



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 26

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA  
sul fenomeno degli infortuni sul lavoro con particolare  
riguardo alle cosiddette «morti bianche»**

AUDIZIONE DI RAPPRESENTANTI DELL'ANMA E DELLA  
FIMMG IN MERITO ALLE MALATTIE PROFESSIONALI

26<sup>a</sup> seduta: martedì 6 novembre 2007

Presidenza del presidente TOFANI

**I N D I C E****Audizione di rappresentanti dell'ANMA e della FIMMG in merito alle malattie professionali**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 4, 11 e <i>passim</i>	SCAVONE . . . . .	Pag. 3, 4, 11 e <i>passim</i>
ROILO ( <i>Ulivo</i> ) . . . . .	12	TORREGIANI . . . . .	4, 11, 12
		GERARDI . . . . .	5, 12, 13
		TALIERCIO . . . . .	6

---

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; UDC Unione dei democratici cristiani e dei democratici di centro (CCD-CDU): UDC; Verdi-l'Unione: Verdi-Un; Misto: Misto; Misto-il Cantiere: Misto-Cant; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Democrazia Cristiana per le Autonomie: Misto-DC-Aut; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-La Casa delle Libertà: Misto-CdL; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-MIS (Movimento Idea Sociale): Misto-MIS; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Rosa nel pugno: Misto-Rnp; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.*

*Intervengono, in rappresentanza dell'ANMA il dottor Salvatore Taliercio e il dottor Umberto Candura, in rappresentanza della FIMMG il dottor Carmine Scavone, il dottor Federico Torregiani e il dottor Vito Gerardi.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14,30.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Audizione di rappresentanti dell'ANMA e della FIMMG in merito alle malattie professionali**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione di rappresentanti dell'ANMA e della FIMMG in merito alle malattie professionali.

Avverto che, ai sensi del comma 5 dell'articolo 13 del Regolamento interno della Commissione, sarà redatto e pubblicato il resoconto stenografico della seduta.

Sono presenti il vice segretario nazionale vicario della FIMMG, dottor Carmine Scavone, accompagnato dal dottor Federico Torregiani, medico legale, e dal dottor Vito Gerardi, medico del lavoro, ed i consiglieri dell'ANMA, dottor Salvatore Taliercio e dottor Umberto Candura. Vi ringraziamo per essere intervenuti a questa audizione, dato il lavoro che svolgono questa Commissione e i gruppi di approfondimento, in particolare quello coordinato dal senatore Roilo, che si occupa appunto delle tematiche relative alle malattie professionali.

SCAVONE. Signor Presidente, inizierò con il rispondere ai quesiti che ci sono stati inviati. È stato chiesto se la preparazione professionale dei medici di medicina generale sia adeguata per poter riconoscere i casi di malattia da lavoro nei propri pazienti. Al riguardo, bisogna tener conto che buona parte (il 60-70 per cento) dei medici di medicina generale ha ormai un'età compresa tra i cinquanta ed i cinquantacinque anni, si è laureata cioè circa trent'anni fa, quando nell'ordinamento universitario l'esame di medicina del lavoro era facoltativo, senza considerare che la stessa medicina del lavoro non aveva l'importanza che ha assunto in questi ultimi anni.

Comunque, a prescindere dalla base formativa universitaria, in questi anni non siamo stati coinvolti in alcun processo di aggiornamento e di formazione, se si escludono le poche iniziative di tipo localistico, laddove potremmo sicuramente essere meglio aggiornati onde poter affrontare con maggiore competenza i profili della nostra attività attinenti alle malattie professionali. Le stesse ASL, nonostante l'obbligatorietà della forma-

zione per quel che ci concerne, di solito trascurano questi argomenti rispetto ad altri di interesse maggiormente clinico.

Per quanto riguarda le iniziative che riterremmo utile assumere, insistiamo sempre sul concetto che l'aggiornamento e la formazione debbono farci recuperare le qualità per poter offrire un servizio migliore. La nostra Federazione, dopo dodici anni, ha recentemente raggiunto un accordo con l'INAIL, in vigore dal settembre scorso, per quanto riguarda le denunce di malattie da infortuni. Tale accordo (che abbiamo voluto più che altro per solidarietà con i lavoratori, che rimangono pur sempre nostri assistiti) prevede che si effettuino con l'INAIL dei corsi di formazione relativi soprattutto agli aspetti di tipo certificativo e legale. Speriamo che questi corsi si riescano a realizzare, anche se ciò dipende più dall'INAIL che da noi.

PRESIDENTE. Potrebbe chiarire meglio il passaggio dell'accordo con l'INAIL? Se avete copia del protocollo da lasciare agli atti potrebbe esserci utile.

SCAVONE. Senz'altro. Tra i medici di medicina generale e l'INAIL c'era una preesistente convenzione, scaduta nel 1995, rinnovata ed è entrata in vigore dal 7 settembre 2007. Si tratta di un accordo il cui aspetto più innovativo è la previsione della trasmissione telematica della denuncia di infortunio, in modo che si accorcino i tempi burocratici. Oltre alla denuncia telematica da parte nostra, tale accordo prevede anche che si debba fare formazione, soprattutto per quanto concerne gli aspetti certificativi e medico-legali dell'infortunio.

TORREGIANI. Signor Presidente, ci è stato chiesto in che modo intervenga il medico di famiglia nel caso di una sospetta malattia da lavoro del paziente. L'unico riferimento che abbiamo sul territorio è quello delle strutture delle ASL, che però non dappertutto funzionano, essendovi differenze tra Regione e Regione e anche nell'ambito di una stessa Regione.

Le strutture territoriali, in caso di sospetta malattia professionale, si attivano di solito a scopo diagnostico, anche su nostra segnalazione, per un migliore inquadramento della patologia che giunge alla loro attenzione. Circa il fatto se ci forniscano o meno un adeguato supporto specialistico, nonostante sia sicuramente ottimo il trattamento dal punto di vista del lavoratore, dobbiamo purtroppo rilevare un problema di comunicazione. Infatti, queste strutture, nelle fasi successive, difficilmente si rapportano con i medici segnalatori, per cui il paziente viene più o meno svincolato da quello stretto rapporto fiduciario che il medico di famiglia riesce di solito ad instaurare con i lavoratori, che poi sono i suoi pazienti.

È stato chiesto altresì se nei casi di malattie da lavoro che giungano alla nostra osservazione siano messe in atto le segnalazioni previste, con riferimento al decreto del Presidente della Repubblica n. 1124 del 1965, che riguarda gli infortuni sul lavoro, e addirittura all'articolo 365 del codice penale, quindi all'obbligo di referto in caso di infortunio o di malattia professionale. Purtroppo ci sono molte lacune, le motivazioni sono molte-

plici e qualcuna ne abbiamo identificata: ad esempio, una motivazione che secondo noi assume notevole importanza è la diminuzione del tempo che il medico di medicina generale riesce a dedicare ai propri pazienti. In base ad alcuni calcoli abbastanza informali che abbiamo eseguito, negli ultimi dieci anni la nostra attività è cresciuta di circa il 30 per cento; questo non perché siano cresciuti i malati, che sono sempre gli stessi (anzi, semmai i cittadini italiani stanno meglio oggi di quanto non stessero dieci anni fa), ma perché sulle spalle del medico di famiglia è stata caricata una serie di incombenze burocratiche diventate soffocanti, ipertrofiche, a costante detrimento della sua attività clinica. Non avversiamo la burocrazia in sé, perché in uno Stato con un servizio sanitario equo e solidale la burocrazia è necessaria, dato che non ci sono risorse per tutti e abbiamo una coperta che è diventata stretta, e se ci copriamo la testa rischiamo di scoprire i piedi e viceversa. In un certo senso, quindi, per poter dare il giusto a chi ne ha bisogno, è necessaria una certa forma di burocrazia. Noi ci lamentiamo della burocrazia peggiore, quella che non serve a nessuno e che complica la vita al paziente, al lavoratore in questo caso, e agli operatori sanitari, ai medici di famiglia. Questo secondo noi è il motivo principale per cui spesso non si effettuano le denunce: dovendo innescare i complessi meccanismi descritti, il medico dedica meno attenzione a questo tipo di casi.

*GERARDI.* Signor Presidente, intervengo nella duplice veste di medico di medicina generale e di medico del lavoro. A quanto già affermato dai colleghi per quanto riguarda i cambiamenti avvenuti nel riconoscimento dell'eventuale malattia professionale, mi sento di aggiungere solo che i tempi sono cambiati, il mondo del lavoro non è più lo stesso: basti pensare alla flessibilità, al lavoro *part time*, al lavoro a domicilio. Si tratta di categorie di lavoro che sfuggono alla sorveglianza sanitaria da parte del medico competente.

Questo è un punto molto importante, per il quale è fondamentale la formazione del medico di medicina generale, il quale vuole accogliere l'invito ad occuparsi anche della sorveglianza sanitaria e dei lavoratori. E' indispensabile però la formazione, proprio perché è cambiato il mondo del lavoro ed è cambiata anche la normativa in materia. Il medico di medicina generale spesso pensa che la sorveglianza sanitaria e il mondo della medicina del lavoro debbano essere delegati solo alla competenza dello specialista. Così non è, almeno per la fase di primo livello, ovvero al momento dell'insorgenza del sospetto di malattia professionale, che può essere riconosciuta, curata e segnalata dal medico di medicina generale.

Come medici di medicina generale accettiamo di occuparci anche della sorveglianza sanitaria, per quanto attiene alla sicurezza sul posto di lavoro e alle malattie professionali, ma abbiamo bisogno di nuova e costante formazione, che deve essere svolta non solo delle ASL (che ultimamente si dedicano soprattutto alla vigilanza sul territorio piuttosto che al riconoscimento delle malattie professionali), ma anche in collaborazione

con gli ordini dei medici e con le associazioni rappresentanti di categoria, quali, appunto, la FIMMG.

*TALIERCIO.* Signor Presidente, io e il dottor Candura, entrambi componenti del direttivo nazionale dell'Associazione nazionale medici d'azienda, interveniamo anche in rappresentanza del nostro presidente, il professore Vangosa che, per una questione strettamente familiare, questa volta, contrariamente a tutte le precedenti, non ha potuto essere presente. Consegneremo alla Commissione un elaborato che riteniamo risponda in modo soddisfacente, pur se non esaustivo, al questionario che ci è stato formulato. Mi limiterò quindi ad ampliare e a cercare di rendere coese le parti di tale elaborato, in modo che non resti solamente un freddo atto formale.

Innanzitutto vogliamo segnalare che, per i tempi ristretti della convocazione, che abbiamo ricevuto solo il 31 ottobre, ci proponiamo di produrre un documento più sostanzioso, rivolgendoci ai nostri numerosi soci in tutta Italia gli stessi quesiti che ci avete sottoposto; una volta raccolte le risposte, ci impegniamo ad elaborarle in tempi stretti e ad inviarle con sollecitudine alla vostra attenzione, in modo che il documento possa essere integrato anche con dati numerici.

Un'iniziale considerazione che vorremmo presentare sulle malattie professionali e sulla loro prevenzione riguarda il fatto che la legislazione attuale, secondo noi, ha in sé tutti gli strumenti necessari per cogliere sia l'obiettivo di prevenzione in senso letterale, sia i primi segni clinici o patognomonicamente di malattie da lavoro o correlabili; ma tutto deve essere effettuato con professionalità e diligenza, nel rispetto dei criteri della legge. Tutti noi stiamo collaborando all'elaborazione del Testo unico per cercare di snellire la procedura, ma consideriamo le leggi attuali già piuttosto soddisfacenti.

A nostro avviso, lo strumento essenziale per la prevenzione delle malattie professionali è il processo di valutazione dei rischi insiti negli ambienti di lavoro. Noi medici competenti, infatti, abbiamo sempre affermato che il risultato del processo di valutazione dei rischi per la salute è la cerniera per qualificare la successiva sorveglianza sanitaria dei lavoratori in funzione della loro mansione specifica, quindi in maniera mirata rispetto ai rischi e alla loro entità. Attualmente sarebbe opportuno focalizzarsi sulla valutazione, strategica per prevenire e ridurre al minimo il fenomeno oggetto di questa riflessione, di tutti i rischi per la salute derivanti sia dalle malattie professionali note ed emergenti, sia da quelle non ancora sufficientemente definite.

Da questa riflessione si giunge alla conclusione che il medico competente dovrebbe avere uno spazio particolare nel processo di analisi e di valutazione di tutti i rischi, condizione che – questa sì – prevede un adeguamento della normativa attuale. Questo è il *focal point* rispetto alle prime considerazioni che ho svolto. Si fa riferimento chiaramente all'articolo 4, comma 6, del decreto legislativo n. 626 del 1994: in quel caso si potrebbe eliminare la frase «ove sia obbligatoria la sorveglianza sanita-

ria». Questo è l'unico modo per renderci partecipi di tutti i rischi e non solamente di quelli valutati.

Bisogna poi considerare un altro aspetto, cui già il collega di medicina generale, nonché medico del lavoro, aveva accennato: il cambiamento intervenuto nei lavori attuali. Innanzitutto vi è un invecchiamento della popolazione lavorativa, con tutte le patologie che ciò comporta, collegate anche alla salute mentale, e sono emersi nuovi rischi, nuove caratteristiche nell'organizzazione del lavoro e diverse specializzazioni nel lavoro. Si tratta di problemi con cui dovremo confrontarci nei prossimi anni per contribuire ad una organizzazione del lavoro più sana. In altre parole, stiamo traghettando dal lavoro moderno del XX secolo a quello postmoderno del XXI secolo. Abbiamo accennato al primo rimedio: fondamentale e decisivo è, secondo noi, assegnare un ruolo al medico competente nel processo di valutazione dei rischi.

Un secondo aspetto riguarda la capacità del medico di riconoscere la malattia professionale. Questo punto ci vede più sereni rispetto al precedente, in quanto dobbiamo supporre che un medico competente, specialista in medicina del lavoro, abbia tutti i requisiti per riconoscere e diagnosticare una malattia del lavoro. È evidente la necessità di un aggiornamento continuo; per esempio, è positivo il percorso dell'ECM (Educazione continua in medicina), che potrebbe essere reso ancor più vincolante.

Un discorso diverso va fatto per le altre specialità mediche comprese nella definizione dell'articolo 2 del citato decreto legislativo n. 626 e successive modifiche ed integrazioni, che poggiano su un piano formativo non qualificante per i medici in genere, anche se attualmente la medicina del lavoro è materia di insegnamento nel normale piano di studi di laurea, laddove, nei decenni precedenti, come si accennava poc'anzi, non lo era.

L'ultimo aspetto che intendiamo citare riguarda un'analisi più dettagliata circa le fonti informative e i *link* utilizzati dal medico competente. I dati INAIL sono senza dubbio, per ovvi motivi, la fonte informativa privilegiata anche se un forte contributo alla conoscenza deriva dalle banche dati degli altri enti, ad esempio, l'ISPESL, ma è possibile acquisire conoscenze in proposito anche attraverso organismi di categoria, associazioni datoriali, sindacati dei lavoratori, patronati, nonché tramite la letteratura medica specialistica. Tuttavia, tutte queste fonti spesso non sono immediatamente fruibili o aggiornate. Riteniamo pertanto che il Registro nazionale delle malattie professionali gestito dall'INAIL rappresenti una grande opportunità, da cui però è escluso il medico competente. Leggiamo infatti che gli attori del sistema di alimentazione dei dati, al fine di mettere in relazione una sintomatologia con i rischi realmente presenti nell'attività di lavoro, sono anche i medici di base, i medici ospedalieri, le istituzioni locali.

Il problema che paventiamo è la possibilità di una sottostima o, peggio, di una sovrastima delle patologie lavorative, con tutte le possibili conseguenze. Il medico competente che agisce in azienda potrebbe essere un alimentatore qualificato del sistema, sia per le malattie professionali (attualmente riconosciute dall'attuale sistema assicurativo e soggette a proce-

dura di notifica), sia per quelle emergenti. Questo è lo scenario in cui ci muoviamo.

Ciò premesso, per rispondere al vostro questionario abbiamo fatto qualche considerazione più analitica. Ad esempio, i dati forniti dall'INAIL a livello nazionale e dalle ASL a livello locale evidenziano che l'ipoacusia percettiva bilaterale, pur rimanendo la prima causa di riconoscimento di malattia professionale, ha un'incidenza che è andata progressivamente diminuendo negli anni. Si è vista invece la progressiva crescita del fenomeno delle malattie non tabellate, nonostante per tali patologie l'onere della prova dell'origine professionale sia tuttora a carico del lavoratore. Si tratta di malattie che interessano fundamentalmente l'apparato muscolo-scheletrico e il sistema neurologico periferico a livello della colonna vertebrale e delle articolazioni dell'arto superiore. Esse rappresentano la parte di gran lunga preponderante del fenomeno tecnopatico attuale, costituendo complessivamente l'83 per cento dei casi denunciati. Questi sono i dati INAIL del 2006. D'altra parte questo *trend* non ci sorprende perché negli altri Paesi della Comunità europea con un sistema produttivo paragonabile al nostro le patologie muscolo-scheletriche e le neuropatie da intrappolamento – ad esempio, la sindrome del tunnel carpale – costituiscono ormai da anni la prima causa di riconoscimento di malattia professionale, secondo i dati della Commissione della Comunità europea.

Pertanto, ci attendiamo che con il completamento della prima fase del lavoro della commissione scientifica prevista dal decreto legislativo n. 38 del 2000, recante disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali, venga elaborato un nuovo elenco (in parte è stato già creato), in cui siano contemplati i numerosi casi di patologie muscolo-scheletriche e di neuropatie periferiche. È molto probabile che le nuove tabelle delle malattie professionali indennizzabili comprenderanno anche queste patologie.

Partendo dal confronto con gli altri Paesi della Comunità europea, possiamo rilevare come da tempo si discuta nel nostro Paese anche della sottostima del fenomeno dei tumori professionali. Va innanzitutto precisato che la latenza nell'insorgenza della patologia neoplastica fa sì che il problema spesso insorga quando il lavoratore ha cessato l'attività e non è quindi più sottoposto al monitoraggio periodico previsto dalla sorveglianza sanitaria. Auspichiamo quindi che il Testo unico possa finalmente dare un senso alle varie disposizioni di legge che per vari fattori di rischio professionale prevedono per i lavoratori la necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa. Questo fenomeno della sottostima dei tumori professionali, secondo la nostra esperienza, riguarda soprattutto le malattie professionali perdute, nei settori dell'edilizia, dell'agricoltura, del turismo alberghiero e in parte dell'artigianato. In realtà, il fenomeno può interessare qualsiasi settore produttivo, ogni qualvolta la qualità del processo di valutazione dei rischi – e mi aggancio a quanto detto precedentemente – presenti una certa carenza, non tenendo conto di tutti i rischi professionali per la salute e la

sicurezza dei lavoratori, sia nell'individuazione che nell'applicazione delle misure di tutela.

Nel questionario inviatoci vi era una domanda specifica sul fenomeno della sottonotifica delle malattie professionali. Anche a tal riguardo si ricordano i frequenti richiami contenuti nella relazione tecnica della Commissione scientifica ex articolo 10 del decreto legislativo n. 38 del 2000, di accompagnamento alla proposta di aggiornamento dell'elenco delle patologie, in base al quale è obbligatoria la denuncia. Con il recepimento della raccomandazione 2003/670 della Comunità europea e l'aggiornamento dell'elenco in base al modello europeo, si prevede una suddivisione in tre liste: malattie la cui origine professionali è di elevata probabilità, di limitata probabilità o soltanto possibile. A tale aggiornamento non ha corrisposto ancora un aggiornamento dell'obbligazione medico-legale, per cui i medici sono obbligati alla denuncia; quindi, secondo me, si configurano le condizioni anche per le patologie comprese nella seconda e nella terza lista (ossia quelle di limitata probabilità o soltanto possibili), che in questo modo dovrebbero diventare l'oggetto di un monitoraggio quanto meno epidemiologico, in sintonia con la raccomandazione europea di una dichiarazione del fenomeno.

Nel questionario ci veniva chiesto inoltre se risultasse che i medici competenti abbiano avuto problemi in seguito alla denuncia delle malattie professionali. Indubbiamente, l'avvio obbligatorio dell'azione penale nei confronti dell'azienda può determinare il coinvolgimento dello stesso medico competente. In tale ambito non vanno neanche dimenticate le remore derivanti dalla struttura produttiva della stragrande maggioranza delle nostre realtà, costituite da piccole e microimprese, in cui il denunciato trova poi difficoltà ad essere ricollocato in un nuovo posto di lavoro; conseguentemente, non è infrequente che sia egli stesso a chiedere al medico competente di non inoltrare la denuncia.

Sempre per quanto concerne la questione della sottonotifica delle malattie professionali, vi sono altri aspetti importanti che limitano l'azione del medico, ad esempio la confusione sui terminali dei flussi della documentazione. Vi sono diversi soggetti coinvolti (le ASL, l'INAIL, l'Ispettorato del lavoro, la magistratura) e vi è un'eccessiva richiesta di documentazione (denuncia, referto, primo certificato medico); ne consegue un disorientamento a causa delle differenze di comportamento esistenti anche tra una Regione e l'altra, spesso con variazioni a livello locale. A volte, ciò crea una confusione sui terminali dei flussi e può derivarne una sottostima.

Per quanto concerne eventuali conseguenze sui medici competenti in caso di denuncia di malattia professionale, ai fini della definizione del nesso casuale l'INAIL richiede l'informazione al datore di lavoro; ovviamente, molte di queste informazioni riguardano gli aspetti sanitari, rispetto ai quali il medico, per la sua peculiare formazione, anche in relazione al vincolo del segreto professionale, non ha difficoltà ad ottemperare alla tutela della *privacy*. Si ritiene quindi corretta l'impostazione, in quanto il soggetto che stipula l'assicurazione con l'INAIL è il datore di lavoro ed

è pertanto lui il riferimento prioritario dell'Istituto, chiaramente supportato, per la parte sanitaria, dal medico competente. Come ANMA, a tutt'oggi non ci risultano ritorsioni da parte dei datori di lavoro a seguito di denunce o referti, questione tanto paventata da alcuni colleghi, anche perché il tipo di rapporto contrattuale tra medici competenti e azienda generalmente prevede un rinnovo annuale, tacito o meno, con possibilità di recesso in qualsiasi momento. Non possiamo certo escludere che alcuni colleghi dopo una denuncia di malattia non abbiano visto rinnovato il loro contratto, ma senz'altro non per quel motivo.

Il raggiungimento di un buon livello di integrazione è spesso in contrasto con gli attuali diffusi modelli di rapporto tra medico competente e azienda, a loro volta conseguenti all'interpretazione della normativa vigente, per la quale la presenza del medico competente in azienda finisce spesso con l'essere sostanzialmente scandita dall'effettuazione della mera sorveglianza sanitaria, laddove le vedute più moderne vedono il medico competente come un consulente a tutto tondo nel campo della prevenzione.

Dopo aver accennato a quanto sopra, passiamo a proporre alcuni interventi migliorativi. L'Associazione dei medici di azienda in occasione del Congresso nazionale tenutosi nel giugno scorso a Viareggio ha presentato ad istituzioni e parti sociali il proprio modello di medico competente, frutto di un'esperienza associativa ventennale e di molteplici esperienze di professionisti che operano direttamente sul campo. Lo scopo del modello è il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del ruolo del medico competente nel sistema aziendale per la prevenzione. Innanzitutto, va chiaramente sancita nella legislazione l'indipendenza tecnica e professionale del medico competente, prevedendo anche sanzioni per le limitazioni e i condizionamenti di tale indipendenza. Questo è il punto di partenza. Riteniamo infatti che per un'attività così complessa per le sue implicazioni tecniche, relazionali, etiche e sociali il principio della indipendenza non possa rimanere nei codici etici (che peraltro abbiamo già da quando è stata fondata la nostra categoria come tutti i medici e come medici del lavoro in particolare), ma debba divenire un principio istituzionale che devono rispettare anche gli altri attori del decreto legislativo n. 626, con cui il medico competente interagisce.

Stabilita l'indipendenza del medico competente, è poi fondamentale il suo coinvolgimento nel processo aziendale della valutazione dei rischi fin dalle fasi iniziali e non soltanto nei casi in cui sia obbligatoria la sorveglianza sanitaria, come improvvidamente afferma l'attuale norma (cioè l'articolo 4, comma 6, del decreto legislativo n. 626 del 1994). Tale partecipazione è fondamentale per numerosi aspetti e implicazioni che riguardano anche le malattie professionali, quali la valutazione di tutti i rischi per la salute dei lavoratori e la necessità di una specifica competenza per la valutazione dell'effettivo impatto dell'esposizione sulla salute, anche in rapporto alle condizioni – e queste sono sanitarie – di ipersuscettibilità e di maggiore sensibilità. Ciò consentirebbe l'emersione di malattie professionali finora perdute e un miglioramento della conoscenza del ri-

schio professionale e dell'esposizione del singolo lavoratore, con conseguenze positive anche per l'impegnativa fase di determinazione del nesso causale tra malattia ed esposizione.

**PRESIDENTE.** Mi rivolgo ora ai medici di medicina generale, per sottolineare che non mi sembra di aver colto – probabilmente erano nel contesto del discorso – le risposte ad alcune domande più dirette, ad iniziare dalla seguente: in caso di malattia da lavoro i medici di medicina generale si rapportano con i medici competenti delle imprese? Se no, per quali motivi? E a seguire, vorremmo avere qualche elemento di risposta in più per le altre domande.

**SCAVONE.** Signor Presidente, per quanto riguarda il quesito da lei ricordato, cioè se nel caso di malattie professionali i medici di medicina generale si rapportano con i medici competenti dell'impresa, possiamo dire che non vi è una forte collaborazione in questo senso; ciò vale un po' per tutte le realtà del nostro Paese, anche se chiaramente in alcune la situazione è migliore che in altre; ci sono realtà nelle quali addirittura alcuni medici competenti chiedono ai colleghi di medicina generale prestazioni per conto dell'impresa che devono essere affidate al Servizio sanitario nazionale. Ciò spesso è causa di conflittualità con i pazienti, perché si creano differenze di comportamento nei confronti di qualcuno che rendono più difficile mantenere un rapporto generale con gli altri. Come ho detto, questi casi si verificano in alcune realtà, non dappertutto; al di là di questi eccessi, c'è comunque una scarsa collaborazione con i medici di azienda e solo saltuariamente, più che altro su iniziativa degli assistiti, ci vengono riportati i risultati delle analisi eseguite e segnalati i valori anomali. Persino per i processi per malattie professionali, anche i più importanti, non c'è alcuna comunicazione ufficiale e quel che riusciamo a sapere lo apprendiamo soprattutto dai pazienti o dalle ASL.

**TORREGIANI.** Signor Presidente, per quanto concerne la segnalazione all'INAIL questa avviene sempre quando la patologia da lavoro è stata diagnosticata in maniera certa o comunque verosimile da parte del medico di medicina generale. Esistono purtroppo ancora molte remore alla segnalazione dei casi dubbi. Da questo punto di vista, reputo necessario investire nella formazione, perché le conoscenze del medico di medicina generale riguardo agli infortuni sul lavoro non derivano dalla formazione accademica bensì, solitamente, dall'esperienza maturata esercitando la professione nell'ambito del sistema sanitario nazionale. Riteniamo quindi necessario operare e investire nella formazione, soprattutto per quel che riguarda gli aspetti pratici, cioè quali provvedimenti adottare.

Spesso, infatti, quando si organizzano eventi formativi ci si limita a ripetere le stesse cose, a ricordare al medico qual è la normativa e quali sono le leggi da rispettare laddove, secondo me, sarebbe importante dare un taglio pratico a questo tipo di eventi, spiegando come agire e a chi fare la segnalazione in quel determinato contesto. Purtroppo il federa-

lismo ha portato con sé differenze tra Regione e Regione e tra una zona e l'altra nell'ambito della stessa Regione o addirittura della stessa Provincia. Credo quindi che otterremmo dei grandi risultati se, oltre ad uno snellimento di tutti i compiti di tipo burocratico che sono stati addossati al medico di famiglia, si cercasse di migliorarne la formazione per quanto riguarda la denuncia di malattie professionali, che ovviamente non sono di stretta pertinenza specialistica. Il medico di famiglia, infatti, può arrivare fino ad un certo punto, ma ci sono patologie da lavoro che richiedono competenze particolari.

**PRESIDENTE.** Quello che la Commissione vorrebbe sapere è, però, molto più semplice: i medici di famiglia che riscontrano una malattia da lavoro la segnalano o no?

**TORREGIANI.** È difficile rispondere.

**PRESIDENTE.** Non ci interessa ora sapere se il medico di medicina generale sia sempre in grado di riconoscere una malattia professionale. È chiaro che non può segnalare una patologia che non ha colto, ma quando la riconosce, la segnala oppure no?

**TORREGIANI.** Nella maggior parte dei casi la segnala; anzi, le posso dire che in molte zone è stata attuata una sorta di «convenzione» con gli uffici del lavoro delle ASL, che si caricano di tutto quel bagaglio di formalismi che conseguono alla segnalazione della malattia professionale. Pertanto, il compito dei medici di famiglia sarebbe solo quello di indirizzare il lavoratore in cui si sospetta la malattia professionale agli organi della ASL. Nella maggior parte dei casi il medico di famiglia, quando ha la sensazione di trovarsi di fronte ad una malattia professionale, la segnala alla ASL.

**GERARDI.** Non è tanto il medico di medicina generale, il medico di famiglia, che comunica con il medico competente, per i motivi abbiamo cercato di illustrare; è il medico competente che tenta continuamente il contatto con il medico di famiglia.

**PRESIDENTE.** Dovrebbe parlare come medico di medicina generale, non come medico di medicina del lavoro. Il nostro discorso è conoscitivo: vogliamo cercare di capire al meglio ciò che non sappiamo. Non è una provocazione. Se un operaio si sente male e si rivolge al medico di famiglia e questi sospetta che possa essere affetto da una malattia collegata al luogo di lavoro (quindi c'è un rapporto di causa-effetto), comunica o meno tutto questo?

**ROILO (Ulivo).** Quindi non c'è un rapporto con il medico competente?

*GERARDI.* No, purtroppo non c'è. È il medico competente che cerca il contatto e non viceversa. Può sembrare una negligenza, ma non lo è affatto, in quanto il medico di medicina generale, per la sua formazione culturale e professionale, nella maggior parte dei casi può riuscire a riconoscere o a sospettare solo una malattia professionale semplice. Se un muratore ha una dermatite da contatto, il medico di famiglia può sospettare che si tratti di una malattia professionale; ma potrebbe esservi il caso di un lavoratore che lavora in una vetreria ed è a contatto con l'acido fluoridrico, che è una sostanza pericolosissima.

PRESIDENTE. Per l'apparato muscolo-scheletrico.

*GERARDI.* No, per le patologie muscolo-scheletriche è molto più semplice.

Il collega dell'ANMA ha chiarito questo punto prima: tra qualche anno riceveremo una valanga di richieste di riconoscimento di malattie professionali, perché non saremo riusciti a valutare il vero rischio. Ecco perché noi medici di medicina generale ci teniamo a sottolineare che abbiamo bisogno di formazione. Non voglio ripetermi, ma è questo il punto. Un medico di cinquant'anni, come dicevo, soprattutto in certe parti del nostro Paese, ha difficoltà nel comprendere appieno cosa sia la medicina del lavoro, perché non è stato formato per questo. Tant'è vero che una delle proposte che avanziamo come FIMMG, e che abbiamo già attivato in alcune Regioni, è di cominciare a formare i medici che fanno il tirocinio pratico prima di diventare medici di medicina generale.

Noi più anziani, che abbiamo organizzato incontri e siamo *tutor* e animatori di questi colleghi, a volte restiamo esterrefatti quando, parlando di INPS e di INAIL, di malattie professionali e di sicurezza sul posto di lavoro, ci guardano come se venissimo da un altro pianeta. Ecco perché abbiamo bisogno di formazione. Tuttavia, la formazione non è una cosa semplice. Possiamo anche trovare gli strumenti, le professionalità e le esperienze, ma la formazione costa. Le ASL, che dovevano – già con la legge n. 833 del 1978, istitutiva del sistema sanitario nazionale – prendere in carico questa situazione, per carenze professionali ed economiche, si limitano ad attività di vigilanza. Non c'è comunicazione tra le strutture che dovrebbero servire ad operare sul territorio e i medici di medicina generale.

Signor Presidente, il medico di medicina generale non si vuole sottrarre, anzi; il medico di medicina generale ha recuperato in parte il ruolo del medico condotto di una volta.

PRESIDENTE. Magari!

*GERARDI.* Purtroppo la responsabilità non è dei medici di medicina generale.

SCAVONE. Per quanto riguarda le denunce delle malattie professionali, vorrei aggiungere che, per la verità, di solito queste malattie non presentano caratteristiche di acuzia, insorgono sempre con una certa lentezza. Questi casi generalmente vengono segnalati agli uffici competenti delle ASL. Spesso però consigliamo il paziente che presenta la malattia professionale di recarsi direttamente alle ASL, che poi lo gestiscono *in toto*. Ben diverso è il caso dell'infortunio e del fatto acuto, casi che segnaliamo sempre laddove per le malattie che non hanno un'insorgenza acuta generalmente non vi è necessità di fare le denunce e preferiamo inviare i pazienti alle ASL per la certezza diagnostica.

A causa dei tempi stretti della convocazione non abbiamo presentato una documentazione, che sicuramente invieremo quanto prima.

PRESIDENTE. Ringrazio gli intervenuti per il contributo offerto e restiamo in attesa di ulteriori elementi di conoscenza, ma anche di indicazioni di percorso, che accoglieremo con grande piacere.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

*I lavori terminano alle 15,20.*



