

ASSOPREV TOUR 2017
MEDICO COMPETENTE E RSPP: NUOVE SFIDE
SEMINARIO NAZIONALE

Parma, 24 Febbraio 2017
Hotel Villa Ducale

TAVOLA ROTONDA “MEDICO COMPETENTE E RSPP: PRESENTE E FUTURO”

Dr. Francesco Magnani

Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro - Azienda USL di Parma

Dall’emanazione del D. Lgs 626/94 ad oggi, l’attività di vigilanza e controllo sul rispetto della normativa, ma anche quella di promozione e assistenza verso tutti i soggetti della prevenzione delle aziende (Datori di Lavoro, RSPP, RLS, Medici Competenti, lavoratori) e verso le parti sociali, ci evidenziano quanto sia pressante la domanda di semplificazione del sistema.

La domanda è di semplificare con l’accezione di concretizzare, non quella di deregolamentare; e la richiesta di concretezza è rivolta sia a chi ha il compito di valutare ed eliminare/ridurre i rischi, ma anche verso chi ha il compito di vigilare.

Con queste premesse, tutte le proposte volte a raggiungere obiettivi di concretezza devono essere considerate e discusse.

Il bisogno di concretezza è dettato dal fatto che oggi la gestione della sicurezza si è trasformata in una sovrastruttura che produce fiumi di carta, venduta come esimente da possibili problemi futuri. Tutto questo ricade sulle spalle dei datori di lavoro, mettendo spesso in grave difficoltà le aziende più piccole.

L’Organo di Vigilanza deve applicare la norma, qualunque essa sia, ma può e deve vedere anche i limiti e i problemi che emergono nell’attuazione pratica del dettato normativo.

Uno dei problemi maggiori, da cui discendono a cascata molti altri, è quello della valutazione del rischio.

Se la valutazione del rischio è nebulosa e indefinita, se, come molti interpretano (anche alcuni di noi), si debbano valutare sempre e comunque tutti i rischi, anche quelli ragionevolmente non presenti, e questo in ogni realtà, di qualunque tipo e dimensione, difficilmente si potrà uscire dall’incertezza per dedicarsi alla soluzione dei problemi reali.

Secondo noi, si deve poter sostenere senza timore che in determinate realtà il rischio è “trascurabile”, ma, addirittura, si deve poter sostenere anche che non è necessario un Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) come attualmente inteso.

Per realtà lavorative a basso rischio, piccole attività di tipo commerciale semplice, uffici, ristorazione semplice, con uso di impianti e attrezzature assimilabili all’uso domestico, pensiamo sia auspicabile semplificare chiedendo solamente il riconoscimento di conformità della struttura, degli impianti e delle attrezzature. Un DVR appare come un obbligo derivante da un approccio burocratico, che perde di vista la sostanza. In questi casi potrebbe diventare utile anche una figura definibile come “certificatore” (con le caratteristiche ipotizzate nel disegno di legge), ma in molti casi potrebbe essere sufficiente il Datore di Lavoro-RSPP, che conosce la propria attività meglio di chiunque altro.

Per aziende di piccole dimensioni e con pochi rischi presenti, ad esempio rischio chimico semplice (certo non esposizione a cancerogeni), può essere sufficiente una descrizione di frequenza, modalità e quantità d’uso dei prodotti, con quali sistemi di protezione collettiva e quali dispositivi di protezione individuale, che può essere facilmente attuata anche da un Datore di Lavoro-RSPP o da quel “certificatore”, ovviamente assieme al medico competente.

Per aziende medio-piccole, con alcuni rischi ben definiti e facilmente riconoscibili da parte del Datore di Lavoro e dai lavoratori/RLS, deve essere possibile individuare e valutare solo questi rischi evidenti, tralasciando serenamente il corollario di rischi non specifici, e dichiarare le misure di prevenzione adottate e da adottare, descritte e dettagliate, eventualmente “certificate” assieme al medico competente.

Per le grandi aziende strutturate e quelle con rischi particolari o complessi rimane la necessità della valutazione più articolata e approfondita, anche con misurazione dei livelli di esposizione e stime di rischio quantitative.

E’ sicuramente necessaria la definizione di nuovi modelli e di procedure semplificati per i vari settori di attività, standardizzati a livello nazionale.

Se per quasi 15 anni abbiamo accettato l’“autocertificazione”, in presenza di nuove regole chiare e concrete la figura di un “certificatore” esperto potrebbe anche in molti casi essere utile ed efficace.

Una valutazione dei rischi concreta, chiara e precisa, partecipata anche dal medico competente, aiuta anche nella conduzione della sorveglianza sanitaria e nella espressione corretta dei giudizi di idoneità, favorendo una maggiore efficacia dell’attività del medico competente.

E qui veniamo alla parte che riguarda la proposta Ribaudò-Bocuzzi.

Senza entrare nel merito di orientamenti giurisprudenziali, che sembrano indicare la necessaria responsabilità diretta del datore di lavoro nella scelta del medico competente, il problema dell’indipendenza o “terzietà” del medico competente è reale.

Il medico competente oggi è un “ibrido”, concordiamo con il collega Ramistella di AProMel-SIMLII , in quanto professionista con contratto privato, pagato direttamente dal datore di lavoro, che svolge però un ruolo pubblico per la tutela di un bene costituzionalmente tutelato, la salute negli ambienti di lavoro.

Nella situazione attuale non è scorretto sostenere che il medico competente può avere problemi di autonomia nelle decisioni e nei provvedimenti, in quanto potenzialmente condizionato perché chi lo nomina può sempre revocarlo se non soddisfatto. Anche qualora sia particolarmente autorevole (e l'autorevolezza del medico competente è data da competenza, personalità, eticità e buon senso, patrimonio non di tutti e di gestione faticosa), l'indipendenza è difficile.

E' comprensibile pertanto che vi sia chi preme per modificare questa condizione, cercando di sollevare il medico competente dalla possibile soggezione verso i datori di lavoro.

Attribuire ai SPSAL dell'Azienda USL il compito di designare i medici competenti può consentire a questi maggiore libertà e non "licenziabilità" a seguito di attività non gradita al datore di lavoro; non si deve necessariamente prevedere interferenza da parte dell'organo di vigilanza nell'attività del medico competente, malgrado sia previsto che risponda del proprio operato all'AUSL: già ora risponde del proprio operato all'organo di vigilanza.

Il collega Murgia di ASSOPREV sostiene che la nomina del MC da parte del SPSAL non garantisce la qualità della sorveglianza sanitaria e risultati nella prevenzione, portando l'esempio di quella effettuata sui lavoratori delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere da parte di medici competenti di nomina pubblica, che non dimostrerebbe particolari successi in termini di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali. In termini di risultato ciò probabilmente è vero, però bisogna dire che oggi anche i medici competenti delle Aziende Sanitarie soffrono in parte degli stessi problemi di quelli delle aziende private, per quanto riguarda sia la VDR che i condizionamenti ambientali.

Sorgono dubbi sul fatto che la nuova norma proposta non comporti maggiori oneri per la pubblica amministrazione: creazione dell'albo specialistico, gestione delle nomine, definizione di criteri di assegnazione alle aziende, verifica dell'operato e determinazione degli oneri per le prestazioni fornite dai medici competenti, procedure di riscossione, sono alcuni esempi di impegno di risorse. Stanti le risorse attuali dei SPSAL in termini di organici, vi sono anche dubbi rispetto alla possibilità di rispondere adeguatamente in termini di tempo alle esigenze e alle scadenze delle aziende e dei lavoratori.

Una proposta alternativa alla proposta di legge Ribaud-Boccuzzi è quella di AProMel, che ha ipotizzato la creazione di una "Agenzia Nazionale dei Medici Occupazionali", pubblica, nazionale, soggetta a controllo ministeriale, con ruolo di sovrintendenza e garanzia dei professionisti e di vigilanza sui livelli qualitativi e sui meccanismi competitivi. L'attivazione di una tale struttura pare di una certa complessità sia per l'organizzazione che per la gestione.

A noi piace invece ipotizzare e proporre un modello mutuato dall'esperienza francese, anche questo sicuramente complesso nella prima fase di istituzione e avviamento.

Vengono costituiti dei consorzi interaziendali territoriali, rivolti soprattutto alle piccole e medie aziende, ma non solo, ai quali contribuiscono economicamente le parti sociali, sia datori di lavoro che sindacati; questi consorzi possono esercitare varie attività di prevenzione negli ambienti di lavoro, in particolare la sorveglianza sanitaria per le aziende consorziate che appartengono a quel territorio. E' evidente che la sorveglianza sanitaria viene effettuata da medici nominati dal consorzio e non dai singoli datori di lavoro, con garanzia di indipendenza dal datore di lavoro, che pagherà le prestazioni al consorzio e non direttamente al medico. Il consorzio si affiderà a medici dipendenti suoi o si convenzionerà con singoli medici o società di servizi che forniranno i professionisti.