

Claudio Colosio¹, Stefan Mandic-Rajcevic¹, Lode Godderis^{2,3}, Gert van der Laan^{1,4}, Franck van Dijk⁴, Carel Hulshof⁵

Sorveglianza sanitaria dei lavoratori: incombenza burocratica o sostanziale prevenzione? Risultati preliminari di uno studio sullo stato di applicazione in Europa della Direttiva 89/391

¹ Department of Health Sciences of the University of Milan and International Centre for Rural Health of the San Paolo Hospital, Milan, Italy

² Centre for Environment and Health, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, Belgium

³ IDEWE, External Service for Prevention and Protection at work, Heverlee, Belgium

⁴ Learning and Developing Occupational Health (LDOH) foundation, The Netherlands

⁵ Academic Medical Center, Coronel Institute of Occupational Health, Amsterdam

RIASSUNTO. L'Unione Europea ha affrontato la sorveglianza sanitaria dei lavoratori con la direttiva 89/391, che stabilisce misure atte a far sì che "ogni lavoratore, se lo desidera, possa avere un controllo sanitario a intervalli regolari." Questo studio valuta se e come la direttiva è stata adottata. Un rappresentante per ogni Stato membro è stato invitato a compilare un questionario. I risultati preliminari, ottenuti da 16 paesi, indicano che la sorveglianza sanitaria non è eseguita nello stesso modo ovunque. Il datore di lavoro è tenuto a fornirla, e la partecipazione è obbligatoria solo in alcuni paesi. Il fornitore è di solito un medico del lavoro, ma i fornitori possono essere anche altre figure, compresi i Medici di Famiglia. In conclusione, sebbene la direttiva UE sia applicata in tutti i paesi partecipanti, rimane necessario armonizzare l'approccio alla sorveglianza sanitaria in base al confronto fra diverse esperienze e la valorizzazione dei risultati migliori ottenuti in ciascuno Stato membro.

Parole chiave: sorveglianza sanitaria, direttiva 89/391 CEC, applicazione in Europa.

ABSTRACT. HEALTH SURVEILLANCE OF WORKERS: BUREAUCRATIC TASK OR SUBSTANTIAL PREVENTION? THE PRELIMINARY RESULTS OF A STUDY ON THE STATUS OF APPLICATION OF THE DIRECTIVE 89/391 CE. EU addressed workers' health surveillance with the Directive 89/391, introducing measures including that "each worker, if he wishes, has access to health surveillance at regular intervals." This study investigates whether and how EU countries adopted the Directive. To complete a questionnaire we invited one representative for each member state. Preliminary results on 16 countries indicate that health surveillance is not performed in the same way in the EU. The employer is obliged to provide it, and participation is in some countries compulsory. Provider is usually an Occupational Health Physician or Occupational Health Service, but also other providers are possible, including GPs. In conclusion, although the EU Directive has been applied in all participating countries, it remains necessary to harmonize the approach to health surveillance based on the comparison of different experiences and learning from positive results of each Member state by studying process and outcome of workers' health surveillance.

Key words: health surveillance, directive EU 89/391 CEC, implementation.

Introduzione

L'articolo 14 della Direttiva CEC 89/391 indica la necessità che, "in accordo con leggi e pratiche nazionali, sia assicurato che i lavoratori ricevano una sorveglianza sanitaria appropriata ai rischi per la salute e la sicurezza ai quali sono esposti", attraverso misure che facciano sì che "il lavoratore, se lo desidera, possa ricevere la sorveglianza sanitaria a intervalli regolari". La sorveglianza può essere fornita nell'ambito "di un sistema sanitario nazionale". Dato che la "direttiva madre" è stata promulgata ormai da oltre 25 anni, pare opportuno verificare quale ne sia lo stato della sua applicazione nei diversi Paesi dell'Unione, in rapporto "alle leggi e realtà nazionali". Le informazioni più importanti da raccogliere riguardano le tipologie delle popolazioni lavorative coinvolte, l'obbligatorietà o meno della sorveglianza sanitaria, gli erogatori del servizio, la copertura dei costi, la condizione nella quale opera il medico incaricato dell'attività e i requisiti richiesti per esercitarla, le modalità e i criteri utilizzati per definire gli obiettivi dei programmi realizzati e la disponibilità o meno di dati statistici riassuntivi, pubblicamente consultabili.

Materiali e metodi

Lo studio prevedeva la raccolta di informazioni sull'applicazione della Direttiva 89/391 nei 28 paesi afferenti all'Unione Europea. Allo scopo, è stato messo a punto un questionario composto dalle seguenti 11 domande: 1) Da quale nazione stai rispondendo? 2) Sei a conoscenza della Direttiva 89/391/EEC? 3) L'articolo 14 della Direttiva è stato applicato nella tua nazione? 4) Tutti i lavoratori del tuo Paese sono soggetti a sorveglianza sanitaria sul luogo di lavoro, o solo alcuni sottogruppi? 5) La sorveglianza sanitaria deve essere obbligatoriamente erogata dai datori di lavoro? Per i lavoratori è obbligatoria la partecipazione? 6) Chi copre i costi delle attività? 7) Chi è il soggetto che eroga sorveglianza sanitaria? 8) Quale è nel tuo paese la condizione del Medico del Lavoro che offre sorveglianza sanitaria ai lavoratori? 9) Quali sono i principali obiettivi dei programmi di sorveglianza sanitaria dei lavoratori nel tuo paese? 10) Come sono stabiliti nel tuo paese gli ob-

biettivi dei programmi di sorveglianza sanitaria dei lavoratori? 11) Sono disponibili dati, relazioni, informazioni o pubblicazioni scientifiche inerenti i risultati di tale attività? Il questionario è stato reso disponibile on line ed un referente per ciascun paese è stato selezionato ed invitato alla compilazione.

Risultati

Lo studio è attualmente in corso; al momento, sono stati raccolti dati da Belgio, Bulgaria, Danimarca, Finlandia, Germania, Irlanda, Italia, Lettonia, Malta, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Slovenia, Spagna e Svezia. In tutti questi Paesi la Direttiva 89/391 trova applicazione, o leggi analoghe sono già in vigore, ma le forme sono diverse. In particolare, la sorveglianza sanitaria deve essere obbligatoriamente garantita dal datore di lavoro in tutti i Paesi intervistati, tranne che in Danimarca. Tutti i lavoratori devono essere coinvolti in Bulgaria, Finlandia, Germania, Olanda, Regno Unito, Repubblica Ceca, Slovenia e Spagna, mentre negli altri paesi sono coinvolti solo specifici sottogruppi, selezionati in base all'esposizione a specifici fattori di rischio (Irlanda, Italia, Lettonia, Portogallo, Svezia), a alle dimensioni dell'azienda (Malta) o specifiche condizioni di vulnerabilità quali giovane età o gravidanza (Belgio). La partecipazione dei lavoratori è obbligatoria, tranne che in Svezia, Bulgaria, Germania, Olanda, Portogallo e Svezia.

Le spese sono a carico del datore di lavoro nella maggioranza dei Paesi valutati, ma in alcuni casi vi è una compartecipazione del sistema sanitario nazionale (Malta), dei lavoratori e di assicurazioni private (Lettonia), o dei sistemi pubblici per l'assicurazione contro infortuni e malattie professionali (Germania) (Figura 1).

Vi è una notevole differenziazione tra i diversi Paesi intervistati riguardo al soggetto erogatore: in Belgio, Bulgaria, Germania, Irlanda, Italia, Lettonia, Slovenia, Spagna e Svezia esso è un medico del lavoro espressamente certificato per tale attività. In Finlandia e Olanda può essere qualsiasi medico specialista in Medicina del Lavoro, in Portogallo anche qualsiasi medico, purché in possesso di una autorizzazione amministrativa, in Repubblica Ceca e Malta un Medico di Medicina Generale, e nel Regno Unito una infermiera in collaborazione con un medico o uno specialista. In tutti i paesi il medico incaricato della sorveglianza sanitaria dei lavoratori è nominato dal datore di lavoro, con l'eccezione della Slovenia, ove la nomina è effettuata dal sistema sanitario nazionale.

Il principale obiettivo delle attività di sorveglianza sanitaria dei lavoratori è la riduzione delle malattie professionali e degli infortuni in Belgio, Germania, Irlanda, Lettonia, Malta, Portogallo, Repubblica Ceca, Svezia e Regno Unito. In Finlandia, Slovenia e Spagna il principale obiettivo è la promozione della capacità lavorativa sui luoghi di lavoro, in Italia la definizione dell'idoneità alla mansione, mentre in Bulgaria i principali obiettivi sono la ricerca di segni precoci di malattie professionali e l'evidenziazione di fattori di rischio. In Olanda l'attività è svolta per prevenire le malattie professionali, promuovere la salute lavoratori e definire l'idoneità alla mansione.

Il medico incaricato della sorveglianza sanitaria può essere dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale, libero professionista, dipendente da un centro di assistenza sanitaria primaria dipendente dal datore di lavoro, o di una società privata (Figura 2).

Per quanto riguarda la disponibilità di dati statistici aggiornati o pubblicazioni, questi non sono disponibili in Danimarca, Irlanda, Malta, Portogallo, Slovenia e Svezia.

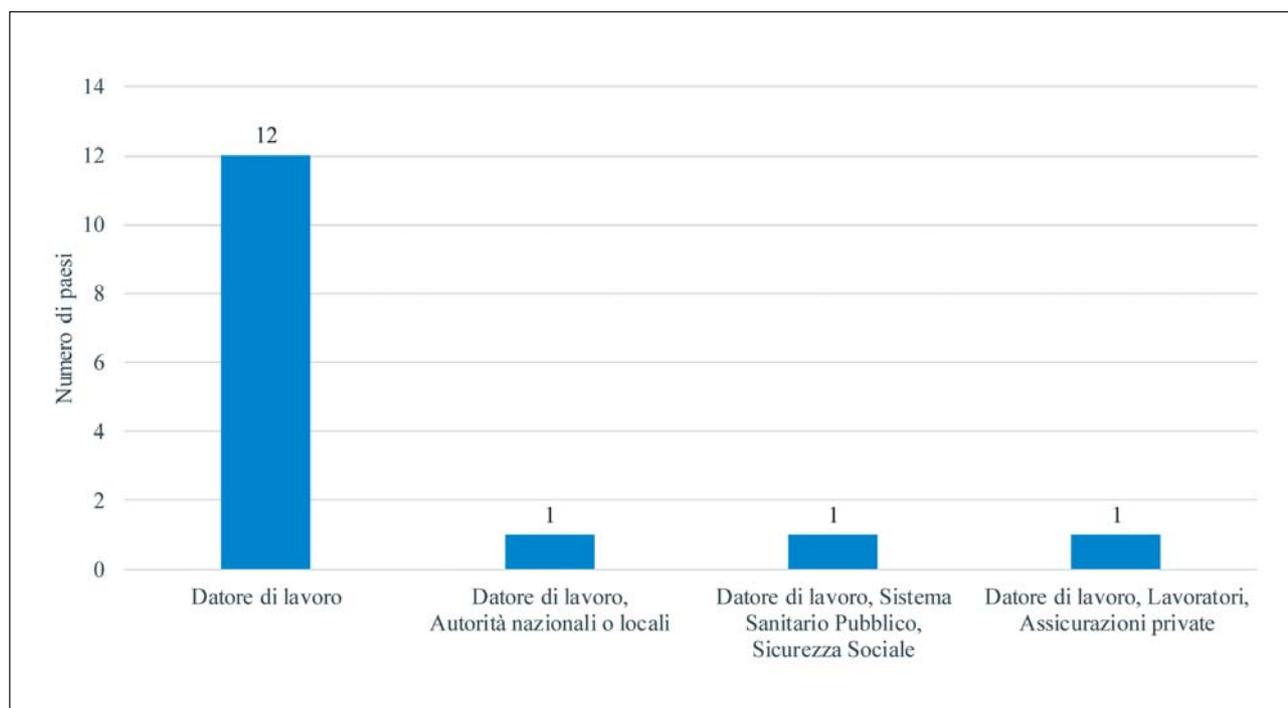


Figura 1. Copertura dei costi della sorveglianza sanitaria nei 16 paesi indagato

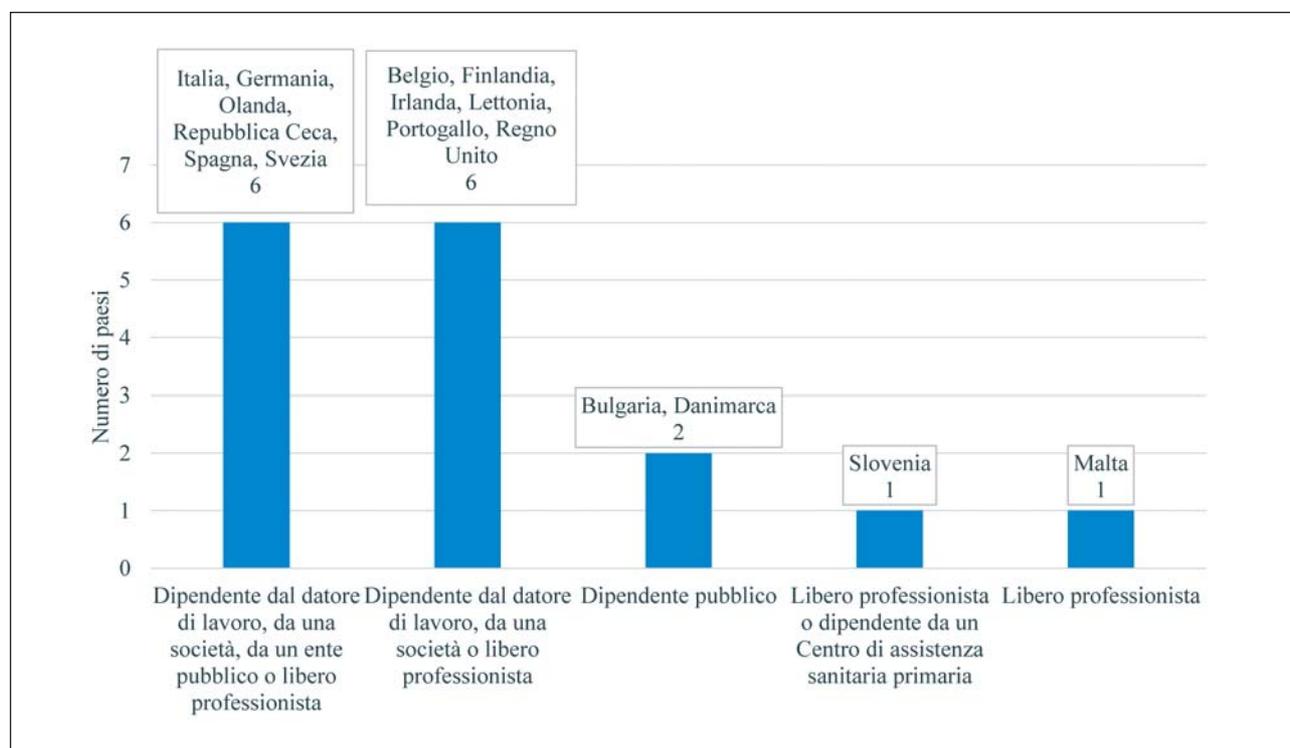


Figura 2. Stato del medico incaricato dell'effettuazione della sorveglianza sanitaria dei lavoratori nei 16 paesi oggetto dell'indagine

Discussione e conclusioni

Lo studio ha confermato che la Direttiva si presta ad interpretazioni diverse e che anche il concetto di sorveglianza sanitaria non è univocamente definito. Esiste infatti una visione che identifica la sorveglianza sanitaria nel periodico controllo dello stato di salute di lavoratori rispetto ai fattori di rischio a cui sono esposti ed un'altra, più ampia, che ne allarga i compiti alla tutela della salute dei lavoratori nel suo complesso, considerando anche rischi non direttamente collegati al lavoro. Il Belgio considera anche gruppi vulnerabili di popolazione, mentre Malta vincola l'accesso alla sorveglianza sanitaria anche alle dimensioni dell'azienda.

È interessante notare che, mentre la Direttiva Madre stabilisce che il lavoratore riceva la sorveglianza sanitaria "se lo desidera", la gran parte delle nazioni intervistate ha stabilito che la partecipazione del lavoratore alla sorveglianza sanitari è obbligatoria.

Anche il tipo di soggetto erogatore varia tra i diversi paesi valutati, ma appare chiaro che in oltre le metà di essi la sorveglianza sanitaria dei lavoratori è affidata ad un medico del lavoro che sia stato espressamente certificato per tale attività. In totale, circa il 70% dei Paesi coinvolti nella nostra indagine affida la sorveglianza sanitaria dei lavoratori a Medici del Lavoro, in alcuni casi previa autorizzazione specifica. Altri Paesi affidano il compito anche ad altri soggetti, che devono comunque essere espressamente formati sull'argomento, con corsi specifici di durata e contenuti variabili. È inutile sottolineare come tale scelta sia spesso dettata dalla carenza di medici del lavoro presente

in alcuni Paesi, e dalla conseguente necessità di colmare, almeno provvisoriamente, una lacuna importante del sistema assistenziale. Il ruolo che i medici di medicina generale potrebbero svolgere in diverse realtà nazionali per migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria di popolazioni lavorative svantaggiate è già stato oggetto di riflessioni a livello internazionale (WHO, 2011).

Il fatto che in tutti i paesi intervistati, tranne la Slovenia, la nomina del medico incaricato della sorveglianza sanitaria dei lavoratori spetti al datore di lavoro conferma che praticamente in tutta Europa si presenta, almeno in teoria, il problema della libertà lasciata al datore di lavoro di "privarsi" della collaborazione di un medico del lavoro troppo scrupoloso o scomodo a vantaggio di una collaborazione più "morbida".

Per quanto concerne lo status del medico incaricato della sorveglianza sanitaria dei lavoratori, esso è esclusivamente parte di un servizio sanitario nazionale solo in un paese (Bulgaria), ma in un numero significativo di paesi (Danimarca, Germania, Italia, Olanda, Repubblica Ceca, Slovenia, Spagna, Svezia) può esserne parte, anche se altre opzioni sono possibili. Pressoché ovunque può essere libero professionista o dipendente di una società privata.

Le Direttive e le raccomandazione EU sono periodicamente valutate. Nella Direttiva 89/391 è indicato che "...ogni 5 anni gli Stati Membri devono inviare un rapporto alla Commissione circa l'implementazione pratica di questa Direttiva indicando i punti di vista dei partner sociali". Al punto 4 dell'art. 17, inoltre, è scritto che usando tali rapporti come base, la Commissione valuterà l'implementazione delle Direttive di interesse. Infine, entro il termine di 36 mesi dalla fine del periodo di cinque anni,

informerà il Parlamento Europeo, il Consiglio, il Comitato Economico e Sociale Europeo e il Comitato Consultivo sulla Sicurezza e Salute sul Lavoro. I rapporti inviati dai diversi Paesi all'Unione Europea rappresentano certamente un fonte di informazione unica sullo stato dell'adozione della Direttiva 89/391 nell'Unione e fonte di informazione necessaria per definire obiettivi e ambiti di intervento futuri. Questo permette l'acquisizione di dati che potranno fornire utile spunto per l'identificazione degli interventi necessari, a livello locale ed europeo.

Questo studio pilota ci ha permesso in conclusione di evidenziare che, mentre la Direttiva 89/391 è applicata praticamente in tutta l'Unione Europea, o sono comunque vigenti in quasi tutti gli stati membri norme analoghe, le modalità con le quali la sorveglianza sanitaria è intesa e applicata variano anche in modo notevole tra i diversi paesi, rendendo necessario un processo di armonizzazione che non potrà svilupparsi su basi burocratiche ma solo dal confronto fra diverse esperienze, condotto con l'obiettivo di raccogliere e capitalizzare il meglio di ciascuna. I principali elementi di interesse sembrano essere al momento i seguenti:

1. Individuazione di una *definizione unificante di "sorveglianza sanitaria" e del relativo soggetto erogatore*, scegliendo, per la prima, tra due possibili opzioni, l'una che veda la sorveglianza sanitaria come atto mirato unicamente alla tutela della salute dei lavoratori rispetto al rischio occupazionale, l'altro che la identifichi come attività mirata al benessere complessivo della forza lavoro, considerando anche rischi legati alle abitudini, all'età, al genere e agli stili di vita. Se, come auspicabile, questa seconda ipotesi fosse accettata, la stessa definizione di "Medico Competente" potrebbe essere tornare quella tradizionale di "medico del lavoro" più adeguata a confermarne il ruolo di consulente globale.
2. *Obbligatorietà della partecipazione alla sorveglianza sanitaria*. Accettando il concetto che la sorveglianza sanitaria debba essere obbligatoriamente messa a disposizione dal datore di lavoro, è certamente da rivedere l'aspetto della sua obbligatorietà per i partecipanti. Infatti, la decisione di sottoporsi o meno a visita medica è sempre sancito quale libera scelta del cittadino, tranne casi limite, e quindi anche al lavoratore deve essere riconosciuto questo diritto. Ciò potrebbe essere reso possibile solo individuando soluzioni ade-

guate a far sì che la libera scelta del lavoratore non impatti negativamente sul datore di lavoro e l'azienda.

3. *Nomina del medico addetto alla sorveglianza sanitaria*. Nella gran parte dei paesi europei il medico addetto alla sorveglianza sanitaria è nominato dal datore di lavoro, che ne copre i relativi costi. Sul punto, appare urgente individuare modalità di nomina che rendano il medico del lavoro meno vulnerabile alla volontà di molti datori di lavoro di ottenere un adempimento formale e burocratico alle norme con il minimo impatto possibile su costi e produttività aziendale. Dato che appare assodato il ruolo del Medico del Lavoro nel fornire un servizio di pubblica utilità, e la necessità di considerare la medicina del lavoro stessa quale parte dell'assistenza sanitaria primaria (Colosio e Ivanov, 2015), pare urgente realizzare nelle singole realtà nazionali interventi atti a sancire il ruolo sinergico che l'attività del medico addetto alla sorveglianza sanitaria di lavoratori deve avere con il Servizio Sanitario Nazionale.
4. *Raccolta armonizzata di dati inerenti la salute dei lavoratori*. Alcuni tra i Paesi valutati non sembrano disporre di dati statistici aggiornati, e non sembra che le modalità di raccolta ed elaborazione siano armonizzate a livello europeo: per questo obiettivo fondamentale per la Medicina del Lavoro è la messa a punto di sistemi di raccolta e circolazione di dati elaborabili e interpretabili in modo integrato.

Bibliografia

- 1) Colosio C, Ivanov I. Developing essential interventions towards full access of rural population to health care: a proposal of collaboration between occupational health physicians and rural GPs. EURIPA: the European Rural and Isolated Practitioners Association. Eur J Gen Pract. 2014 Sep; 20(3): 240-1. doi: 10.3109/13814788.2014.940499. PubMed PMID: 25145912.
- 2) Lee LM, Thacker SB. 2011. Public health surveillance and knowing about health in the context of growing sources of health data. Am J Prev Med 41 (6): 636-640.
- 3) World Health Organization, TNO and the Government of Holland. Global Conference: Connecting Health and labor. What Role for Occupational Health in primary Health care? Organized by the World Health Organization in collaboration with TNO Work and Health and the Dutch Government with support from the World Organization of Family Doctors (Wonca) and the International Commission on Occupational Health (ICOH). 29 November - 1 December 2011, The Hague, The Netherlands.

Corrispondenza: Claudio Colosio, Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università degli Studi di Milano e Centro Internazionale per la Salute Rurale dell'ASST dei Santi Paolo e Carlo, Ospedale San Paolo, Via San Vigilio 43, 20124 Milano, Italy, Tel. +390281843465/66, E-mail: claudio.colosio@unimi.it