

AiFOS
Associazione Italiana Formatori ed
Operatori della Sicurezza sul Lavoro

*LA SICUREZZA PARTECIPATA:
LA COLLABORAZIONE TRA RLS, RSPP E
MEDICO COMPETENTE*

***“Il Modello ANMA di integrazione del Medico
Competente nell’organizzazione aziendale”***


Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

Umberto Candura
(Associazione Nazionale Medici d’Azienda e Competenti)



Un modello che parte da lontano

(La «**Medicina d'Azienda**» secondo Vigliani, 1987)

*“...è un'arte particolare, una medicina del lavoro che si differenzia da quella tradizionale...
Il cui presupposto è una profonda conoscenza dell'azienda, dei suoi
pericoli, del suo funzionamento,*

*una collaborazione con **“management aziendale, tecnici della sicurezza e rappresentanti
dei lavoratori”**, l'uso di strumenti atti a misurare il rischio,*

*le capacità organizzative **“adeguate alle esigenze ed all'ampiezza dell'azienda”***

*una costante attenzione a seguire il costante proliferare della **“selva di leggi e norme
che oggi regolano il lavoro”***



Definizione di medico competente

(ANMA, 1990)

- “ Il M.C. è il medico che, **inserito nel contesto aziendale** per il ***perseguimento delle finalità generali dell’impresa***, attraverso la ***specifico conoscenza dell’organizzazione aziendale***, collabora all’attuazione di quanto necessario affinché l’attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la 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 ***specifico cultura, esperienza e responsabilità professionale***”.



Medico Competente: aspetti peculiari di una professione medica

- a) **la sua nomina è un obbligo** del Datore di Lavoro o del dirigente ... (solo laddove sia prevista la sorveglianza sanitaria, art. 18,c.1?)
- b) **anche i lavoratori sono soggetti obbligati**: si sottopongono ad una sorveglianza sanitaria attuata da un medico con il quale non hanno nessun rapporto di scelta (e quindi di fiducia)
- c) sono numerosi i momenti decisionali della sua attività dai quali possono derivare **conseguenze di natura economica, assicurativa/previdenziale e/o giudiziaria** per il datore di lavoro o per il lavoratore (giudizi di inidoneità, denunce di malattie professionali, referti, richieste di valutazione di rischi professionali o di bonifiche ambientali...)



IL CODICE ETICO INTERNAZIONALE PER GLI OPERATORI DI MEDICINA DEL LAVORO (OML)

Art. 39 – Svolgimento dell'attività di Medico Competente

comma 1: “L'attività di MC è svolta secondo i principi della medicina del lavoro e del **Codice Etico della Commissione Internazionale di Salute Occupazionale (ICOH)**”

*“...integrare le competenze degli Operatori di Medicina del Lavoro nell'ottica di **un approccio multidisciplinare...**”*

*«Gli OML dovranno incrementare la consapevolezza dei datori di lavoro, dei lavoratori e dei loro rappresentanti sulla **necessità di una piena indipendenza** ... per aumentare l'accettabilità e l'efficacia degli interventi di medicina del lavoro».*



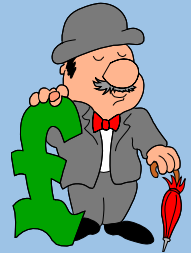
A proposito dell'autonomia professionale del M.C.....

Articolo	Violazione	Sanzione (da rivalutare ogni 5 anni)
Art. 25 comma 1d Art. 25 comma 1e	Omessa consegna DDL documentazione sanitaria Omessa consegna al lavoratore alla cessazione del rapporto della CSR e mancata informazione sulla modalità di conservazione della stessa	Arresto fino a 1 mese o ammenda da 200 a 800 €
Art. 25 comma 1b Art. 25 comma 1c Art. 25 comma 1g	Omessa programmazione ed effettuazione s.s. Omessa istituzione e custodia cartella Omessa informazione sul significato della S.S. Omessa informazione ai RLS su richiesta	Arresto fino a 2 mesi o ammenda da 300 a 1200 €
Art. 25 comma 1 a in relazione alla VdR Art. 25 comma 1l	•Omessa collaborazione per la VdR •Omessa visita ambienti di lavoro almeno una volta/anno	Arresto fino a tre mesi o ammenda da 400 a 1600 €
Art. 25 comma 1h Art. 25 comma 1i	Omessa informazione risultati s.s. Omesso rilascio documentazione su richiesta Omessa comunicazione dei risultati anonimi collettivi nella riunione art. 35	Sanzione amministrativa da 600 a 2000 €
Art. 41, comma 3, 5 e 6-bis Art. 40 comma 1	Accertamenti indebiti in sede di ss. Violazione obbligo di allegare esiti visita medica alla cartella sanitaria di cui all'Alleg. 3A Trasmissione per iscritto giudizio idoneità Omessa trasmissione per via telematica alle ASL delle informazioni derivanti dalla s.s. secondo modello di cui all'alleg. 3 B	Sanzione amministrativa da 1000 a 4000 €



Medico Competente: aspetti peculiari di una professione medica

- d) si rapporta con un complesso e delicato intreccio di relazioni professionali, umane e sociali in cui si confrontano ed interagiscono **varie “culture”**
- e) in un intreccio in cui prevalgono le “culture” tecniche ed economiche, **è l'unico soggetto portatore di competenze medico-biologiche.**
- f) *la traduzione delle sue decisioni in **azioni concrete** spesso **dipende da altre figure aziendali** e dalla sua capacità di interagire con esse*





Lo specialista in Medicina del Lavoro “diventa” Medico Competente d’Azienda...

...assorbendo dal contesto aziendale input per affinare :

- **1) *Attitudini gestionali , organizzative, relazionali.***
- **2) *Capacità di interagire con le diverse funzioni aziendali*** (lavoro in team, parlare un “linguaggio comune”).
- **3) *Disponibilità ad affrontare problematiche interdisciplinari:***
 - » a) area tecnico-ergonomica.
 - » b) area sicurezza-ambiente.
 - » c) area gestionale-sindacale.
 - » d) area socio-economica.
 - » e) area giuridico-giurisprudenziale, ecc.

**Aggiornamento
continuo ECM
(art. 38, c.3)**

Come si aggiorna il medico ANMA

NUMERO EVENTI ECM dal 2011	NUMERO PARTECIPANTI	TOTALE CREDITI EROGATI
222	11.362	170.958

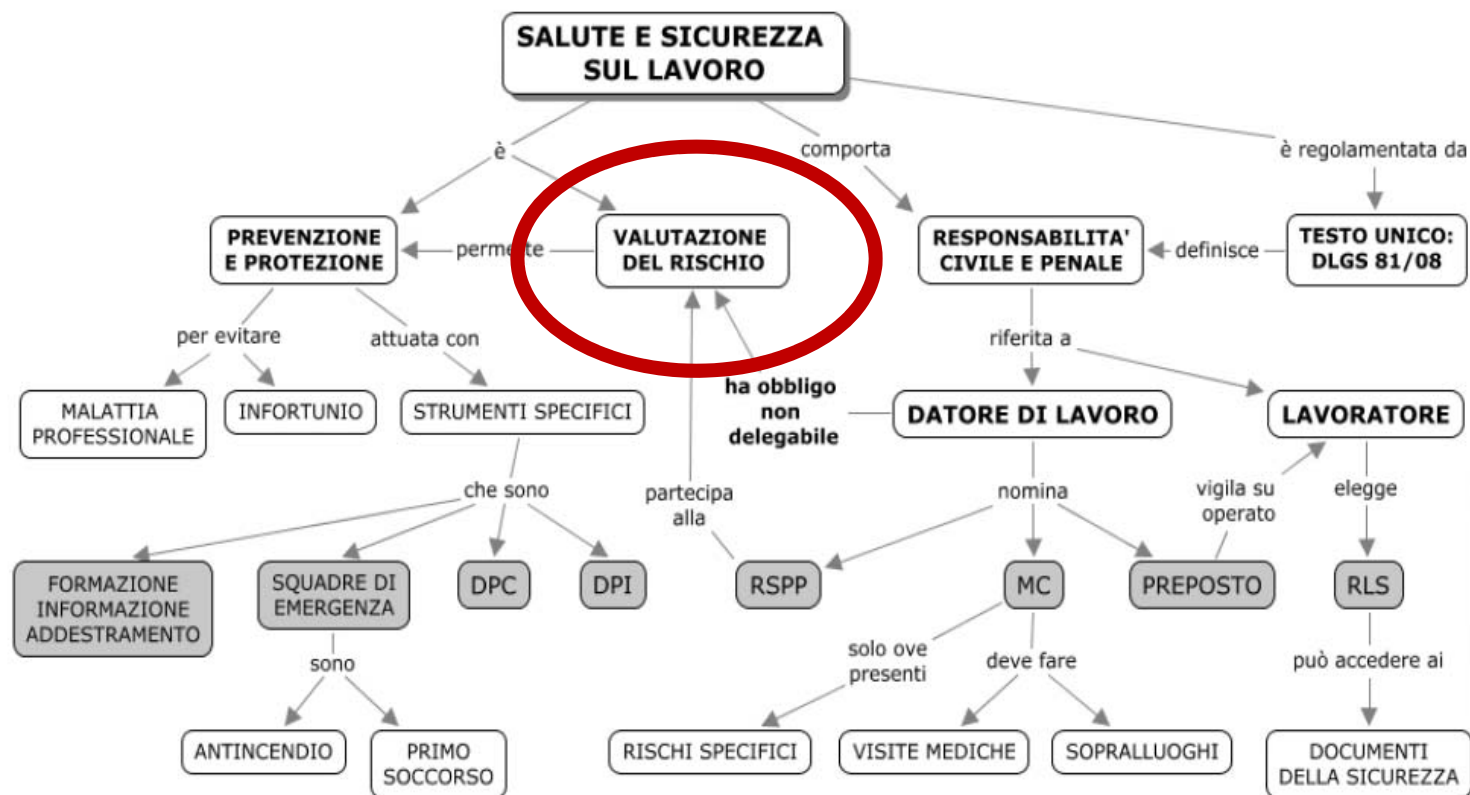
Un fabbisogno formativo che non può essere autoreferenziale per le attuali richieste della professione e che ha richiesto confronti con :

- altri ***specialisti*** di branca medica
- il mondo della ***sicurezza tecnica*** e ***dell'igiene industriale***
- esperti di ***organizzazione e certificazione aziendale***
- gestione e sviluppo ***risorse umane***, mondo ***sindacale***
- ***giuslavoristi***
- ***economisti.***



La normativa:

Le componenti del sistema per la salute e sicurezza



La normativa (Dlgs 9 aprile 2008 n. 81) pone al centro la valutazione dei rischi e non la presenza del medico in azienda.

*M. Del Vecchio,
(2012)*



Cassazione Penale, Sez. 3,
09 agosto 2018, n. 38402

*“ L’espletamento di tali compiti da parte del medico competente comporta una **effettiva integrazione nel contesto aziendale** e non può essere limitato ad un ruolo meramente passivo in assenza di opportuna sollecitazione da parte del DDL ...”.*



10 anni di D.Lgs, 81/08: riflessi per il MC

- a) un'indubbia **centralità** nelle strategie di prevenzione nell'impresa, non solo legata alla effettuazione della sorveglianza sanitaria, ma anche all'attribuzione di compiti che prevedono il suo diffuso e attivo coinvolgimento («*collaborazione*») in tutti gli altri momenti più orientati alla prevenzione primaria;
- b) una sua necessaria **integrazione** nell'organizzazione aziendale con le altre figure coinvolte (in primis RSPP, RLS, HR , ecc.), che impone peraltro la ricerca di un *linguaggio comune* nel perseguimento delle finalità dell'impresa nel rispetto della salute e del benessere dei lavoratori.
(... e rende più efficace la stessa sorveglianza sanitaria!)



Per affrontare più efficacemente «nuovi» rischi per la salute

- Le patologie respiratorie da *nanoparticelle*
- Le patologie cardiovascolari da *particolato atmosferico* (PM10. PM 2,5)
- *Lavoro notturno* e neoplasie mammarie
- Le patologie neoplastiche della cute nei *lavoratori outdoor*
- Infezioni polmonari in esposti a *fumi di saldatura*
- *Digitalizzazione*, connettività spinta, *tecnostress* e sfera psichica



...ma anche le idoneità per la tutela della «sicurezza»

- Lavoro *in quota*
- Lavoro in *ambienti confinati*
- Lavoro in *luoghi isolati*
- Lavoro *front-office* e rischio violenza ed aggressione
- Lavoro con dotazione di *arma da fuoco*



Lo scenario attuale

“I nostri organici avranno presto come dipendente-tipo un 50-55enne non più vicino alla pensione ma con quasi 15 anni di vita aziendale davanti.

Bisognerà quindi trovare nuovi modi per mantenere le competenze, la motivazione, i sistemi retributivi e i percorsi di carriera ma soprattutto **la salute**”

*(Editoriale “Direzione del Personale”
Timestrale AIDP – Dicembre 2015)*



L'aging: una sfida che non si può affrontare da soli.

- Per la tutela del lavoratore anziano – inteso come lavoratore “*fragile*” - non basta ricalibrare i giudizi di idoneità di pari passo al cambiare dell'età (laddove è possibile...)



Il cambiamento demografico ed i lavoratori «fragili»

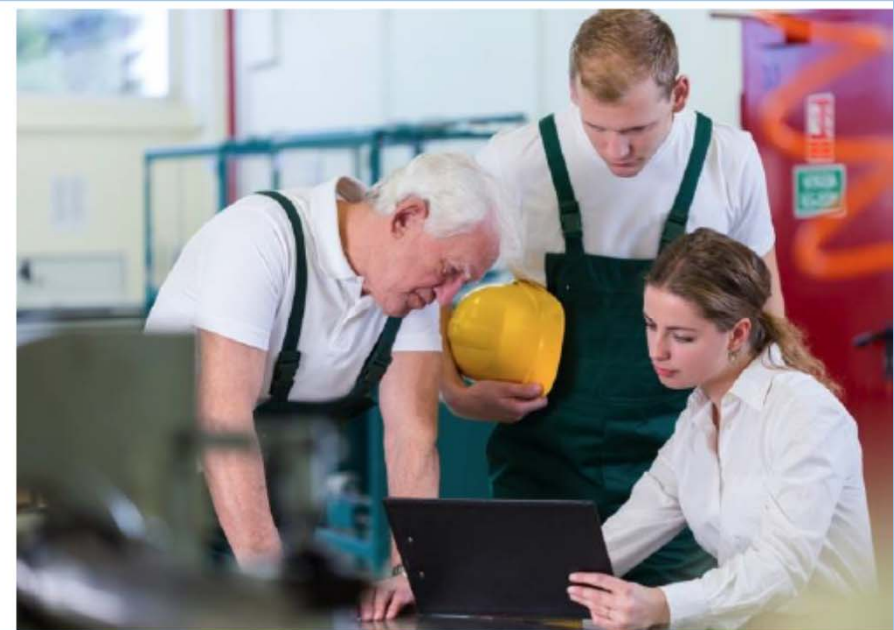
Questo nuovo contesto è sentito come un problema dai datori di lavoro, ma in pochi casi (nelle imprese e nella collettività) sono state definite strategie di affronto (active-ageing)

*In questa situazione è forte il rischio che alla fine il “problema” venga tutto scaricato sulle spalle del medico competente che si troverà spesso nella condizione di dover accertare **giudizi di idoneità con forti limitazioni o di inidoneità**, finendo con l’essere considerato il fattore critico del sistema, appesantendolo con risorse a ridotta capacità lavorativa e provocando l’emarginazione o addirittura l’esclusione del lavoratore*



L'approccio multidisciplinare implica anche... NON essere convenzionali

«Nel mondo reale conta spesso quel buon senso che consente a ciascun soggetto coinvolto di agire non solo in base al ruolo, alle competenze ed al perimetro giuridico, ma soprattutto in modo proattivo e non convenzionale» (da Q. Bardoscia, P. Bucciarelli, mod.)





Ragionare in ottica di «sistema»

➤ ***Incrementare l'integrazione con il sistema aziendale:***

migliorare la conoscenza delle attività svolte in azienda così da *evitare la genericità del giudizio* di idoneità e formulare proposte di miglioramento ergonomico e/o di tutela ambientale .

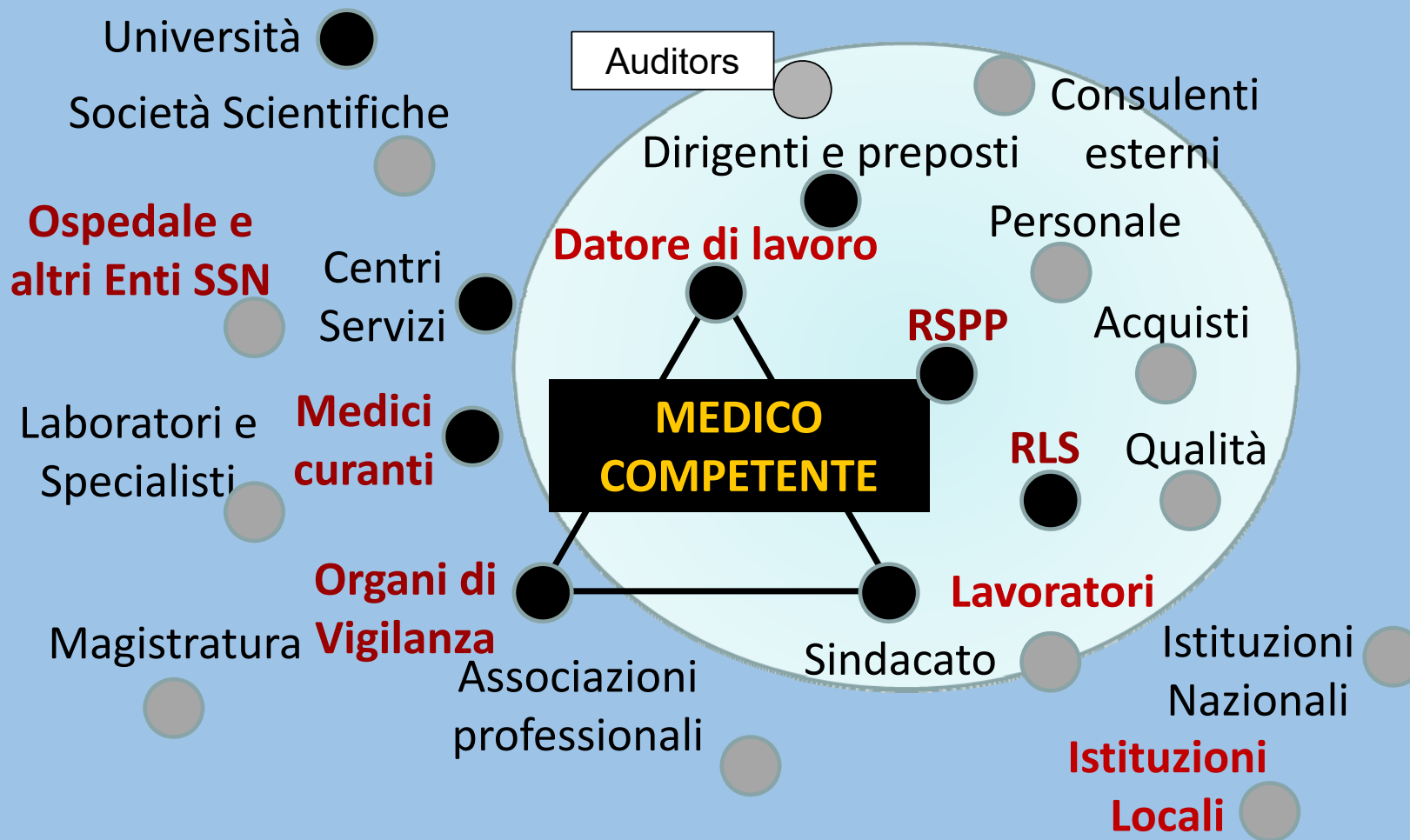
(Il MC cura il posto di lavoro e non il lavoratore!)

➤ Promuovere le indispensabili ***partnership territoriali*** per chiudere con l'epoca della «*medicina di settore*», e favorire uno sviluppo della disciplina nel senso di vera «*medicina di comunità*» (*Total Worker Health*):

- *La Medicina di Base (MMG)*
- *Gli specialisti di branca (art. 39, comma 5)*
- *Il SSN (accertamenti di II livello)*
- *INAIL*
- *Università ed Enti di Ricerca*



La sicurezza «partecipata» (tra obblighi e buone prassi)





Il modello «vincente» per il MC

Un modello basato su due aspetti strettamente correlati:

- ***L'integrazione*** del MC nel contesto aziendale e nel territorio
- Il perseguimento della ***qualità*** nelle sue prestazioni





Il modello dell'integrazione: basato sull'evidenza

Solo una ***“collaborazione”*** in senso lato consentirà (ed in molti casi ha consentito) il superamento, da un lato, di un persistente gap di visibilità e di credibilità del reale ruolo sociale ed economico del MC e dall'altro lato i prevalenti modelli di intervento nelle aziende che circoscrivono tuttora la sua presenza alla mera esecuzione della sorveglianza sanitaria.



Le criticità (da superare)

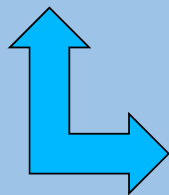
- Una piena consapevolezza del ruolo (da «certificatore seriale» a consulente «globale»)
- Un impianto normativo più chiaro sugli ambiti di «collaborazione» e sulle finalità pubblicistiche della funzione del MC
- Il definitivo abbandono del (pre)giudizio sull'autonomia professionale e sui presunti conflitti di interesse del MC
- Riconsiderare la disciplina (ed il suo mercato) non più come una medicina «di settore», ma, per le evidenti ricadute positive sulla salute della collettività, come «medicina occupazionale» in senso lato.



prevenzione

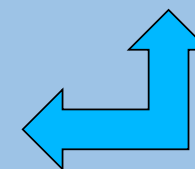


integrazione



www.shutterstock.com • 116233960

comunicazione





**Insomma un modello che si
ispira agli sport di squadra :
uniti alla meta ... e per non
affogare!**



**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE!**