

**INTERVENTO AL CONVEGNO ORGANIZZATO DA CIIP SUL TEMA “LE COMUNICAZIONI DEI MEDICI COMPETENTI FONTE DI CONOSCENZA DEI RISCHI: UTILIZZI E CRITICITÀ DELL'ALLEGATO 3B DEL 2 OTTOBRE 2019”.**

a cura Massimo Balzarini, segreteria CGIL Lombardia

Anzitutto vorrei ringraziare gli organizzatori per avermi offerto l'opportunità di intervenire e di poter condividere il punto di vista delle organizzazioni sindacali su questo tema e credo che sia, oltre che opportuno, necessario mantenere il confronto fra le associazioni di esperti, medici, consulenti e tutti coloro che partecipano attivamente al processo di prevenzione, quindi anche delle associazioni di rappresentanza delle lavoratrici e dei lavoratori.

CIIP contribuisce da sempre con utili e costanti contributi alla elaborazione e all'avanzamento del tema della prevenzione e l'evento di oggi è un ulteriore prezioso contributo in questa direzione.

Il tema specifico è la comunicazione dei *medici competenti come fonte di conoscenza dei rischi*, ma credo sia necessario analizzare il contesto nel quale ci troviamo.

Il dato infortunistico lombardo e più in generale quello nazionale sta peggiorando, con tassi infortunistici mortali inaccettabili. Bisogna domandarsi cosa sta accadendo soprattutto in relazione ai tanti strumenti messi in campo: una legislazione robusta, seppure non completamente attuata, servizi ispettivi efficienti, anche se spesso carenti in organico, specializzazione del personale e con insufficienti risorse strumentali. Non voglio entrare nel capitolo della formazione perché richiederebbe un complesso approfondimento soprattutto per quanto attiene alla formazione efficace, ma sicuramente questo è un punto critico.

Come dicevo, tentare di capire cosa non funziona e quali azioni si rendono necessarie per perseguire l'obiettivo infortuni zero, ci vede impegnati come OOSS da tempo anche attraverso la formulazione di proposte e piattaforme, come quelle presentate a Regione Lombardia, o la partecipazione al prossimo piano per la prevenzione con elaborazioni concrete.

E' fondamentale legare le tematiche specifiche di salute e sicurezza alle condizioni generali del lavoro, all'organizzazione dello stesso. La precarizzazione del mondo del lavoro, dei luoghi e tempi di produzione ed esercizio dell'attività lavorativa, la destrutturazione dei rapporti al punto che ormai intere filiere di lavoratrici e lavoratori non sanno chi è il loro datore di lavoro, le false partite IVA che spesso nascondono rapporti di subordinazione diretta, sono tutti elementi che non solo rendono difficile tutelare le condizioni minime di sicurezza ma impediscono alla radice di prevenire il rischio e tutelare la salute.

I dati presentati nelle relazioni iniziali, dove il numero di lavoratori soggetti a sorveglianza non corrisponde sempre ai settori più a rischio, la non corrispondenza del codice ATECO, dato comunque parziale, alle classi di rischio delle aziende ivi comprese, sono una conferma che un problema strutturale esiste.

La domanda, correttamente, posta a inizio lavori risulta significativa: **a chi è rivolta la sorveglianza sanitaria e quale obiettivo si pone?** non sono banali domande, anzi il punto centrale della questione.

Se la sorveglianza sanitaria si riduce a mero adempimento burocratico, perché il datore di lavoro lo percepisce come dovere “imposto”, oppure il Medico Competente non è coinvolto preventivamente nella valutazione dei rischi o non svolge appieno il suo ruolo come previsto dall’art. 25 del D. Lgs 81/08, si interrompe il legame con la effettiva valutazione del rischio e la visita medica potrebbe non essere correttamente legata alla effettiva mansione della lavoratrice e del lavoratore, ammesso che si possano definire delle mansioni nel mondo della complessità.

Qui sta un altro nodo centrale che può spiegare l’andamento del tasso infortunistico. Ciascun soggetto non partecipa in modo determinante al processo preventivo, non vi partecipa in modo soggettivo perché non esercita pienamente il proprio ruolo e non vi partecipa oggettivamente perché gli “adempimenti” che è chiamato a svolgere rimangono isolati, sconnessi dalla situazione reale.

Anche se il datore di lavoro è il principale responsabile della mancata prevenzione, tutti i soggetti devono sentirsi parte attiva e contribuire a invertire questa tendenza. Ovviamente a partire alla determinazione politiche delle istituzioni regionali e nazionali.

Solo per citare alcuni “adempimenti” che non devono fermarsi al puro esercizio formale, citiamo la raccolta e presentazione dei dati aggregati dei dati derivanti dalla sorveglianza sanitaria da discutere nella riunione periodica, anche per partecipare alla elaborazione di linee di indirizzo per migliorare la prevenzione della specifica situazione. Questo richiede che il Medico Competente si faccia parte attiva nell’organizzare ed erogare la formazione specifica sui rischi, così come fornire ai lavoratori e ai loro rappresentanti ogni informazione utile a comprendere il significato della sorveglianza sanitaria.

Non entro nello specifico dell’efficacia della raccolta dei dati come previsti dall’allegato 3B, anche se il tema generale della loro raccolta e dell’accesso fruibile alle relative banche dati ci interroga sulla reale volontà di favorirne l’utilità, ma

anche questo rischia di essere un lavoro a carico del Medico Competente che non restituisce utilità né ai medici stessi né ai soggetti destinatari dal processo di prevenzione.

Se non riusciremo a mettere a sistema tutti questi “elementi” preventivi, risulterà essere adempiuto formalmente quanto previsto dalla legge, salvo non risultare efficace e finire col compromettere la tutela reale delle condizioni lavorative, ben lontani dall’approccio complessivo alla prevenzione e alla salute in generale.