

La necessità della modifica dell'81/08 : una diatriba tra Medici o un'esigenza oggettiva per migliorare tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro ?

.

Pietro Apostoli

Professore ordinario di medicina del lavoro Università di Brescia,

Direttore UO Medicina Lavoro, Igiene Tossicologia e Prevenzione Occupazionale;

Presidente Nazionale SIMLII

Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e crisi economica e sociale

In pratica a partire dal 2007 ci trasciniamo una serie di analisi sul rapporto crisi economica e poi sociale (le più gravi dal dopoguerra)-ruolo della prevenzione occupazionale,di fatto sostenendo che anche una nostra azione debitamente aggiornata può contribuire da una parte ad uscire dalla crisi e dall'altra ad uscirne con le dovute tutele per i lavoratori. I più ottimisti di noi collocandosi addirittura sulla posizione ,del riconoscimento di un contributo al miglioramento di produzione di beni e servizi abbinato all' incremento di sicurezza e salute dei lavoratori,proprio grazie al nostro intervento . Si è cioè dato per scontato che il sistema prevenzione così come organizzato dalle vigenti leggi , avesse in se la possibilità ,al netto degli inevitabili settoriali aggiornamenti .

Su questo assunto di fatto ci stiamo avvitando da 6-7 anni con il risultato che purtroppo ben conosciamo : dalla crisi non riusciamo proprio a venirne fuori .

A questo punto vale forse la pena di riflettere se anche il nostro sistema che noi continuiamo a vedere come possibile contributore all'uscita dalla crisi, non sia esso stesso una delle cause delle crisi.

Da qui la domanda : ma l'attuale normativa (81-106 con più di 300 articoli e 50 allegati, contro le poche decine della maggior parte degli altri Paesi Europei) non può essa stessa essere uno dei fardello che ci trasciniamo dietro e che appesantiscono il sistema economico e produttivo?

Sicuramente, e lo abbiamo ampiamente dimostrato in questi anni,l'attuale legislazione affardella l'attività dei Medici del Lavoro (vedi la tortuosa vicenda fell'allegato 3B;vedi la discriminatoria questione ECM;vedi l'incredibile ,per moderni democratici contesti di civile convivenza e consuetudine, impianto sanzionatorio con previsioni di arresti e multe).

E' sempre più condivisa la convinzione che il sistema normativo italiano in materia di salute e sicurezza del lavoro vada rivisto, reso coerente con le norme comunitarie,coerente nelle sue parti, ma soprattutto semplificato, nel rispetto delle garanzie reali per i lavoratori, per liberare risorse che meglio sarebbero utilizzabili a fini preventivi, soprattutto nelle piccole imprese. Ci si sta sempre più rendendo conto che norme chiare e di semplice applicazione favorirebbero e non abbasserebbero la tutela della salute di chi lavora e in generale l'efficienza delle aziende. La SIMLII è impegnata a presentare proposte di modifica delle norme vigenti per gli aspetti più rilevanti che competono alla Medicina del Lavoro.

Le proposte per l'aggiornamento della normativa vigente e per garantirne una sua ottimale applicazione dovranno concretizzarsi attraverso un dialogo costante con i soggetti istituzionali e con le forze sociali. Tale dialogo deve essere volto a valorizzare la professionalità dei medici del lavoro e degli igienisti industriali ad esempio sui criteri di prevenzione nei nuovi contesti lavorativi, sui modelli di

valutazione dei rischi e di sorveglianza sanitaria efficaci anche in ambiti specifici e meno tradizionali

Appare pertanto non più procrastinabile una azione destinata ad un confronto chiarificatore con i Legislatori, la Vigilanza, la Magistratura e l'INAIL. Esso dovrebbe portare ad una nuova cultura dell'aspetto legale e giudiziario della prevenzione, con la condivisione di regole comportamentali razionali e scientificamente fondate, mettendo in secondo piano argomentazioni di natura essenzialmente repressiva. D'altro canto si dovrebbe diffondere tra i MC la consapevolezza della legittimità di una loro azione motivata e non solo cautelativa, purché questa risponda a criteri di scientificità e di eticità.

Il punto centrale delle nostre proposte era quello di una delega al Governo per la scrittura di un vero testo unico della prevenzione occupazionale che ponesse rimedio alle carenze dei decreti 81 e 106 (definizioni, linee guida e buone prassi, ruolo del MC, sorveglianza sanitaria) e arrivasse ad un allineamento alle norme europee accorpando, ad esempio, la normativa ancora separata su radioprotezione e lavoro notturno.

In tale contesto particolare importanza assumeva per SIMLII, un adeguato sistema di generazione e di circolazione delle informazioni che riguardano le attività di Prevenzione e di tutela di Salute e Sicurezza dei lavoratori. Esso doveva essere rispettoso del ruolo di pari peso e di pari dignità da assegnare alle competenze mediche, alla pari di tutte le altre figure tecniche: a questo fine la nostra Società ha sempre messo, e ancora mette, a disposizione delle Istituzioni interessate la propria organizzazione, competenza ed esperienza.

Deve trattarsi, tuttavia, di un sistema semplice e facilmente gestibile, che tuteli adeguatamente la riservatezza, la garanzia e la certezza nel percorso e nell'uso dei dati inviati e che preveda l'acquisizione di informazioni realmente utili alla prevenzione, coinvolgendo in modo paritario tutte le figure individuate dalla legge,

a partire dai Datori di Lavoro, Dirigenti e Preposti per finire agli altri operatori della prevenzione (a partire dai RSPP) ed ai lavoratori e loro rappresentanti .

La finalità di tali strumenti deve essere esclusivamente quella statistico-epidemiologica, senza inconfessati fini (sanzionatori, amministrativi, previdenziali , etc.), certamente leciti e doverosi, ma, a nostro avviso, da affidare con chiarezza ad altri strumenti e ad altre fonti.

La proliferazione delle norme di legge in materia di salute e sicurezza del lavoro avvenuta negli scorsi anni da un lato ha colmato vuoti legislativi non ammissibili ma dall'altro ha creato un sistema di vincoli a tratti rigido, farraginoso, burocratico, più orientato alla forma che alla sostanza (a differenza di quanto avviene in altri paesi europei che vantano un sistema di prevenzione più semplice ed efficace), in particolare per le piccole imprese che impiegano la maggior parte dei lavoratori italiani.

L'attuale impianto legislativo ,infatti,non ha liberato l'azione del MC dalla rigidità di talune indicazioni normative. Per esemplificare si può rimandare alla mancata previsione esplicita di esecuzione della sorveglianza sanitaria all'esito della valutazione dei rischi se non nel caso di fattori di rischio espressamente previsti dalla normativa vigente.

Il MC non ha riferimenti in merito alla propria azione quando sia in gioco la sicurezza dei terzi, se non in relazione agli accertamenti previsti per alcol e droga. Quest'ultima attività appare, peraltro, una palese anomalia nell'ambito delle attività proprie del MC: l'assunzione di droghe, infatti, non è un rischio lavorativo ma un problema comportamentale e la normativa vigente determina uno stravolgimento del ruolo del MC, da consulente per la prevenzione a controllore fiscale. La procedura proposta, inoltre, ha un elevato grado di complessità nella sua articolazione organizzativa ai vari livelli, ed in particolare per il MC.

La gestione dei documenti sanitari (in corso di sorveglianza sanitaria ed a volte al cessare della stessa) comporta formalità di stampo “notarile” che ,se da un lato suscitano il sospetto di una immotivata sfiducia del legislatore nei confronti della correttezza deontologica dei MC, dall’altro solleva perplessità in merito alla loro reale necessità ed efficacia, alla luce delle esperienze maturate negli anni (si veda l’invio all’ISPESL – ora all’INAIL– esclusivamente per via telematica, delle cartelle sanitarie e di rischio, sia pure in un numero di casi inferiore a quanto previsto in passato.

Anche la previsione dell’Art. 38, comma 3 del D.Lgs 81/08, secondo la quale per lo svolgimento delle funzioni di MC è necessario partecipare al programma della ECM con conseguimento di non meno del 70% dei crediti nella disciplina “medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro”, appare di una rigidità non contemplata per le altre aree mediche con specializzazione obbligatoria (dalla pediatria all’anestesia, alla radiologia).

Appare non più procrastinabile una azione destinata ad un confronto chiarificatore con i Legislatori, la Vigilanza, la Magistratura . Esso dovrebbe portare ad una nuova cultura dell’aspetto legale e giudiziario della prevenzione, con la condivisione di regole comportamentali razionali e scientificamente fondate ,mettendo in secondo piano argomentazioni di natura essenzialmente repressiva. D’altro canto si dovrebbe diffondere tra i MC la consapevolezza della legittimità di una loro azione motivata e non solo cautelativa, purché questa risponda a criteri di scientificità e di eticità. Non più rinviabili appaiono infine gli interventi sulla sanità militare e l’allineamento alle norme europee accorpando la normativa ancora separata su radioprotezione e lavoro notturno.

Quindi , tornando al titolo del mio intervento , un qualcosa che a molti (tutti) dovrebbe interessare , altro che una diatriba tra medici .

Ma la prevenzione serve?

Il mio intervento di apertura della sessione plenaria nella terza giornata del nostro 77° Congresso Nazionale di Bologna si intitola Bo “Qualità e Medicina del Lavoro : 20 anni dopo”.

In esso partirò dalla dimostrazione che senza prevenzione non ci può essere qualità

Non è un'autoreferenziale asserzione. Vi è al contrario stata in questi anni una generalizzata dimostrazione ed accettazione proprio da chi la qualità doveva organizzarla e certificarla con conseguente incorporazione della tutela della salute e sicurezza e ancora più della promozione del benessere nei sistemi qualità (EMAS SA serie ISO 17000).

Ma perché la Medicina del Lavoro possa proporsi come interlocutrice valida sui diversi temi sopra richiamati dovrà curare e garantire la qualità dei propri interventi, dalla valutazione del rischio alla sorveglianza sanitaria (compresi gli accertamenti integrativi clinici, laboratoristici e strumentali) a quella epidemiologica, alla formazione e promozione della salute. Deve quindi una componente del sistema qualità qualificata ed aggiornata specie nel contesto del continuo e rapido mutamento del lavoro e del mondo produttivo dei beni e dei servizi

E' in questo contesto che abbiamo realizzato dai primi anni del nuovo millennio un'esperienza forse unica per le discipline mediche nel campo della qualificazione e dell'aggiornamento delle competenze dei Medici del Lavoro e dei Medici Competenti con l'impegno nella formazione di base dei medici, degli specialisti in Medicina del Lavoro attraverso il potenziamento e la diffusione delle tradizionali attività di divulgazione e con l'avvio dell'esperienza della produzione delle linee guida, dei programmi di accreditamento di eccellenza e della FAD .

Tali iniziative possono essere per comodità raggruppate in:

- Attività di prima linea: Offerta formativa diffusa, differenziata e “personalizzata” che includa, ad esempio, sia iniziative residenziali a carattere nazionale, macro-regionale o locale sia strumenti, come la FAD, capaci di raggiungere i singoli colleghi (a casa loro in qualsiasi momento);
- Attività di seconda linea: Eventi residenziali organizzati da Università, Regioni, Sezioni regionali SIMLII, o da altre Società scientifiche, Scuole di Specializzazione, ecc... La collocazione di queste iniziative residenziale sarà su un piano provinciale, (cittadino) regionale e sovra regionale.

Gli strumenti di orientamento e qualificazione in ambito medico si configurano come “tecnologie” in grado di aiutare il Medico a identificare e scegliere le modalità più appropriate di intervento e a diminuire quindi la parte di variabilità non giustificata nelle sue scelte.

La differenza tra loro non è solo, o tanto, semantica, ma rimanda a concetti quali l'estensione delle raccomandazioni, la loro fondatezza sull'evidenza, il grado di consenso riscosso e quindi il vincolo che può derivare per chi le deve applicare. Nonostante la mole di esperienze e l'ampiezza delle discussioni, il dibattito sull'effettivo valore di queste tecnologie è tutt'altro che concluso, specie quando si debba tenere conto oltre che degli aspetti più propriamente sanitari delle loro implicazioni economiche .

L'opportunità di articolazione tra i diversi strumenti, richiama un'altra questione, a mio avviso, di rilievo, ossia il rapporto tra aggiornamento scientifico e orientamento tecnico professionale.

Se si concorda che per “aggiornamento” si intende acquisizione, miglioramento adeguamento delle conoscenze teorico pratiche e che per “orientamento” l'insieme di raccomandazioni per svolgere al meglio un compito, non può non sfuggire l'importanza di poter disporre di più strumenti e di saperne adeguatamente raccordare l'impiego.

Nel manuale del Programma Nazionale delle linee Guida (LG) dell'Istituto Superiore di Sanità (ora inserito nel Sistema Nazionale delle Linee Guida (SNLG)) è stato sottolineato che se le elaborazioni condotte da un lato aiutavano a comprendere e definire le caratteristiche e finalità delle LG, dall'altro non veniva posto alcun vincolo o regola riguardo la loro produzione. E proprio in questo contesto si registrava come esistessero prodotti differenti, risultato di processi tra loro molto diversi e come si potesse avere a che fare con strumenti che andavano da testi o capitoli di testo privi di qualunque riferimento a metodi di produzione e spesso anche di bibliografia, a rappresentazioni schematiche mediante diagrammi di flusso senza alcuna revisione critica dell'argomento.

Un implicito richiamo a strumenti di aggiornamento può essere ritrovato nel comma 1 dell'art. 39 laddove si dice che il Medico Competente opera secondo "i principi della Medicina del Lavoro". Inoltre, l'art. 25 "obblighi del Medico Competente", contiene alla lettera b del comma 1 due richiami non altrimenti chiariti (ad esempio nelle definizioni), ossia quello secondo cui la Sorveglianza Sanitaria è svolta secondo "protocolli" definiti in funzione dei rischi specifici e "tenendo in considerazione" "gli indirizzi scientifici più avanzati".

Le Linee Guida sono però inquadrare tra gli atti di indirizzo e coordinamento per l'applicazione della normativa in materia di Salute e Sicurezza. In quest'ultima accezione dovrebbero, verosimilmente, orientare su come trattare argomenti o come conformare i comportamenti di diverse figure, circa l'applicazione della legge. Si preconizza, cioè, un qualcosa di "diverso" dall'internazionalmente e consolidata accezione volontaria ed adesione fatta in base ad un convincimento ed una scelta ragionata e libera del professionista per operare al meglio. I produttori delle stesse sono gli stessi che a vario titolo (vigilanza e previdenza) hanno "interessi" nella verifica della loro adozione ed applicazione.

Va ricordato come da subito vi sia stato un ampio riconoscimento nella nostra comunità scientifica e professionale, come ben dimostrato dall'articolo di S. Iavicoli e coll. riguardante un'indagine conoscitiva tra i soci sui programmi di formazione continua e accreditamento di eccellenza. In esso si concludeva che lo sforzo operato dalla Società negli ultimi anni è stato ampiamente approvato dai soci, in particolare per l'organizzazione di incontri di aggiornamento sui temi specifici, l'accesso al programma per la formazione continua e la necessità di rapida informazione sulle novità legislative, suggerendo un'implementazione delle attività delle sezioni regionali anche per macro aree geografiche.

La prevenzione deve “comprendere” atti sanitari/medici ?

Su questo tema dobbiamo sforzarci di essere aperti ed obbiettivi. Infatti la risposta al quesito del titolo del presente paragrafo è articolata e nostro compito è articularla in modo scientifico, etico, attuabile, partendo dal presupposto che siamo in presenza di un ventaglio di risposte, anche a livello comunitario che vanno dal non servono. Al sono un diritto, al sono un obbligo.

Come ben ricordava G. Pianosi in un articolo di un paio di anni fa, La direttiva europea 391/89/CEE fissa i principi generali per la tutela della salute e della sicurezza nelle attività lavorative e ad essa erano tenute ad armonizzarsi le successive direttive dedicate a temi specifici oltre che la legislazione emanata in materia dai singoli Stati.

Va ricordato che alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori la direttiva 391 riserva il solo articolo 14 :

1. Per assicurare un adeguato controllo sanitario dei lavoratori, in funzione dei rischi riguardanti la loro sicurezza e la loro salute sul lavoro, vengono stabilite misure conformemente alle legislazioni e/o prassi nazionali.
2. Le misure di cui al paragrafo 1 debbono essere concepite in modo tale che ogni lavoratore abbia la possibilità, se lo desidera, di essere sottoposto ad un controllo sanitario ad intervalli regolari.
3. Il controllo sanitario può far parte di un sistema sanitario nazionale.

1

E' innegabile che su questo tema vi sia una sostanziale differenza tra quanto stabilito dal legislatore europeo e da quello italiano.

La "direttiva quadro" comunitaria (art . 6) tra le numerose misure di tutela di salute e la sicurezza dei lavoratori tra le quali non prevede la sorveglianza sanitaria, la stessa figura nel D.Lgs. 81/2008, art. 15, c. 1, lettera l. Ed anche in apertura della direttiva si parla di prevenzione, progresso tecnologico, formazione, attenzione alle piccole e medie imprese, etc., mai di sorveglianza sanitaria .

Sottolinea Pianosi, che in altri termini il legislatore europeo introduce la sorveglianza sanitaria come una facoltà di cui i lavoratori si possono avvalere se lo desiderano fatto salvo che gli Stati membri devono garantire un'adeguata sorveglianza sanitaria (80/1107/CEE), che i controlli sanitari devono essere "disponibili" per i lavoratori (83/477/CEE), che tali controlli sono un loro "diritto" (86/188/CEE) ed anche nelle direttive europee sulla tutela della salute e sicurezza in ambito lavorativo la sorveglianza sanitaria è sempre indicata come uno strumento a disposizione del lavoratore fino a definirla, in più di un'occasione, un suo diritto.

E' perciò sorprendente e va aggiunto elemento di riflessione e correzione ,che il legislatore italiano, nel recepire le direttive europee, abbia trasformato in un dovere quello che a livello europeo è stato indiscutibilmente introdotto come un diritto.

Che le nostre leggi vadano riviste lo si evince anche da quello che può senz'altro essere visto come un " un crescendo impositivo" dal D.Lgs. 277/91 (in cui il lavoratore era obbligato a sottoporsi ai controlli sanitari ,ma solo in un caso era prevista la sanzione) al. D.Lgs. 626/94, che oltre a prevedere l'obbligo per il lavoratore di sottoporsi ai controlli sanitari previsti (art. 5, c. 2, lettera g), rispetto di questo obbligo, con l'arresto fino a un mese o con un'ammenda .Per arrivare al D.Lgs. 81/2008 (obbligo ,sanzione con arresto o ammenda pecuniaria):

Inoltre il lavoratore ha l'obbligo parimenti sanzionato di sottoporsi ai controlli sanitari di cui all'art. 20, c. 2, lettera i). e a sottoporsi non solo ai controlli sanitari previsti dalla legge ma anche a quelli "comunque disposti dal medico competente". Anche di questo le proposte di modifica dovranno tenere conto e non si tratta certo di diatribe tra medici ma di un giusto equilibrio tra diritti e tutele dei lavoratori che vanno ben oltre la sorveglianza sanitaria.

Cosa si deve fare nella parte sanitaria/medica di prevenzione (o del Medico del lavoro come consulente globale)

La figura del Medico del Lavoro ha un ruolo centrale a tutela della salute del lavoratore e come consulente globale del datore di lavoro: l'impegno della SIMLII è rivolto alla qualificazione e formazione continua del Medico del Lavoro e al conseguente riconoscimento di questa figura primaria per la salute di chi lavora.

Si sta discutendo da tempo in quale ambito medico la MDL si colloca : medicina clinica, sanità pubblica, servizi per aziende e lavoratori, vigilanza e controllo del rispetto delle norme di legge; di quali sono le fonti del suo agire (conoscenze

mediche, buone prassi, linee guida, leggi, loro combinazione: di quali sono i risultati da raggiungere o garantire ; di come essi sono validati (verifiche degli enti di controllo, prove della efficacia, adesione alle indicazioni di appropriatezza); di quale deve essere il rapporto con le altre figure (tecniche e manageriali) coinvolte nei processi di stima e gestione dei rischi e della realizzazione/verifica dei programmi di prevenzione e sorveglianza sanitaria.

A partire dal D.Lgs 626/94, è cambiata la natura stessa della nostra Disciplina: da contenuti medici che valorizzavano la professionalità individuale, a prevalente applicazione di leggi nazionali o norme regionali, senza aver avuto, tra l'altro, un ruolo rilevante nella loro discussione e formulazione. Vanno messi in discussione alcuni punti dell'attuale pratica della MDL: subalternità in alcune fasi del nostro lavoro ad altre figure tecniche e manageriali, obblighi verso gli organi di vigilanza (come ad esempio nella vicenda degli allegati informativi), giudizi di idoneità e obblighi delle segnalazioni/denunce delle malattie professionali.

Bisogna mirare ad un riconoscimento formale di un nuovo ruolo del MC come consulente globale in tema di tutela della salute e sicurezza, da coinvolgere per quanto di competenza in tutte le fasi e momenti della vita aziendale, nella gestione dei sistemi qualità e accreditamento, nell'implementazione dei modelli di gestione ex art.30 DLgs 81/08.

Il ruolo del MC nell'ambito della valutazione dei rischi non è stato adeguatamente definito, dato che la sua presenza non è stata inserita sin dall'inizio del processo preventivo, essendo la sua collaborazione alla valutazione dei rischi prescritta solo quando è già stata da altri stabilita la necessità della sorveglianza sanitaria.

La gestione della sorveglianza sanitaria per i dipendenti con rapporto di lavoro flessibile resta di difficile realizzazione, in particolare la formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Come si dimostra che il Medico del Lavoro serve

La ricerca e dimostrazione della validità (efficacia, appropriatezza) degli interventi in Medicina del Lavoro è un tema di grande attualità e idealmente parte dalla dimostrazione del ruolo della Medicina del Lavoro nei Sistemi Qualità e dalla promozione della Qualità in Medicina del Lavoro. D'altra parte promozione e riconoscimento formale della competenza sono diventati gli strumenti essenziali per la garanzia della qualità delle prestazioni erogate della regolazione della concorrenza.

In tempi di risorse limitate è importante dimostrare a chi finanzia i servizi la capacità di raggiungere l'obiettivo finale, nel nostro caso quello di diminuire l'insorgenza di malattie dovute al lavoro e di migliorare le capacità di lavoro. Su aspetti quali efficacia, costi e benefici, l'efficienza dei nostri servizi sente sempre più la necessità di una adeguata ricerca e dimostrazione scientifica per evitare che si affermi la convinzione di una sopravvalutazione degli interventi preventivi.

Sackett nei suoi lavori su Evidence Based Medicine (EBM) in Sanità Pubblica e nei programmi Environmental Biology e Public Health Section (EBPH) dell'inizio anni novanta del secolo scorso, definiva la Medicina basata su evidenza come "uso coscienzioso esplicito e giudizioso delle migliori evidenze disponibili per prendere decisioni sulle cure.

Tuttavia, apparvero subito alcune peculiarità che andavano da una minore immediatezza rispetto alla clinica a diversità a volte sensibili tra individui e popolazioni, ma soprattutto alle basi non verificabili per la stessa "natura" delle azioni preventive. Appariva critico poi il nesso tra evidenza, e precauzione, cioè che le misure attuate(bili) su basi cautelative (anche/quando sostenibili) potevano essere diverse da quelle scientifiche (si vedano al riguardo definizione e contenuti

della “gestione del rischio”) e la difficoltà nella verifica degli outcome (tempi e/o tipo indicatori). L’EBM, nata con intenti lodevoli per integrare l’epidemiologia clinica (largamente e da tempo interiorizzata non solo dagli epidemiologi, ma anche dai clinici che si avvalgono di esami di laboratorio a scopo diagnostico e dai tossicologi che si occupano di monitoraggio biologico), ha dimostrato nel tempo limiti assai vistosi ed ha anche dato luogo a vivaci critiche.

La pratica operativa del Medico del Lavoro può quindi trovare uno strumento innovativo attraverso un approccio ai problemi della salute che richiede capacità di formulare i quesiti riguardanti il problema, ricercare evidenze scientifiche, valutarle criticamente ed utilizzarle come elemento chiave nei processi decisionali.

Altri autori , con l’obiettivo di approfondire lo studio del rapporto fra stato di salute/ malattia del lavoratore e produttività/costi per il datore di lavoro, hanno focalizzato problemi quali: necessità di individuazione e validazione di misure di produttività; valutazione della perdita di produttività; ruolo della Medicina del Lavoro nel mantenimento dello stato di salute del lavoratore e della produttività; effetti di stress, malattia e promozione della salute sull’assenteismo; effetti della depressione e del suo trattamento sulla produttività; programmi di gestione della salute e della produttività; impatto dell’allergia e del suo trattamento sulla produttività di lavoratori impiegati in call center; valutazione di un programma di promozione della salute in una grande compagnia di telecomunicazioni; effetti di programmi di intervento su assenteismo e costi da disabilità in un’industria manifatturiera.

Si deve tornare, per cercare di calarli anche nelle discipline preventive, ai concetti di efficacia ed appropriatezza che finiscono per sostanziare la prevenzione basata sull’evidenza.

L'efficacia indica il rapporto tra risultati ed obiettivi: si è stati efficaci se si sono raggiunti gli obiettivi di struttura, di processo e di esito, definiti. L'efficacia è stata anche definita come "fare le cose giuste", possibilmente bene.

Nel caso della Medicina del Lavoro ne sono esempi la riduzione (azzeramento o riduzione il più possibile) di malattie o infortuni, la riduzione delle assenze dal lavoro e il grado di soddisfazione per il lavoro svolto. Gerarchicamente inferiore rispetto ai risultati ma parimenti "evidente" è l'appropriatezza: fare ciò che è di efficacia provata con effetti sfavorevoli giudicati "accettabili" rispetto ai benefici.

Dal punto di vista organizzativo l'appropriatezza si rispetta quando l'intervento "consuma" un'appropriata quantità di risorse (da definire).

I criteri di appropriatezza sono definiti con riferimento esplicito alle migliori evidenze disponibili, adattandole ai diversi contesti e con essi compatibili. Essa è stata di fatto "sostituita" all'efficacia per fronteggiare la cronica carenza di risorse; è infatti, ben nota la convinzione secondo cui la riduzione delle in appropriatezze (in eccesso) offre evidenti benefici economici.

Per la Medicina del Lavoro vanno tenute presenti nel fissare criteri o standard di accuratezza in primis il rispetto di leggi che non possono essere eluse; la richiamata difficoltà di dimostrazione se si attuano compiutamente le misure preventive; le problematiche poste dal trattare patologie non tradizionali e chiaramente definibili come i quadri sfumati nell'area del disturbo o disagio (quindi con forti connotazioni soggettive).

Uno spunto conclusivo

Lo spunto che conferma la necessità di agire, di risistemare riferimenti legislativi, metodologici, procedurali ed operativi mi viene offerto dalla cronaca di questi giorni, con l'emanazione nella Gazzetta Ufficiale n. 212 del 12.9.2014 il D.M. 10 giugno 2014 dell'elenco delle malattie di cui al D.M. 11 dicembre 2009, cioè le

patologie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi dell'articolo 139 del D.P.R.1124/65.

L'aggiornamento riguarda, in tutte e tre le liste, il gruppo 6 «tumori professionali» e il gruppo 2 «malattie da agenti fisici» con riferimento alle sole patologie muscolo-scheletriche.

Nella elaborazione di questo nuovo elenco la nostra Società Scientifica non è stata in alcun modo coinvolta.

Già in occasione della pubblicazione della precedente tabella , avevamo stigmatizzato quella che ci appariva non solo una ingiustificata esclusione ,ma anche un oggettivo impoverimento dei contenuti tecnico scientifici e della qualità del provvedimento.

Voglio qui richiamare in particolare quanto previsto per i tumori professionali e per le patologie muscoloscheletriche, previsioni che non mancheranno di suscitare discussioni e polemiche. Non solo ,esse sicuramente metteranno i Medici di fronte ad obblighi di ancora aperta fondatezza scientifica , incombente il rischio sanzionatorio sopra richiamato per altre “inadempienze”.

Su questo assicuro che la nostra Società prenderà una posizione ufficiale con una mozione della sua più elevata e rappresentativa istanza ,cioè l'assemblea degli iscritti che avrà luogo il giorno 16 ottobre in sede del nostro 77° congresso nazionale ed ha già nel merito fatto alcune osservazioni preliminari che troverete sul sito societario.