in materia di salute e sicurezza predisposti dai Ministeri, dalle regioni, dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL) e dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) e approvati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Non vengono riportate le definizioni di altri poi citati in alcuni articoli come: norma tecnica non armonizzata; codici di condotta; codici di comportamento.

Dovranno pertanto essere discusse le modalità con le quali l'attività finora svolta possa essere recuperata per contribuire alle attività societarie ed istituzionali future.

Le Sezioni Regionali rivestono un ruolo di tutto rilievo almeno per quanto concerne:

- 1) la capacità di avvicinare la Società ai Soci (attraverso incontri, seminari, convegni, iniziative internet) e l'esigenza di rispondere puntualmente ai bisogni espressi ed alla diffusione di esperienze esemplari in grado quindi di arricchire la vita sociale;
- 2) la costruzione di un rapporto diretto con gli enti territoriali ed, in particolare, le singole Regioni che, attraverso la loro funzione legislativa e strumentale possono influire sostanzialmente nella attività della medicina del lavoro;
- 3) la costruzione di un rapporto già in sede locale con le altre componenti del mondo del lavoro (organizzazioni datoriali, organizzazioni dei lavoratori) o con altre organizzazioni locali di medici del lavoro nate negli ultimi anni.

Appare importante una consultazione diretta dei soci per individuare temi di interesse specifico, attraverso strumenti informatici ad hoc, utile occasione per ottenere anche altre informazioni rilevanti per la definizione e la programmazione attività future della Società il più possibili aderenti alle aspettative dei soci.

* * *

La MDL è sempre più considerata componente della "Sanità Pubblica" e condivide con altri SSD dell'area la peculiarità italiana di una mancanza di una specifica scuola che in molti altri paesi riceve la denominazione di *School of Public Health*, caratterizzata al suo interno da specifici programmi formativi di primo, secondo e terzo ciclo.

Essa comprende discipline molto diverse, quali la Clinica (Medica), l'Igiene (Industriale) la Tossicologia (Industriale ed Ambientale), l'Ergonomia, la Psicologia (del Lavoro) ed utilizza competenze ed abilità mutate dalla Fisica, dalla Biochimica, dalla Chimica Analitica, dall'Ingegneria, dall'Architettura.

Ulteriore elemento di riflessione è l'interesse crescente di alcune tematiche di attualità in campo ambientale, soprattutto l'inquinamento atmosferico e l'alimentazione. Su questi temi la MDL può fornire conoscenze e competenze di assoluto rilievo, oltre a metodi di indagine consolidati in decenni di esperienza in clinica e nei luoghi di lavoro. Si tratta di uno spostamento di obiettivi (salubrità dell'aria che respiriamo, sicurezza degli alimenti che assumiamo per nutrirci) più che di contenuti e di metodologie. Se questo spostamento di obiettivi venga a snaturare il nostro ruolo nella società e sia o meno utile è una domanda molto importante, alla quale probabilmente solo i singoli docenti e ricercatori saranno in grado di rispondere, che però introduce un ulteriore elemento di riflessione relativa alle conoscenze da trasmettere ai nostri allievi ed ai nuovi campi che vorremmo/dovremmo esplorare.

I rapporti con la MDL universitaria vanno potenziati, ponendo mente al suo contributo alla elaborazione teorica scientifica della MDL, agli insegnamenti per i medici generalisti, alla formazione degli specialisti e ai futuri master, al contributo per l'aggiornamento.

Anche le altre discipline della sanità Pubblica sono impegnate nel ridefinire la loro azione, attraverso iniziative di approfondimento scientifico, di divulgazione su questioni di reciproco interesse (inquinamento atmosferico, droghe e alcool, alimentazione, stress, malattie croniche degenerative correlate) e di consulenza alle forze politiche ed amministrative su temi per i quali il MdL, per storia e formazione, dovrebbe avere i migliori strumenti interpretativi. Indispensabili appaiono infine i rapporti con altre Discipline con le quali è quotidiana l'interazione dei medici del lavoro quali l'allergologia, la dermatologia, la pneumologia, la cardiologia, l'oncologia, la neurologia (solo per citare i principali).

Passando ai processi di aggiornamento ed orientamento professionale, il loro sviluppo è ritenuto da tutti fondamentale specie se accompagnato dalla sensibilizzazione sui temi della qualità delle prestazioni, con la loro documentazione (audit, feed-back) e favorito da un miglioramento del contesto culturale ed operativo.

Un'azione altrettanto importante va condotta sui destinatari dei prodotti dell'attività dei medici del lavoro (datori di lavoro e lavoratori), per illustrare i vantaggi che derivano loro dall'esistenza di LG e dall'aderenza dei medici che operano per loro in termini di qualità ed efficacia delle scelte operative, indotte, tra l'altro, da adeguate LG, curando tra l'altro le seguenti problematiche:

- integrazione delle LG vere e proprie con altri strumenti (quali consensus document, protocolli ect.); impiego (differenziato) di detti strumenti nelle attività di aggiornamento ed in quelle di orientamento;
- inquadramento delle attività di produzione degli strumenti di orientamento qualificazione delle Società Scientifiche nel contesto del Programma Nazionale delle LG, ora SNLG del Ministero della Salute;
- apparente esclusione operata da 81/08 delle Società Scientifiche, delle Università, di qualificati gruppi di ricercatori;
- eventuali conflitti tra chi produce, raccoglie, valida, controlla nella fase applicativa;
- le LG non solo come strumento didattico dell'accreditamento ma come riferimento professionale con scelta di nuovi temi anche attraverso la (ri)analisi di bisogni formativi;
- come si combineranno tali strumenti con quelli previsti dal D.Lgs 81/2008.

Molti dei punti sopra riportati potranno essere affrontati e risolti nell'ambito di un confronto e di una collaborazione tra Società Scientifiche ed Istituzioni.

Bibliografia

- 1) Apostoli P. Medicina del Lavoro e qualità. G Ital Med Lav Erg 1998; 20: 211-217.
- 2) Atti del 64° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Roma Ottobre 2001. G It Med Lav Erg 2001; 23: 199-230.
- 3) Apostoli P, Signorini S, Sanna Randaccio F. Le LG nella formazione e nell'accreditamento del medico del lavoro. G Ital Med Lav Erg 2001; 23: 3, 224-229.
- 4) Field MJ, Lohr NK. Clinical practise guidelines: Direction new agency: Institute of Medicine, National Accadenmic P Washington DC, 1990.
- 5) www.cochranelibrary.com
- 6) www.guideline.gov(www.cma.ca/cpgs)
- 7) Apostoli P, Cortesi I, Baldasseroni A et al. Gli strumenti di orientamento e aggiornamento del Medico del Lavoro della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII): criteri e metodi di produzione. G Ital Med Lav Erg 2009; 31(4): 371-406.
- 8) <http://www.pngl.it>
- 9) Mosconi G, Cassina T, Catenacci G, Ditaranto D, Frigeri G, Imbriani M, Merluzzi F, Mutti A, Riboldi L, Roscelli F, Saretto G, Toffoletto F, Violante F, Apostoli P. Ricerca e dimostrazione formale della evidenza ed efficacia in Medicina del lavoro. G Ital Med Lav Ergon. 2006 Jan-Mar; 28(1 Suppl): 135-48.
- 10) Apostoli P. La Medicina del Lavoro tra qualità e prove di efficacia. G Ital Med Lav Ergon. 2006 Jan-Mar; 28(1 Suppl): 131-4.
- 11) MeLa@zadig, it
- 12) Apostoli P, Berra A. Consenso sull'applicazione della lista delle malattie professionali ex DM 27/2004. Med Lav 2005; 96(5): 456-457.