

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

XXVIII Congresso Nazionale 2015



28-29-30 maggio 2015

Palazzo dei Congressi - Riva del Garda (TN)

Considerazioni e domande di partenza

- a) ragionare in ottica di sistema e non del singolo ruolo
- b) la simbiosi della disciplina con la norma : pregi, limiti, possibili soluzioni
- c) per che cosa viene oggi pagato il MC?

Considerazioni e domande di partenza

- d) la qualità nelle prestazioni del MC : un concetto ancora vago e difficile da quotare (immagine dell' *"iceberg"*) . Come dimostrare e valorizzare un servizio *"di qualità"*?
- e) l'evoluzione della *"specie"* MC con acquisizione di competenze non tecniche sul campo (capacità relazionali, comunicative, leadership, ecc.) : possono fare la differenza?
- f) alla ricerca di un modello etico (tra pragmatismo e miglioramento continuo)

L'ottica di sistema

Il MC è visto come anello debole del sistema:

- sul piano contrattuale /economico
- per gli scarsi contenuti scientifici prodotti dalla disciplina
- per una supposta mancanza di autonomia
 - sia per la sudditanza alle imprese,
 - sia per possibili conflitti di interesse soprattutto nei casi di appartenenza ad una Società di Servizi.

Una visione pragmatica

Il MC vende un prodotto “*obbligatorio*” ...

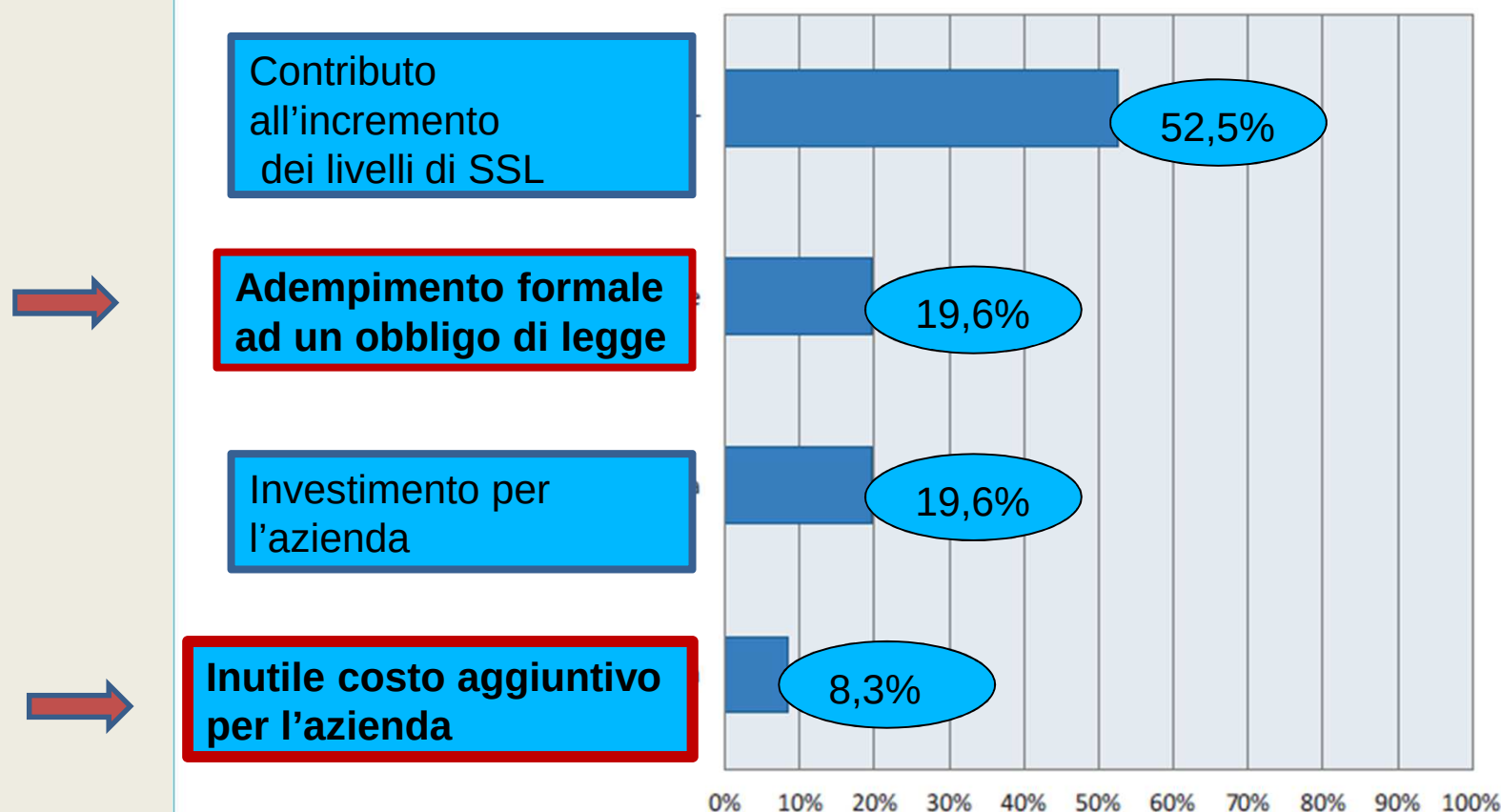
ad un cliente finale (lavoratore) che *non lo ha scelto...*

per conto di un committente (DDL) che spesso *ne farebbe volentieri a meno!...*

...oltretutto con delicate implicazioni del suo operato sul piano rispettivamente della salute e del bilancio aziendale .

Il grado di soddisfazione della compliance normativa

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



campione di 1.010 datori di lavoro intervistati nel periodo tra luglio e novembre 2013

Immagine dell'iceberg



Consulenza
“globale”

Qualità nelle prestazioni

Obiettivi di efficacia per la compliance normativa

Offerta di servizi ad alto valore aggiunto

Percezione di un buon investimento

low value – low cost

Percezione di una bassa qualità ed efficacia
delle prestazioni che genera bassi investimenti

“Semplice” adesione alla norma

Costo aggiuntivo, tassa

Sopra la linea di galleggiamento (le opportunità)

- *le patologie lavoro-correlate, ambiente-correlate e le esposizioni a piccole dosi.*
- *l'invecchiamento* che si auspica sempre più “attivo” per coloro che ancora lavorano,
- l'adattabilità e la sicurezza di un mondo lavorativo così competitivo e globalizzato ai lavoratori con *diverso grado di disabilità*,
- la trasversalità del *rischio psicosociale*,
- *le certificazioni* aziendali ed i sistemi premiali
- *la promozione di una salute collettiva* che possa nascere dagli ambienti di lavoro (welfare aziendale) alleviando i costi sociali delle malattie cronico degenerative (collaborazione alla VDR extralavorativo)

Il ruolo pubblicitario

L'EQUITÀ NELLA SALUTE IN ITALIA

Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità

▼ In conclusione: quante morti premature si potrebbero evitare agendo sugli stili di vita?

Il progetto Euro-GBD-SE² ha misurato la quota di mortalità attribuibile alle differenze di istruzione che poteva essere spiegata dalle disuguaglianze di esposizione ad una serie di fattori di rischio.

Le figure seguenti mostrano le morti evitabili, nei diversi paesi europei, se si riducessero le disuguaglianze nell'esposizione a tre fattori di rischio: **fumo, sedentarietà, sovrappeso e obesità.**

Morti evitabili con la riduzione delle disuguaglianze nel **FUMO**:
Dall'1 al 26 %



Donne

0-9% > Finlandia, Svezia, Danimarca, Paesi Bassi, Belgio, Francia, Svizzera, Austria, Spagna, Italia, Repubblica Ceca, Lituania, Estonia.

10-19% > Inghilterra, Scozia.

Uomini

0-9% > Belgio, Francia, Svizzera, Spagna, Italia, Ungheria, Lituania.

10-19% > Finlandia, Svezia, Danimarca, Paesi Bassi, Austria, Repubblica Ceca, Estonia.

20% in su > Scozia, Inghilterra.



Morti evitabili con la riduzione delle disuguaglianze nel **BMI>25** (Body Mass Index):
Dallo 0 al 39 %



Donne

0-9% > Svezia, Norvegia, Danimarca, Scozia, Repubblica Ceca, Lituania, Estonia.

10-19% > Ungheria, Inghilterra, Finlandia.

20% in su > Paesi Bassi, Svizzera, Belgio, Francia, Spagna, Italia.

Uomini

0-9% > Finlandia, Norvegia, Svezia, Danimarca, Inghilterra, Scozia, Repubblica Ceca, Paesi Bassi, Belgio, Svizzera, Ungheria, Francia, Spagna, Italia, Lituania, Estonia.



Morti evitabili con la riduzione delle disuguaglianze nell'**ESERCIZIO FISICO**:
Dall'1 al 16 %



Donne

0-9% > Finlandia, Norvegia, Repubblica Ceca, Lituania, Estonia.

10-19% > Danimarca, Paesi Bassi, Belgio, Svizzera, Spagna, Italia.

Uomini

0-9% > Finlandia, Norvegia, Repubblica Ceca, Lituania, Estonia, Danimarca, Paesi Bassi, Belgio, Svizzera, Spagna, Italia.



Dati nazionali confermano un eccesso significativo di persone che non fanno **alcun tipo di attività fisica tra gli operai e le operaie (85% e 72% in più) rispetto alle classi dirigenti.**

Al di sotto ... (le costrittività)

Una variegata offerta generata dalla domanda (**mercato vs professione**), e la cui quotazione risponde a diverse variabili:

- Territoriale/geografica
- Dimensione numerica azienda cliente (v. microimprese)
- Età/esperienza del professionista
- Appartenenza o meno ad un Centro Servizi
- “Cultura” aziendale della sicurezza
- Diverso grado di consapevolezza del ruolo del professionista

Attenzione alle semplificazioni!

a) La “semplice” adesione alla norma non è di per sé una prestazione di bassa qualità :

una “buona” compliance normativa prevede comunque una cultura della clinica e della epidemiologia, una conoscenza approfondita dei rischi espositivi, 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 (anche se economicamente poco tangibili...)

b) Nessuna preclusione di fronte ad alcune scelte di servizi, laddove rispondano ad una reciproca soddisfazione tra cliente e fornitore:

prendiamo atto però che un mercato al ribasso nuoce a tutta la professione, soprattutto quando si realizza con veri e propri atteggiamenti di illegalità (vedi il mancato rispetto della *indelegabilità dei compiti del MC!*), o comunque di chiara inosservanza del Codice Deontologico (*art.54 sull'onorario ed art. 70 sull'eccesso di prestazioni*)

Dalla professione al mercato (e ritorno)

DOMANDA SPINTA DALL'OFFERTA

- Ciò che il MC deve saper fare
- Ciò che sa fare
- Ciò che fa (quello che «vende» e a chi)
- Ciò che il mkt richiede (cosa vuole chi compra)

RUOLO GUIDATO DALLA DOMANDA

L'esclusività del ruolo

REGIONE	NUMERO MC (1)	N° OCCUPATI (2)	N° OCC./N. MC	N° LAV. SOGGETTI A S.S. (3)	N° LAV. SOGGETTI S.S./N° MC	N° LAV. SOTTOPOSTI A S.S.	N° LAV. SOTTOPOST I S.S./N° MC
ABRUZZO	159	463510	2915	131946	830	99575	626
BASILICATA	52	185200	3562	75280	1448	41754	803
CALABRIA	202	508546	2518	101817	504	76304	378
CAMPANIA	460	1550584	3371	403867	878	288358	627
E. ROMAGNA	434	1958177	4512	1101148	2537	632420	1457
F.V.G.	127	505663	3982	281698	2218	136585	1075
LAZIO	572	2254723	3942	1114382	1948	458311	801
LIGURIA	180	606501	3369	274762	1526	140622	781
LOMBARDIA	982	4332773	4412	2392822	2437	1280487	1304
MARCHE	187	640775	3427	229686	1228	169150	905
MOLISE	26	104513	4020	20067	772	15373	591
PIEMONTE	435	1787295	4109	1001007	2301	536218	1234
T.A.A.	58	478089	8243	222123	3830	120205	2072
PUGLIA	319	1155738	3623	338183	1060	248844	780
SARDEGNA	151	550792	3648	150571	997	107498	712
SICILIA	398	1301030	3269	323357	812	240253	604
TOSCANA	374	1552455	4151	392413	1049	262203	701
UMBRIA	113	352632	3121	121173	1072	91956	814
VALLE D'AOSTA	9	55943	6216	28721	3191	14289	1588
VENETO	482	2101456	4360	923839	1917	602061	1249
TOTALI	5720	22446375	3924	9628862	1683	5559506	972

(1) Ministero della Salute – Elenco medici competenti (aggiornamento 08.05.2015)

(2) ISTAT

(3) Prime analisi dei dati inviati dai medici competenti ai sensi dell'art. 40

Il contratto

Uno strumento fondamentale per affermare la filosofia imprenditoriale del MC che si richiama ai principi di etica e qualità nella professione .

In particolare dall'offerta deve evincersi ciò che è definibile:

- **in termini quantitativi** (compliance normativa),
ma deve altrettanto trasparire tutto ciò che è più difficilmente configurabile
- **in termini qualitativi** come beneficio aziendale

Una Carta dei Servizi

Si ribadisce quindi l'importanza di una **Carta dei Servizi del Medico Competente**, che possa impegnarci a contribuire per :

- L'incremento di una **cultura della prevenzione**, che implica consapevolezza, conoscenza e autocontrollo dei comportamenti personali
- Migliorare **l'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
- Innalzare **il clima di fiducia** nella relazione tra personale e azienda, ribadendo il ruolo di terzietà e di autonomia tuttora malinterpretato dalla dipendenza economica dal DDL, in quanto supportato da un codice etico, ed obbligato nei confronti della legge
- La percezione della **strategicità del servizio** offerto: *aggiungere valore al business e generare vantaggi competitivi* (naturalmente riteniamo che gli slogan vadano poi supportati da azioni concrete...)

Marketing ma non solo

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

gestione delle disabilità: dall'assistenza alle procedure di assunzione d'obbligo, al monitoraggio della compatibilità nel tempo tra mansione 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

Marketing ma non solo

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

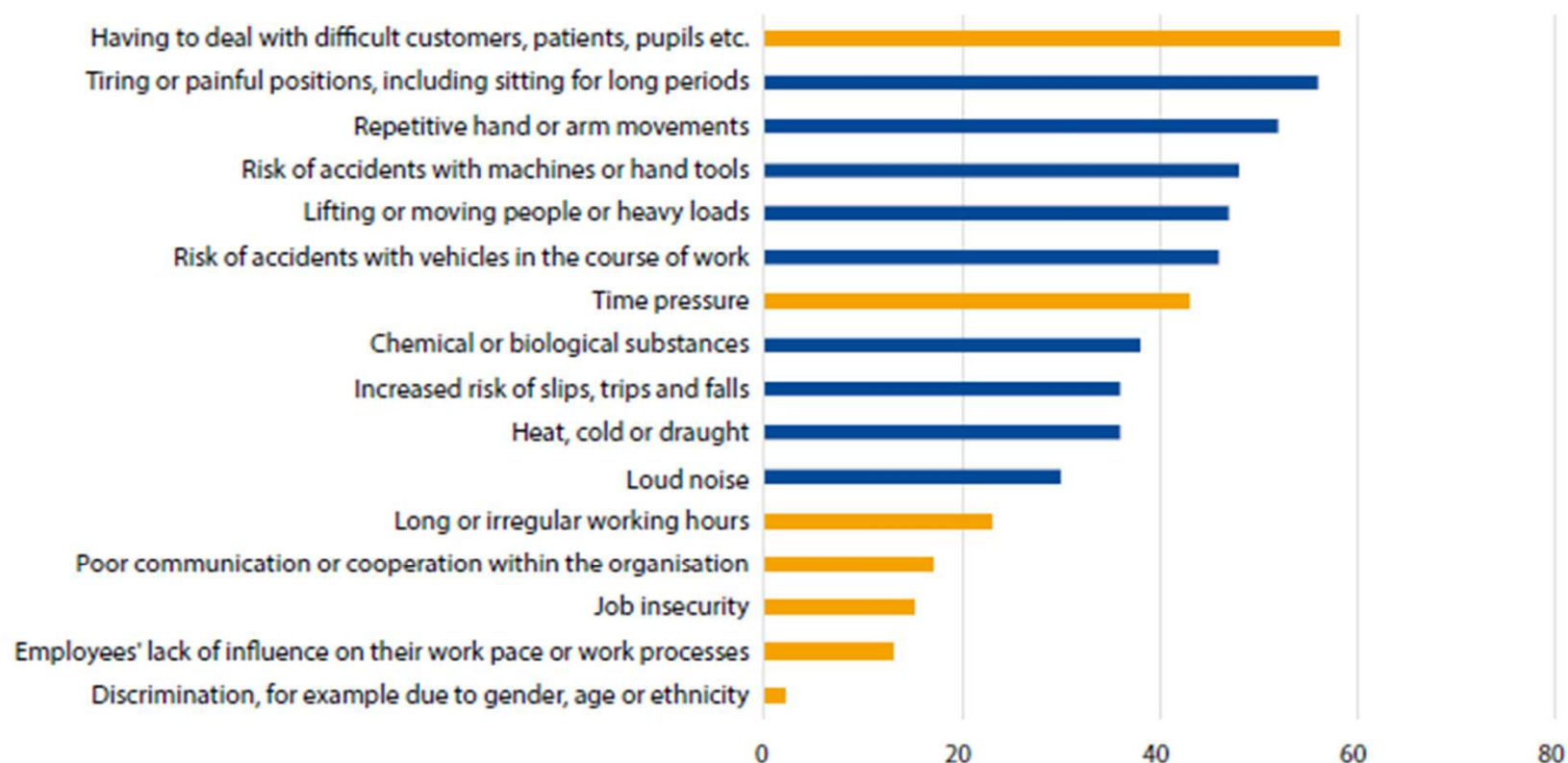
interventi di info-formazione sui temi di SSL e stili di vita , sviluppando anche partnership territoriali con Enti Pubblici ed ASL, ai fini di incidere sul benessere della collettività e fruire anche di norme premiali (vedi defiscalizzazioni e modello OT24 INAIL)

forte integrazione del servizio con le dinamiche aziendali e con il territorio, con un supporto (*personale*) diretto e costante al DDL nelle sue politiche aziendali di tutela e di certificazione in tema di sicurezza, anche ai fini di quella tutela complessiva dell'azienda di cui al D.Lgs. 231/01.

Una domanda “emergente” che si consolida

Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2)

Figure 1: Risk factors present in the establishment (% establishments, EU-28).



Base: all establishments in the EU-28.

Note: psychosocial risk factors are shaded in orange.

Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015

Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2)

Table 1: Two most frequently reported risk factors in the establishment, by activity sector (% establishments, EU-28).

Activity sector	Most frequently reported risk factors (% of establishments in the sector in the EU-28)	
	First	Second
A: Agriculture, forestry and fishing	Risk of accidents with machines or hand tools (78 %)	Risk of accidents with vehicles in the course of work (73 %)
B, D, E, F: Construction, waste management, water and electricity supply	Risk of accidents with machines or hand tools (82 %)	Lifting or moving people or heavy loads (71 %)
C: Manufacturing	Risk of accidents with machines or hand tools (77 %)	Repetitive hand or arm movements (58 %)
G, H, I, R: Trade, transport, food/accommodation and recreation activities	Having to deal with difficult customers, patients, pupils, etc. (62 %)	Repetitive hand or arm movements (49 %)
J, K, L, M, N, S: IT, finance, real estate and other technical scientific or personal service activities	Tiring or painful positions, including sitting for long periods (64 %)	Having to deal with difficult customers, patients, pupils, etc. (56 %)
O: Public administration	Tiring or painful positions, including sitting for long periods (76 %)	Having to deal with difficult customers, patients, pupils, etc. (68 %)
P, Q: Education, human health and social work activities	Having to deal with difficult customers, patients, pupils, etc. (75 %)	Tiring or painful positions, including sitting for long periods (61 %)

Allegato 3B del D.Lgs 81/08

Prime analisi dei dati inviati dai medici competenti ai sensi dell'art. 40

***Tabella 3 - Numero di medici competenti per
tipologia e per anno, Italia***

	2012	2013
	Numero medici	Numero medici
Medico Competente Coordinato	1.470	2.367
Medico Competente Coordinatore	696	1.163
Medico Competente Unico	3.369	4.783
Totale	5.535	8.313

Una figura “in crescita”: Il MC coordinatore

Si riaffaccia con prepotenza in molti settori con articolazione “a rete” delle unità produttive (Grande Distribuzione, Utilities, Impiantistica, TLC, ecc.),

Competenze di gestione, organizzazione, relazionali e di leadership, utili a rappresentare omogeneamente sul territorio il brand di appartenenza.

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.

Le conclusioni : *mercato vs. professione?*

Presa d'atto di un mercato variegato, che può *“prendere il sopravvento”* sulla professione, non prefigurando di generare valore, ma di rispondere alle richieste di *“chi compra”*

Schematicamente si configura un doppio binario di prestazioni:

- Compliance normativa
- Consulenza “globale”

Esse non sono necessariamente legate a fornitori diversi , ma generalmente si assiste ad una provenienza delle due tipologie di prestazioni rispettivamente da:

- Società di Servizi (standard di prestazioni)
- MC libero professionista (personalizzazione del servizio)

Le conclusioni : *mercato vs. professione?*

La “*semplice*” compliance normativa è implicitamente legata ad 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.

Tuttavia anche una quotazione sulla sola adesione normativa deve fare i conti con la ridondanza di adempimenti solo formali – ma comunque sanzionati – molto lontani dagli obiettivi finali di tutela e di beneficio aziendale (v. dibattito su *semplificazioni normative*)

Elementi di distorsione

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 ingiustificatamente induzione della domanda ed aumento dell'offerta, nonché
- dai timori medico-legali che alimentano la medicina difensiva.

Il primato della professione

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



Grazie