

GLI AMBITI DI INTERVENTO DEL MEDICO COMPETENTE

*26 e 27 Ottobre 2013
Sede del Corso Hotel San Francesco – Rende (CS)*

Dr. Mario Marino – ASP Cosenza

La responsabilità del Medico Competente

Il MC opera nelle imprese collaborando alla valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza, alla definizione delle misure di miglioramento necessarie alla eliminazione o alla riduzione dei rischi, all'organizzazione del P.S., alla definizione dei processi formativi dei lavoratori e individuando i piani di sorveglianza sanitaria, congiuntamente alle altre figure professionali della prevenzione che operano nell'Impresa.



Quale ruolo?



- Sospesi tra obblighi di legge e discrezionalità professionale (peraltro prevista e richiesta dalla norma)
- Progressiva affermazione di una prevenzione basata sull'efficacia degli interventi (giustificazione, razionalizzazione ed ottimizzazione del percorso idoneativo)
- L'ambito di operatività (e di responsabilità): ancora tutto da definire

Il M.C.

consulente – collaboratore del DDL

- In numerosi passaggi del D.Lgs. 81/08 è un ruolo con una propria discrezionalità che si concretizza attraverso lo

strumento del parere

del quale il DDL deve obbligatoriamente tener conto, ed in alcuni casi (art. 42 sulla non idoneità) ha l'obbligo di adottare

La Legge e l'Azienda: due tipi di domanda

- ◉ Normativa progressivamente spostata nel ruolo “sociale” ed educativo del lavoro
- ◉ Evidenti ricadute economiche ed organizzative per l'azienda
- ◉ Quindi una domanda di competenza più “globale” e di efficienza del servizio

Le richieste emergenti dalla normativa

(ovvero l'attuale valore aggiunto del MC in Azienda)

- Incidere maggiormente sulle procedure di *analisi organizzativa e valutazione dei rischi*
- Intervenire nella prevenzione dei *comportamenti a rischio* ai fini della sicurezza anche di terzi (anche sviluppando tecniche di counselling e comunicazione)
- Coinvolgimento del MC nella *formulazione di pareri tecnici* a volte determinanti per le strategie aziendali:
 - Gestione risorse umane (es. assunzione e/o ricollocazione disabili)
 - Introduzione di macchine, sostanze, ecc.
 - Definizione di procedure
 - Contatti istituzionali con gli Enti di controllo e Certificazione
 - Ecc.

Una risposta: la qualità

- ◉ Inserimento *paritetico* nell'organizzazione aziendale
- ◉ Attiva partecipazione a *tutte* le fasi del ciclo aziendale della sicurezza (dalla VdR alla promozione della salute)
- ◉ Disponibilità di *informazioni e informatizzazione*
- ◉ Redazione del piano di sorveglianza ed attivazione di eventuali *azioni correttive*
- ◉ *Evidenza formale* degli atti prestati
- ◉ Indicatori di efficacia dell'intervento

Ciclo di Deming: PDCA



Plan: pianificare

Do: fare

Check: verificare
(con indicatori
prestabiliti)

Act: agire/reagire

Competenze non solo accademiche

- *“Il Medico del Lavoro assorbe dalle dinamiche aziendali gli input necessari per affinare ...*
- **1) Attitudini gestionali, organizzative e di comunicazione** (divulgazione e formazione)
- **2) Capacità di interagire con le diverse funzioni aziendali** (parlare un “linguaggio comune”).
- **3) Disponibilità ad affrontare problematiche interdisciplinari** (innanzitutto un confronto serrato con le *altre specialità mediche*), ma anche :
 - a) area tecnico-ergonomica.
 - b) area sicurezza-ambiente.
 - c) area gestionale-sindacale.
 - d) area socio-economica.
 - e) area giuridico-giurisprudenziale

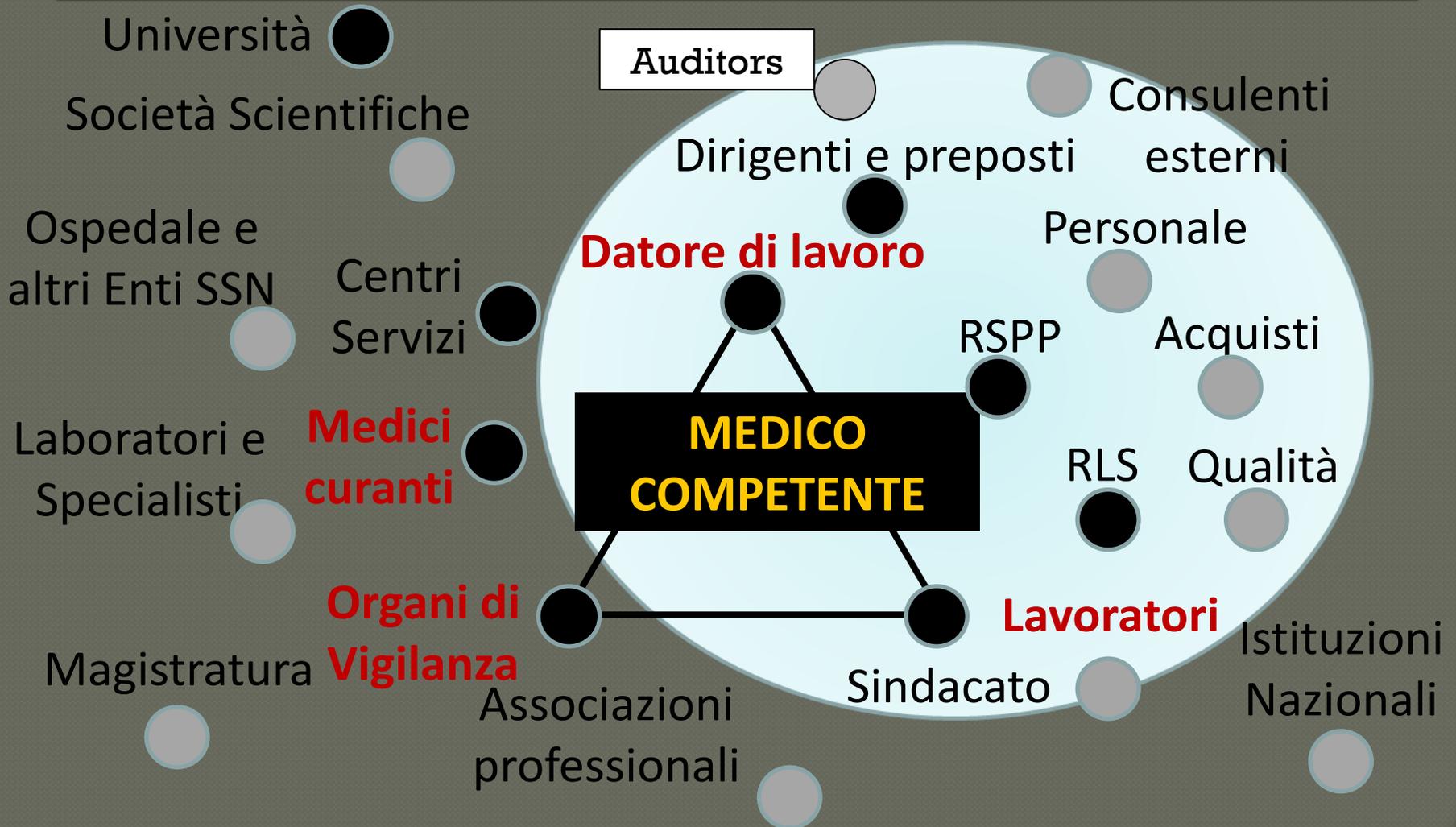
...insomma, una nuova dottrina?

Oltre il rispetto delle norme : “l’efficacia del ruolo”

L’esperienza insegna che l’efficacia e l’efficienza dell’attività del MC dipende (OGGI più di ieri) essenzialmente dal suo grado d’integrazione con il sistema azienda/impresa e con il territorio

Il D.Lgs. 81/08 con le successive modifiche del 106 DEVE facilitare questa integrazione specialmente attraverso la maggiore valorizzazione del ruolo del MC nella VDR e nella promozione della salute

La galassia MC (tra obblighi e buone prassi)



Un consulente “globale”

Evidentemente il raggiungimento di tale obiettivo non è riducibile al rispetto delle leggi o dell'attuazione di norme, regolamenti, prescrizioni.

Mi sia concessa quindi la provocazione di propormi con una identità che supera il concetto di Medico “competente”, che sia diretta al corretto espletamento degli obblighi previsti dalle leggi o imposti dagli enti di vigilanza, ma che pone in rilievo una figura professionale di cui l'azienda necessita per tutelare il proprio patrimonio umano.

Garantire la salute, il benessere fisico e mentale dei prestatori d'opera oltre che un obbligo per l'azienda (art. 2087 del codice civile), è un mezzo per migliorare qualità e quantità del lavoro.



Il versante “sociale” del MC

23 milioni e 203 mila lavoratori/pazienti (dati del 2° trimestre 2009)

Il **38,57%** del totale della popolazione italiana

Il 57,9% della popolazione attiva tra 15 e 64 anni di età

4 milioni e 300 mila imprese nell'industria e nei servizi
2,6 milioni di aziende agricole

1 milione 930 mila stranieri occupati (64,2% della popolazione straniera residente in Italia)

La figura ed il ruolo del medico competente sono stati ulteriormente precisati



• *Il d.lgs. 81/2008 all'art. 39 disciplina lo svolgimento dell'esercizio del Medico Competente deliberando che:*



➤ Comma 1. L'attività di Medico Competente è svolta secondo i principi della medicina del lavoro e del codice etico della Commissione internazionale di salute occupazionale (ICOH).



➤ Comma 4. Il datore di lavoro assicura al medico competente le condizioni necessarie per lo svolgimento di tutti i suoi compiti garantendone l'autonomia.



- i suoi obblighi ampliati (artt. 25 e 41);
- l'impianto sanzionatorio che lo riguarda notevolmente rafforzato (art. 58).

Soprattutto in relazione all'ampliamento degli obblighi/compiti, sono aumentati i casi, non solo correlati alla sorveglianza sanitaria, in cui il medico competente ha l'esigenza di documentare e quindi di attestare le attività effettuate, anche per evitare di incorrere nel rischio di sanzioni.

Il problema non è il dover documentare e testimoniare quello che si è fatto.

Infatti la fase “documentale” è parte integrante di ogni attività professionale e costituisce uno degli aspetti fondamentali della sua “qualità”.

Si tratta quindi di ristabilire degli equilibri attraverso il ripensamento di tutti gli adempimenti meramente formali, quasi sempre sanzionati, che distolgono il medico competente dall'attuazione di quelli sostanziali, effettivamente orientati all'attuazione ed al mantenimento della tutela della salute.

Questi ripensamenti, finalizzati ad eliminare gli adempimenti inutili e a facilitare l'attuazione di altri, hanno lo scopo di permettere ai medici competenti di concentrare l'attenzione *sugli aspetti sostanziali della loro attività* e, quindi, di rispondere adeguatamente alle crescenti aspettative verso un ruolo sempre più complesso ed impegnato verso la realizzazione della “*medicina nei luoghi di lavoro*”.

La prevenzione in Azienda: un auspicio comune

- **Basandosi sull'evidenza scientifica e sulla esperienza epidemiologica, superare norme o pratiche inefficaci, che comportano un costo per l'azienda a fronte di nessun beneficio per il Lavoratore (Medicina difensiva)**
(Evidence Based Occupational Health)
- **Ponendosi obiettivi di miglioramento continuo, non fermarsi alla semplice conformità di legge, ma puntare alla promozione complessiva della salute.**

Quale percezione?

Le opportunità di un Network territoriale di Prevenzione richiedono la necessità di incrementare negli interlocutori sociali

il valore percepito del prodotto/servizio offerto dal MC

La strada è il **rafforzamento dei contenuti scientifici della professione** attraverso le opportune sinergie ed alleanze finalizzate alla ricerca , con il mondo accademico ed Enti di ricerca

Il rischio è quello infatti di essere “periferizzati” in un ruolo imposto dalla Legge **(captive demand)** ed indentificato alla lunga come una diseconomia dell’impresa e della collettività

L'enfasi che l'attuale normativa (D.lgs. 81/08) attribuisce ad alcuni aspetti burocratici della comunicazione del MC ne svilisce la qualità e l'efficacia ai fini dell'obiettivo complessivo di sistema.

L'auspicio è che si lavori verso una codifica di quelle che sono attualmente le buone prassi di comunicazione già in uso in molte realtà territoriali, per svilupparne l'appropriatezza e l'efficacia.



*Si espongono ai presenti le problematiche:
1) di inserimento al lavoro di coloro che
hanno avuto un infortunio;*

*2) il comportamento e le difficoltà del
MC quando l'infortunato, comunque il
lavoratore, è avviato al lavoro da INAIL,
ma non può più svolgere la mansione
specifica, temporaneamente o
definitivamente.*



*Su questo tema è impossibile codificare delle
linee operative valide sempre e comunque,
ma è solo possibile fare un discorso di
carattere generale richiamando i vari
momenti della corretta gestione e l'ambito
delle disposizioni normative in cui ci si
muove.*

Bisogna valorizzare al massimo la discrezionalità del MC nel giudicare caso per caso. Ognuno di noi abbiamo affrontato casi di reinserimento post infortunio, ma da qui a tracciare un "modus operandi" è davvero complicato.

Ogni caso, è un caso a sé e deve essere risolto in funzione degli esiti invalidanti alla ridotta capacità lavorativa residua in funzione della mansione assegnata prima dell'infortunio.

Ogni azienda è diversa e cerca soluzioni diverse, tuttavia il ruolo del M.C. è chiaro e definito nella legge:

- Individuare la collocabilità della persona in funzione delle ridotte capacità lavorativa residue.*
- Valutare la condizione di salute della persona;*
- Valutare la compatibilità con la mansione già svolta;*
- Valutare l'allontanamento;*
- Analizzare con le componenti aziendali altre possibilità di collocamento.*



Il M.C. deve tutelare nella maniera più efficace le parti in causa. E' infatti evidente che in questi momenti si gioca una partita fondamentale per apprezzare il valore aggiunto di un MC che non si limita agli adempimenti formali, ma sia in grado di interagire al meglio con le componenti aziendali, con gli altri specialisti e con gli Enti preposti alla tutela previdenziale del lavoratore.

INADEMPIENZE PIU' FREQUENTI

- Mancato rispetto della periodicità della visita (si parla non a caso di “protocollo” di sorveglianza sanitaria);
- Mancata o “ritardata” consegna del giudizio d'idoneità;
- Non esplicitazione in cartella/giudizio dei rischi per cui si attua la SS;
- Mancata informazione sulla facoltà del lavoratore di ricorrere all'ODV avverso il giudizio;
- Mancata evidenza di partecipazione alla VDR;
- Mancata evidenza di sopralluogo;

RIFLESSIONI SUL RUOLO DEL MC

- Art. 42.
- (Provvedimenti in caso di inidoneità alla mansione specifica)
- **1. Il datore di lavoro, anche in considerazione di quanto disposto dalla legge 12 marzo 1999, n. 68, in**
- **relazione ai giudizi di cui all'articolo 41, comma 6, attua le misure indicate dal medico competente e**
- **qualora le stesse prevedano un'inidoneità alla mansione specifica adibisce il lavoratore, ove**
- **possibile, a mansioni equivalenti o, in difetto, a mansioni inferiori garantendo il trattamento**
- **corrispondente alle mansioni di provenienza**

UN ESEMPIO DI GESTIONE DELLE INIDONEITA' (AMBITO SANITARIO)

1° livello (possibilità di proficua destinazione lavorativa del dipendente all'interno della stessa U.O.C./U.O.):

Per il personale medico il Direttore dell'Ospedale/Distretto/Dipartimento a struttura sarà coadiuvato da:

Direttore della U.O.C./U.O. di appartenenza del dipendente;
Medico Competente.

Per il personale del comparto sanitario il Responsabile dell'Ufficio Infermieristico dell'Ospedale/Distretto/Dipartimento a struttura sarà coadiuvato da:

Capo Sala della U.O.C./U.O. di appartenenza del dipendente;
Medico Competente.

Per il personale amministrativo e tecnico il Direttore Amministrativo dell'Ospedale/Distretto/Dipartimento a struttura sarà coadiuvato dal Medico Competente.

UN ESEMPIO DI GESTIONE DELLE INIDONEITA' (AMBITO SANITARIO)

2° livello (possibilità di proficua destinazione lavorativa del dipendente all'interno dello stesso Dipartimento ospedaliero):

Nel caso in cui il dipendente non sia stato considerato proficuamente utilizzabile all'interno della stessa U.O.C./U.O. ed essa sia inserita all'interno di un Dipartimento ospedaliero, si valuta la possibilità di ricollocarlo nell'ambito del Dipartimento di appartenenza.

Per il personale medico il Direttore dell'Ospedale sarà coadiuvato da:

- Direttore del Dipartimento ospedaliero;
- Medico Competente.

Nel caso di personale del comparto sanitario il Responsabile dell'Ufficio Infermieristico dell'Ospedale/Distretto/Dipartimento a struttura sarà coadiuvato dal Medico Competente.

UN ESEMPIO DI GESTIONE DELLE INIDONEITA' (AMBITO SANITARIO)

3° livello (possibilità di proficua destinazione lavorativa del dipendente all'interno dello stessa struttura):

Nel caso in cui il dipendente non sia stato considerato proficuamente utilizzabile nell'ambito del Dipartimento ospedaliero di appartenenza, si valuta la possibilità di ricollocarlo nell'ambito della stessa macrostruttura di appartenenza.

Per il personale medico il Direttore dell'Ospedale/Distretto/Dipartimento a struttura sarà coadiuvato dal Medico Competente.

Per il personale del comparto sanitario il Responsabile dell'Ufficio Infermieristico dell'Ospedale/Distretto/Dipartimento a struttura sarà coadiuvato dal Medico Competente.

Per il personale amministrativo e tecnico il Direttore Amministrativo dell'Ospedale/Distretto/Dipartimento a struttura sarà coadiuvato dal Medico Competente.

UN ESEMPIO DI GESTIONE DELLE INIDONEITA' (AMBITO SANITARIO)

4° livello (possibilità di proficua destinazione lavorativa del dipendente nell'ambito dell'Azienda):

Nel caso in cui il dipendente non sia stato considerato proficuamente utilizzabile nell'ambito della macrostruttura di appartenenza (Ospedale/Distretto/Dipartimento a struttura), si valuta la possibilità di ricollocarlo nell'ambito dell'Azienda.

La responsabilità della valutazione di ultimo livello per il personale medico è del Direttore Sanitario Aziendale, che si avvarrà per la valutazione dei Direttori di Ospedale/Distretto/Dipartimento a struttura e dei Medici Competenti.

Per il personale del comparto sanitario la responsabilità è del Direttore del Dipartimento Assistenza alla Persona, che si avvarrà per la valutazione dei Responsabili degli Uffici Infermieristici e dei Medici Competenti.

Per il personale amministrativo e tecnico la responsabilità è del Direttore Amministrativo Aziendale che si avvarrà per la valutazione dei Direttori Amministrativi di Ospedale/ Distretto/Dipartimento a struttura e dei Medici Competenti.

A tutti i livelli di valutazione è consentita la partecipazione di un rappresentante "fiduciario" del lavoratore.

SITUAZIONI AD ALTO RISCHIO PER IL MC: attenzione ai sentieri pericolosi

- **Patologie psichiatriche**

- **Mobbing**

Pressioni psicologiche esercitate strategicamente dalle imprese (prevalentemente private), per promuovere l'allontanamento dal mondo del lavoro di soggetti diversamente scomodi

Soggetti appartenenti a gestioni precedenti o assegnati a reparti da dimettere o anche di soggetti da riqualificare professionalmente

Dipendenti divenuti troppo costosi (seniores) o che non corrispondono più alle attese dell'organizzazione (lunghe assenze per congedi parentali, malattie serie, portatori di handicap, ecc.).

- **Alcol e droghe**

Solo per le figure individuate dalla legge

CONCLUSIONE



Al MC non si chiede di diventare un agente segreto con licenza di uccidere; gli si chiede di essere equilibrato e sereno nei processi decisionali con l'obiettivo di una sostanziale utilità sia per il lavoratore che per l'Azienda.