



A.P.A.M.I.L.

**Associazione Piemontese e Aostana
di Medicina e Igiene del Lavoro**

Sezione interregionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale

Cari Soci,

come ricorderete il 27 gennaio scorso si è tenuto ad Asti il convegno LA TUTELA DELLA SALUTE DEI LAVORATORI: IL RUOLO DEL MEDICO DEL LAVORO NELLE AZIENDE E NEI SERVIZI DI PREVENZIONE promosso dalla nostra Associazione.

Nella introduzione all'evento si leggeva: "Il Convegno si rivolge a tutti i Medici del Lavoro: medici competenti, medici dei servizi, medici degli Istituti Previdenziali, medici ospedalieri e universitari. L'evento si propone come momento di confronto tra Medici del Lavoro che operano in campi troppo spesso ed erroneamente considerati "estranei" o, peggio, contrapposti". E' necessario che i Medici del Lavoro riconoscano di operare, in ogni campo, con l'unico fine comune di perseguire la tutela della salute dei Lavoratori. La giornata studio, arricchita da momenti di interazione e lavoro di gruppo, persegue l'ambizioso, ma non irrealizzabile, obiettivo di alimentare un dialogo proficuo tra tutti i Medici del Lavoro, volto a definire linguaggi comuni, metodi condivisi, reciproco sostegno e collaborazione in un ambito operativo già di per sé delicato ed impegnativo. A 60 anni dalla sua fondazione l'A.P.A.M.I.L. (Associazione Piemontese e Aostana di Medicina e Igiene del Lavoro) raccoglie le sfide della crisi globale e guarda al XXI secolo aprendo questo dialogo che non potrà concludersi con questo convegno ma che in esso troverà lo spunto per un cammino da sempre auspicato e troppo a lungo interrotto, aprendosi anche al confronto con le parti sociali ed i responsabili dei servizi di prevenzione e protezione".

Nel corso della giornata i 100 partecipanti, suddivisi in 5 gruppi, hanno attivamente discusso il tema "Come si fa – come si vorrebbe fare riguardo a collaborazione del Medico Competente alla Valutazione dei Rischi e predisposizione del protocollo di Sorveglianza Sanitaria", presentando i risultati in una serie di relazioni che sono state poi presentate e discusse in sessione plenaria.

Gli argomenti su cui i gruppi di lavoro erano chiamati ad esprimersi erano i seguenti:

Il M.C. collabora alla VdR, anche ai fini della ... (art. 25, comma 1, lettera a, D.L.gs 81/08). Quindi la sorveglianza sanitaria (S.S.) non è tutto, ma soprattutto, la collaborazione del M.C. non è esclusivamente finalizzata ad essa. Però il D.L. lo nomina solo se riscontra, durante il processo valutativo, l'eventuale necessità di ricorrere anche alla S.S. Quindi al M.C. può capitare di giungere a processi valutativi già iniziati, non preliminarmente condivisi, che poi conducono a risultati che ne condizionano l'attività, con importanti ricadute sull'efficacia della S.S., e, più in generale, della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori. Se il M. C. non condivide, per ragioni tecnico/scientifiche ed etico/deontologiche l'approccio valutativo, può, e se sì, come, manifestare il suo dissenso e proporre ed esigere le necessarie correzioni?
Il M.C. collabora alla VdR, anche ai fini della ... (art. 25, comma 1, lettera a, D.L.gs 81/08). Quindi la sorveglianza sanitaria (S.S.) non è tutto. Quali sono gli altri ambiti di intervento, durante la VdR, in cui la collaborazione del M.C. è da ritenersi irrinunciabile?
La collaborazione del M.C. alla stesura del D.V.R. deve essere formalizzata? E se sì dove e come (nel VdR stesso, parte generale; negli allegati specifici per ogni fattore di rischio, o per ogni ambiente omogeneo di lavoro/reparto produttivo, solo o anche nel protocollo sanitario, nella scheda mansioni)?
Il M.C. collabora alla VdR, anche ai fini della ... (art. 25, comma 1, lettera a, D.L.gs 81/08). Quindi sembrerebbe scontato che: prima si fa la VdR dopo si redige un protocollo di sorveglianza sanitaria che non può che essere correlato ai rischi valutati. E' lecito quindi, a Vostro avviso, iniziare comunque un'attività di sorveglianza sanitaria che si basi sulla vostra esperienza e sulle informazioni ricavate nel corso del sopralluogo preliminare, in attesa del D.V.R.? Se sì, quanto tempo lasciamo al D.L. per completare il processo valutativo e redigere il D.V.R.? Se il D.V.R. non arriva, come deve comportarsi il M.C.?
Il D.V.R. dovrebbe valutare <i>tutti</i> i rischi. Come sappiamo, nella pratica, non è così. E' lecito tenersi "larghi" nel protocollo di sorveglianza sanitaria e se sì per quanti ... anni?



A.P.A.M.I.L.

**Associazione Piemontese e Aostana
di Medicina e Igiene del Lavoro**

Sezione interregionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale

In aziende di medio/grosse dimensioni, può essere opportuna la nomina di più di un M.C. e, fra questi, di un M.C. Coordinatore. Alla luce anche della nota della Regione Piemonte del 22.07.2010, prot. N. 22719, quale funzione deve ricoprire nell'ambito della collaborazione alla V.d.R. e quale ruolo devono svolgere gli altri M.C.? La collaborazione di più di un M.C. alla stesura del D.V.R. deve essere formalizzata? E se sì dove e come (nel VdR stesso, parte generale; negli allegati specifici per ogni fattore di rischio, o per ogni ambiente omogeneo di lavoro/reparto produttivo, solo o anche nel protocollo sanitario, nella scheda mansioni)?
Una V.D.R. può richiedere la necessità di dover ricorrere a misurazioni ambientali. Quale ruolo minimo deve svolgere il M. C.? Tale collaborazione, se necessaria, deve essere formalizzata? Se sì, come e dove?
Una V.D.R. può richiedere la necessità di dover ricorrere al monitoraggio biologico. Quale ruolo minimo deve svolgere il M. C.? Tale collaborazione, se necessaria, deve essere formalizzata? Se sì, come e dove?
Ma "tenersi larghi" contrasta, spesso, con la norma e la deontologia (si veda ad es. l'art. 10 della Direttiva 98/24/CE sul rischio da agenti chimici, o il Codice Etico I.C.O.H.)). Qual è la linea di confine tra l'arbitrio/illecito e la buona prassi/etica/tutela effettiva della sicurezza e salute dei lavoratori?
La partecipazione/implementazione di attività di Promozione della Salute, può essere un modo accettabile (sul piano scientifico ed etico almeno, se non del tutto su quello giuridico) di incrementare le attività di tutela della salute dei lavoratori?

Si è trattato di un lavoro condotto con serietà e partecipazione da parte di tutti i Colleghi, che hanno raggiunto interessanti risultati, che sono stati raccolti in una sintesi che è stata riproposta, via e-mail, ai 100 partecipanti perché esprimessero una valutazione di accordo-disaccordo con le conclusioni a cui erano pervenuti i gruppi di lavoro.

Per ottenere il maggior grado di adesione possibile abbiamo inviato due volte ai partecipanti la sintesi-questionario: il 91% delle mail sono state lette ambedue le volte. 40 partecipanti (il 43,96% di quanti hanno sicuramente letto l'invito a partecipare all'indagine) hanno inviato la propria opinione.

Di seguito vengono riportate le percentuali di accordo alla conclusioni dei gruppi di lavoro espresse da quanti hanno risposto al questionario.

Affermazione	D'accordo
a.1. Qualora il Datore di Lavoro (DL) presenti al Medico Competente (MC) un Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) già predisposto, il MC non deve accoglierlo passivamente ma ha il dovere di esaminarlo criticamente.	95%
a.2. Qualora il DL presenti al MC un DVR già predisposto, è consigliabile che il MC effettui una visita dei luoghi di lavoro congiuntamente a R.S.P.P. ed eventuali tecnici che abbiamo effettuato la VR. Al termine della visita è necessaria una valutazione congiunta del DVR, che consenta al MC di portare concretamente il proprio contributo.	90%
a.3. Qualora sia in disaccordo con il contenuto del DVR (modalità di valutazione adottate, risultati ottenuti, considerazioni sintetiche espresse, ecc.), il MC può e deve manifestare il proprio dissenso rispetto al contenuto.	100%
a.4. Qualora sia in disaccordo con il contenuto del DVR, il MC può e deve proporre le necessarie correzioni per quanto di competenza. E' raccomandabile che queste considerazioni siano espresse in forma scritta.	97,5%
a.5. I verbali delle visite dei luoghi di lavoro rappresentano occasioni nelle quali il MC può esprimere il proprio disaccordo, parziale o complessivo, con il DVR.	87,5%
a.6. La riunione periodica ex art. 35 rappresenta l'occasione nella quale il MC può esprimere il proprio disaccordo, parziale o complessivo, con il DVR.	82,5%



A.P.A.M.I.L.

**Associazione Piemontese e Aostana
di Medicina e Igiene del Lavoro**

Sezione interregionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale

a.7. Qualora il DL non sia disponibile a prendere in considerazione le osservazioni e le indicazioni del MC relativamente al contestato contenuto del DVR, quest'ultimo deve seriamente considerare il rapporto fiduciario con il DL ed eventualmente prendere in considerazione la possibilità di rassegnare le dimissioni.	90%
b.1. Qualora il MC sia nominato da un DL che non ha proceduto alla VR, il MC deve ricordare al committente gli obblighi legislativi che gli competono. E' raccomandabile che queste considerazioni siano espresse in forma scritta.	97,5%
b.2. Qualora sia nominato da un DL che non ha proceduto alla VR, il MC può procedere alla visita dei luoghi di lavoro, nel corso della quale può identificare i rischi che necessitano di approfondimento. Se il MC li riporta in chiaro e li esplicita in un documento scritto (nel quale, peraltro, richiede formalmente al DL di procedere alla valutazione/quantificazione dei rischi approfondita), può iniziare la sorveglianza sanitaria in modo legittimo e fondato. Tale comportamento è deontologicamente giustificato dal dovere di tutela della salute dei lavoratori (che sarebbe inficiata se il MC privasse i lavoratori della sorveglianza sanitaria, dimettendosi).	87,5%
b.3. Il comportamento di cui al precedente punto b.2 non può essere praticato per più di 90 giorni. Trascorso tale periodo senza che il DL abbia concretamente attivato il processo di VR, il MC deve rassegnare le dimissioni.	65%
c.1. Il protocollo di sorveglianza sanitaria (PSS) che esprima in forma esplicita la natura dei rischi, gli organi bersaglio, gli indicatori precritici e preclinici e la periodicità adottata è espressione documentata della collaborazione del MC alla VR. A questo proposito si ricorda che il PSS deve essere allegato al DVR e ne costituisce parte integrante.	95%
c.2. La comunicazione dei risultati della sorveglianza sanitaria rappresenta un'espressione documentata della collaborazione del MC alla VR.	90%
d.1. E' opportuno che il DL consulti un medico del lavoro per definire la necessità di attivare la sorveglianza sanitaria in relazione ai rischi specifici per la salute e che proceda alla nomina del MC solo se specificamente indicato preliminarmente da un medico del lavoro. Si ritiene riduttiva l'abitudine dei DL di nominare il MC "per effettuare la sorveglianza sanitaria".	85%
e.1. Oltre alla sorveglianza sanitaria e alla VR, altri ambiti di collaborazione del MC con il DL comprendono: la collaborazione alla eliminazione o riduzione dei rischi per la salute e alla identificazione delle misure preventive collettive ed individuali (anche in termini di usabilità dei DPI). In quest'ambito si colloca l'analisi degli aspetti sanitari degli infortuni.	95%
e.2. Oltre alla sorveglianza sanitaria e alla VR, altri ambiti di collaborazione del MC con il DL comprendono: la collaborazione nella programmazione e nell'effettuazione di informazione, formazione e addestramento del lavoratore mirati ai rischi per la salute e alla loro prevenzione (compreso l'uso corretto dei dispositivi di protezione individuale, DPI) anche al fine di rendere il lavoratore cosciente del significato dell'attività sanitaria svolta dal MC a sua protezione. Questo aspetto appare di particolare rilievo nei confronti delle persone provenienti da altri Paesi con difficoltà nella comprensione linguistica.	95%
e.3. Oltre alla sorveglianza sanitaria e alla VR, altri ambiti di collaborazione del MC con il DL comprendono: la collaborazione alla predisposizione delle misure di primo soccorso.	100%
e.4. Oltre alla sorveglianza sanitaria e alla VR, altri ambiti di collaborazione del MC con il DL comprendono: la collaborazione alle iniziative di promozione della salute.	100%
f.1. La pratica di definire protocolli di sorveglianza sanitaria "ampi", non specificamente mirati ai rischi valutati nel DVR, non è in generale ammissibile sul piano scientifico e deontologico.	87,5%
f.2. La pratica di definire protocolli di sorveglianza sanitaria "ampi", non specificamente mirati ai rischi valutati nel DVR, può essere necessaria qualora gli strumenti disponibili per la valutazione del rischio non siano così precisi da consentire una puntuale quantificazione del rischio e il MC abbia fondati motivi per ritenere opportuna una verifica mediante "sorveglianza epidemiologica". In ogni caso, questa attività deve essere limitata al tempo necessario per giungere ad una	85%



A.P.A.M.I.L.

**Associazione Piemontese e Aostana
di Medicina e Igiene del Lavoro**

Sezione interregionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale

puntualizzazione dell'esposizione.	
g.1. Il protocollo di sorveglianza sanitaria (PSS) deve essere redatto in relazione al contenuto del DVR. Rischi e mansioni indicati nei due documenti (PSS e DVR) devono essere corrispondenti.	97,5%
g.2. E' opportuno che ad ogni aggiornamento del DVR corrisponda un aggiornamento del PSS (anche solo come esplicita conferma del PSS in atto).	92,5%
h.1. Il MC deve richiedere l'esecuzione di misure ambientali ogni qualvolta la propria attività (visita dei luoghi di lavoro, visite medico-occupazionali, colloqui con i RLS, ecc.) nell'azienda ne evidenzia la necessità.	95%
h.2. In caso di esecuzione di misure ambientali il MC deve richiedere di essere consultato nella fase di definizione delle modalità (condizioni, posizionamenti, cronologia, ecc.) di esecuzione dei campionamenti.	87,5%
h.3. In caso di esecuzione di misure ambientali il MC deve verificare la congruità tra gli esiti dell'indagine igienistica e le risultanze dell'attività di SS.	92,5%
i.3. Il MC Coordinatore ha il compito di garantire omogeneità di comportamento nello svolgimento da parte di ogni singolo MC delle attività preventive svolte nell'azienda o nell'unità operativa, ferma restando l'autonomia professionale e la responsabilità individuale di ciascun MC.	100%

Pensiamo che sia utile far conoscere i risultati del lavoro svolto dai 100 partecipanti al convegno di Asti a tutti i Soci, non certo per proporre una presa di posizione della Associazione o per trarre precipitose conclusioni, ma allo scopo di offrire alla riflessione di tutti e a future occasioni di dibattito le considerazioni di 100 colleghi su temi particolarmente delicati e sensibili.

Confidiamo che le prossime iniziative associative possano incontrare lo stesso grado di attiva partecipazione e che nel futuro la nostra Associazione possa sempre più costituire un punto di aggregazione di tutti i medici del lavoro ed un luogo dove ciascuno possa fare ascoltare la propria voce ed ascoltare quella dei colleghi.

Un cordiale saluto a tutti.

Il Presidente
Alessandro Baracco

a nome del Consiglio Direttivo A.P.A.M.I.L.: Giorgio Paschero (Vice Presidente), Roberto Zanelli (Vice Presidente), Ermanno Capellaro (Segretario), Maurizio Coggiola (Tesoriere), Alberto Baratti, Silvano Bosia, Fabrizio Ferraris, Francesca Filippi, Giovanni Maina, Marco Manzari, Fabrizio Meliga, Giantommaso Pagliaro, Pierluigi Pavanelli, Ferruccio Perrelli.

Torino, 13 aprile 2012