

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

Il vestito nuovo dell'imperatore

La persona che devo visitare è in ritardo, mi ha telefonato per dirmi che è bloccata nel traffico. È una giovane signora, che qualche mese fa ha avuto una diagnosi di carcinoma metastatizzato. Dopo la chirurgia, la chemioterapia, il trattamento radiante e quello ormonale tuttora in corso, scatta l'obbligo di legge di una nuova visita prima che possa essere esposta al rischio di "lavoro con terminale video". Da vecchio medico del lavoro che ha visto tanti ammalarsi ancor giovani e morire di malattie professionali, continuo ad essere convinto che il videoterminale, se qualcuno non te lo tira in testa, non può farti un gran male. E so che i video moderni non sono quegli infernali strumenti a fosfori verdi davanti ai quali ho passato migliaia di ore nella gioventù, ma pervasivi dispositivi dai quali mia nipote, che non ha ancora tre anni, trae giochi, canzoni e fotografie. Un direttore incapace o colleghi invidiosi sono molto più nocivi di un videoterminale. Personalmente ho sempre cercato di trasformare la visita con esame ergo-oftalmologico "di legge" in un intervento di promozione della salute, dandole cadenza annuale. Ma mi sono spesso scontrato con Responsabili dei Servizi di Prevenzione tesi a convincere il datore di lavoro che, aumentando la frequenza delle visite, io stessi facendo qualcosa di diverso o magari di contrario alla legge. Quanto alle visite dopo malattia, già negli anni '70 da medico di fabbrica avevo disposto che gli operai si presentassero a visita indipendentemente dalla convocazione ogni volta che avevano un problema di salute. C'era proprio bisogno di una sanzione penale per l'omissione di qualcosa che il medico del lavoro ha sempre fatto, quando ce ne è stato bisogno? Ma tant'è! Lungi da me l'idea di oppormi ad una legge dello Stato, anche se ritengo idiota costringere una donna che ha dovuto sopportare il trauma di una diagnosi impietosa quando si ha un figlio di cinque anni ed uno di pochi mesi ad impegnare una giornata della sua vita in ossequio alla burocrazia.

Nell'attesa, sfoglio "La Medicina del Lavoro". Ecco una Lettera interessante sul ruolo del medico competente (3). Viene definito centrale. Vediamo un po'. Collaborazione 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". Una bella centralità, non c'è che dire. Ma ecco: "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..." Benissimo, ho capito. Il MC non conta nulla, ci pensa il "Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) a rendere subalterno e marginale il suo ruolo", ma il MC ha la piena responsabilità penale di quanto il SPP scrive ed il Datore di Lavoro sottoscrive. Nelle non poche occasioni in cui non condividevo l'identificazione dei rischi, le modalità di misurazione o i risultati del DVR, ho sempre messo per iscritto le mie indicazioni, che sono state peraltro quasi sempre disattese o ignorate. Mi sono quindi trovato innumerevoli volte nella condizione di non condividere un DVR che ho l'obbligo di sottoscrivere. Particolare non trascurabile, ho poi l'obbligo di redigere un Piano Sanitario: potrò farlo allora sulla base delle mie opinioni e degli elementi che ricavo dal sopralluogo, o devo piegarmi a quello che suggerisce l'RSPP? La Lettera non me lo chiarisce. Gli Autori questo stato di cose però lo conoscono bene, infatti dicono che quello del MC "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".

Naturalmente ciò comporta "notevoli conseguenze sulla qualità della valutazione". Gli Autori certo si saranno accorti che il DVR è il culmine di un processo che io chiamo "la svalutazione del rischio": un ponderoso volume di problematica lettura, che esamina decine di potenziali agenti lesivi per concludere che nessun rischio professionale è rilevante. Il rumore industriale è virtualmente scomparso, se ricordate il convegno di Roma del 29 settembre 2011 (a 20 anni dal D.Lgs. 277/91) "Che fine ha fatto il rumore?". Lo stress è obbligatoriamente valutato, in forza di una Circolare Ministeriale, con un metodo che non ha riscontri in letteratura e non è basato sull'evidenza. Gli altri rischi sono generalmente valutati con algoritmi dai risultati tranquillizzanti. Se fosse per i DVR che sottoscrivono, i MC non dovrebbero fare una sola visita.

Dunque, nella pratica, *“il ruolo del MC si sposta sul piano della sorveglianza sanitaria”*, ma purtroppo non *“da interlocutore principale per la gestione dei rischi per la salute”*, forse piuttosto da corpo estraneo di un sistema che lo esclude da processi dei quali pure è responsabile. Chi sa se gli Autori si sono accorti del fatto che la Pubblica Amministrazione è obbligata per legge ad acquistare la sorveglianza sanitaria online con la Consip e che un unico fornitore si è aggiudicato l'80% del mercato nazionale. O che nel settore privato le Società di Servizi che dominano il mercato erogano visite mediche con giudizi di idoneità eseguite da specialisti di loro fiducia, togliendo quindi ai committenti ogni possibilità di relazionarsi al MC. Ma anche in quei casi fortunati e sempre meno frequenti nei quali il MC è scelto dal datore di lavoro, quali sono le informazioni sul rischio che egli riceve dal SPP, in aggiunta a quanto egli stesso ricava, per scienza e coscienza, dal sopralluogo o dall'anamnesi dei lavoratori? Con incrollabile fede, gli Autori ci ricordano che l'all. 3A, contiene *“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”*. Con sanzione (questo gli Autori non lo dicono chiaramente) a carico del MC che non ha registrato, non del SPP che non ha fornito, la *“dettagliata descrizione”* di cui sopra. Dal canto suo, il MC esegue *“con una certa frequenza... accertamenti medici non giustificati dalla presenza di un rischio professionale”* e istituisce cartelle sanitarie e di rischio *“dalla compilazione incompleta o inadeguata, fino a volte alla completa illeggibilità grafica”*. La *“scarsa attenzione sull'anamnesi lavorativa, che in genere investe tutto il sistema sanitario”* porta alla sottonotifica degli infortuni e delle malattie professionali, spesso per *“la paura di ritorsioni da parte del DdL”*.

In questo quadro, non capisco come sia possibile affermare che *“La raccolta e la trasmissione dei dati aggregati sanitari e di rischio... consente al MC... di valorizzare il suo ruolo all'interno del processo aziendale di gestione della salute fisica e psico-sociale dei lavoratori”*. Non è possibile confondere i dati aggregati, da trasmettere con l'Allegato 3b al SSN, con i dati anonimi collettivi, da presentare al DdL, al SPP e ai RLS. Certamente questi ultimi, se raccolti con metodi epidemiologici corretti e analizzati statisticamente, rappresentano un contributo di capitale importanza nel miglioramento della qualità della vita lavorativa. Ma ho forti dubbi che i primi, cioè i dati aggregati previsti dall'allegato 3b, possano fornire *“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”*, *“monitorare il livello quantitativo dell'attività di sorveglianza sanitaria”* e addirittura produrre *“un risultato di estrema rilevanza sanitaria e sociale”*, perché lo strumento

proposto, nonostante il *“sofferto iter normativo durato due anni”*, presenta ancora i clamorosi difetti strutturali che avevo segnalato quattro anni fa (1, 2): ad esempio, una voce dedicata agli infrasuoni, ma nessuna alle radiazioni ionizzanti. Da una epidemiologia d'accatto, è lecito attendersi solo risultati d'accatto.

Come siamo arrivati a questo poco encomiabile risultato, a vent'anni dal recepimento delle Direttive europee con le quali avremmo dovuto estendere all'Italia la metodologia scandinava di gestione del rischio da lavoro? Il grande fraintendimento è stato ignorare che il sistema di prevenzione Nord-europeo si basa, sin dalla sua nascita negli anni '40, sulla pari dignità di lavoratori e datori di lavoro: è un sistema orizzontale, democratico, partecipativo, nel quale il rappresentante dei lavoratori (RLS) e quello del datore di lavoro (RSPP) sono due tecnici che hanno spesso frequentato la stessa scuola, parlano lo stesso linguaggio e condividono l'esigenza di ottenere il miglior livello di prevenzione con il minore costo. Lo Stato, la magistratura e i carabinieri a cavallo non hanno alcun ruolo in un processo sociale regolamentato da pochissime leggi di carattere generale. La nostra mentalità e la struttura sociale piramidale, gerarchizzata e immobile ci hanno indotto a credere che sarebbe stato facile imporre la prevenzione mediante il diritto penale. In realtà, tutto quello che possiamo imporre per legge è l'adesione formale ad alcune ritualità, ma non il cambiamento di mentalità. Il diritto penale è, fra tutte le forme di diritto, quella più primitiva e barbarica, la mosaica *“legge del taglione”* che Gesù Cristo duemila anni fa affermava essere stata emanata solo *“per la durezza del cuore”* degli uomini. Dovrebbe essere riservato ai comportamenti criminali più gravi. Altre forme di diritto (civile, amministrativo, ambientale) sono state elaborate da civiltà sempre più evolute, per il preciso scopo di regolamentare comportamenti sociali complessi, come appunto sono quelli collegati con la prevenzione dei rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori. Solo l'Italia, tra tutti i paesi del mondo, prevede di stimolare la prevenzione con la legge del taglione.

I volenterosi Autori della Lettera, tutti appartenenti ai Servizi di Prevenzione, lamentano che *“il numero di violazioni individuate a carico del MC [siano state] largamente inferiori a quelle di altri professionisti”* e si ripropongono di accentuare il ricorso a *“strumenti impositivi”*. Forse ignorano che in Europa gli interventi degli organi di vigilanza sui luoghi di lavoro si concludono con una sanzione in meno del 5% dei casi, mentre in Italia ciò avviene in oltre il 95% dei casi. Oltre questo limite è matematicamente impossibile andare. Che la strada intrapresa sia sbagliata, dovrebbe essere evidente a tutti.

Il modello europeo individua nel datore di lavoro, nei suoi consulenti tecnici (SPP) e medici (MC) e nei lavoratori gli attori della prevenzione e i responsabili della gestione

del rischio. In Italia ci accingiamo a costruire Comitati per la Gestione del Rischio che si sovrappongano a queste figure, al fine di schermare i datori di lavoro dall'attacco di almeno dodici diversi Enti di vigilanza e di un diritto penale lento ma inesorabile nel distruggere le potenzialità industriali del paese, come dimostrano i casi della filiera dell'acciaio e molti altri esempi della cronaca. Il Re non è ammantato da uno splendido vestito, ma è desolatamente nudo. Se neppure quelli della SNOP se ne accorgono, abbiamo davvero di che preoccuparci.

N. Magnavita

Dipartimento di Sanità Pubblica,
Università Cattolica del Sacro Cuore
E-mail: nicolamagnavita@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Magnavita N: I dati aggregati e la teoria dei giochi. *Med Lav* 2009; *100*: 314
2. Magnavita N: Dalla ribattitura dei bulloni agli infrasuoni. *Med Lav* 2011; *102*: 216-217
3. Peruzzi M, Loi AM, Stopponi M, Dalle Molle K: Centralità del ruolo del medico competente nelle attività di prevenzione: il punto di vista della SNOP. Ruolo del medico competente. *Med Lav* 2013; *104*: 400-407

A proposito di centralità del ruolo del medico competente nelle attività di prevenzione

Caro Direttore,

ho letto con vivo interesse la lettera "Centralità del ruolo del medico competente nelle attività di prevenzione: il punto di vista della SNOP", inviata alla Redazione della Rivista da Manuela Peruzzi et al (*Med Lav* 2013; *104*: 400-7). Mi congratulo con gli autori per la lucida analisi da loro fatta sul tema e mi auguro che questa mia lettera possa essere un utile stimolo per aprire una discussione costruttiva alla quale vorrei veder partecipare i medici competenti, sia come professionisti singoli che come associazioni cui essi afferiscono.

Nel tentativo di rompere il ghiaccio, di seguito, formulerò alcune considerazioni che derivano dalla attività che per molti anni ho svolto nell'ambito di una Unità Ospedaliera di Medicina del Lavoro (UOML) convenzionata con l'Università di Brescia e, quindi, istituzionalmente dedicata a tre fondamentali compiti: didattica, assistenza e ricerca.

L'attività di una UOML penso si possa definire "a scavalco" fra il pubblico ed il privato, in quanto svolta presso un ente pubblico (anzi due enti pubblici) che, per motivi di "assistenza" (indispensabile per poter svolgere una buona didattica e ricerca applicata), deve stipulare convenzioni con aziende del territorio didatticamente interessanti, assumendo a vario titolo i compiti propri del medico competente.

Il mio mestiere mi porta a leggere gli articoli ed i contributi pubblicati sulle riviste scientifiche con uno spirito cri-

tico (costruttivamente critico) che adotterò anche in questa occasione facendo alcune considerazioni e formulando alcuni suggerimenti, con la speranza che possano essere di qualche utilità per le parti interessate e, ovviamente, per il lettore.

Innanzitutto: condivido l'affermazione che il medico competente (MC), per la formazione ricevuta, possiede una professionalità "che ne fa il consulente primario in materia di salute e sicurezza per il datore di lavoro (DdL)". Ritengo però sia opportuno aggiungere che il MC, operando *super partes*, debba essere anche consulente dei lavoratori, sia dei singoli lavoratori che delle loro rappresentanze. Una condivisione di questa mia affermazione da parte di professionisti che operano nei Servizi pubblici di prevenzione sarebbe molto significativa per contribuire a dare una completa dignità professionale al MC.

Sicuramente è necessario contrastare il fenomeno (quanto diffuso?) della "accettazione inerte o la mancanza di una presa di posizione attiva" nei riguardi della valutazione dei rischi che "di fatto nella maggioranza dei casi... 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". Due considerazioni a questo proposito sono opportune: a) mentre il MC potrebbe essere sanzionato in caso di omissioni, ciò non è previsto per il responsabile del SPP; b) il MC partecipa alla valutazione dei rischi allorquando il DdL (che frequentemente delega il

RSPP) ritiene che esistono rischi per la salute: quindi figure prive di conoscenze sanitarie “decidono” quando deve intervenire il MC.

Anche la constatazione relativa al “*ritmo intenso e frettoso con cui si svolgono le visite*” ed alla esistenza di “*situazioni di mero visitificio*” purtroppo corrisponde frequentemente alla realtà e ciò porta un grave danno nei confronti della prevenzione e nuoce sicuramente alla figura professionale del MC (di ogni erba un fascio nella opinione corrente). Queste considerazioni portano ad una riflessione sulla adeguatezza dei tempi di cui il MC dispone a fronte del grande numero e della complessità delle incombenze che la legge e la buona pratica professionale pongono in capo al sanitario. Deve esser quindi ripensato il rapporto fra MC e DdL in maniera tale che venga valorizzata l'importanza professionale e culturale delle attività del MC che devono essere svolte in situazioni logistiche adeguate, per i tempi necessari allo svolgimento ottimale dei compiti, con la collaborazione delle altre figure aziendali, ed eventualmente esterne all'azienda, preposte alla prevenzione occupazionale. La

formulazione di documenti che ufficializzano contrattualmente con precisione i compiti del medico competente e le modalità di svolgimento potrebbe essere opportuna.

Inoltre il tema dei rapporti fra medico competente e servizi pubblici di prevenzione è sicuramente importante e meritevole di specifici approfondimenti e decisioni condivise, come suggerito nell'ultimo paragrafo della lettera. Se, come auspico, sulla nostra Rivista si aprirà il dibattito fra componenti dei servizi pubblici di prevenzione e colleghi che operano come medici competenti nella aziende, questi aspetti potrebbero essere vantaggiosamente affrontati. Peraltro, la comune formazione culturale conseguita nelle scuole di specializzazione universitarie favorirà questo dialogo, rimuovendo ostacoli che frequentemente vedono contrapposte le due parti, con un sicuro vantaggio per la prevenzione occupazionale e la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro

L. Alessio

E-mail prof.alessio@gmail.com