

L E T T E R E I N R E D A Z I O N E

Centralità del ruolo del medico competente nelle attività di prevenzione: il punto di vista della SNOP.

Ruolo del medico competente

IL MEDICO DEL LAVORO E LA TUTELA DELLA SALUTE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Il medico del lavoro, nel ruolo di Medico Competente aziendale (MC), così come oggi viene inquadrato all'interno del D.Lgs. 81/08, è stato definito nel corso di un lungo processo evolutivo della legislazione in materia di salute e sicurezza che si è dovuta progressivamente adeguare a richieste sempre maggiori di tutela da parte della società e del mondo del lavoro.

L'Italia ha sempre avuto una tradizione importante nello sviluppo di una autorevole disciplina di tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori.

Bernardo Ramazzini, padre fondatore della moderna medicina del lavoro, già nel 1700 pubblica la prima *review* sulle malattie professionali (*De morbis artificum diatriba*), frutto dell'elaborazione di precedenti studi prodotti da pensatori illustri quali Platone, Ippocrate e Galeno.

Quello che poteva essere considerato fino ad allora quantomeno arduo, ovvero la presenza fisica del medico in ambienti "sporchi", veniva sdoganato dalla brillante intuizione di Ramazzini della necessità di trovarsi nei luoghi di lavoro per valutare in prima persona la condizione professionale in modo da poter risalire alle cause dei disturbi lamentati dai lavoratori. Questo ha aperto gli orizzonti su una nuova visione del rapporto tra medico e paziente: non era più il lavoratore con problemi di salute a recarsi dal medico, ma il medico che, di propria iniziativa, si recava dal lavoratore portando all'interno dell'ambiente di lavoro la propria attività fino ad allora svolta in strutture prettamente sanitarie.

Le profonde modificazioni nel mondo del lavoro introdotte con la Rivoluzione Industriale – senza un codice in-

dustriale, con lo sviluppo di fabbriche in pessime condizioni igieniche, orari di lavoro prolungati al limite della sopportabilità dell'organismo umano, con impiego indiscriminato di manodopera femminile o di minori – portarono all'introduzione in Italia, alla fine dell'Ottocento, della prima legge sull'assicurazione obbligatoria degli infortuni e malattie professionali nel 1898.

Negli stessi anni venne inaugurato a Milano il primo centro nel mondo di diagnosi e cura delle patologie professionali.

Nel 1927, con il R.D. 530, venne istituita la figura del medico di fabbrica e l'obbligo di sorveglianza sanitaria nelle lavorazioni a rischio che trovarono, nel 1956, con il DPR 303, "Norme generali per l'igiene del lavoro", una più ampia articolazione di tipologia di accertamenti e periodicità prestabilita.

I limiti del DPR 303, tra cui l'ampia possibilità di identificazione delle figure mediche autorizzate a svolgere la sorveglianza sanitaria dei lavoratori, sono stati superati con il D.Lgs. 277/91 prima, e con il D.Lgs. 626/94 successivamente, entrambi frutto del recepimento di direttive europee.

Tali normative hanno finalmente definito senza ambiguità i compiti ed i requisiti professionali del MC e con il D.Lgs. 81/08, è stato istituito per la prima volta, presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, un apposito elenco nazionale di medici competenti, specificando altresì gli obblighi per la loro formazione continua in Medicina del Lavoro.

A rafforzare questo ruolo e le peculiari competenze, sono gli anni di formazione pluriennali di specializzazione in Medicina del Lavoro che conferiscono al MC una professionalità altamente qualificata e sostenuta dall'acquisizione

di un titolo accademico specifico che nessuna altra figura aziendale può vantare e che ne fa il consulente primario in materia di salute e sicurezza per il datore di lavoro (DdL).

Con il Testo Unico, si può affermare che il MC assume una definita dignità professionale con un ruolo centrale tra le figure preposte alle attività di prevenzione in azienda. Le norme di certificazione di qualità della prevenzione in azienda, "Le linee guida UNI-INAIL del 2001 o l'OHSAS 18001 del 2007", che hanno acquisito un valore quasi obbligatorio con l'art. 30 del D.Lgs. 81 "modelli di organizzazione e di gestione", per soddisfare l'esclusione della responsabilità amministrativa dell'ente ai sensi del D.Lgs. 231 del 2001, in caso di reati per infortunio o malattia professionale grave o mortale, hanno portato in assoluto rilievo la prevenzione della salute e la sorveglianza sanitaria, che diventano processi obbligatori per questi percorsi di certificazione ed il MC ne diventa la figura determinante.

IL MEDICO COMPETENTE OGGI

Collaborazione alla valutazione dei rischi e nella gestione dei rischi per la salute

Oggi nello spirito del D.Lgs. 81/08, il MC svolge la propria attività "secondo i principi della medicina del lavoro e del codice etico della Commissione Internazionale di Salute Occupazionale (ICOH)" con l'obiettivo primario di "salvaguardare e promuovere la salute dei lavoratori in un ambiente sicuro e non nocivo e di proteggere le capacità lavorative e l'accesso al mondo del lavoro".

Uno dei primi obblighi previsti dall'art. 25 del D.Lgs. 81, interamente dedicato a questa figura, è quello di collaborare con il DdL alla valutazione dei rischi.

Di fatto nella grande maggioranza dei casi la valutazione dei rischi (VDR) viene ad essere svolta senza il contributo del MC, già predisposta dal Servizio Prevenzione e Protezione (SPP), quasi a rendere subalterno e marginale il suo ruolo. "Ciò ha portato ad un impoverimento del documento di VDR in cui i rischi per la salute vengono spesso valutati in modo parziale ed incompleto e non viene adeguatamente indagato il legame tecnologia, organizzazione, comportamenti che è il contributo originale e tipico della medicina del lavoro" (1).

A forte contrasto di questa abitudine, a rafforzare la necessità della sua presenza, è l'obbligo di firma che il MC deve apporre in calce allo stesso, che ha un significato di condivisione dei rischi descritti e quindi di una precisa responsabilizzazione su quanto riportato, in particolare sui rischi per la salute, che non giustifica l'atteggiamento, spesso presente, di accettazione inerte o la mancanza di una presa di posizione attiva.

In questo momento il MC inizia di fatto ad esercitare la sua consulenza e deve proporsi come soggetto attivo e pro-mozionale, con una sua precisa responsabilità nel segnalare rischi e misure di prevenzione che non siano già state individuate prima dal SPP, in ciò adempiendo al suo specifico obbligo previsto dall'art. 25 c.1.

Il MC in questo processo condivide la propria attività con le figure aziendali quali DdL, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) e Lavoratori.

La collaborazione alla VDR è l'attività preliminare necessaria ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria...": conferma il ruolo preventivo che pone l'analisi dei rischi condizione necessaria per la pianificazione delle visite mediche.

Uno dei momenti indispensabili per la VDR è il **sopralluogo**, che permette al MC di acquisire le informazioni utili, quindi non solo un obbligo previsto per legge ma l'opportunità di prendere visione in prima persona del ciclo produttivo, delle fasi di lavoro e dei fattori di rischio per la salute ad esse associati, delle condizioni di lavoro nelle specifiche aree, reparti.

Nel sopralluogo, attraverso il confronto diretto con i lavoratori oltre che con RLS ed RSPP si completa l'analisi con le conoscenze e competenze offerte dalla soggettività del lavoratore.

La valutazione dei rischi è completata dalla presenza del MC con la sua diretta partecipazione alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori, come previsto dall'art. 25 c.1 lettera m, che ne conferma il ruolo nella pianificazione delle indagini ambientali per il controllo dei rischi per la salute come agenti fisici, chimici, biologici ed ergonomici. Significa che il ruolo attivo del MC deve svilupparsi nel proporre le tipologie di indagini ambientali e di monitoraggio biologico più adeguate e nel verificarne l'efficacia sia rispetto ai rischi presenti in azienda sia rispetto alle metodiche e alle strumentazioni utilizzate. Non solo ma deve disporre con tempestività dei risultati perché possa utilizzarli per la valutazione dei rischi e della sorveglianza sanitaria come espressamente voluto dalla normativa.

Si conferma come la competenza in igiene industriale e in igiene del lavoro diventino requisiti assolutamente necessari, anche se spesso è un obbligo generalmente poco valorizzato e poco rispettato, lasciando un vuoto che viene colmato da altri consulenti aziendali anche senza averne i presupposti di conoscenza.

In conclusione la mancata partecipazione del MC nel processo di valutazione dei rischi per la salute, comporta notevoli conseguenze sulla qualità della valutazione che spesso si presenta priva di correlazione con i risultati della sorveglianza sanitaria, del monitoraggio biologico e la mancata congruenza tra protocollo sanitario e rischi profes-

sionali evidenziati nella VDR lo rende un documento incompleto e non accettabile con diretta responsabilità del DdL e del MC.

A conferma di questo orientamento ci sono diverse sentenze che riportano la condanna del MC per la mancata partecipazione alla valutazione dei rischi (ai sensi dell'art. 25 comma 1 lettera a)).

Il Tribunale di Pisa, nella sentenza n. 399/2011 del 27.04.2011 (6), ha riconosciuto la responsabilità del MC di un'impresa edile nell'aver omesso di "collaborare attivamente alla valutazione dei rischi aziendali" in quanto la VDR presentava incongruenze, rispetto al protocollo sanitario, in relazione all'esposizione quotidiana al rumore, alle vibrazioni e alla movimentazione manuale dei carichi.

In un diverso caso, lo stesso Tribunale, con la sentenza n. 1756/2011 del 11.02.2012 (7), condannava un altro MC sempre per non aver collaborato alla valutazione dei rischi in un'azienda di conservazione, immagazzinamento e commercio di pellami per "la mancata evidenziazione dei rischi biologico e chimico" per cui si sarebbero dovute attuare adeguate contromisure sanitarie. L'operato professionale del medico – viene chiarito nella sentenza – è sorretto da due fondamentali canali di acquisizione di dati: il primo è rappresentato dalle informazioni che devono essere fornite dal DdL (e di cui il medico non ha responsabilità), il secondo dalle conoscenze che il MC può e deve acquisire di sua iniziativa, per esempio in occasione delle visite agli ambienti di lavoro.

Sorveglianza sanitaria, cartella sanitaria e idoneità alla mansione

Da interlocutore principale per la gestione dei rischi per la salute, il ruolo del MC si sposta sul piano della sorveglianza sanitaria, come diretta conseguenza della valutazione dei rischi.

Il MC sulla base della conoscenza del ciclo tecnologico, delle mansioni specifiche svolte e/o di particolari condizioni di suscettibilità pianifica la sorveglianza sanitaria specificando gli esami strumentali e di laboratorio mirati al rischio, tenendo conto degli indirizzi scientifici più avanzati.

In ogni caso gli accertamenti in corso di sorveglianza sanitaria devono essere sempre "finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa".

In tal senso va citata la sentenza in Cassazione Penale n.17838 del 13.05.2005 (2) che ha ad oggetto il caso di un MC condannato per aver omesso di effettuare gli accertamenti sanitari preventivi e periodici su due dipendenti esposti ad agenti chimici in una ditta metalmeccanica (violazione art. 25 comma 1 lettera b) D.Lgs. 81/08).

Al contrario con una certa frequenza si verifica che le visite sono corredate da accertamenti medici non giustificati dalla presenza di un rischio professionale, da esami strumentali o accertamenti clinici o biomurali, non finalizzati alla diagnosi precoce delle malattie professionali e lavoro-correlate. Non è raro il riscontro di protocolli ridondanti che prevedono accertamenti non finalizzati all'individuazione di effetti precoci sulla salute dei lavoratori dovuti all'esposizione a rischi professionali normati dal D.Lgs. 81/08: questo accade per esempio nel caso di esami di laboratorio generici che possono rappresentare peraltro anche atti medici invasivi come nel caso del prelievo di sangue.

Tali comportamenti vanno scoraggiati a meno che non rientrino nell'ambito di progetti condivisi di promozione della salute, comunque subordinati al consenso informato, e assolutamente slegati dal giudizio di idoneità.

Un divieto già sancito negli anni settanta, in un quadro storico – sociale maturato verso la fine degli anni sessanta di cui espressione emblematica è lo Statuto dei Lavoratori, L. 300 del 1970, che ha tuttora la piena validità ed attualità prevedendo il divieto per il DdL di sottoporre i lavoratori ad accertamenti sanitari al di fuori dei rischi espressamente regolamentati dal D.Lgs. 81 art. 41, come confermato dalla ricca giurisprudenza.

Se dalla valutazione dei rischi deriva il protocollo sanitario applicato dal MC, dalla sorveglianza sanitaria può derivare una rivalutazione della VDR: l'art. 29 comma 3 del D.Lgs. 81/08 prevede infatti l'immediata rielaborazione della valutazione dei rischi "nel caso i risultati della sorveglianza sanitaria ne evidenzino la necessità". Nello specifico dell'esposizione ad agenti fisici e sostanze pericolose è sanzionato penalmente il MC che non informi il lavoratore ed il DdL, nel rispetto del segreto professionale, nel caso in cui la sorveglianza sanitaria riveli un'alterazione apprezzabile o un effetto pregiudizievole dello stato di salute (art. 185 comma 2 e art 229 comma 6 del D.Lgs. 81/08). Tali risultati sono ancora una volta uno strumento insostituibile per un adeguamento della VDR e una ridefinizione delle misure di prevenzione da attuare in azienda.

Centrale all'attività di sorveglianza sanitaria è la **cartella sanitaria di rischio**, che con il decreto 81 acquista un valore mai raggiunto con la precedente normativa che si è di recente arricchito con il DM del luglio 2012, di nuovi contenuti, che contestualizzano in modo più completo la storia lavorativa: comparti, lavorazioni, principali rischi riferiti al lavoratore e tipologia contrattuale.

La previsione infatti di un modello obbligatorio con l'all. 3A, contenente una parte sanitaria, ma soprattutto la sezione complessa di anamnesi lavorativa con la dettagliata descrizione dei rischi professionali, dei tempi di esposizione e dei livelli di esposizione individuali, con l'art. 186 rischi fisici e 230 rischio chimico, peraltro sanzionati se mancanti,

ne fanno uno strumento epidemiologico oltre che un indiscusso documento dal valore medico-legale.

Da cui ancora di più emerge l'importanza che sia compilata con chiarezza, precisione e competenza in ogni sua parte, caratteristiche che rendono evidente la peculiarità professionale tra il medico del lavoro e gli altri medici.

Purtroppo questa è tra le criticità più rilevate nelle attività di controllo dai Servizi Pubblici di Prevenzione, dalla compilazione incompleta o inadeguata, fino a volte alla completa illeggibilità grafica.

La cartella sanitaria e di rischio (personale e portabile nelle varie aziende nel rapporto tra vari medici competenti) è l'unico strumento che permette la corretta ricostruzione dell'esposizione lavorativa di un soggetto, l'inquadramento della correlazione tra esposizione ed effetti per la salute. Una correlazione complessa soprattutto per le patologie che si riferiscono ad un'esposizione cronica o che si manifestano dopo numerosi anni dall'esposizione, come nel caso delle patologie tumorali o di altre cronicodegenerative.

La conseguenza di questa scarsa attenzione sull'anamnesi lavorativa, che in genere investe tutto il sistema sanitario, porta a una sottostima del reale numero delle malattie professionali presenti come viene riportato anche dalla **Commissione di inchiesta del Senato sul fenomeno degli infortuni e delle malattie professionali in cui si evidenzia come sia presente il fenomeno della sottonotifica** (5).

Ad ogni medico, tanto più se MC in quanto figura professionale preposta alla prevenzione della salute in azienda, spetta l'obbligo della denuncia ai sensi dell'art. 139 del DPR 1124/65 e l'obbligo di referto ai sensi degli articoli 365 C.P. E 334 C.P.P., in caso di lesione personale colposa (malattia che porta ad un indebolimento permanente di un organo o funzione o malattia con prognosi superiore ai 40 giorni).

Spesso la paura di ritorsioni da parte del DdL sia nei confronti del medico che del lavoratore è uno dei fattori in causa ma è chiaro che la mancata diagnosi e la mancata denuncia di malattia professionale non solo comportano danni ai lavoratori e alle aziende ma finiscono per scaricare i costi sui sistemi sanitari e previdenziali impedendo di avere un lettura completa del fenomeno.

Nelle indagini giudiziarie svolte dai Servizi Pubblici di Prevenzione per malattia professionale, sia che si tratti di patologie ricorrenti come l'ipoacusia da rumore o altre patologie più gravi, in cui a volte può mancare la testimonianza del lavoratore perché deceduto, è di fondamentale importanza poter disporre di cartelle sanitarie con la storia professionale completa, documentata nei lavori svolti, nelle mansioni precise, nei rischi presenti, quantificati con livelli di esposizione e risultati di indagini ambientali, strumentali e di monitoraggio biologico.

In quest'ottica la cartella sanitaria e di rischio non è l'adempimento di un atto formale fine a se stesso, ma un documento dotato di alto valore medico-legale che riporta la vita professionale e sanitaria del lavoratore.

Oggi la cartella sanitaria è ancora più importante a fronte di un mercato del lavoro sempre più precario e flessibile, con turn-over rapido, con esposizioni frammentate e multiple, che rendono il lavoratore atipico categoria fortemente svantaggiata nei diritti, nella formazione e addestramento, e quindi soggetto a condizioni di minore sicurezza e salute sul lavoro.

La visita medica e la sorveglianza sanitaria sono finalizzate all'emissione del giudizio di **idoneità alla mansione specifica** per tutti i lavoratori esposti a rischi professionali, comprese particolari tipologie di lavoratori quali i disabili, le donne in gravidanza ed allattamento, i soggetti particolarmente suscettibili ai rischi, come i minori o quelli in età avanzata, e ancora i lavoratori che rientrano al lavoro dopo lunghi periodi di malattia o dopo un infortunio.

La corretta gestione delle cosiddette "idoneità difficili" è ancora una volta un esempio di attività che può garantire una tutela adeguata della salute del lavoratore a condizione che esista un canale efficace di comunicazione tra MC e DdL. Solo attraverso una valutazione accurata della compatibilità tra il giudizio di idoneità espresso dal medico e le possibili mansioni presenti in azienda, il DdL può individuare la più idonea collocazione del lavoratore, su precisa indicazione del MC che deve spingersi oltre la semplice espressione del giudizio di idoneità al lavoratore e al DdL stessi, entrando di fatto nelle dinamiche aziendali organizzative e decisionali.

L'idoneità deve riferirsi ai compiti effettivamente assegnati al lavoratore e non genericamente alla sua qualifica professionale, il giudizio deve fornire elementi al DdL per le relative decisioni e deve essere espresso per iscritto con chiarezza e in modo circostanziato. Il giudizio di idoneità deve essere comunicato nell'immediatezza al lavoratore per offrire la possibilità del ricorso entro 30 giorni dalla comunicazione del giudizio, come previsto dall'art 41 c.9 del D.Lgs. 81.

Anche la trasmissione del giudizio di idoneità, ancora oggi punto critico nell'attività svolta dal MC, deve avvenire per iscritto con copia da consegnarsi sia al DdL che al lavoratore. La firma che il lavoratore appone per presa visione del giudizio di idoneità ha anche un significato importante nel fissare la data utile per far scattare i tempi previsti per l'effettuazione di un eventuale ricorso contro il giudizio stesso. Le informazioni relative ai tempi e alle modalità per l'effettuazione del ricorso dovranno essere precisati nel modello di trasmissione utilizzato per il giudizio di idoneità e, meglio se spiegati dal medico stesso al lavoratore in caso di manifesto disaccordo, emerso nel corso della visita medica.

Dal giudizio di idoneità dipende la vita lavorativa, al giudizio è legato il mantenimento della mansione, del ruolo, della qualifica del lavoratore e non ultimo il posto di lavoro.

In quest'ottica appare necessario spostare l'attenzione dalle capacità fisiche del lavoratore alla valutazione dell'idoneità del posto di lavoro e in questo senso vengono affrontati i ricorsi avverso il giudizio di idoneità da Parte dei Servizi Pubblici. **In molti casi il giudizio, dopo una attenta istruttoria da parte della ASL, viene modificato o revocato.**

Elaborazione e trasmissione dei dati clinici

I dati sanitari raccolti in corso di sorveglianza sanitaria, aggregati e messi in stretta relazione con i fattori di rischio professionale, i tempi ed i livelli di esposizione del singolo lavoratore (così come previsto anche nei nuovi modelli dell'allegato 3A e 3B del decreto 81) offrono al MC una visione epidemiologica dei rischi e degli effetti sulla salute oltre che costituire fonte di informazioni collettive utili per la verifica di efficacia delle misure di prevenzione attuate.

La raccolta e la trasmissione dei dati aggregati sanitari e di rischio, ai sensi dell'art. 40 del D.Lgs. 81/08, consente al MC, non solo di assolvere ad un obbligo di legge, ma di valorizzare il suo ruolo all'interno del processo aziendale di gestione della salute fisica e psico-sociale dei lavoratori e all'esterno come centro di collegamento con i Servizi di Prevenzione, diventando un interlocutore e collaboratore diretto del sistema informativo nazionale dei dati sullo stato di salute dei lavoratori.

In particolare l'elaborazione di tali dati dell'all. 3B e l'aggregazione a livello nazionale consente non solo di avere dati sulla sorveglianza sanitaria, sugli infortuni, sulle malattie professionali ma anche di avere importanti informazioni epidemiologiche sui rischi e sui danni per la salute dei lavoratori, permettendo una reale mappatura dei rischi presenti nel territorio locale e nazionale.

Si può inoltre monitorare il livello quantitativo dell'attività di sorveglianza sanitaria, definendo indicatori di copertura (lavoratori complessivamente sottoposti a sorveglianza sanitaria, sorvegliati per MC e aziende seguite per MC) e indicatori di appropriatezza dell'attività sanitaria del MC rispetto ai rischi presenti in azienda (3).

Pur di fronte ad un sofferto iter normativo durato due anni, oggi la ridefinizione negli allegati 1 e 2 del nuovo decreto fa sperare ad un utilizzo epidemiologico e di pianificazione delle attività di prevenzione, nell'ottica che possano essere inclusi nella piattaforma informatica del Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP).

Infatti, come previsto dall'art. 8 del D.Lgs. 81 con l'istituzione del SINP, i flussi informativi sul quadro dei ri-

schì, sul quadro di salute e sicurezza dei lavoratori, sui dati degli infortuni sotto la soglia indennizzabile dall'INAIL, portano ad un risultato di estrema rilevanza sanitaria e sociale, che buona parte deriva dall'attività di sorveglianza sanitaria dei MC.

L'informazione e la comunicazione

L'attività di prevenzione del MC prevede una parte rilevante ed obbligatoria, definita dagli art. 25 c.1 g,h,i, e dall'art. 35, dedicata alla comunicazione sia individuale al singolo lavoratore, che collettiva nei confronti delle componenti aziendali.

Le attività di comunicazione del MC riguardano in particolare i dati sensibili sullo stato di salute dei lavoratori e non solo, egli è infatti, l'unica figura della prevenzione che, per la complessità e la duplice attività sia di analisi dei rischi per la salute che di valutazione sanitaria degli effetti, è in grado di mettere in relazione gli aspetti clinici del singolo con quelli collettivi del gruppo omogeneo dei lavoratori e di rapportarli ai dati ambientali.

Le attività di comunicazione coinvolgono differenti destinatari aziendali (DdL, RSPP, RLS, lavoratori) e si realizzano sia nell'ambito di incontri individuali, come in corso di visita medica, che di momenti pubblici come la riunione annuale o il sopralluogo negli ambienti di lavoro.

Nel corso della visita medica il MC fornisce ai lavoratori le informazioni sul significato della sorveglianza sanitaria e, nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti anche dopo la cessazione dell'attività che comporta l'esposizione a tali agenti.

Gli esiti della visita medica devono essere spiegati con precisione e chiarezza al lavoratore, tenendo conto che ha di fronte lavoratori di nazionalità diverse, con differenze linguistiche, culturali e con comportamenti differenti nella percezione del rischio.

Oltre a quanto già stabilito per legge il momento della visita è il momento del dialogo che va utilizzato anche per obiettivi di promozione della salute soprattutto nei confronti di patologie che vedono come causa principale stili di vita impropri come l'abitudine al fumo o all'alcol e che è noto come rappresentino causa di aggravamento degli effetti dovuti ad esposizione a fattori di rischio ambientali, di cui l'amianto costituisce l'esempio di maggior evidenza epidemiologica.

In realtà la comunicazione viene spesso sacrificata dal ritmo intenso e frettoloso con cui si svolgono le visite, con una perdita anche per il MC di informazioni preziose per approfondire meglio la mansione, i compiti e i rischi -compresi i fenomeni legati allo stress, alla costrittività organizzativa come infortuni, assenteismo o malattie- e dare la

giusta attenzione a quei nuovi rischi che stanno rivestendo in certi ambiti lavorativi (il mondo delle cooperative, i call-center..) delle vere emergenze di salute.

Anche il sopralluogo in azienda rappresenta, come si è detto, un importante momento di comunicazione con i lavoratori, i preposti e gli RLS. Per questo motivo, il sopralluogo deve essere svolto con attenzione e tante volte quante il medico ritiene opportuno, anche indicando nella VDR una frequenza diversa da quella minima prevista per legge.

Il momento pubblico più importante di comunicazione da parte del MC dei risultati della sua attività è rappresentato dalla riunione annuale di cui all'art. 35 del D.Lgs. 81/08. È proprio in questo ambito che devono essere comunicati per iscritto i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria e che, in collaborazione con DdL, RSPP ed RLS, vengono aggiornate ed eventualmente ridefinite le misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori.

Quindi la riunione periodica, con il verbale, la relazione sanitaria, il registro degli esposti a cancerogeni, la comunicazione dei dati di cui all'all. 3B, il registro degli infortuni, sono strumenti di informazione che devono essere accessibili a tutte le figure della prevenzione aziendale e che devono essere condivisi in appositi momenti anche non strettamente ridotti ai minimi obbligatori per legge.

Di fatto si assiste ad una difficoltà del MC di entrare nel processo informativo e formativo aziendale persino nel contribuire all'organizzazione del servizio di primo soccorso, mentre la sua figura dovrebbe essere presente in ogni riunione aziendale con la direzione e le altre figure della prevenzione, riunioni nelle quali si affrontino scelte organizzative, miglioramenti o cambiamenti ambientali, scelte di soluzioni nel campo dell'igiene del lavoro, del rischio biomeccanico, etc, nell'individuare le buone pratiche ergonomiche, i dispositivi personali di protezione, nell'utilizzo di strumenti per la raccolta dei dati, per permettere una lettura ragionata dei fenomeni negativi come gli infortuni, l'assenteismo e infine nella progettazione di percorsi formativi.

Non a caso la comunicazione, il flusso informativo aziendale e la formazione rappresentano uno dei principali processi di prevenzione, previsti nell'ambito dei sistemi di gestione della salute e della sicurezza aziendale.

IL MEDICO COMPETENTE E I SERVIZI PUBBLICI DI PREVENZIONE

Oggi la qualità della sorveglianza sanitaria e gli adempimenti del MC, si presentano disomogenei, da punte di eccellenza con applicazione di buone pratiche a situazioni di mero visitificio, di evasioni di obblighi anche gravi come le mancate denunce di malattia professionale.

Questo è il quadro che emerge sia dagli interventi di vigilanza da parte dei Servizi sia dalla rilevazione dei lavoratori, delle rappresentanze sindacali e dagli stessi datori di lavoro.

I Servizi Pubblici di Prevenzione all'interno dei compiti istituzionali, come per le altre figure della prevenzione, RSPP, Coordinatori per la Sicurezza, consulenti professionisti, hanno mantenuto un duplice ruolo, da una parte di collaborazione nel miglioramento delle abilità e competenze professionali, dall'altra di controllo del rispetto degli obblighi normativi.

Con una differenza sul piano metodologico, che mentre per i coordinatori, architetti, geometri, ingegneri, si è sviluppata una vigilanza diffusa, associata senza remore al controllo del cantiere, con un'applicazione delle norme discretamente omogenea, per i MC non c'è stata una pari vigilanza nell'ambito del controllo delle aziende, ma si è sempre manifestata una certa difficoltà. Ne sono una riprova il numero di violazioni individuate a carico del MC, largamente inferiori a quelle di altri professionisti.

Quindi a fianco dell'importante evoluzione normativa, che ha riguardato la figura del MC, non c'è stata da parte del sistema pubblico di prevenzione una corrispondente ed omogenea attenzione in grado di implementare la sua affermazione professionale, intervenendo con strumenti impositivi anche nei confronti del DdL.

In questo senso la scarsa vigilanza da parte dei Servizi Pubblici di Prevenzione non ha aiutato a innalzare gli standard qualitativi dell'attività dei MC, né è stata di supporto al riaffermarsi in azienda delle sue competenze professionali.

Quali sono gli aspetti che devono essere affrontati dal Servizio Pubblico di Prevenzione per imprimere il cambiamento?

È necessario oggi mettere in primo piano la salute dei lavoratori, e non solo la sicurezza, attraverso un sistema che rilanci un'azione omogenea di vigilanza, che punti sugli aspetti sostanziali per far crescere la qualità della prevenzione sanitaria e ridurre le criticità e i vuoti colmati da altre figure.

I Servizi delle Asl devono puntare alla informazione e formazione dei MC (corsi, siti internet, sportelli), al coordinamento e controllo della loro attività globale attraverso linee di indirizzo omogenee e standard (anche per comparti e grandi temi scientifici) che contrastino con metodo evidente e chiaro i comportamenti fuori da ogni logica preventiva e che producono una concorrenza sleale tra questi professionisti.

Quali sono le priorità di controllo, quale il livello di approfondimento?

Sicuramente la vigilanza va indirizzata prioritariamente sugli elementi che caratterizzano il ruolo del MC, con at-

tenzione agli aspetti di sostanza a scapito di quelli meramente formali o documentali che possono comunque rivestire un'importanza di merito (4). Ad esempio la corretta compilazione della cartella sanitaria di rischio o la congruità del protocollo sanitario con la VDR hanno ricadute rilevanti in caso di denuncia di malattia professionale o di rapporto giudiziario su casi di malattia grave o mortale in cui devono essere dettagliati in modo preciso e puntuale i compiti, le mansioni, i livelli di rischio e i tempi di esposizione del lavoratore.

Arrivare a liste di controllo condivise potrebbe essere un obiettivo.

Importante in questo momento è la condivisione del percorso con i MC, con le loro associazioni e con le altre società scientifiche, sui metodi, sulle priorità, sugli obiettivi, in modo che sia un percorso comune di contrasto delle situazioni di decadimento professionale a favore delle prestazioni di qualità nel loro complesso sanitario e preventivo.

In questo percorso i Servizi garantiscono e impegnano risorse per azioni formative, per azioni di supporto con un forte collegamento funzionale.

Il principio è quello di dare giusto merito alla figura del MC che opera secondo criteri di professionalità e qualità perché, di fatto, contribuisce al miglioramento delle condizioni di salute del lavoratore, alle modifiche ambientali, alla prevenzione globale in azienda, rivestendo un ruolo e una funzione di interesse pubblico.

Manuela Peruzzi

Società Nazionale degli Operatori della Prevenzione (SNOP) e Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti Lavoro, ULSS20 Verona
E-mail: spisal@ulss20.verona.it

Anna Maria Loi

SNOP e UF Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza nei luoghi di Lavoro, ASL 6 Livorno

Roberta Stopponi

SNOP e Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, ASUR Civitanova Marche

Katia Dalle Molle

⁴ Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti Lavoro, ULSS20 Verona

BIBLIOGRAFIA

1. Bodini L, Boni C, Redaelli ML, et al: Sorveglianza sanitaria tra rito, business e buone pratiche. *Quaderni di Medicina Legale del Lavoro* 2007; Suppl. 3: 101-111
2. Cassazione Penale sentenza n. 17838 del 13 maggio 2005
3. Gobbi M, Peruzzi M, Marangi G, et al: Art. 40 D.lgs 81/08, Rapporti del medico competente con il Servizio Sanitario Nazionale per un nuovo modello di prevenzione sanitaria in azienda: primi risultati dell'analisi dei dati dell'allegato 3B. *Med Lav* 2010; *101*: 314-315
4. Loi AM: La vigilanza rispetto al ruolo del medico competente. Convegno "Il ruolo del medico competente nella valutazione dei rischi", Pisa, 5 novembre 2010
5. Senato della Repubblica, XVI Legislatura, Commissione Parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro con particolare riguardo alle cosiddette "morti bianche". Deliberazione del Senato del 24 giugno 2008
6. Tribunale di Pisa, Sez. Pen., sentenza n. 399 del 27 aprile 2011
7. Tribunale di Pisa, Sez. Pen., sentenza n. 1756 del 11 febbraio 2012

Con la condivisione del Direttivo SNOP: Giorgio Di Leone, Alberto Baldasseroni, Laura Bodini, Claudio Calabresi, Roberto Calisti, Enrico Cigada, Annamaria Di Giammarco, Andrea Giulio Dotti, Saverio Falco, Maria Antonia Guglielmin, Anna Maria Loi, Manuela Peruzzi, Carlo Proietti, Paolo Ravalli, Luigi Salizzato, Roberta Stopponi, Domenico Taddeo, Giulio Andrea Tozzi, Claudio Venturelli.

Alla ricerca dei “tumori professionali perduti”

Med Lav 2013; 104: 224-235

Gentile Direttore

ho letto con interesse l'articolo di Bonzini e coll. *Alla ricerca dei “tumori professionali perduti”: valutazione sistematica dell'esposizione in una serie consecutiva di carcinomi cutanei spinocellulari* pubblicato sul numero di Maggio-Giugno 2013, in cui veniva valutata l'esposizione professionale in 105 casi di epiteloma spinocellulare.

A completamento dell'elenco di studi italiani riportato nell'articolo vorrei segnalare una pubblicazione del nostro gruppo di ricerca (1). Il lavoro era stato presentato come relazione al Congresso Nazionale SIMLII di Roma del 2010 e come tale pubblicato nel supplemento del GIMLE a questo dedicato. Questi supplementi usualmente non sono riportati nell'*Index Medicus* e probabilmente per questo gli Autori, utilizzando PubMed per la ricerca degli articoli, non lo hanno citato.

I metodi dell'indagine erano molto simili a quelli di Bonzini e coll., ma l'attenzione era rivolta solo all'esposizione professionale a radiazione solare UV. Erano stati indagati gli epitelomi spinocellulari diagnosticati presso l'Anatomia Patologica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese nel corso dell'anno 2009. Su 309 epitelomi spinocellulari presenti nei registri erano stati selezionati 173 casi con localizzazione alle sedi fotoesposte. Di questi è stato possibile intervistarne 124, di cui 48 sono risultati professionalmente esposti a radiazioni UV (32 agricoltori, 2 operai dell'edilizia stradale, 9 operai dell'edilizia abitativa, un boscaiolo, un autista di macchine movimentazione terra, un collaudatore di aerei, un operatore ecologico, un manutentore linee ferroviarie). Parallelamente a livello nazionale

tutti i casi di cancro cutaneo non melanoma notificati all'INAIL nello stesso anno ammontavano solamente a 22.

Si era inoltre provveduto a valutare 70 pazienti trattati chirurgicamente per epiteloma presso la U.O. Dermatologia dell'AOUS nel 2008, di cui 35, pari al 50% dell'intera casistica, risultavano lavoratori outdoor (prevalentemente agricoltori).

La segnalazione ci sembra utile al lettore interessato all'argomento perché i nostri dati, benché ottenuti in un ambito molto diverso per natura del territorio e tipologia dell'occupazione, nelle proporzioni assomigliano in modo impressionante a quelli di Bonzini e coll., avvalorando le loro conclusioni circa la sostanziale sottotifica dei tumori cutanei professionali e la stima dei casi con esposizione lavorativa del 13,2%. Nella nostra casistica infatti la sola esposizione a radiazione solare nel lavoro outdoor risultava addirittura del 16%, dato in linea con le stime dei ricercatori lombardi se si considera la caratteristica prevalentemente agricola del territorio Senese.

Cordiali saluti,

P. Sartorelli

Dipartimento di scienze mediche
chirurgiche e neuroscienze
Università di Siena
E-mail: sartorelli@unisi.it

Bibliografia

1. Sisinni AG, Rendo S, Peccianti F, et al: Cancro cutaneo non melanoma di origine occupazionale nei lavoratori outdoor. *G Ital Med Lav Erg* 2010, 32 (4 Suppl 2): 181-183

Risposta degli autori

Ringraziamo sentitamente il Prof. Pietro Sartorelli per la segnalazione e il positivo commento. In effetti il lavoro di Sisinni e coll (2) riporta risultati che supportano il nostro studio recentemente pubblicato (1) e la lettera inviata colma una lacuna dovuta, come riconosciuto nella lettera, dalla assenza della pubblicazione nell'indice principale del database PubMed, ma di cui ci scusiamo comunque con gli autori. È confortante il riscontro che studi che hanno applicato metodologie simili abbiano ottenuto in differenti contesti geografici (Toscana e Lombardia) e lavorativi, analoghe stime del ruolo delle esposizioni professionali. La consistenza delle stime prodotte contribuisce a far ritenere ragionevole la messa in atto di studi etiologici multicentrici italiani.

M. Bonzini

E-mail: Matteo.bonzini@uninsubria.it

M.M. Ferrario

E-mail: Marco.ferrario@uninsubria.it

Bibliografia

1. Bonzini M, Facchinetti N, Motolese A, et al: Alla ricerca dei tumori professionali perduti: valutazione sistematica in una serie consecutiva di carcinomi spinocellulari. *Med Lav* 2013, 104: 224-235
2. Sisinni AG, Rendo S, Peccianti F, et al: Cancro cutaneo non melanoma di origine occupazionale nei lavoratori outdoor. *G Ital Med Lav Erg* 2010, 32 (4 Suppl 2): 181-183