PuntoSicuro

ARTICOLO DI PUNTOSICURO

Anno 17 - numero 3489 di lunedì 23 febbraio 2015

Linee di indirizzo per valutare l'attività dei medici competenti

Una delibera della Regione Umbria precisa il ruolo del medico competente e propone un set di indicatori di effettività e di efficacia per valutare l'attività dei medici competenti al di là della mera verifica del rispetto della norma.

Perugia, 23 Feb ? Abbiamo più volte parlato su PuntoSicuro delle difficoltà delle attività correlate alla **sorveglianza sanitaria** e ai giudizi di idoneità, delle problematiche connesse al ruolo del **medico competente** e alle relazioni tra i vari attori della sicurezza aziendale.
In particolare sul piano prettamente operativo l'attività del medico competente (MC) si articola in due **grandi sfere**, comunicanti tra loro, "quali:
- **la sfera delle attività medico specialistiche ed ambientali**: che tra le altre cose prevede la programmazione e la effettuazione dei controlli sanitari, l'espressione dei giudizi di idoneità, l'allestimento, aggiornamento e gestione della documentazione sanitaria, il controllo periodico dell'ambiente di lavoro, la partecipazione ai programmi di controllo dell'esposizione e l'interpretazione dei loro risultati, l'informazione dei lavoratori, la produzione di dati anonimi collettivi e così via;
- **la sfera delle attività collaborative**: che, tra le altre cose, trova riscontro in fase di valutazione del rischio, nell'organizzazione delle misure di prevenzione, nell'attività di inf/formazione, nell'allestimento delle misure di primo soccorso, dei programmi volontari di promozione della salute aziendale ed altro ancora".
E anche se non esplicitato dalla normativa, "appare evidente come un simile ruolo non possa che essere sostenuto da una complessa ed articolata rete di relazioni, formali ed informali, articolate e coinvolgenti DdL, SPP, RLS, Lavoratore (individuale e collettiva), Organi di Vigilanza, altri interlocutori (consulenti aziendali, medico famiglia, specialisti, tecnici, INAIL,...)".

Pubblicità
<#? QUI-PUBBLICITA-MIM-[DVD071] ?#>

A dirlo è un documento dal titolo "**Linee di indirizzo e standard di qualità per la sorveglianza sanitaria**", approvato dalla Regione Umbria con **Deliberazione della Giunta Regionale 22 dicembre 2014, n. 1722**. Un documento, elaborato dai Servizi PSAL della Regione, che propone un set di indicatori di effettività e di efficacia per valutare l'attività dei medici competenti, al di là della mera verifica del rispetto della norma, e fornendo uno strumento utile all' attività di vigilanza.

Il documento ricorda che i complessi e profondi mutamenti del mondo socio produttivo intervenuti nell'ultimo trentennio "hanno drasticamente modificato i bisogni preventivi dei lavoratori e tra questi anche quelli inerenti il controllo medico". Ad esempio sono andati scomparendo alcuni contesti di rischio che hanno caratterizzato il nostro paese fino agli anni 80 e "si sta delineando una nuova realtà dove i temi degli effetti, anche cancerogeni, legati alle microesposizioni protratte e/o reiterate, ai rischi di natura biomeccanica, allo stress lavoro correlato, alle interazioni tra vita e lavoro, stanno emergendo come questioni importanti e come tali largamente percepite dai lavoratori".
E un tale mutamento "non può non investire anche la Sorveglianza Sanitaria (SS) dei lavoratori ed il suo principale interprete e cioè il Medico Competente (MC), chiamato a rispondere anche a queste nuove esigenze preventive. Da qui la necessità anche di rivedere i profili di applicazione dell'obbligo di 'Controllo Sanitario dei Lavoratori' di cui all'art. 15 del D.Lgs. 81/2008 che trovano nella Sorveglianza Sanitaria i "principali momenti attuativi".

Lo spartiacque ? continua il documento - è costituito dall'art. 41 c. 1 del D.Lvo 81/08; "articolo che riconduce l'applicazione della SS a due ambiti: quello in cui (lettera a) la misura di tutela sia '*..prevista dalle norme vigenti o dalle indicazioni fornite dalla Commissione..*" e quello in cui (lettera b) '*..il lavoratore ne faccia richiesta..*'".
È evidente come una lettura dell'art. 41 possa prefigurare "che il MC abbia la potestà, sulla base della Valutazione dei Rischi e delle proprie conoscenze scientifiche, nonché a norma dell'art. 20 comma 2 lett. i, di proporre al DL ed al lavoratore un'**attività**

di sorveglianza sanitaria anche in situazioni di rischio non espressamente normate dall'art. 41. In tal caso, sarà cura del MC informare adeguatamente il lavoratore su significato, finalità e possibili conseguenze di tali SS, in modo da consentire al lavoratore stesso di esprimere un convinto consenso informato, ovvero di rifiutare, sulla base del principio costituzionale di autodeterminazione, di sottoporsi agli accertamenti proposti dal MC. In questa occorrenza, il DL potrà avvalersi dell'art. 5 della legge 300/1970, richiedendo alla ASL la valutazione dell'idoneità del proprio dipendente".

Inoltre se l'attività di sorveglianza sanitaria svolta dal MC è un'attività "giuridicamente determinata, imposta dalla norma", non si può neanche "dimenticare che trattasi comunque di un esercizio che ha come oggetto prioritario la salute delle persone e che pone, quindi, anche delicatissime questioni sanitarie, di efficacia preventiva, di riservatezza, di dignità, equità, etica e così via".
E il D.Lgs. 81/2008 collega indissolubilmente la norma "all'**evoluzione delle conoscenze scientifiche** colmando quel 'vuoto' di tutela che tanto è costato in passato ai lavoratori (basti pensare alla vicenda amianto) e che spesso si crea quando il lento modificarsi delle norme di legge non va di pari passo con la rapida evoluzione della tecnologia e delle conoscenze. Norme che, d'altro canto e per loro intrinseche caratteristiche, non sempre riescono ed entrare nel merito delle infinite situazioni di rischio riscontrabili all'interno dei sistemi produttivi, né a stare al passo con le loro continue e rapide trasformazioni".
Si ricordi ad esempio l'art. 18 c. 1 del D.Lgs. 81/2008 o l'obbligo imposto al medico competente (art. 25, c. 2) laddove si stabilisce che '*..programma ed effettua la sorveglianza sanitaria.. attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati*', ancorando così la sua azione e la sua responsabilità "ai modelli tecnici di controllo sanitario più evoluti".
Oggi il controllo sanitario del lavoratore "solo in parte viene a configurarsi come adempimento predefinito sulla base di specifiche norme di legge", "una quota sempre più ampia viene, invece, a discendere da esigenze di tutela del lavoratore imposte dai risultati della valutazione del rischio".
E, con riferimento all'importanza per il medico competente di essere sostenuto da una articolata rete di relazioni, necessita da parte del MC un requisito di fondamentale importanza per lo svolgimento del proprio ruolo non citato dalla norma: un'elevata **capacità relazionale e di comunicazione**.

Dunque al MC si chiede di operare tra due vincoli fondamentali, il **vincolo tecnico** ("si esprime attraverso elementi clinico-specialistici, di tossicologia, di igiene industriale, di tecnologia del lavoro, epidemiologici e di comunicazione") e il **vincolo normativo** ("impone al MC precisi requisiti, un determinato rapporto di lavoro, determinate attività, il rispetto di particolari tempi di attuazione e di particolari procedure, con previsione di sanzioni in caso di inadempienza e che, in definitiva, sostanzia la capacità del MC di operare nel rispetto della legge").
Insomma parlando di MC e di sorveglianza sanitaria non ci si può più limitare alla "norma", ma si deve "andare alla ricerca di quei contenuti, in parte anche innovativi, che rispondono alle nuove esigenze imposte dalla evoluzione della realtà socio produttiva nelle sue varie componenti".

Con riferimento al rapporto professionale non solo con il lavoratore, "ma anche con il DdL e con l'Organo di Vigilanza", nasce la necessità di "definire anche i due elementi che possono essere utili nel configurare e valutare" il rapporto complessivo tra MC e la realtà lavorativa oggetto della sua azione e "cioè:
- **effettività del ruolo**: intendendo con tale termine la reale e concreta interazione tra professionista e contesto lavorativo di riferimento. In sintesi connota la sua capacità di influire su specifiche variabili del contesto stesso;
- **efficacia del ruolo**: intendendo con tale termine il riscontro di specifici segni di miglioramento, correlati alla sua azione, del contesto lavorativo di riferimento. In sintesi connota la sua capacità di modificare 'in meglio' specifiche variabili del contesto".

E fissati questi elementi di valutazione, sorge la "necessità di definire indicatori che consentano di misurare, in qualche modo, effettività ed efficacia", evenienza che "può rendersi utile o necessaria in corso di approfondimento conoscitivo sulla qualità della sorveglianza sanitaria in corso di interventi di comparto, di audit di verifica tecnico professionale, di audit di sistema preventivo, di accertamenti finalizzati ad individuare criticità preventive o anche il grado di coerenza tra operato del sanitario e modelli proposti dall'evoluzione delle conoscenze". Il tutto, "senza chiamare in causa aspetti sanzionatori, ma nell'intento di pervenire, nel contesto oggetto di studio o accertamento, ad una valutazione aziendale o complessiva del grado di conformità tra attività svolta dal MC ed uno standard atteso predefinito e variabile in relazione al tipo di realtà lavorativa in osservazione", uno standard che "potrà anche essere rimodulato in relazione a particolari esigenze conoscitive e preventive".

Concludiamo la presentazione del documento, approvato dalla Regione Umbria, riportando due tabelle (che nel documento comprendono anche i possibili gradi di giudizio) che comprendono attività che possono risultare utili nella "costruzione di un sistema di analisi e valutazione dell'azione del MC e più in generale della sorveglianza sanitaria".

Valutazione di effettività: "riscontro di elementi (riunioni, incontri, relazioni, disposizioni, pareri..), che testimoniano una

concreta interazione tra MC ed organizzazione aziendale".
Con riferimento particolare a:
1 - Produzione di iniziative o atti autonomi e riscontrabili, diversi da quelli già previsti dalla norma, riguardanti le condizioni di lavoro e lo stato di salute dei lavoratori;
2 - Proposta attiva di modelli procedurali e gestionali specifici della sorveglianza sanitaria;
3 - Intervento diretto o indiretto nei programmi di formazione;
4 - Livello di relazione con altre figure.

Valutazione di efficacia: "riscontro di elementi che testimoniano una interazione positiva tra azione del MC processo di prevenzione aziendale".
Con riferimento particolare a:
1 - Non comparsa di danni rischio specifici e non aggravamento di quelli già eventualmente esistenti;
2. Applicabilità dei giudizi di idoneità all'interno del ciclo;
3. Ricollocazione di lavoratori con limitazioni;

Regione Umbria - Bollettino Ufficiale della Regione Umbria - Deliberazione della Giunta Regionale 22 dicembre 2014, n. 1722 - "Linee di indirizzo e standard di qualità per la sorveglianza sanitaria": approvazione

Tiziano Menduto

Questo articolo è pubblicato sotto una Licenza Creative Commons.
