

SETTIMANA EUROPEA
PER LA **SICUREZZA E**
LA SALUTE SUL LAVORO

Allegato 3B
ai sensi Art. 40 D.Lgs. 81/08

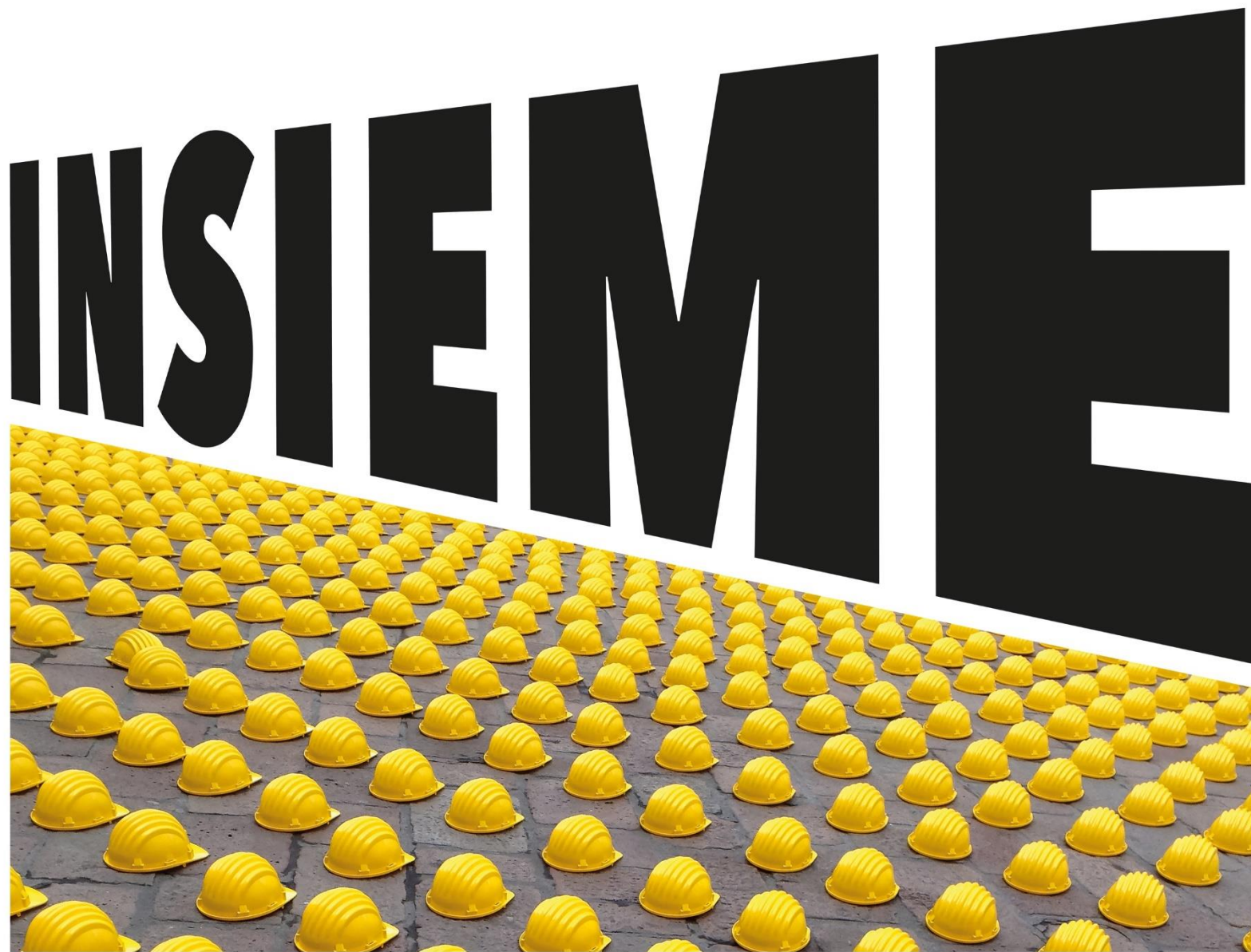
**Il ruolo del Medico
Competente**

Dott. Marco Tibiletti

Associazione Nazionale Medici

d'Azienda e Competenti (ANMA)

Segretario Sezione Regione Lombardia



PER UN LAVORO SANO E SICURO

Piano Nazionale di Prevenzione 2020(21)-2025

- PROMOZIONE DELLA QUALITA', DELL'APPROPRIATEZZA E DELL'EFFICACIA DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA PREVENTIVA E PERIODICA SVOLTA DAI MEDICI COMPETENTI – si fa esplicito riferimento all'Art. 40 del D.Lgs. 81/08 e all'Allegato 3B
- L'Allegato 3B diventa uno degli elementi che concorrono a definire il processo qualitativo, l'efficacia e l'appropriatezza della sorveglianza sanitaria e conseguentemente uno strumento imprescindibile nell'operato del M.C.?

La diatriba intorno all'Allegato 3B

- Da una parte i sostenitori dello strumento riconoscono l'efficacia ed il merito
- Dall'altra i detrattori che lo identificano quale ulteriore adempimento in carico al Medico Competente (M.C.) e strumento di controllo

Quali dovrebbero essere le principali finalità

- Fornire agli Enti competenti un flusso informativo per realizzare le mappature dei rischi occupazionali del territorio e dei danni da lavoro e la conseguente elaborazione statistica dei dati raccolti
- Consentire sulla base della sua valenza epidemiologica, l'individuazione delle priorità e la conseguente corretta allocazione delle risorse in ottica preventiva
- Consentire agli ENTI una verifica di congruenza nell'attuazione dei protocolli sanitari in funzione dei rischi a cui i lavoratori sono esposti
- Consentire al M.C. una verifica dell'andamento delle condizioni di salute di una determinata popolazione lavorativa confrontandola con una popolazione di riferimento dello stesso settore produttivo

Qual è la posizione di ANMA

- Preso atto che fa parte degli adempimenti in capo al Medico Competente, allorquando codificato dal D.Lgs. 81/08, e delle sue finalità, lo strumento presenta a nostro avviso dei **limiti** e delle **criticità**

Alcuni limiti...

- Le informazioni fornite potrebbero non sempre essere accurate per imprecisioni di caricamento da parte del MC (non solo per negligenza del MC ma per anche per oggettive difficoltà nella rappresentazione dei rischi di popolazione sorvegliata a causa dell'elevato turnover inter-mansione aziendale, come spesso accade in realtà organizzative complesse)
- I rischi contemplati non sempre sono rappresentativi della totalità dei rischi aziendali (si pensi ad esempio ai rischi legati alle attività in trasferta, ai rischi da lavoro in altezza, ai rischi da lavoro su turni con numero di notti < 80/anno)

Alcuni limiti...

- L'indicatore 'idoneità', da solo, non tiene conto di variabili di popolazione legate non strettamente al rischio mansione ma più a condizioni individuali predisponenti (ipersuscettibilità) che potrebbero influenzare le percentuali di lavoratori con idoneità parziali (si pensi alle ricadute delle patologie cardiovascolari, metaboliche, neurodegenerative, ecc. legate all'invecchiamento)
- Il dato sul codice ATECO, utile ai fini del confronto tra settori produttivi, non è sempre presente trattandosi di un campo non obbligatorio nella compilazione da parte del medico competente e peraltro non sempre di facile reperibilità.

Alcuni limiti...

- Il dato relativo alle malattie professionali, considerata la sua complessità, è corretto che sia ridotto ad una sintesi così estrema e acritica?
 - alcune malattie professionali potrebbero non essere note al M.C. (primi certificati non elaborati dal M.C., mancata segnalazione di denuncia da parte dell'azienda e contestuale mancata richiesta documentale da parte degli Enti per la specifico caso)
 - alcune malattie professionali potrebbero non avere alcuna correlazione con il contesto aziendale di riferimento (esposizioni pregresse)
 - Il Medico che elabora più primi certificati è colui che lavora meglio?
- Il dato relativo alle dipendenze espresso come numero puro e semplice di casi rilevati che elementi di ritorno può dare? E' utile per il M.C. presentare un dato così 'grezzo'?

Alcuni limiti...

- Non sempre c'è sovrapposizione tra i dati della relazione sanitaria annuale e i dati elaborati per l'Allegato 3b (soprattutto quando vengono impiegati alcuni SW di cartella sanitaria informatizzata per via dei differenti criteri di elaborazione del dato tra un documento e l'altro)

Alcune criticità...

- Qual è, ai fini del miglioramento del processo di sorveglianza sanitaria, il ritorno del dato che il M.C. elabora e condivide con gli ENTI?
- Qual è il ruolo del M.C. nella elaborazione dell'Allegato 3B:
 - svolge esclusivamente una funzione nell'ambito del suo rapporto contrattuale con l'azienda
 - oppure
 - opera anche in altre vesti?

Alcune criticità...

- Siamo certi che l'elaborazione statistica del solo dato relativo all'idoneità' possa essere inteso quale indicatore dello stato di salute di un'azienda e di qualità, efficacia ed appropriatezza della sorveglianza sanitaria?
- Molti fattori (quali l'età media di popolazione aziendale o il tipo di contesto aziendale), non strettamente legati all'esposizione ad un rischio lavorativo e alle specificità dei protocolli sanitari adottati, possono avere ricadute sull'idoneità e quindi influenzare il dato finale in modo indipendente.

Cosa dovrebbe essere per il M.C.

- Uno strumento che mediante un ritorno del dato consenta di confrontarsi con popolazioni di settori merceologici simili ed avere supporto nella scelta di adeguate strategie di pianificazione della sorveglianza sanitaria
- Uno strumento che ponga spunti di riflessione al M.C.
- Uno strumento che fornisca ulteriori dati che possano avere utilità nella presentazione della relazione sanitaria annuale durante la riunione ai sensi Art. 35 D.Lgs. 81/08

Cosa dovrebbe essere per il M.C.

- Siamo certi che ad oggi questi desiderati elementi di ritorno ci siano?

Cosa non dovrebbe essere per il M.C.

Uno strumento di controllo dell'operato del M.C. da parte degli Enti di vigilanza

Come potrebbe essere migliorato

- Dovremmo uscire dall'osservazione universale e dalla frequenza annuale per entrare in una visione di studio epidemiologico per esempio progettato per codice ATECO (quindi diversificata per comparto) e per un periodo di riferimento:
 - Deve essere quindi: un progetto definito, circoscritto nel tempo, circostanziato e allo stesso tempo più approfondito.
 - Il progetto deve avere dei tempi di realizzazione che vanno dall'annuncio, alla definizione degli obiettivi e delle modalità operative, alla raccolta dati, alla restituzione dei dati.

Come potrebbe essere migliorato

- Gestione di concerto con l'azienda (e quindi con intervento diretto del datore di lavoro) per i dati che le competono
- Deve rientrare fra le competenze elettive del medico competente e deve essere strumento qualificante del sistema prevenzionistico aziendale e come tale deve essere riconosciuta al MC, anche in termini contrattuali (si tratta di ore o giorni di lavoro).

Cosa ci piacerebbe

- Che la valutazione dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti avvenisse non solo attraverso l'Allegato 3b
- Poterci confrontare con le Istituzioni (in primis gli Organi Istituzionali Legiferanti) per affinare lo strumento e poterne apprezzare veramente, in termini di ritorno del dato, l'efficacia nel miglioramento dell'operato del M.C.

Grazie per l'ascolto!