

Giovanni Mosconi

La sorveglianza sanitaria nelle piccole e piccolissime imprese

UOOML - ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

RIASSUNTO. I dipendenti delle “piccole imprese” (PI) sono soggetti a maggiori rischi rispetto ai dipendenti delle imprese di più grandi dimensioni. Le PI hanno difficoltà ad avere un “controllo dei rischi” e la tutela della loro salute è più complessa. Le carenze gestionali della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SSL) sono attribuite a specifiche caratteristiche strutturali ed organizzative del lavoro, alla difficoltà a reperire e applicare misure preventive, da comportamenti e competenze inadeguati sia dei datori di lavoro sia dei lavoratori. Queste caratteristiche rendono molto più difficile per le PI e microimprese creare e mantenere un ambiente di lavoro sicuro e salutare. Il MC di PI è quindi chiamato ad un lavoro ‘aggiuntivo’ in quanto è spesso l’unica figura con competenze specifiche in ambito di prevenzione e tutela della salute, gioca un ruolo di supporto proattivo, di consulenza sul tema della prevenzione in ambiti di lavoro spesso insalubri e non ergonomici. Ripensare a modelli più efficaci di sorveglianza sanitaria, definire standard di qualità e buone pratiche nella attività professionale del MC è un passaggio non più eludibile.

Parole chiave: sorveglianza sanitaria, piccole e piccolissime imprese, ruolo del Medico del Lavoro.

ABSTRACT. Employees of “small business” (PI) are subject to greater risks than employees of larger companies and the protection of their health is more complex. The PI have difficulty having a “risk control” and the SSL management failures are attributed to specific structural and organizational characteristics of the work, the difficulty in finding and applying preventive measures, from behavior and inadequate skills of both employers and workers. These features make it much more difficult for small and micro enterprises to create and maintain a safe and healthy work environment. The Occupational Medicine (MC) of IP is then called to an ‘extra’ work as it is often the only figure with specific expertise in the field of prevention and health protection, plays a proactive role in supporting, consulting on the issue of prevention in areas of work often unsanitary and not ergonomic. Thinking to more effective models of health surveillance, establish quality standards and best practices in the professional activity of the MC is a passage no longer avoidable.

Key words: health surveillance, small and micro enterprises, the role of the occupational physician.

Premessa

Il 28 luglio 2015 la EU-OSHA ha pubblicato sul proprio sito un lungo approfondimento dedicato alle piccole imprese (PI) sulla tutela della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SSL) (2). Nell’aggiornamento viene ribadito come le PMI sono considerate elementi chiave per la crescita economica costituendo la spina dorsale dell’economia dell’UE. Nella Racc. 2003/361/EC le PMI sono così definite:

- Una media impresa ha meno di 250 dipendenti ed un fatturato annuo che non supera i 50 milioni di EUR e/o il totale del bilancio annuo non supera i 43 milioni di EUR.
- Una piccola impresa ha meno di 50 dipendenti ed un fatturato annuo o un totale del bilancio annuo non superiori a 10 milioni di EUR.
- Una microimpresa ha meno di 10 dipendenti ed un fatturato annuo o un totale del bilancio annuo non superiori a 2 milioni di EUR.

In Italia, le prime non vengono in genere considerate tra le PMI e anche nel presente articolo faremo riferimento alle piccole e alle microimprese (PI) così come da definizione. Nel 2013 le PMI rappresentavano il 99,8% di tutte le imprese non finanziarie dell’UE (21,6 milioni di imprese) con una media di 4,22 dipendenti. Il 92,4% sono microimprese che rappresentano il 67,4% di tutti i posti di lavoro in Europa. La loro importanza per l’economia europea è immensa. L’indagine EU-OSHA ESENER sui rischi emergenti, documenta che le difficoltà nella gestione della SSL crescono con diminuire delle dimensioni dell’impresa (3). Dai dati emerge che i dipendenti delle PI sono soggetti a maggiori rischi rispetto ai dipendenti delle imprese più grandi, e che le PI hanno più difficoltà ad avere un “controllo dei rischi”. Le carenze sono attribuite a specifiche caratteristiche strutturali ed organizzative del lavoro. Se compariamo le PI con quelle di maggiori dimensioni, i fattori che hanno un impatto sulla SSL, includono:

- Difficoltà di definire una “efficace regolamentazione”, considerato che sono tipicamente eterogenee, geograficamente sparse e spesso prive di una rappresentazione coesa.
- Una mancanza di risorse per iniziative di prevenzione, per il ricorso a esperti in materia di SSL, difficoltoso recupero delle informazioni e degli strumenti e dell’effettuazione dei necessari controlli.

- La gestione della SSL non è spesso percepita come fondamentale né come una priorità.
- La VdR, oltre ad essere costosa è difficile da completare in modo appropriato ed efficace, in particolare modo se l'impresa non dispone del know-how in materia di SSL.
- Raggiungere le micro e le piccole imprese può essere difficoltoso per le organizzazioni che promuovono o attuano una corretta sicurezza e prevenzione nel luogo di lavoro.

Queste caratteristiche rendono molto più difficile per le PI mantenere un ambiente di lavoro sicuro e salutare. Le PI, rispetto alle grandi imprese, hanno infatti una percentuale quasi doppia di infortuni con esiti mortali ed è più elevata la probabilità di ammalare (2, 3, 4, 5, 6). Su questo tema pesa inoltre la mancata segnalazione (sottostima), che è ragionevole pensare essere più rilevante nelle PI. L'indagine ESENER ha evidenziato, nelle PI, una scarsa attenzione per la tutela e sicurezza sul lavoro e che la principale motivazione per effettuare una VdR è l'obbligo di legge: la situazione peggiora nelle imprese con < 10 dipendenti. L'Agenzia di Bilbao (4) già in passato aveva riconosciuto, per le PI motivi di "debolezza" nella cura della salute e nell'adozione di presidi per la prevenzione a causa della "soggettività" dei DL (2, 4) che vedono la prevenzione più come un costo che come beneficio, anche se spesso sono esposti agli stessi rischi, se non di più, dei loro dipendenti.

La sorveglianza sanitaria (SS) nelle PI e il ruolo del Medico Competente

Preso atto dei principi su cui si basa la SS di cui alla relazione introduttiva di questa sessione, nel presente articolo si vogliono mettere in luce le criticità che si incontrano nella gestione della SS nelle PI. In una nostra indagine del 2009, sono stati coinvolti 106 MC di più di 600 PI (<40 dipendenti) di 5 province italiane (Bergamo, Milano, Bari, Macerata e Catania) (1). I colleghi sono stati invitati a rispondere ad un breve questionario il cui scopo era la verifica della qualità della SS nelle PI.

Nella Tabella I sono riportati i settori produttivi.

Tabella I. Settori produttivi di provenienza del campione

Edilizia	196	44,24%
Metalmeccanico	68	15,35%
Trasporti	30	6,77%
Lav.ni del legno	26	5,87%
Acconciature	25	5,64%
Impiantistica	24	5,41%
Alimentare	19	4,29%
Altro*	255	12,43%

Altro*: settori: tessile chimico, alimentare agricolo, officine meccaniche, idraulici, manutenzione verde, bar e pizzerie, cave, produzione scarpe, mobili, divani, autolavaggio imbianchini.

Di seguito commentiamo i risultati dello indagine/studio.

Visita in azienda solo il 20% dei MC (80% nel proprio ambulatorio) e di questi il 35% in ambienti non igienicamente e strutturalmente adeguati (la pulizia non è sempre garantita, uffici, magazzini, sottoscala (!) "adattati ad ambulatorio". Nel 45% non erano adeguate le attrezzature e gli strumenti: il lettino da visita, la scrivania, il computer, gli armadi per la conservazione del materiale sanitario e delle cartelle sanitarie. Le principali lamentele si concentrano nella organizzazione delle Visite Mediche (gravi carenze nel 15% del campione), nella gestione dei GdI con limitazioni (gravi carenze nel 13%), dei sopralluoghi (21%) e nell'effettuazione dei test per stupefacenti (19% del campione che ne ha l'obbligo). Nella maggioranza dei casi, gli esami integrativi, erano affidati a laboratori privati, i lavoratori si devono spostare, ma in questo caso le strutture e gli strumenti sono, di norma, adeguati. Quando invece il MC effettua gli esami in azienda (spirometria e audiometria, i più frequenti), spesso svolge questi accertamenti in condizioni di precarietà organizzativa e gestionale. È difficile garantire, per esempio, l'isolamento acustico (vicinanza a reparti rumorosi) e la privacy. Sul fronte della collaborazione e supporto aziendale alla SS, la situazione non cambia. Le informazioni necessarie per una corretta programmazione dell'attività sanitaria presentano carenze: descrizione dell'attività lavorativa, dei fattori di rischio e misure dell'esposizione (indagini ambientali) insufficienti. I DVR presentano spesso gravi carenze e risultano non rappresentativi delle realtà espositive. Sono carenti anche le informazioni sui cantieri aperti, sul numero di ore lavorate, sulle assenze dal lavoro. Lo stesso organigramma (pensionamenti, licenziamenti, nuove assunzioni) non è sempre tempestivamente aggiornato. Sull'organizzazione delle visite mediche, sulle modalità di convocazione: frequenti sono le defezioni, i ritardi, lo scambio di persone. Il 24% dei MC afferma di essere stato coinvolto nella VdR, il 32% ha preso visione del DVR e ben il 43% dichiara di non essere stato coinvolto dal DL. Risulta pertanto ancora raro il contributo fattivo del MC, più spesso prende visione del DVdR (o dei POS, in edilizia) redatto da altri e raramente, il MC, da indicazioni originali su aggiornamenti od integrazioni. Mancano spesso figure aziendali di riferimento con adeguata formazione (DL, RSPP, RLS) e la collaborazione con i DL è ritenuta insufficiente o scadente nel 11% dei casi, nel 19% con gli RSPP (presenti in circa il 45% del campione) e in meno del 5% con RLS/RLST (nel 27% non nominato). Le difficoltà si documentano soprattutto nel percorso che porta alla diagnosi di malattia da lavoro (costi per accertamenti diagnostici) e ancor più difficoltosa è la gestione dei GdI con limitazioni: spesso causa di veri e propri contenziosi con il DL. Quasi inesistenti i conflitti con i lavoratori, ne sono parziale conferma i rarissimi ricorsi al GdI alla mansione specifica. Il MC in genere ha un atteggiamento "protettivo" nei confronti del lavoratore, soprattutto da quando la crisi economica si è fatta più pressante ed il "lavoratore malato" ha un rischio maggiore di essere espulso dal mondo del lavoro. È infatti sempre più frequente la richiesta, da parte dei lavo-

ratori di PI al MC, di non “segnalare” la malattia professionale o di omettere limitazioni nei GdI perché questo aumenterebbe il rischio di licenziamento. La maggioranza dei MC intervistati individua nella scarsità delle risorse ma soprattutto a carenze organizzativo-gestionale e culturali le cause delle deficienze riscontrate. È ancora insufficiente la cultura della prevenzione e non sempre il DL ha ben chiaro il ruolo del MC. Dalla nostra esperienza, nelle imprese edili che seguiamo da anni, gli investimenti per la SS si sono ridotti del 40%, in altri settori del 10/20% circa (valutazione fatta sulle convenzioni in essere fra la UOOML e le aziende della provincia). Il parere del MC veniva preso in considerazione nel 65% dei casi mentre nel 30% solo su pressioni esterne (Servizio PSAL della ASL, segnalazione RLS/RLST, sindacato etc.). Solo in una piccola parte dei casi non era preso in considerazione (<3%). Il 43% dei MC intervistati non viene comunque coinvolto nella attività di formazione ed informazione ed il 40% dichiara di avere più difficoltà nella gestione della SS nel PI che nelle aziende di maggiori dimensioni.

La ricerca di soluzioni

L’Agenzia Europea invita da tempo a realizzare iniziative finalizzate al miglioramento delle attività di tutela e della qualità della SS (3). Già in un nostro precedente contributo (1) si è fatto riferimento a modelli che potessero migliorare la qualità del SSA di una PI. La scelta del modello da adottare per la gestione della SS nelle PI, non può prescindere da una analisi dei bisogni. Se in queste imprese accadono più infortuni (anche mortali) e sono più numerose le malattie da lavoro, l’obiettivo è di individuare percorsi che consentano di affrontare le criticità in modo più efficace. Ribadito che la SS si inserisce in un contesto ben più ampio di prevenzione e sicurezza aziendale, il modello organizzativo deve considerare sia le criticità del settore sia le caratteristiche aziendali (8) quali:

- il settore produttivo di appartenenza;
- l’ambiente di lavoro (fabbrica, cantiere, ciclo e livello tecnologico);
- i fattori di rischio e rischi (tipo, entità, conoscenza dei rischi,...);
- le dimensioni e caratteristiche azienda (numero dipendenti, logistica, ...);
- l’organizzazione aziendale (organizzazione, strategie aziendali, certificazione...);
- il personale dedicato alla prevenzione;
- la disponibilità economica;
- gli obblighi di legge;
- la cultura della prevenzione...

L’applicazione del percorso evidenzia che le PI sono caratterizzate dalla numerosità e rilevanza dei pericoli, dalla scadente qualità della ergonomia e salubrità ambientale. In sintesi, in queste realtà produttive, è più difficile garantire un livello costante ed adeguato di tutela della salute! Ne consegue che anche per il MC è più difficile gestire in modo appropriato ed efficace l’attività di

SS, soprattutto se non adeguatamente supportato. Più semplicemente potremmo affermare che è difficile pensare che “da solo” il MC sia in grado di garantire un buon servizio alle persone di cui deve tutelare la salute. Sulla base di quanto sopra riferito, già a partire dagli anni 90’, abbiamo sviluppato in tre settori produttivi: edilizia, trasporti e panificazione, attività di SS che si basavano sul “Modello Consortile di Settore” come scelta strategica (9, 10, 11, 12, 13) e che hanno coinvolto più di 300 PI e più di 2000 lavoratori. Il modello prevede il sostegno di associazioni imprenditoriali di categoria o di organismi paritetici (CPT) che si fanno carico degli aspetti organizzativi e gestionali: tenere i contatti e i rapporti con le imprese, organizzare le visite mediche e gli accertamenti sanitari, inviare i referti e la posta, stipulare i contratti, richiedere informazioni, organizzare incontri, garantire una segreteria. Alla UOOML è stata affidata la gestione della parte sanitaria ed il coordinamento dei MC (8 medici). In ospedale si effettuano le visite di assunzione e gli accertamenti di II livello per casi complessi di diagnosi di malattia professionale o di GdI. Le visite periodiche sono effettuate presso gli ambulatori degli enti bilaterali arredati e muniti di attrezzatura di buona qualità. Il protocollo sanitario utilizzato è stato messo a punto per l’occasione nell’indagine condotta fra i panificatori e utilizzato protocolli validati (LG SIMLI) per lavoratori dei trasporti e edilizia. I MC, gli infermieri e gli amministrativi sono stati coinvolti nel percorso decisionale e hanno seguito percorsi formativi e di tutoraggio. Nel caso degli edili, il complesso delle attività è stato certificato ISO 9000 e si inserisce nelle iniziative di eccellenza per la sorveglianza sanitaria nel settore avallate dal DP della ASL provinciale. Dopo 20 anni dall’inizio dell’esperienza, il modello ha funzionato molto bene e i risultati sono stati argomento di numerose pubblicazioni (9, 10, 11, 12, 13).

In particolare sono stati ottenuti i seguenti risultati:

- Ridotto le difficoltà e i disagi gestionali.
- Favorito il coinvolgimento delle imprese.
- Favorito il coinvolgimento dei MC nell’attività di VdR
- Migliorato l’efficacia dei sopralluoghi e delle riunioni periodiche.
- Migliorato la qualità delle prestazioni sanitarie ed in particolare delle diagnosi di malattie da lavoro e della gestione delle idoneità con limitazioni.
- Migliorato la qualità della formazione ed informazione sui temi della tutela della salute.
- Garantito l’aggiornamento del personale coinvolto
- Garantito l’aggiornamento dell’attività sanitaria.
- Favorito la collaborazione con le altre figure della prevenzione: DL, RLS/T e CS (Coordinatori della Sicurezza).
- Migliorato la consapevolezza delle maestranze e del management sui temi della prevenzione attraverso.
- Valorizzato i risultati della sorveglianza sanitaria anche nella prevenzione dei rischi e nella riabilitazione.
- Realizzato iniziative di promozione della salute.
- Rispetto degli obblighi di legge.
- Sviluppo di progetti di ricerca applicata.

Conclusioni

Sviluppare modelli che soddisfino le esigenze delle PI anche in ambito di tutela della salute, è un tema che ha stimolato la ricerca di soluzioni originali e di particolare interesse (5, 6, 14, 15).

È il DL che è chiamato a rispondere in prima persona della tutela della salute dei propri dipendenti, ma a causa della scarsità di tempo e di formazione, ha la necessità di un adeguato supporto (2, 3, 4, 5). Il MC può giocare pertanto un ruolo importante nel sostenere l'attività di SSL perché è spesso l'unica figura con competenze specifiche in ambito di prevenzione. 'Deve' avere un ruolo di supporto proattivo, di consulente sul tema della prevenzione, stabilire con il DL e i lavoratori un rapporto fiduciario, richiamare il DL ai suoi doveri e alle sue responsabilità e collaborare attivamente alla VR. Per alcuni rischi potrebbe effettuare in prima persona la stima del rischio, per esempio lo stress lavoro correlato e l'ergonomia della mansione. Sempre in prima persona è coinvolto nell'attività di formazione e informazione. Deve avere una particolare attenzione a valutare aspetti relazionali e organizzativi (fattori psicosociali) facendo particolare attenzione al rispetto della privacy che nelle PI è più difficile da realizzare. La più importante criticità è però legata al fatto che spesso il MC effettua la propria attività in realtà in cui l'ergonomia non è sempre rispettata e gli ambienti sono molte volte insalubri, i carichi e ritmi di lavoro sono molte volte eccessivi e i DVR sono incompleti e non rappresentativi della realtà. Con l'avvento della crisi economica, a tutto questo si è aggiunta la precarietà del lavoro. L'espressione del GdI alla mansione specifica può esitare anche in effetti drammatici (perdita del posto di lavoro) per le oggettive difficoltà della gestione. È nostra convinzione che il "modello di prevenzione" che si è sviluppato in Italia dalla Riforma Sanitaria del 1978 a oggi ha fatto il suo tempo e non risponda più ai bisogni delle imprese e dei lavoratori, soprattutto nelle PI. Buoni risultati sono stati ottenuti anche nella nostra esperienza con il supporto e collaborazione degli enti bilaterali o delle associazioni imprenditoriali (modello consortile) che ha portato a un miglioramento della qualità ed efficacia della SS e non solo (9, 10, 11, 12, 13). La proposta di nuovi modelli e la definizione di concetti e contenuti sul tema della SS presenti nelle relazioni di questa sessione congressuale e il dibattito che ne scaturirà sono il presupposto per lo sviluppo di iniziative finalizzate alla dimostrazione dell'efficacia dell'azione del MC nella SS. È soprattutto nelle PI che è necessario sviluppare quelle competenze che ne caratterizzano la professionalità del

MC in particolare nella "misura sia delle esposizioni sia delle condizioni psicofisiche dei lavoratori" che sono alla base della gestione degli interventi di tutela della salute. La SIMLII, dal canto suo, continua un percorso già intrapreso da anni con la produzione delle LG con la finalità di contribuire alla definizione di standard adeguati per la professione di MC, di favorire l'applicazione di buone pratiche e l'utilizzo di idonei strumenti (protocolli, procedure, LG...) definiti per rischio e/o settore produttivo.

Bibliografia

- 1) Mosconi G. La sorveglianza sanitaria nell'artigianato e nella piccola impresa: quale organizzazione?. *G Ital Med Lav Erg* 2009; 31:3, 307-311
- 2) Eu-Osha a cura di Gerard IJM Zwetsloot. PMI e Sicurezza e Salute: un approfondimento 29 luglio 2015
- 3) Eu-Osha European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER) 2009 <https://osha.europa.eu/sub/esener/en/>
- 4) European Agency for Safety and Health at Work Roxane. Occupational safety and health and economic performance in small and medium-sized enterprises: a review. 2003, ISBN 92-9191-043-0 (http://sme.osha.europa.eu/index_it.htm)
- 5) Stephen Legg, Ian Laird, Kirsten Olsen, Peter Hasle. Editorial: Special Issue - Understanding small enterprises: Healthy lives in healthy businesses Creating healthy work in small enterprises - from understanding to action: Summary of current knowledge. *Small Enterprise Research* (2014) 21: 139-147.
- 6) OSHWIKI a cura di Marc Malenfer. Occupational risk assessment in micro-enterprises: the assets of digital tools. Ultimo aggiornamento 2 marzo 2016.
- 7) ILO. Training Package on Workplace Risk Assessment and Management for Small and Medium-Sized Enterprises. International Labour Organization 2013.
- 8) Apostoli P e coll. Modelli Organizzativi E Servizi Di Medicina Del Lavoro Nelle Unità Produttive. Atti convegno "Organizzazione e costi dell'attività di MC nell'applicazione del Dlvo 626/94" ALMLII. Bergamo 24/11/95.
- 9) Mosconi G, Santini M, Riva MM. La valorizzazione delle competenze del Medico del lavoro per migliorare l'efficacia della prevenzione in azienda. *G Ital Med Lav Erg* 2014; 36:4.
- 10) Mosconi G e coll. Considerazioni sull'efficacia della sorveglianza sanitaria periodica di lavoratori edili visitati presso il CPT di Bergamo. *G Ital Med Lav Erg* 2006; Volume XXVIII - supplemento al N. 1: 196-202.
- 11) Strappa V, Spada MS, Mosconi G. Metodo di VDR stress lavoro-correlato nelle imprese di piccole dimensioni. *G Ital Med Lav Erg* 2012; 34:3, Suppl 1: 690-691.
- 12) Leghissa P, Santini M, C Bancone, Deleidi G, Valsecchi R, Mosconi G. L'esperienza bergamasca di sorveglianza sanitaria nel settore della panificazione. *G. Ital Med Lav Erg* 2011; 33:1, 12-17.
- 13) Riva MM, Marchetti FA, Giupponi V, Mosconi G. La sorveglianza sanitaria degli autisti: non è solo un problema di sostanze stupefacenti. Descrizione di un'esperienza. *Med Lav* 2010; 101, 3: 207-217.
- 14) Hasle P, Limborg HJ. A review of the literature on preventive occupational health and safety activities in small enterprises. *Ind Health* 2006 jan;44(1): 6-12.

Corrispondenza: *Giovanni Mosconi, UOOML - ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo, Italy*