



Medici competenti e ASL: un'occasione da non perdere

Riflessioni SNOP sull'allegato 3 B (Informazioni relative ai dati aggregati di salute e di rischio dei lavoratori ai sensi dell'art. 40 del D. Lgs 81/2008)

Luglio 2013

Manuela Peruzzi - direttivo SNOP

L'argomento merita alcune riflessioni preliminari sul ruolo e la centralità del medico del lavoro nella prevenzione degli ambienti di lavoro.

E' evidente che il sistema di prevenzione aziendale non può non disporre di questa figura professionale, che allinea tutto ciò che è rischio professionale agli effetti sulla salute, riportando la sorveglianza sanitaria, come voleva - già nel 1700 - Ramazzini, alla prevenzione sanitaria e ambientale, alla definizione delle relazioni tra rischio e danno.

L'evoluzione professionale del medico competente si esprime nella partecipazione alla valutazione dei rischi, nella programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori, nell'attività di sorveglianza sanitaria.

L'orientamento della normativa, espresso dallo stesso DM del luglio 2012, oggi è ancora più forte, quando centralizza nella cartella sanitaria di rischio nuovi contenuti, che meglio contestualizzano la storia lavorativa: comparti, lavorazioni, principali rischi riferiti al lavoratore e tipologia contrattuale. Una sorveglianza sanitaria, quindi, espressamente integrata nella pratica preventiva sin dal primo momento della valutazione dei rischi.

Infatti, l'individuazione con l'allegato 3A di contenuti obbligatori non solo di tipo sanitario, ma soprattutto riguardanti l'anamnesi lavorativa, la dettagliata descrizione dei rischi professionali, dei tempi di esposizione e dei livelli di esposizione individuali, con le specifiche previsioni di cui agli articoli 196 - per i rischi fisici - e 230 - per il rischio chimico - (il cui mancato rispetto è peraltro sanzionato), ne fanno uno strumento epidemiologico, di indiscusso valore medico-legale e con risvolti sociali: documenta infatti la storia sanitaria del lavoratore in parallelo alla sua vita professionale, supportando il risarcimento degli eventuali danni alla salute ad essa correlati.

La cartella sanitaria e di rischio è di fatto l'unico strumento che consente la corretta ricostruzione dell'esposizione lavorativa di un soggetto, l'inquadramento della

correlazione tra esposizione ed effetti per la salute. Una correlazione complessa in particolare per le patologie che si riferiscono ad un'esposizione cronica o che si manifestano dopo numerosi anni dall'esposizione, come quelle tumorali o cronicodegenerative.

Dalla valutazione sanitaria individuale alla visione collettiva dei dati sanitari e di rischio: qui si delinea il confine tra medico assistenziale e medico del lavoro.

I dati sanitari raccolti in corso di sorveglianza sanitaria, aggregati a livello aziendale e messi in stretta relazione con i fattori di rischio professionale, i tempi ed i livelli di esposizione del singolo lavoratore (così come previsto anche nei nuovi allegati 3A e 3B) offrono al Medico Competente una visione epidemiologica dei rischi e degli effetti sulla salute.

D'altra parte, l'elaborazione delle informazioni dell'all. 3B e la loro-aggregazione a livello nazionale, non solo consente di avere, su scala più ampia, dati sulla sorveglianza sanitaria, sugli infortuni, sulle malattie professionali, ma apre alla possibilità di acquisire importanti informazioni epidemiologiche sui rischi e sui danni per la salute dei lavoratori e, grazie al collegamento al codice ATECO delle attività, di aggregare i dati per settore produttivo, realizzando una reale mappatura del territorio locale e nazionale.

Consente il monitoraggio quantitativo della sorveglianza sanitaria (quanti e quali lavoratori coinvolti, nella prospettiva della definizione di indicatori di copertura; aziende seguite per medico competente; distribuzione percentuale dei giudizi di idoneità / inidoneità espressi, per i quali è auspicabile in futuro la possibilità di correlare la limitazione al rischio specifico), ma permette anche di avviare un percorso verso l'individuazione di indicatori di appropriatezza dell'attività sanitaria del medico competente rispetto ai rischi presenti in azienda (tra i quali quello organizzativo meriterebbe, quanto meno per la sua diffusione, una chiara evidenza), inquadrando il tutto in uno scenario che vede i problemi di salute dei lavoratori sempre più sovrapponibili ai problemi di salute pubblica.

Di rilevante importanza è la necessità di unificare questo flusso informativo di dati aggregati sanitari e di rischio e convogliarlo al Sistema pubblico di Prevenzione.

Tale esigenza peraltro non è esclusiva del nostro sistema sanitario ma condivisa anche dagli altri Paesi europei. Pur apparendo le disposizioni della direttiva quadro (89/391/CEE) piuttosto diversificate e prive di un approccio globale in cui si espliciti la relazione che deve legare inevitabilmente la sorveglianza sanitaria (art.14, 89/391/CEE) con i servizi di prevenzione (art.7) e con il programma di prevenzione (art.6), in Paesi come Francia e Spagna diversi progetti, esistenti o in corso d'elaborazione, mostrano come sia ben

presente la necessità di realizzare sistemi informativi che consentano di disporre di dati pertinenti per seguire le condizioni di lavoro e alimentare politiche di Salute Pubblica.

Questo passaggio consente al Medico Competente di valorizzare il suo ruolo, diventando il punto di collegamento con i Servizi di prevenzione, un interlocutore e collaboratore diretto del Sistema informativo nazionale dei dati sullo stato di salute dei lavoratori, e facendogli assumere nel contempo un ruolo pubblico.

Pur di fronte ad un sofferto iter normativo durato due anni, oggi la ridefinizione negli allegati 1 e 2 del recente Decreto ne predice l'utilizzo epidemiologico, nell'ottica della loro inclusione nella piattaforma informatica del Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP).

Infatti, come previsto dall'art. 8 del D. Lgs81 con l'istituzione del SINP, i flussi informativi sul quadro dei rischi, il quadro di salute e sicurezza dei lavoratori, sui dati degli infortuni sotto la soglia indennizzabile dall'INAIL, portano ad un risultato di estrema rilevanza sanitaria e sociale, che per buona parte deriva dall'attività di sorveglianza sanitaria dei medici competenti.

Oggi, rinunciare ad un ruolo di partecipazione attiva alla realizzazione di questo sistema informativo di salute, che senz'altro costituisce elemento cruciale per la pianificazione e la programmazione delle politiche di Prevenzione, vuol dire lasciare uno spazio vuoto che altre figure avranno interesse ad occupare. Significa anche l'esaurimento di questa disciplina, che ha già lasciato campo libero su molte altre partite della prevenzione (come per es. l'igiene industriale, la valutazione dei rischi ergonomici, la valutazione dello stress) a favore di altre figure professionali come ingegneri, geometri, periti, psicologi...

Oggi si presenta l'occasione di riaffermare l'identità professionale, rimarcando quello che spetta – è vero - come compito ed obbligo, ma considerandolo come opportunità ed affermazione di una competenza professionale che presidia ogni aspetto di prevenzione: dalla valutazione dei rischi, al registro degli esposti, al protocollo sanitario, al certificato di idoneità, alla cartella sanitaria, al sopralluogo, alla riunione periodica, alla comunicazione dei dati All. 3B.

Tuttavia, è vero che come per ogni novità legislativa, soprattutto quando si basa su un applicativo informatico a distanza, si delinea la necessità di un congruo periodo di rodaggio, che già il legislatore ha considerato prevedendo lo slittamento dei termini al 25 agosto; ad oggi, visto il funzionamento ancora non ottimale dell'applicativo web, e considerata anche l'onerosità della sanzione prevista, è auspicabile un'ulteriore proroga che consenta sia la messa a punto dell'applicativo sia l'organizzazione di un'assistenza

efficace da parte del gestore del programma, sospendendo parallelamente l'applicabilità della sanzione.

Non va trascurata, a maggior ragione, la necessità di supportare il sistema pubblico di prevenzione (e in particolare i Servizi delle ASL) in termini di risorse tecniche e di competenze analitiche, perseguendo una capacità / possibilità concreta ed omogenea sul territorio nazionale di utilizzare i dati che si renderanno disponibili, promuovendo un approccio non incentrato sul puro controllo formale del rispetto normativo.

Non sembra, in conclusione, ragionevole cogliere lo spunto per mettere in discussione l'intero provvedimento; confondere le difficoltà tecniche con l'aspetto sostanziale e contrastarne l'applicazione significa, si sottolinea, vanificare i risultati di questa operazione innovativa: un sistema informativo che permette di utilizzare per finalità di salute pubblica gli esiti delle attività dei medici competenti, informazioni necessarie per una programmazione sanitaria coerente con i bisogni di salute.