



**ANMA – ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D’AZIENDA E
COMPETENTI**
20123 MILANO – VIA SAN MAURILIO, 4
TEL. 02 86453978 – FAX 02 86913115
E-MAIL: MAURILIO@MCLINK.IT – WEB: WWW.ANMA.IT
P.IVA 11166800158

**International Panel
sullo Sviluppo della
Cultura e della
Legislazione a livello
Internazionale,
dell’Unione Europea e in
Italia in ambito OS, H & E**

***International Panel
sullo Sviluppo della Cultura e della Legislazione a livello Internazionale,
dell’Unione Europea e in Italia in ambito OS, H & E***

**Roma, 31 ottobre 2014
Parlamento italiano, Palazzo Marini Sala Mercede**

**“Lo sviluppo della prevenzione e della tutela della salute e della
sicurezza sul lavoro in Europa. Attualità e prospettive”**

Elaborato dal Direttivo ANMA:

G. Briatico-Vangosa	–	Presidente
U. Candura	-	Vice Presidente
D. Ditaranto	-	Segretario Nazionale
L. Aversa	-	Consigliere
D. Bontadi	-	Consigliere
R. Donghi	-	Consigliere
A. Farabi	-	Consigliere
G. Olivetti	-	Consigliere
F. Origlia	-	Consigliere
P.A. Patanè	-	Consigliere
M. Sabbatucci	-	Consigliere
M. Saettone	-	Consigliere
M. Santucci	-	Consigliere
S. Taliercio	-	Consigliere
M. Valsiglio	-	Consigliere



**ANMA – ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D’AZIENDA E
COMPETENTI**
20123 MILANO – VIA SAN MAURILIO, 4
TEL. 02 86453978 – FAX 02 86913115
E-MAIL: MAURILIO@MCLINK.IT – WEB: WWW.ANMA.IT
P.IVA 11166800158

**International Panel
sullo Sviluppo della
Cultura e della
Legislazione a livello
Internazionale,
dell’Unione Europea e in
Italia in ambito OS, H & E**

Il Convegno promosso dalla CIIP è un’occasione per rinverdire quanto presentato nel tempo dalla nostra Associazione sul percorso di applicazione della Direttiva europea 391/89, cosiddetta *quadro o madre*, con particolare riferimento al ruolo e alle responsabilità del “*Medico competente*” o “*Occupational Physician*” o “*Mèdecine du Travail*”, termini che non sono solo un’espressione linguistica ma assumono una precisa valenza. Lo sviluppo della Medicina del Lavoro in Europa e nel mondo, e di quella “aziendale” in particolare, hanno avuto percorsi diversi. La figura dello specialista in Medicina del Lavoro e del Medico Competente d’Azienda presentano ancora oggi notevoli differenze sia nei vari Stati membri dell’Unione Europea che nei diversi paesi del mondo, poiché fortemente influenzati dalle caratteristiche socio-economiche nonché culturali dei differenti contesti (Muzi G. et Al, 2000).

Infatti nella Comunità Europea non esiste ad oggi, a distanza di 25 anni dalla promulgazione della Direttiva 391, una perfetta coincidenza tra la figura dell’*Occupational Physician*, del *Mèdecine du Travail* o delle altre figure sanitarie di altri Stati dedicate alla tutela della salute dei lavoratori e quella del nostro Medico Competente, nonostante la legislazione di base comune e la globalizzazione del mercato.

Restano ancora aperte le conclusioni tratte dal rapporto del 2002 di Dotan e van Waarden su “*Occupational Health and Safety in the UE Member States*”, che indicava la lentezza del processo di armonizzazione lanciato dalla direttiva 89/391/EEC sia lungo, ancorato e rispettoso delle esigenze e della cultura nazionale.

Se oggi la trasposizione delle direttive comunitarie si può ritenere conclusa, non altrettanto è la armonizzazione dell’applicazione del concetto di servizio multidisciplinare di prevenzione definito nella Direttiva 391/89.

Questo modello ci aiuta a collocare in due distinti blocchi di insieme le competenze del medico nel sistema di prevenzione aziendale:

- ✓ un primo insieme, rappresentato da Austria, Belgio, Francia, Grecia, Italia, Spagna, dove prevale la cultura della *Health*. La figura del “medico aziendale competente” assume maggior rilievo, tanto è vero che è obbligatoria (*mandatory*);
- ✓ un secondo insieme, rappresentato prevalentemente da Paesi nord-europei quali Danimarca, Finlandia, Irlanda, Svezia, UK e da Germania, dove prevale la cultura della *Safety*. Qui la



**ANMA – ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D’AZIENDA E
COMPETENTI**
20123 MILANO – VIA SAN MAURILIO, 4
TEL. 02 86453978 – FAX 02 86913115
E-MAIL: MAURILIO@MCLINK.IT – WEB: WWW.ANMA.IT
P.IVA 11166800158

**International Panel
sullo Sviluppo della
Cultura e della
Legislazione a livello
Internazionale,
dell’Unione Europea e in
Italia in ambito OS, H & E**

figura del medico non è obbligatoria, non ha valenza specialistica ed è meno coinvolta sul fronte della valutazione del rischio che è appannaggio dei cosiddetti “*health professionals*”, generalmente igienisti industriali.

Per semplificare, in Europa i modelli organizzativi per dare corpo al concetto di servizio multidisciplinare di prevenzione sono riconducibili a due insiemi: un primo insieme rappresentato dai Paesi del nord Europa (Danimarca, Finlandia, Svezia, UK, Germania) dove la componente medica, la “*Health*”, trova espressione e integrazione nella componente “*Safety e Hygiene*”; un secondo insieme che comprende Austria, Belgio, Francia, Grecia, Italia e Spagna dove il medico è una espressione autonoma della componente “*Health*”, non sempre integrata nell’organizzazione aziendale, come auspicato dalla nostra Associazione fin dal 1997 con la pubblicazione del “Codice di comportamento del medico d’azienda e competente” che all’articolo 1 recita “*Il Medico competente è il medico nominato dal datore di lavoro che inserito nel contesto aziendale per il perseguimento delle finalità generali dell’impresa, attraverso la specifica conoscenza dell’organizzazione aziendale, collabora con il datore di lavoro all’attuazione di quanto necessario affinché l’attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute dei lavoratori e per la piena applicazione delle politiche aziendali di tutela della sicurezza e salute dei lavoratori. A tal fine il medico che opera in azienda è uno specialista esperto in Medicina del Lavoro la cui “competenza” è caratterizzata da una specifica cultura, esperienza e responsabilità professionale*”.

Ben sappiamo che il nostro Paese è stato la culla della Medicina del Lavoro a partire dalle osservazioni descritte nel 1700 dal patologo parmense Bernardino Ramazzini (1633-1714), il quale pose le basi scientifiche della nostra disciplina analizzando il nesso tra esposizione lavorativa e patologie ad essa associate. E’ affascinante leggere l’attualità e la freschezza delle osservazioni e del pensiero di Bernardino Ramazzini scorrendo le pagine del suo *De Morbis Artificum Diatriba*, come non possiamo dimenticare che il primo congresso internazionale di Medicina del Lavoro, tenuto a Milano nel 1906, rappresenta un ulteriore primato del nostro Paese, così come la costituzione della prima aggregazione scientifica internazionale della disciplina –oggi chiamata *International Commission on Occupational Health (ICOH)*.

ESEMPI DI ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI MEDICINA OCCUPAZIONALE IN EUROPA

Come prima accennato, la differente organizzazione dei servizi di prevenzione (*Occupational Health and Safety Services –OHS*) negli Stati membri dell’Unione Europea, ed in particolare del contesto



**ANMA – ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D’AZIENDA E
COMPETENTI**
20123 MILANO – VIA SAN MAURILIO, 4
TEL. 02 86453978 – FAX 02 86913115
E-MAIL: MAURILIO@MCLINK.IT – WEB: WWW.ANMA.IT
P.IVA 11166800158

**International Panel
sullo Sviluppo della
Cultura e della
Legislazione a livello
Internazionale,
dell’Unione Europea e in
Italia in ambito OS, H & E**

sociale e culturale in cui si sviluppa ruolo, attività e responsabilità dell’*Occupational Physician*, è un secondo e decisivo indicatore che testimonia quanto sia lento il progredire del processo di armonizzazione.

Fra i diversi modelli applicati quello olandese e francese sono i più paradigmatici.

IL MODELLO OLANDESE

Il modello olandese rappresenta un esempio organico di gestione della salute e della sicurezza mediante un team multidisciplinare.

1600 “*Occupational Health Physicians*” certificati/registrati

420 “*Occupational Health Physicians*” in formazione

Popolazione al lavoro: circa 1,5 milioni. Rapporto 1:750 (dati non aggiornati)

REQUISITI PROFESSIONALI E PERCORSO FORMATIVO PER LA QUALIFICAZIONE

4 anni di training specialistico da effettuare sotto il coordinamento di una università medica, dopo il corso legale, consistente in:

frequenza di un servizio di “*Occupational Health (OH)*”;

partecipazione 1 giorno/settimana a lezioni/workshops presso un Istituto Scientifico di *Occupational Health*;

periodo di training di 13 settimane presso servizi di *Occupational Health* di aziende, compagnie assicurative, enti statali e di regolamentazione;

discussione di una tesi su argomento di medicina del lavoro.

Rinnovo della registrazione:

ogni 5 anni;

condizioni: aver svolto effettivamente l’attività di “*Occupational Health Physicians*” per almeno 8 ore la settimana nei precedenti 5 anni;

aver partecipato attivamente a corsi di aggiornamento riconosciuti per almeno 40 ore/anno.

REGOLAMENTAZIONE DEI SERVIZI DI “*OCCUPATIONAL HEALTH (OH)*” IN OLANDA

a) le attività di *Occupational Health* e la organizzazione del servizio che eroga questa attività sono regolamentate dalla legge;

- b) ogni datore di lavoro ha l'obbligo di organizzare un servizio di *OH* per i propri dipendenti;
c) l'organizzazione ed il contenuto delle prestazioni sono descritte dalla legge (*ARBO Law*);
d) un servizio di *OH* deve obbligatoriamente erogare le seguenti prestazioni:
- gestione dell'assenteismo per malattia,
 - attività di sorveglianza sanitaria,
 - identificazione e valutazione dei rischi,
 - attività di consultazione.

REQUISITI DEI SERVIZI DI “*OCCUPATIONAL HEALTH (OH)*”

i Servizi *OH* sono costituiti obbligatoriamente da 4 figure specialistiche:

- ✓ igienista industriale
- ✓ esperto di personale ed organizzazione
- ✓ esperto di safety (sicurezza)
- ✓ Occupational Physician.

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Servizi intra/inter-aziendali (di solito nelle grandi aziende). Il medico è in questo caso generalmente un dipendente;

Strutture private di servizio. In questo caso il medico agisce in associazione con altri professionisti o come libero professionista.

IL MODELLO FRANCESE

Il sistema francese rappresenta un secondo paradigma centrato sulla gestione organica della medicina occupazionale e delle attività del medico aziendale a livello centrale, territoriale ed aziendale. E' il modello più evoluto e sviluppato in modo organico che poggia le proprie basi sulla legge istitutiva dei Servizi Aziendali di Prevenzione e Protezione che risale al 1946. E' interessante notare come, già in tale data, la nozione di servizio di prevenzione comprendesse due

servizi: quello di medicina occupazionale (*Health*) e quello di sicurezza (*Safety*). Il sistema si è ovviamente evoluto nel corso degli anni, ma ha peccato di “nazionalismo”, come del resto accade spesso; tanto che a 10 anni dalla trasposizione della direttiva 89/391 esso non si basa ancora sul concetto di “multidisciplinarietà” stabilito dall’articolo 7 della Direttiva. Per tale motivo è in corso un procedimento di infrazione.


E’ però interessante notare come il medico aziendale rimane il responsabile del monitoraggio dell’ambiente di lavoro, a differenza di quanto avviene in altri Stati dell’Unione Europea siano essi compresi nel primo o nel secondo insieme del nostro esempio.

In Francia il medico aziendale è una figura obbligatoria, retribuita dal datore di lavoro. Opera in staff ed è parte attiva del comitato aziendale per la prevenzione.

Egli ha l’obbligo di dedicare almeno il 30% del proprio tempo ad attività di prevenzione “non strettamente sanitarie”: visitare i luoghi di lavoro su base regolare; analizzare e suggerire soluzioni preventive per ogni mansione specifica.

Per le aziende con più di 10 dipendenti deve redigere obbligatoriamente una relazione annuale sull’attività eseguita e sulla pianificazione delle attività per l’esercizio successivo. Tale relazione comprende un report di carattere finanziario assieme al registro dei rischi presenti in azienda e dei lavoratori ad essi sottoposti. Il documento è presentato al datore di lavoro, al comitato aziendale per la prevenzione ed è messo a disposizione dell’Ispettorato del lavoro.

E’ dunque un documento ufficiale che fa del medico aziendale una figura “istituzionale”.

 <p>Associazione Nazionale MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI</p>	<p>ANMA – ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI 20123 MILANO – VIA SAN MAURILIO, 4 TEL. 02 86453978 – FAX 02 86913115 E-MAIL: MAURILIO@MCLINK.IT – WEB: WWW.ANMA.IT P.IVA 11166800158</p>	<p>International Panel sullo Sviluppo della Cultura e della Legislazione a livello Internazionale, dell'Unione Europea e in Italia in ambito OS, H & E</p>
---	--	---

La Medicina Occupazione in Francia (dati non aggiornati)

- 1327 servizi di medicina occupazionale e sicurezza
- 827 servizi interni alle aziende
- 400 servizi in joint
- 6482 “mèdicine du travail”

**LA FIGURA DEL MEDICO AZIENDALE: LA POSIZIONE DELLE ASSOCIAZIONI NAZIONALI DEGLI
“OCCUPATIONAL PHYSICIANS”**

Come prima detto lo sviluppo della Medicina del Lavoro in Europa e nel mondo, e di quella “aziendale” in particolare, hanno avuto però percorsi diversi. L'Italia è la culla della Medicina del Lavoro, ma anche in gran parte dell'area dell'Unione Europea e dei paesi del Nord America esiste una pluriennale tradizione di Medicina del lavoro influenzata dalla scuola medica di origine anglofona, oltre che dal contesto socio-economico come prima accennato.

Ne deriva che l'insegnamento della Medicina del Lavoro in Europa, e ancor più nel mondo, è confinato a poche università e spesso inserito nell'ambito della medicina sociale, tanto che non esiste in molti Stati una definita figura di specialista, e che la figura del “medico competente”, così come definita dalla nostra normativa, risulta unica nello scenario europeo e mondiale. Da ciò una pratica della Medicina del Lavoro a livello aziendale con contenuti e finalità differenti rispetto al nostro modello.

Allo scopo di avvicinare la cultura europea alla ricerca di soluzioni condivise il 12 giugno 1998 è stata fondata a Bruxelles l'E.N.S.O.P – *European Network of Society of Occupational Physicians*-, su proposta dell'ICOH (Conferenza di Stoccolma, settembre 1996), quale rete associativa delle Associazioni Nazionali Europee dei Medici del Lavoro Aziendali e di cui l'ANMA è stato socio fondatore, ha pubblicato nella “Carta Europea della Medicina Occupazionale” la posizione condivisa delle Società Nazionali. Il documento si sviluppa in 11 punti che dettagliano il ruolo, i compiti e le responsabilità dell'*Occupational Physician*

- Si sottolineano alcune affermazioni:
- gli associati devono essere medici qualificati nella disciplina;
- essi possono “praticare” la loro attività in “*a wide range of other settings*”, ovvero nelle forme più varie, svolgendo la propria attività nei servizi sanitari aziendali, o in servizi

multi-societari, come in ogni altra forma ammessa dall'etica professionale e dalle prassi nazionali;

- L'*Occupational Physician* ha un ruolo di “*advisory towards employers and employees*”, cioè un ruolo di consigliere del datore di lavoro e del lavoratore. Egli lavora in un team multi-disciplinare composto da “*occupational health nurses*”, professionisti della sicurezza, ergonomi, igienisti industriali e gli altri tecnici del sistema di prevenzione. I medici “giocano” un ruolo di consulenza nei comitati sulla salute e sulla sicurezza;
- L'*Occupational Physician* adotta alti standard qualitativi partecipando allo sviluppo degli stessi e cura il proprio aggiornamento professionale.

Va precisato che l'enunciato di ENSOP si ispira alla Convenzione n. 161 dell'ILO del 1985 che attribuisce ai servizi di medicina del lavoro la *mission* :

- ✓ *identificare e valutare i rischi per la salute nei luoghi di lavoro;*
- ✓ *controllare i fattori di rischio che possono avere effetti sulla salute dei lavoratori negli ambienti di lavoro e durante le attività;*
- ✓ *dare consulenza sulla pianificazione ed organizzazione del lavoro, comprese le caratteristiche degli ambienti, la scelta e manutenzione delle macchine, le attrezzature e i prodotti utilizzati nel lavoro;*
- ✓ *partecipare allo sviluppo di programmi per il miglioramento dei processi lavorativi, come test e valutazioni del rischio per la salute di nuove apparecchiature, processi, ecc;*
- ✓ *dare consulenza sui rischi per la salute, sicurezza e igiene del lavoro, sull'ergonomia e sui dispositivi di protezione collettiva ed individuale;*
- ✓ *praticare la sorveglianza sanitaria dei lavoratori in relazione ai fattori di rischio lavorativo;*
- ✓ *promuovere il concetto di adattamento del lavoro al lavoratore;*
- ✓ *contribuire alle misure di riabilitazione professionale;*
- ✓ *collaborare alle attività di informazione e formazione sui rischi per la salute, sull'igiene e sull'ergonomia;*
- ✓ *organizzare le misure di primo soccorso ed emergenza;*
- ✓ *partecipare all'analisi degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali.*
- ✓ *Gli obiettivi del servizio sanitario aziendale e del medico competente si compendiano in:*
- ✓ *promuovere un ambiente di lavoro sano e sicuro;*
- ✓ *promuovere la riduzione dell'incidenza delle malattie correlate al lavoro e degli infortuni;*
- ✓ *promuovere l'innalzamento del livello di salute nelle comunità lavorative.*

ENSOP ha lavorato con profitto per alcuni anni per poi disperdere il capitale di conoscenza e esperienza acquisito a testimonianza della difficoltà di esprimere un linguaggio comune e condiviso.



ANMA – ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D’AZIENDA E
COMPETENTI
20123 MILANO – VIA SAN MAURILIO, 4
TEL. 02 86453978 – FAX 02 86913115
E-MAIL: MAURILIO@MCLINK.IT – WEB: WWW.ANMA.IT
P.IVA 11166800158

*International Panel
sullo Sviluppo della
Cultura e della
Legislazione a livello
Internazionale,
dell’Unione Europea e in
Italia in ambito OS, H & E*

IL MODELLO ITALIANO

Logica funzionale del Medico competente

Gli articoli 25, “*obblighi del medico competente*”, e 41 “*sorveglianza sanitaria*”, del D. Lgs. 81/08 e s.m.i., rappresentano le pietre angolari della funzione e del ruolo del Medico competente, fissando obblighi e responsabilità. E’ opportuno rimarcare che il Medico competente è tale solo a seguito della sua “nomina” da parte del datore di lavoro o del dirigente delegato ai sensi dell’articolo 18, comma 1, lettera a) del medesimo decreto. In altre parole il possesso dei requisiti dettagliati dall’articolo 38 è *conditio sine qua non* per poter essere nominati medico competente, così come la “nomina” lo è per esercitarne la funzione.

L’articolo 25 suddivide in tre aree i compiti e gli obblighi del Medico competente:

- autonomo-operativa;
- autonomo-informativa;
- collaborativa e partecipativa.

L’area autonomo-operativa comprende i compiti propri del medico, quali ad esempio:

- gestione della sorveglianza sanitaria attraverso la tipologia di interventi elencati nell’articolo 41 (accertamenti preventivi anche in fase preassuntiva, periodici, di cambio mansione; alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti; su richiesta del lavoratore e al rientro del lavoratore dopo 60 giorni consecutivi di assenza per malattia);
- istituzione e aggiornamento della cartella sanitaria e di rischio conforme all’allegato 3 A e sua consegna al datore di lavoro alla cessazione dell’incarico e al lavoratore alla cessazione del rapporto di lavoro;
- espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica e consegna dello stesso al lavoratore e al datore di lavoro;
- visita degli ambienti di lavoro e partecipazione alla programmazione del controllo dell’esposizione dei lavoratori;

L’area autonomo-informativa comprende compiti, quali:

- informare ogni lavoratore sul significato degli accertamenti sanitari cui è sottoposto, illustrando la necessità di sottoporvisi anche in caso di cessazione dell’attività lavorativa per esposizione ad agenti a lungo termine fornendo altresì, a richiesta, informazioni analoghe ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- informare i singoli lavoratori sui risultati degli accertamenti sanitari cui sono sottoposti, rilasciando, a richiesta dell’interessato, la documentazione relativa;
- comunicare per iscritto, in occasione della riunione periodica ex articolo 35, i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria e fornire indicazioni sul significato del loro risultato ai fini dell’attuazione delle misure per tutelare la salute e l’integrità psico-fisica dei lavoratori;
- trasmettere ai servizi competenti per territorio le informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, secondo il modello 3 B, ai sensi del comma 1 dell’articolo 40 del D.Lgs. 81/08.

L'area collaborativa e partecipativa.

Comprende una serie di compiti da attuare in concorso con il datore di lavoro ed il servizio di prevenzione e protezione:

- collaborare, primo fra tutti, alla valutazione dei rischi;
- collaborare all'attività di formazione e informazione nei confronti di lavoratori, per la parte di competenza
- collaborare alla predisposizione ed attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori;
- collaborare all'organizzare del servizio di primo soccorso;
- collaborare all'attuazione e alla valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute", secondo i principi della responsabilità sociale.

I fattori critici di successo per qualificare e dare efficacia al progetto di prevenzione sono dunque:

- l'organizzazione della sorveglianza sanitaria
- la collaborazione alla valutazione del rischio.

La "sorveglianza sanitaria", aspetto centrale dell'attività di sanitario aziendale del Medico competente, è definita dal Testo Unico come l' "*insieme degli atti medici, 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*" (art. 2 c. 1 lett. m).

Non va peraltro dimenticato che il medesimo decreto ha introdotto anche una definizione "salute" che è di notevole rilevanza ai fini dell'inquadramento dell'ampiezza degli obblighi posti in capo al medico competente dalla normativa di salute e sicurezza sul lavoro: tale definizione, mutuata da quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, prevede infatti che la salute sia identificata con lo "*stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità*" (art. 2 c. 1 lett. o) D.Lgs. 81/08).

Per la verità nel D. Lgs. 81/08 e s.m.i. sono numerose le disposizioni (articolo 2, comma 1, lettera h); articolo 18 comma 1, lettere d), g) e comma 2; articolo 25 comma 1 lettera a); articolo 28 comma 2 e articolo 29 comma 1) dalle quali traspare la volontà da parte del legislatore di vincolare maggiormente rispetto al passato il Medico competente all'attività di valutazione dei rischi e, più in generale, alle attività di natura collaborativa con il superamento del solo obbligo di natura strettamente professionale di effettuazione della sorveglianza sanitaria.



**ANMA – ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D’AZIENDA E
COMPETENTI**
20123 MILANO – VIA SAN MAURILIO, 4
TEL. 02 86453978 – FAX 02 86913115
E-MAIL: MAURILIO@MCLINK.IT – WEB: WWW.ANMA.IT
P.IVA 11166800158

**International Panel
sullo Sviluppo della
Cultura e della
Legislazione a livello
Internazionale,
dell’Unione Europea e in
Italia in ambito OS, H & E**

Pertanto dal D. Lgs 81/08 e s.m.i. emerge una forte volontà di integrazione del Medico competente nel sistema di prevenzione aziendale. Non a caso, come prima ricordato, il Codice di Comportamento del Medico d’Azienda e Competente, pubblicato dall’ANMA nel 1997, nel descrivere la “missione” del medico competente, recita: *“Il Medico competente è il medico nominato dal datore di lavoro che inserito nel contesto aziendale per il perseguimento delle finalità generali dell’impresa, attraverso la specifica conoscenza dell’organizzazione aziendale, collabora con il datore di lavoro all’attuazione di quanto necessario affinché l’attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute dei lavoratori e per la piena applicazione delle politiche aziendali di tutela della sicurezza e salute dei lavoratori. A tal fine il medico che opera in azienda è uno specialista esperto in Medicina del Lavoro la cui “competenza” è caratterizzata da una specifica cultura, esperienza e responsabilità professionale”*

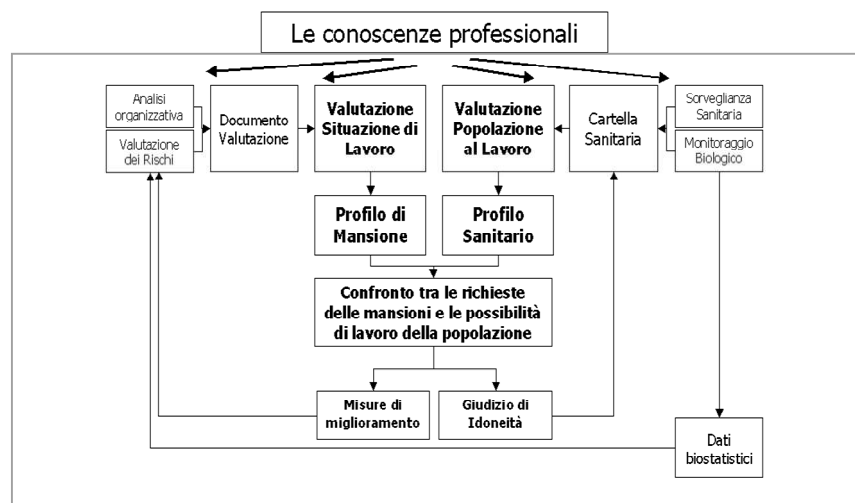
L’obbligo del medico competente di collaborare alla valutazione dei rischi discende dall’articolo 25 del D.Lgs. 81/08, *“obblighi del medico competente”*, che definisce - in maniera assai potenziata rispetto al passato. Infatti *“il medico competente collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, all’attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza, e alla organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro. Collabora inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di “promozione della salute”, secondo i principi della responsabilità sociale”*.

La valutazione dei rischi, ovvero il processo di identificazione e di valutazione dei rischi che derivano dai pericoli presenti sul luogo di lavoro cui possono conseguire effetti sulla salute dei lavoratori ad essi esposti, è la “cerniera” che consente al Medico competente di attuare azioni coerenti per l’attuazione di tutti i suoi compiti, compresa la sorveglianza sanitaria.


L’estensione della valutazione dei rischi anche a quelli per i terzi (Legge 125/01 (8); Provvedimenti della Conferenza Stato – Regioni del 16 marzo 2006, 30 ottobre 2007 e 18 settembre 2008 (9; 10); articolo 41, comma 4 del D. Lgs 81/08), assume una dimensione particolarmente significativa considerato che l’espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica, output principale di

tutta la filiera produttiva del medico competente, non si basa solo sul rapporto diretto rischio-effetto sulla salute dell'esposto, ma sulla situazione generale di salute del lavoratore. Infatti da anni si parla di “logica funzionale del medico competente” intendendo con tale terminologia da una parte il processo di qualificazione dei rischi presenti nell'ambiente di lavoro e dall'altra la compatibilità del lavoratore a svolgere quello specifico mosaico di attività che compone la mansione lavorativa , come illustrato in figura

Logica funzionale del medico competente



Il processo logico che il Medico competente deve quindi sviluppare inizia dalla conoscenza, dall'aggiornamento continuo e dall'approfondimento delle “conoscenze di base”, ovvero di quel complesso di conoscenze generali ma indispensabili per svolgere il proprio compito, continua con l'analisi delle situazioni di pericolo, di rischio e di rischio residuo presenti nell'ambiente di lavoro e sfocia nell'approfondimento della specifica attività esercita dal singolo lavoratore, poiché è questi che

 <p>Associazione Nazionale MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI</p>	<p>ANMA – ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D’AZIENDA E COMPETENTI 20123 MILANO – VIA SAN MAURILIO, 4 TEL. 02 86453978 – FAX 02 86913115 E-MAIL: MAURILIO@MCLINK.IT – WEB: WWW.ANMA.IT P.IVA 11166800158</p>	<p>International Panel sullo Sviluppo della Cultura e della Legislazione a livello Internazionale, dell’Unione Europea e in Italia in ambito OS, H & E</p>
---	--	---

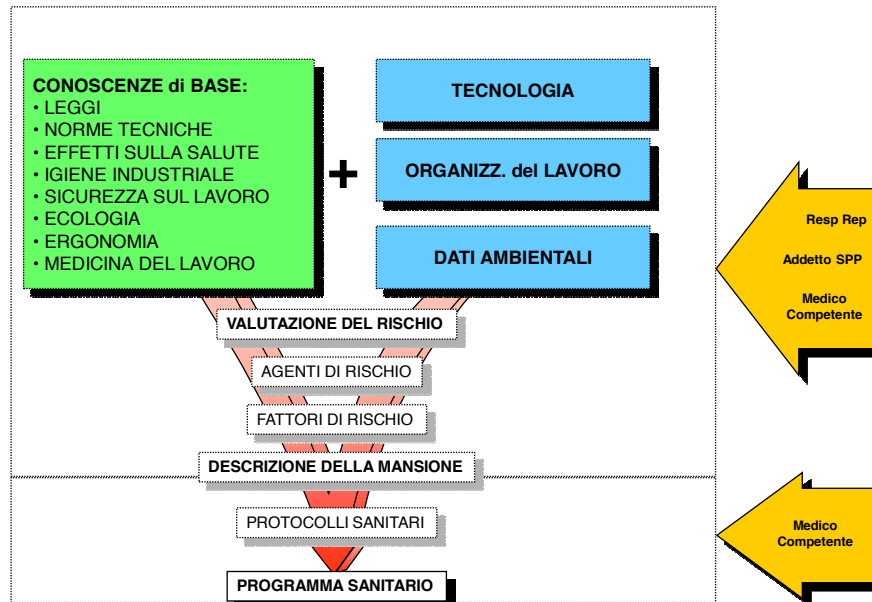
deve essere tutelato in funzione del rischio a cui è esposto e delle sue caratteristiche biologiche e di salute. Allo scopo lo schema riportato in figura mette a confronto due blocchi di analisi: la valutazione della situazione di lavoro che produce il “profilo di mansione” e la valutazione della situazione della popolazione al lavoro, che genera il “profilo sanitario della popolazione al lavoro e dell’individuo” la cui conoscenza permette al medico competente di motivare e operare quelle scelte di promozione della salute coerenti e rispettose delle buone pratiche diffuse dalla Unione Europea in tema di difesa dei lavoratori dalle malattie coniche sul lavoro, secondo gli indirizzi definiti dalla 9° iniziativa dell’ENWHP (European Network for Workplace Health Promotion) dedicata appunto alla promozione della salute per lavoratori affetti da malattie croniche.

L’output naturale della valutazione della situazione di lavoro è la formalizzazione del profilo rischio/mansione del lavoratore, atta a motivare e giustificare il percorso logico attuato dal medico competente per giungere alla formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Del resto, come noto, l’articolo 2, comma 1, lettera q), del D.Lgs. 81/08 definisce la “*valutazione dei rischi*” quale “*valutazione globale e documentata di tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori presenti nell’ambito dell’organizzazione in cui essi prestano la propria attività, finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza*”. Il recente accordo del 7 febbraio 2013 (12), tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante il titolo “Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati” rinforza la tesi prima espressa dichiarando che “ogni lavoratore deve essere classificato ad un proprio livello di rischio, riferito ovviamente all’esposizione all’infezione tubercolare, tenendo conto del rischio dell’area o presidio e della struttura, della specifica mansione e delle caratteristiche personali, tutti elementi che troviamo descritti nella figura precedente.

La conclusione è che il lavoro in team, rispettoso delle specifiche competenze e responsabilità, è il fattore critico di successo per attuare una prevenzione efficace ed efficiente, come del resto richiamato nelle buone pratiche del WHO e esemplificato nella figura che segue.

Chi fa cosa



Per concludere ci sembra importante ricordare la decisa volontà di inserimento e di integrazione del Medico competente nel sistema di prevenzione aziendale espressa dal D. Lgs 81/08 e dalle sue modifiche ed integrazioni.

Quali prospettive?

Sul tavolo della discussione pendono al momento una serie di questioni.

Un tema ricorrente è “semplificazione” normativa su cui ANMA ha diffuso le proposte ritenute funzionali al governo della prevenzione in azienda e che riteniamo di non dover riprendere in questa sede.

Un secondo tema è la formazione e a chi compete, che è sicuramente fattore critico di successo per realizzare la prevenzione, ambito di discussione spinoso perché non scevro di percorsi di business.

Un altro tema particolarmente sentito dal Medico competente è il rapporto con gli organismi di vigilanza, quelli *ob torto collo* con il Servizio sanitario nazionale pesantemente sanzionati, il sistema sanzionatorio nel suo insieme.

Sono tutti argomenti che devono essere convogliati, a nostro parere, nel tema più generale del modello di organizzazione della prevenzione in azienda.

Il modello olandese e francese, tra i tanti analizzati, sono paradigmatici: si reggono sul team work che nel nostro sistema si realizza con fatica.

Non possiamo nascondere che il binario della “*safety*”, quello della “*health*” e della “*hygiene*” talora, per non dire spesso, divergono fra loro. Non possiamo nascondere che l’analisi congiunta dei rischi, condizione essenziale e cerniera per mirare la prevenzione, è talora un obiettivo irraggiungibile.



**ANMA – ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D’AZIENDA E
COMPETENTI**
20123 MILANO – VIA SAN MAURILIO, 4
TEL. 02 86453978 – FAX 02 86913115
E-MAIL: MAURILIO@MCLINK.IT – WEB: WWW.ANMA.IT
P.IVA 11166800158

**International Panel
sullo Sviluppo della
Cultura e della
Legislazione a livello
Internazionale,
dell’Unione Europea e in
Italia in ambito OS, H & E**

Non possiamo neppure dimenticare che la CIIP è stata fondata da alcune Associazioni proprio per amalgamare le professioni della prevenzione e individuare un percorso comune e condiviso.

E’ un processo antico, da sempre sollecitato dai medici d’azienda che hanno fatta propria la riflessione del professor Enrico Vigliani, insigne maestro della Medicina del Lavoro, .in premessa a due volumetti sull’organizzazione dei servizi sanitari aziendali editi nel 1987 dal GLAMA –Gruppo Lavoro Medici Aziendali” e di cui si apprezza la freschezza:.

“La medicina d’azienda è un’arte particolare: è una medicina del lavoro che si differenzia per molti lati dalla medicina del lavoro classica, materia di studio nelle Facoltà Mediche, e per numerosi versi anche dalla specializzazione in medicina del lavoro, così come essa viene appresa nella maggior parte delle scuole universitarie. Presupposto della medicina aziendale è una profonda conoscenza dell’azienda, dei suoi pericoli per la salute, del suo funzionamento, presupposto è anche una stretta intesa con il management aziendale e i tecnici della sicurezza, una cordiale collaborazione con il consiglio di fabbrica , e una attitudine di comprensione e di aiuto verso i lavoratori. Ma questo non basta: un servizio medico aziendale ha bisogno di una organizzazione adeguata alle esigenze e all’ampiezza dell’azienda; ha bisogno di strumenti atti a misurare il rischio, ha bisogno di una buona conoscenza della selva di leggi e norme che regolano il lavoro”

L’autentica prospettiva per risolvere i nodi, piccoli e grandi, che affliggono i professionisti della prevenzione sta nel dialogo, nel confronto, nello spirito di servizio che è alla base del nostro dovere professionale.



**ANMA – ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D’AZIENDA E
COMPETENTI**
20123 MILANO – VIA SAN MAURILIO, 4
TEL. 02 86453978 – FAX 02 86913115
E-MAIL: MAURILIO@MCLINK.IT – WEB: WWW.ANMA.IT
P.IVA 11166800158

**International Panel
sullo Sviluppo della
Cultura e della
Legislazione a livello
Internazionale,
dell’Unione Europea e in
Italia in ambito OS, H & E**

Alcuni riferimenti bibliografici

- Dotan H., van Waarden F., *Occupational Health and Safety in the EU Member States. Implementation of the 89/391/EEC Framework Directive*. AWSB research papers, 2002/02 – The Netherlands.
- Muzi G., Murgia N., dell’Omo M., *Esperienze di formazione e accreditamento in ambito internazionale*. Atti 63° Congresso della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, Sorrento 8-11 Novembre, 2000. Folia Medica, 71-1: 83-100, 2000
- Papaleo B., Briatico G., Draicchio F., Gigli M., Magarotto G., Palmi S., Saia B., Signorini S., Volpin A., *Organizzazione dei servizi di Medicina del Lavoro pubblici e privati. Stato attuale e prospettive future*. Atti 63° Congresso della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, Sorrento 8-11 Novembre, 2000. Folia Medica , 71-1: 51-70, 2000.
- Sassi C. et Al., *Funzioni ed organizzazione dei Servizi Aziendali di Prevenzione*. Gruppo di Lavoro Medici Aziendali. Ed GTE, 1987: 13-37.
- UNI, *Linee Guida per un Sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro*. 2001
- Alessio L., Farina G. Il giudizio di idoneità lavorativa specifica: atto conclusivo della sorveglianza sanitaria. Med lav 2001; 92, 4: 227-238
- Ambrosi L: Il giudizio di idoneità al lavoro. In Ambrosi L., Foà V. (eds): Trattato di Medicina del Lavoro. Torino: Utet, 1996: 115-118
- Associazione Nazionale Medici d’Azienda e Competenti – ANMA -: Codice di Comportamento. Notiziario MA 1997: 10-15
- Baldratti G., Mossa F., Bernamonti M., Briatico-Vangosa G., Farina G., Macchi P.G., Visconti E. La caratterizzazione degli agenti di rischio. Proposta metodologica per la raccolta, l’organizzazione e l’elaborazione delle informazioni. Med Lav, 79: 269-279, 1988.
- Bertazzi PA., Toffoletto F., Pesatori AC: Problemi etici del monitoraggio biologico. In Alessio L., Bertazzi PA., Forni S. e coll: Il monitoraggio biologico dei lavoratori esposti a tossici industriali. Advances in Occupational Medicine. Aggiornamenti in Medicina Occupazionale. Pavia: Maugeri Foundation Books, 2000; 1: 403-413
- Boix P., Vogel L. Risk Assessment at Workplace. A Guide for Union Action. 1999, Ed. TUTB
- G. Briatico-Vangosa, G. Farina. M. Saettone. Il decreto legislativo del 2 febbraio 2002 n. 25: Considerazioni sulla valutazione del rischio per la salute. Atti Convegno Nazionale RisCh Prevenzione e Protezione da agenti chimici pericolosi 2002, 317-336.
- Commissione Europea – Direzione Generale Occupazione, Relazioni Industriali e Affari Sociali: Orientamenti sulla valutazione dei rischi sul lavoro. CECA-CE-CEEA, Bruxelles – Lussemburgo, 1996
- Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome, Consiglio Nazionale dell’Economia e del Lavoro. Atti del Convegno: L’applicazione del Dlsg 626 a distanza di sette anni: obiettivo o strumento? Roma, 27 febbraio 2002
- Coordinamento tecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro - Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome. Rapporto conclusivo del progetto di monitoraggio e controllo dell’applicazione del DLgs 626/94. Ed. Agenzia sanitaria regionale dell’Emilia-Romagna, novembre 2003.
- Decreto Legislativo 2 febbraio 2002, n. 25. Attuazione della direttiva 98/24/CE sulla protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori contro i rischi derivanti da agenti chimici durante il lavoro. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale, n. 57 dell’8 marzo 2002 – Serie generale, p. 58-67
- dm 27 aprile 2004 Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali “elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell’art. 139 del testo unico, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni ed integrazioni. GU n. 134 del 10 giugno 2004.
- Horst r.: Workplace Risk assessment. a comparative analysis of regulatory practices in five eu member states. 1996, norwich: environmental risk assessment unit, p. 45
- Giuliano G., Briatico-Vangosa G., Nava C., Valentino M., Arcangeli G., Farina G., Todaro A. e Governa M. Effetti biologici e quadri di patologia professionali da farmaci nei lavoratori dell’industria farmaceutica. Atti del 54° Congresso nazionale SIMLII, L’Aquila, 9-12 ottobre 1991, Monduzzi Ed. Bologna, p. 83-112
- Mosconi G., Cantoni S., Cassina T. (eds): atti del convegno la sorveglianza sanitaria in medicina del lavoro oggi. bergamo 19 marzo 1999. med lav. erg 2000, 22: 147-206
- Teichman R.F., Fallon L.F., Brandt Rauf P.W. Health effects on workers in pharmaceutical industry. Br. J. Ind. Med., 43: 199-205, 1988