

# Tutela della professione e della dignità del Medico competente

*La vision della medicina d'azienda:  
riflessioni per un rinnovamento della  
figura e del ruolo del Medico  
competente*

*XXVIII° Congresso Nazionale ANMA: Riva del Garda, 28-29-30 maggio 2015*

*Gruppo di Lavoro ANMA*

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

*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 sui modelli dei sistemi di qualità.*

D'altra parte l'ANMA ha sempre ragionato sul MC con una logica di "sistema":

*“Il medico d’azienda, competente...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 economica 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 le «procedure semplificate per l'adozione di modelli di organizzazione e gestione nelle piccole e medie imprese»), da 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 della 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 le aree 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.

*Misurare la qualità del Medico  
competente: perché?*

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 ita 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'impreses 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 "qualità del MC" può essere oggetto anche dell'attenzione 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.

*Misurare la qualità del Medico  
competente: chi?*

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 definendo 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 loro MC: per ogni domanda, in funzione della risposta, si assegna un voto.

Neanche questa volta gli organi di vigilanza sono riusciti ad uscire dal 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 innanzi tutto 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 di gestione ai requisiti di uno standard di qualità e le incongruenze si traducono in «raccomandazioni» e «non conformità» finalizzate a migliorare il sistema rendendolo conforme a quei requisiti. Invece la 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».

Peraltro non esistono standard dell'operato del MC.

Esistono invece per i SGS e la loro verifica, da parte di organismi di certificazione esterni 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 da parte dell'impresa delle obbligazioni previste nei suoi confronti (artt. 18, c. 2, e 39, c. 4):

- assicurazione delle condizioni necessarie allo svolgimento dei suoi compiti;
- rispetto della sua autonomia professionale;
- attivazione e mantenimento 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 nel questionario per i DL che integra il documento in discussione in Regione Lombardia.

Manca come al solito 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 per le informazioni e le risorse necessarie per lo svolgimento del suo ruolo.

*Misurare la qualità del Medico  
competente: come?*

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 fondato, 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](http://www.anma.it), costituisce indubbiamente una buona prassi per il raggiungimento della compliance normativa in quanto affronta, con la logica de 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 sua qualità implicherà anche l'individuazione di indicatori, specialmente di tipo qualitativo e proattivo (basati 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 compliance normativa, 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), fondati sui requisiti della Evidence Based Medicine (EBM), costituiscono i riferimenti per la gestione operativa di numerose patologie.

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

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

Oltre la sorveglianza sanitaria, 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 accreditato 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 suo profilo di attore del sistema;
- ✓ Per dare visibilità al suo lavoro, aumentando l'interesse e quindi anche la "soddisfazione" dei clienti per la sua qualità;
- ✓ Per collaborare con l'impresa allo sviluppo ed attuazione della sua politica SSL, contribuendo 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;

### **• Chi misura:**

- ✓ Il «sistema azienda», tramite il 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 di 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 raggio d'azione di un MC ben integrato nel SSL (standard di qualità).