

Medico Competente Journal

NOTIZIARIO A.N.M.A.
NUMERO 2/2015

PERIODICO TRIMESTRALE DELL' A.N.M.A.

Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano, Via San Maurizio, n°4
tel. 02/86453978 - fax 02/86913115
e-mail: maurilio@mclink.it
internet: www.anma.it

Federata FISM Federazione Italiana Società medico
Scientifiche

Associazione Certificata UNI EN ISO 9001:2008
certificato Certiquality n.7344

ANMA è un marchio registrato

Autorizzazione Tribunale di Milano
n.96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE: Eugenio Andreatta

RESPONSABILE DEL COMITATO DI
REDAZIONE: Paolo Santucci

COMITATO DI REDAZIONE: Giuseppe Briatico
Vangosa, Gino Barral, Danilo Bontadi, Umberto
Candura, Azelio De Santa, Daniele Ditaranto, Piero
Patanè, Marco Saettone

MARKETING E COMUNICAZIONE:
Serena Trinccanato

PRESIDENTE: Giuseppe Briatico Vangosa

VICE PRESIDENTE: Umberto Candura

SEGRETARIO: Daniele Ditaranto

CONSIGLIERI: Luigi Aversa, Danilo Bontadi, Rino
Donghi, Anselmo Farabi, Giuseppe Olivetti, Francesco
Origlia, Pietro Antonio Patanè, Massimo Sabbatucci,
Marco Saettone, Paolo Santucci, Salvatore Talierno,
Mauro Valsiglio (Verbale della commissione elettorale
a seguito del rinnovo delle cariche sociali per il
quadriennio 20012-2016)

SEZIONI TERRITORIALI REGIONALI

Campania Segr. Giuseppe Iannuzzi	Marche Segr. Giuseppe Olivetti
Emilia Romagna Segr. Mauro Valsiglio	Piemonte e Val d'Aosta Segr. Valter Brossa
Lazio Segr. Paolo Sanchioli	Puglia e Lucania Segr. Antonio Lo Izzo
Liguria Segr. Carlo Valchi	Trentino Alto Adige Segr. Azelio De Santa
Lombardia Segr. Luigi Aversa	Umbria Segr. Anselmo Farabi
	Veneto Segr. Piero Patanè

REALIZZAZIONE GRAFICA: Chiara Bonaldo
per CUSL Nuova Vita Coop. Sociale,
via Belzoni 162, Padova
email: cuslpadova@gmail.com

TIPOGRAFIA: Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)



SOMMARIO

SPECIALE XXVIII CONGRESSO NAZIONALE ANMA - RIVA DEL GARDA 2

- Editoriale
- Si é concluso a Riva del Garda il 28° congresso nazionale: oltre 350 i partecipanti
- Il medico competente in cinque mosse. Il modello di garanzia di qualità del medico competente ANMA
- Workshop: ristrutturare il medico competente - Santa Margherita Ligure:
 - Gruppo di lavoro 'Il MC consulente globale',
 - Gruppo di lavoro 'Il mercato del MC: analisi delle costrittività e delle opportunità alla ricerca di un modello etico'
- Gruppo di lavoro 'Misurare la qualità del Medico competente: perché?, chi?, come?'
- Recensione 'Trattato medicina del lavoro'
- Il quadro operativo in cui agisce il medico competente. Contributo di un Responsabile del Servizio di
- Prevenzione e Protezione
- Recensione 'Meglio prevenire che curare'

UFFICIO & SALUTE

44

- Videoterminalista, 'mouse' e idoneità: primo aggiornamento sugli orientamenti operativi

DA LEGGERE IN POLTRONA

48

- La bellezza della professione

La quota associativa annuale per i **Medici Competenti** è di € 100,00

Per gli **Specializzandi in Medicina del Lavoro** non è prevista alcuna quota e pertanto possono associarsi gratuitamente.

Per tutti i Soci è richiesta, all'atto dell'iscrizione o del rinnovo tramite il portale www.anma.it, anche la registrazione o la conferma dei propri dati. Il pagamento dell' iscrizione o del rinnovo può essere effettuato tramite:

- carta di credito (seguendo le istruzioni nel portale www.anma.it)
- bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio - Sede di Milano
Codice IBAN: IT55 V056 9601 6000 0001 4539 X22



Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI



EDITORIALE

Giuseppe Briatico-Vangosa
Presidente ANMA

Pensiamo utile anticipare in questo numero della nostra pubblicazione periodica alcune riflessioni presentate nel corso del nostro 28° Congresso Nazionale che si è recentemente svolto a Riva del Garda dal 28 al 30 maggio u.s., rimandando il complesso delle relazioni, dei contributi e della discussione agli Atti del Congresso che saranno pubblicati con la tempistica consueta.

Il Congresso è stata l'occasione per approfondire tre temi che abbiamo ritenuto, oggi possiamo dire a ragione, particolarmente attuali e meritevoli.

In questo numero riprendiamo alcuni passi tratti dalle relazioni e dalla discussione della Sessione inaugurale del Congresso dedicata alle problematiche della nostra figura e del nostro ruolo professionale. E' una lunga, troppo lunga storia, a cui dobbiamo dare fine. I confini e i limiti della nostra professione si stanno modificando e sta a noi analizzarli e definire le diverse condizioni di gestione della nostra attività.

Abbiamo preso in considerazione tre ambiti:

- Il Medico competente "consulente globale".
- Il mercato del medico competente: analisi delle costrittività e delle opportunità alla ricerca di un modello etico.
- Misurare la qualità del Medico competente: perché?, chi?, come?

Le relazioni presentate alla discussione sono il frutto di un continuum dell'intensa attività del nostro Direttivo nazionale che ha dedicato, fra l'altro, due giorni di full immersion all'inizio dello scorso mese di maggio. Questo nostro laboratorio, dedicato al nostro re-styling del medico competente, è stato pazientemente assistito e guidato da alcuni Esperti (gli Skill) che ringraziamo ancora per la loro disponibilità e pazienza: il prof. Francesco Bacchini, *Università degli Studi di Milano Bicocca - Facoltà di Economia*; il prof. Giovanni Costa, *Professore ordinario, Dipartimento di Medicina del lavoro e dell'ambiente, Università degli Studi di Milano*; il prof. Mario Del Vecchio, *SDA Professor di Public Management and Policy - Professore Associato di Economia Aziendale presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze*; il Dr. Livio D'Acuti, *Esperto in sicurezza sul lavoro*; il Dr. Paolo Mascagni, *Direttore Struttura Complessa di Medicina del Lavoro Presidio Ospedaliero di Desio (MB)*. Ringraziamo con affetto i colleghi "esterni" al nostro direttivo che hanno partecipato e contribuito con passione al nostro laboratorio: Luciano Riboldi dell'Istituto di Medicina del lavoro dell'Università di Milano; Roberto Gori e Mario Maina del direttivo Co.na.me.co; gli specializzandi in Medicina del Lavoro e i "giovani" specialisti, il nostro futuro.

Offriamo dunque alle vostre considerazioni queste riflessioni in attesa di ricevere sollecitazioni, puntualizzazioni e, ovviamente, critiche purché costruttive.

Un saluto a tutti a nome del Consiglio Direttivo

Giuseppe Briatico-Vangosa
Presidente ANMA



SI È CONCLUSO A RIVA DEL GARDA IL 28° CONGRESSO NAZIONALE: OLTRE 350 I PARTECIPANTI



Sono terminati sabato 31 maggio i tre giorni di lavori scientifici del nostro Congresso Nazionale che ha registrato grande interesse e partecipazione nella Sala affollata da oltre 350 presenze tra partecipanti, relatori, ospiti provenienti da tutta Italia.

Abbiamo trattato e discusso la professione del Medico Competente nel contesto normativo attuale, una intera giornata è stata dedicata ad un'approfondita analisi sul tema dei tumori professionali, abbiamo voluto affermare il lavoro come salute e non solo come causa di patologia.

I relatori che si sono avvicendati hanno contribuito con le loro relazioni a delineare un percorso di alto valore formativo e scientifico e a tratti intenso per attenzione e partecipazione della Sala. Li ringraziamo tutti ed in particolare il dott. Di Lecce Procuratore Generale a Genova, il prof. Bertazzi di Milano, il prof. Mastrangelo la dott.ssa Chiara di Padova e il prof. Filippetti, divulgatore di arte, che ci ha fatto vivere con commozione il tema del lavoro negli affreschi di Giotto.

Quindi un bilancio estremamente positivo per questa 28^a edizione del Congresso che è stata anche l'occasione per far incontrare i Soci e quindi valorizzare il concetto di network dell'Associazione che si riconferma come punto di riferimento formativo d'eccellenza a livello nazionale.

IL MEDICO COMPETENTE IN CINQUE MOSSE. IL MODELLO DI GARANZIA DI QUALITÀ DEL MEDICO COMPETENTE ANMA



Giuseppe Briatico Vangosa
Presidente ANMA

Da Giuliano Franco “Meglio prevenire che curare. Il pensiero di Bernardino Ramazzini medico sociale e scienziato visionario”. Capitolo 9- Medicina e medici dell’epoca. “Come si è visto, Ramazzini si rivolge ai governati invitandoli ad assicurare lo svolgimento del lavoro in condizioni di salubrità. Nello stesso tempo egli invita i colleghi medici a interessarsi della salute dei lavoratori e a visitare le botteghe artigiane, non tralasciando di rivolgere loro commenti ironici: “proviamo a invitare i medici amanti della raffinatezza e della pulizia a uscire dalle botteghe degli speziali per condurli nelle latrine. Non c’è dubbio che arriccerebbero il naso”.

Il ciclo non si chiude, la storia è cristallizzata. Da quando il medico competente “moderno” esiste, prima come medico di fabbrica poi come medico d’azienda, il chiodo fisso è misurarlo, valutarlo, quotarlo. Un oggetto al servizio di una serie di soggetti che a noi pare abbiano superato e continuano a superare i confini del proprio mandato. Gli esempi sono sotto gli occhi di tutti: “Deliberazione della Giunta Regionale Umbria N. 1722 del 22/12/2014 “Linee di indirizzo e standard di qualità per la sorveglianza sanitaria”; “Indagini sulla qualità dell’attività del medico competente promosse da diverse ASL”

Il ciclo che in qualche modo si è aperto nella metà degli anni ’50 del secolo scorso – qualcuno ricorda l’espressione della “odiosa figura del medico di fabbrica”- non si chiude. La storia è andata avanti, seppur con toni meno duri – i toscani sono fatti così - e tendenze alterne, ma alla fine si è cristallizzata, per come la vediamo noi. Misurare, valutare, quotare e, più modernamente, percorso e garanzia di qualità, efficienza, efficacia e così via.

Comprendiamo che il medico competente per natura, per ruolo e responsabilità è un “oggetto” se non altro perché “figura pubblicitaria” alla pari, però, di tante altre figure a cui è attribuita la medesima caratteristica, Ci viene però il dubbio che altri “soggetti”, tanti e di diversa caratura, lo usino per giustificare il proprio essere.

Bisogna uscire da questo loop, pena il collasso del sistema.

Allo scopo riprendiamo per l’ennesima volta, *repetita juvant*, la descrizione della funzione del medico competente come espressa nel 1987 dal Professor Enrico Carlo Vigliani, Maestro emerito di Medicina del Lavoro: “La medicina d’azienda è un’arte particolare. E’ una medicina che si differenzia per molti lati dalla medicina del lavoro classica, materia di studio nelle Facoltà Mediche, e per numerosi versi anche dalla specializzazione in

medicina del lavoro, così come viene appresa nella maggior parte delle nostre scuole universitarie. Presupposto della medicina aziendale una profonda conoscenza dell’azienda, dei suoi pericoli per la salute, del suo funzionamento; presupposto è anche una stretta intesa con il management aziendale e con i tecnici della sicurezza, una cordiale collaborazione col consiglio di fabbrica, e una attitudine di comprensione e di aiuto verso i lavoratori. Ma questo non basta: un servizio medico aziendale ha bisogno di una organizzazione adeguata alle esigenze e all’ampiezza dell’azienda, organizzazione sul piano diagnostico, preventivo e anche ergonomico; ha bisogno di strumenti atti a misurare il rischio, ha bisogno di una buona conoscenza della selva di leggi e norme che oggi regolano il lavoro”. Essa ha anticipato la filosofia della direttiva comunitaria 391/89, che ANMA nel 1997 ha condensato all’articolo 1 del proprio Codice di Comportamento del Medico d’Azienda e Competente “Art. 1 – MISSIONE - Il medico d’azienda, competente in quanto provvisto dei requisiti richiesti dalla legge e nominato dal datore di lavoro, è il Medico che, inserito nel contesto aziendale per il perseguimento delle finalità generali dell’impresa, attraverso la specifica conoscenza dell’organizzazione aziendale, collabora all’attuazione di quanto necessario affinché l’attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute dei lavoratori”.

Il nostro legislatore è stato timido nel recepire la normativa comunitaria, come testimonia la definizione del Testo Unico all’articolo 2, lettera b)

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”. La sorveglianza sanitaria, tradotta poi dal mercato come “visitificio”, è e rimane il core della funzione del medico competente contro il suo ruolo nell’analisi del rischio, nelle relazioni dell’azienda, nella formazione, nello sviluppo della salute della comunità lavorativa e di conseguenza nella comunità sociale che tracciano, nella logica del Testo Unico, le tre fondamentali aree di intervento del medico competente:

- autonomo-operativa;
- autonomo-informativa;
- collaborativa e partecipativa.

All’interno di ciascuna area convivono azioni obbligatorie, quindi soggette a vigilanza, e azioni di squisito ambito professionale, quindi non soggette a vigilanza, ma che senza dubbio qualificano la capacità del professionista. Non sempre la cesura è netta, presentando ampi sconfinamenti.

E’ quindi necessario riprendere la partita per fissare un progetto di garanzia di qualità mutuato o inserito nei sistema di gestione della qualità (ISO EN 9001:2008; OHSAS 18001:2007 o Linee guida UNI INAIL) quale ambito naturale per misurare e validare il progetto “medico competente”.



5 STEP PER L'OBIETTIVO QUALITÀ

Step	Ambito	Indicatore	Ente responsabile del controllo
STEP 1	Garantire l'aggiornamento professionale; il rispetto dei codici deontologici (ICOH, FNOMCeO; Codice di Comportamento ANMA)	Percorso di aggiornamento professionale (ECM, altro) Carta dei servizi Linee guida Rapporti contrattuali	Ordine Provinciale dei Medici (Ministero della salute) Certificatore dei sistemi di qualità
STEP 2	Garantire la compliance con la normativa	Normativa di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro e collegate	Organo di vigilanza Datore di lavoro
STEP 3	Valutazione dei rischi, nella "collaborazione", oltre la "collaborazione"	BET (Best Experienced Practices)	Datore di lavoro Certificatore dei sistemi di qualità RLS
STEP 4	Il progetto di prevenzione, la sua pianificazione, la relazione con il sistema aziendale e con il sistema sociale	BET (Best Experienced Practices)	Auditor ANMA Datore di lavoro Certificatore dei sistemi di qualità RLS
STEP 5	Il progetto formativo e di promozione della salute	BET (Best Experienced Practices)	Auditor ANMA Datore di lavoro Certificatore dei sistemi di qualità RLS

che realizzano e qualificano "l'autentico Medico competente", anche definito dai neologismi che stanno avanzando "Medico competente globale", ovvero il medico "inserito nel contesto aziendale".



Workshop: ristrutturare il Medico Competente SANTA MARGHERITA LIGURE

Gruppo di lavoro G1

Il MC "Consulente globale"

A. Bigotti; A. Farabi; M. Maina; M. Musante; S. Padula; L. Riboldi; M. Saettone; S. Taliercio.

Tutor: D. Bontadi

Skill: G. Costa; F. Bacchini

La definizione di MC "consulente globale" può trovare diverse espressioni concettuali e alcune limitazioni di interpretazione da parte degli attori del Sistema di Prevenzione e tutela della salute negli ambienti di lavoro: DL, RSPP, Magistratura, Organo di vigilanza, RLS)

Riteniamo assolutamente attuale la descrizione della funzione del medico competente come espressa nel 1987 dal Professor Enrico Carlo Vigliani, Maestro emerito di Medicina del Lavoro: *"La medicina d'azienda è un'arte particolare. E' una medicina che si differenzia per molti lati dalla medicina del lavoro classica, materia di studio nelle Facoltà Mediche, e per numerosi versi anche dalla specializzazione in medicina del lavoro, così come viene appresa nella maggior parte delle nostre scuole universitarie. Presupposto della medicina aziendale una profonda conoscenza dell'azienda, dei suoi pericoli per la salute, del suo funzionamento; presupposto è anche una stretta intesa con il management aziendale e con i tecnici della sicurezza, una cordiale collaborazione col consiglio di fabbrica, e una attitudine di comprensione e di aiuto verso i lavoratori. Ma questo non basta: un servizio medico aziendale ha bisogno di una organizzazione adeguata alle esigenze e all'ampiezza dell'azienda, organizzazione sul piano diagnostico, preventivo e anche ergonomico; ha bisogno di strumenti atti a misurare il rischio, ha bisogno di una buona conoscenza della selva di leggi e norme che oggi regolano il lavoro".*

Questa lucida descrizione di funzione ha anticipato la filosofia della direttiva comunitaria 391/89, che ANMA nel 1997 ha condensato all'articolo 1 del proprio Codice di Comportamento del Medico d'Azienda e Competente "Art. 1 – MISSIONE - Il medico d'azienda, competente in quanto provvisto dei requisiti richiesti dalla legge e nominato dal datore di lavoro, è il Medico che, inserito nel contesto aziendale per il perseguimento delle finalità generali dell'impresa, attraverso

la specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale, collabora all'attuazione di quanto necessario affinché l'attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute dei lavoratori”.

Il **fulcro** della figura del MC è rappresentato dalle competenze che gli sono richieste:

La sorveglianza sanitaria, che rimane il *core* della funzione del medico competente, la collaborazione nell'analisi del rischio, la partecipazione alle relazioni dell'azienda, alle attività di formazione, lo sviluppo di programmi di promozione della salute della comunità lavorativa.

Tali competenze sono rappresentate dai requisiti richiesti per la specializzazione (vedere il documento UEMS allegato), dal programma di aggiornamento continuo attraverso il quale il MC acquisisce la capacità di interpretare la normativa vigente, di applicare le buone prassi professionali e le linee guida, dai rapporti con gli altri attori aziendali, affinché la sua attività professionale non diventi “ostaggio di altri”. Si dovrà considerare infine una diversificazione delle attività e dei rapporti in considerazione delle dimensioni aziendali.

Dalla focalizzazione della figura deriva la **definizione degli obiettivi** dell'attività del MC, in accordo con la normativa vigente e le conoscenze scientifiche rappresentate dalle buone prassi, linee-guida ed evidenze scientifiche.

Le funzioni del MC sono di natura:

- Preventiva
- Clinica (giudizio di idoneità, lavoratori fragili, ecc)
- di Promozione della salute

Egli svolgerà **compiti specifici** in relazione alle diverse funzioni che, nella logica della Normativa vigente, possono essere rappresentate in tre fondamentali aree di intervento:

- autonomo - operativa;
- autonomo - informativa;
- collaborativa e partecipativa.

All'interno di ciascuna area convivono azioni obbligatorie, quindi soggette a vigilanza, e azioni di squisito ambito professionale, quindi non soggette a vigilanza, ma che senza dubbio qualificano la capacità del professionista. Non sempre la cesura è netta, presentando ampi sconfinamenti.

In riferimento al “**metodo**” si sostiene l'impostazione e la formazione “clinica” del MC attraverso i criteri di:

- valutazione dei risultati
- valutazione di efficienza (costo/risultato)

- valutazione di efficacia (rischio/beneficio)

che devono essere condivisi con il sistema di prevenzione aziendale e con l' Organo di vigilanza

L'attività del MC deve essere definita attraverso un **Contratto** nel quale vengono definiti i rapporti con il titolare del contratto e gli standard (vedere in allegato il “Modello ANMA di contratto per il MC”)

Il MC può svolgere un'attività di **Professione liberale**, che sarà vincolata al risultato attraverso vari rapporti di (in) dipendenza : un “consulente globale” che può essere:

- Collaboratore di Società di servizi di Medicina del Lavoro
- Collaborazione a progetto
- Contratto di lavoro subordinato
- Contratto di lavoro libero professionale

Riteniamo essenziale che la retribuzione del MC sia **per funzione e non per prestazione** e proponiamo una azione di marketing che definisca i rapporti tra il Datore di Lavoro (cliente) e il MC (fornitore di servizi/prestazioni professionali) (Vedere il documento allegato:” Il DDL come cliente per il MC: il mkt”). (allegato 2)

In riferimento ai programmi di formazione, dovranno essere ridefiniti gli obiettivi e i criteri di valutazione al fine di conseguire specifiche competenze professionali, ben rappresentate dal Diploma di specializzazione UEMS e dallo standard europeo nella formazione specialistica in Medicina del Lavoro (allegato 1).

Allegato 1

Documento UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes)

Qualificazioni generali per gli Specialisti in Medicina del Lavoro in Europa

La Medicina del lavoro e dell'ambiente è una delle discipline fondamentali nell'approccio multidisciplinare del sistema sanitario alla tutela della salute nei luoghi di lavoro e di vita. Si tratta di una specializzazione medica finalizzata alla prevenzione ed alla gestione delle malattie e degli infortuni e delle conseguenti disabilità causate dal lavoro, nonché alla promozione della salute dei lavoratori.

I medici del lavoro hanno una particolare competenza nella valutazione, nella prevenzione e nella gestione delle condizioni che sono comunemente o unicamente associate con l'attività lavorativa o che riguardano le persone esposte ai fattori di rischio o agenti nocivi dispersi nell'ambiente. Inoltre, i medici del lavoro sono in grado di definire il giusto collocamento dei lavoratori con patologie e disabilità non professionali.

Il medico del lavoro deve possedere doti fisiche, intellettuali e comportamentali (cioè deve

possedere le conoscenze, la capacità, l'abilità e l'attitudine, ovvero "sapere, saper fare, saper essere") per soddisfare le esigenze poste dai compiti sopra elencati.

Per acquisire competenza non basta la formazione.

L'acquisire conoscenze e competenze specifiche richiede una supervisione adeguata ed è stata definita più di dieci anni fa ("Medicina del Lavoro in Europa: campo di applicazione e competenze" a cura di Ewan MacDonald, Boguslaw Baranski e Jane Wilford, Bilthoven: WHO, 2000). La Sezione Monospecialistica di Medicina del Lavoro dell'UEMS concorda con la descrizione del nucleo di competenze descritto in questa relazione, che ha solo leggermente modificato.

Medicina del lavoro, salute e sicurezza "evidence-based" è la parola d'ordine del medico del lavoro, che deve possedere i requisiti necessari per:

- formulare una domanda o un problema;
- ricercare nella letteratura ed in altre fonti prove e documentazioni pertinenti;
- valutare la validità e l'utilità delle prove;
- implementare i risultati utili e fornire una base fattuale per i suoi giudizi complessivi e le azioni conseguenti.

COMPETENZE

Il medico del lavoro specializzato è qualificato per svolgere le seguenti funzioni:

1. Identificazione e valutazione dei rischi per la salute nei luoghi di lavoro:

- realizzando sopralluoghi sul posto di lavoro e fornendo consulenza sui metodi di controllo;
- conducendo valutazioni di rischio individuale e collettivo;
- sospettando l'esistenza di malattie professionali;
- organizzando opportune indagini per la diagnosi di una malattia professionale;
- riconoscendo la necessità di una valutazione specialistica dell'ambiente di lavoro mediante la partecipazione di differenti soggetti di un gruppo multidisciplinare (tossicologi, igienisti, ergonomi, psicologi del lavoro, ecc.) e organizzando la squadra stessa.

2. Sorveglianza sanitaria dei lavoratori, definita in base all'entità dei rischi professionali per la salute dei lavoratori o con un accordo volontario attraverso:

- *screening* sanitario e visite mediche pre-collocamento;
- visite periodiche;
- visite di fine rapporto, prima di lasciare l'impresa;
- altre visite mediche;
- monitoraggio biologico dell'esposizione;
- monitoraggio degli effetti biologici.

3. Monitoraggio ambientale e sorveglianza sulle pratiche di lavoro che possono incidere sulla salute dei lavoratori mediante:

- monitoraggio dei rischi sul luogo di lavoro compresi gli agenti fisici, chimici, biologici ed i fattori ergonomici, i rischi psicosociali e di altro tipo;
- organizzazione e la realizzazione di sopralluoghi ed ispezioni sul lavoro;
- organizzazione della sorveglianza sanitaria per i lavoratori esposti a rischi professionali;
- scelta delle indagini di monitoraggio biologico sulla base di criteri di validità per la protezione della salute del lavoratore interessato, considerando sensibilità, specificità e valore predittivo degli esami in questione.

4. Consulenza sull'igiene, la sicurezza e l'ergonomia occupazionale e sui dispositivi di protezione collettiva ed individuale tramite:

- valutazione dei sistemi di controllo volti a eliminare o ridurre l'esposizione;
- selezione, con l'assistenza di altri esperti ove necessario, di adeguati dispositivi di protezione individuale;
- consigli sulla progettazione ergonomica del posto di lavoro e strumenti di lavoro.

5. Organizzazione del pronto soccorso e della gestione dell'emergenza mediante:

- consulenza sulla fornitura di servizi di primo soccorso e procedure di emergenza;
- mantenimento delle competenze nel trattamento di malattie acute e lesioni comuni.

6. Consulenza sulla pianificazione e l'organizzazione del lavoro, compresa la progettazione dei luoghi di lavoro, la manutenzione e scelta di macchinari e di altre attrezzature o sostanze utilizzate nel lavoro:

- consigliando l'introduzione di nuovi sistemi e tecniche di lavoro;
- introducendo il fattore umano nel processo di progettazione del luogo di lavoro dell'impresa e degli strumenti di lavoro.

7. Partecipazione alla formulazione di linee guida per la tutela della salute, dell'ambiente e la sicurezza del lavoro, secondo principi etici, attraverso:

- consulenza ai datori di lavoro nella gestione del personale secondo principi etici;
- deliberazioni in merito alla necessità di consultazioni dei rappresentanti dei lavoratori;
- consulenza ai datori di lavoro sugli obiettivi di salute e sicurezza che l'impresa dovrebbe realizzare in un determinato periodo di tempo;
- coordinamento delle discussioni per raggiungere accordi in materia di salute e sicurezza tra parte datoriale e rappresentanti dei lavoratori;
- assicurazione che i lavoratori siano pienamente informati sulla politica aziendale e sui loro diritti in materia di salute e sicurezza;
- consulenza sugli strumenti da utilizzare per il monitoraggio e la valutazione della politica esito impresa.

8. Promozione dell'adattamento del lavoro al lavoratore; valutazione della disabilità e dell'idoneità al lavoro, cercando di promuovere la capacità di lavoro mediante:

- valutazione del rischio di infortuni sul lavoro, con consigli sulla prevenzione del danno;
- valutazione di disabilità, idoneità al lavoro e precollocamento, seguito dalla malattia/infortunio lavoro o non lavoro correlato;
- valutazione di menomazione, disabilità ed handicap in relazione al lavoro;
- la gestione clinica della riabilitazione di lavoratori disabili;
- applicazione di ergonomia per la riabilitazione;
- applicazione della psicologia del lavoro per la riabilitazione in situazioni di lavoro-correlato e patologie mentali;
- consulenza ai dipendenti per quanto riguarda le assenze per malattia;
- la gestione dei lavoratori con problemi di droga o alcool;
- consulenza in materia di risanamento e di riconversione;
- consulenza in materia di invecchiamento e mantenimento al lavoro di lavoratori disabili;
- promozione della capacità di lavoro: salute, capacità e formazione in relazione alle esigenze del lavoro.

9. Consulenza in materia di idoneità al lavoro e adattamento del lavoro al lavoratore in particolari situazioni (gruppi vulnerabili e legislazione specifica, ad esempio la direttiva UE sulla tutela delle madri in gravidanza e allattamento 92/85/CE).

10. Collaborazione nel fornire informazione, formazione e istruzione nel campo della salute, sicurezza ed ergonomia per i datori di lavoro e i lavoratori attraverso:

- la comunicazione con persone provenienti da ambienti diversi e con diversi livelli di istruzione e capacità di comprensione di espressioni tecniche;
- l'organizzazione e la stesura di relazioni con la massima precisione e fornendo per quanto possibile dati quantitativi;
- l'organizzazione di banche dati informatizzate e (se possibile) di siti web dedicati alla diffusione della ricerca in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- la consulenza;
- la partecipazione a comitati aziendali, in particolare al Comitato salute e sicurezza;
- la partecipazione all'analisi degli infortuni e delle malattie professionali;
- la collaborazione con altri professionisti per organizzare e fornire adeguata formazione.

11. Contribuire alla conoscenza scientifica per quanto riguarda i pericoli per la salute e la sicurezza sul lavoro attraverso:

- a. ricerca e indagine sui problemi di salute e capacità di lavoro in azienda,
- b. sviluppo di principi etici sulla esigenza di sviluppare conoscenze inerenti il lavoro in azienda, compresa la necessità di una ricerca medica, valutata da un comitato etico indipendente, a seconda dei casi, mediante:
 - effettuazione di una specifica indagine scientifica formale;
 - effettuazione di una ricerca bibliografica con relazione finale;
 - interpretazione dei dati scientifici pubblicati su riviste scientifiche od ottenuti da ricerche personali;
 - pianificazione ed esecuzione di semplici indagini;
 - analisi dei dati raccolti di routine, compresa l'assenza per malattia e dei dati sugli infortuni;
 - comunicazione periodica alla direzione e ai lavoratori oralmente e per iscritto.

12. Fornire consulenza, sostenere e monitorare l'attuazione della salute e della legislazione sulla sicurezza mediante:

- applicazione del diritto della salute sul lavoro e dell'etica in casi individuali;
- consulenza alla direzione sull'attuazione della salute e della sicurezza e sul diritto ambientale;
- consulenza sulla politica sanitaria e di sicurezza;
- consulenza ai lavoratori ed ai loro rappresentanti sui loro diritti ed obblighi giuridici
- valutazione di conformità a nuove normative.

13. Individuazione e consulenza su esposizioni pericolose per l'ambiente derivanti da attività industriali attraverso:

- diagnosi differenziale delle malattie professionali o di origine ambientale;
- individuazione, analisi e consulenza in materia di prevenzione dei rischi ambientali conseguenti a, o che possono derivare da, attività o processi presenti in azienda;
- riconoscimento e consulenza in materia di esposizioni pericolose per l'ambiente di vita derivanti da altre fonti o attività;
- collegamento con altri specialisti, responsabili per la salute dell'ambiente e della comunità.

14. Partecipazione a programmi di promozione della salute sul lavoro tramite:

- analisi delle esigenze della popolazione attiva;
- analisi degli aspetti etici degli screening sanitari;
- analisi costi-benefici delle attività di promozione della salute al lavoro;

- partecipazione alla ricerca e gestione di un programma concordato di promozione della salute al lavoro, coinvolgendo lavoratori e datori di lavoro;
- valutazione e revisione dei programmi di promozione della salute sul luogo di lavoro, soprattutto rispetto alla loro pertinenza per il controllo dei determinanti non professionali dello stato di salute e della capacità di lavoro.

15. Gestione del servizio di medicina del lavoro (SSL):

- valutazione delle esigenze dell'impresa in materia di salute e sicurezza;
- definire le finalità e gli obiettivi della sicurezza sul lavoro;
- definire i ruoli del personale nel fornire una sicurezza sul lavoro e formulare descrizioni di posti di lavoro;
- la gestione del dipartimento di medicina del lavoro o di un servizio di qualità utilizzando principi di gestione;
- valutare la qualità della fornitura dei servizi includendo *audit* degli aspetti professionali medici della salute occupazionale;
- negoziazione e gestione di un bilancio;
- *pianificazione di un gruppo di lavoro*;
- registrazione;
- la progettazione di un programma di formazione per il personale della salute sul lavoro.

16. Lavorare come parte di un servizio multidisciplinare:

- guidando il gruppo di lavoro;
- reclutando esperti;
- fornendo consulenza in materia di attuazione della valutazione dei rischi, condotta da altri professionisti;
- coordinando la sorveglianza sanitaria e il monitoraggio biologico con il monitoraggio ambientale e le altre modalità di valutazione dei rischi;
- promuovendo un lavoro scientifico multidisciplinare sulla raccolta dei dati espositivo;
- pianificando l'uso efficiente di risorse multidisciplinari;
- contribuendo alla selezione di criteri da utilizzare per valutare la propria attività.

Allegato 2**Il DDL come cliente per il MC: il mkt****Il mercato problematico, imprese che:**

- ✓ puntano ad investire il minimo indispensabile per la sicurezza;
- ✓ non hanno particolari esigenze;
- ✓ vogliono un servizio globale e integrato (welfare aziendale, ottimizzazione servizi generali);
- ✓ hanno bassi rischi.

Il mercato possibile, imprese che:

- ✓ sono in grado per condizioni oggettive o competenze di integrare la medicina del lavoro con gli altri servizi/meccanismi;
- ✓ hanno problematiche complesse di natura specifica (focalizzata sulla medicina del lavoro);
- ✓ necessitano (è sufficiente) un punto di riferimento per la medicina del lavoro.

Le condizioni:

- esperienza
- competenza su problematiche complesse
- capacità di offrire servizi integrati (focalizzati)
- capacità di comprensione delle dinamiche complessive dell'impresa (in particolare relazioni di lavoro)
- capacità di attivazione di reti professionali
- imprenditorialità

Le criticità:

- ✓ percezione e aumento del valore generato
 - ✓ evidenziazione e misurazione dei benefici
 - ✓ allargamento (per quanto possibile) del raggio di azione (es. benessere e invecchiamento)
 - ✓ proattività
- ✓ acquisizione di clienti
 - ✓ network, alleanze con società
 - ✓ aggregatori di domanda (associazioni)
- ✓ il sapere, lo sviluppo e la manutenzione
 - ✓ università, società, associazioni, gruppi di lavoro
 - ✓ promozione di studi e ricerche



Workshop: ristrutturare il Medico Competente
SANTA MARGHERITA LIGURE

Gruppo di lavoro G2

**Il mercato del MC: analisi delle costrittività e delle opportunità
alla ricerca di un modello etico**

G. Boschioli; P. Gioffre; R. Gori; G. Olivetti; F. Origlia M. Sabbatucci; C. Valchi

Tutor: U. Candura

Skill: M. Del Vecchio

Premessa

Volendo cogliere con una certa dose di ironia e di disincanto la storia recente della professione del Medico Competente (MC), ci sembra di poter dire che essa richiama alla mente quei personaggi letterali tormentati, in affannosa ricerca di una identità, con diverse anime e diverse visioni del proprio ruolo nella società. Si passa da interpretazioni puramente difensive, timorose degli aspetti punitivi che la vita ci riserva, a ruoli propositivi, proiettati ad obiettivi più strategici, o – come oggi si usa dire – più di sistema, cogliendo quegli aspetti innovativi del ruolo, che la Legge da un lato fa trapelare, ma che sembra poi non tutelare abbastanza in termini di chiarezza delle competenze e certezza del diritto.

D'altronde, probabilmente, nessun'altra specialità medica è subordinata nell'evoluzione dei suoi contenuti professionali dalle profonde e repentine trasformazioni della società, dalle contingenze economiche, dagli assetti normativi correlati anche all'appartenenza alla comunità europea. In altre parole pensiamo che nessun'altra professione medica sia così saldamente ancorata alla realtà sociale come la nostra, anche in virtù della crescente osmosi tra i temi della Salute e Sicurezza del Lavoro (SSL) e le tensioni sociali ed ambientali di contorno.

Nel dibattito associativo sviluppatosi intorno alla visione della figura del MC e della disciplina della medicina d'azienda sono state prese in considerazione alcune variabili – tra le quali l'impianto normativo, la formazione accademica di base ed il mercato – per analizzarne le criticità in una prospettiva di crescita e cambiamento della professione.

Il presente contributo tenta un'analisi sulla problematica del mercato delle consulenze alle imprese in tema di SSL.

Metodo

Entrando nel merito, il GdL ANMA si è dato un metodo condividendo alcuni punti e quesiti di base sui quali sviluppare la nostra (qualcuno direbbe *ennesima*) discussione su attualità e futuro della figura del MC:

- innanzitutto ragionare nell'ottica di un sistema di appartenenza (quello della SSL) e non del singolo ruolo, togliendo qualsiasi retaggio di autoreferenzialità che spesso accompagna le nostre riflessioni,
- la inscindibilità della nostra disciplina da un contesto normativo: quali pregi, quali i limiti e quali soluzioni da auspicare,
- la consapevolezza di una realtà professionale che non è sempre rispondente ad un profilo associativo di qualità, e che viene stigmatizzata spesso dai nostri interlocutori con l'immagine di un *iceberg**, la cui parte sommersa – poco competitiva ma più consistente – potrebbe non favorire la condivisione di un unico

modello di mercato, (* L'immagine dell'iceberg come una rappresentazione non tanto riferita alla comunità professionale dei MC, bensì alla professione in sé, in quanto pensiamo che ognuno di noi possa trovarsi – a seconda dei casi – al di sopra o al di sotto della linea di galleggiamento)

- trarre da un rapido sguardo al passato una valorizzazione dei punti di forza, a partire dagli aspetti evolutivi e dalla capacità di adattamento della "specie" MC, nonché dai risultati sul campo della disciplina alla quale appartiene,
- affrontare poi più specificamente il tema del mercato e della contrattualistica dei servizi alle imprese : per che cosa viene pagato oggi il MC?
- partendo dall'assunto che una bassa percezione della qualità e dell'efficacia significa bassi investimenti delle imprese, come dimostrare la differenza di un servizio di qualità (indicatori e tangibilità dei risultati),
- le competenze *non tecniche* della professione: al di là del patrimonio scientifico ed accademico, sono questi i veri strumenti di adattamento allo scenario che cambia, e per differenziare l'offerta (relazione e comunicazione , lavoro in team, decisionalità, leadership, resilienza, problem solving, ecc.)?
- i possibili scenari futuri della disciplina: in quale contesto organizzativo/assistenziale si inserisce la SSL e quindi dove allocare il mercato del MC?
- infine , è pensabile la condivisione di regole sui comportamenti : etici, professionali, economici (vedi proposta SIMLII : ANMO?)

Ottica di sistema

Riteniamo che ragionare in ottica di sistema voglia dire cercare di uscire dal proprio guscio (professionale, associativo, istituzionale, ruolo pubblico, controllore, ecc.), liberarsi dalle rispettive "sindromi di accerchiamento", abbandonare vecchie ideologie e rendite di posizione, e riscoprire se possibile una visione tecnica dello stato dell'arte della materia.

I tentativi anche recenti di confronto per rivedere complessivamente il sistema che regola la SSL si scontrano fatalmente con lo sconfinamento su polemiche contrapposizioni e giudizi poco lusinghieri: legislatori lontani dalla realtà , controllori votati al ruolo repressivo, giudici portati a reinterpretare le norme, la scarsa qualità media dei consulenti aziendali, gli operatori della prevenzione alla ricerca di una dignità professionale, ma spesso vittime della logica del "low cost , low value".

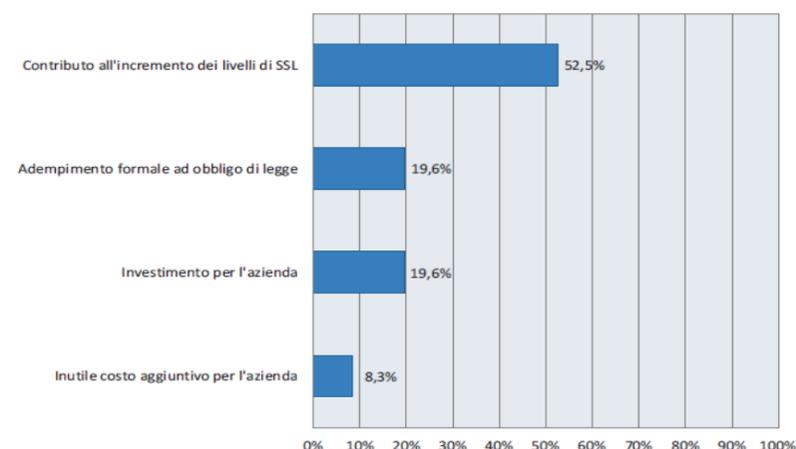
I MC poi continuano ad essere considerati – e purtroppo a volte a sentirsi essi stessi – come l'anello debole della catena, sia sul piano contrattuale/economico sia su quello dei contenuti scientifici della professione, sia (ahinoi) per la supposta mancanza di autonomia operativa, causata dalla sudditanza alle imprese. (vedi documento SNOP/Sindacati),

Peraltro basta pragmaticamente partire da una piatta considerazione: se è vero che un mercato si alimenta con l'appetibilità di un prodotto, non possiamo non considerare che il MC vende un servizio *obbligatorio*, ad un cliente finale (lavoratore) *che non lo ha scelto*, per conto di un committente (DDL) che *spesso ne farebbe a meno!* Per giunta dall'operato del MC possono conseguire conseguenze negative sul piano della salute, ma anche economiche, sia per il lavoratore che per il DDL.

Possiamo citare le recenti indagini conoscitive INAIL, legate al programma INSuLa sulla percezione della SSL da parte delle figure coinvolte nel sistema di prevenzione aziendale (DDL, RSPP, MC, RLS), e dalle quali emergono pareri, a volte inquietanti, meritevoli comunque di riflessione.

Ad esempio alla domanda sulla percezione *dell'efficacia della sorveglianza sanitaria*, tra i circa mille DDL intervistati poco più del 70% parla di un contributo efficace ed un valido investimento per la prevenzione, ma *per quasi il 30% essa rimane un adempimento solo formale ed un'inutile costo aggiuntivo per l'impresa.* (v.tab.)

FIGURA 23 PERCEZIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA DA PARTE DEI DATORI DI LAVORO. VALORI PERCENTUALI



Peraltro questa percentuale di scettici sale al 42,8% se ci riferiamo ai Datori di lavoro delle microaziende (fino a 10 dipendenti), che oggi danno lavoro a più di 8 milioni di dipendenti e rappresentano il 94,9% delle aziende italiane (ISTAT 2010), ed il 92,2% delle imprese in Europa (Ecorys, 2012). Pensiamo che ciò sia sufficiente per aprire una riflessione soprattutto tra i MC ancora legati all'idea di un malinteso monopolio imposto dall'esclusività del ruolo.

D'altronde abbiamo anche più volte sottolineato che la qualità media del prodotto offerto quotidianamente dai MC sia presumibilmente inferiore a quella che traspare dalle vetrine congressuali o dalle occasioni di aggiornamento professionale. Non è un caso quindi che il nostro workshop abbia considerato strettamente correlati il tema del mercato con quello della qualità e della sua misurazione, per prospettare un modello di consulente "globale" e svincolato dalla norma.

Il mercato possibile

La comunità professionale dei medici competenti, insieme peraltro ai loro omologhi accademici e dei pubblici servizi di controllo, si interrogano da tempo sulla sostenibilità di un sistema che da un lato auspica un modello operativo multidisciplinare teso agli obiettivi principali di tutela in SSL, ma nella pratica si tradisce con una dimensione di frammentazione professionale, scarse occasioni di confronto e quindi prevalente isolamento, acuito anche dagli effetti della legislazione concorrente sulla materia, per non parlare delle interpretazioni localistiche – quasi ad personam - della norma.

Parimenti ci si interroga – nell'ambito più ristretto della famiglia professionale dei MC – sulle cause dell'attuale deregolamentazione e dequalificazione del mercato dei servizi alle imprese, ma, al di là di dichiarazioni di intenti (anche da parte istituzionale di FNOMCeO) , o di posizioni indignate di colleghi che emergono in ogni occasione di confronto ed aggiornamento professionale, l'unico percorso tecnicamente valido che sia stato proposto sul tema sembra possa indicarsi sulla ricerca CERGAS del 2012 e sui successivi documenti che ANMA ha prodotto.

Altra letteratura utile come base di discussione riguarda quanto proposto negli anni come criteri di valutazione di una stima di impegno del MC nelle imprese, nonché i tentativi associativi di uniformare una tipologia di accordo contrattuale con le imprese che tenga certamente conto dei requisiti di legge, ma che enfatizzi

l'approccio di *consulente "globale"*, facendo leva anche sulle competenze non strettamente tecnico-sanitarie.

I contributi citati ci hanno disegnato una figura del MC - spesso avanti negli anni e con oggettive difficoltà di adattamento a nuove sfide – che da tempo si dibatte tra differenti modi di interpretare la professione, avendo avuto un driver nell'esclusività del ruolo, con i relativi benefici di mercato, ma dalla stessa norma reso ingessato in un sistema di regole e sanzioni che ne rappresenta anche un limite per il suo sviluppo (basti pensare all'annoso dibattito su rischi non normati e sorveglianza sanitaria, ovvero i diversi obblighi non correlati a prove di efficacia). Il rischio è quindi quello della chiusura in una logica legalistica con obiettivi prioritari di salvaguardare se stesso ed il DDL cliente dall'impianto sanzionatorio. Contribuisce poi la prevalente modalità di svolgimento dell'incarico consulenziale, con presenze discontinue o occasionali nelle imprese ed una persistente maggiore attenzione al soddisfacimento normativo (ovviamente al minor costo possibile...).

Nella stessa ricerca CERGAS si prospettavano però le strategie di sviluppo, considerando che tra le variabili su cui i medici competenti non hanno influenza c'è certamente l'evoluzione del quadro economico, ma tra quelle sulle quali si può potenzialmente intervenire si ricordavano :

- ✓ l'evoluzione del quadro normativo
- ✓ l'evoluzione del sapere scientifico di riferimento
- ✓ e certamente il *modello di erogazione ed il tipo di servizi* su cui concentrare la propria attenzione per favorire il mercato.

Si rimanda a quei documenti per il dettaglio delle proposte organizzative indirizzate a cogliere più adeguatamente le sfide del mercato, e per la difesa della professione dall'accerchiamento dei provider più attrezzati .

Qui si vuole ribadire che il *modello etico* può attecchire laddove maturi una reale percezione che il ritorno dell'investimento cresca con il crescere della qualità del servizio offerto, e che gli indicatori di efficacia vadano ricercati al di là del puro assolvimento della norma. Intendiamoci: già questo (il "semplice" assolvimento della norma) non appare sempre facile - soprattutto pensando che si viene "certificati" in questo da più Organismi di controllo, spesso in disaccordo tra di loro - ma è palese che la professione stia offrendo più di un'opportunità per chi vuole fare un salto di qualità, peraltro non sempre richiesto dalla sponda imprenditoriale, ovvero dalla logica dei Centri servizi.

Tuttavia è indubbio che un mercato "di qualità" si fa largo anche perché da diverse fonti (associazioni professionali, accademica, istituzioni,, Organi di controllo e Magistratura, sindacati) si fa a gara per puntualizzare le nuove sfide e le nuove frontiere del MC e del sistema operativo che lo accoglie:

- a) la continua modifica degli assetti societari e dei modelli organizzativi, con un turnover rapidissimo delle stesse imprese e polverizzazione del tessuto produttivo,
- b) la dilagante flessibilità dei rapporti contrattuali e nella Organizzazione del Lavoro, con un espansione del lavoro autonomo e dell'outsourcing, con ambienti di lavoro sempre più spesso "promiscui",
- c) le certificazioni aziendali ed i sistemi premiali,
- d) le patologie lavoro-correlate, ambiente-correlate e le esposizioni a piccole dosi.
- e) l'invecchiamento che si auspica sempre più "attivo" per coloro che ancora lavorano,
- f) l'adattabilità e la sicurezza di un mondo lavorativo così competitivo e globalizzato ai lavoratori con diverso grado di disabilità,
- g) la trasversalità del rischio psicosociale,

h) la promozione di una salute collettiva che possa nascere dagli ambienti di lavoro (welfare aziendale) alleviando i costi sociali delle malattie cronico degenerative,

Ebbene la sensazione, sempre più percepita negli ultimi tempi da chi vive la professione in prima linea, è che il sistema complessivo sul quale si regge la disciplina della SSL mostri più di un'anacronismo, non riuscendo a reggere le rapide trasformazioni di cui sopra, a partire dall'occasione mancata – in termini di semplificazione normativa – del TU del 2008.

Altrettanto poco propenso a cogliere le novità e/o le opportunità professionali è un certo mercato delle offerte di prestazioni in Medicina del Lavoro, che si è passivamente adeguato alla domanda di soddisfacimento minimale della norma , ha continuato a basarsi su parametri unitari di prestazioni sanitarie (visite, accertamenti), naturalmente anche per la forte pressione dei provider che individuano in queste un margine operativo più tangibile ed immediato.

La stratificazione delle offerte quindi – come affermano gli esperti Bocconi – riconosce – accanto a prestazioni con un riconosciuto valore aggiunto – una prevalente presenza (soprattutto per le PMI e microimprese, ma anche per la PA) di fornitori "low cost" (ma – attenzione – non necessariamente privi di competenze professionali!). Con una (solo apparente) visione romantica della professione, basandoci su esperienze vissute, possiamo affermare che una "buona" compliance normativa prevede comunque una cultura della clinica e della epidemiologia, nonché una capacità di gestione del lavoratore/paziente, che sono in grado di apportare benefici che vanno ben oltre la formulazione di un corretto giudizio di idoneità. In particolare il mondo delle microimprese richiede una massima disponibilità del professionista, per singole prestazioni spesso non pianificabili nel tempo con adeguato preavviso.

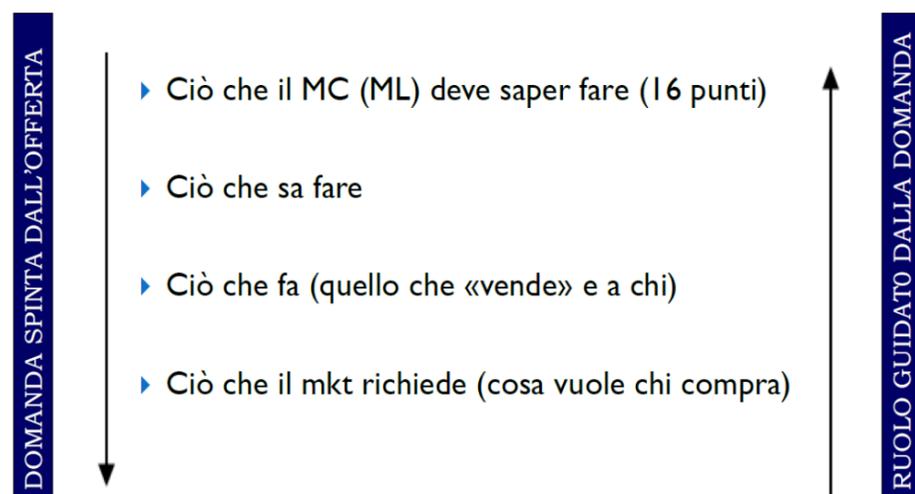
L'eterogeneità dell'offerta è massima - in termini di costi e prestazioni- secondo un criterio di tipo geografico, oppure legata alla dimensione numerica dell'azienda cliente, all'età/esperienza del professionista, alla prevalente o esclusiva attività di MC, all'appartenenza o meno ad una struttura complessa di azienda provider, e probabilmente anche a seconda del diverso grado di consapevolezza del ruolo da parte dello stesso professionista.

Sia chiaro che non si vuole manifestare qui un atteggiamento di diffidenza, e tantomeno di superiorità o di preclusione, di fronte ad alcune scelte di servizi, laddove rispondano ad una reciproca soddisfazione tra cliente e fornitore, essendo consapevoli che il mercato detta comunque le sue leggi e queste vanno rispettate, limitandoci a prendere atto però che un mercato al ribasso nuoccia a tutta la professione. Quello che sicuramente non accettiamo però sono evidenti circostanze di illegalità non perseguite, ignorando ad esempio il sacro principio della indelegabilità dei compiti del MC! Contribuire ad un mercato etico significa elevare sì la qualità media dell'offerta, ma denunciare anche le situazioni di vero e proprio mercimonio, sia esso causato da ignoranza del committente che da connivenza, nonché la relativa inerzia degli Organismi di controllo (anche ordinistici) sul tema.

Vale la pena di ricordare qui quanto prevede il codice deontologico FNOMCeO all'art. 54 : "Il medico, nel perseguire il decoro dell'esercizio professionale, commisura l'onorario alla complessità dell'opera professionale, alle competenze richieste ed ai mezzi impiegati, tutelando la qualità e la sicurezza della prestazione", nonché all'art. 70 : "Il medico non assume impegni professionali che comportino un eccesso di prestazioni tale da pregiudicare la qualità della sua opera e la sicurezza della persona assistita".

Quello che il GdL vuole comunque sottolineare sono alcune peculiarità ed aspetti non rituali del nostro mercato, che portano ad alcuni suggerimenti degli esperti in marketing:

- a) si pensi alla *qualità/efficacia del servizio*, che come detto appare coninata spesso al soddisfacimento della norma, e trascura una parte rilevante di contributo che il MC spesso inconsapevolmente apporta senza valorizzarlo; il cliente DDL andrebbe a volte educato al riguardo (gli stessi esponenti delle associazioni datoriali lo auspicano), ma altre volte semplicemente non è interessato, e qui non si tratta di ignoranza ma va accettata come scelta imprenditoriale: in altre parole non si può vendere qualità a coloro che non la vogliono!
- b) dobbiamo quindi renderci flessibili all'idea che non sempre il nostro mercato possa caratterizzarsi da una domanda spinta dall'offerta di specifiche competenze, ed essere pronti ad accettare l'inverso: l'offerta di servizi cioè che sia condizionato dalla domanda, secondo lo schema:



Ciò vale oggi come per un futuro nel quale apparirà sempre più vitale modulare l'offerta secondo quanto prevede in progress la norma, e, di riflesso, i bisogni primari dell'azienda cliente.

- c) il rapporto puramente numerico tra *domanda ed offerta*: trattiamo il caso di una popolazione obbligata alla sorveglianza sanitaria di circa 12 milioni di lavoratori (mercato captive), da "gestire" con una cerchia relativamente ristretta di professionisti di circa 5000 MC con i requisiti previsti dall'art. 38 (ci basiamo più sulle valutazioni tratte dai dati aggregati inviati dai MC ai sensi dell'art.40, piuttosto che dall'imbarazzante attuale attendibilità dell'elenco di cui al D.M. 4 marzo 2009). Peraltro non tutti questi medici svolgono l'attività full-time (nel campione CERGAS il 42% svolgeva una seconda attività), il che dovrebbe prefigurare una situazione ancora più favorevole in termini di forza contrattuale. Un mercato che riserva mediamente più di 2.500 lavoratori per ogni MC non dovrebbe cioè giustificare alcuna guerra al ribasso delle tariffe, soprattutto considerando il contesto sanzionatorio penale in cui operiamo, ed una plausibile convergenza di interessi tra i nostri obiettivi professionali e la liability aziendale. E' evidente che qui vanno sottolineate e contrastate alcune incongruenze (eufemismo) del mercato, alle quali prima si accennava, legate ad inverosimili concentrazioni di lavoratori su pochi professionisti, e cercare di dettare indicazioni ragionevoli e condivise per gli accordi contrattuali, le gare al ribasso della P.A., ecc.
- d) gli *ambiti della consulenza* del MC, che è scelto da un interlocutore che non è destinatario finale della sua azione, almeno per quanto attiene la

adesione formale alla legge. Pertanto vanno definite anche in questo caso *in sede di contratto* le modalità di tutela del MC nei confronti del DDL (o la Società di Servizi) che non consentono l'espletamento autonomo e completo dell'esercizio libero professionale.

Il contratto

Naturalmente appare questo lo strumento più naturale per affermare tecnicamente e legalmente la filosofia imprenditoriale del MC, consentendo nel migliore dei casi di toccare la sensibilità di interlocutori più illuminati. Andrebbero pertanto enfatizzati già in sede di accordo economico alcuni concetti che da anni cerchiamo di diffondere, ed in particolare che l'azione del MC è certamente definibile quantitativamente per molte delle sue prestazioni ma ancor più certamente è indefinibile qualitativamente per tutto quanto attiene a ciò che egli può apportare all'azienda in termini di:

- cultura della prevenzione, che implica consapevolezza, conoscenza e autocontrollo dei comportamenti personali,
- immagine aziendale, di cui il MC è il portavoce con gli interlocutori esterni (tra i quali Enti di controllo e di Certificazione) per quanto attiene la politica aziendale di prevenzione.
- clima di fiducia nella relazione tra personale e azienda, ribadendo il ruolo di terzietà e di autonomia tuttora malinterpretato (vedi documenti SNOP/sindacati) dalla dipendenza economica dal DDL, in quanto supportato da un codice etico, ed obbligato nei confronti della legge che lo può sanzionare. Questi aspetti dovrebbero essere contenuti negli elementi di informazione di base ai lavoratori (art. 36), ma dovrebbero anche essere resi quotidianamente fruibili dai nostri comportamenti nelle imprese.
- strategicità del servizio offerto: *aggiungere valore al business e generare vantaggi competitivi* (naturalmente riteniamo che gli slogan vadano poi supportati da azioni concrete...)

Una valida scelta imprenditoriale è quindi quella di far trapelare nell'offerta il vantaggio competitivo da parte del DDL di acquistare alcune competenze, non necessariamente legate al "pacchetto-base" di soddisfacimento della norma:

- *ergonomia*: tema certamente molto rilevante dal punto di vista assicurativo/epidemiologico, nel quale il MC può contribuire tanto nella valutazione e gestione del rischio, nonché negli interventi progettuali e correttivi degli ambienti di lavoro ("curare il posto di lavoro, e non il lavoratore");
- *stress e rischio psicosociale*: non c'è tipologia di rischio altrettanto aleatorio, trasversale, personale nella tolleranza; la standardizzazione degli interventi effettuati nelle aziende non ha mostrato al momento una reale gestione positiva dello stesso, se non un formale assolvimento dell'obbligo di valutazione (confluito nella stragrande maggioranza in un'area verde di assoluta sicurezza);
- *gestione delle disabilità*: dall'assistenza alle procedure di assunzione d'obbligo, al monitoraggio della compatibilità nel tempo tra mansioni e diagnosi funzionale, alla ricollocazione di lavoratori con sopravvenute menomazioni, all'accompagnamento di casi clinici particolari verso soluzioni anticipate del rapporto di lavoro con le previste coperture previdenziali; (*correlabile a questo aspetto è l'appesantimento di responsabilità che – a detta del giurista – si porrà a carico del MC per la riforma dell'art.18 e l'avvio*

dei nuovi contratti a tutele crescenti, laddove tra le ipotesi di licenziamento per cause discriminatorie possa farsi valere quella legata all'inidoneità sanitaria)??

- *promozione della salute e collaborazione ad interventi di welfare aziendale:* naturalmente riservati ad aziende di grandi dimensioni, ma anche a consorzi territoriali o di settore di PMI, dove si fa sempre più strada l'assistenza integrativa legata ai contratti collettivi di categoria;
- *interventi di info-formazione sui temi di SSL e stili di vita*, sviluppando anche partnership territoriali con Enti Pubblici ed ASL, ai fini di incidere sul benessere della collettività e fruire anche di norme premiali (vedi defiscalizzazioni e modello OT24 INAIL);
- *prospettare una forte integrazione del servizio* nelle dinamiche aziendali, con un supporto (*personale*) diretto e costante al DDL nelle sue politiche aziendali di tutela e di certificazione in tema di sicurezza.

Si delinea in definitiva un mercato non sempre necessariamente relegato al ruolo tradizionale del MC, ma che consente di "spacchettare" anche l'offerta in prestazioni separate dalla semplice "funzione". Si pensi al caso del MC Coordinatore, che può essere un'espressione magari più marginale e di nicchia del mercato attuale, ma si riaffaccia con prepotenza in molti settori con articolazione "a rete" delle unità produttive (Grande Distribuzione, Utilities, Impiantistica, ecc.), e che dovrebbe affinare quelle competenze di gestione, organizzazione, relazionali e di leadership, utili a rappresentare omogeneamente sul territorio il brand di appartenenza. La stessa figura di MC Coordinatore viene richiesta oggi da molti Centri Servizi, sebbene evidentemente con altre finalità, tra le quali quella di collaborare al marketing "di qualità" presso le aziende, ovvero di supportarle nei casi più spinosi.

Ad oggi, pur ritenendo eticamente più corretto un compenso per obiettivi (a corpo) e non a prestazione (prevalentemente legato al numero delle visite e degli esami integrativi), va preso atto che prevale da parte dei DDL la preferenza per la seconda opzione. Ciò *potrebbe* favorire l'eccessiva medicalizzazione del servizio, solo ai fini di un maggiore lucro, con evidente discrasia tra i protocolli sanitari eseguiti e l'effettiva esposizione ai rischi lavorativi (per amore di Patria abbiamo mantenuto la declinazione del verbo al condizionale...)

Non possiamo trascurare difatti che la sostenibilità economica del sistema è messa a rischio in alcuni casi da aspettative irrealistiche da parte di DDL e lavoratori sull'efficacia preventiva di protocolli ridondanti, da possibili conflitti di interesse professionali che generano induzione della domanda ed aumento dell'offerta, nonché dai timori medico-legali che alimentano la medicina difensiva.

Tutto ciò contribuisce al fenomeno dell' "inappropriatezza professionale" – comune a tutto il sistema assistenziale – contro il quale si vuole contrapporre un modello di qualità negli interventi

Conclusioni

Si ritiene che vada accettata e non combattuta con sterili polemiche la convivenza – imposta da leggi di mercato - tra un approccio di qualità ed etico, ed uno più aggressivo di penetrazione e competizione, che generalmente non si prefigura per generare valore e predilige la quantità.

Pragmaticamente viene descritto un doppio binario di prestazioni : la semplice compliance normativa (che conserverà comunque una sua domanda), e la "*consulenza globale*" dove si sviluppa un'offerta con un maggior valore aggiunto

(ergonomia, disabili, sfera psichica, ecc.), che si auspica possa essere sempre più percepita come necessaria dal mondo imprenditoriale.

Il mercato delle professioni – per quanto tenda alle grandi aggregazioni – si basa comunque sulle performance di qualità dei singoli professionisti, magari orientati specialisticamente su diverse campi della disciplina, e su questo devono riflettere le nuove generazioni di MC nell'articolare le loro offerte.

La modalità di proposta dell'offerta si descrive oggi – in modo esemplificativo – identificando il tradizionale MC libero professionista come la parte più attenta culturalmente alla qualità ed alla personalizzazione del servizio, mentre la società di servizi, con maggiore vocazione al mercato "low value", sembra specializzarsi più ad uno standard legato alla "semplice" compliance. Visto che nell'economia di scala i margini più significativi sono quelli legati alle prestazioni aggiuntive (diagnostico-strumentali, sicurezza ambientale, formazione, ecc.), ciò rischia di mortificare *anche* nella valutazione economica, oltre che a periferizzarla dal core business, la prestazione ed il ruolo del sanitario.

La semplice compliance normativa è un'esigenza peraltro implicitamente legata ai già citati assetti societari sempre più soggetti a turnover repentini, con un management che non è interessato ai benefici a medio lungo termine, che sono i tempi necessari per acquisire i ritorni degli investimenti in prevenzione.

Naturalmente non si può negare che anche una quotazione sulla semplice compliance normativa deve fare i conti con la ridondanza di adempimenti solo formali – ma comunque sanzionati – che nulla hanno da vedere con obiettivi finali di tutela. Da questa considerazione nasce il vivace dibattito in corso tra gli addetti ai lavori *sulla semplificazione normativa*, che dovrebbe generare anche una riduzione dei costi formali della sicurezza, della quale ci siamo occupati in altri documenti associativi ai quali rimandiamo.

Ci si domanda quindi se la stessa "semplice" adesione alla norma non necessiti di un patrimonio di conoscenze che comunque dovrebbero consentire un posizionamento su un mercato più qualificato e maggiormente riconosciuto sul piano economico.

Lo sviluppo infine di un mercato ad alto valore passa anche attraverso una forte e radicata rete territoriale, anche di stampo associativo, che consenta al MC di acquisire partnership funzionali alla vendita non solo di servizi, ma soprattutto di "*soluzioni*" per l'azienda cliente.

GdL ANMA



Workshop: ristrutturare il Medico Competente SANTA MARGHERITA LIGURE

Gruppo di lavoro G3

Misurare la qualità del Medico competente: perché?, chi?, come?

M. Bigotti, G. Briatico-Vangosa, R. Donghi, C. Meriggi, P. Patanè, P. Santucci, P. Torri, M. Valsiglio

Tutor: D. Ditaranto

Skill: L. D'acuti, P. Mascagni

Premissa

In un mercato dove la dimensione «low value – low cost» è spesso quella prevalente, ha ancora senso parlare di «qualità del Medico competente»?

Noi riteniamo di sì. Infatti ci chiediamo che senso abbia e, soprattutto, che futuro potrà avere un'attività professionale che non aspira ad improntare la sua operatività su modelli incentrati sui sistemi di qualità.

D'altra parte l'ANMA ha sempre ragionato sul MC con una logica di "sistema": *“il medico l'azienda, competente in quanto provvisto dei requisiti richiesti dalla legge e nominato dal datore di lavoro, è il Medico che, inserito nel contesto aziendale per il perseguimento delle finalità generali dell'impresa, attraverso la specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale, collabora all'attuazione di tutto quanto è necessario affinché l'attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute dei lavoratori”* (Art. 1 «Missione», Codice di comportamento del medico d'azienda e competente - ANMA, 1997).

Questa «missione» individua proprio nella relazione professionale con l'impresa la vera specificità del MC: un consulente che deve “vivere l'impresa” interagendo e coordinandosi con la sua specifica cultura medico-biologica con l'insieme/sistema aziendale, complesso ed in continua evoluzione, di culture tecniche ed economiche, di relazioni umane e sociali con la finalità di contribuire al raggiungimento degli obiettivi programmati che, in sintonia con le finalità generali dell'impresa, comprendono anche dal punto di vista costituzionale (art. 41) la compatibilità tra lo svolgimento dell'attività produttiva e la tutela della salute dei lavoratori.

Infatti, indipendentemente dalle dimensioni dell'impresa e dal fatto che sia dotata o meno di un SGSL (con il DM 13.02.2014 sono state recepite ai sensi dell'art. 30, c. 5-bis le «procedure semplificate per l'adozione di modelli di organizzazione e gestione nelle piccole e medie imprese»), la sempre la figura ed il ruolo del MC sono quelli di un consulente che si trova al centro di una fitta rete di relazioni collaborative e partecipative, fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi del

sua attività, il cui successo, pertanto, non dipende soltanto da lui, ma anche dal grado d'integrazione tra i vari attori del sistema.

Com'è noto gli standard di questi sistemi, la cui adozione, se si escludono le imprese a rischio d'incidente rilevante, è volontaria, sono basati su una sequenza ciclica (ciclo di Deming) che comprende varie fasi operative: stabilire ciò che si deve fare (plan), attuarlo (do), controllare quello che si sta facendo (check) e riesaminare la situazione per individuare i punti di miglioramento (act). L'ANMA ha da tempo descritto come il MC, attraverso l'attuazione di molti dei suoi compiti, svolga un ruolo attivo nelle varie fasi della sequenza, diventandone uno degli attori.

In particolare la “misurazione delle prestazioni e monitoraggio” è uno dei requisiti della fase “check” che ha lo scopo di tenere sotto controllo il sistema verificando se quello che si sta facendo è coerente con il raggiungimento degli obiettivi oppure è necessario correggere il tiro.

Perché misurare la qualità del Medico competente

Attraverso la misurazione della qualità delle sue prestazioni, il MC contribuisce al raggiungimento degli obiettivi dei SGSL: conformità legislativa, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e miglioramento continuo che rappresentano anche gli «impegni» della politica per la salute e la sicurezza definita dall'Alta Direzione nell'ambito dello standard OHSAS.

Tuttavia, come sottolineato nella “carta dei servizi del medico competente” dell'ANMA, misurare il lavoro del MC in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza significa anche dare “visibilità” ai contenuti e ai “prodotti” (output) della sua attività, aumentando l'interesse e quindi anche la “soddisfazione” per la qualità del suo lavoro, tutti aspetti riconducibili agli obiettivi dello standard ISO 9001.

Questo può favorire il superamento dei ricorrenti stereotipi e pregiudizi ancora presenti sulla figura del MC: da medico «condizionato» a medico «autonomo», da «costo» o «tassa» a «risorsa» ed «investimento» che attraverso i suoi compiti operativi, collaborativi e partecipativi, contribuisce a dare efficacia ed efficienza alle attività di prevenzione migliorando il benessere dei lavoratori e la produttività dell'impresa.

E' noto che un numero crescente d'impresie si sta dotando di un SGSL. Infatti l'ultima relazione annuale di ACCREDIA, relativa all'esercizio 2014, conferma il costante e notevole incremento del numero dei siti certificati con lo standard OHSAS, il più diffuso al mondo: nonostante la congiuntura economica sfavorevole siamo passati dai 749 del 2007 ai circa 13000 del 2014.

In queste organizzazioni la collaborazione del MC, specie se con ruoli di coordinamento, è spesso richiesta già durante l'iter dell'audit di certificazione. Ma è soprattutto in occasione delle verifiche ispettive che il MC è ormai pressoché costantemente intervistato contribuendo alla raccolta delle evidenze testimoniali.

Un altro profilo emergente molto delicato deriva dalle disposizioni dell'art. 30, c. 1 del TU: molti obblighi giuridici che vedono il MC come attore o come collaboratore (valutazione dei rischi e predisposizione delle misure di tutela, gestione del primo soccorso, riunioni periodiche di sicurezza, sorveglianza sanitaria, informazione e formazione dei lavoratori) contribuiscono a concretizzare l'efficacia del SGSL anche dal punto di vista dell'esimenda della responsabilità amministrativa dell'ente di cui al D. Lgs. 231/01. Quindi la misura della “qualità del MC” può essere oggetto dell'attenzione anche dell'organismo di vigilanza ex 231.

Lo svolgimento dell'attività secondo i principi del codice etico dell'ICOH ai sensi dell'art. 39, c. 1, il rispetto del codice deontologico della FNOMCeO e del codice di comportamento dell'ANMA, la partecipazione ai programmi ECM in base alle disposizioni dell'art. 39, c. 3, sono ulteriori indicatori della qualità dell'operato del MC ed anch'essi implicano la necessità di ispirare l'attività ai modelli della qualità.

Chi misura la qualità del Medico competente

Negli ultimi tempi molti sentono l'esigenza di salire in cattedra per insegnare al MC cosa deve fare per lavorare "in qualità" dando anche voti e pagelle.

Una delibera della Giunta regionale umbra definisce le «linee di indirizzo e standard di qualità per la sorveglianza sanitaria», individuando una serie d'indicatori e la relativa scala articolata in gradi di giudizio sull'operato del MC.

Un altro documento in discussione in Regione Lombardia, nato con l'intento di «sponsorizzare» l'attività dei MC presso i DL, termina incredibilmente con un questionario da somministrare agli stessi DL concernente l'operato del suo MC: per ogni domanda, in funzione della risposta, si assegna un voto.

Neanche questa volta gli organi di vigilanza sono riusciti a sfuggire al solito cliché: i presupposti positivi presenti in entrambi i documenti sono stati ben presto dimenticati ed è prevalsa la solita logica della contrapposizione tra vigilante e vigilato.

Anzi, nel secondo documento, si creano perfino le condizioni per un conflitto tra MC e DL, facendo finta di non sapere che il MC dà, o è costretto a dare, quello che il proprio committente gli chiede, sia esso un semplice adempimento formale al minor costo possibile, oppure una consulenza ad alto valore aggiunto.

Insomma, anche questa volta si è persa l'occasione per «fare sistema» e alla fine si è imposta la solita logica della riaffermazione del proprio ruolo.

Di «qualità del MC» l'ANMA se ne occupa dalla sua fondazione, quando di «qualità» erano ancora in pochissimi a parlarne anche nelle imprese.

Basti pensare ai due volumi «Organizzazione della prevenzione in azienda» pubblicati nel 1987 e nel 1990 che tuttora costituiscono un importante riferimento per chi si occupa della qualità della medicina d'azienda.

Da allora è stata costante da parte dell'ANMA la produzione di documenti e l'organizzazione di eventi dedicati a questo argomento.

Quindi pensiamo che l'ANMA abbia più di molti altri tutte le carte in regola per dire la sua su questo tema considerato anche il fatto che associa e rappresenta più di ogni altro chi ha una esperienza diretta e specifica dell'attività del MC.

Infatti crediamo che anche in Italia dovrebbero essere gli ordini, i collegi e le associazioni professionali ad elaborare standard e modelli per la valutazione della qualità professionale, tenendo ben in evidenza innanzitutto le aspettative dei «clienti» che per il MC sono in primo luogo il DL, che lo sceglie e lo paga direttamente o indirettamente, ed i lavoratori in quanto utenti della sua attività che, proprio per questo, assume anche un significato "pubblicistico" in quanto volta alla tutela di un interesse collettivo come la salute del lavoratore/cittadino.

La verifica della qualità da parte degli organi di vigilanza richiederebbe il loro accreditamento come organismi di certificazione, ma questo non è previsto dai loro compiti istituzionali.

D'altra parte non sono nemmeno «clienti» del MC e quindi neanche da tale punto di vista hanno titolo per misurare la soddisfazione per il suo operato.

«Vigilanza» e «qualità» sono due attività che hanno riferimenti, finalità ed esiti completamente differenti. Anche i loro approcci sono diversi: nella qualità è «proattivo», orientato al miglioramento continuo del sistema, nella vigilanza è «reattivo», finalizzato a punire la violazione di una norma di legge.

Infatti l'audit è la verifica della conformità di un sistema ai requisiti di uno standard di qualità e le incongruenze esitano in «raccomandazioni» e «non conformità» finalizzate a migliorare il sistema per renderlo conforme a quei requisiti. Invece l'attività di vigilanza è la verifica del rispetto delle leggi e le violazioni sfociano in «sanzioni».

Quindi anche la verifica della «conformità legislativa», che è l'unico punto di contatto tra vigilanza e qualità (per la prima è il *core*, per la seconda uno dei requisiti da verificare), ha significati diversi

nelle due attività, a meno che non si vogliano confondere le «raccomandazioni» o le «non conformità» con le «sanzioni».

Pertanto non esistono standard dell'operato del MC. Esistono invece per i SGSL e la loro verifica da parte di organismi di certificazione accreditati, costituisce l'ambito in cui viene legittimamente misurato anche il MC.

Pertanto riteniamo che la misurazione della qualità del MC non può che avvenire all'interno dell'organizzazione con cui ha un rapporto professionale ed economico diretto di fornitore di «servizi professionali».

E' il «sistema azienda» che, all'interno della sua organizzazione per la tutela della salute e della sicurezza o, quando implementato, del SGSL, può legittimamente misurare la qualità del MC verificando la sua conformità ad uno standard (OHSAS, domani ISO 45001) ed esprimendo il grado di soddisfazione per il suo operato (ISO 9001).

Tuttavia anche il MC può diventare auditor quando verifica il rispetto delle obbligazioni previste nei suoi confronti da parte dell'impresa (artt. 18, c. 2, e 39, c. 4):

- assicurazione delle condizioni necessarie allo svolgimento dei suoi compiti;
- rispetto della sua autonomia professionale;
- attivazione del flusso delle comunicazioni previsto nei suoi confronti sui rischi, organizzazione, impianti e processi produttivi, misure di tutela ecc.

Tutto ciò non è irrilevante. Infatti, come già sottolineato, il successo dell'attività del MC dipende anche dal grado d'integrazione con gli altri attori del sistema. Conseguentemente le cause delle eventuali non conformità riscontrate nella sua attività possono anche essere la conseguenza di un carenza o mancato rispetto di queste obbligazioni da parte dell'organizzazione.

Inutile dire che questi aspetti non sono minimamente colti dal questionario per i DL che integra il documento in discussione in Regione Lombardia.

Come al solito manca la logica di «sistema»: si pensa di poter misurare la qualità di qualcuno senza considerare che è parte di un sistema di cui non è soltanto uno degli attori, ma è anche un «cliente interno» dipendendo da esso in termini di informazioni e risorse necessarie per lo svolgimento del suo ruolo.

Come misurare la qualità del Medico competente

Nelle imprese in cui è operativo un SGSL, la misurazione della qualità del MC segue i criteri propri di questi sistemi attraverso l'applicazione dei requisiti previsti dalla fase di controllo (check):

- misurazione delle prestazioni e monitoraggio: prevede la condivisione di misure quantitative, qualitative, proattive e reattive e delle modalità di registrazione della sua attività;
- valutazione della conformità legislativa;
- l'audit interno: basato su un programma di verifiche periodiche del suo operato anche come diretta conseguenza dell'art. 18, c. 1g) che dispone per il DL l'obbligo di richiedere al MC l'osservanza degli obblighi previsti a suo carico dalla normativa.

Tuttavia i modi e gli strumenti con cui misurare la qualità del MC sono anche condizionati dalle modalità del suo mercato che sono molto diversificate.

Infatti gli esperti ci hanno chiarito che nella legge della domanda e dell'offerta il MC può muoversi sostanzialmente in due direzioni a seconda della tipologia di cliente che lo sta contrattando in quel momento: subire la domanda adeguando offerta e ruolo a ciò che gli viene chiesto, oppure riuscire a spingere la domanda attraverso l'offerta di specifiche competenze.

Il primo modello è quello della «compliance normativa», il secondo è invece il modello che potremmo definire del «medico competente globale» per il quale la compliance normativa costituisce la base da cui partire per lo sviluppo di un'offerta con un maggiore valore aggiunto. A causa della timidezza e della mancanza di coordinamento nella normativa che lo riguarda, la sorveglianza sanitaria resta tuttora, nella maggior parte dei casi, il *core* dell'attività del MC ed il modello della «compliance normativa» quello prevalente.

Tuttavia negli ultimi anni è crescente la domanda al MC di una consulenza più ampia, basata su servizi a maggiore valore aggiunto: da soggetto statico e passivo, impegnato fondamentalmente dall'assolvimento degli obblighi di legge afferenti alla sorveglianza sanitaria, a soggetto attivo e dinamico, a supporto dell'impresa nelle attività di valutazione e gestione dei rischi, formazione e, specialmente, nell'affronto di temi non necessariamente vincolati alla normativa specifica.

Si tratta di aspetti riguardanti la tutela complessiva dell'impresa attraverso il contributo per la gestione in salute e sicurezza dei processi produttivi (consulenza ergonomica, formativa, gestione infortuni, scelta dei DPI ecc.), ma specialmente e sempre di più si tratta di problematiche e criticità inerenti il delicato sistema di gestione delle risorse umane e cioè dei lavoratori: disabilità, psicopatologie, reintegro e gestione dei lavoratori «fragili», «adattamento ragionevole», gestione delle inidoneità, promozione della salute, welfare aziendale ecc.

Quindi il MC è chiamato a fornire la sua consulenza per il raggiungimento di una serie di risultati (outcome) strategici per l'impresa: miglioramento del clima sociale, riduzione dell'assenteismo, riduzione degli infortuni, riduzione dei costi assicurativi, migliore impiego dei lavoratori in relazione alle caratteristiche ed ai limiti, promozione della capacità lavorativa, miglioramento delle relazioni con gli enti di vigilanza e controllo, miglioramento dell'immagine interna ed esterna dell'azienda.

E' importante sottolineare che nello standard europeo per la formazione specialistica in Medicina del Lavoro dell'UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) molti di questi aspetti rientrano tra le competenze che il medico del lavoro deve acquisire per svolgere la sua attività:

- Consulenza sulla pianificazione ed organizzazione del lavoro, compresa la progettazione dei luoghi di lavoro, la scelta delle attrezzature e delle sostanze;
- Promozione dell'adattamento del lavoro all'uomo; valutazione della disabilità; promozione della capacità lavorativa;
- Consulenza in materia di idoneità al lavoro e adattamento del lavoro all'uomo (ipersuscettibili, gestanti ecc.);
- Partecipazione a programmi di promozione della salute;
- Capacità di lavorare come parte di un servizio multidisciplinare.

Ovviamente l'ANMA è impegnata a favorire lo sviluppo del modello del «medico competente globale» anche perché maggiormente orientato a facilitare l'implementazione nell'impresa di un SGSL.

Infatti l'impegno dell'ANMA per la semplificazione e la sburocratizzazione della normativa specifica ha anche l'obiettivo di spostare l'asse del mercato del MC dalla «compliance normativa» al «medico competente globale»: spostare il baricentro della sua attività dagli adempimenti meramente formali sui quali la compliance normativa lo schiaccia, a quelli sostanziali e strategici che richiedono la sua piena integrazione nel sistema di prevenzione aziendale e l'elaborazione di un'offerta di servizi a maggior valore aggiunto.

Ancora: non a caso l'ANMA nei suoi documenti sulle proposte di semplificazione del TU ha riproposto con forza, per una sua regolamentazione nella normativa specifica, il modello di «sistema di prevenzione aziendale» presentato nel 2007, in pieno dibattito sul TU, in occasione del suo XX° Congresso nazionale, basato sul lavoro di squadra e fondato su un approccio interdisciplinare espressione di una logica di «sistema» strategica per il successo delle azioni preventive come dimostrano le esperienze nord-europee.

E' tuttavia evidente che in entrambi i modelli la qualità della performance del MC è imprescindibile. Infatti anche la «compliance normativa» non è scontata in un contesto giuridico come quello del TU, pletorico e sostanzialmente incentrato, anche dal punto di vista sanzionatorio, più sugli aspetti formali che su quelli sostanziali.

Tuttavia se nel primo modello la qualità del MC è fortemente incentrata sull'esclusività della domanda imposta dalla legge (captive demand), nel secondo il concetto di qualità del MC si amplia parallelamente alla richiesta di servizi e prodotti che vanno al di là dei requisiti di legge, coinvolgendo la sua competenza ed esperienza nell'affrontare problematiche complesse e la sua capacità di comprensione delle dinamiche complessive dell'impresa.

Conseguentemente nel modello della «compliance normativa» la modalità di misurazione della qualità del MC può risolversi nell'applicazione di una «lista di controllo», che può anche essere di autovalutazione, finalizzata a verificare in modo pedissequo la conformità del suo operato alle disposizioni legislative.

In tale contesto «Il Manuale operativo del Medico competente» dell'ANMA, presentato lo scorso anno a Roma in occasione del XXVII° Congresso nazionale e pubblicato nell'area riservata del sito www.anma.it, costituisce indubbiamente una buona prassi per il raggiungimento della compliance normativa in quanto affronta, con la logica del problem solving, le numerose criticità di natura amministrativa e documentale che il MC incontra nell'applicazione della normativa sul campo.

Nello stesso alveo possono essere collocate anche le istruzioni operative sui compiti del MC, come quella presentata dall'ANMA per l'attestazione della sua collaborazione alla VR.

Invece nel modello del «medico competente globale» la misurazione della qualità del MC implicherà anche l'individuazione di indicatori, specialmente di tipo qualitativo e proattivo (incentrati sugli eventi positivi orientati a migliorare il sistema), capaci di evidenziare i benefici e l'aumento di valore generati dall'allargamento del raggio d'azione del MC.

Si tratta di andare a misurare la qualità del MC su aspetti non correlati soltanto alla captive demand, ma anche al suo effettivo livello d'integrazione nel sistema di gestione salute e sicurezza dell'impresa e quindi alla possibilità di poter basare la sua attività sulle «evidenze», diventando in tal modo «efficace» ed «efficiente», facendo le cose giuste, «appropriate», per raggiungere gli obiettivi con l'impiego delle minori risorse possibili.

Solo così il MC può contribuire alla creazione negli ambienti di lavoro di condizioni favorevoli alla reciproca promozione tra salute e lavoro e, quindi, favorevoli sia al mantenimento in attività di lavoratori «sani», sia a facilitare l'integrazione di quelli «fragili», aspetti che vanno

assumendo sempre maggiore importanza alla luce dei rapidi cambiamenti in atto nella struttura demografica e negli assetti occupazionali della popolazione lavorativa italiana.

In ambito ospedaliero i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), basati sui requisiti della Evidence Based Medicine (EBM), costituiscono i riferimenti per la gestione operativa di numerose patologie.

Sul modello dei PDTA, nell'ambito della medicina d'azienda, potrebbero essere elaborati dei percorsi analoghi (ad esempio i Percorsi Diagnostici Preventivi Riabilitativi: PDPR) per la gestione delle situazioni oppure dei casi più comuni o più critici.

Questi percorsi potrebbero essere integrati in un modello, di cui ANMA sta valutando la fattibilità, fondato sulle BAT (Best Available Technology) mutate dalla prevenzione ambientale che, in ambito occupazionale, potremmo rielaborare in termini di Best Experienced Practices (BET) quale risultato dello scambio di esperienze fatte sul campo.

Le BET potrebbero riguardare vari ambiti qualificanti e sostanziali dell'attività del MC come ad esempio la valutazione e la prevenzione dei rischi, la formazione, la promozione della salute, la gestione delle relazioni interne ed esterne e gli altri vari aspetti della «consulenza globale» del MC.

Le BET, validate dall'Associazione, sono un indicatore della qualità dell'operato del MC e, come tali, rientrano fra i requisiti del sistema di gestione della qualità dell'impresa, oggetto della certificazione da parte dell'organismo esterno ed ambito naturale per misurare e validare la «qualità del MC».

Come accade in ambito ospedaliero per i PDTA, conformandosi alle BET, il MC aderisce ad un percorso validato e «certificato» che lo potrà tutelare in caso di contestazioni dell'organo di vigilanza o di contenziosi con il lavoratore o l'azienda.

Conclusioni

Misurare la qualità del Medico competente:

- Perché misurare:
 - ✓ Per migliorare la qualità del suo lavoro acclarando il profilo di attore del sistema;
 - ✓ Per dare visibilità al suo lavoro, aumentando l'interesse e quindi anche la soddisfazione per la sua qualità;
 - ✓ Per collaborare con l'impresa allo sviluppo ed all'attuazione della sua politica SSL anche per contribuire all'efficacia esimente del modello di gestione ai sensi degli artt. 6, c. 1 del D. Lgs. 231/01 e 30, c. 5 del TU;
 - ✓ Per operare in sintonia con i principi del codice etico (ICOH), deontologico (FNOMCeO) e di comportamento (ANMA).
- Chi misura:
 - ✓ Il «sistema azienda», tramite un programma di audit interno e, qualora sia stato implementato un SGSL, tramite l'organismo di certificazione esterno accreditato;

- ✓ Lo stesso MC può diventare auditor e/o certificatore in base a profili delineati attraverso linee di indirizzo elaborate con la collaborazione delle associazioni professionali (ANMA in primis).

- Come misurare:

- ✓ Nelle imprese in cui è operativo un SGSL, attraverso l'applicazione dei requisiti della fase di controllo (check);
- ✓ In ogni caso, in funzione del cliente che sta contrattando il MC, la misurazione della sua qualità può consistere nella verifica della «compliance normativa» (prerequisito - standard base), oppure ampliarsi, come avviene nel modello del «medico competente globale», anche all'individuazione di indicatori capaci di evidenziare i benefici e l'aumento di valore generati dall'allargamento del suo raggio d'azione;
- ✓ In tal modo la misura riguarda aspetti correlati anche al suo livello d'integrazione nel SSL dell'impresa coinvolgendo la sua capacità di comprensione delle dinamiche complessive della stessa (standard di qualità);
- ✓ Con riferimento alle PDTA e sul modello delle BAT, potrebbero essere elaborate delle Best Experienced Practices (BET), che, validate dall'ANMA, potrebbero riguardare vari ambiti qualificanti e sostanziali dell'attività del MC tutelandolo in caso di contestazioni dell'organo di vigilanza o di contenziosi con il lavoratore o l'azienda.

In ultima sintesi

1. Perché misurare la qualità del medico competente:

per suo principale interesse professionale, per evidenziarne il profilo di attore nel sistema azienda oltre gli obblighi di legge, per dare prospettiva al suo lavoro, come volano della crescita professionale.

2. Chi misura la qualità:

un soggetto terzo ma inserito nel sistema azienda; un sistema certificato esterno cui il professionista si affida. Il MC diventa esso stesso auditor e/o certificatore attraverso linee di indirizzo cui le associazioni professionali (Anma in primis) possono formarne il profilo.

3. Come misurare la qualità del Medico competente:

valutando i contenuti del percorso da compliance normativa (standard base) a consulente globale (standard di qualità). Dalla check list dei doveri alla soddisfazione del cliente. In estrema sintesi dal medico competente erogatore di prestazioni al medico competente integrato nel sistema azienda, anche nella sua forma contrattuale.

Gruppo di Lavoro ANMA G3



RECENSIONE

TRATTATO DI MEDICINA DEL LAVORO

A cura di Lorenzo Alessio, Giuliano Franco, Francesco Tomei
Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova ; Email info@piccin.it
Pagine 2019, due volumi, Costo Euro 285,00

La Casa Editrice Piccin ha pubblicato in questi giorni un nuovo Trattato di Medicina del Lavoro a cura di Lorenzo Alessio, Giuliano Franco, Francesco Tomei. Il libro si compone di 170 capitoli elaborati da 205 autori che provengono da istituti universitari, servizi ospedalieri, enti pubblici assicurativi e di prevenzione e da medici del lavoro che operano come liberi professionisti in varie realtà lavorative.

Le molteplici esperienze professionali degli autori e dei curatori e la loro provenienza da tutte le aree della Penisola hanno consentito di elaborare una trattazione vasta ed approfondita di problematiche, sia scientifiche che pratiche, di particolare interesse non solo per gli specializzandi in medicina del Lavoro ma anche per i sanitari che già operano nel campo, sia inseriti in strutture pubbliche o private che in qualità di Medici competenti.

Il trattato si suddivide in 5 parti: 1) origini ed evoluzioni, 2) principi, metodi e strumenti, 3) il sistema: processo, struttura e funzioni, 4) fattori di rischi in ambiente di vita e di lavoro, 5) patologia da lavoro. Inoltre, in appendice figura un dettagliato indice analitico, particolarmente utile per il lettore che può identificare agevolmente l'ubicazione del tema di suo interesse nei vari capitoli. Infine, un elenco degli acronimi ed un glossario facilitano la lettura del testo.

Nelle parti 4 e 5 è stato dato ampio spazio all'attività che il medico competente è chiamato a svolgere relativamente all'approccio alle problematiche sanitarie specificatamente trattate in ciascun capitolo ed al suo ruolo nella prevenzione occupazionale. Particolarmente utili sono gli indirizzi pratici relativi al suo modo di operare sia nell'ambito della valutazione dei rischi che della sorveglianza sanitaria, considerando le problematiche inerenti alla diagnosi clinica, alla diagnosi etiologica e, seppure raramente, alla terapia.

Nella seconda e terza parte viene estesamente esaminata nei suoi concetti generali la figura del medico competente, con particolare riguardo all'importanza della qualità della pratica professionale, al suo ruolo nella prevenzione degli infortuni e delle patologie occupazionali, nei programmi di promozione della salute, nella scelta e gestione dei mezzi di protezione; vengono inoltre considerate le modalità da adottare per

l'accreditamento e l'aggiornamento continuo, le tecniche della comunicazione per la informazione e formazione dei lavoratori, le situazioni in cui può realizzarsi un conflitto di interessi nella pratica quotidiana.

Peraltro, vengono considerate le relazioni professionali intra ed extra-aziendali che il medico competente deve intrattenere. In particolare, numerosi capitoli trattano delle funzioni degli enti pubblici preposti alla prevenzione delle patologie e degli infortuni occupazionali e degli strumenti di controllo per la tutela della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro da essi adottati. Questa dettagliata trattazione consente al medico competente di identificare i suoi diretti interlocutori e di approfondire gli aspetti medico-legali propri della sua professione. Una tabella è stata predisposta sui principali adempimenti medico-legali, che spesso ancora oggi vengono disattesi, oppure sono oggetto di discussione e di interpretazioni anche contraddittorie. La tabella, inserita nel capitolo "Aspetti medico legali della professione", è stata condivisa nei suoi contenuti dagli autori degli specifici capitoli che hanno trattato la figura professionale del medico competente, la sorveglianza sanitaria, la normativa attuale, il sistema assicurativo, il sistema informativo, i compiti delle strutture pubbliche. Questa tabella conferma l'impegno che i curatori del Trattato hanno posto nello stimolare i vari autori a confrontare e discutere i capitoli da loro redatti, al fine di ottenere un testo che per i prossimi anni può costituire un libro di riferimento.

L'approccio clinico nella professione del medico del lavoro è oggetto di ampia trattazione dalla quale emerge l'importanza della conoscenza delle malattie da lavoro e delle malattie lavoro-correlate per la effettuazione della sorveglianza sanitaria e conseguentemente dei giudizi di idoneità che, sempre più frequentemente, devono considerare, oltre alle malattie occupazionali, anche patologie non occupazionali che possono costituire una condizione di ipersuscettibilità e, comunque, un fattore limitante all'attività lavorativa specifica. Nel Trattato particolarmente curati sono gli aspetti che evidenziano la continua evoluzione delle patologie, o comunque degli effetti conseguenti alle attività lavorative, con la evidenziazione di quelle problematiche definite come "emergenti", in quanto di nuova osservazione, oppure, sebbene note da tempo, hanno avuto una grande espansione

in termini numerici e di gravità o gli studi effettuati ne hanno evidenziato aspetti prima non noti. Parimenti il ruolo del medico del lavoro nella valutazione dei rischi trova ampio spazio non solo negli specifici capitoli inseriti nella parte seconda, ma praticamente in tutti i capitoli in cui vengono trattati effetti, patologie, prevenzione, promozione della salute. L'inserimento di questa fondamentale attività, prevista dalle direttive europee e recepite dalle recenti leggi nazionali, valorizza la figura del medico del lavoro non più relegato ad attività esclusivamente sanitarie.

Anche le problematiche etiche in medicina del lavoro trovano nel libro ampio spazio con riferimenti a norme e raccomandazioni specifiche, nazionali ed internazionali, fra le quali di particolare importanza è il Codice etico della ICOH.

Il Trattato sicuramente potrà contribuire alla formazione dello specializzando in medicina del lavoro e, parimenti, sarà di notevole utilità per lo specialista che opera nei diversi ambiti della disciplina quale testo di riferimento. E' comunque da rilevare che anche altri professionisti, definiti dalla ICOH come "*occupational health professionals*", potranno trovare un aiuto nella loro pratica professionale in quanto vengono considerati nei vari capitoli gli aspetti relativi ai rapporti che devono intercorrere fra sanitari e non sanitari, quali igienisti industriali, esperti di sicurezza, componenti del servizio di protezione e prevenzione, laureati in tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro. Ma anche il datore di lavoro che vuole partecipare al sistema aziendale che promuove la prevenzione e vuole comprendere il ruolo dei differenti operatori può trovare adeguate informazioni che gli potranno consentire, o facilitare, il dialogo con i professionisti della prevenzione ben identificati dalla legge.



IL QUADRO OPERATIVO IN CUI AGISCE IL MEDICO COMPETENTE

CONTRIBUTO DI UN RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE



Livio D'Acuti
Esperto in sicurezza
sul lavoro

Come ben chiarisce il titolo stesso, le considerazioni che seguono costituiscono il contributo esterno di un Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) e si pongono l'intento di fornire una visione esterna il più possibile obiettiva e del tutto disinteressata della figura del Medico Competente (MC) e delle sue numerose interazioni con il "sistema sicurezza", così come delineato dal Decreto Legislativo 81/2008 s.m.i..

Il mio percorso professionale si è articolato per oltre trentacinque anni all'interno di una attività produttiva riconducibile ad una società multinazionale americana e per gli ultimi sette anni all'interno di una società multinazionale italiana di servizi. Se nella prima esperienza professionale ho avuto modo di interfacciarmi prevalentemente con un solo Medico Competente (l'ex Medico di fabbrica, per intenderci), negli ultimi sette anni ho avuto modo di confrontarmi con almeno una ventina di Medici Competenti e con il loro Coordinatore.

Fatta questa debita premessa vorrei innanzi tutto proporre una sintetica fotografia del "Contesto nel quale opera il Medico Competente", così come risulta dal punto di vista di un RSPP:

- La sua posizione contrattuale può variare da dipendente a libero professionista a dipendente di una azienda di servizi;
- il MC è soggetto depositario di obblighi sanzionati penalmente;
- la sua Committenza è spesso costituita da micro/mini imprese e piccole/medie imprese (PMI);
- in tali contesti, i casi di interazione diretta con il Datore di lavoro possono essere rari, se non rarissimi, anche in occasione della riunione periodica ex art. 35 del D.Lgs. 81/08 s.m.i., se e ove applicabile;
- raramente il MC viene coinvolto negli obblighi di collaborazione (ad es. nella valutazione dei rischi o nella predisposizione di misure di tutela);
- i suoi rapporti con Medico Competente Coordinatore (ove presente) non sono sempre facili;
- al MC possono essere rivolte dalla Committenza richieste di difficile gestione (es. prescrizioni su Certificati di idoneità);
- periodicamente il MC deve confrontarsi con le richieste della Committenza di contenimento della spesa per visite e esami diagnostici;
- molto spesso il MC si trova ad affrontare le incertezze derivanti

dalla sovrapposizione di leggi, decreti applicativi, normativa a carattere regionale etc.

In maniera speculare si articola il "Contesto nel quale opera il RSPP":

- La sua posizione contrattuale prevalente è analoga a quella del MC: può variare da dipendente a libero professionista;
- l'RSPP non è depositario di obblighi sanzionati penalmente in maniera diretta dal D.Lgs. 81/08 s.m.i., ma secondo le ultime indicazioni giurisprudenziali la sua figura può essere comunque ritenuta responsabile penalmente;
- nel caso di un RSPP dipendente (RSPP interno), la sua figura risente del posizionamento nella gerarchia aziendale (es. una linea di dipendenza diretta con Datore di lavoro garantisce il necessario grado di autorità nei rapporti con Dirigenti e Preposti);
- per generale ammissione spesso è ritenuto il «Responsabile della sicurezza» in azienda e spesso è considerato anche «l'esperto aziendale», sia dal punto di vista tecnico che legale; di solito è persona «company oriented» con attitudine al «problem solving»;
- tra i requisiti necessari si rilevano: significativa esperienza, elevata professionalità, grado di autorità (che gli deriva dal posizionamento nella gerarchia aziendale) e autorevolezza tecnica (che gli deriva dall'esperienza);
- in qualità di RSPP è destinatario delle direttive aziendali di contenimento dei costi della sicurezza (es. interventi di prevenzione, consulenze, formazione alla sicurezza, DPI, etc.), compresa la spesa sanitaria (spesso indebitamente attribuita alla sua responsabilità);
- in molti casi è il riferimento aziendale per l'applicazione di modelli di organizzazione e gestione della sicurezza (es. OHSAS 18001, ISO 14001, etc.);
- come il MC, anche l'RSPP si trova ad affrontare le incertezze derivanti dalla sovrapposizione di leggi, decreti applicativi, normativa a carattere regionale etc.

Il contesto nel quale opera il Medico Competente

risulta quindi piuttosto articolato e non privo di problematiche; nei suoi rapporti con la Committenza si possono tuttavia identificare alcuni "Punti di forza". In particolare:

- Nel caso in cui il Medico Competente sia un consulente esterno, la sua posizione lo rende indipendente da eventuali pressioni della gerarchia aziendale;
- in generale nei Medici Competenti si riscontra un livello medio piuttosto elevato di competenza tecnica e legale nel campo H&S;
- l'esistenza di un Medico Competente Coordinatore (MCC) favorisce l'instaurarsi di un rapporto di fiducia e di collaborazione reciproca tra MCC e azienda;
- la presenza del MCC favorisce omogeneità di giudizio nella valutazione dei rischi e nella formulazione del DVR;
- la presenza di un Protocollo Sanitario unificato a livello centrale dal MCC dovrebbe favorire omogeneità di comportamenti da parte dei Medici Competenti esterni;
- la disponibilità al dialogo e l'atteggiamento volto alla soluzione dei problemi (es. informativa sanitaria e di profilassi nel caso di eventi eccezionali quali l'epidemia legata al virus EBOLA) sono comportamenti apprezzati dalla Committenza;
- il supporto fornito dal MC nella gestione delle persone portatrici di handicap (mansioni e idoneità) facilita un idoneo inserimento nell'organizzazione aziendale;
- il rapporto di collaborazione consente una gestione idonea delle problematiche relative alle malattie professionali;
- la presenza sul territorio facilita l'applicazione di normative a carattere regionale;
- da un punto di vista squisitamente operativo, la collaborazione con il Medico Competente può tradursi in: corretta gestione dello scadenziario; effettuazione delle visite mediche presso la sede di lavoro; erogazione della formazione di aggiornamento per gli Addetti al Primo Soccorso; etc..

Malgrado gli aspetti positivi sopra indicati, facendo riferimento alla mia esperienza in qualità di RSPP, si possono anche identificare alcuni punti

di debolezza del “Sistema sicurezza”, quelli che potremmo definire come “**Effetti collaterali**”, riassunti per argomento:

- Obblighi di collaborazione

- Non sempre il MC viene coinvolto nella valutazione del rischio, in genere prende atto del documento elaborato da RSPP, talvolta si limita a fare osservazioni, in molti casi viene coinvolto solo al momento della firma del DVR;
- spesso il RSPP non coinvolge il MC nella predisposizione di misure di tutela per non avere interferenze sul piano tecnico e/o per evitare suggerimenti che possano appesantire le misure di protezione e prevenzione;
- il MC è poco coinvolto nelle attività di formazione, tranne per le attività di aggiornamento degli Addetti al Primo Soccorso;
- il rapporto con il Datore di Lavoro è spesso gestito attraverso il meccanismo della delega e ciò facilita una azione di “filtro” delle informazioni da parte dei delegati.

- Sorveglianza sanitaria

- In alcuni casi si riscontra una difficoltà nel far applicare correttamente dal MC il Protocollo Sanitario emesso dal Medico Competente Coordinatore;
- ciò può comportare l'effettuazione di accertamenti non previsti (es. protocolli sanitari non riconducibili al DVR) o la mancata effettuazione di accertamenti previsti (es. periodicità incongrue);
- difficoltà anche di ordine pratico ad organizzare le visite mediche al rientro di personale dopo assenza per malattia o infortunio superiore a 60 gg lavorativi;
- difficoltà nel coordinare la logistica di visita e gli accertamenti diagnostici nei casi in cui il MC non sia convenzionato con un laboratorio;
- difficoltà nella gestione del Protocollo Sanitario per il personale trasferista all'estero: tempistica della visita (in genere tempi molto stretti per la necessità di partire), pro-

collo da applicarsi, suggerimenti al personale, tenuta dello scadenziario, conoscenza delle reali condizioni operative;

- costi della sorveglianza sanitaria.

- Certificati di idoneità e cartelle di rischio

- In alcuni casi la mansione indicata sul certificato di idoneità non è contenuta nel DVR oppure viene indicata in maniera errata (il lavoratore svolge altra mansione);
- la limitazione prescritta dal MC sul Certificato di idoneità è troppo generica o di difficile comprensione o di applicazione problematica;
- spesso si rileva un ritardo nell'invio dei certificati di idoneità (sia al Datore di lavoro che ai lavoratori) o dell'anticipazione della copia elettronica del documento;
- le cartelle di rischio non sono tenute nel luogo concordato al momento della nomina.

- Informazione e comunicazione

- L'informazione dei lavoratori da parte del MC può risultare povera di contenuti (es. scarsi chiarimenti su: rischi cui sono esposti, significato del protocollo sanitario, interpretazione di eventuali prescrizioni);
- ritardo nella consegna dei risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria (art. 25 c.1 lett. i), durante la riunione periodica;
- difficoltà di contatto e comunicazione nel caso di più Medici Competenti nominati nelle diverse sedi/uffici sul territorio nazionale.

- IL sopralluogo degli ambienti di lavoro

- Ritardi nell'effettuazione dei sopralluoghi degli ambienti di lavoro;
- necessità di sollecitare l'effettuazione del sopralluogo; difficoltà ad ottenere il verbale di sopralluogo;
- contenuti scarni e spesso non in linea con quanto suggerito dal Ministero del Lavoro (Interpello n. 5/2014);

- contenuti spesso estranei alla sorveglianza sanitaria (es. scaffalature, estintori, scale portatili, segnaletica, prese multiple, etc.);
- problematiche legate alla difficoltà di effettuazione dei sopralluoghi nei cantieri a causa della dislocazione sul territorio del cantiere e/o difficoltà a conoscere numero e dislocazione dei cantieri che aprono/chiudono in tempi brevi.
- nel caso di sedi e uffici periferici: sopralluoghi condotti in assenza di RSPP e RLS.

A fronte di queste premesse viene spontaneo domandarsi quali possano essere le “**Aspettative delle aziende**”, quello che la Committenza si attende dal Medico Competente, ad esempio:

- ❖ Svolgere un ruolo di supporto e partecipazione attiva nell'espletamento degli obblighi di legge, in particolare quelli riferiti alla sorveglianza sanitaria e ai sopralluoghi;
- ❖ fornire supporto anche nella gestione dei problemi, privilegiando soluzioni di buon senso che siano realizzabili in concreto;
- ❖ evitare un approccio ed un linguaggio caratterizzato da rigidi formalismi legali;
- ❖ fornire supporto nella gestione di idoneità problematiche e delle malattie professionali;
- ❖ facilità di dialogo e collaborazione con il RSPP;
- ❖ celerità di risposta (soprattutto attraverso la posta elettronica);
- ❖ elevato standard di qualità del servizio erogato e regolarità nel tempo;
- ❖ contenimento dei costi.

Per completare il quadro del punto di vista dei



principali attori della sicurezza, può risultare interessante acquisire quello dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS). Nel 2014 si è svolto a Bologna un convegno organizzato dal Servizio Informativo RLS (SIRS), dal titolo “*La sorveglianza sanitaria: ruoli, compiti, responsabilità e relazioni*”, nell'ambito del quale I. Pioppi ha presentato l'intervento dal titolo “*Criticità relative all'operatività del Medico Competente – quesiti posti dai RLS*”. Le considerazioni che seguono richiamano in parte aspetti già evidenziati ma pongono comunque l'accento su “**Alcune problematiche segnalate dai RLS**”:

- ❖ Il MC non partecipa alla valutazione del rischio ma si limita a firmare il DVR; spesso si limita a recepire la documentazione del medico precedente anche se risulta parziale o incompleta;
- ❖ il MC esprime giudizio di idoneità alla mansione specifica ma il lavoratore svolge altra mansione e spesso in altro reparto;
- ❖ il MC esprime giudizi con limitazioni impraticabili (es. *magazziniere che lavora con surgelati che deve evitare microclima estremo*);
- ❖ il MC esprime giudizio di idoneità, lo comunica all'impresa la quale lo trasmette al lavoratore dopo diversi mesi oppure non lo trasmette e comunica solo la decisione assunta;
- ❖ il MC non visita i luoghi di lavoro, oppure non durante le fasi lavorative critiche e senza coinvolgere gli RLS;
- ❖ il MC non denuncia all'INAIL le tecnopatie che riscontra o che sono desumibili dalle certificazioni del lavoratore;

- ❖ non sempre viene visitato il lavoratore al termine di un periodo di astensione dal lavoro superiore ai 60 giorni per malattia o infortunio.

Dopo aver raccolto le versioni dei diversi soggetti a vario titolo coinvolti, mi pare doveroso riassumere anche la voce dei diretti interessati, cioè dei Medici Competenti. Dalla loro esperienza sul campo si possono elencare **“Alcune problematiche rilevate dai Medici Competenti”**:

- Scarsa autorevolezza e potere contrattuale del MC nei confronti della Committenza;
- scarso potere decisionale e possibilità di influire sulle scelte aziendali in materia di salute e sicurezza;
- ricattabilità economica e concorrenza dei «Centri Servizi» (es. gare al ribasso delle tariffe);
- collaborazione e sinergia non sempre scontate con le figure della sicurezza (RSPP, RLS);
- difficoltà di gestione delle situazioni in cui non è prevista per legge la sorveglianza sanitaria (es. microclima sfavorevole, rischio elettrico, etc.);
- risoluzione del rapporto di lavoro a causa di giudizi di idoneità non graditi o denunce di malattie professionali;
- conflitto di interesse tra MC che deve adempiere ad obblighi sanzionati penalmente e Datore di lavoro che spesso non conosce adeguatamente la norma e presta attenzione soprattutto ai costi;
- trascuratezza delle aziende (in genere le PMI, in particolare nel caso di RSPP esterno) nella valutazione dei rischi e messa a punto di attività di prevenzione;
- carenza di rapporto con il Medico Competente Coordinatore (MCC), solitamente «company oriented», che impone un Piano di Sorveglianza Sanitaria valido per tutti i MC;
- difficoltà di collocazione del personale diversamente abile in mansioni di «minor aggravio»;

- nessuna partecipazione del MC alla messa a punto di procedure di sicurezza in tema di igiene;
- interferenza (a volte prevaricazione) del RSPP sulla valutazione dei rischi;
- interferenza (di tipo economico) del RSPP sulla messa a punto del Piano di Sorveglianza Sanitaria;
- mancata assunzione del proprio ruolo nella valutazione dei rischi da parte del Datore di lavoro (come noto si tratta di un obbligo indelegabile).

A fronte dei tanti problemi emersi, viene spontaneo chiedersi se non sia opportuna una qualche semplificazione. Gli **“Spunti di riflessione”** che seguono riassumono le proposte di specialisti del settore: Medici Competenti, sindacalisti, magistrati, Dipartimenti di Prevenzione di Aziende Sanitarie Locali:

- ❖ Proporre una modifica legislativa che consenta di attivare la sorveglianza sanitaria nei casi ritenuti necessari dal MC e non solo in quelli previsti per legge (E. Ramistella, A. Maviglia, «L'attività professionale del medico competente: criticità attuali e prospettive future»). Questa modifica consentirebbe al MC di svolgere la sorveglianza sanitaria senza limitarla ai soli casi previsti dalla normativa vigente e dalle indicazioni fornite dalla Commissione Consultiva Permanente, secondo il dettato dell'art. 41 c.1 lett. a), e garantirebbe anche una collaborazione a pieno titolo nella fase di valutazione dei rischi e di tutela della salute, che sono tra gli obiettivi primari della sua attività;
- ❖ attuare una capillare opera di formazione dei Datori di lavoro (A. Andreani, «Semplificare senza abbassare i livelli di tutela»). Con l'art. 17 c.1 lett. a) al Datore di lavoro vengono attribuiti l'obbligo indelegabile di effettuare la valutazione dei rischi e di elaborare il DVR, obblighi per i quali egli non possiede il giusto livello di formazione, né di conoscenza e neppure di esperienza. Una corretta e capillare opera di formazione dei Datori di lavoro contribuirebbe quanto meno ad elevarne il grado di consapevolezza e di confidenza con una problematica così

complessa e articolata;

- ❖ abrogazione delle sanzioni penali e amministrative a carico del MC perché figura analoga al RSPP, e quindi da considerarsi collaboratore/ consulente del Datore di lavoro e perché per ottenere prestazioni professionali qualificate non è necessaria alcuna sanzione (L. Isolani, A. Capri, F. Fornaro, «Il Medico Competente e la prevenzione nei luoghi di lavoro. Tra semplificazione normativa e qualità dell'attività svolta»);
- ❖ ruolo del Medico Competente Coordinatore volto ad assicurare:
 - ❖ coordinamento con i MC attraverso riunioni periodiche, discussione e condivisione del Piano di Sorveglianza Sanitaria;
 - ❖ discussione e condivisione di linee guida dei criteri di idoneità in presenza della stessa patologia;
 - ❖ monitoraggio della qualità delle prestazioni dei MC.

(A. Messineo, «Problemi e criticità nell'attività del medico competente e del medico competente coordinatore»);
- ❖ messa a punto di linee guida per la valutazione dei rischi, specifiche per settori/comparti produttivi (A. Andreani, «Semplificare senza abbassare i livelli di tutela»). Le attuali Linee Guida della Commissione Consultiva Permanente sono proposte con un criterio numerico per imprese fino a 10 lavoratori, la procedura non discrimina per livello di rischio di settori produttivi quindi, di fatto, pone tutti i settori sullo stesso livello.
- ❖ realizzazione di un fascicolo elettronico personale del cittadino nel quale far confluire la «Cartella Sanitaria e di Rischio» (L. Isolani, A. Capri, F. Fornaro, «Il Medico Competente e la prevenzione nei luoghi di lavoro. Tra semplificazione normativa e qualità dell'attività svolta»);
- ❖ eliminazione del vincolo per il MC del 70% dei crediti ECM nella disciplina specifica: oggi è sempre più richiesto un approccio interdisciplinare (E. Ramistella, A. Maviglia,

«L'attività professionale del medico competente: criticità attuali e prospettive future»);

- ❖ riduzione della durata di alcuni moduli della formazione obbligatoria (es. concetti di rischio, danno, prevenzione, diritti e doveri dei soggetti aziendali) (P. Masciocchi, G. Nuzzi, «Le semplificazioni in materia di sicurezza sul lavoro»);
- ❖ registrazione della formazione attraverso la definitiva istituzione del «Libretto formativo del cittadino e mutuo riconoscimento fra le diverse Regioni» (P. Masciocchi, G. Nuzzi, «Le semplificazioni in materia di sicurezza sul lavoro»; A. Andreani, «Semplificare senza abbassare i livelli di tutela»). Alla luce delle esperienze degli ultimi anni, dato il contenuto e le modalità di erogazione di alcuni moduli di formazione obbligatoria, una loro riduzione sarebbe altamente auspicabile, così come auspicabile sarebbe anche la definitiva istituzione del Libretto formativo del cittadino che attende di essere realizzato dal lontano 2003;
- ❖ vietare espressamente le gare al minimo ribasso ai fini della sorveglianza sanitaria (L. Isolani, A. Capri, F. Fornaro, «Il Medico Competente e la prevenzione nei luoghi di lavoro. Tra semplificazione normativa e qualità dell'attività svolta»);
- ❖ valutare l'efficacia e l'efficienza del MC attraverso indicatori dettati da buone prassi, e/o da linee guida e di indirizzo (L. Isolani, A. Capri, F. Fornaro, «Il Medico Competente e la prevenzione nei luoghi di lavoro. Tra semplificazione normativa e qualità dell'attività svolta»).

In tutto questo fiorire di proposte di ampio respiro, si distingue la posizione di ANMA presentata dal suo Segretario Daniele Ditaranto al Congresso di Roma del 2014, della quale si riassumono sinteticamente alcuni aspetti salienti:

- Il sistema di prevenzione aziendale dovrebbe privilegiare l'apporto interdisciplinare di esperti in Medicina e igiene del lavoro, ingegneria tecnico impiantistica, organizzazione del lavoro ed ergonomia;
- lavoro in team, integrazione e coordina-

mento fra MC e RSPP;

- modifica legislativa sulla formulazione dell'art. 29 c. 1 (*DdL effettua valutazione di rischio in collaborazione con RSPP e MC, non limitandola ai soli casi in cui sia prevista la sorveglianza sanitaria*);
- modifica legislativa sulla formulazione dell'art. 18 c. 1 l. a): MC viene nominato per effettuazione di tutti i compiti a suo carico e non solo per la sorveglianza sanitaria;
- nel caso di prestazioni di lavoro di breve durata: semplificazione della validità della visita medica per un arco temporale (es. 1 o 2 anni) e della trasmissibilità dell'idoneità da un Datore di lavoro all'altro;
- lasciare al MC e all'Azienda la scelta delle modalità di consegna della cartella sanitaria e di rischio al lavoratore, al termine del rapporto di lavoro;
- abrogazione della visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro;
- riduzione di oneri burocratici anche attraverso abrogazione dell'art. 40 e dell'allegato 3B (*invio per via telematica dei dati aggregati sanitari e di rischio entro il primo trimestre di ogni anno*) e loro ripensamento;
- ripensamento dell'aspetto sanzionatorio a carico del MC.

Senza dubbio il problema della semplificazione è un problema complesso e variamente articolato, il rischio di una "cattiva" semplificazione, di una semplificazione non riuscita, di una semplificazione sulle ali di spinte corporativistiche, potrebbe essere quello di creare ulteriori complicazioni, inevitabili appesantimenti e confusione tra gli addetti ai lavori. Prima di proporre una qualche conclusione è opportuno riflettere su alcune **"Considerazioni e orientamenti"**.

- ❖ Gli aspetti che maggiormente caratterizzano la normativa in materia di salute e sicurezza sono la sua impostazione burocratica e rigida, il pesante impianto sanzionatorio, la capillarità delle norme volte a regolamentare ogni minimo aspetto e il numero complessivo elevato di articoli e di allegati tecnici. Le normative di altri Paesi europei (Francia,



Gran Bretagna, Germania) puntano soprattutto sull'utilizzo di linee guida e buone prassi e sul senso di responsabilità e sulla professionalità dei vari soggetti obbligati;

- ❖ L'attuale impianto normativo è pensato per imprese di dimensioni medio-grandi, non tiene conto della peculiarità dei diversi comparti;
- ❖ comparti a minor rischio o con basso numero di occupati sono tenuti ad ottemperare agli stessi obblighi, con un numero elevato di adempimenti formali, burocratici e amministrativi e conseguente aggravio di costi;
- ❖ molte semplificazioni introdotte dal DL 69/2013 (convertito con Legge 98/2013, «Decreto del fare») riguardavano soprattutto gli obblighi dei Datori di lavoro e comunque necessitano di ulteriori decreti attuativi;
- ❖ le procedure semplificate di valutazione dei rischi per le piccole imprese sono basate sul criterio della dimensione (numero di occupati) e non sul criterio di rischio del settore specifico;
- ❖ la Legge 183/2014 «Jobs Act» introduce i concetti di "semplificazione e razionalizzazione delle procedure e degli adempimenti" ma il problema è quello di individuare il giusto livello di semplificazione e riduzione degli obblighi burocratici senza ridurre il livello di tutela.

E allora viene spontaneo porsi qualche domanda:

- ❖ La semplificazione della sola parte documentale attraverso il mezzo della strumentazione elettronica può essere sufficiente a snellire le pratiche burocratiche?
- ❖ la Pubblica Amministrazione è pronta ad accettare una documentazione elettronica

che magari risulta difficile da consultare e richiede comunque di essere stampata?

- ❖ quando non intervengono novità legislative o variazioni significative del processo produttivo e delle condizioni di lavoro, possono essere ritenute sufficienti le sole semplificazioni burocratiche? (es. rendere il sopralluogo discrezionale a giudizio del MC);
- ❖ la modifica degli obblighi sanzionatori a carico del MC può essere considerata una semplificazione o razionalizzazione di adempimenti burocratici?
- ❖ non sarebbe più opportuno ridurre il numero di documenti da produrre e ampliare il campo di utilizzo dell'autocertificazione (es. nel caso di aziende certificate OHSAS 18001 e ISO 14001)?
- ❖ considerati i casi di interpretazioni difformi della normativa tra una Regione e l'altra, che generano incertezze e senso di diffidenza nei confronti della PA (oltre anche ad un aggravio di costi): non sarebbe opportuno pensare ad un ritorno della materia «tutela della sicurezza» nell'ambito della potestà legislativa dello Stato, sottraendola a quella delle Regioni?

Pur nella consapevolezza che il mio punto di vista in qualità di RSPP proviene da una angolazione che privilegia soprattutto l'operatività, mi pare doveroso completare questa disamina sulle problematiche relative al quadro in cui opera il Medico Competente (che è lo stesso quadro comune a RSPP, RLS, Datori di lavoro) con **"Alcune proposte"** di discussione.

- ❖ Emanazione del decreto attuativo - già previsto dal decreto del fare - per identificare le imprese che rientrano nei settori a basso rischio infortunistico per ridurre il carico documentale;
- ❖ emanazione di linee guida specifiche per la valutazione dei rischi per comparto produttivo, anche allo scopo di produrre una documentazione che risponda ai criteri di semplicità, brevità e comprensibilità (la maggior parte dei DVR risultano oggi documenti complessi, ridondanti, difficili da leggere: in pratica inutili);

- ❖ attuazione del Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP) ex art. 8 del D.Lgs. 81/08 s.m.i., necessario per raccogliere ed elaborare dati inerenti le problematiche di tutela della salute e sicurezza, e poter pianificare interventi (o, in alternativa, sua definitiva abolizione);
- ❖ semplificazione della formazione alla sicurezza obbligatoria oggi correlata ai codici ATECO (indici commerciali relativi all'attività economica), che non tiene in adeguata considerazione il livello di rischio di settore e presenta un monte ore eccessivo;
- ❖ ripensamento della formazione dei MC riguardo al vincolo del 70% dei crediti ECM nella disciplina specifica;
- ❖ definitiva realizzazione del «Libretto formativo del cittadino»;
- ❖ semplificazione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione e condivisione di documentazione tra Enti diversi della PA: es. sportello elettronico per inviare richieste/notifiche e ottenere informazioni, autorizzazioni, certificazioni in materia di salute, sicurezza e ambiente;
- ❖ maggiore valorizzazione delle imprese che applicano sistemi di gestione della sicurezza certificati (es. OHSAS 18001);
- ❖ abolizione di certificazioni superate (es. validazione Registro Infortuni, certificato di abilitazione alla conduzione di generatori di vapore e caldaie, etc.), peraltro già in atto in alcune Regioni;
- ❖ omogeneità di adempimenti a livello regionale.

Colgo infine l'occasione per proporre una considerazione conclusiva su un argomento che ritengo di importanza primaria, un argomento al quale non sempre si è attribuita la giusta importanza, ossia la **"Controcultura della sicurezza"**, mi sia consentito definirla così. In oltre quaranta anni di lavoro mi è capitato spesso di ascoltare dichiarazioni e sproloqui sulla necessità di sviluppare una "Cultura della sicurezza", alcune volte anche in una maniera critica che condivido ampiamente, cito ad esempio una delle considerazioni che aprono l'articolo di A.

Andreani "Semplificare senza abbassare i livelli di tutela":

- Alcuni dati di fatto caratterizzano la cultura italiana nei riguardi della sicurezza:
 - ✓ una scarsa considerazione della prevenzione;
 - ✓ uno scarso rispetto delle norme di legge;
 - ✓ una diffusa difficoltà organizzativa.

Aggiungerei all'elenco anche: un diffuso ostracismo nei confronti della legislazione comunitaria in materia di sicurezza.

Immagino sia un dato scontato e chiaro a tutti che qualsiasi tipo di cultura si afferma soltanto nel tempo, quando i comportamenti improntati a regole condivise diventano una abitudine consolidata. Allo stesso modo, per realizzare una qualche "cultura" nel campo della prevenzione e della sicurezza sono richiesti tempi piuttosto lunghi ed è singolare il fatto che finora non si sia preso atto dell'importanza di svilupparla anche attraverso l'educazione scolastica.

Oggi la formazione obbligatoria (in quanto onere legislativo) inizia con l'avvio dell'esperienza lavorativa, quando cioè i comportamenti delle persone riguardo alla sicurezza sono già ampiamente consolidati (o nulli del tutto).

Sarebbe quindi almeno opportuno ripensare criticamente la formazione alla sicurezza inserendola tra le materie obbligatorie di insegnamento nei vari livelli scolastici, a partire dai più elementari.

Così facendo aumenterebbe la probabilità di sviluppare comportamenti virtuosi che sarebbero di rilevanza anche nel sociale (es. riduzione degli infortuni "domestici") e garantirebbero l'inserimento nell'attività lavorativa di persone già formate, persone già pronte ad affrontare in maniera consapevole e responsabile le problematiche di prevenzione e sicurezza del mondo del lavoro.

BIBLIOGRAFIA

1. A. Andreani, «Semplificare senza abbassare i livelli di tutela»;
2. G. Di Leone, «La semplificazione in materia di sicurezza sul lavoro: il parere degli operatori della prevenzione»;
3. D. Ditaranto, «Rendere più efficace l'attività del Medico Competente: semplificare per migliorare la prevenzione», Medico Competente Journal n. 3 - 2014;
4. C. Frascheri, «Disponibili al cambiamento, ma pronti al cambiamento?»;
5. L. Isolani, A. Capri, F. Fornaro, «Il Medico Competente e la prevenzione nei luoghi di lavoro. Tra semplificazione normativa e qualità dell'attività svolta»;
6. S. Ottonello, Servizio Prevenzione e Protezione del Gruppo RINA S.p.A.;
7. P. Masciocchi, G. Nuzzi «Le semplificazioni in materia di sicurezza sul lavoro»;
8. A. Messineo, «Problemi e criticità nell'attività del Medico Competente e del medico competente coordinatore», 14/04/2014;
9. I. Pioppi, «Criticità relative all'operatività del Medico Competente – quesiti posti dai RLS», estratto da www.puntosicuro.it, 24/06/2014;
10. E. Ramistella, A. Maviglia, «L'attività professionale del medico competente: criticità attuali e prospettive future».



Giuseppe Briatico-Vangosa

RECENSIONE

MEGLIO PREVENIRE CHE CURARE

E' con grande piacere che porgo all'attenzione di tutti i cultori della Medicina del Lavoro, quindi dei Colleghi Medici Competenti, il libro che il Prof. Giuliano Franco mi ha inviato sulla figura di Bernardino Ramazzini.

Nella lettera di accompagnamento Giuliano Franco mi scrive :
 "Spero fare gradita inviandoTi il libricino, auto pubblicato e quindi privo di pretese, **Meglio prevenire che curare – Il pensiero di Bernardino Ramazzini, medico sociale e scienziato visionario**, nel quale ho cercato di raccogliere il meglio del suo pensiero, le osservazioni più moderne, le riflessioni degne di essere maggiormente valorizzate".

Rispondo pubblicamente a Giuliano Franco ringraziandolo per questa faticosa opera che ho gustato come rara primizia. Bernardino Ramazzini appare ancora oggi in mezzo a noi attraverso i suoi insegnamenti da medico sociale e da scienziato visionario. Dalla metà del 1600 ad oggi tante cose sono cambiate, ma l'intuizione, la filosofia di base, l'osservazione del medico del lavoro sono ancora quelle descritte dal grande Maestro. E' un libro da "bere in un sorso". Ancora grazie Giuliano Franco.
 Giuseppe Briatico-Vangosa

Giuliano Franco è Professore ordinario di medicina del lavoro nell'Università di Modena e Reggio Emilia, fellow della Faculty of Occupational Medicine del Royal College of Physicians e fellow del Collegium Ramazzini.





Paolo Santucci
Consigliere nazionale
ANMA

VIDEOTERMINALISTA, 'MOUSE' E IDONEITÀ: PRIMO AGGIORNAMENTO SUGLI ORIENTAMENTI OPERATIVI.

“Il rapporto fra utilizzo professionale del mouse e disturbi o patologie degli arti superiori non gode di una sufficiente attenzione nel panorama scientifico nazionale e internazionale, considerando che si tratta del principale strumento di lavoro in sedici milioni di postazioni sul territorio nazionale (Linee Guida S.I.M.L.I.I., 2013)”.

Dopo questa affermazione contenuta nell'articolo **'Videoterminalista, 'mouse' e idoneità: primi orientamenti operativi'**, comparso nel n°4/2014 del **Medico Competente Journal**, diversi colleghi e soci ANMA hanno mostrato invece interesse, chiedendo chiarimenti e proponendo a loro volta nuove soluzioni testate personalmente nell'ambito della propria attività professionale.

Perciò la richiesta rivolta ai lettori del Journal di fornire contributi e proposte, utili all'arricchimento della 'Tabella', ha già ricevuto un primo riscontro favorevole. E per facilitare ulteriori segnalazioni o comunicazioni abbiamo pensato di attivare un indirizzo e mail apposito: ufficioesalute@anma.it

L'obiettivo, va ribadito, è di produrre nel tempo uno strumento operativo condiviso, agile e soprattutto utile alla formulazione del giudizio di idoneità alla mansione di videoterminalista con problematiche di tipo muscolo-scheletrico all'arto superiore.

La seconda versione della tabella ovviamente non è ancora esaustiva, né definitiva, anzi necessita sempre del contributo dei medici competenti, tuttavia possiamo considerarlo il primo aggiornamento rispetto alla prima versione pubblicata sul MCJ n°4/2014.

Di seguito viene proposta la 'tabella 2.0', che riassume alcune evidenze, più empiriche che scientifiche come è noto, quale sintesi dei dati offerti dalla letteratura, dell'esperienza dell'autore e soprattutto delle recenti osservazioni di diversi medici competenti.

Condizione/patologia	Modello di mouse consigliato	Eventuali ulteriori prescrizioni
Mano piccola (taglia < 7)	Mini mouse (Fig.1)	-
Tendinopatia estensore dita o tendinite estens. 2° dito	Mini mouse (Fig.1)	Nel caso di tendinite estens. 2° dito, impostazione del mouse su 'modalità mancino': uso 3° dito con 2° dito a riposo
Malattia di De Quervain	Mouse-trackball oppure mini-mouse	Nel caso di uso di mini-mouse è conveniente aumentare la 'sensibilità' del dispositivo limitandone così i movimenti
Osteoartrosi- rizoartrosi	Mini mouse (?) (Fig.1)	-
Sindrome del Tunnel carpale	Mini mouse (Fig.1) o Mouse tradizionale con tappetino	Tappetino poggia polso: neutralizzare l'estensione della mano, mantenendo angolazione polso-mano a 180°
Cisti sinoviale del polso	Mini mouse (Fig.1) o Mouse tradizionale con tappetino	Tappetino poggia polso: neutralizza l'estensione della mano, mantenendo angolazione polso-mano a 180°. Nel caso di cisti ventrale evitare il contatto con il poggia polso posizionandolo sotto la porzione di avambraccio immediatamente prossimale.
Sindrome pronatoria, tendinite estensori avambraccio, epicondilita laterale	Vertical mouse, o 'Hand shoes mouse', (Fig.2) o joy stick mouse	Con 'mouse tradizionale' si consiglia almeno l'uso di tappetino poggia polso per ridurre tensione tendini estensori
Tendinite cuffia rotatori	Mouse tradizionale	Corretto appoggio dell'avambraccio, uso tappetino poggia polso, aumento 'sensibilità' del mouse per limitare i movimenti della spalla
Deficit complessivo (osteoarticolare o neurologico) dell'arto superiore dominante	Mouse da valutare caso per caso	Adozione restman. Ulteriori dispositivi o accorgimenti da valutare caso per caso
Sovraccarico/contrattura m.trapezio, paracervicale	Mouse tradizionale	Evitare spalle 'arcuate', corretto appoggio dell'avambraccio (fra polso e gomito) con uso tappetino poggia polso
Dermatite da nickel	Mouse di colore bianco	-



Figura 1 : L'uso del mini mouse (a destra) riduce l'estensione (apertura) della mano ed attenua la tensione dei tendini estensori. Si tratta di una 'piccola' variazione dell'impostazione, che sul medio-lungo termine può produrre una 'grande' differenza, soprattutto in soggetti predisposti.



Figura 2: un recente modello di mouse (a sinistra) che sembra assicurare all'intero distretto mano-avambraccio una posizione più ergonomica rispetto al modello tradizionale (a destra).

Va sempre ricordato che una reale tutela della salute del lavoratore passa attraverso l'azione del medico competente finalizzata alla valutazione dei rischi, nella fattispecie con l'analisi delle postazioni dotate di videoterminale, ai sopralluoghi negli ambienti di lavoro, alla formazione dei lavoratori ed alla attuazione delle misure preventive, compresa la formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Ormai sappiamo bene che soltanto con la piena attuazione di questo consolidato percorso di prevenzione, potremo creare le premesse al raggiungimento di quel benessere lavorativo, che riguarda la mansione probabilmente più diffusa in Italia: il 'videoterminalista'.

Perciò in attesa del prossimo aggiornamento, ANMA ribadisce lo spirito di questa iniziativa, che intende promuovere il confronto e la condivisione fra medici competenti, per approdare alle indicazioni operative più efficaci nell'interesse di tutte le figure coinvolte.

BIBLIOGRAFIA

- Piccoli B., Colais L., Di Bari A., Di Bisceglie M., Grosso D., Leka I., Muzi G., Paraluppi P., Santucci P., Totaro B., Troiano P., Linee Guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali, Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, Nuova Editrice Berti, 2013.
- Apostoli P., Bovenzi M., Occhipinti E., Romano C., Violante F., Cortesi I., Baracco, F., Draicchio, Mattioli S., 'Linee Guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo scheletriche dell'arto superiore correlati con il lavoro (Upper Extremity Work-related Musculoskeletal Disorders – UE WMSDs)'. S.I.M.L.I.I., Fondazione S. Maugeri, Consorzio per l'accreditamento e aggiornamento in Medicina del Lavoro, PI-ME Pavia, 2003.
- Santucci P., Videoterminalista, 'mouse' e idoneità: primi orientamenti operativi, Medico Competente Journal, n°4/2014.

*Grazie ai Colleghi che hanno contribuito all'aggiornamento della 'Tabella ANMA'.
Chi ha suggerimenti, proposte o contributi su questi temi può scrivere una e mail a:
ufficioesalute@anma.it*



DA LEGGERE IN POLTRONA

A cura di Danilo Bontadi,
Consigliere Nazionale

LA BELLEZZA DELLA PROFESSIONE

C'è luna piena stasera ad Hanoi. L'ho vista prima, quando sono salito in terrazza per respirare un po' di brezza che mi soffia addosso, dopo aver accarezzato la scura superficie del lago occidentale, in questa notte. La luna si vede in trasparenza, dietro un velo di foschia, forse l'umidità che sale dal lago, e l'afa. E questo velo la fa tremolare, una fragile sfera che rischiara questa notte, facendo intravedere i profili delle colline, la verso l'orizzonte ad ovest Mai come in questo periodo sono stato tanto preso dal lavoro. E' che sono entrato come in un vortice, dove l'amore per la professione e la scoperta che il lavoro che faccio incarna gli ideali che sempre hanno aleggiato sopra il mio cammino sono come sirene alle quali non riesco a sottrarmi. Poche sere fa, dopo cena, sono andato in moto fuori città. Tornavo da una cena di lavoro, e invece di andare dritto a casa ho approfittato per una piccola "fuga", per perdermi nella notte e nelle vie sconosciute. Ero eccitato per un positivo risultato ottenuto sul lavoro, un importante conquista che non speravo fare. Attraverso un viottolo di campagna, teso a tagliare due terreni disegnati con regolarità da decine di risaie. Qualche palma ne segnava il tragitto, come da noi i pali gialli che l'ANAS mette per segnalare le strade di montagna coperte dalla neve. Arrivo ad un piccolo cimitero di grandi tombe in pietra infisse nel terreno umido della risaia. Spengo la moto per sentire che rumore fa la notte in un posto così. Ero solo, davvero solo. Immaginavo la mia posizione disegnata su un grande mappamondo. Un puntino in quelle terre lontane, esotici scenari in quelle grandi pianure di Indocina. Ed io ero lì, solo, fragile, esposto, ma profondamente felice. E' così che mi sento in questo periodo: profondamente felice. L'unica angoscia è che tutto scorra troppo in fretta, e che poco mi resti fra le dita, immerse nella corrente della vita che mi scivola addosso. Mi chiedo cosa restituire, in cambio di quanto ricevo. Impegno sul lavoro, qualche sorriso regalato, una carezza quando capita, ma soprattutto un profondo senso di gratitudine. Ma non sono certo che basti.

("Lettera da oriente", 2001 - dott. Carlo Urbani, il medico italiano che per primo aveva individuato il virus della SARS e che il 29 marzo del 2003 è morto per questa malattia)