

Il ruolo del medico competente tra nuove funzioni e criticità emergenti: un'analisi qualitativa dei discorsi sulla professione*

SARA CALICCHIA, GIOVANNA CANGIANO, GIUSEPPINA SCOLAMIERO, SILVIA CAPANNA, BRUNO PAPALEO

INAIL Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro – DiMEILA Dipartimento Medicina Epidemiologia Igiene del Lavoro e Ambientale

KEY WORDS: Occupational physician; role; content analysis; qualitative survey

PAROLE CHIAVE: Medico del lavoro; ruolo; analisi del contenuto; indagine qualitativa

SUMMARY

«Emerging problems and novel skills: a qualitative analysis on the role of occupational physicians». **Introduction:** *The thorough changes in the world of employment, together with regulatory changes, have made the role of occupational health physicians increasingly complex, with an extension of the prescribing component, linked to the operational aspects of the role, as well as a greater complexity in the discretionary sphere, which also requires a number of “non-technical” skills.* **Objectives:** *This work investigates how occupational physicians experience and represent their role, with special attention paid to the person-context relationship, so as to offer reflections and useful tools for supporting this role within the participatory health and safety system in the workplaces.* **Methods:** *Using a qualitative approach, the survey has been carried out through semi-structured interviews to a sample of 22 Italian occupational health physicians who were asked to talk about their professional experience with regard to the legislative reforms, critical factors in their work, their relationship with other players in the safety system, and satisfaction with Continuous Medical Training (ECM). The interviews were analyzed using content statistics analysis software.* **Results:** *Faced with the various context constraints, occupational physicians often remain confined to their healthcare role and in their relationship with the patient-worker. This causes difficulties in intervening as overall health and safety consultants for workers in a preventive context. Traditional technical expertise, delivered through ECM Training and guidelines, is not enough to make a substantial change in practising the profession, but other types of intervention are necessary to facilitate reflection about problems and one's own actions.*

RIASSUNTO

Introduzione: *Le profonde trasformazioni del mondo del lavoro, insieme ai cambiamenti normativi, hanno reso più complesso il ruolo del medico competente: ad un ampliamento della componente prescrittiva, legata agli aspetti operativi del compito, è corrisposta una maggiore complessità della sfera discrezionale che richiede una serie di competenze*

Pervenuto il 7.3.2019 - Revisione pervenuta il 24.5.2019 - Accettato il 28.5.2019

Corrispondenza: Sara Calicchia, INAIL Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro – DiMEILA Dipartimento Medicina Epidemiologia Igiene del Lavoro e Ambientale, Via Fontana Candida 1, 00040 Monte Porzio Catone (RM)

E-mail: s.calicchia@inail.it

* L'indagine è stata già oggetto di comunicazione orale al 78° Congresso Nazionale di Medicina del lavoro SIMLII, Milano 25-27 novembre 2015. G. Scolamiero, S. Calicchia, G. Cangiano, S. Capanna, B. Papaleo: Il ruolo del medico competente tra nuove funzioni e criticità emergenti. Med Lav 2015; 106 (Suppl 2): 119

anche di tipo “non tecnico”. **Obiettivi:** Questo lavoro indaga come i medici del lavoro vivono e rappresentano il loro ruolo, con particolare attenzione alla relazione individuo-contesto, al fine di proporre riflessioni e strumenti utili a sostenere tale ruolo all'interno del sistema partecipato di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. **Metodi:** L'indagine, secondo un approccio di tipo qualitativo, è stata condotta attraverso interviste semistrutturate ad un campione di 22 medici competenti a cui è stato chiesto di raccontare il vissuto professionale rispetto a riforme legislative, criticità dell'attività lavorativa, relazione con gli altri attori della sicurezza e soddisfazione rispetto alla formazione ECM. Le interviste sono state analizzate attraverso software di analisi statistica del contenuto. **Risultati:** A fronte di diversi vincoli di contesto, i medici competenti rimangono spesso confinati nel ruolo sanitario e nel rapporto con il paziente-lavoratore. Ne consegue la difficoltà ad intervenire come consulenti globali della salute e sicurezza dei lavoratori in chiave preventiva. Da questo punto di vista l'expertise tecnica tradizionale, veicolata attraverso la formazione ECM e le linee guida, non è sufficiente ad operare un cambiamento sostanziale nella pratica professionale, ma sono necessari altri tipi di intervento che facilitino la riflessione attorno ai problemi e alla propria azione.

INTRODUZIONE

Da diversi anni la medicina del lavoro è coinvolta in profondi cambiamenti che comportano una discussione su alcune questioni fondamentali: la sua collocazione rispetto alla medicina clinica, il rapporto con le altre figure professionali che si occupano di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, le fonti del proprio agire (3). La normativa è entrata con forza in questo dibattito influenzando il ruolo del medico competente (MC): se fino agli anni novanta egli era chiamato essenzialmente a valutare l'idoneità al lavoro dei lavoratori, facendo riferimento alla presunzione dell'esposizione al rischio, oggi è coinvolto nella valutazione dei rischi attraverso la conoscenza effettiva dell'ambiente di lavoro e dei cicli produttivi, nella programmazione di misure di protezione individuali e collettive, nei programmi di promozione della salute e nella formazione ed informazione dei lavoratori (4, 25). A questo si affianca la difficoltà di operare in un contesto di crisi socioeconomica nel quale la trasformazione del mondo del lavoro e la progressiva riduzione delle tutele dei lavoratori, impongono la comprensione di nuovi rischi, come quelli di natura psicosociale, leggendoli in relazione ai contesti organizzativi (21). Il MC è sempre più un consulente globale per la tutela della salute dei lavoratori (3), a cui vengono richieste competenze anche di tipo “non tecnico” (10), ed una maggiore interazione con altre figure professionali dotate di competenze e saperi complementari (4).

Rispetto a questo assetto generale, la nostra indagine vuole dare un contributo alle riflessioni della

comunità scientifica sulla valorizzazione e qualificazione del ruolo del MC nell'ambito del sistema partecipato di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (3, 20, 21). In particolare la ricerca ha indagato come i MC vivono e rappresentano il loro ruolo e come si sentono sostenuti in queste nuove funzioni ed esigenze dal sistema formativo e dalle agenzie di riferimento, con l'obiettivo di proporre riflessioni e strumenti utili a facilitarne l'azione.

Il ruolo è stato indagato tenendo conto di due componenti determinanti: una componente prescrittiva, che individua ambiti e confini di espletamento, ed una componente discrezionale, che si riferisce al livello di autonomia decisionale dell'individuo nel proprio lavoro, all'interno dei confini definiti dalla dimensione prescrittiva (30). Per quanto riguarda il medico del lavoro le componenti prescrittive derivano dalle prescrizioni normative ed organizzative e dalle consuetudini praticate nell'esercizio della professione, le componenti discrezionali comprendono invece tutti quei comportamenti in cui vi è l'espressione della soggettività, delle modalità individuali di interpretare e agire il ruolo professionale.

METODI

La raccolta delle esperienze è stata effettuata con metodi di indagine qualitativa attraverso interviste semistrutturate ad un campione di MC. La selezione è stata effettuata seguendo il metodo cosiddetto *a valanga* (29), per un totale di 22 intervistati (11 uomini e 11 donne), di cui 18 liberi professionisti e 4 dipendenti di grandi strutture operanti nel Lazio

e in Toscana. L'età media degli intervistati è di 48,3 anni, compresi tra i trenta e i settanta anni, sia neo-laureati che professionisti prossimi alla pensione (in particolare 2 casi con esperienza lavorativa maggiore di 20 anni, 14 con esperienza compresa tra gli 11 e i 20 anni e 6 con esperienza minore di 10 anni).

Le domande stimolo hanno riguardato: il cambiamento di ruolo a seguito delle nuove normative, le maggiori criticità rispetto alle attività svolte e alla relazione con le altre figure, la soddisfazione della formazione ECM. La traccia di intervista prevedeva anche il racconto di una situazione concreta che il medico aveva avuto difficoltà a gestire. I soggetti sono stati lasciati liberi di parlare e suggerire connessioni in risposta alle domande. Le interviste, della durata media di 40 minuti, sono state registrate e trascritte manualmente. Il corpus testuale è stato suddiviso in due sottoinsiemi ed analizzato con l'ausilio di software di analisi statistica del testo (TaL-TaC 2.0 e T-Lab 7.3.2) che, attraverso il calcolo automatico delle occorrenze e co-occorrenze di parole all'interno di contesti elementari (frammenti di testi), facilitano l'estrazione delle informazioni più rilevanti e la loro restituzione (5,26). In particolare:

1. Sottoinsieme attività lavorativa

Il TaL-TaC2 è stato utilizzato per individuare il linguaggio peculiare degli intervistati (6, 7) attraverso il confronto della frequenza delle unità lessicali nel corpus in esame con le frequenze che le stesse hanno nel dizionario di riferimento "italiano standard", una risorsa statistico linguistica interna al software. Questa prima operazione ha permesso di ottenere una lista di 182 lemmi tra nomi/gruppi nominali, aggettivi e verbi, caratteristici del corpus, che sono stati utilizzati come parole chiave nella successiva analisi tematica effettuata con il T-LAB. Lo strumento "analisi tematica" consente di ottenere una rappresentazione dei contenuti del corpus attraverso pochi e significativi cluster tematici ciascuno dei quali risulta costituito da un insieme di contesti elementari (frasi) caratterizzati dagli stessi pattern di parole chiave. L'analisi ha permesso di effettuare una mappatura delle isotopie (iso = uguale; topoi = luoghi) intese come temi caratterizzati dalla co-occorrenza di tratti semantici (15).

2. Sottoinsieme formazione ECM

Questo sottoinsieme, di ampiezza minore, è stato sottoposto ad una lettura tradizionale ed esplorato anche attraverso lo strumento "estrazione di informazione" del TaL-TaC2 che ha permesso di estrarre tutte le frasi contenenti alcune parole chiave (ECM, formazione, crediti, corsi, aggiornamento, congressi, aggiornare).

RISULTATI

1. Sottoinsieme attività lavorativa

L'analisi tematica effettuata con il T-LAB ha restituito 4 cluster tematici. Prendendo in considerazione i primi due fattori, che riassumono la percentuale maggiore di informazione (71,97%), il T-Lab ha permesso di estrapolare un grafico che posiziona cluster e lemmi su un piano bidimensionale (figura 1). Come rilevato in studi simili su altre categorie professionali (6), il primo fattore (asse delle X) evidenzia una dicotomia tra ciò che è considerato proprio del ruolo (dentro) e ciò che è sentito come estraneo e nel quale c'è maggiore difficoltà a riconoscersi professionalmente (fuori), mentre il secondo fattore (asse delle Y) identifica le dinamiche di potere che definiscono il margine di azione e di autonomia dei MC. In particolare sull'asse delle X (tabella 1) i valori positivi sono saturati da item che identificano il ruolo sanitario del medico del lavoro (*patologia, visita, idoneità, limitazione*) a stretto contatto con il lavoratore (*lavoratore, parlare, conoscere, accertamento*). I valori negativi identificano, alla luce dei cambiamenti avvenuti anche a seguito della nuova normativa (*cambiamento, normativa*), temi di più ampio respiro legati alla posizione del MC come consulente aziendale (*stress lavoro correlato, consulenza, normativa, sicurezza*) a contatto con altre figure professionali (*datore di lavoro, organi di vigilanza, ASL, RSPP*).

Sull'asse delle Y (tabella 2) la polarità positiva rappresenta le risorse su cui i MC sentono di dover e poter spendere maggiori energie al fine di valorizzare la propria professione: un dialogo maggiore con tutti gli attori in campo (*collaborare, coinvolgere, sensibilizzare, RLS, RSPP, datore di lavoro*), puntare

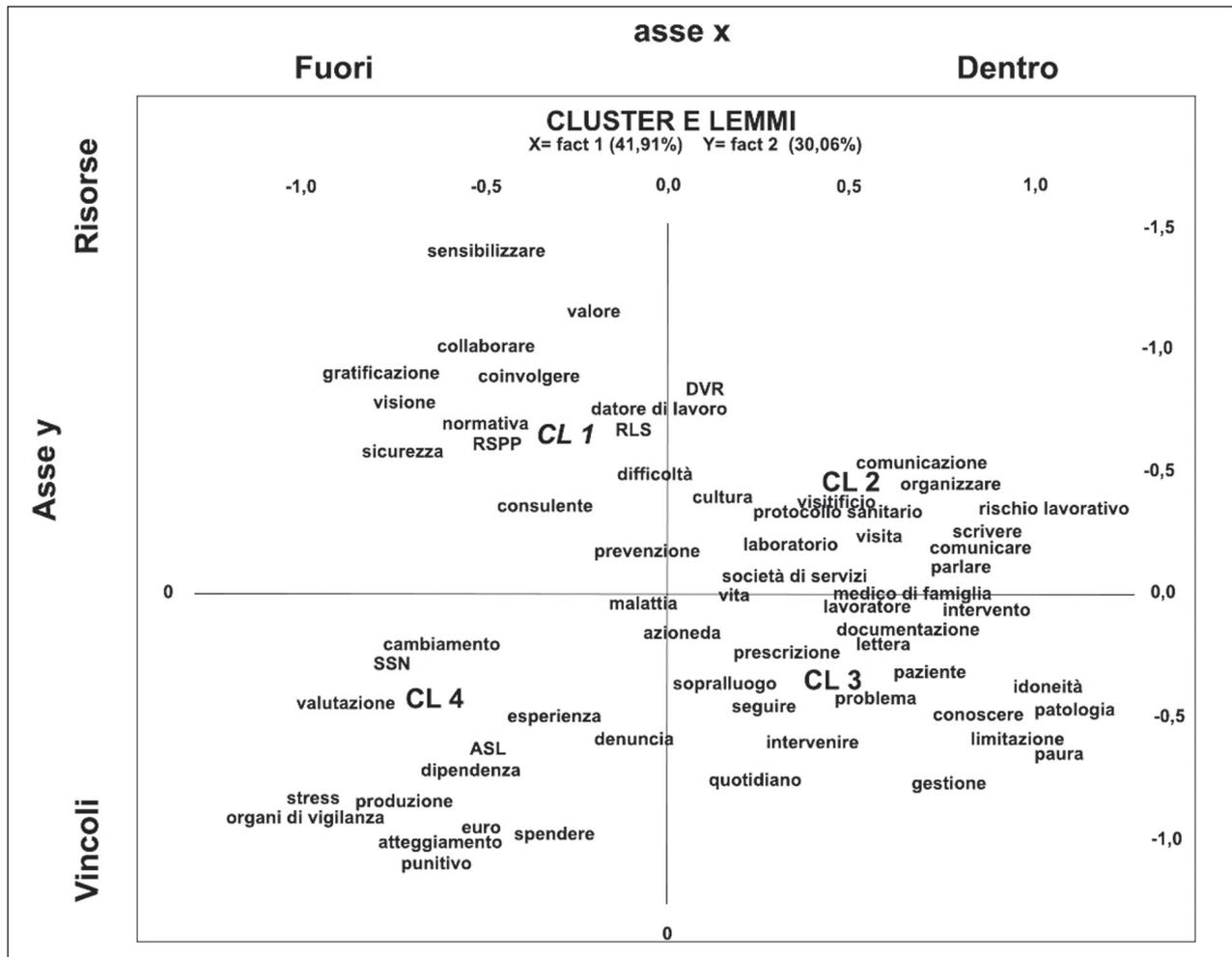


Figura 1 - Analisi tematica dei contesti elementari: distribuzione dei cluster e dei lemmi in uno spazio fattoriale
Figure 1 - Thematic analysis of elementary contexts: distribution of clusters and lemmas in a factor space

sugli aspetti preventivi e di promozione della salute (*alimentazione, prevenzione*), entrare in maniera più attiva in alcuni processi chiave come la definizione del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR). Nella polarità negativa emergono invece i vincoli della professione, elementi sui quali i medici sentono di avere poco margine d'azione (*problema*), come i cambiamenti nel mondo del lavoro e la crisi economica (*azienda, euro, spendere, produzione, management*), gli atteggiamenti degli organi di vigilanza (*punitivo*), alcuni obblighi imposti dalla normativa estranei alla propria formazione sanitaria (*stress lavoro correlato*), difficoltà di rapporti con lavoratori e datore di lavoro nel caso dei giudizi di idoneità (*idoneità, limitazione, collocazione*).

Per approfondire i temi più rilevanti di seguito

vengono descritti i singoli cluster: in corsivo sono riportati i lemmi e alcune frasi rappresentative dei singoli cluster, estrapolate dallo stesso software, che ci permettono di entrare nel vivo dei discorsi. Lemmi e cluster sono riportati anche all'interno del grafico fattoriale (figura 1).

Cluster 1 (ruolo consulente, risorse)

Nel cluster 1 emergono i discorsi legati agli aspetti di valutazione preventiva e di consulenza aziendale, molti dei quali introdotti dal d.lgs. 81/08.

Nella nostra professione come medici del lavoro è proprio importante lavorare sulla prevenzione, intervenire prima che il lavoratore si ammali, prima che accada l'infortunio.

Tabella 1 - Analisi tematica dei contesti elementari: lemmi caratteristici asse X**Table 1** - *Thematic Analysis of Elementary Contexts: characteristic lemmas axis X*

Polarità (-)		Polarità (+)	
Lemma	Contributo sull'asse	Lemma	Contributo sull'asse
ruolo	0,0437	lavoratore	0,0837
stress lavoro correlato	0,0379	cercare	0,0253
organi di vigilanza	0,0332	parlare	0,0221
riuscire	0,033	idoneità	0,0197
Svolgere	0,0285	problema	0,0192
ASL	0,0161	visita	0,0188
sicurezza	0,0151	patologia	0,0165
sensibile	0,0105	conoscere	0,0159
cambiamento	0,0095	Medico di famiglia	0,0149
consulenza	0,0092	scrivere	0,0117
Datore di lavoro	0,0086	qualità	0,0102
RSPP	0,0084	migliorare	0,0101
coinvolgere	0,008	lavorare	0,0099
partecipazione	0,0078	chiedere	0,0096
normativa	0,0075	procedura	0,009
sorveglianza	0,0074	formazione	0,0089
collaborare	0,0072	accertamento	0,0085

Tabella 2 - Analisi tematica dei contesti elementari: lemmi caratteristici asse delle Y**Table 2** - *Thematic Analysis of Elementary Contexts: characteristic lemmas axis Y*

Polarità (-)		Polarità (+)	
Lemma	Contributo sull'asse	Lemma	Contributo sull'asse
Stress_lavoro_correlato	0,0457	datore_di_lavoro	0,0997
organi_di_vigilanza	0,0439	medico_competente	0,0578
ASL	0,0308	DVR	0,0471
ruolo	0,0277	RSPP	0,0283
svolgere	0,0219	coinvolgere	0,0241
problema	0,0215	valutare	0,0229
riuscire	0,0174	collaborare	0,0209
conoscere	0,0139	sicurezza	0,0182
seguire	0,0138	difficoltà	0,0137
azienda	0,0131	RLS	0,0117
gestione	0,0123	sensibilizzare	0,0116
spendere	0,0104	normativa	0,0104
punitivo	0,0098	certificazione	0,0098
valutazione	0,0097	realizzare	0,0085
limitazione	0,0089	modifica	0,008
quotidiano	0,0084	alimentazione	0,007
euro	0,0081	valore	0,0062
esperienza	0,0081	legislazione	0,0062
atteggiamento	0,0074	comunicazione	0,0059
collocazione	0,0064		
idoneità	0,0062		
produzione	0,0062		
management	0,0057		
SPP	0,0057		
sopralluogo	0,0055		
patologia	0,0055		

Questo porta i MC a misurarsi oltre che con il lavoratore-paziente, anche con altre figure del sistema della salute e sicurezza. Il lavoro di consulenza, se dichiarato da molti come valore aggiunto della professione, risulta spesso difficilmente applicabile nella realtà in quanto non riconosciuto dagli altri stakeholders e più impegnativo.

Questa è stata una consulenza a 360°, ad oggi si parte dal presupposto di fare o non fare la sorveglianza sanitaria, però nessuno ti giustifica perché. Oggi il consulente è colui che solleva il problema, te lo risolve, con le motivazioni anche perché il DVR ti dice che tu devi valutare tutti i rischi.

...il medico competente viene visto soltanto come colui che svolge attività sanitaria. E' difficile perché bisognerebbe rieducare i medici competenti, perché è più facile fare soltanto le visite, fare il consulente è un lavoro impegnativo, devi usare di più la testa rispetto a quando fai solo le visite.

Il sensibilizzare, il collaborare, il coinvolgere sono tutte azioni che alcuni medici sentono di dover mettere in campo al fine di conciliare l'obiettivo primario di salvaguardare la salute del lavoratore con le pratiche quotidiane svolte a contatto con le altre figure (datore di lavoro, RSPP, RLS). La difficoltà maggiore riguarda, infatti, la diversità di vedute rispetto al tema della cultura della prevenzione che spesso non è una priorità, soprattutto nelle piccole imprese.

La maggior parte dei nostri piccoli imprenditori non ha una cultura di prevenzione, vedono solo un obbligo formale di legge che devono fare, ma di cui in realtà potrebbero farne anche a meno.

Far riconoscere l'importanza di questi aspetti è fonte primaria di gratificazione per molti medici. Per questo il mancato coinvolgimento nelle attività che riguardano la prevenzione, soprattutto quelle per le quali il dettato normativo ne imporrebbe la diretta consultazione, come ad esempio la stesura del DVR, vengono vissute dal medico con estremo disagio.

Dal punto di vista normativo che il medico debba collaborare alla valutazione dei rischi questo diventa spesso un fatto solo formale, in genere viene proposto il DVR e il medico lo sottoscrive, nella migliore delle ipotesi dopo averlo letto.

Sono stata sempre consultata quando il DVR era già stato scritto, solo per prendere visione, in alcuni ambiti i miei appunti con le mie proposte sono rimaste

sospese, il documento non è mai stato modificato con le mie proposte.

L'attività preventiva assume importanza anche in relazione alla sorveglianza sanitaria che andrebbe programmata e realizzata all'avvio del processo lavorativo, non dopo che i lavoratori sono stati esposti per lunghi periodi a fattori di rischio.

E' frustrante perché la visita medica spesso diventa soltanto una valutazione dei danni, ne consegue che non ha funzionato ciò che era a monte della visita medica, dalla valutazione dei rischi fino ai sistemi di abbattimento dei rischi.

Cluster 2 (ruolo sanitario, risorse)

Nel cluster 2 i discorsi si concentrano sul rapporto con il lavoratore e sugli aspetti di sorveglianza sanitaria (protocollo sanitario, rischio lavorativo, visita). Questa è l'attività nella quale i medici si riconoscono e sono riconosciuti e per la quale sentono di dover spendere tempo ed energie al fine di creare un rapporto di riconoscimento reciproco con il paziente-lavoratore. Instaurare un dialogo (parlare, comunicare) tra le diverse parti, al di là delle comunicazioni formali (scrivere), è considerata dai più una risorsa per tutelare la qualità della professione. Le azioni di promozione della salute, anche se non strutturate a livello organizzativo, rappresentano uno strumento in più a disposizione del MC per agire positivamente sulla salute dei lavoratori.

La promozione del benessere e della salute dei lavoratori è un aspetto che mi permette di chiedere delle cose in più per fare della prevenzione a tutto campo. I programmi di promozione della salute li faccio nel sottobosco, mi spiego: gli accertamenti che effettuo, non li limito soltanto al controllo del rischio lavorativo, bensì ci aggiungo quelle tre o quattro cose che potrebbero dare un quadro generale e fornire a me lo strumento per poter dire al lavoratore "guarda cambia un pò stile di vita".

Il lavoro sulle relazioni diviene più complesso nel caso dei liberi professionisti che si ritrovano spesso ad operare in contesti in cui le logiche economiche e di tempo prevalgono sulla cultura della prevenzione (visitificio).

Perché il medico è una figura che fa un pò da tramite tra il lavoratore e il datore di lavoro insomma.

Cioè io sono contraria al visitificio, come si dice no? preferisco stare un pò di tempo, ascoltarli i lavoratori che spesso quando vengono hanno bisogno proprio di comunicazione, a parte il rischio mirato.

Anche la presenza sul mercato delle società di servizi viene vissuta come una minaccia alla propria libertà professionale ed alla possibilità di tutelare la salute dei lavoratori, portando ad una gara al ribasso sui prezzi praticati, ma anche ad una perdita del rapporto fiduciario tra MC ed azienda.

Mi pare che il medico competente non abbia avuto modo di implementare con tanti strumenti nuovi la sua attività, perché pressato da esigenze professionali di mercato, perché gli si chiedono tempi rapidi per l'esecuzione della sorveglianza sanitaria e poca attenzione alla valutazione del rischio. L'attività diventa un visitificio, facciamo 30 visite al giorno.

Il datore di lavoro oggi vuole risparmiare, quindi se trova uno che si prende meno di te cambia medico, si ritorna al problema economico, alle società di servizi che svendono l'attività in maniera improbabile, svilendo quella che è l'attività professionale.

Di difficile gestione anche il rapporto con i medici di famiglia, l'altra interfaccia del lavoratore-paziente per quanto riguarda la propria salute. La ricerca di collaborazione si infrange spesso contro l'assenza totale di risposta.

Per quanto riguarda i rapporti con i medici di famiglia sono inesistenti, ho provato più volte, ho avuto risposte di tipo negative per problematiche che non sono del medico del lavoro, ma diventano anche problemi del sistema sanitario nazionale.

Cluster 3 (ruolo sanitario, vincoli)

Nel cluster 3 il discorso si concentra soprattutto sui giudizi di idoneità con limitazione. Si tratta di un'attività che crea diversi problemi al medico del lavoro sia perché i suoi atti si inseriscono, spesso con forza, nel rapporto tra datore di lavoro e lavoratore, sia perché porta con sé preoccupazioni di ordine giuridico-penale.

La gestione di idoneità particolari sono di ordinaria amministrazione, qui bisogna sempre cercare di tutelare la salute del lavoratore, in secondo piano tutelare il datore di lavoro che è responsabile della salute dei lavoratori o poi tutelare anche se stessi.

La nostra attività professionale ha una responsabilità civile e penale che è grande, nonostante non mettiamo le mani addosso ad un paziente come un chirurgo, ma abbiamo lo stesso una responsabilità penale, su un giudizio di idoneità, non è un foglio di carta come la pensano molti.

Le aspettative dei lavoratori nei confronti dei giudizi di idoneità con limitazione sono molto alte, attribuendo al MC un potere che di fatto non ha, e questo avviene soprattutto in alcuni settori lavorativi molto usuranti, come quello sanitario e per alcune problematiche, come quelle di natura psichiatrica.

Diventa difficile non poterlo considerare un problema, però ad oggi l'Italia rimane una delle nazioni europee dove si fanno più denunce in ambito sanitario e quindi devi stare sempre lì a parare un problema e l'altro, devi tutelare il lavoratore e il datore di lavoro, questo sta diventando sempre più difficile.

Ritorna anche in questo cluster il discorso legato ai costi: il medico del lavoro si trova a prendere delle decisioni importanti, sia per l'azienda che per il lavoratore, in un contesto di crisi generale del tessuto economico e sociale che ha portato ad una spaccatura interna al mercato del lavoro tra lavoratori ipertutelati e senza diritti. Nei casi di giudizi di idoneità con limitazione alcuni intervistati avvertono il peso di dover tutelare la salute del lavoratore/paziente in un momento storico in cui la paura di perdere il posto di lavoro fa accettare condizioni contrattuali altrimenti inaccettabili.

Ci dovrebbe essere un tessuto sociale che prende in carico questa situazione, magari ti parlo proprio di una inabilità o di una patologia. Spesso anche se hai delle limitazioni dei carichi, magari quell'azienda ha solo quel tipo di lavoro. E spesso è questa la difficoltà che si trova, il lavoratore può perdere il lavoro.

Io devo fare i salti mortali per non dare limitazioni perché alcuni lavoratori hanno contratti a tre mesi.

Cluster 4 (ruolo consulente, vincoli)

Nel cluster 4 emergono delle criticità relativamente a nuovi compiti imposti dal d.lgs. 81/08, come la valutazione del rischio da stress lavoro correlato, la valutazione del rischio in ottica di differenze di genere o di provenienza geografica. Da una parte gli intervistati sentono di non avere le competenze ne-

cessarie, dall'altra si scontrano con la chiusura delle aziende.

In realtà ci vorrebbe una preparazione che il medico competente non ha, il medico competente deve sapere di tutto, ma non è un tuttologo, quindi la valutazione dello stress non deve essere fatta né dall'RSPP, né tanto meno dal medico competente.

Rispetto ai nuovi rischi, come lo stress lavoro correlato, le differenze di genere, chiuderei un capitolo. Le aziende lo fanno perché c'è una normativa.

Per quanto riguarda altre attività come l'alcol test la domanda diffusa è se non sia in fondo una responsabilità del sistema sanitario nazionale.

Di questi controlli se ne deve fare carico non il medico competente, ma il servizio di sorveglianza della ASL, perché deve farlo il medico competente? Non è un organo di vigilanza e questo dovrebbe essere valido anche per il test delle droghe, perché dovrebbe essere fatto dagli organi territoriali, sottoponendo il test a spot.

Rispetto ai cambiamenti in atto gli intervistati faticano a trovare degli interlocutori istituzionali. Nelle situazioni più difficili, soprattutto nei tessuti produttivi dove si avvertono maggiormente gli effetti della crisi economica, il controllo da parte degli organi di vigilanza viene spesso considerato dai medici come inutilmente punitivo e sanzionatorio. Gli intervistati si aspettano invece dalle ASL un supporto nella gestione dei problemi ed una maggiore interazione, poiché sentono di poter dare il proprio contributo come professionisti esperti.

Se invece ti trovi, magari attraverso la partecipazione attiva ad un loro percorso formativo, a conoscerlo di più, ad interagire con loro e magari anche ad utilizzarli come organo di consulenza. Quando invece interagisci con loro come organo di vigilanza ti arriva su un piano diverso, perché lì c'è già una finalità ispettiva, in questo caso non c'è un ruolo costruttivo.

2. Sottoinsieme formazione ECM

L'evoluzione scientifica che caratterizza la medicina rende i medici consapevoli dell'importanza di un continuo aggiornamento e approfondimento della loro disciplina. Tuttavia è opinione diffusa tra gli intervistati che la connotazione così vincolante dei crediti formativi ha fatto sviluppare una corsa

ai crediti, con il risultato di un proliferare di corsi e società di formazione che hanno dato avvio ad un vero e proprio business nel settore.

Questo adempimento formale che obbliga il medico del lavoro ad avere i 50 crediti l'anno ha soprattutto favorito il crescere di un grosso business intorno alla formazione, anche della FAD, ci sono continue offerte di questo tipo e anche qui si corre il rischio che i medici inseguano i crediti formativi.

Ci sono i cinque anni di scuola di specializzazione che sono sufficienti per una buona formazione di base. Dopo di che c'è questa corsa alle convention, alle riunioni che mi sembra più un'operazione economica che un'operazione culturale. Sono riunioni ripetitive, monotone cui si va solamente per avere punti ECM, dietro un corrispettivo economico.

Il vincolo degli ECM non riguarda solo il numero di crediti, ma anche gli argomenti di studio, che devono essere per lo più legati alla medicina del lavoro, quando in realtà ai medici intervistati piacerebbe avere maggiore libertà di scelta e spaziare anche in altri campi della medicina.

Di base l'ECM ha costretto il medico competente in una formazione troppo specifica, mi sembra troppo ristretto vincolare la maggior parte della formazione alla medicina del lavoro, quando in realtà il medico del lavoro abbraccia tante aree della medicina, lo ritengo troppo vincolante.

L'aspettativa più diffusa è lo studio e l'approfondimento di casi concreti, di buone prassi, la possibilità di aprire un confronto con altri colleghi o esperti su come vengono affrontate le problematiche di ogni giorno, ad esempio un'idoneità particolare.

Tornando all'ecm, l'aspetto che mi interesserebbe di più, oltre all'aspetto che devo valutare, sarebbe quello di approfondire alcuni casi.

In realtà sono interessanti corsi su vari settori, l'importante è comunque che l'argomento venga trattato approfondendolo, comunque che venga discusso con dei casi clinici, questo non avviene quasi mai.

Trovo molto più interessanti le poche riunioni che si fanno con colleghi in cui parliamo delle diverse problematiche incontrate e di quello che ci è stato detto dall'ASL competente e quindi sono cose che sui testi non trovi.

Tra i canali di aggiornamento, oltre ai corsi e la partecipazione ai convegni, si prediligono anche i

forum tra i colleghi, in generale si cercano argomenti su internet, meno invece la formazione a distanza che viene usata solo da alcuni intervistati. Nonostante le criticità finora evidenziate gli intervistati esprimono il desiderio di una crescita e di uno sviluppo culturale, poiché li considerano indispensabili per la loro professione e auspicano un maggior collegamento tra diversi saperi, istituzionali, pragmatici, specialistici.

Giornali, riviste, libri, sono vecchia maniera! Formazione a distanza no, formazione in aula sì, quindi i 150 crediti li ho fatti in aula. Maggiore cultura nell'università, nella specializzazione, maggiore addestramento, nelle industrie, nelle fabbriche già dalla specializzazione. Quindi cultura, migliorare il nostro sapere.

DISCUSSIONE

Riferendoci alle due dimensioni di ruolo citate in premessa (30), l'indagine ha messo in evidenza una generale difficoltà a sostenere le diverse componenti: il sovraccarico di adempimenti normativi ha comportato un ampliamento della componente prescrittiva ed operativa del compito a cui si è sommata una maggiore complessità della sfera dell'agire discrezionale, legata alla necessità di entrare nel merito dei processi aziendali ed organizzativi, a partire dalla valutazione del rischio e dagli aspetti preventivi. In accordo con i dati di letteratura, la maggior parte degli intervistati vive con disagio il moltiplicarsi di adempimenti normativi, mentre esprime convinzione sul fatto che una medicina del lavoro orientata alla prevenzione possa realmente contribuire alla salute e sicurezza dei lavoratori (3). A tal fine i MC avvertono l'esigenza di valorizzare il proprio ruolo di consulente aziendale, agendo in sinergia con altre figure professionali (4) e promuovendo con esse un consenso basato sulla condivisione di valori alti (etici, deontologici) (23, 24, 25), in grado di conferire coerenza e valore ad azioni e procedure.

Tuttavia emergono numerosi vincoli di contesto che ne limitano l'azione. Le resistenze a livello culturale sono ancora molto forti: la sicurezza è vista come un costo, un obbligo di legge cui ottemperare. La dipendenza dal datore di lavoro e l'affidamento di incarichi basati sul costo per visita produce il si-

stema del "visitificio" che impone dei ritmi serrati a scapito di un lavoro di qualità (3, 23). In un contesto di questo tipo il lavoro di consulenza implica impegno maggiore, spesso non adeguatamente remunerato: il MC rimane così "confinato" nella semplice effettuazione di accertamenti sanitari ed è poco coinvolto nelle politiche aziendali in materia di prevenzione (2).

Rispetto a questo quadro generale, gli studi sui fabbisogni formativi convergono sulla necessità di utilizzare metodi di formazione attiva (1), di puntare sull'acquisizione di competenze non tecniche (10), di promuovere momenti di confronto con i colleghi (8, 16). Parte delle attenzioni è riposta nell'elaborazione di linee guida (16) e nell'implementazione di sistemi di gestione (27).

Il presente studio, ponendo attenzione al rapporto individuo-contesto, come è tipico delle indagini qualitative, vuole introdurre altri elementi di riflessione sul nuovo ruolo del MC. Come avviene anche per altre categorie professionali (28), l'expertise tecnica tradizionale non è più sufficiente ad affrontare problematiche complesse in contesti mutevoli ed instabili, caratterizzati da profonde e rapide trasformazioni. Nel caso della medicina del lavoro la formazione ECM, le linee guida di natura tecnica riescono a recuperare frammentariamente alcune lacune, ma non sono in grado di operare un cambiamento della pratica professionale. Oltre tutto, abbiamo visto come, nel caso del sistema ECM, l'eccessiva specializzazione delle discipline, anche internamente alla medicina stessa, costringe i medici del lavoro ad una formazione autoreferenziale.

Una formazione ed una conoscenza professionale di questo tipo derivano da un modello di scienza dominante, eredità del positivismo, secondo il quale i professionisti sono tali perché applicano principi molto generali, conoscenze standardizzate, a problemi concreti. È necessario, invece, considerare sempre di più la conoscenza come qualcosa di tacito, implicito nei modelli di azione, poiché, quello che avviene più frequentemente nella pratica quotidiana del professionista, è che esso formula innumerevoli giudizi di qualità per i quali non è in grado di definire regole e procedure. Applicare la riflessione nel corso dell'azione, consapevoli che di volta in volta si ragiona sull'impostazione di problemi unici, è invece fon-

damentale per affrontare al meglio situazioni connotate da incertezza, instabilità e conflitti di valore (25). Ri-conoscere i problemi implica anche sapersi ri-collocare in un contesto organizzativo e sociale più ampio, rinunciando in parte alle proprie idee e pratiche collaudate per aprirsi ad altri saperi che promuovano l'assunzione di nuove responsabilità. Per il professionista significa utilizzare diversamente il suo tempo, che attualmente viene ampiamente esautorato da adempimenti normativi-burocratici, per far spazio a riflessioni sul senso e i significati della propria azione (16, 20). Nel caso dei MC questo cambio di passo risulta prioritario quando si ha a che fare con la valutazione dei nuovi rischi, soprattutto di natura psico-sociale. In questi casi la realtà, infatti, non è così lineare come viene rappresentata e i nuovi rischi non sono meri fenomeni individuali, bensì segnali di contesti a rischio, difficilmente inquadrabili in procedure standardizzate (18).

La mancanza di spazi di condivisione delle pratiche, non solo tra professionisti, ma in generale all'interno del sistema partecipato della salute e sicurezza, è uno dei principali limiti che l'indagine mette in evidenza. Senza lasciare tutto sulle spalle del singolo, le istituzioni, soprattutto a livello locale, possono svolgere un ruolo fondamentale nel facilitare processi di individuazione e risoluzione dei problemi, ricostruendo le rappresentazioni, spesso divergenti, dei diversi attori coinvolti. Nel settore dello sviluppo locale sono state ampiamente sperimentate tecniche di co-progettazione dal basso, di facilitazione, di consultazione di gruppi di popolazione su tematiche di interesse comune. Tali approcci hanno il vantaggio di tenere in considerazione i bisogni reali dei gruppi di interesse e progettare di conseguenza interventi di sviluppo (9). Attuare percorsi di questo tipo anche all'interno del sistema di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, focalizzando l'attenzione su problemi specifici dei sistemi territoriali o di alcuni settori produttivi, permette un ascolto attivo degli attori, al fine di proporre politiche di miglioramento mirate ai singoli contesti. Ne sono esempio le esperienze delle comunità di pratica (28) sperimentate in alcune ASL italiane (8, 12) che permettono di socializzare e validare pratiche di lavoro tra gruppi di pari che condividono un interesse comune, contribuendo a rompere l'isolamento pro-

fessionale e l'eccessiva autoreferenzialità che spesso si associa a pratiche lavorative altamente specialistiche e ripetute nel tempo.

LIMITI E PUNTI DI FORZA

Il campione ristretto non casuale rappresenta il maggiore limite dell'indagine, anche se, secondo la teoria delle rappresentazioni sociali di Moscovici, i soggetti appartenenti ad una comunità professionale sono testimoni privilegiati portatori di idee, valori, atteggiamenti condivisi all'interno del gruppo di appartenenza (11). Molti dei temi emersi inoltre sono noti all'interno della comunità scientifica, ma il presente studio, come è tipico delle metodologie qualitative, ha il vantaggio di rispondere a domande di carattere motivazionale (perché?) e di far emergere dati ricchi e approfonditi, che possono fare da complemento e fornire spunti di interpretazione alle indagini quantitative (26, 10). Il linguaggio naturale è immediato e diretto grazie all'assenza di barriere tecnologiche e permette di far emergere i modi in cui i soggetti elaborano le visioni del mondo (26). Proprio per questo è stata scelta l'intervista semi-strutturata come strumento di raccolta dei dati e sono stati esclusi altri metodi, come forum sui nuovi social media, che non prevedevano un contatto diretto tra intervistato e intervistatore.

GLI AUTORI NON HANNO DICHIARATO ALCUN POTENZIALE CONFLITTO DI INTERESSE IN RELAZIONE ALLE MATERIE TRATTATE NELL'ARTICOLO

BIBLIOGRAFIA

1. Abbritti G, Apostoli P, Iavicoli S, et al: Needs, education and accreditation in occupational medicine in Italy. *Int Arch Occup Environ Health* 2005; 78: 75-78
2. AiFOS (Associazione Italiana Formatori della Sicurezza sul Lavoro). Il Medico Competente e la Sicurezza sul Lavoro: Rapporto AiFOS 2012, Quaderni della sicurezza. AiFOS 2012; 4 Anno III Brescia
3. Apostoli P, Imbriani M: Il medico del Lavoro, consulente globale per la tutela della salute dei lavoratori. *G Ital Med Lav Ergon* 2013; 35 (suppl 1): 5-9
4. Bartolucci GB, Santantonio P, Casciani M, Dagazzini I: Ruolo e integrazione delle figure tecniche della prevenzione nella gestione aziendale. *G Ital Med Lav Ergon* 2010; 32 (suppl 4): 408-411

5. Bolasco S: Integrazione statistico-linguistica nell'analisi del contenuto, in B. Mazzara (a cura di) *Metodi qualitativi in Psicologia Sociale. Prospettive teoriche e strumenti operativi*, Carocci Ed. Roma, 2002: 329-342
6. Bolasco S: *Analisi multidimensionale dei dati. Metodi, strategie e criteri di interpretazione*. Roma: Carocci editore, 2004
7. Bolasco S: TaLTaC2, sviluppi, esperienze ed elementi essenziali di analisi automatica dei testi. Milano: LED, Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto, 2010: 38-42
5. Cangiano G, Calicchia S, Papaleo B: Cambiamento, sicurezza, formazione. Processi di apprendimento connessi con la formazione alla sicurezza. *Progetto Sicurezza*. 2009: 1
6. Carli R, Panicia R: *L'analisi emozionale del testo*. Milano: Franco Angeli, 2015
7. Cirincione S, Dal Cason L, R Canzio: *Le competenze non tecniche in medicina del lavoro*. *G Ital Med Lav Ergon* 2014; 36 (suppl 4)
8. C.R.I.S. (Centro di Ricerca Interdipartimentale sulla Sicurezza e Prevenzione dei Rischi) Università di Modena e Reggio Emilia. *A Modena la Sicurezza in Pratica*. disponibile on line all'indirizzo: <http://sicurezzainpratica.eu> (ultimo accesso il 26/02/2019)
9. Commissione Europea. *Sviluppo locale di tipo partecipativo, Politica di Coesione 2014-2020*. Disponibile on line all'indirizzo: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/informat/2014/community_it.pdf (ultimo accesso il 26/02/2019)
10. Della Porta D: *L'intervista qualitativa*. Roma – Bari: Laterza, 2010
11. Farr M, Moscovici S: *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989
12. Gilardi L, Marino M, Fubini L, Pasqualini O, et al: *Le comunità di pratica come luogo di prevenzione: il valore della conoscenza collettiva nella sicurezza sul lavoro*. *Med Lav* 2017; 108 (suppl 3): 222-227
13. Iavicoli S, Rondinone BM, Abbritti G, Apostoli PP: *Formazione continua e accreditamento di eccellenza promossi dalla Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMCII): risultati di un'indagine conoscitiva tra i soci*. *Med Lav* 2008; 99:145-156
14. INAIL National Institute for Insurance against Accidents at work (2015). *Insula: Indagine nazionale sulla salute e sicurezza al lavoro*. on line all'indirizzo: <https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/pubblicazioni/catalogo-generale/insula-indagine-nazionale-sulla-salute-e-sicurezza-sul-lavoro.html> (ultimo accesso il 07/03/2019)
15. Lancia F: *Strumenti per l'analisi dei testi. Introduzione all'uso di T-Lab*. Milano: Franco Angeli, 2015
16. Kaneklin C, Scaratti G: *La formazione alla sicurezza: una sfida di senso e di efficacia*. *Risorsa uomo* 2005; 3
17. Manoukian F, Marabini C: *Problemi e competenze dei dirigenti*. *Prospettive sociali e sanitarie* 2006; 15:1-4
18. Paleani R, Cangiano G, Signorini S, Papaleo B: *La medicina del lavoro e i nuovi rischi*. *G Ital Med Lav Ergon* 2006; 28 (suppl 4):437-439
19. Papaleo B, Cangiano G, Calicchia S: *Occupational safety and health professionals' training in Italy. Qualitative evaluation using T-LAB*. *Journal of Workplace Learning* 2013; 25 (suppl 4):247-263
20. Porru S, di Carlo AS, Arici C: *Idee, riflessioni e strumenti operativi per un "nuovo" ruolo del medico competente*. *G Ital Med Lav Ergon* 2010; 32 (suppl 4): 437-440
21. Ramistella E, Maviglia A: *L'attività professionale del medico competente: problemi attuali e prospettive future*. *G Ital Med Lav Ergon* 2010; 32 (suppl 4): 441-444
22. Ramistella E, Cristaudo A, De Santa A, Canalis PF: *La collaborazione del medico competente alle attività di valutazione dei rischi in azienda*. *G Ital Med Lav Ergon* 2011; 33 (suppl 3): 187-191
23. Ricolfi L: *L'indagine qualitativa*. Roma: Carocci, 1997
24. Santantonio P, Casciani M, Bartolucci GB: *I sistemi di gestione della salute e sicurezza: scenari e prospettive per i medici del lavoro*. *G Ital Med Lav Ergon* 2008; 30 (suppl 3): 90-94
25. Schön DA: *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Bari. Dedalo edizioni, 1993
26. Tuzzi A: *L'analisi del contenuto*. Roma: Carocci, 2003
27. Venza G: *Dinamiche di gruppo e tecniche di gruppo nel lavoro educativo e formativo*. Milano: Franco Angeli, 2007
28. Wenger E: *Comunità di pratica. Apprendimento, significato, identità*. Cortina Raffaello, 2006
29. Zammuner VL: *Tecniche dell'intervista e del questionario*. Bologna: Il Mulino, 1998