

INAIL



Indagine nazionale sulla salute e sicurezza sul lavoro. Medici Competenti

**Indagine nazionale
sulla salute e
sicurezza sul lavoro**

Medici Competenti

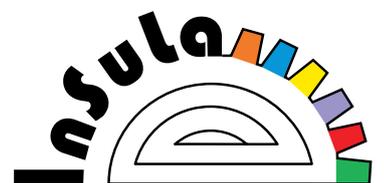
INAIL



INAIL

**Indagine
nazionale sulla
salute e sicurezza
sul lavoro**

Medici competenti



**Pubblicazione realizzata da
INAIL**

Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro ed Ambientale

COORDINAMENTO SCIENTIFICO

Benedetta Persechino¹

AUTORI

Benedetta Persechino¹, Giuliana Buresti¹, Bruna Maria Rondinone¹, Luca Fontana¹, Patrizia Laurano¹, Grazia Fortuna¹, Antonio Valenti¹, Mario Barbaro², Marcello Imbriani³, Giacomo Muzi⁴, Canzio Romano⁵, Leonardo Soleo⁶, Giuseppe Taino³, Sergio Iavicoli¹

IN COLLABORAZIONE CON

Ministero della Salute, Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), Società Italiana Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII)

COLLABORAZIONE EDITORIALE

Emanuela Giuli¹, Marco Fornaroli¹, Pina Galzerano¹

PROGETTO GRAFICO E COPERTINA

Alessandra Luciani¹, Laura Medei¹

¹ INAIL - Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro ed Ambientale

² Università di Messina

³ Università di Pavia

⁴ Università di Perugia

⁵ Università di Torino

⁶ Università di Bari

PER INFORMAZIONI

INAIL, Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro ed Ambientale
Via Fontana Candida, 1 - 00040
Monte Porzio Catone (RM)
insula@inail.it
www.inail.it

©2015 INAIL

La pubblicazione viene distribuita gratuitamente e ne è quindi vietata la vendita nonché la riproduzione con qualsiasi mezzo. È consentita solo la citazione con l'indicazione della fonte.

ISBN 978-88-7484-459-3

Tipolitografia INAIL - Milano, ottobre 2015

PREMESSA

Nell'ambito del Programma per la Ricerca Sanitaria in materia di tutela della salute nei luoghi di lavoro, finanziato dal Ministero della Salute, dal titolo "Sviluppo di modelli per un sistema permanente di rilevazione della percezione del rischio per la salute e sicurezza in ambiente di lavoro da parte dei lavoratori e delle figure della prevenzione", identificato con l'acronimo "INSuLa", è stato dedicato uno specifico focus alla "Analisi della percezione dei bisogni e delle criticità applicative dei compiti del Medico Competente ed interazione con il sistema di prevenzione nei luoghi di lavoro".

Nell'arco dei tre anni di attività, il focus progettuale sui Medici Competenti si è sviluppato secondo una struttura articolata che ha visto il coinvolgimento di sei Unità Operative afferenti a: INAIL - Dipartimento di Medicina del Lavoro (ora Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro ed Ambientale), Fondazione IRCCS "S. Maugeri" di Pavia, Università di Torino, Università di Perugia, Università di Bari, Università di Messina. Al reclutamento del campione oggetto dell'indagine hanno altresì collaborato il Ministero della Salute, la Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri (FNOMCeO) e la Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII).

In considerazione sia della costante interazione dei Medici Competenti con i Lavoratori e con i diversi attori della prevenzione aziendale, nonché con gli Organi di Vigilanza e con il Servizio Sanitario Nazionale, sia dei cambiamenti del mondo del lavoro e dell'evoluzione della normativa di tutela, risulta di primaria importanza contribuire all'individuazione di eventuali problematiche connesse all'espletamento delle attività del Medico Competente, al fine di garantire un miglioramento continuo della qualità e dell'efficacia degli interventi finalizzati alla tutela della salute e della sicurezza sul lavoro.

Alla luce di ciò, l'obiettivo principale che il focus sui Medici Competenti ha inteso perseguire è stato quello di contribuire ad individuare criticità tecnico-operative e bisogni percepiti nello svolgimento dell'attività professionale, ivi comprese le interazioni con i lavoratori e con le figure della prevenzione aziendale ed extra-aziendale e con il Servizio Sanitario Nazionale anche al fine dello sviluppo di modelli operativi e dell'ottimizzazione di specifici processi formativi finalizzati alla buona pratica in Medicina del lavoro.

Lo studio condotto in tale contesto - di cui di seguito si riportano i risultati - ha permesso così di individuare, oltre alle criticità ed ai bisogni percepiti in precedenza richiamati, anche informazioni utili sia per momenti di riflessione e di discussione nei diversi ambiti di riferimento, sia per contribuire all'implementazione e/o al miglioramento di politiche di prevenzione.

La discussione e le analisi secondarie sui dati raccolti saranno oggetto di successivi approfondimenti e pubblicazioni.

Sergio Iavicoli
*Direttore del Dipartimento di Medicina,
Epidemiologia, Igiene del Lavoro ed Ambientale
INAIL*

INDICE

LISTA DELLE ABBREVIAZIONI	7
INTRODUZIONE	
▲ La figura del Medico Competente	11
▲ Svolgimento dell'attività di Medico Competente	12
▲ Gli obblighi del Medico Competente	12
▲ L'attività di sorveglianza sanitaria svolta dal Medico Competente	13
▲ L'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica	14
▲ Compiti, funzioni, competenze e bisogni formativi del Medico Competente nel contesto europeo ed internazionale: analisi della letteratura	14
IL PROGETTO INSuLa	
▲ L'indagine sui Medici Competenti	17
▲ Metodologia	18
▲ Questionario di rilevazione	18
▲ Analisi statistica	19
RISULTATI	
▲ Dati personali e professionali	23
▲ Bisogni formativi e di aggiornamento del Medico Competente	32
▲ Attività professionale e rapporti con le figure della prevenzione aziendale	37
▲ Rapporti con l'Organo di Vigilanza	53
▲ Rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale	56
BIBLIOGRAFIA	63
ALLEGATO	
▲ Il questionario di rilevazione	67

LISTA DELLE ABBREVIAZIONI

DL	Datore di Lavoro
DPI	Dispositivi di Protezione Individuale
DVR	Documento di Valutazione dei Rischi
ECM	Educazione Continua in Medicina
FAD	Formazione a Distanza
ICOH	Commissione Internazionale di Salute Occupazionale
INAIL	Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro
MC	Medico Competente
MCC	Medico Competente Coordinatore
MMG	Medico di Medicina Generale
OdV	Organo di Vigilanza
RLS	Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza
RSPP	Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
SPP	Servizio di Prevenzione e Protezione
SPSAL	Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
SS	Sorveglianza Sanitaria
SSL	Salute e Sicurezza sul Lavoro
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
VdR	Valutazione dei Rischi

The image features a large, white, stylized graphic of the letters 'OSU' on a red background. The letters are thick and rounded, with a slightly irregular, hand-drawn appearance. The 'O' is on the left, the 'S' is in the middle, and the 'U' is on the right. The 'S' and 'U' are partially overlapping. The 'O' has a small red dot in the center. The 'S' has a small red dot in the center. The 'U' has a small red dot in the center. The letters are set against a solid red background.

Introduzione

INTRODUZIONE

Nell'ambito del sistema di tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro, il Medico Competente (MC) riveste un ruolo di primaria importanza. Lo svolgimento della sua attività professionale comporta necessariamente un'interazione costante con i diversi attori della prevenzione che operano all'interno dell'azienda. Nell'assolvimento delle funzioni e dei compiti che gli sono propri, il MC si colloca al centro di un sistema di prevenzione e di tutela partecipato, all'interno del quale, attraverso la collaborazione fattiva con il Datore di Lavoro (DL), con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), con il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) e con i Lavoratori, è in grado di avere una visione completa, accurata ed approfondita sia del sistema di gestione della sicurezza e della salute dei lavoratori che delle relative eventuali problematiche.

Tale importante ruolo è peraltro ben delineato anche dal vigente quadro normativo di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro che valorizza la specificità della figura del MC sancendone, quindi, la rilevanza, attraverso un'indicazione puntuale di obblighi, doveri, responsabilità e competenze.

L'analisi degli obblighi del MC, sanciti dall'art.25 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. [1], conferma che, al fine di un corretto svolgimento della sua attività, sia imprescindibile il contributo e la cooperazione anche delle altre figure del sistema prevenzionistico.

Tra gli obblighi del MC rivestono una particolare rilevanza la collaborazione alla Valutazione dei Rischi (VdR) e l'effettuazione della Sorveglianza Sanitaria (SS) dei lavoratori esposti; entrambe le attività risultano tra le principali misure di prevenzione che permettono di contribuire al miglioramento delle condizioni di salute dei lavoratori.

In considerazione della diversità e della peculiarità dei vari contesti lavorativi, così come dell'evoluzione tecnologica e dell'organizzazione del lavoro nonché degli scenari normativi, oltre alla previsione del possesso di specifici titoli professionali, è richiesto altresì un costante, adeguato e puntuale aggiornamento per garantire un idoneo svolgimento dello specifico compito di tutela.

In tale ottica, l'istituzionalizzazione in Italia del programma di Educazione Continua in Medicina (ECM) [2] ha contribuito, nell'ambito della salute occupazionale, a soddisfare l'esigenza di aggiornamento prevedendo l'erogazione di una formazione che, tenendo conto delle specificità della disciplina (rapida evoluzione del mondo del lavoro, emersione di nuovi rischi e patologie occupazionali, evoluzione del quadro normativo, confronto con le numerose figure coinvolte nella prevenzione) fosse, al contempo, contestualizzata e trasferibile alle differenti realtà lavorative. In aggiunta, essendo il campo di applicazione della Medicina del lavoro in costante evoluzione, è indispensabile che sia l'attività di formazione e aggiornamento che l'attività pratica siano continuamente adeguate alle più recenti evidenze scientifiche e alle necessità dell'ambito di intervento del MC.

In considerazione di quanto in precedenza rappresentato, l'obiettivo della presente indagine è stato quello di individuare, mediante l'utilizzo di un questionario autosomministrato, le criticità tecnico-operative e i bisogni percepiti dal MC nello svolgimento della propria attività pratica e nell'interazione con gli altri attori della prevenzione e con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Tali informazioni rappresentano la base per lo sviluppo di modelli gestionali ed operativi in grado di ottimizzare l'attività di Medicina del lavoro e al contempo contribuiscono, nell'ambito del programma ECM, all'elaborazione di percorsi formativi finalizzati alla buona pratica in Medicina del lavoro, che siano attuali e realmente rispondenti alle necessità del MC.

LA FIGURA DEL MEDICO COMPETENTE

Le funzioni di MC (i cui titoli e requisiti sono indicati all'art.38 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.) possono essere svolte dal medico che possiede uno dei seguenti titoli:

- ▲ specializzazione in Medicina del lavoro o in Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;
- ▲ docenza in Medicina del lavoro o in Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in Tossicologia industriale o in Igiene industriale o in Fisiologia e igiene del lavoro o in Clinica del lavoro;
- ▲ autorizzazione di cui all'art.55 del D.Lgs. 277/1991;
- ▲ specializzazione in Igiene e medicina preventiva o in Medicina legale;

- con esclusivo riferimento al ruolo dei sanitari delle Forze Armate, compresa l'Arma dei Carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di Finanza, svolgimento di attività di medico "nel settore del lavoro" per almeno quattro anni.

I medici in possesso delle specializzazioni in Igiene e medicina preventiva o in Medicina legale - se alla data di entrata in vigore del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. svolgono o dimostrano di avere svolto l'attività di MC per almeno un anno nell'arco dei tre anni precedenti - sono abilitati a svolgere le funzioni di MC; in caso contrario, sono tenuti a frequentare appositi percorsi formativi universitari.

I medici in possesso dei titoli e dei requisiti summenzionati sono iscritti nell'elenco dei MC, istituito presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Infine, per quanto attiene allo svolgimento delle funzioni di MC, è necessario partecipare al programma ECM (ai sensi del D.Lgs. 229/1999 e s.m.i.); i crediti previsti dal programma triennale ECM dovranno essere conseguiti nella misura non inferiore al 70% del totale nella disciplina "Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro".

SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ DI MEDICO COMPETENTE

Il D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. stabilisce che l'attività di MC debba essere svolta attenendosi ai principi della Medicina del lavoro e rispettando il Codice Etico della Commissione Internazionale di Salute Occupazionale (ICOH). Il MC può svolgere la propria attività come dipendente o collaboratore di una struttura esterna pubblica o privata (convenzionata con il DL), in qualità di libero professionista oppure come dipendente del DL. A tale riguardo è importante sottolineare che il dipendente di una struttura pubblica, che sia assegnato agli uffici che svolgono attività di vigilanza, non può effettuare, ad alcun titolo e in alcuna parte del territorio nazionale, l'attività di MC. Al fine di permettere l'opportuno svolgimento della sua attività professionale, il DL deve garantire al MC le opportune ed adeguate condizioni di lavoro rispettandone e garantendone l'autonomia. Il MC può avvalersi, per accertamenti diagnostici, della collaborazione di medici specialisti scelti in accordo con il DL che ne sopporta gli oneri. Nei casi di aziende con più unità produttive, nei casi di gruppi d'impresе nonché qualora la valutazione dei rischi ne evidenzia la necessità, il DL può nominare più MC individuando tra essi un Medico Competente Coordinatore (MCC) con funzioni di coordinamento.

GLI OBBLIGHI DEL MEDICO COMPETENTE

La definizione puntuale degli obblighi e dei compiti del MC è contenuta nell'art.25 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. Secondo quanto stabilito dal disposto normativo il MC:

- collabora con il DL e con il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) alla VdR, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della SS, alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori, all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza, e alla organizzazione del servizio di Primo Soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro. Collabora inoltre all'attuazione e alla valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute", secondo i principi della responsabilità sociale;
- programma ed effettua la SS attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati;
- istituisce, aggiorna e custodisce, sotto la propria responsabilità, una cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a SS; tale cartella è conservata con salvaguardia del segreto professionale e, salvo il tempo strettamente necessario per l'esecuzione della SS e la trascrizione dei relativi risultati, presso il luogo di custodia concordato al momento della nomina del MC;
- consegna al DL, alla cessazione dell'incarico, la documentazione sanitaria in suo possesso, nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. 196/2003 e con salvaguardia del segreto professionale;

- consegna al lavoratore, alla cessazione del rapporto di lavoro, copia della cartella sanitaria e di rischio, e gli fornisce le informazioni necessarie relative alla conservazione della medesima; l'originale della cartella sanitaria e di rischio va conservata, nel rispetto di quanto disposto dal D.Lgs. 196/2003 da parte del DL, per almeno dieci anni, salvo il diverso termine previsto da altre disposizioni del presente decreto;
- fornisce informazioni ai lavoratori sul significato della SS cui sono sottoposti e, nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari, anche dopo la cessazione dell'attività che comporta l'esposizione a tali agenti. Fornisce altresì, a richiesta, informazioni analoghe ai RLS;
- informa ogni lavoratore interessato dei risultati della SS e, a richiesta dello stesso, gli rilascia copia della documentazione sanitaria;
- comunica per iscritto, in occasione delle riunioni di cui all'art.35 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., al DL, al RSPP e ai RLS, i risultati anonimi collettivi della SS effettuata e fornisce indicazioni sul significato di detti risultati ai fini dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori;
- visita gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o a cadenza diversa che stabilisce in base alla VdR; l'indicazione di una periodicità diversa dall'annuale deve essere comunicata al DL ai fini della sua annotazione nel Documento di Valutazione dei Rischi (DVR);
- partecipa alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori i cui risultati gli sono forniti con tempestività ai fini della VdR e della SS;
- comunica, mediante autocertificazione, il possesso dei titoli e requisiti di cui all'art.38 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali entro il termine di sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente Decreto.

L'ATTIVITÀ DI SORVEGLIANZA SANITARIA SVOLTA DAL MEDICO COMPETENTE

La SS (art.41 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.) è definita (art.2) come l'insieme di atti medici finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa.

Lo svolgimento della SS da parte del MC sui lavoratori esposti ai rischi occupazionali, consiste, pertanto, nell'esecuzione di visite mediche, accertamenti di laboratorio chimico-clinici, strumentali, tossicologici e visite specialistiche per l'esplorazione degli organi specificamente esposti ad un determinato fattore di rischio. Questi accertamenti sanitari consentono al MC di verificare lo stato di salute del lavoratore e conseguentemente gli permettono di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica. Nell'ambito della SS vengono ricomprese differenti tipologie di visite mediche svolte dal MC:

- visita medica preventiva, intesa a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato, al fine di valutare l'idoneità alla mansione specifica;
- visita medica periodica per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica (la periodicità di tali accertamenti, qualora non prevista dalla relativa normativa, viene stabilita, di norma, in una volta l'anno. Tale periodicità può assumere cadenza diversa, stabilita dal MC in funzione della VdR. L'Organo di Vigilanza (OdV), con provvedimento motivato, può disporre contenuti e periodicità della SS differenti rispetto a quelli indicati dal MC);
- visita medica su richiesta del lavoratore, qualora sia ritenuta dal MC correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica;
- visita medica in occasione del cambio della mansione onde verificare l'idoneità alla mansione specifica;
- visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti dalla normativa vigente;
- visita medica preventiva in fase preassuntiva;
- visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione.

L'ESPRESSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA

Al termine delle visite mediche di SS, sulla base delle risultanze degli accertamenti sanitari eseguiti ed in considerazione dello stato di salute del lavoratore, il MC esprime il giudizio di idoneità alla mansione specifica. Tale giudizio può essere di:

- idoneità;
- idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;
- inidoneità temporanea (vanno precisati i limiti temporali di validità);
- inidoneità permanente.

Il giudizio di idoneità deve essere espresso dal MC per iscritto fornendo copia dello stesso al lavoratore ed al DL. Su tale giudizio, che deve contenere la firma del lavoratore per avvenuta consegna, deve essere specificata la mansione svolta dal lavoratore e i relativi fattori di rischio ai quali egli è esposto, deve essere specificata la data della successiva visita medica e deve essere riportata la data di emissione. Avverso i giudizi del MC, ivi compresi quelli formulati in fase preassuntiva, è ammesso ricorso, entro trenta giorni dalla data di comunicazione del giudizio medesimo, all'OdV territorialmente competente, che dispone - dopo eventuali ulteriori accertamenti - la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso.

COMPITI, FUNZIONI, COMPETENZE E BISOGNI FORMATIVI DEL MEDICO COMPETENTE NEL CONTESTO EUROPEO ED INTERNAZIONALE: ANALISI DELLA LETTERATURA

L'analisi dell'attività del MC, la valutazione dei suoi bisogni formativi e lo studio dei suoi rapporti con le altre figure della prevenzione e/o con il SSN rappresentano uno strumento estremamente valido ed attuale per acquisire informazioni utili a migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi finalizzati alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori. La validità di tale metodologia di indagine è peraltro confermata anche dai dati attualmente disponibili in letteratura che dimostrano come recentemente, a livello nazionale ed internazionale, siano stati effettuati diversi studi per comprendere le attuali problematiche della Medicina del lavoro. In particolare, in Italia, la figura del MC, le tematiche inerenti la sua attività professionale e i suoi bisogni formativi sono stati studiati da diversi gruppi di ricerca [3-10]. Studi simili ai precedenti, tesi a valutare la dimensione e le caratteristiche dell'attività pratica dei MC e la loro domanda formativa sono stati effettuati anche negli Stati Uniti [11-16], nei Paesi Bassi [17] ed in Canada [18]. Altri autori hanno affrontato questo argomento focalizzando la loro attenzione sui neolaureati [19,20], oppure eseguendo indagini conoscitive presso i DL [21] o conducendo studi osservazionali sull'attività pratica dei MC [22-24] e sul loro rapporto con i Medici di Medicina Generale (MMG) [25-28]. Ciò nonostante, i dati di letteratura a riguardo sono ancora piuttosto limitati e, pertanto, è evidente la necessità di effettuare ulteriori studi che siano in grado di fornire dati omogenei ed informazioni oggettive [29].



**Il progetto
INSuLa**

IL PROGETTO INSuLa

Il Progetto INSuLa, finanziato nell'ambito del Programma per la Ricerca Sanitaria del Ministero della Salute, ha avuto come scopo la realizzazione della prima survey nazionale sulla percezione del rischio per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e sul livello generale di consapevolezza rispetto all'applicazione del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., con il coinvolgimento di tutte le figure della prevenzione.

Emerge, pertanto, il bisogno di mettere a punto un sistema di rilevazione che tenga conto delle specificità sia del contesto nazionale che delle figure della prevenzione in ambito di SSL. Pertanto, anche alla luce dei mutamenti del mondo del lavoro indotti dalla situazione economica negli ultimi anni, nell'ottica di fare il punto riguardo all'applicazione del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. e con l'intento di valutare l'impatto concreto del dettato normativo (a più di 5 anni dalla sua entrata in vigore), il Progetto INSuLa ha realizzato una survey nazionale sulla percezione del rischio per la SSL e sul livello generale di consapevolezza rispetto all'applicazione del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., con il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema di prevenzione in Italia.

Il Progetto INSuLa è stato coordinato dall'ex Dipartimento di Medicina del Lavoro (attualmente Dipartimento Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro ed Ambientale) dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) ed è costituito da un progetto capofila (survey principale) focalizzato sui Lavoratori e sui DL (con il coinvolgimento dei RSPP aziendali) e da tre focus progettuali specifici dedicati alle altre figure della prevenzione: MC, RLS e Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL).

La finalità principale che INSuLa si propone è quella di realizzare un'indagine, su un campione ampio e rappresentativo, che fornisca dati utili per lo sviluppo di strumenti di prevenzione finalizzati al miglioramento della qualità della vita lavorativa. Inoltre, tale esperienza potrà contribuire alla creazione di un sistema di rilevazione permanente che dia indicazioni sulle condizioni di lavoro e che permetta, nel tempo, di adeguare l'indagine ai cambiamenti del mondo del lavoro e ai bisogni dei principali attori coinvolti nel sistema di prevenzione.

Nei capitoli a seguire, si riportano i principali risultati delle indagini svolte sul campione di MC rappresentativi del contesto nazionale.

L'INDAGINE SUI MEDICI COMPETENTI

Il presente Report descrive in dettaglio il focus progettuale specifico che ha interessato la figura del MC, nel contesto del sopra citato progetto INSuLa. Nello specifico, vengono riportate le informazioni principali riguardanti la metodologia con la quale è stato ideato e realizzato il questionario somministrato ai MC, gli strumenti impiegati per l'individuazione e l'arruolamento del campione oggetto dello studio e le caratteristiche salienti della successiva elaborazione statistica dei dati, nonché tutti i risultati dell'indagine in relazione ai principali obiettivi che erano stati prefissati.

A tale riguardo, nell'ambito delle novità introdotte dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, l'indagine sui MC ha avuto lo scopo di:

- individuare le criticità tecnico-operative correlate allo svolgimento dell'attività professionale dei MC;
- identificare le necessità e i bisogni percepiti dai MC nell'ambito dello svolgimento dell'attività professionale;
- valutare l'efficacia (in termini di miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro) e le relative modalità di interazione tra il MC e i lavoratori, le figure della prevenzione aziendale, il sistema preventivo pubblico ed il SSN;
- identificare le tematiche di fabbisogno formativo e di aggiornamento più attuali e realmente confacenti al miglioramento dell'attività professionale del MC.

L'analisi dei risultati qui presentata contribuirà a migliorare l'azione preventiva nei luoghi di lavoro, tenendo soprattutto in debito conto i continui mutamenti del mondo del lavoro, i rischi emergenti e la conseguente evoluzione del contesto normativo che rendono necessario un continuo ed attento monitoraggio dell'attività di Medicina del lavoro.

METODOLOGIA

Per l'individuazione del campione oggetto dello studio - curato dall'Unità Operativa afferente al Dipartimento Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro ed Ambientale (DiMEILA) dell'INAIL - si è fatto riferimento all'elenco dei MC ex art.38 c.4 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., la cui tenuta è in capo al Ministero della Salute. L'acquisizione del suddetto elenco (maggio 2012) - comprensivo di 9.856 nominativi - ha permesso di disporre di un elenco nominativo di MC suddivisi per regione di residenza, ma privo di recapito postale e/o di posta elettronica e/o telefonico. A motivo di ciò, si è reso opportuno richiedere alla Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII) l'elenco nominativo degli iscritti con relativo indirizzo postale e di posta elettronica (maggio 2012). Previa verifica dell'effettiva presenza dei nominativi forniti da SIMLII nell'elenco ministeriale, è stato individuato un primo campione di MC dei quali si disponeva dell'indirizzo e-mail, per un totale di 1.537 soggetti. Successivamente, eliminati i nominativi dei soci SIMLII dall'elenco ministeriale, si è proceduto - attraverso una proficua collaborazione con la Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) - ad associare a ciascun nominativo in elenco l'indirizzo postale di riferimento. Infine, dopo aver risolto alcune problematiche dovute ad omonimie dalla popolazione di riferimento, costituita da 7.825 MC, è stato estratto - con garanzia della stessa ripartizione per area geografica della popolazione di partenza - un campione di 3.167 MC.

È stata predisposta una piattaforma per la compilazione online del questionario, attraverso due link appositamente creati, uno utilizzabile dal campione di 1.537 MC e l'altro dal campione di 3.167. Attraverso le Unità Operative afferenti al Progetto (per il Nord Italia: Università di Torino e Fondazione Maugeri di Pavia; per il Centro: Università di Perugia; per il Sud e Isole: Università di Bari e Università di Messina) si è proceduto alla spedizione postale ai MC reclutati nel campione del questionario accompagnato da una lettera di invito riportante sia le finalità del progetto che le modalità di compilazione - cartaceo o online - del questionario suddetto. A distanza di circa un mese dal primo inoltro, si è proceduto ad un reminder, sempre attraverso spedizione postale.

L'Unità Operativa del DiMEILA ha curato l'invio delle email di invito alla compilazione online del questionario attraverso collegamento link all'uopo creato; anche in questo caso l'invito riportava sia le finalità del progetto che le modalità di compilazione online; successivamente si è proceduto ad un reminder dell'email.

L'indagine conoscitiva, preceduta da una fase di *pretest*, è stata condotta nel periodo compreso tra ottobre 2013 e gennaio 2014. Sono rientrati un totale di 1.237 questionari compilati.

Per garantire la rappresentatività in termini di distribuzione geografica, in fase di elaborazione dei dati è stata applicata una variabile di ponderazione per riportare i dati alle loro corrette proporzioni rispetto al campione di base.

QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE

L'indagine è stata svolta mediante un questionario auto-somministrato elaborato sulla base di un'attenta revisione della letteratura. Una fase di *pretest* ha consentito l'ottimizzazione dello strumento; il questionario preliminare è stato somministrato ad un campione di 100 MC, ai quali sono stati richiesti commenti in relazione alla chiarezza e completezza di ogni singolo item, osservazioni sulla funzionalità del sistema di compilazione ed eventuali suggerimenti. Il questionario finale si compone di 43 domande suddivise in cinque diverse aree tematiche. L'utilizzo di alcune domande filtro ha permesso di arruolare nell'indagine i questionari dei MC che attualmente svolgono tale attività o che comunque l'hanno svolta in periodo di vigenza del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.

A. Dati socio-demografici: questa sezione si distingue in due sottosezioni:

A.1 *Dati personali:* comprende informazioni di tipo anagrafico (sex, età, regione di residenza, requisito posseduto per svolgere l'attività di MC, anno di specializzazione, affiliazione a società scientifiche e/o associazioni professionali).

A.2 *Dati professionali:* raccoglie informazioni relative allo svolgimento dell'attività di MC (modalità e caratteristiche dell'attività professionale, regioni in cui si opera come MC, settori produttivi, dimensioni aziendali, numero di aziende e lavoratori seguiti, svolgimento di attività di MCC e rischi presenti nelle aziende seguite). Tale sezione è rivolta solo a coloro che svolgono attualmente l'attività di MC (n=1.062).

- B. Bisogni formativi e di aggiornamento del MC:** questa area tematica è costituita da domande finalizzate ad analizzare i molteplici aspetti e/o criticità (ECM, miglioramento dell'offerta formativa, agenti e fattori di rischio, strumenti e metodologia della formazione) inerenti al bisogno e alla domanda formativa dei MC.
- C. Attività professionale e rapporti con le figure della prevenzione aziendale:** comprende domande relative al tipo di interazioni con gli altri attori della prevenzione (DL, RSPP, RLS, Lavoratori) nello svolgimento della attività di MC (collaborazione alla stesura del DVR, formazione ed informazione dei lavoratori, SS, effettuazione dei sopralluoghi e riunioni periodiche, ecc.).
- D. Rapporti con l'OdV:** sono state indagate le occasioni in cui i MC entrano in contatto con l'OdV.
- E. Rapporti con il SSN:** si indagano le occasioni in cui i MC entrano in contatto con le strutture del SSN e con i MMG.

ANALISI STATISTICA

L'analisi statistica è stata svolta mediante il software SPSS versione 22. Per le domande di tipo nominale/ordinale e a scala Likert sono state calcolate le frequenze assolute e percentuali ottenute sul campione totale e, ad un maggior livello di dettaglio, mediante tabelle a doppia entrata, le frequenze percentuali nei vari sottogruppi generati dalle variabili socio-demografiche, al fine di mettere in evidenza eventuali peculiarità.

Per le domande che hanno previsto l'attribuzione di un punteggio su una scala compresa tra 1 e 5 (1=assenza e 5=valore massimo) sono stati calcolati i punteggi medi sia nel campione totale che nei vari sottogruppi generati dall'incrocio con le variabili socio-demografiche.

Per il primo gruppo di domande, al fine di verificare l'eventuale presenza di associazione tra le variabili socio-demografiche e le risposte date, è stato utilizzato il test del Chi Quadrato (χ^2), mentre per le domande per le quali è stato calcolato un punteggio medio, è stata applicata l'ANOVA o il test t. Sono stati considerati significativi valori di $P < 0,05$.

Si riporta di seguito una descrizione dei principali risultati ottenuti, con approfondimenti relativi ad alcuni confronti che, sulla base di test statistici sopra menzionati, sono emersi significativi.

Risultati

RISULTATI

DATI PERSONALI E PROFESSIONALI

La prima sezione del questionario (A.1 e A.2) è dedicata a raccogliere i dati personali e professionali dei MC reclutati nel campione. La presenza di due domande filtro dà luogo a due sottogruppi di soggetti, ognuno dei quali risponde a diverse sezioni del questionario, così come descritto in Tabella 1.

Il campione di MC è descritto nelle Tabelle 2 e 3.

Tabella 1		NUMEROSITÀ E SEZIONI DEL QUESTIONARIO COMPILATE			
Hai mai svolto attività di medico di fabbrica/MC?	V.A. (% valida)	Se si:	V.A. (% valida)	Sezioni del questionario compilate e riferimenti a tabelle e grafici nel testo	
Si	1.199 (97,5%)	Prima dell'entrata in vigore del D.Lgs. 81/2008	61 (5,1%)	A.1	
		Dopo l'entrata in vigore del D.Lgs. 81/2008 ma attualmente non la sta svolgendo	69 (5,8%)	1.131	A.1, B, C, D, E Dalla Figura 12 fino alla fine
		Svolge attualmente l'attività di MC	1.062 (89,2%)		A.1, A.2, B, C, D, E Tabella 4, 6 Figura 3, 5, 6, 11
		Totale	1.192 (100,0%)		
		Mancanti	7		
No	31 (2,5%)			A.1	
Totale (Si + No)	1.230 (100,0%)				
Mancanti	7				
Totale	1.237			Tabella 3, 5	

Tabella 2

CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEI MEDICI COMPETENTI^(*)

Variabile	Descrizione	V.A.	%
Genere			
	Maschi	857	72,4
	Femmine	326	27,6
	Totale	1183	100,0
Età			
	<35 anni	33	2,7
	35-44 anni	280	22,8
	45-54 anni	290	23,6
	55-64 anni	499	40,6
	65 anni e oltre	127	10,3
	Totale	1229	100,0
Area geografica			
	Nord	541	44,6
	Centro	261	21,5
	Sud e Isole	412	33,9
	Totale	1214	100,0
Specializzazione			
	Medicina del lavoro/Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica	897	74,0
	Igiene e medicina preventiva	169	14,0
	Medicina legale	60	5,0
	Autorizzazione ex art.55 D.Lgs. 277/1991	85	7,0
	Totale	1211	100,0

^(*) Le frequenze sono calcolate sul campione complessivo di rispondenti (n=1.237). I totali sono di volta in volta differenti, poiché al netto dei *missing value*.

Tabella 3

CARATTERISTICHE LAVORATIVE DEI MEDICI COMPETENTI^(*)

Variabile	Descrizione	V.A.	%
Periodo di inizio attività come Medico di fabbrica/MC	Fino al 1990	303	30,0
	1991-2007	572	56,6
	Dal 2008 in poi	136	13,4
	Totale	1011	100,0
N. aziende in cui è nominato MC	<10 aziende	322	30,6
	10-25 aziende	201	19,1
	26-50 aziende	163	15,5
	>50 aziende	366	34,8
	Totale	1052	100,0
Dimensione aziende in cui è nominato MC	<10 addetti	332	31,5
	10-49 addetti	414	39,2
	50-249 addetti	157	14,9
	250 e oltre addetti	152	14,4
	Totale	1055	100,0
Numero di lavoratori seguiti dal MC	≤50 lavoratori	53	5,0
	51-100 lavoratori	66	6,4
	101-500 lavoratori	265	25,3
	501-1000 lavoratori	222	21,2
	1001-1500 lavoratori	172	16,4
	>1500 lavoratori	268	25,6
	Totale	1046	100,0
Numero di regioni in cui svolge attività di MC	1 regione	769	73,1
	2-3 regioni	215	20,5
	4 o più regioni	68	6,4
	Totale	1051	100,0

^(*) Le frequenze sono calcolate su coloro che hanno dichiarato di svolgere attualmente l'attività di MC (vedi Tab. PRIMA) (n=1.062). I totali sono di volta in volta differenti poiché al netto dei *missing value*.

Per quanto riguarda l'appartenenza a società scientifiche, la maggior parte dei MC (75,1%) è socio di una società scientifica e/o associazione professionale; nello specifico, la società scientifica maggiormente rappresentata è la SIMLII con il 36,2% (Tabella 4). Dall'incrocio con la variabile tipologia di specializzazione, si evidenzia che tra i MC specializzati in Medicina del lavoro, la SIMLII è quella maggiormente rappresentata (39,4%), così come evidenziato anche nel caso dei MC con autorizzazione ex art.55 del D.Lgs. 277/1991 (34,7%); tra gli specializzati in Igiene e medicina preventiva ed in Medicina legale si registra, invece, una prevalenza di risposte (44,6% e 48,7%, rispettivamente) di chi dichiara di non essere iscritto a nessuna associazione.

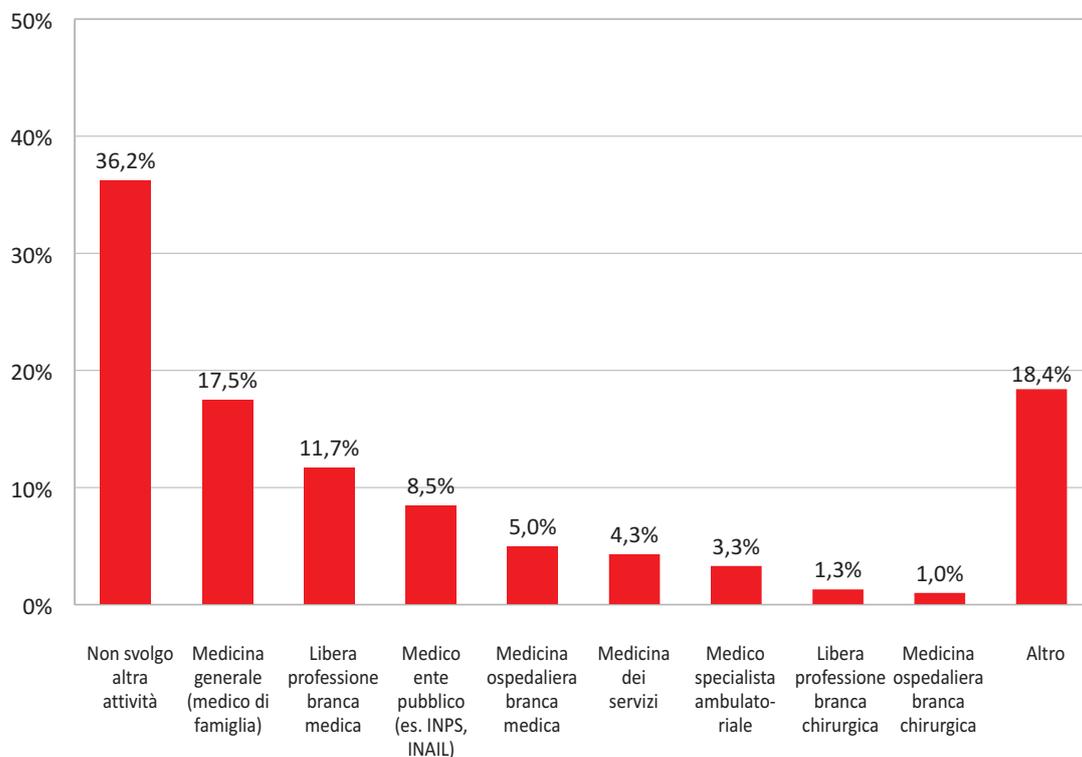
Tabella 4 APPARTENENZA A SOCIETÀ SCIENTIFICHE E/O ASSOCIAZIONI PROFESSIONALI. DOMANDA A RISPOSTA MULTIPLA^(*)			
Società scientifiche e/o Associazioni professionali	N. risposte	% di risposte	% di casi
AIDI	44	3,0%	3,9%
AIRM	120	8,1%	10,6%
ANMA	235	15,8%	20,7%
CoNaMeCo	48	3,2%	4,2%
ICOH	30	2,0%	2,7%
SIMLII	538	36,2%	47,6%
SIVR	4	0,2%	0,3%
Nessuna	370	24,9%	32,7%
Altro	99	6,6%	8,7%
Totale	1.488	100,0%	131,5%

(*) Le frequenze a risposta multipla sono calcolate sul campione complessivo di 1.237 MC.

Il 97,5% (1.199) dei medici che hanno compilato il questionario ha svolto, nel corso della propria attività lavorativa, il ruolo di MC o Medico di fabbrica (il 99,1% degli specializzati in Medicina del lavoro, il 90,4% degli specializzati in Igiene e medicina preventiva, il 90,0% degli specializzati in Medicina legale e la totalità degli autorizzati ex art.55). I 1.199 soggetti che hanno dichiarato di aver svolto attività di Medico di fabbrica o di MC si distinguono in tre gruppi: 61 hanno svolto attività solo prima dell'entrata in vigore del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., 69 hanno svolto attività solo successivamente all'emanazione del Decreto Legislativo, 1.062 svolgono attualmente l'attività.

Le domande descritte successivamente, ovvero fino alla sezione B del questionario, sono state poste solo ai MC che dichiarano di svolgere attualmente l'attività (n=1.062).

Rispetto allo svolgimento di altre attività aggiuntive svolte dal MC, una quota pari al 36,2% dichiara di non svolgere altra attività, mentre il 17,5% è impegnato anche in attività di Medicina generale e l'11,7% svolge la libera professione nella branca medica (Figura 1). Sono soprattutto i MC con specializzazione in Medicina del lavoro (41,3%) a non svolgere altra attività, mentre il 49,0% degli autorizzati ex art.55 si dichiarano impegnati anche in attività di Medicina generale.

Figura 1**TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ SVOLTA IN AGGIUNTA A QUELLA DI MEDICO COMPETENTE. DOMANDA A RISPOSTA MULTIPLA. PERCENTUALE DEI CASI**

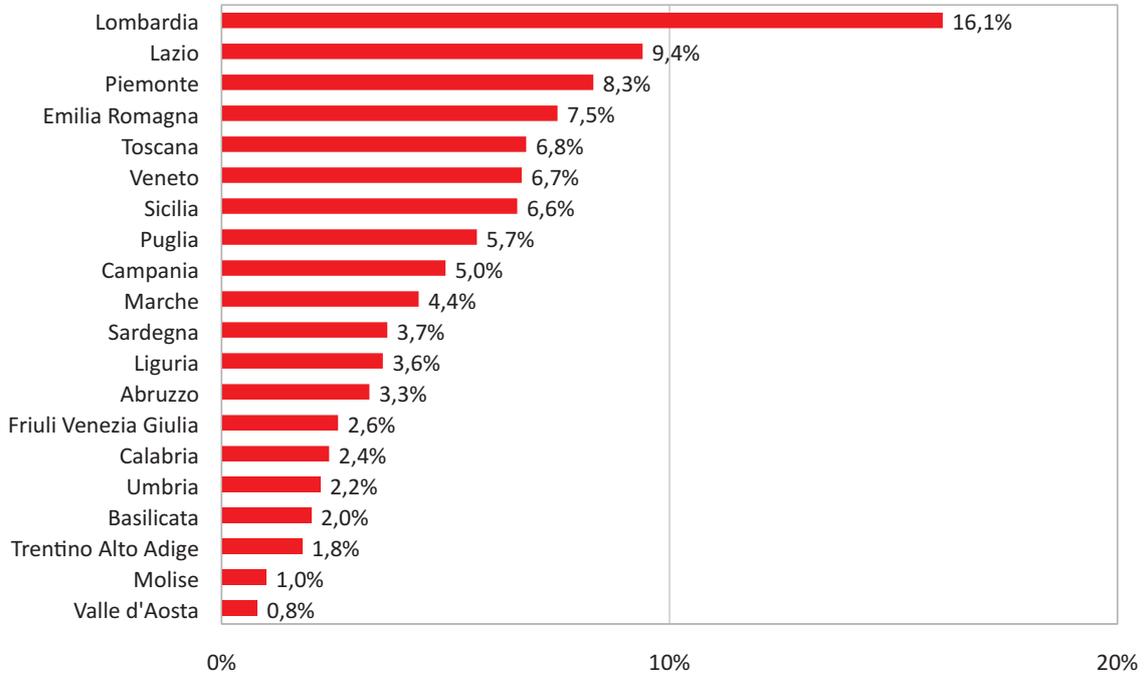
La maggior parte dei MC che hanno dichiarato di svolgere attualmente l'attività (n= 1.062) svolge la propria attività in Lombardia (16,1% delle risposte fornite); seguono il Lazio (9,4%) ed il Piemonte (8,3%) (Figura 2).

Gli stessi soggetti, nella maggior parte dei casi (81,2%), dichiarano di svolgere l'attività di MC in qualità di libero professionista; il 18,0% è collaboratore di una struttura esterna privata convenzionata con il DL e il 12,1% è dipendente del DL, mentre l'11,1% è dipendente di una struttura esterna pubblica convenzionata con il DL (Figura 3).

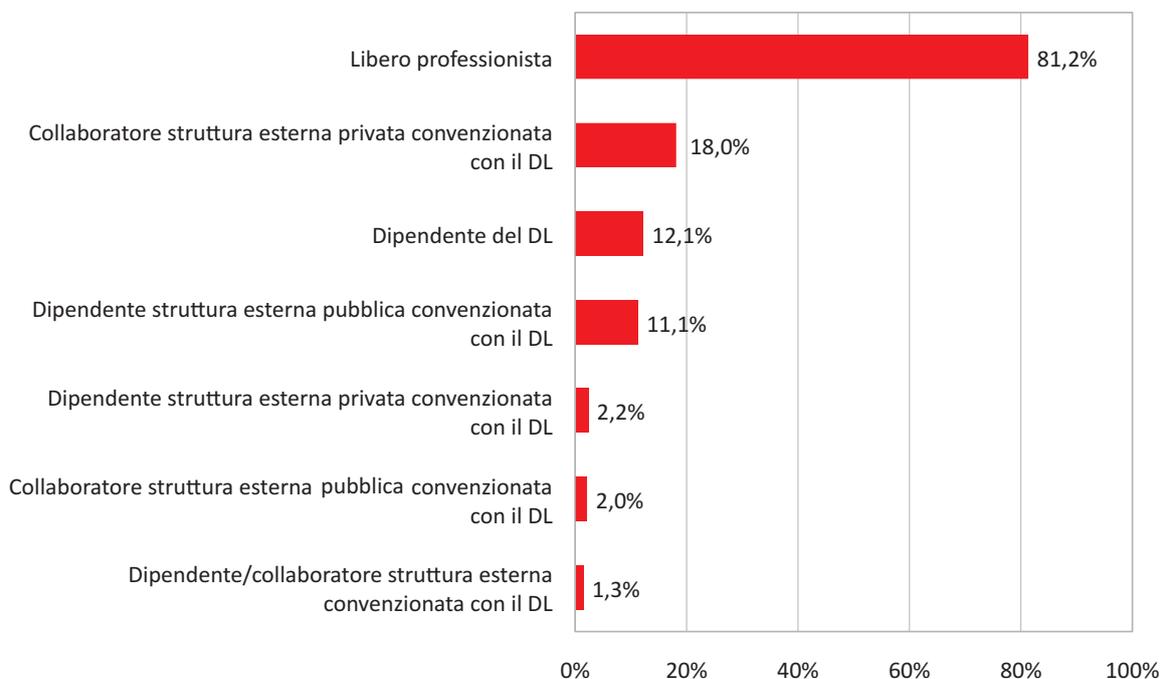
Il 34,8% dei 1.062 MC che dichiarano di svolgere attualmente l'attività, segue principalmente un numero di aziende superiore a 50 e il 30,6% è impegnato in meno di 10 aziende.

Figura 2

RIPARTIZIONE PER REGIONE IN CUI IL MEDICO COMPETENTE SVOLGE L'ATTIVITÀ. DOMANDA A RISPOSTA MULTIPLA. PERCENTUALI DI RISPOSTE (*)



(*) Domanda a risposta multipla: le frequenze percentuali sono calcolate su 1.651 risposte fornite.

Figura 3**RUOLO CON IL QUALE VIENE SVOLTA L'ATTIVITÀ DI MEDICO COMPETENTE.
DOMANDA A RISPOSTA MULTIPLA. PERCENTUALE DEI CASI**

Il 39,4% dei MC liberi professionisti, il 76,1% dei dipendenti e il 49,9% collaboratori di strutture esterne private convenzionate con il DL svolge la propria attività in più di 50 aziende; i MC dipendenti del DL (69,3%), di strutture esterne pubbliche convenzionate con il DL (57,3%) e di strutture esterne private convenzionate con il DL (44,0%) sono impiegati in meno di 10 aziende. I collaboratori, invece, di strutture esterne pubbliche convenzionate con il DL seguono prevalentemente (36,3%) tra 26 e 50 aziende.

Con riguardo alla specializzazione, la maggioranza dei MC specializzati in Medicina del lavoro (36,4%) e quelli con autorizzazione ex art.55 D.Lgs. 277/1991 (36,3%) svolge la propria attività in più di 50 aziende, mentre gli specialisti in Igiene e medicina preventiva ed in Medicina legale sono nominati, prevalentemente, in meno di 10 aziende (33,1% e 56,8% rispettivamente).

Nello svolgimento della propria attività professionale, i MC seguono per lo più (39,2%) piccole imprese (10 - 49 addetti) ed un numero complessivo di lavoratori superiore a 1.500 (25,6%) o compreso tra 101 e 500 (25,3%).

Rispetto all'analisi per area geografica, si mette in evidenza che nel Nord la percentuale di MC che segue più di 1.500 lavoratori è del 31,3% e tende a decrescere spostandosi al Centro (23,8%) e al Sud e Isole (19,2%), a favore di 101 - 500 lavoratori seguiti (rispettivamente il 26,4% ed il 28,8%).

Il 30,5% dei 1.062 MC intervistati svolge anche il ruolo di MCC (art.39 c.6 D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.).

In relazione al settore di attività economica, la grande maggioranza delle aziende seguite dai MC è riconducibile al settore delle attività manifatturiere (40,8%), seguito a larga distanza dal commercio (9,8%) (Tabella 5). In effetti, il settore manifatturiero comprende al proprio interno vari comparti industriali: dall'industria alimentare alla confezione di abbigliamento e pelli, dalla fabbricazione di prodotti chimici e farmaceutici a quella di computer ed elettronica.

Tabella 5

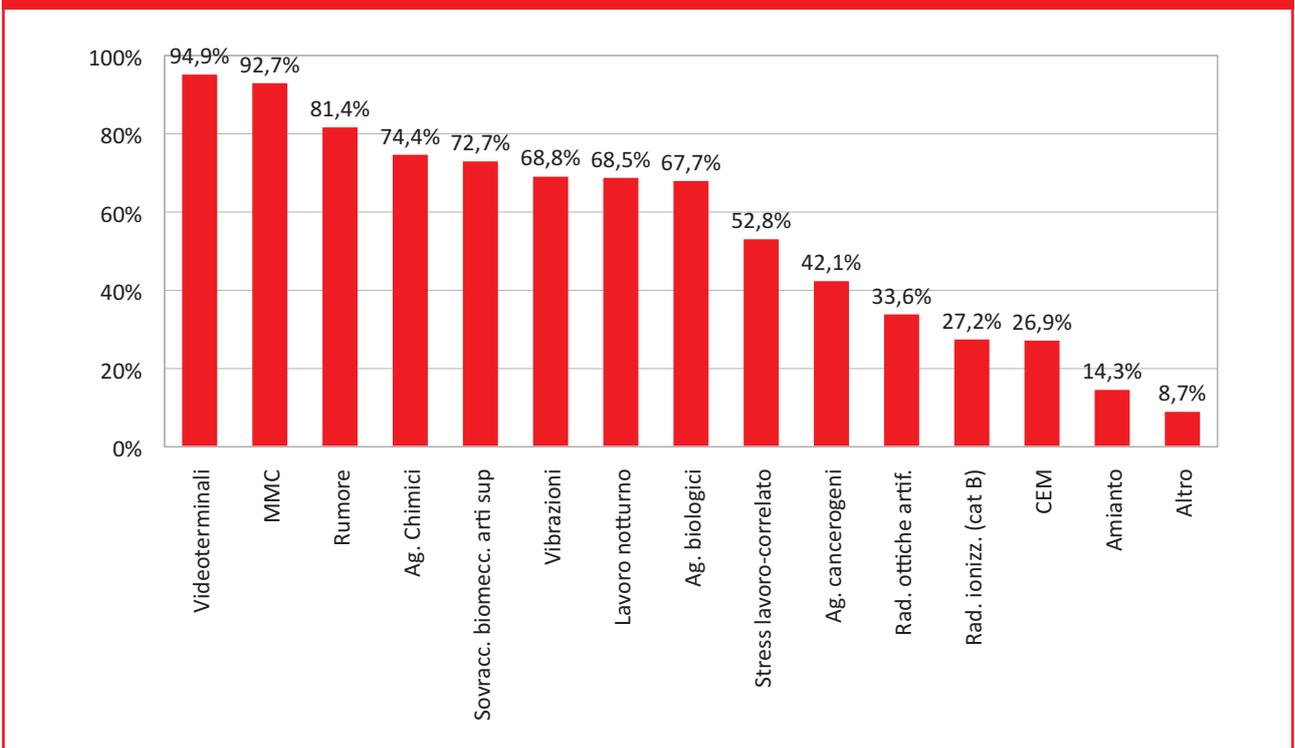
SETTORI DI ATTIVITÀ ECONOMICA AI QUALI APPARTENGONO LE AZIENDE SEGUITE DAI MEDICI COMPETENTI. DOMANDA A RISPOSTA MULTIPLA

Codice	Settore economico Ateco 2007	N. risposte	% di risposte	% di casi
A	Agricoltura, silvicoltura e pesca	301	4,3%	28,7%
B+D+E	Estrazione di minerali, fornitura di energia elettrica, gas e acqua, attività di gestione rifiuti	297	4,2%	28,3%
C	Attività manifatturiere	2886	40,8%	274,5%
F	Costruzioni	563	8,0%	53,5%
G+I	Commercio all'ingrosso e al dettaglio, attività di alloggio e ristorazione	694	9,8%	66,0%
H	Trasporto e magazzinaggio	394	5,6%	37,5%
J+K+L	Servizi di informazione e comunicazioni, attività finanziarie e assicurative e attività immobiliari	454	6,4%	43,2%
M+N	Attività professionali, scientifiche e tecniche, attività amministrative e di servizi di supporto	145	2,1%	13,8%
O+P	Amministrazione pubblica, difesa e istruzione	526	7,4%	50,1%
Q	Sanità e assistenza sociale	433	6,1%	41,2%
R+S+T+U	Altre attività di servizi	386	5,4%	36,7%
Totale risposte		7.079		

Il 94,9% dei 1.062 MC dichiara che il rischio più frequentemente rappresentato nelle aziende in cui svolge la propria attività è il rischio da videoterminale, immediatamente seguito dalla movimentazione manuale dei carichi (92,7%) e dal rumore (81,4%) (Figura 4). Il dato disaggregato per area geografica conferma tale tendenza.

Figura 4

RISCHI PRESENTI NELLE AZIENDE DOVE IL MEDICO COMPETENTE SVOLGE LA PROPRIA ATTIVITÀ. DOMANDA A RISPOSTA MULTIPLA. PERCENTUALE DEI CASI



Incrociando tra di loro alcune delle caratteristiche socio-demografiche e/o lavorative si mettono in evidenza associazioni tra variabili. In particolare, si registra la presenza di un'associazione statisticamente significativa tra:

- ▲ **genere ed età:** la maggioranza delle femmine intervistate (40,2%) ha un'età compresa tra i 35 e i 44 anni; seguono le classi di età 45 - 54 anni e 55 - 64 anni con percentuali identiche pari al 26,3%. Per quanto riguarda i maschi, il 45,3% si colloca nella classe di età 55 - 64 anni, seguito dalle classi 45 - 54 (23,0%) e 35 - 44 (16,7%) ($P < 0,001$);
- ▲ **tipo di specializzazione e genere:** emerge che nel gruppo delle femmine, l'86,0% è specialista in Medicina del lavoro contro il 69,8% riscontrato nei maschi ($P < 0,001$);
- ▲ **tipo di specializzazione e area geografica:** si mette in evidenza che nel Sud e Isole la percentuale degli specialisti in Medicina del lavoro (72,2%) è inferiore rispetto al Nord (74,2%) e Centro (75,5%); nel Sud e Isole si registra, invece, una maggiore presenza di specialisti in Igiene e medicina preventiva (18,2%), rispetto a quanto rilevato tra i MC del Nord (12,1%) e del Centro (11,3%) ($P < 0,001$);
- ▲ **tipo di specializzazione ed età:** al crescere della fascia di età diminuisce la percentuale degli specializzati in Medicina del lavoro, passando dal 100,0% dei MC di età < 35 anni al 69,7% dei MC con più di 65 anni. Tra i MC di età compresa tra 55-64 anni e oltre 65 anni, l'autorizzazione ex art.55 del D.Lgs. 277/1991 raccoglie percentuali che raggiungono il terzo posto, ponendosi prima della specializzazione in Medicina legale ($P < 0,001$);
- ▲ **svolgimento dell'attività di MC e genere:** il 90,5% dei maschi e l'87,2% delle femmine raggiunti dall'indagine dichiarano di svolgere attualmente la professione di MC, il 4,2% dei maschi ed il 9,3% delle femmine hanno svolto attività successivamente all'entrata in vigore del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. ma non sono al momento in attività; infine il 5,3% dei maschi ed il 3,5% delle femmine ha lavorato solo prima del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. ($P = 0,002$);
- ▲ **anno di inizio dell'attività di MC e genere:** nel gruppo delle femmine si registrano percentuali più elevate (61,3%) di MC che hanno iniziato la loro attività tra il 1991 - 2007, rispetto ai MC maschi (55,2%); tale tendenza si evidenzia anche per coloro che hanno iniziato l'attività a partire dal 2008 (femmine: 22,5%, maschi: 10,5%) ($P < 0,001$);
- ▲ **anno di inizio dell'attività di MC e tipo di specializzazione:** nel gruppo dei Medici legali e, a seguire, tra gli specialisti in Igiene e medicina preventiva si registrano percentuali maggiori di chi ha iniziato l'attività tra il 1991-2007 (82,5% e 71,6% rispettivamente), rispetto agli specializzati in Medicina del lavoro, per i quali si evidenziano frequenze percentuali superiori di chi ha iniziato l'attività prima del 1990 (27,3%) ($P < 0,001$);
- ▲ **regioni in cui si svolge attività di MC ed età:** l'attività di MC viene svolta principalmente in una sola regione (73,1%). Il dato disaggregato per classe di età mostra come il numero di MC che lavorano in una sola regione aumenti con l'aumentare dell'età: dal 51,6% dei MC al di sotto dei 35 anni fino all'86,1% dei MC con più di 65 anni ($P = 0,001$);
- ▲ **il numero di aziende in cui si ha la nomina di MC e la classe di età:** seguire un numero di aziende superiore a 50 è prevalente fino ai 44 anni (il 38,7% fino ai 35 anni ed il 46,8% nella fascia 35 - 44 anni); tra i 45 ed i 54 anni raccoglie il 39,0% delle risposte, ma è subito seguito dal 30,3% di coloro che sono nominati MC in meno di 10 aziende. A partire, poi, dai 55 anni la maggior parte dei rispondenti lavora in meno di 10 aziende (il 35,2% di coloro che hanno tra i 55 ed i 64 anni ed il 48,5% di chi ha più di 65 anni) ($P = 0,001$);
- ▲ **tipo di specializzazione e dimensione aziendale:** la maggioranza degli specializzati in Medicina del lavoro (38,9%), Medicina legale (38,6%) e con autorizzazione ex art.55 D.Lgs. 277/1991 (48,8%) è nominato MC in aziende piccole (10 - 49 addetti), mentre il 43,4% degli specializzati in Igiene e medicina preventiva si trova all'interno di micro aziende (meno di 10 addetti) ($P = 0,002$);
- ▲ **numero di lavoratori seguiti e classe di età:** le fasce di età estreme, i più giovani (< 35 anni) e gli ultrasessantacinquenni, seguono prevalentemente tra 101 e 500 lavoratori (38,7% e 33,0%, rispettivamente). Nelle fasce di età intermedie sono nominati MC per più di 1.500 lavoratori: il 28,2% per la fascia di età 35-44 anni e il 30,4% 45 - 54 anni ($P < 0,001$);
- ▲ **ruolo di MCC e genere:** ricopre il ruolo di MCC il 32,4% dei maschi ed il 24,7% delle femmine ($P = 0,021$);
- ▲ **ruolo di MCC e tipo di specializzazione:** nel gruppo degli specialisti in Medicina del lavoro si registra la percentuale più elevata di MC che svolgono anche il ruolo di MCC (35,4%); per le altre categorie di specializzazione si rilevano percentuali significativamente inferiori: 17,7% tra gli specializzati in Igiene e medicina preventiva, 13,5% tra gli autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991 e 11,6% tra i Medici legali ($P \leq 0,001$);
- ▲ **ruolo di MCC e area geografica:** si mette in evidenza che nel Sud e Isole la percentuale di MC che svolgono anche il ruolo di MCC (22,8%) è inferiore rispetto al Nord (35,1%) e al Centro (33,2%); ($P = 0,001$).

BISOGNI FORMATIVI E DI AGGIORNAMENTO DEL MEDICO COMPETENTE

Le frequenze percentuali e le analisi condotte su questa sezione di questionario sono state eseguite su 1.131 soggetti, di cui 1.062 che hanno dichiarato di svolgere attualmente l'attività di MC e 69 che hanno dichiarato di avere svolto l'attività di MC dopo l'entrata in vigore del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., ma non attualmente.

In materia di formazione ed aggiornamento, i risultati hanno mostrato che, mentre il 36,8% dei MC è "abbastanza d'accordo" sul fatto che il programma ECM corrisponda nella pratica ad un efficace sistema di aggiornamento, circa il 49,1% non è d'accordo o lo è poco. Sempre in relazione all'ECM, va sottolineato che la maggioranza dei MC intervistati è "per niente d'accordo" o "poco d'accordo" (52,9%) con l'obbligo di acquisizione del 70% dei crediti nella disciplina della Medicina del lavoro e sicurezza negli ambienti di lavoro (art.38 c.3 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.) (Figura 5).

Nello specifico, il confronto tra i due sessi, in riferimento all'obbligo di acquisizione del 70% dei crediti nella disciplina della Medicina del lavoro e sicurezza negli ambienti di lavoro ha rilevato differenze statisticamente significative ($P=0,001$), evidenziando come, nel gruppo dei maschi il 27,2% ritiene di essere "per niente d'accordo" con tale obbligo mentre, tra le femmine il 33,4% si dichiara "abbastanza d'accordo" con tale affermazione.

L'analisi dei dati per gruppi distinti in base a classe di età e requisito posseduto per svolgere l'attività di MC non ha fatto emergere differenze significative.

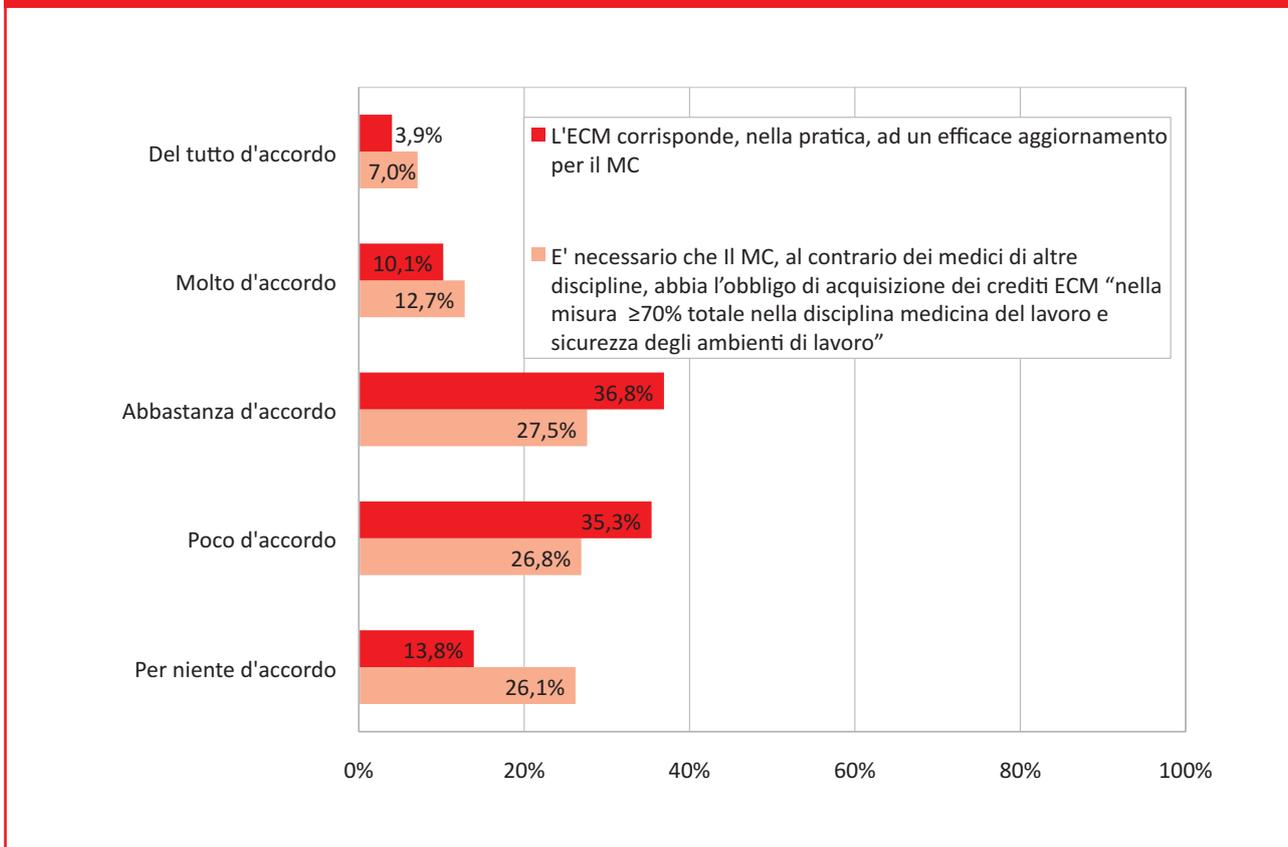
Per quanto concerne il grado di accordo nel considerare il sistema ECM corrispondente, nella pratica, ad un efficace aggiornamento per il MC, i dati disaggregati per sesso, classe di età e requisito posseduto per svolgere l'attività di MC mostrano differenze statisticamente significative. In riferimento al sesso ($P=0,010$) la maggior parte dei MC maschi sono "abbastanza d'accordo" (35,5%) con la suddetta affermazione, mentre la maggioranza dei MC femmine (41,4%) è "poco d'accordo".

Differenze significative si registrano nell'analisi distinta per classe di età ($P=0,019$); in particolare, emerge che tra i più giovani una percentuale maggiore (57,5%) dichiara di essere "per niente" o "poco d'accordo" con l'affermazione indagata. Tale percentuale tende a decrescere all'aumentare dell'età, evidenziando come all'aumentare dell'età aumenta la percentuale di coloro che si dimostrano in accordo con l'affermazione.

Differenze statisticamente significative nelle frequenze percentuali ($P=0,001$) si registrano anche nelle analisi disaggregate per requisito posseduto per svolgere l'attività di MC; in particolare, laddove la maggioranza degli specialisti in Medicina del lavoro (36,2%) ed Igiene e medicina preventiva (43,2%) è "abbastanza d'accordo" nel considerare il sistema ECM un efficace sistema di aggiornamento per il MC, la maggioranza dei Medici legali (42,9%) e degli autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991 (33,8%) è "poco d'accordo".

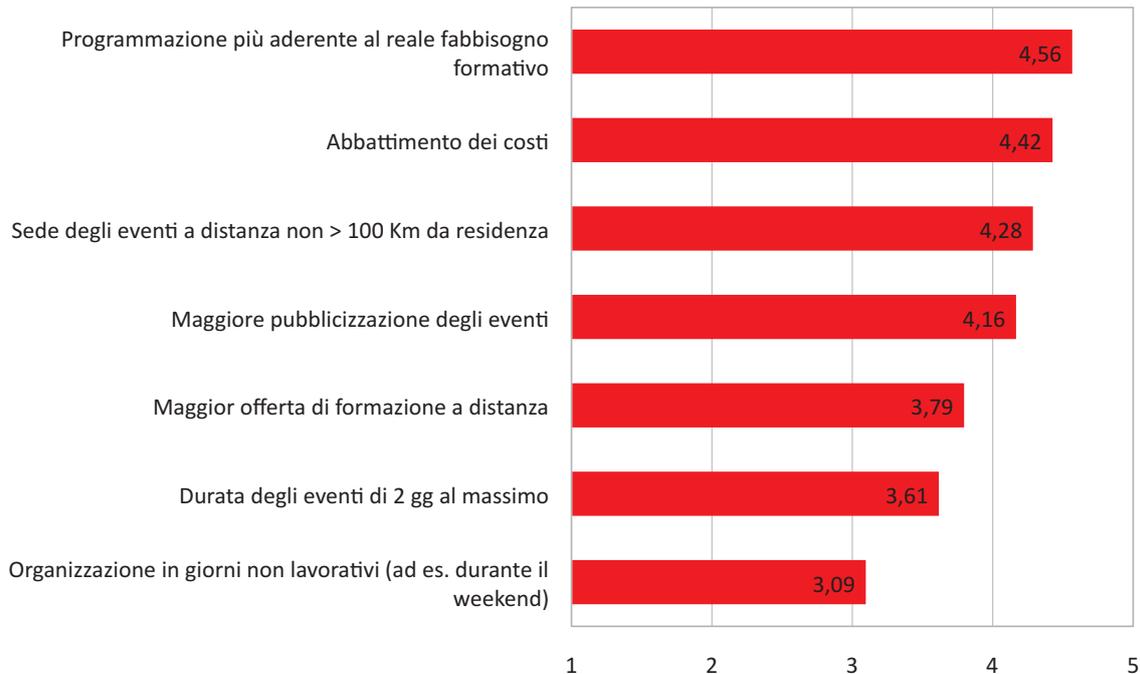
Figura 5

GRADO DI ACCORDO SU AFFERMAZIONI RIGUARDANTI IL SISTEMA DI EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA. VALORI PERCENTUALI



Relativamente alle condizioni che migliorerebbero l'offerta formativa (Figura 6), emerge che il punteggio medio (su una scala variabile da 1=per niente confacente a 5=del tutto confacente) ottenuto per una programmazione più aderente al reale fabbisogno formativo è il più elevato (4,56), seguito dall'abbattimento dei costi (4,42), organizzazione di eventi formativi più vicini alla sede di residenza (4,28) e da una maggiore pubblicizzazione degli eventi stessi (4,16).

A tal proposito, si registrano differenze statisticamente significative nei punteggi medi ottenuti per i due sessi per quanto concerne l'abbattimento dei costi (femmine=4,57 vs maschi=4,37; $P_{test\ t}=0,003$) e la programmazione più aderente al reale fabbisogno formativo (femmine=4,65 vs maschi=4,52; $P_{test\ t}=0,011$). Il dato disaggregato per classi di età ha evidenziato differenze statisticamente significative (ANOVA, $P=0,023$) solamente in riferimento all'abbattimento dei costi (il punteggio medio tende a diminuire all'aumentare dell'età). Infine, rispetto alla provenienza geografica, l'area Sud e Isole registra punteggi medi statisticamente differenti (ANOVA, $P=0,024$) nel solo caso della maggiore offerta di formazione a distanza (Nord=3,88, Sud e Isole=3,81, Centro=3,60). Non si registrano differenze statisticamente significative del dato disaggregato per requisito posseduto per svolgere l'attività di MC.

Figura 6**CONDIZIONI CHE FAVORIREBBERO UNA PIÙ CONFACENTE OFFERTA FORMATIVA
IN MATERIA DI MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO.
VALORI MEDI (*)**

(*) Scala variabile da 1=per niente confacente a 5=del tutto confacente.

Per quanto riguarda le tematiche proposte negli eventi formativi della disciplina (Figura 7), gli aspetti pratici della SS (82,9% dei casi e 28,1% delle risposte), la valutazione del rischio (45,6% dei casi e 15,5% delle risposte) e gli adempimenti medico-legali (37,6% dei casi e 12,7% delle risposte) vengono considerate quelle più rilevanti. In riferimento ai fattori di rischio (Figura 8), il bisogno formativo dei MC è principalmente orientato nei confronti della movimentazione manuale dei carichi (44,6% dei casi e 15,1% delle risposte), degli agenti chimici (40,2% dei casi e 13,6% delle risposte), del sovraccarico biomeccanico degli arti superiori (36,2% dei casi e 12,2% delle risposte), degli agenti cancerogeni (35,1% dei casi e 11,8% delle risposte) e dello stress lavoro-correlato (26,8% dei casi e 9,0% delle risposte). Sia per le tematiche proposte che per i fattori di rischio trattati negli eventi formativi della disciplina, non si riscontrano differenze statisticamente significative per quanto concerne la distribuzione delle risposte per genere, area geografica, classi di età e requisito posseduto per svolgere l'attività di MC.

Figura 7

TEMATICHE TRATTATE NEGLI EVENTI FORMATIVI PROPOSTI IN MEDICINA DEL LAVORO RITENUTE PIÙ IMPORTANTI DAI MEDICI COMPETENTI. DOMANDA A RISPOSTA MULTIPLA. PERCENTUALE DEI CASI

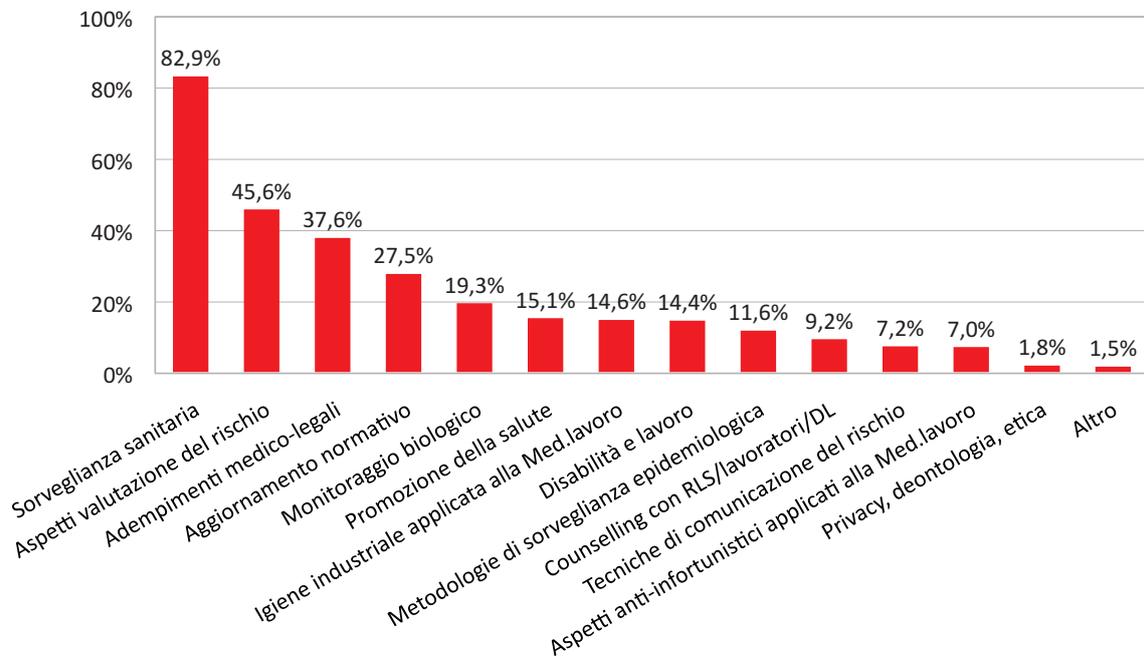
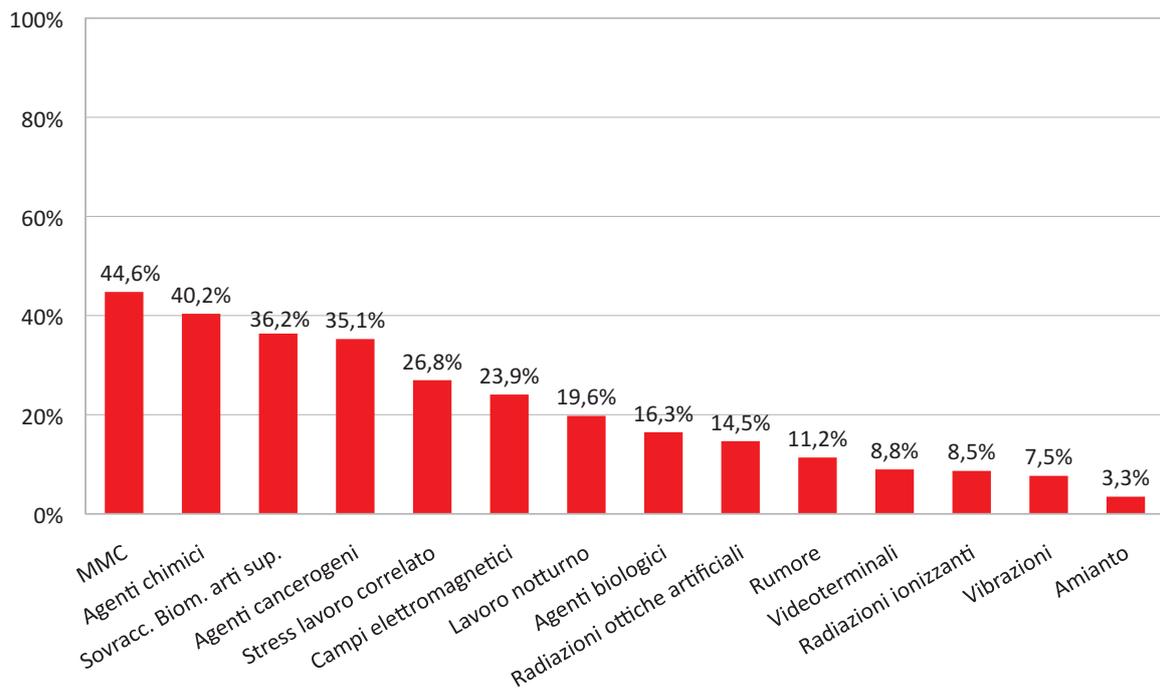


Figura 8

FATTORI DI RISCHIO RITENUTI IMPORTANTI DA TRATTARE NEGLI EVENTI FORMATIVI PROPOSTI IN MEDICINA DEL LAVORO. DOMANDA A RISPOSTA MULTIPLA. PERCENTUALE DEI CASI



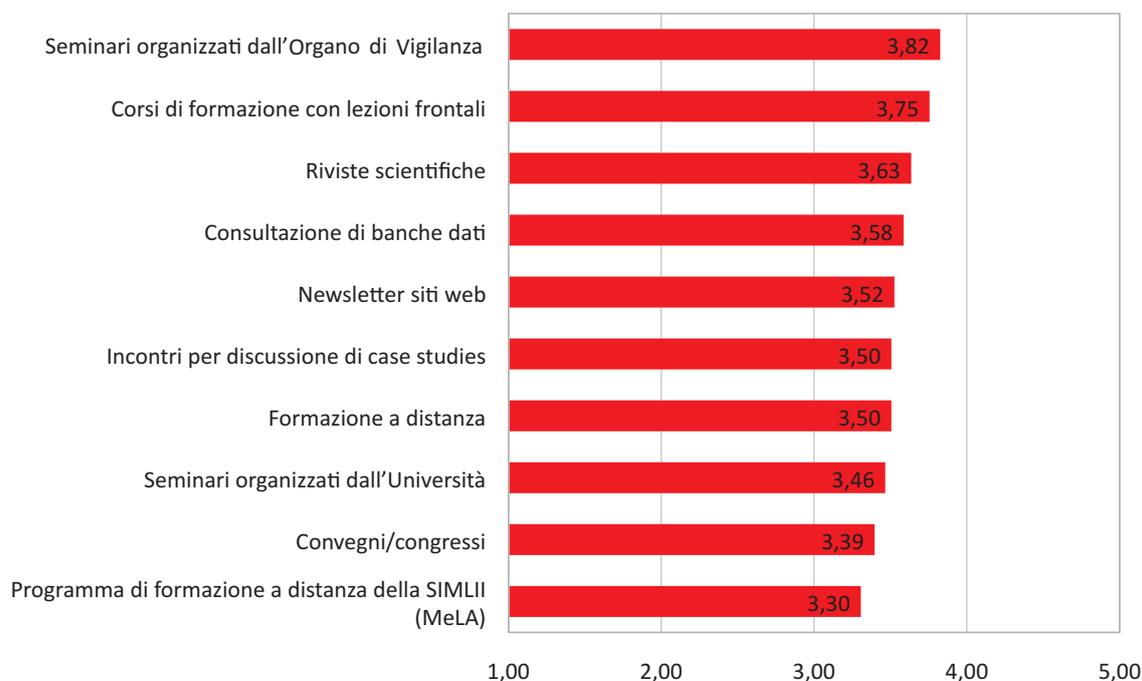
Infine, in relazione all'utilità delle diverse metodologie di aggiornamento (Figura 9), si rileva dal più elevato punteggio medio (3,82) che i seminari organizzati dall'OdV sono quelli che i MC ritengono di maggiore utilità, subito seguiti dai corsi di formazione con lezioni frontali (3,75) e dalle riviste scientifiche (3,63).

L'analisi dei risultati disaggregati per sesso fa rilevare valori medi significativamente maggiori nel gruppo delle femmine rispetto ai maschi, in relazione alle seguenti metodologie di aggiornamento: convegni e congressi (femmine=3,52 vs maschi=3,35; $P=0,027$), corsi di formazione con lezioni frontali (femmine=3,96 vs maschi=3,68; $P<0,001$), incontri per discussione di case-studies (femmine=3,81 vs maschi=3,38; $P<0,001$), seminari dell'Università (femmine=3,59 vs maschi=3,40; $P=0,023$) e seminari organizzati dall'OdV (femmine=4,12 vs maschi=3,71; $P<0,001$).

Rispetto all'età, risulta che i valori medi diminuiscono significativamente all'aumentare dell'età, in relazione allo strumento delle "Newsletter" (con una media più elevata 3,95 nella classe di età <35 anni, rispetto al punteggio di 3,33 registrato nella classe di età ≥ 65 anni) e della "Formazione a Distanza" (FAD) per il quale si evidenzia una tendenza inversa.

Il confronto tra aree geografiche ha evidenziato differenze statisticamente significative tra Nord, Centro e Sud e Isole per quanto riguarda lo strumento delle "Newsletter" (Nord=3,51, Centro=3,36 e Sud e Isole=3,64 $P<0,05$); per lo strumento dei "convegni e congressi" si registrano punteggi medi maggiori per il Sud e Isole (3,52) rispetto al Nord (3,31) e al Centro (3,32). Per i "corsi di formazione con lezioni frontali" si evidenziano sempre valori medi maggiori per il Sud e Isole (3,86) e Centro (3,81) rispetto al Nord (3,64). In relazione alla "FAD", invece, il Centro fa registrare un punteggio medio inferiore (3,26) rispetto sia al Nord (3,59) che al Sud e Isole (3,55).

Infine, anche l'analisi dei risultati disaggregata per requisito posseduto per svolgere l'attività di MC ha mostrato differenze statisticamente significative in riferimento all'utilità di alcune metodologie di aggiornamento quali le riviste scientifiche, con punteggio medio più elevato per i MC specializzati in Medicina del lavoro (3,67) e Medicina legale (3,69), rispetto ai MC specialisti in Igiene e medicina preventiva (3,34); la consultazione delle banche dati, con punteggio medio più elevato per i MC specializzati in Medicina del lavoro (3,63) rispetto ai MC autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991 (3,21) e gli incontri con discussione di case-studies, con punteggio medio più elevato per i MC specializzati in Medicina del lavoro (3,59) e punteggio medio più basso (3,13) registrato per i MC autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991.

FIGURA 9**GRADO DI UTILITÀ DI STRUMENTI E METODOLOGIE DI AGGIORNAMENTO.
VALORI MEDI (*)**

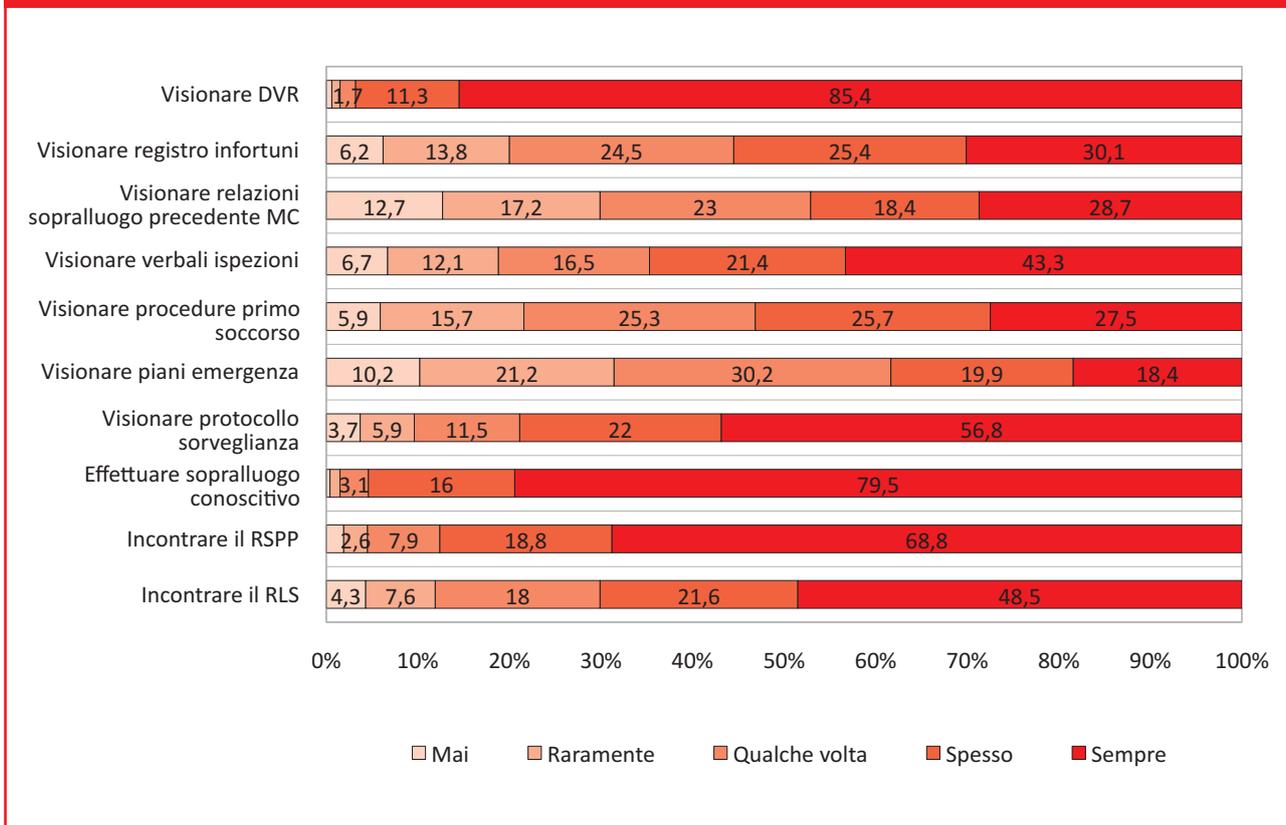
(*) Scala variabile da 1=per niente confacente a 5=del tutto confacente.

ATTIVITÀ PROFESSIONALE E RAPPORTI CON LE FIGURE DELLA PREVENZIONE AZIENDALE

Nello svolgimento della sua attività il MC, prima di intraprendere una collaborazione professionale con una specifica impresa, svolge un'attenta valutazione conoscitiva della realtà aziendale, soprattutto per quanto attiene gli aspetti di SSL. Tale analisi iniziale riguarda le principali funzioni ed i compiti che egli dovrà successivamente intraprendere una volta nominato MC dal DL ed appare fondamentale per predisporre lo svolgimento della propria attività professionale in maniera adeguata ed attinente ai fattori di rischio presenti nell'azienda. Non a caso la maggior parte dei MC intervistati, prima di iniziare l'attività di MC per un'azienda, chiede al DL di prendere visione del DVR (Figura 10).

Figura 10

“PRIMA DI INIZIARE L’ATTIVITÀ DI MEDICO COMPETENTE PER UN’AZIENDA, CHIEDI DI...”. VALORI PERCENTUALI



Analogamente, la maggioranza dei MC chiede “sempre” in via preliminare al DL di poter visionare il registro degli infortuni (30,1%), le relazioni di sopralluogo del precedente MC (28,7%), gli eventuali verbali di ispezione dell’OdV (43,3%), le procedure di Primo Soccorso aziendale (27,5%) ed il protocollo di SS attuato dal precedente MC (56,8%). Inoltre, prima di intraprendere la propria collaborazione con un’azienda, la quasi totalità del campione effettua “sempre” un sopralluogo conoscitivo degli ambienti di lavoro (79,5%) e sollecita un incontro con il RSPP (68,8%) e con il RLS (48,5%).

Differentemente, la maggior parte del campione intervistato chiede solo “qualche volta” di prendere visione dei piani di emergenza aziendali (30,2%).

In questo contesto, dall’analisi disaggregata in base ad alcune caratteristiche socio-demografiche emergono alcune differenze statisticamente significative per alcune delle azioni e/o iniziative prese in considerazione: in particolare, la maggior parte dei MC maschi (26,8%) richiede di prendere visione delle procedure di Primo Soccorso “qualche volta”, mentre la maggioranza delle femmine (34,1%) la richiedono “sempre”; $P=0,031$). Una situazione simile si registra in relazione alla richiesta di visionare i piani di emergenza. La percentuale di coloro che rispondono “sempre” aumenta nel caso di richiesta di visionare il protocollo di SS attuato dal precedente MC raggiungendo il 54,8% nei maschi ed il 60,7% nelle femmine ($P=0,038$). Inoltre percentuali maggiori di coloro che chiedono “sempre” di incontrare preliminarmente il RSPP si registrano nel gruppo delle femmine (75,0%) rispetto ai MC maschi (65,7%).

L’analisi disaggregata per classe di età fa emergere differenze significative per gran parte delle azioni prese in

considerazione. In particolare, la percentuale di coloro che chiedono “sempre” di visionare il DVR raggiunge il 90,9% nella classe di età <35 anni, e diminuisce all’aumentare dell’età, attestandosi all’83,5% tra i più anziani ($P=0,021$). Situazione opposta si rileva in riferimento alla richiesta di visionare il registro degli infortuni: la percentuale di coloro che lo richiedono “sempre” aumenta all’aumentare dell’età passando dal 26,5% per la fascia di età <35 anni al 44,80% degli ultra sessantacinquenni. Stessa tendenza si registra per la richiesta di visionare le relazioni del sopralluogo del precedente MC, per la quale si passa dal 12,1% della fascia <35 anni al 47,5% della fascia più anziana (≥ 65 anni).

In relazione alla richiesta di visionare eventuali verbali di ispezione dell’OdV si evidenzia la stessa tendenza, poiché i valori percentuali di chi risponde “sempre” aumentano all’aumentare dell’età. Stessa situazione si evidenzia per la richiesta di visionare i piani di emergenza; in questo contesto, comunque, le percentuali maggiori si registrano nella risposta “qualche volta”.

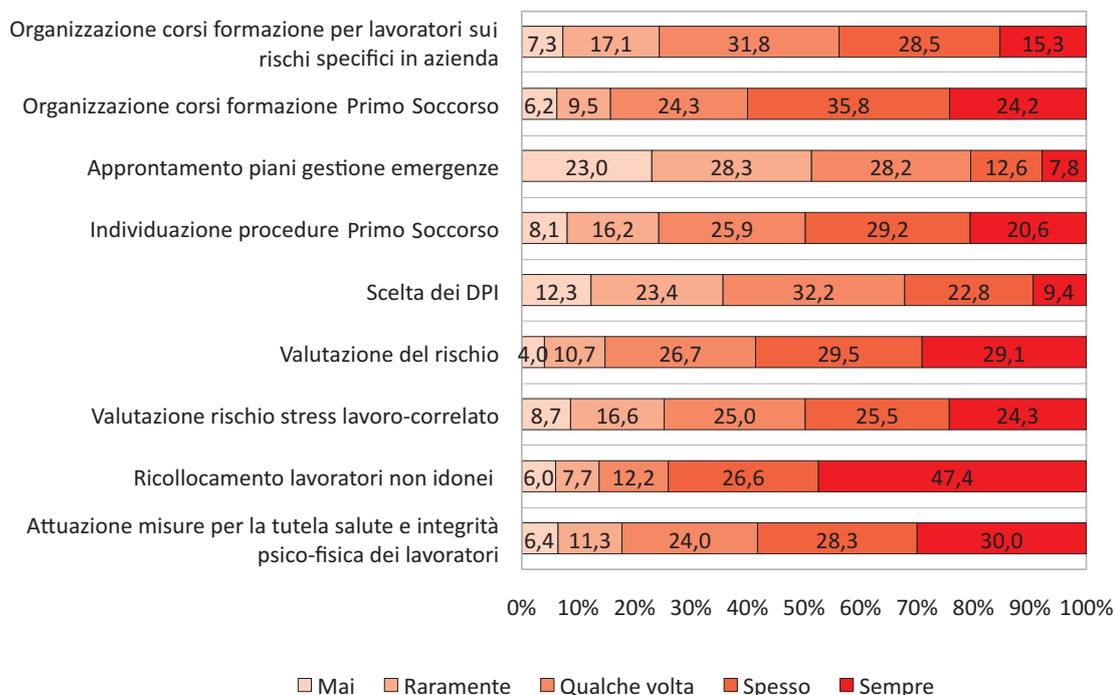
Le richieste di incontrare il RSPP e il RLS fanno registrare differenze significative per classe di età ($P=0,008$ e $P<0,001$, rispettivamente). Anche in questi casi, in tutte le classi di età prevale la risposta “sempre” con una progressiva tendenza all’aumento nei valori percentuali, passando dalla classe di età più giovane a quella più anziana.

In riferimento al requisito posseduto per poter svolgere l’attività di MC si notano delle differenze significative. Per quanto riguarda la visione delle relazioni di sopralluogo del precedente MC, la maggioranza dei MC appartenenti alle differenti categorie prese in esame effettua “sempre” tale richiesta ma con percentuali significativamente diverse: il valore più elevato (38,3%) si registra per gli specialisti in Medicina legale, mentre il più basso (25,9%) per gli specialisti in Igiene e medicina preventiva; $P=0,006$). Una simile distribuzione delle risposte è stata osservata per la disamina del protocollo di SS attuato dal precedente MC. Infatti, anche in questo caso, in tutte le categorie prevale la risposta “sempre” seppure con percentuali differenti (si passa, infatti, dal valore più elevato (59,8%) degli autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991, a quello più basso (49,3%) degli specialisti in Igiene e medicina preventiva; $P=0,019$). La maggior parte dei MC chiede “sempre” di effettuare un sopralluogo conoscitivo della realtà aziendale; in particolare, tale richiesta viene effettuata in maniera prevalente dagli autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991 (87,8%) e dai Medici del lavoro (80,5%) rispetto agli specialisti in Igiene e medicina preventiva (72,3%) e ai Medici legali (68,1%), evidenziando un’associazione statisticamente significativa ($P=0,002$). Infine, riguardo alla richiesta di incontrare il RSPP, si osservano valori percentuali, tra chi risponde “sempre”, significativamente più elevati per gli autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991 (75,9%), rispetto a tutte le categorie prese in esame (la percentuale più bassa si registra per gli specialisti in Igiene e medicina preventiva (61,3%).

Un efficiente sistema di gestione della SSL presuppone una stretta collaborazione tra il DL ed il MC, come d’altronde è previsto anche dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. Nell’attività pratica professionale del MC questa cooperazione dovrebbe concretizzarsi in un suo fattivo coinvolgimento nella valutazione e nella gestione del rischio. Tuttavia, a tal riguardo, i risultati dell’indagine dimostrano l’esistenza di una discrepanza tra l’aspetto teorico e quello pratico. Infatti, come evidenziato in Figura 11, il DL coinvolge “sempre” il MC nel ricollocamento dei lavoratori non idonei (47,4%) e nell’attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori (30,0%). Tuttavia, la collaborazione tra DL e MC diviene meno importante per quanto attiene l’organizzazione dei corsi di formazione per il Primo Soccorso, l’individuazione delle procedure di Primo Soccorso, la valutazione del rischio e la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato, attività nelle quali il DL consulta “spesso” il MC con percentuali, rispettivamente, del 35,8%, 29,2%, 29,5% e 25,5%. Al contrario, il DL consulta solo “qualche volta” il MC per quanto riguarda le tematiche di organizzazione dei corsi di formazione per i lavoratori sui rischi specifici presenti in azienda (31,8%) e di scelta dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) (32,2%) e raramente per quanto concerne l’aprontamento dei piani di gestione delle emergenze (28,3%).

Figura 11

“NELLE AZIENDE DOVE SEI NOMINATO MEDICO COMPETENTE, SEI STATO COINVOLTO DAL DATORE DI LAVORO NEL...”. VALORI PERCENTUALI



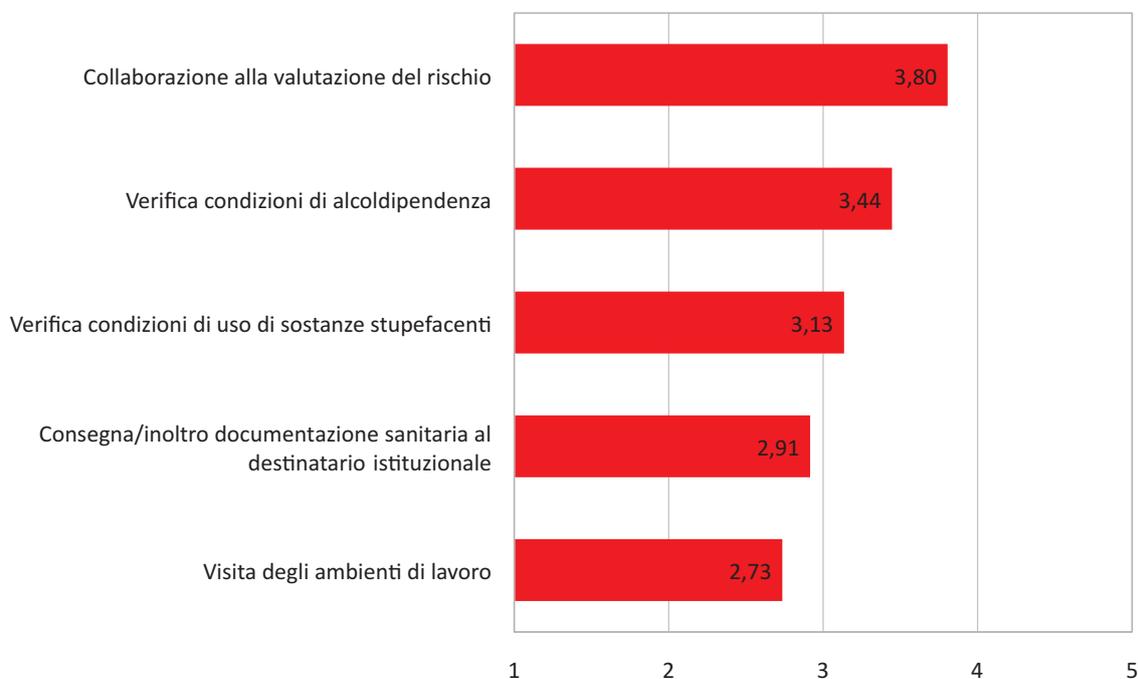
Anche in questo ambito l'analisi dei dati disaggregati per classi di età e requisito posseduto per poter svolgere l'attività di MC ha fatto emergere differenze statisticamente significative. Nello specifico, rispetto all'organizzazione dei corsi di formazione per i lavoratori sui rischi specifici presenti in azienda, si evidenzia un andamento decrescente di chi risponde "qualche volta", in funzione dell'età (si passa dal 41,2% nella classe di età <35 anni al 26,9% per coloro che hanno 65 anni e oltre). Per quanto riguarda l'organizzazione dei corsi di formazione per il Primo Soccorso ($P < 0,001$), i MC con età compresa tra 35 e 64 anni sono "spesso" coinvolti dal DL in tale attività formativa, mentre le due classi di età estreme (<35 anni e ≥ 65 anni) vengono coinvolti solo "qualche volta" con percentuali pari rispettivamente a 46,9% e 32,1%. La partecipazione dei MC di età <35 anni all'approntamento dei piani di gestione delle emergenze è sostanzialmente assente, in quanto la maggior parte di essi (43,8%) dichiara di non essere "mai" stato coinvolto dal DL in tale attività. Leggermente maggiore (prevalenza di risposta "raramente") risulta invece il coinvolgimento nelle classi di età 35 - 44 anni (34,0%) e 55 - 64 anni (28,1%), mentre la maggioranza dei MC appartenenti alle classi di età 45 - 54 anni e ≥ 65 anni è stato coinvolto "qualche volta" dal DL nella preparazione dei piani di gestione delle emergenze con percentuali pari rispettivamente al 36,3% e 29,5% ($P < 0,001$). In riferimento al contributo fornito dai MC nell'individuazione delle procedure di Primo Soccorso, è interessante notare come il coinvolgimento dei MC in tale funzione sia direttamente proporzionale alla loro età. Infatti, mentre la maggior parte dei MC più giovani (<35 anni) sono consultati "raramente" e "qualche volta", la maggioranza dei loro colleghi con età compresa tra 35 e 64 anni vengono coinvolti "spesso" (30,5%) e quelli più

anziani (≥ 65 anni) “sempre” (28,2%) dal DL ($P=0,001$). Un andamento analogo nella distribuzione delle risposte è stato osservato anche per il coinvolgimento dei MC da parte del DL in relazione alla scelta dei DPI ($P<0,001$), alla valutazione del rischio da stress lavoro-correlato ($P=0,001$) e all’attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori ($P=0,003$).

In riferimento al requisito posseduto per poter svolgere l’attività di MC, sono state osservate differenze statisticamente significative relativamente al coinvolgimento dei MC nell’organizzazione dei corsi di formazione per i lavoratori sui rischi specifici presenti in azienda ($P=0,011$). In questo caso, sebbene in tutte le differenti categorie analizzate la maggioranza dei MC riferisce di essere coinvolta solo “qualche volta”, si possono apprezzare delle differenze percentuali importanti, con un valore massimo riscontrato per gli specialisti in Medicina del lavoro (32,7%) ed un valore minimo per gli specialisti in Medicina legale (25,0%). Un’associazione significativa si può notare anche nell’attività di organizzazione dei corsi di formazione per il Primo Soccorso ($P=0,01$) in riferimento alla quale la maggior parte degli specialisti in Igiene e medicina preventiva (30,9%) ed in Medicina legale (32,6%) vengono “sempre” coinvolti dal DL, mentre la maggioranza degli specialisti in Medicina del lavoro (37,7%) e gli autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991 (44,4%) sono consultati “spesso” dal DL. Nella predisposizione dei piani di gestione delle emergenze ($P=0,002$), i MC che più spesso vengono interpellati sono quelli specializzati in Medicina del lavoro (prevalenza di risposta “qualche volta”, 29,4%), seguiti dagli specialisti in Igiene e medicina preventiva e da quelli in Medicina legale (prevalenza di risposta “raramente”, rispettivamente 28,1% e 36,4%). Va segnalato che tra gli autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991 il 26,3% non viene “mai” coinvolto dal DL nella predisposizione dei piani di gestione delle emergenze. Infine, per quanto concerne il ricollocamento dei lavoratori non idonei ($P<0,001$) in tutte le categorie studiate la maggior parte dei MC viene sempre coinvolta dal DL nel processo decisionale, seppure con percentuali differenti (il valore più elevato di risposte (50,8%) è stato riscontrato tra gli specialisti in Medicina del lavoro, mentre quello più basso (33,3%) tra gli specialisti in Igiene e medicina preventiva. Alcune attività vengono considerate dai MC alquanto complesse: in particolare, i risultati dell’indagine hanno rilevato che il punteggio medio più elevato, su una scala compresa tra 1 e 5 (dove 1=per niente complesso e 5=del tutto complesso) è stato raggiunto per la collaborazione alla valutazione dei rischi (3,80), seguita dalla verifica delle condizioni di alcol-dipendenza (3,44) e dalla verifica di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti (3,13) (Figura 12).

Anche per il grado di complessità connesso ad alcuni adempimenti in capo ai MC, l’analisi dei dati per gruppi distinti, a seconda delle variabili socio-demografiche, ha fatto emergere differenze significative per ciò che riguarda la classe di età, in riferimento alla visita degli ambienti di lavoro, attività che viene ritenuta particolarmente complessa dai MC con età ≥ 65 anni (3,15) ed invece poco complessa (2,54) dai colleghi più giovani (< 35 anni). Una tendenza analoga è stata osservata anche in relazione all’obbligo di verifica delle condizioni di uso di sostanze stupefacenti ($P=0,010$) dove, ancora una volta, si registra un livello di complessità che aumenta all’aumentare dell’età.

Per le due suddette attività sono state riscontrate differenze significative anche in riferimento al requisito posseduto per poter svolgere l’attività di MC. In particolare per i MC specialisti in Medicina legale e Igiene e medicina preventiva si registrano punteggi medi più elevati (rispettivamente: 3,14 e 3,07) riguardo al grado di complessità attribuito alla visita degli ambienti di lavoro, rispetto agli autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991 (2,70) e specialisti in Medicina del lavoro (2,65). Analogamente, i Medici legali e gli Igienisti sono le due categorie di MC che trovano più difficile assolvere all’obbligo di verifica delle condizioni di uso delle sostanze stupefacenti con punteggi medi rispettivamente di 3,76 e 3,23. Tale adempimento è comunque ritenuto piuttosto complesso anche dagli specialisti in Medicina del lavoro (3,09) ed, in minor misura, dagli autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991 (2,97).

Figura 12**GRADO DI COMPLESSITÀ ASSEGNATO DAI MEDICI COMPETENTI A DIFFERENTI ATTIVITÀ, SULLA BASE DELLA LORO ESPERIENZA PROFESSIONALE. VALORI MEDI^(*)**

(*) Scala variabile da 1=per niente confacente a 5=del tutto confacente.

Nonostante la collaborazione alla valutazione dei rischi sia ritenuta in assoluto l'attività più complessa alla quale adempiere, la quasi totalità del campione intervistato (86,5%) ritiene necessario che il MC venga sempre coinvolto in tale compito dal DL.

Dall'approfondimento di variabili socio-demografiche emerge che le classi di età più avanzate, in misura percentuale maggiore rispetto alle fasce più giovani, ritengono necessario che il MC venga sempre coinvolto nella valutazione dei rischi; in particolare, si registra una proporzionalità diretta tra l'età del MC e le percentuali di risposte positive (75,8%, 79,3%, 88,0%, 89,4% e 91,7% rispettivamente per le classi di età <35 anni, 35 - 44 anni, 45 - 54 anni, 55 - 64 anni e ≥65 anni con $P < 0,001$). Non si evidenziano associazioni statisticamente significative in relazione al genere e al requisito posseduto per poter svolgere l'attività di MC.

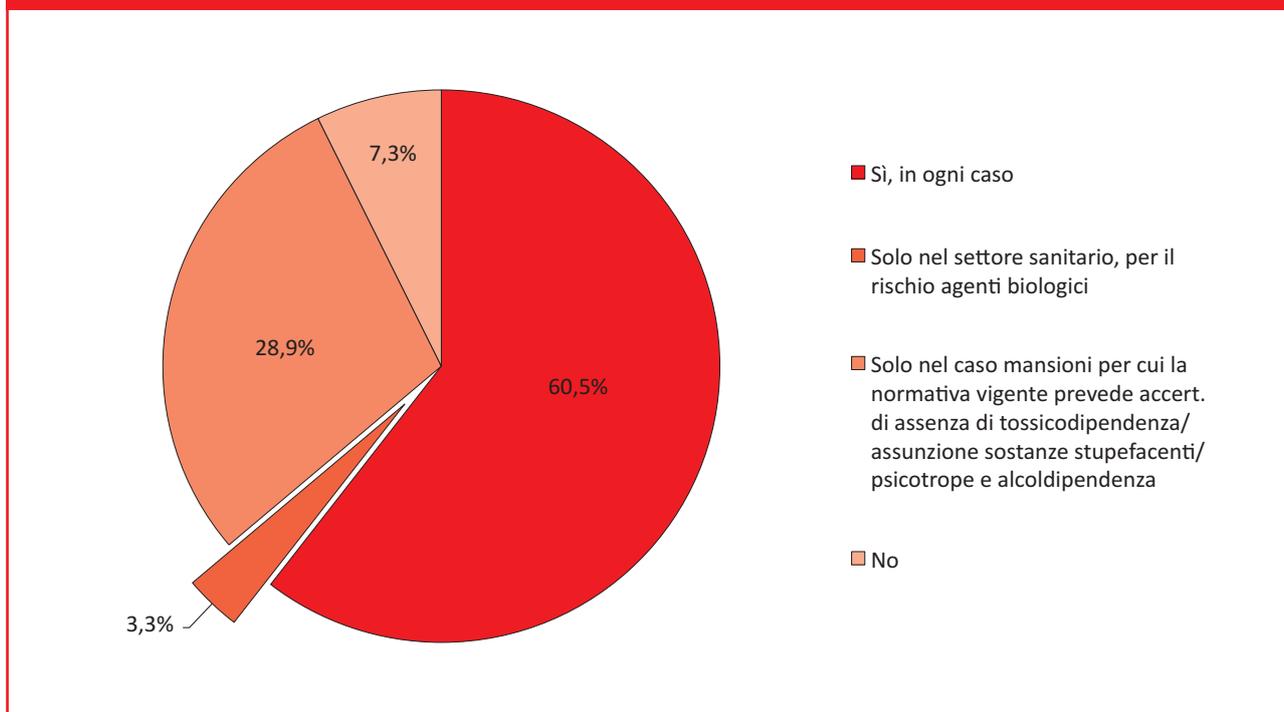
Il 60,5% dei MC ritiene che la SS ed il giudizio di idoneità alla mansione specifica debbano tener conto, in ogni caso, anche della tutela dei terzi, mentre il 28,9% degli intervistati solo nel caso delle mansioni per le quali la normativa vigente prevede accertamenti di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope e di alcoldipendenza (Figura 13).

I dati disaggregati per classi di età e il requisito posseduto per svolgere l'attività di MC confermano, in entrambi i casi, l'andamento generale, evidenziando, tuttavia, differenze significative. Nello specifico, in riferimento alle classi di età ($P = 0,005$) il valore percentuale più elevato di risposte "Sì, in ogni caso" si riscontra nei MC con età compresa tra 45 e 54 anni (67,6%) e quello più basso (53,5%) nella classe di età 35 - 44 anni. Tra le diverse categorie pro-

fessionali che svolgono l'attività di MC, gli autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991 sono i MC che più di tutti ritengono che la SS ed il giudizio di idoneità alla mansione specifica debbano tener conto, in ogni caso, anche della tutela dei terzi (73,5%), mentre nella categoria degli specialisti in Medicina del lavoro questa percentuale è significativamente più bassa (56,4%).

Figura 13

“RITIENI CHE LA SORVEGLIANZA SANITARIA ED IL GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA DEBBANO TENER CONTO ANCHE DELLA TUTELA DEI TERZI?”. VALORI PERCENTUALI



È stato chiesto ai MC di esprimere un giudizio di accordo su alcune affermazioni. In particolare, il 32,2% dei MC arruolati nell'indagine è "abbastanza d'accordo" con l'affermazione "la verifica di assenza di condizioni di alcol-dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti, da parte del MC è uno strumento preventivo efficace", mentre il 36,3% si dichiara "poco" o "per niente d'accordo" (Figura 14).

L'analisi disaggregata per classe di età fa registrare un'associazione significativa ($P=0,003$): infatti, nella classe di età <35 anni il 30,3% dei MC è "poco d'accordo" con questa affermazione, mentre il 30,0% di chi ha più di 65 anni ritiene di essere "molto d'accordo". In riferimento al requisito posseduto per poter svolgere l'attività di MC, i Medici del lavoro si dichiarano "per niente/poco d'accordo" (40,9%), mentre il 50% circa del campione di specialisti in Igiene e medicina preventiva e di Medicina legale si dichiara "molto/del tutto d'accordo" ($P<0,001$).

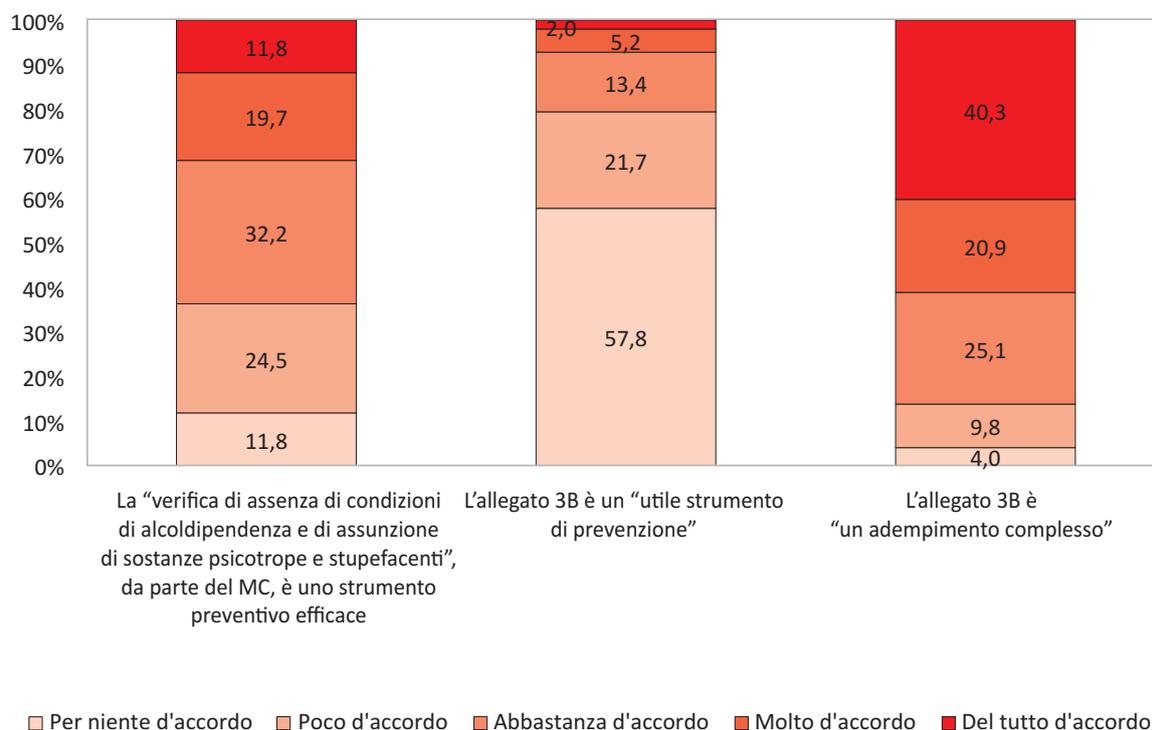
I dati del questionario indicano che il 79,5% del campione intervistato è "poco" o "per niente d'accordo" nel ritenere l'adempimento previsto dall'art.40 comma 1 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. (allegato 3B) un utile strumento di prevenzione. In merito all'utilità di questo strumento, la distribuzione delle risposte suddivise per classi di età evidenzia come i MC più giovani (<35 anni) ritengano "per niente/poco" utile, in termini di prevenzione, l'allegato 3B (97,0%);

tale percentuale decresce gradualmente e progressivamente all'aumentare dell'età, attestandosi al 63,3% nel campione degli ultrasessantacinquenni. Anche il dato disaggregato in funzione delle categorie di MC fa emergere differenze significative ($P < 0,001$). In particolare, la percentuale dei Medici del lavoro e autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991 che ritiene "per niente/poco" utile l'allegato 3B (84,3% e 83,1%, rispettivamente) è significativamente più elevata rispetto al valore ottenuto nel campione degli specialisti in Igiene e medicina preventiva (62,5%) e in Medicina legale (40,8%).

Infine, la maggioranza dei MC (61,9%) è concorde ("molto" o "del tutto d'accordo") nel ritenere tale obbligo di legge un adempimento complesso (Figura 14).

Anche l'analisi relativa alla complessità che richiede l'attuazione di questo adempimento ha fatto emergere associazioni statisticamente significative, sia in relazione alla classe di età che al requisito per lo svolgimento di MC. In particolare, si passa dall'88,3% del campione di giovani (<35 anni) che dichiara di essere "molto/del tutto d'accordo" nel ritenere l'allegato B un adempimento complesso, al 52,2% ottenuto nel campione dei MC con età ≥ 65 anni. Differenze significative ($P = 0,012$) si evidenziano anche tra le diverse categorie di MC. Si registra, infatti, un 62,7% di Medici del lavoro che ritiene "molto/del tutto" complesso l'allegato 3B, rispetto al 58,1% ottenuto tra gli specialisti di Igiene e medicina preventiva e il 40,8% registrato tra i Medici legali.

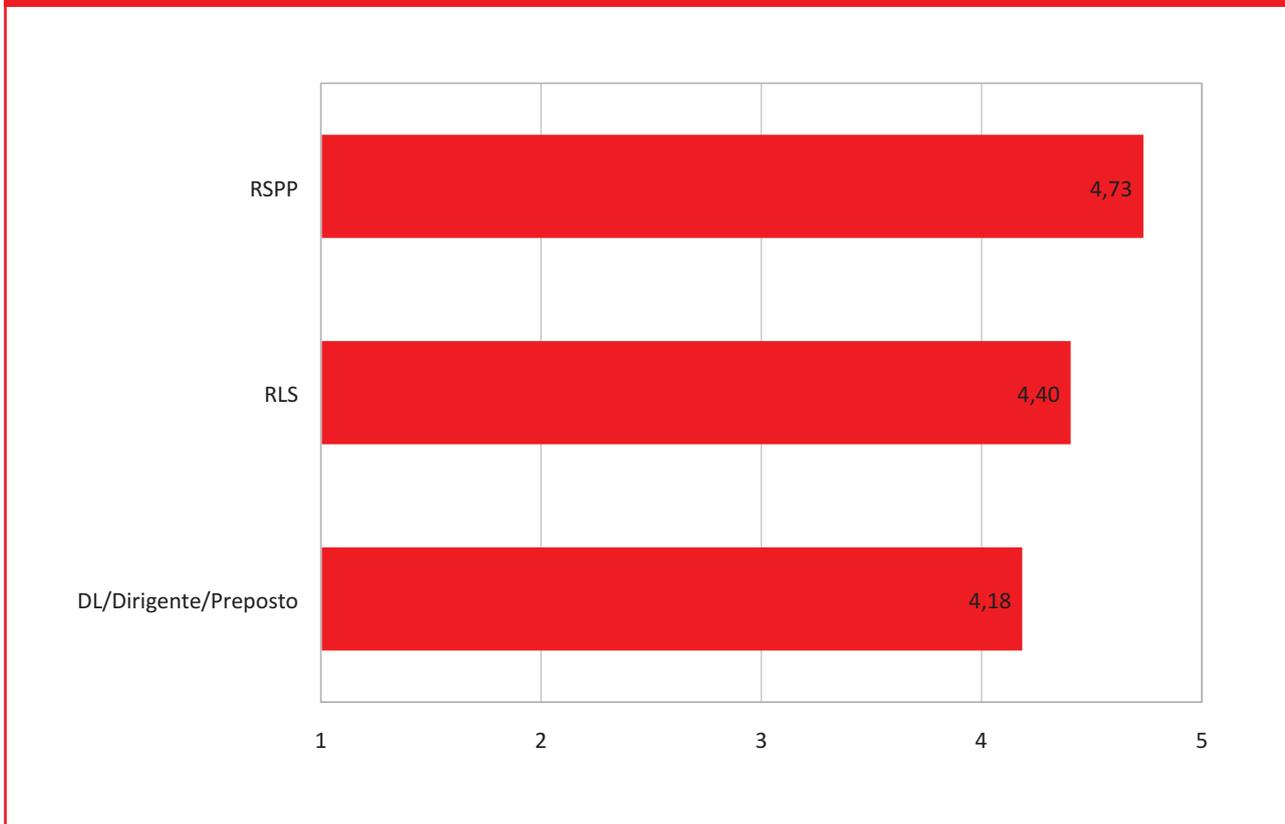
Figura 14 GRADO DI ACCORDO SU AFFERMAZIONI RIGUARDANTI L'EFFICACIA DEI SEGUENTI STRUMENTI DI PREVENZIONE. VALORI PERCENTUALI



Secondo quanto stabilito dall'art.25 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. il MC deve visitare gli ambienti di lavoro per i quali è nominato almeno una volta all'anno o con una cadenza diversa stabilita sulla base della VdR. Durante l'attività di sopralluogo il MC può essere accompagnato anche dalle altre figure del sistema di gestione della SSL. A questo

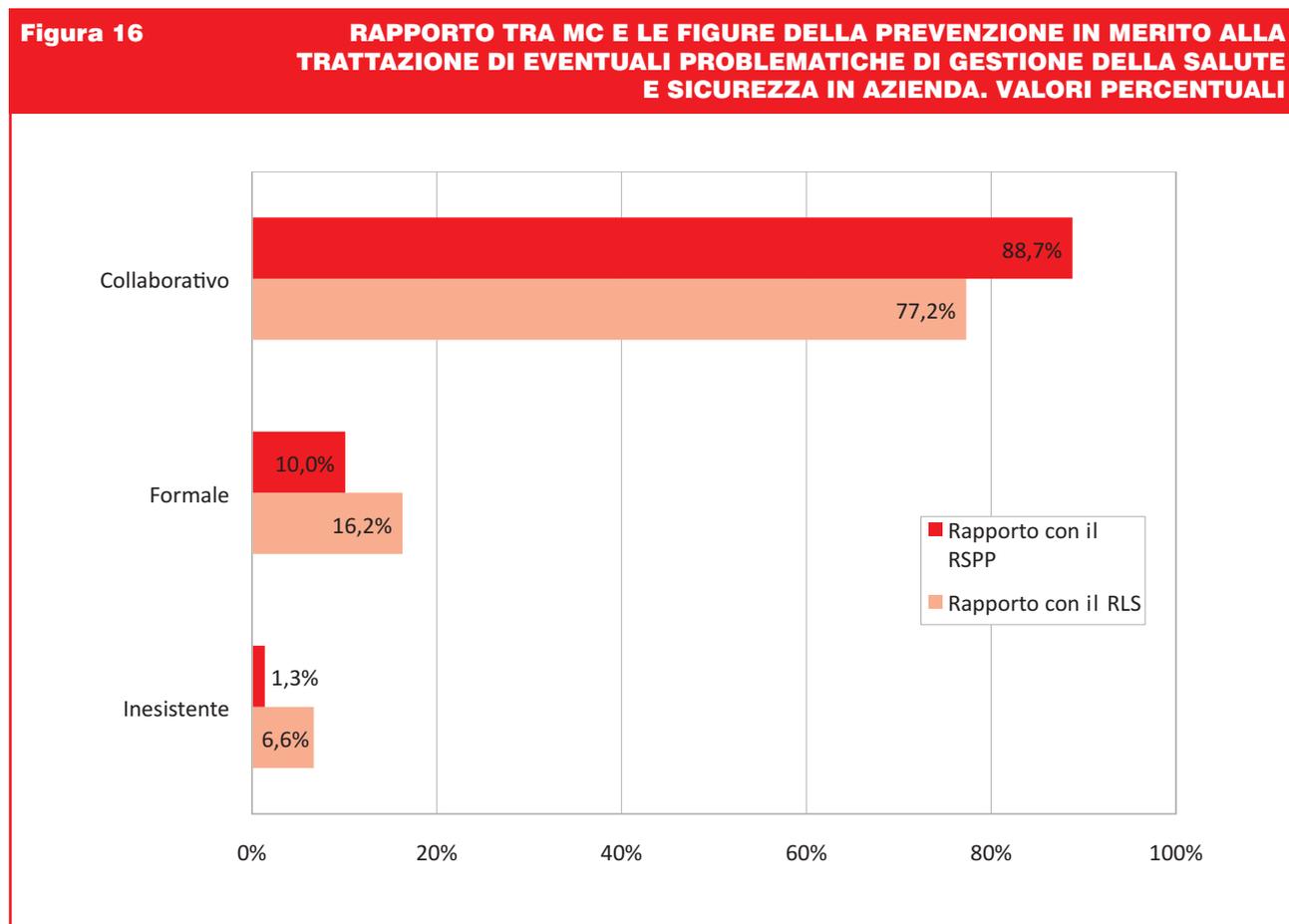
proposito, i dati ottenuti dall'analisi del questionario dimostrano che i MC ritengono particolarmente utile la presenza sia del RSPP (punteggio medio di 4,73 su una scala variabile da 1=inutile a 5=massimo dell'utilità) che del RLS (punteggio medio: 4,40) durante lo svolgimento della visita degli ambienti di lavoro (Figura 15). Deve inoltre essere sottolineato che, per quanto riguarda il sopralluogo, le femmine che svolgono il ruolo di MC ritengono, rispetto ai colleghi maschi, particolarmente utile la presenza del DL/Dirigente/Preposto e del RSPP. Infatti, l'analisi dei dati evidenzia un punteggio medio nel gruppo delle femmine significativamente più elevato dei maschi (4,33 vs 4,12) per quanto riguarda l'utilità nell'essere accompagnati dal DL/Dirigente/Preposto; riguardo all'essere accompagnati dal RSPP il punteggio medio registrato nel gruppo delle femmine è pari a 4,82 vs 4,69 ottenuto tra i maschi. Analogamente, anche il confronto dei risultati disaggregato per classi di età ha mostrato la presenza di differenze significative nei valori medi in riferimento alle suddette figure professionali ($P < 0,001$ per il DL/Dirigente/Preposto e $P = 0,022$ per il RSPP). Nello specifico, sia in relazione alla figura del DL/Dirigente/Preposto che del RSPP si registrano valori medi che diminuiscono in maniera significativa all'aumentare dell'età. Infine, anche il dato disaggregato per categoria di specializzazione ha fatto registrare differenze significative nei punteggi medi per quanto concerne l'essere accompagnati dal RSPP ($P < 0,001$). In questo caso, gli specialisti in Medicina del lavoro sono i MC che più di tutti ritengono importante la presenza di questa figura della prevenzione con un punteggio medio di 4,77, mentre per i colleghi specialisti in Medicina legale si registra il punteggio medio più basso (4,37).

Figura 15 GRADO DI UTILITÀ DICHIARATO DAL MC NELL'ESSERE ACCOMPAGNATO DURANTE IL SOPRALLUOGO DALLE SEGUENTI FIGURE DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SSL. VALORI MEDI^(*)



^(*) Scala da 1=inutile a 5=massima utilità.

In riferimento alla tipologia di rapporto che i MC intrattengono con gli altri attori della prevenzione, deve essere sottolineato che una larga percentuale del campione oggetto dello studio riferisce di avere un rapporto di tipo collaborativo sia con il RSPP (88,7%) che con il RLS (77,2%) in riferimento al confronto su eventuali problematiche di gestione della salute e sicurezza in azienda (Figura 16).



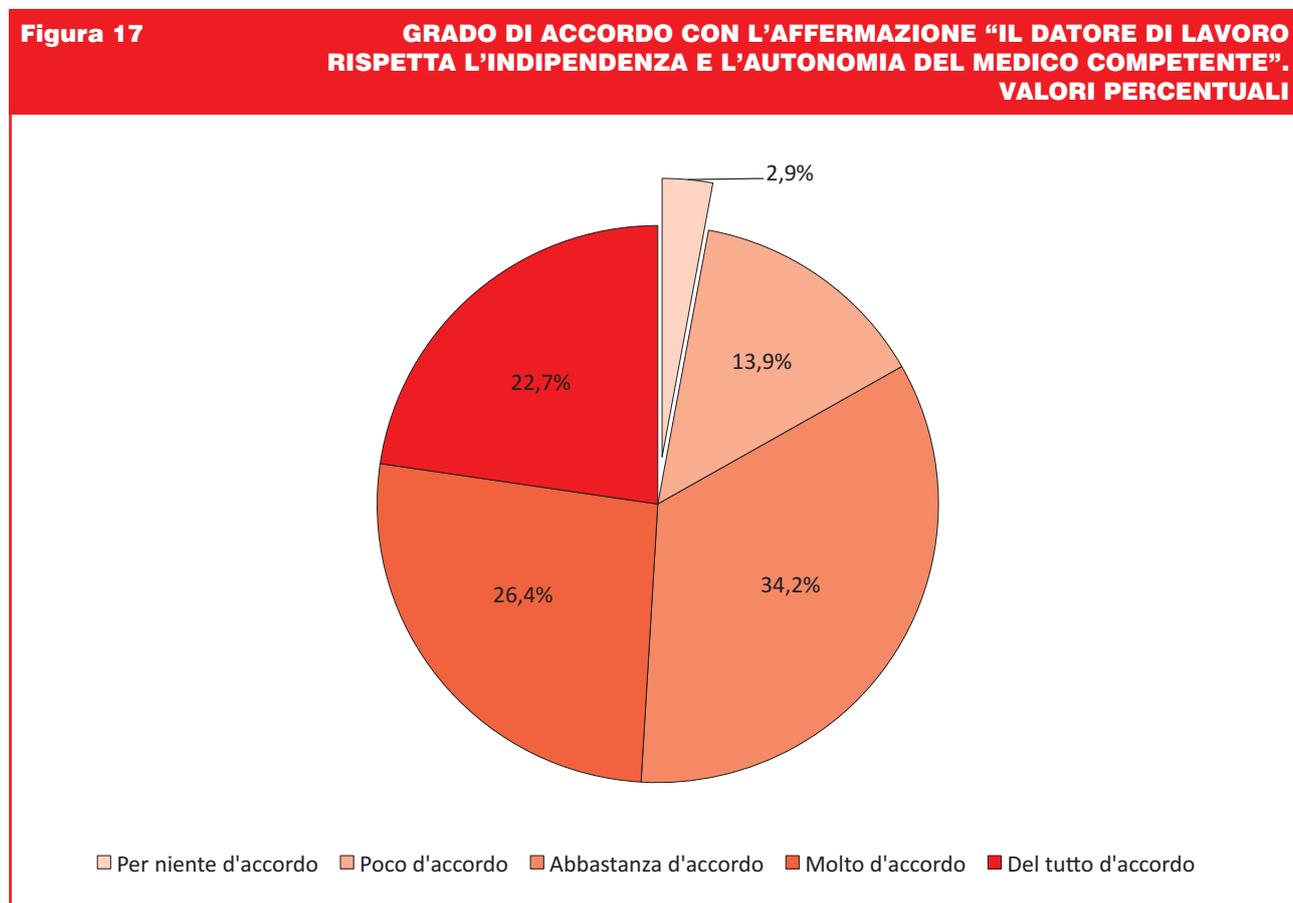
Inoltre, sulla base della loro esperienza professionale, la maggioranza dei MC è “abbastanza d’accordo” (34,2%) nel ritenere che la collaborazione con il DL avvenga nel rispetto sia dell’autonomia che dell’indipendenza che il ruolo di MC esige (Figura 17).

Per quanto riguarda il rapporto tra MC e RLS è interessante notare come l’analisi dei dati suddivisi per classi di età dimostri l’esistenza di una proporzionalità diretta tra la fattispecie di “rapporto collaborativo” e l’età dei MC ($P < 0,001$). Tra i più giovani si registra una percentuale inferiore (57,6%) di chi giudica il rapporto con il RLS collaborativo, rispetto alla fascia più anziana per la quale tale valore si attesta all’82,9%; in generale tali frequenze percentuali tendono ad aumentare in maniera significativa all’aumentare dell’età dell’intervistato.

Differentemente, in relazione al rapporto con il RSPP, alcune associazioni statisticamente significative sono state riscontrate nella valutazione dei risultati in funzione del requisito posseduto per svolgere l’attività di MC ($P = 0,045$).

La frequenza percentuale più elevata di coloro che giudicano il rapporto con il RSPP collaborativo si registra per gli autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991 (91,7%); percentuali inferiori sono fornite dai MC specialisti in Medicina del lavoro (89,5%) e in Medicina legale (88,0%), mentre il valore più basso si evidenzia nella categoria degli specialisti in Igiene e medicina preventiva (80,7%).

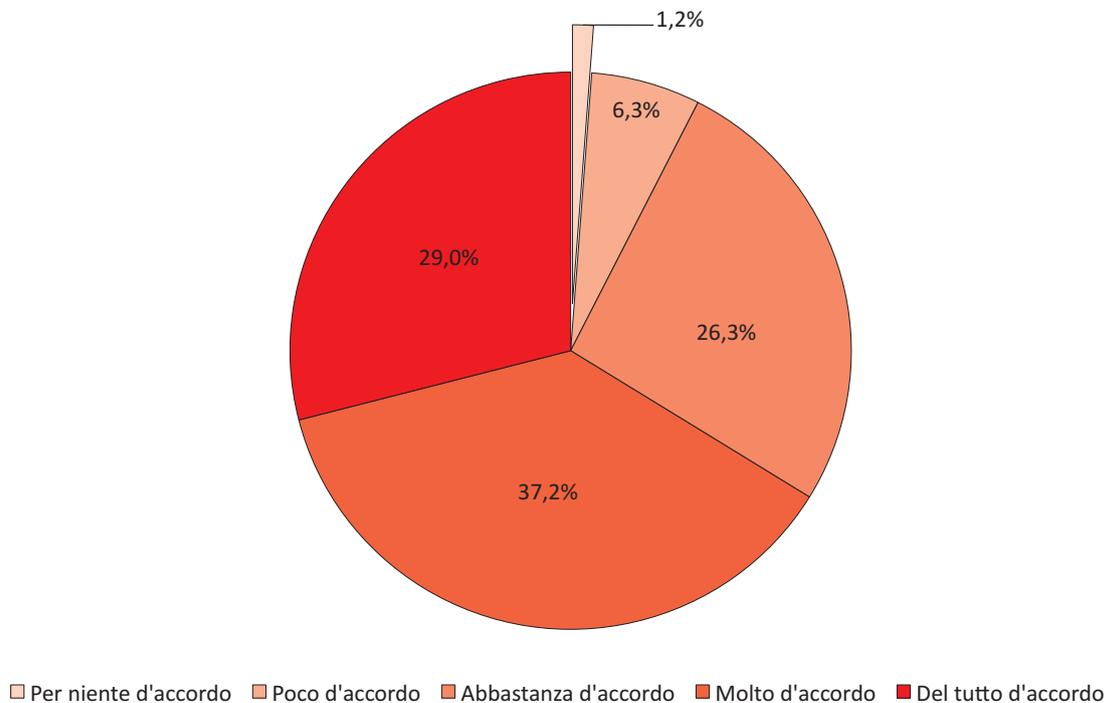
Dalla Figura 17 si evince che circa la metà del campione è in accordo con l'affermazione secondo cui il DL rispetta l'autonomia e l'indipendenza del MC. La maggior parte dei MC con età inferiore a 35 anni si dichiara "abbastanza d'accordo" con la suddetta affermazione, mentre nella classe di età ≥ 65 anni la maggioranza degli intervistati (34,9%) si dichiara "del tutto d'accordo" ($P < 0,001$). La percentuale di MC che si dichiara in completo accordo ("molto" e "completamente d'accordo") sul fatto che il DL rispetta l'autonomia del MC varia in base al requisito posseduto; si passa, infatti, dal 46,3% dei Medici del lavoro al 54,3% degli specialisti in Igiene e medicina preventiva, dal 53,1% dei Medici legali al 58,3% degli autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991.



In relazione all'attività di formazione svolta nei confronti dei lavoratori, i MC ritengono che tale strumento di prevenzione sia estremamente utile. Infatti, la maggior parte degli intervistati è "molto" o "del tutto d'accordo" (66,2%) nel giudicare l'obbligo di formazione per i lavoratori un intervento preventivo in grado di incidere concretamente e positivamente sui loro comportamenti (Figura 18). Nello specifico, la maggior parte dei MC più giovani (<35 anni) e più anziani (≥ 65 anni) sono "del tutto d'accordo" con questa affermazione, mentre nelle categorie intermedie (35 - 44 anni, 45 - 54 anni e 55 - 64 anni) la maggioranza dei MC è "molto d'accordo" (con percentuali simili, rispettivamente pari a 36,4%, 39,9% e 37,1%).

Figura 18

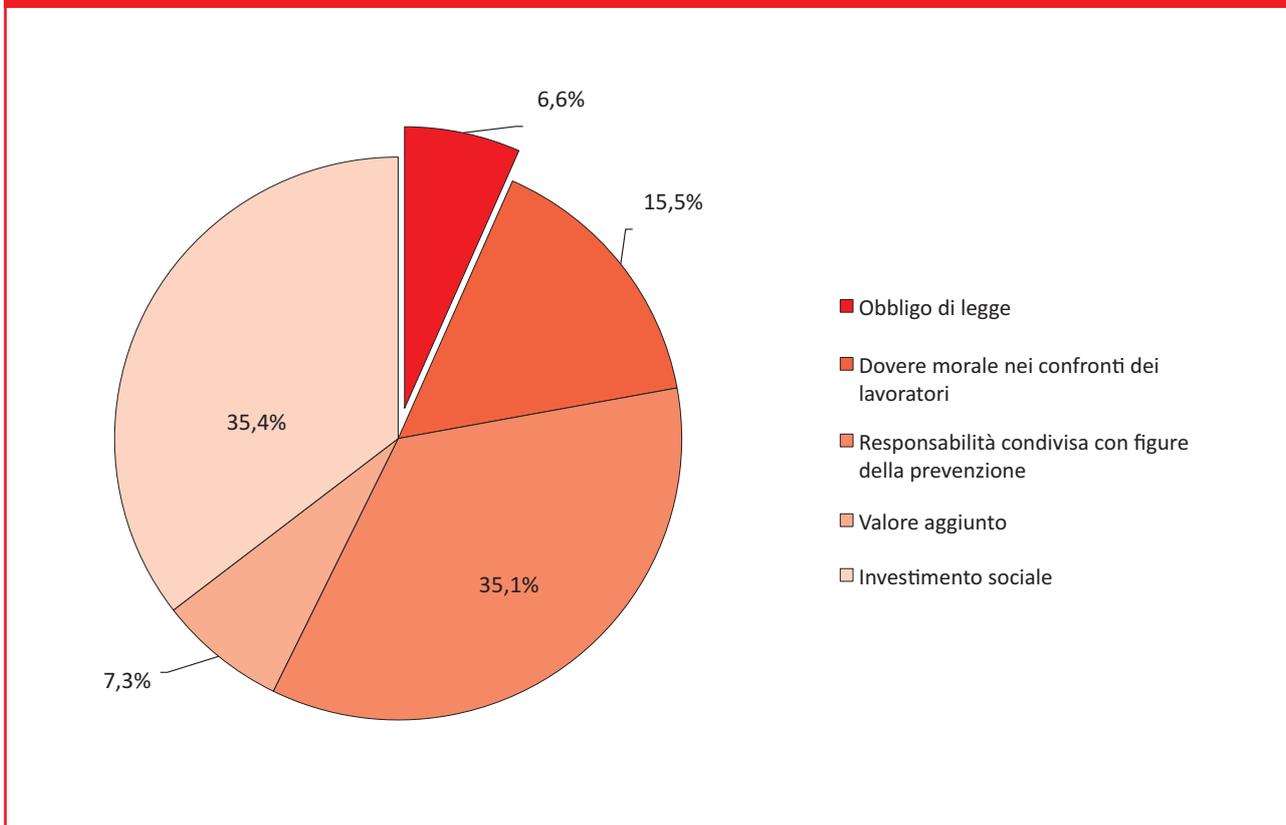
GRADO DI ACCORDO CON L’AFFERMAZIONE “L’OBBLIGO FORMATIVO PER I LAVORATORI È UNO STRUMENTO CHE PERMETTE DI INCIDERE SUI LORO COMPORAMENTI”. VALORI PERCENTUALI



Per quanto riguarda invece la finalità della tutela della SSL, i risultati dimostrano che i MC ritengono che garantire adeguati livelli di tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro sia innanzitutto un investimento sociale (35,4%) e comunque una responsabilità che il MC condivide con tutte le altre figure della prevenzione (35,1%) (Figura 19). A tal riguardo i MC femmine (39,2%) ritengono che la tutela della SSL sia prevalentemente una responsabilità condivisa con le altre figure della prevenzione, mentre i MC maschi sono per lo più (34,8%) dell'opinione che essa rappresenti un investimento sociale ($P=0,017$). L'analisi dei dati disaggregati per classi di età conferma la tendenza generale con alcune differenze significative ($P<0,001$); la maggior parte dei MC con età <35 anni (36,4%) e compresa tra 45 - 54 anni (48,4%) giudica la tutela della SSL un investimento sociale, mentre la maggioranza dei MC appartenenti alle classi di età 35 - 44 anni, 55 - 64 anni e ≥ 65 anni (con percentuali che raggiungono il 42,4% nella classe 35 - 44 anni) la giudica una responsabilità condivisa con le altre figure della prevenzione.

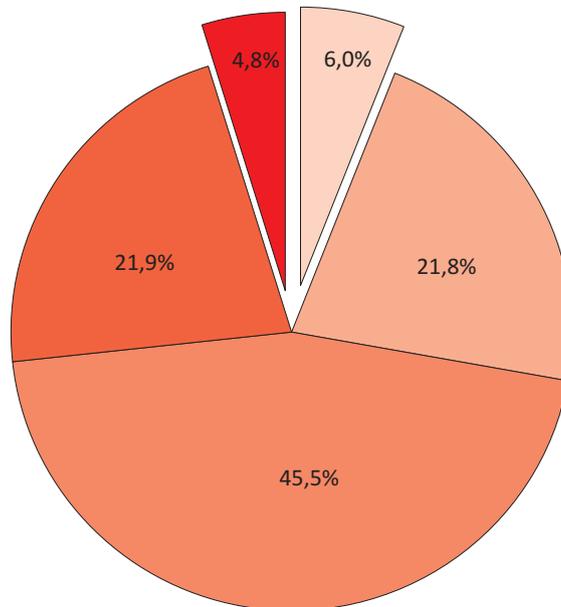
Figura 19

DEFINIZIONE CHE MEGLIO DESCRIVE LA FINALITÀ DELLA “TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO”. VALORI PERCENTUALI



I MC hanno pareri discordanti in relazione al fatto che il D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. abbia effettivamente contribuito ad incrementare il livello di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori. Infatti, sebbene la maggioranza del campione (45,5%) sia “abbastanza d’accordo” con tale affermazione, è importante sottolineare come le percentuali di MC che si dichiarano in disaccordo (per niente o poco d’accordo) e in completo accordo (molto o del tutto d’accordo) con la suddetta asserzione siano pressoché equivalenti (27,8% vs 26,7%) (Figura 20).

A tal proposito, sono state rilevate differenze statisticamente significative sia in riferimento al genere ($P=0,003$) che al requisito posseduto per svolgere l’attività di MC ($P=0,030$). In particolare, rispetto al genere, nel gruppo dei maschi, il 25,0% ritiene di essere in completo disaccordo con l’affermazione secondo cui il D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. abbia effettivamente contribuito ad incrementare il livello di tutela della SSL, mentre, nel gruppo delle femmine, tale percentuale si attesta al 34,3%. Rispetto al requisito posseduto, gli specialisti in Medicina del lavoro risultano essere maggiormente in disaccordo (per niente/poco d’accordo) con la suddetta affermazione con percentuali del 30,0%, verso il 20,1% ottenuto per gli specialisti in Igiene e medicina preventiva ed il 16,7% dei Medici legali.

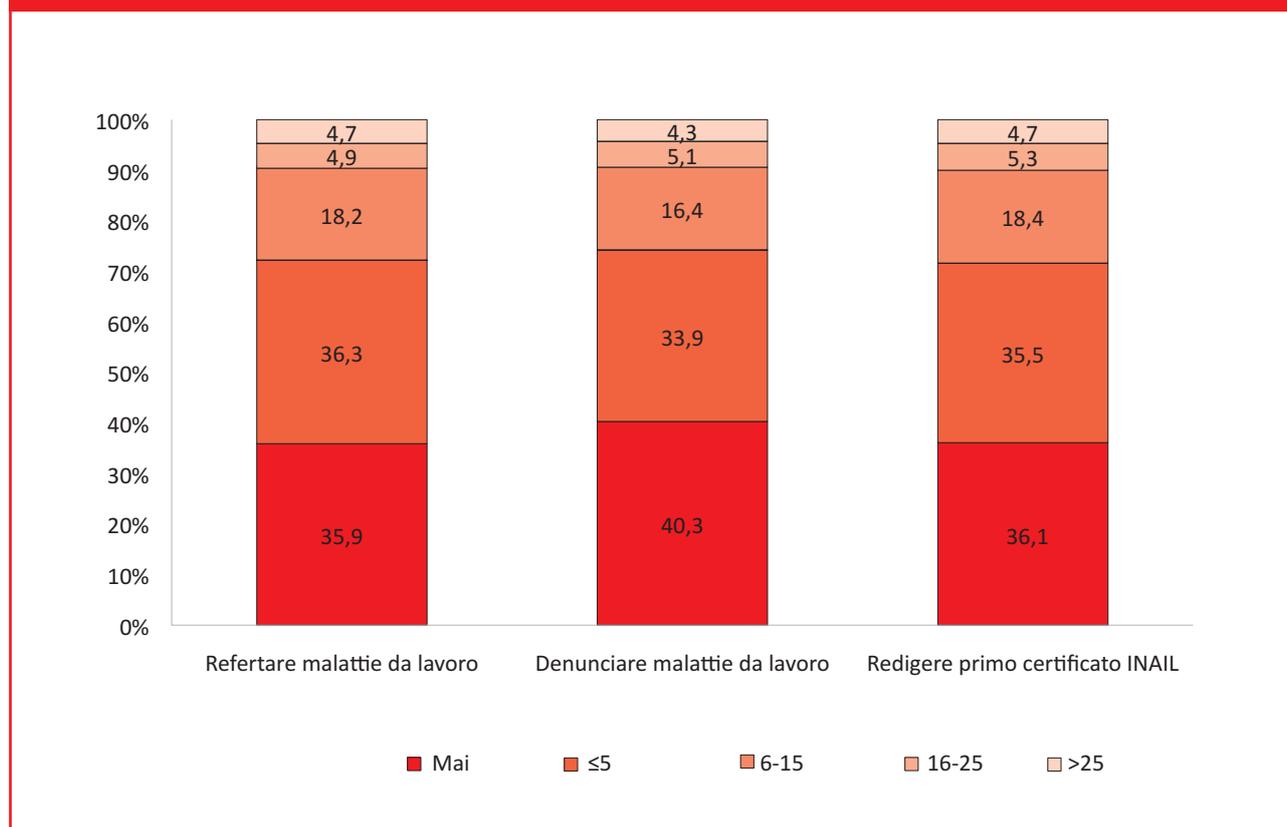
Figura 20**GRADO DI ACCORDO CON L’AFFERMAZIONE “A SEGUITO DELL’EMANAZIONE DEL D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., IL LIVELLO DI TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA DEI LAVORATORI È AUMENTATO”. VALORI PERCENTUALI**

■ Per niente d'accordo ■ Poco d'accordo ■ Abbastanza d'accordo ■ Molto d'accordo ■ Del tutto d'accordo

Per quanto concerne le attività di refertazione di malattie da lavoro, di denuncia di malattie da lavoro (ex art.139 del D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124) e di compilazione del primo certificato INAIL, negli ultimi cinque anni, la maggior parte dei MC arruolati nell'indagine ha refertato un numero di malattie da lavoro inferiore a 5 (36,3% dei casi) e non ha mai denunciato malattie da lavoro (40,3%) o compilato il primo certificato INAIL (36,1%) (Figura 21). Per quanto concerne la refertazione e la denuncia di malattie da lavoro emergono differenze statisticamente significative tra MC maschi e femmine (rispettivamente, $P=0,028$ e $P=0,041$). In particolare, nel gruppo dei MC maschi, il 33,1% dichiara di non aver mai refertato e il 38,4% di non aver mai denunciato malattie da lavoro negli ultimi cinque anni, rispetto al 42,7% e al 45,4% registrati rispettivamente nel gruppo dei MC femmine. In tale ambito, i dati disaggregati per area geografica fanno emergere l'esistenza di associazioni significative tra variabili. In particolare, in riferimento alla refertazione delle malattie da lavoro ($P<0,001$) la maggior parte dei MC del Nord (35,8%) e del Centro (41,5%) riferiscono di aver effettuato tale azione da un minimo di una volta ad un massimo di cinque volte negli ultimi cinque anni, mentre la maggioranza dei MC del Sud ed Isole (46,2%) non ha mai effettuato questa refertazione. Analogamente, per la compilazione del primo certificato INAIL, si registrano percentuali del 35,7% e 40,0%, rispettivamente per Nord e Centro, di MC che dichiarano di avere redatto il primo certificato INAIL ≤ 5 volte, mentre la maggior parte dei MC del Sud e Isole (46,0%) ha dichiarato di non aver mai redatto il primo certificato. La stessa tendenza si osserva in relazione alla denuncia di malattie da lavoro ($P<0,001$), con percentuali del 34,2% registrate tra i MC del Nord che hanno dichiarato di aver denunciato malattie da lavoro ≤ 5 volte negli ultimi 5 anni, mentre la maggioranza dei MC del Centro e del Sud e Isole non ha mai denunciato una malattia da lavoro

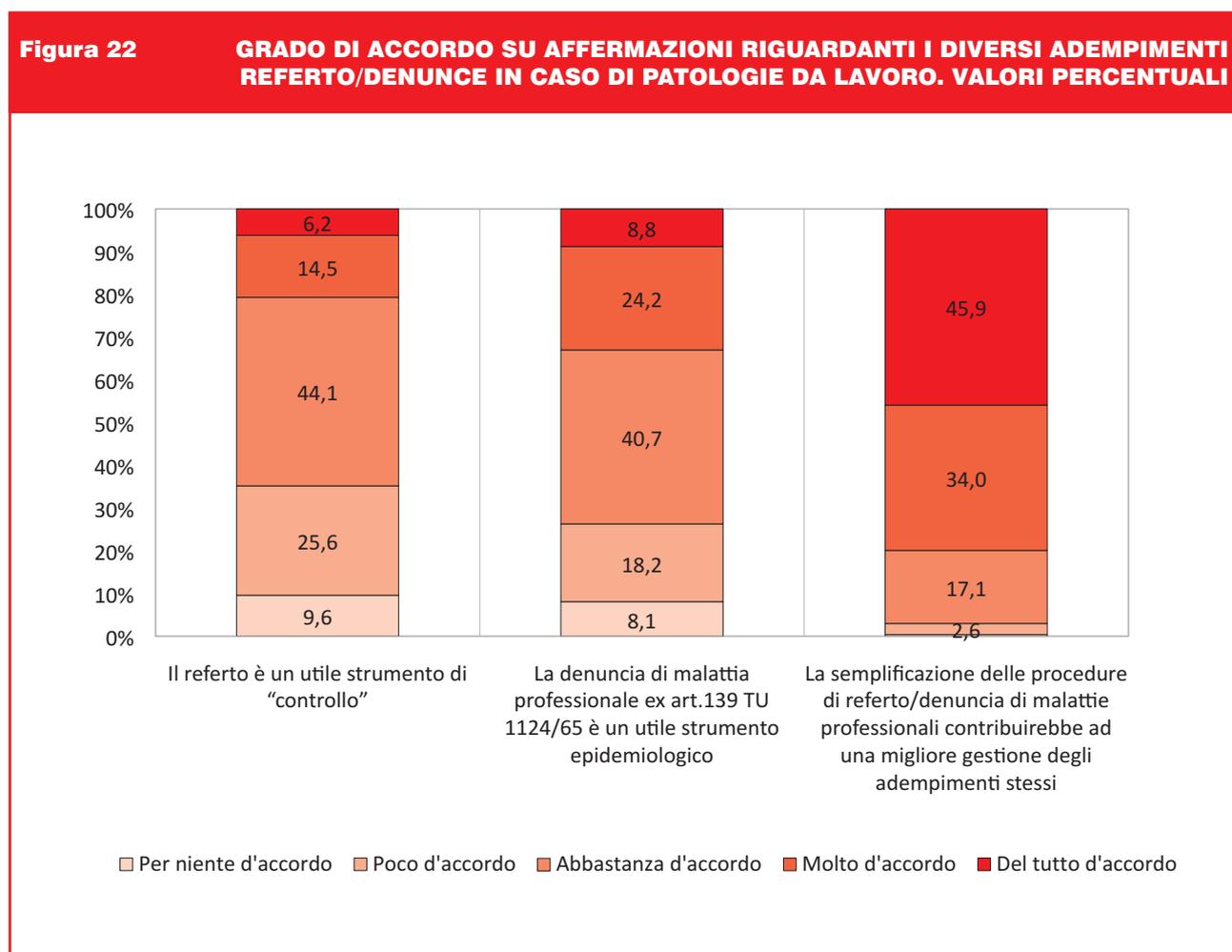
negli ultimi cinque anni con percentuali pari rispettivamente a 39,9% e 50,5%. Si mettono, inoltre, in evidenza anche percentuali differenti in base al requisito posseduto per svolgere l'attività di MC: l'attività di refertazione delle malattie da lavoro ($P=0,005$) è stata realizzata (≤ 5 volte) principalmente dagli specialisti in Medicina del lavoro (35,9%) e dagli autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991 (43,8%) a differenza dei colleghi specializzati in Igiene e medicina preventiva ed in Medicina legale che, per la maggior parte, non hanno mai eseguito una refertazione negli ultimi cinque anni (rispettivamente 47,1% e 52,0%). Per quanto concerne la denuncia delle malattie da lavoro ($P<0,001$), sebbene in tutte le categorie studiate vi sia una prevalenza della risposta "mai", è importante sottolineare che le percentuali rilevate tra gli specialisti in Igiene e medicina preventiva ed in Medicina legale (rispettivamente 59,6% e 56,3%) sono significativamente maggiori rispetto a quelle osservate nelle categorie dei MC specializzati in Medicina del lavoro (35,9%) o autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991 (36,7%).

Figura 21 NUMERO DI VOLTE IN CUI IL MC HA SVOLTO LE SEGUENTI ATTIVITÀ NEGLI ULTIMI 5 ANNI. VALORI PERCENTUALI



Anche se il 44,1% dei MC è "abbastanza d'accordo" nel reputare il referto un utile strumento di "controllo" (Figura 22) e il 40,7% nell'affermare che la denuncia di malattia professionale (ex art.139 D.P.R. 1124/1965) sia un utile strumento epidemiologico, tuttavia una larga maggioranza degli intervistati (79,9%) si dichiara "molto" o "del tutto d'accordo" con l'affermazione che la semplificazione delle procedure relative alle diverse notifiche delle malattie professionali contribuirebbe ad una migliore gestione degli adempimenti stessi. In relazione all'affermazione circa

la quale il referto sia un utile strumento di controllo, si sottolinea che l'analisi dei risultati disaggregati per classi di età mostra una differenza statisticamente significativa ($P=0,029$), evidenziando come la percentuale di MC che si dichiarano "per niente" o "poco" d'accordo con tale affermazione diminuisce all'aumentare dell'età, passando dal 51,6% registrato per i MC di età <35 anni al 28,4% dei MC di età ≥ 65 anni. Differenze significative ($P=0,02$) si sono riscontrate anche in merito al grado di accordo con l'affermazione "La denuncia di malattia professionale ex art.139 D.P.R. 1124/1965 è un utile strumento epidemiologico". In particolare, si dichiara "abbastanza d'accordo" il 48,6% dei MC femmine ed il 37,6% dei MC maschi.



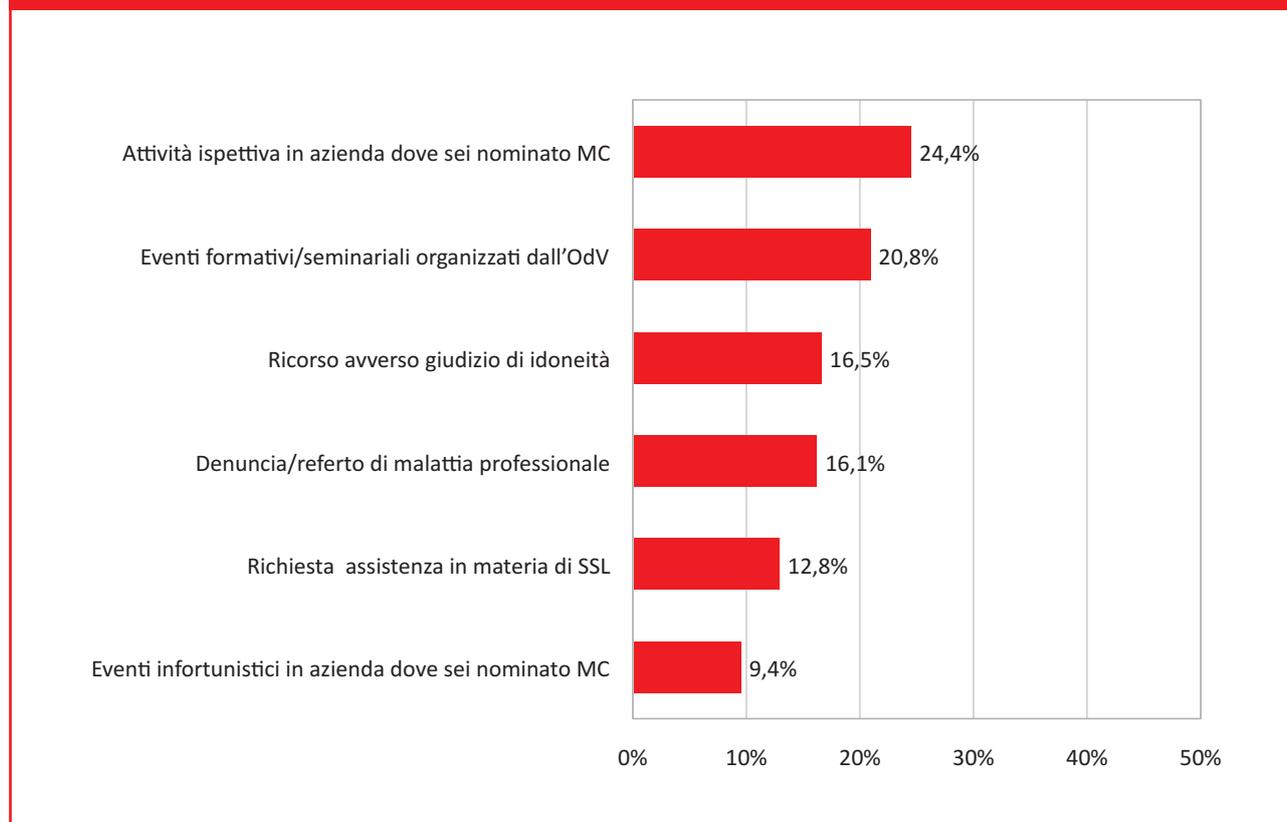
Infine, per quanto attiene all'affermazione che la semplificazione delle procedure di referto/denuncia di malattie professionali contribuirebbe ad una migliore gestione degli adempimenti stessi, è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa ($P<0,001$) in riferimento al genere. In particolare, nel gruppo dei MC maschi, l'83,4% ritiene di essere in completo accordo ("molto" o "del tutto d'accordo") con la suddetta affermazione, mentre nel gruppo delle femmine tale percentuale si attesta al 72,7%.

RAPPORTI CON L'ORGANO DI VIGILANZA

Nello svolgimento della loro attività professionale, la quasi totalità dei MC (90,5%) riferisce di avere avuto contatti con l'OdV. Il dato disaggregato per tipo di specializzazione posseduta dal MC fa registrare differenze significative nelle frequenze percentuali ($P < 0,001$): gli specialisti in Medicina del lavoro sono entrati più spesso in contatto con gli OdV, presentando percentuali significativamente più elevate (93,4%) rispetto alle altre tipologie di specializzazione (autorizzati ex art.55 89,2%, specializzati in Igiene e medicina preventiva 82,2% e Medici legali 77,1%). Non sono state evidenziate differenze significative rispetto alla classe di età. Se si indaga, invece, rispetto all'area geografica di residenza, emerge che tale percentuale sia significativamente maggiore ($P = 0,004$) per i MC residenti al Nord (93,4%) rispetto ai MC del Centro (90,1%) e del Sud e Isole (86,7%).

Il confronto tra i MC e l'OdV, in riferimento alle tematiche di gestione della salute e della sicurezza sul lavoro, avviene principalmente in occasione dell'espletamento dell'attività ispettiva in azienda da parte dell'OdV (24,4%), durante eventi formativi e seminari organizzati dall'OdV (20,8%) oppure in seguito al ricorso avverso il giudizio di idoneità (16,5%) o alla denuncia/refertazione di una malattia professionale (16,1%) (Figura 23).

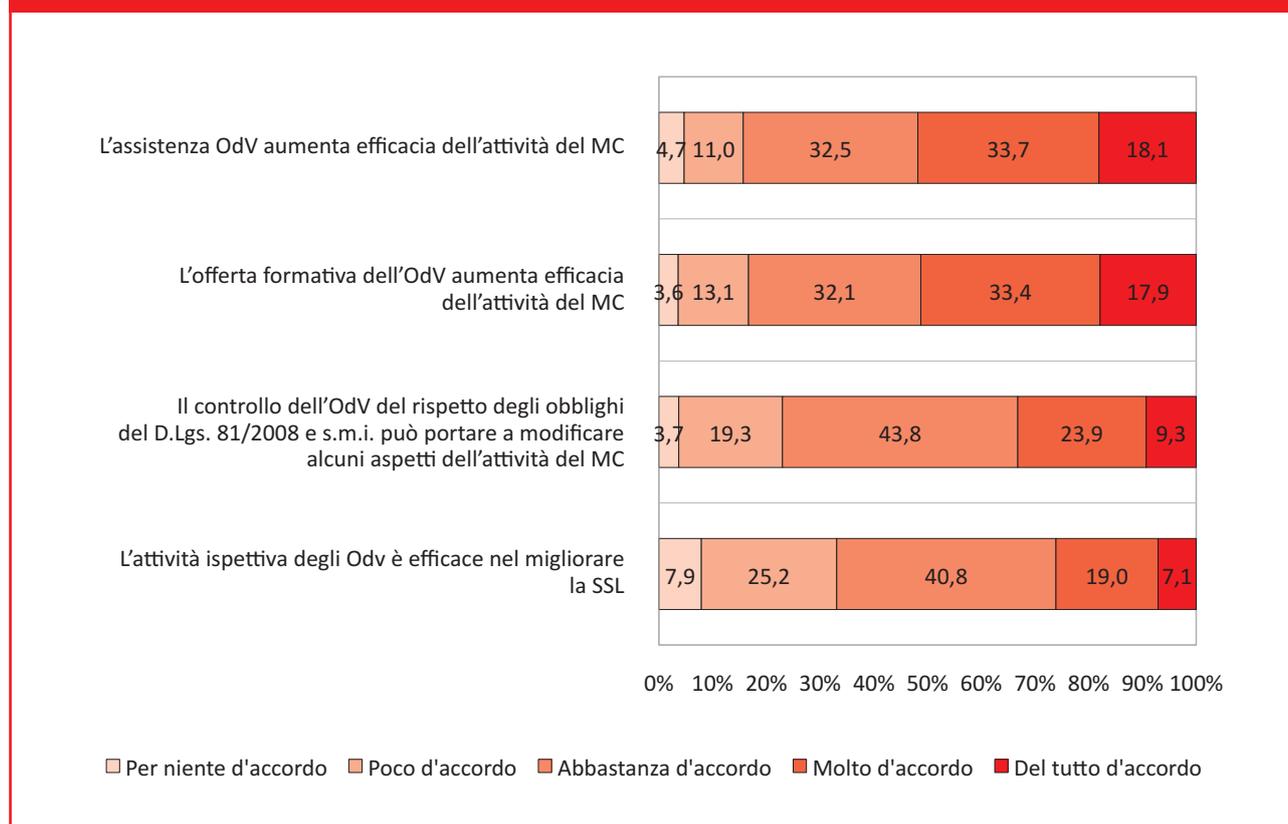
Figura 23 OCCASIONI IN CUI I MC ENTRANO IN CONTATTO CON L'ORGANO DI VIGILANZA. DOMANDA A RISPOSTA MULTIPLA. PERCENTUALI DI RISPOSTE^(*)



^(*) Domanda a risposta multipla: le frequenze percentuali sono calcolate su 2.927 risposte fornite da 1.002 MC, ossia coloro che hanno dichiarato di essere entrati in contatto con gli OdV.

In relazione ai rapporti con l'OdV, i risultati evidenziano, nel complesso, un buon livello di gradimento da parte dei MC, soprattutto nei confronti dell'attività formativa e di assistenza offerta dall'OdV. Infatti, i MC ritengono che tali funzioni siano in grado di aumentare significativamente l'efficacia della loro attività professionale (il 51,3% degli intervistati è "molto" o "del tutto d'accordo" nel ritenere che l'attività formativa dell'OdV può portare ad un aumento dell'efficacia delle attività del MC e il 51,8% è "molto" o "del tutto d'accordo" nel ritenere che l'assistenza offerta dall'OdV può incrementare l'efficacia delle attività del MC) (Figura 24). Per quanto riguarda l'azione ispettiva effettuata dall'OdV, la maggior parte dei MC è "abbastanza d'accordo" nel reputare che il controllo del rispetto degli obblighi previsti dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., da parte dell'OdV, può portare a modificare alcuni aspetti dell'attività pratica del MC (43,8%) e nel ritenere che l'attività ispettiva sia uno strumento efficace al fine di migliorare la SSL (40,8%) (Figura 24).

Figura 24 GRADO DI ACCORDO SU AFFERMAZIONI RIGUARDANTI L'ORGANO DI VIGILANZA. VALORI PERCENTUALI



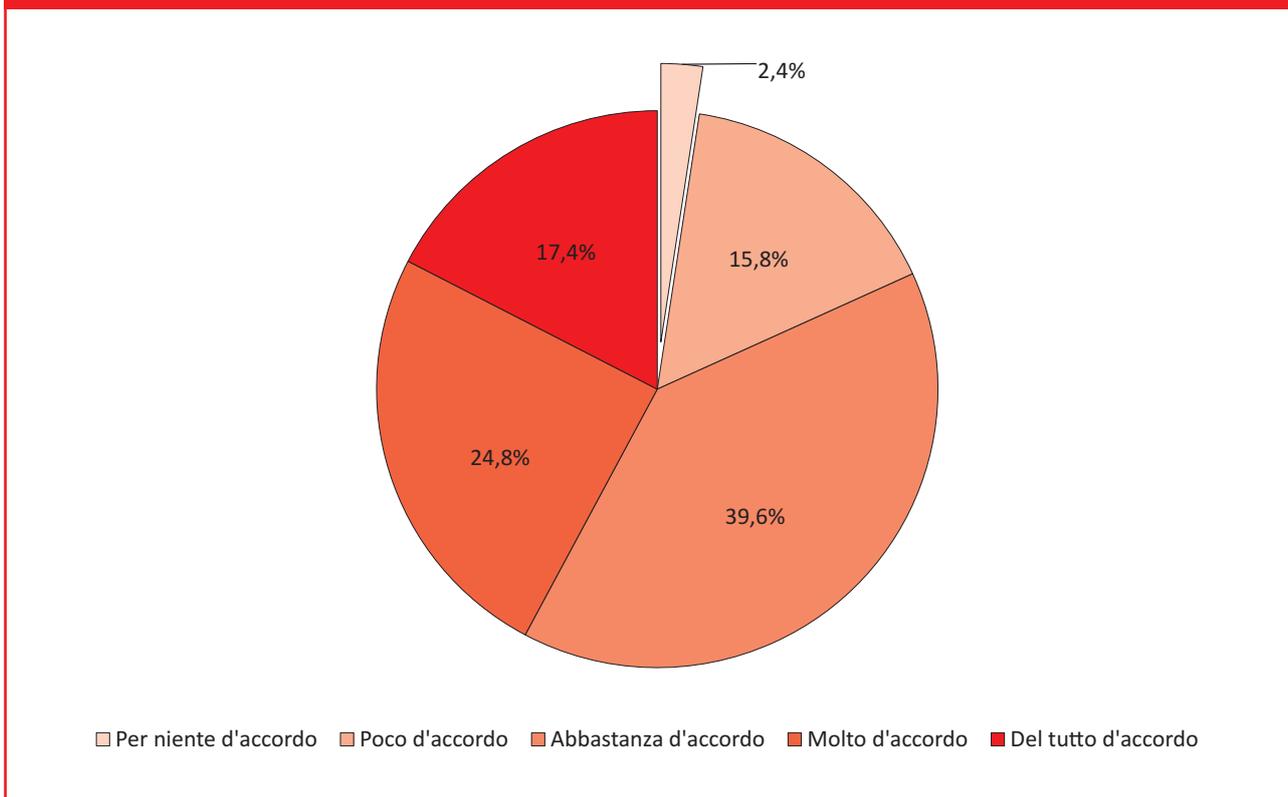
L'incrocio di tali dati con alcune delle variabili socio-demografiche fa emergere alcune associazioni statisticamente significative. In particolare, rispetto al genere ($P=0,022$), nel gruppo delle femmine il 45,5%, verso il 39,5% registrato tra i MC maschi, ritiene di essere "abbastanza d'accordo" con l'affermazione che l'attività ispettiva degli OdV sia efficace per migliorare la salute e la sicurezza negli ambienti di lavoro.

Analizzando la tipologia di specializzazione dei MC intervistati si rileva, inoltre, che se i medici specializzati in Medicina del lavoro o con autorizzazione ex art.55 D.Lgs. 277/1991 sono “abbastanza” (41,5%) e “per niente” o “poco” d'accordo (33,5%) con l'affermazione che l'attività ispettiva dell'OdV è efficace per il miglioramento della SSL, gli specialisti in Igiene e medicina preventiva ed in Medicina legale si dichiarano “abbastanza” o completamente in accordo (“del tutto” e “molto d'accordo”), con percentuali rispettivamente del 39,4% e 31,4% registrate per gli specialisti in Igiene e 33,3% e 43,8% per i Medici legali.

Tuttavia, è importante sottolineare che il 42,2% del campione intervistato si dichiara in completo accordo (“molto” e “del tutto”) sul fatto che, allo stato attuale, vi siano sovrapposizioni di ruoli e competenze tra i servizi SPRESAL/SPISAL/PISSL e gli altri OdV (Ispettorato del Lavoro, ARPA, Vigili del Fuoco, ecc.) (Figura 25). In particolare, leggendo il dato disaggregato per genere ($P < 0,001$), emerge che il 45,4% dei maschi si dichiara “molto” e “del tutto d'accordo” con l'affermazione; nel gruppo delle femmine tale percentuale si attesta al 31,8%, rilevando una prevalenza di femmine (47,2%) che si dichiara “abbastanza d'accordo” con tale affermazione.

Figura 25

GRADO DI ACCORDO CON L’AFFERMAZIONE “CI SONO SOVRAPPOSIZIONI DI RUOLI E COMPETENZE FRA SPRESAL/SPISAL/PISSL, ECC. ED ALTRI ORGANI DI VIGILANZA (ISPETTORATO DEL LAVORO, ARPA, VIGILI DEL FUOCO, ECC.)”. VALORI PERCENTUALI

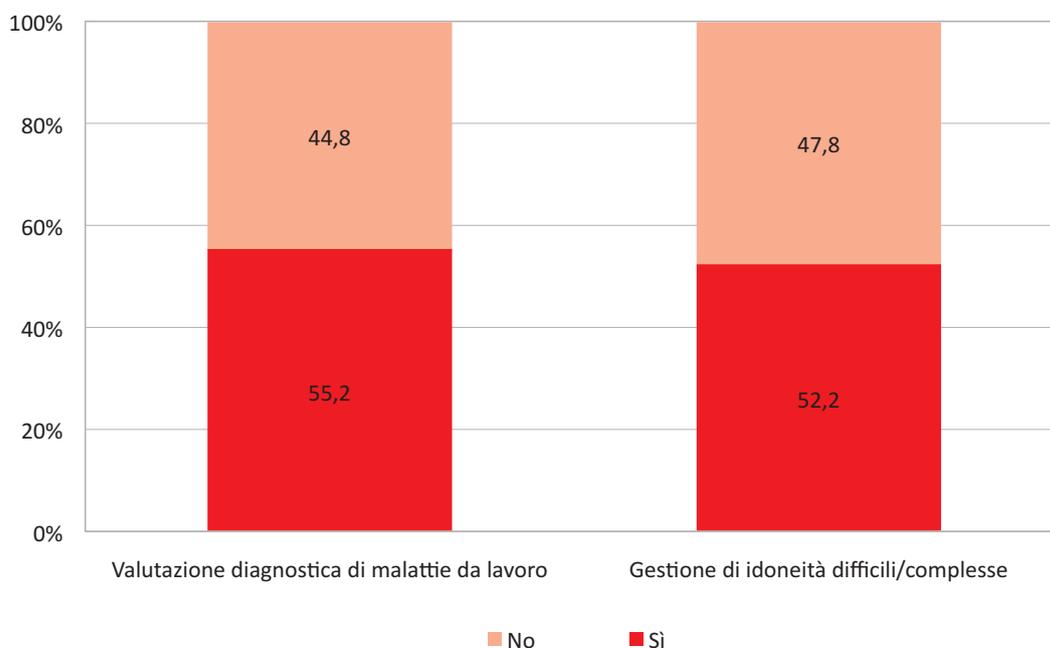


RAPPORTI CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

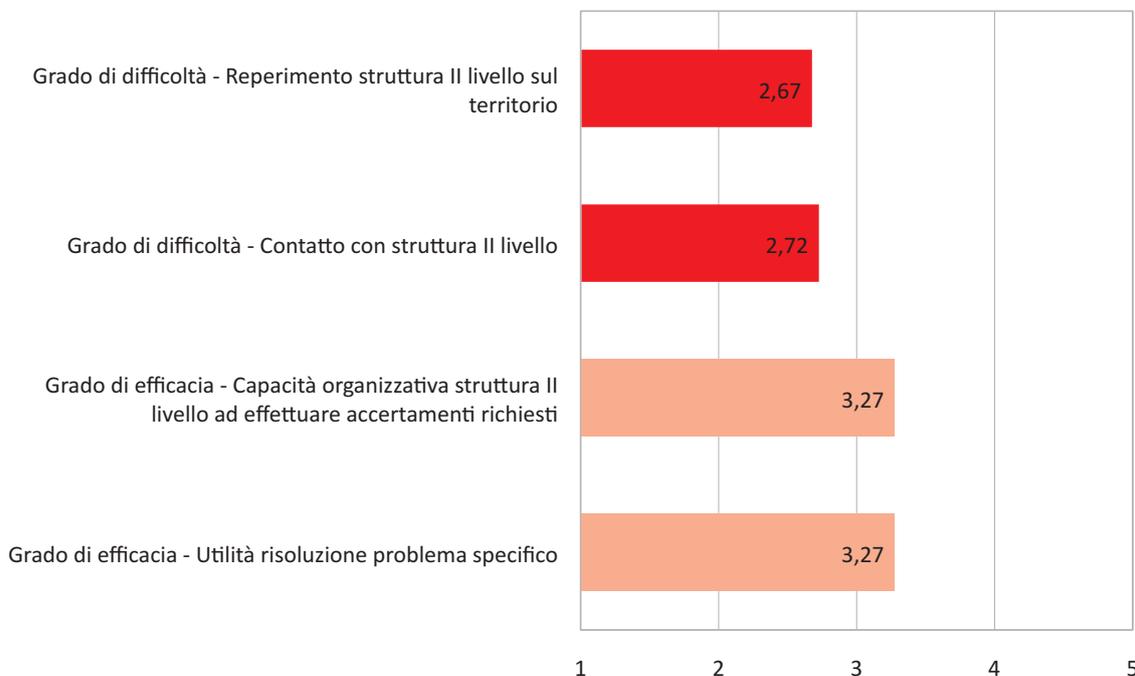
Nell'esecuzione dell'attività professionale, il MC si trova spesso ad affrontare situazioni particolarmente complicate inerenti o la diagnosi di malattie professionali o l'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica, tanto che lo stesso D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., evidenzia la possibilità da parte del MC di avvalersi, per accertamenti diagnostici, della collaborazione di Medici specialisti (art.39, comma 5). Pertanto, non è risultato inaspettato il dato relativo al fatto che la maggioranza degli intervistati abbia richiesto consulenze a strutture sanitarie di II livello per effettuare una valutazione diagnostica o per gestire idoneità difficili e/o complesse (Figura 26). Appare interessante sottolineare che la consulenza richiesta per la valutazione diagnostica di malattie da lavoro risulta associata in maniera significativa con il tipo di specializzazione ($P=0,001$). La percentuale di MC che hanno avuto necessità di consultare strutture di II livello risulta significativamente più elevata per gli specialisti in Medicina del lavoro ed autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991 (rispettivamente 57,7% e 63,3%), rispetto agli specialisti in Igiene e medicina preventiva e Medicina legale per i quali si registrano, invece, percentuali superiori di MC che non hanno mai avuto necessità di richiedere tali consulenze (rispettivamente il 59,2% ed il 54,2%). Anche la richiesta di consulenza per la gestione di idoneità difficili e/o complesse risulta significativamente associata con la specializzazione ($P<0,001$): il 54,6% dei medici specializzati in Medicina del lavoro e il 64,5% degli autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991 hanno richiesto consulenze a strutture di II livello per gestire idoneità difficili e/o complesse, mentre la maggioranza degli specialisti in Igiene e medicina preventiva e in Medicina legale (rispettivamente il 64,3% ed il 64,4%) non ha avuto tale necessità.

La richiesta di consulenze per la gestione di attività complesse è correlata significativamente anche con l'età ($P=0,019$): la maggioranza dei MC con età inferiore ai 35 anni (60,6%), il 50,8% con età 45-54 anni e il 58,9% degli ultrasessantacinquenni non ha mai avuto necessità di richiedere tale consulenza, mentre per le altre fasce di età si registrano valori oltre il 50% di coloro che, al contrario, hanno richiesto consulenze a strutture di II livello per gestire attività complesse.

Differenze statisticamente significative nelle frequenze percentuali si registrano anche dall'analisi disaggregata per area geografica, in riferimento alla richiesta di consulenza per entrambe le motivazioni sopra menzionate ($P<0,001$ in entrambi i casi): la consulenza per la valutazione diagnostica di malattie da lavoro è richiesta soprattutto nel Nord (65,4%) e nel Centro (54,5%); mentre per la gestione di idoneità difficili e complesse la maggioranza dei MC del Centro (51,3%) e del Sud e Isole (60,4%) tendono a non rivolgersi a strutture di II livello.

Figura 26**NECESSITÀ PER I MC DI RICHIEDERE CONSULENZE A STRUTTURE DI II LIVELLO.
VALORI PERCENTUALI**

In questo contesto, i MC non hanno evidenziato particolari difficoltà in relazione al reperimento ed al contatto con le strutture di II livello ed il loro grado di soddisfazione per quanto attiene l'efficacia con la quale queste strutture hanno effettuato gli accertamenti richiesti e contribuito alla risoluzione del problema specifico è sostanzialmente buono (Figura 27). A tal proposito, su una scala variabile da 1 a 5 (dove con 1 si intende "per niente" e con 5 si intende "completamente" difficile), il grado di difficoltà si attesta su un punteggio di 2,67 per il reperimento di una struttura di II livello e di 2,72 per il contatto con essa. Allo stesso modo, relativamente al grado di efficacia (dove 1 = per niente efficace e 5 = completamente efficace) della capacità organizzativa della struttura di II livello ad effettuare gli accertamenti sanitari richiesti e all'utilità nella risoluzione del problema specifico, si registra un punteggio medio di 3,27 in entrambi i casi.

Figura 27**GRADO DI DIFFICOLTÀ^(*) ED EFFICACIA^(**) RISCOINTRATO DAI MC NELLA RICHIESTA DI CONSULENZA DI II LIVELLO. VALORI MEDI**

(*) Scala variabile da 1=per niente difficoltoso a 5=completamente difficoltoso.

(**) Scala variabile da 1=per niente efficace a 5=completamente efficace.

L'applicazione dell'ANOVA per verificare l'eventuale presenza di differenze statisticamente significative nei punteggi medi ottenuti nei gruppi analizzati ha fatto registrare una significatività relativamente all'età in merito alla valutazione del grado di difficoltà incontrato dal MC per il reperimento ed il contatto con la struttura di II livello ($P=0,019$ e $P=0,004$, rispettivamente): il valore medio, infatti, aumenta in maniera significativa con il diminuire dell'età.

Anche riguardo all'area geografica di residenza, si evidenziano differenze significative nei punteggi medi ottenuti nella valutazione del grado di difficoltà per reperire e contattare la struttura di secondo livello ($P<0,001$), così come per valutarne la capacità organizzativa nell'effettuare gli accertamenti richiesti ($P=0,021$) e l'utilità nella risoluzione dei problemi specifici ($P=0,046$). I MC del Nord percepiscono un grado di difficoltà minore rispetto ai medici del Centro e ancora di più del Sud e Isole nel reperire/contattare strutture di II livello.

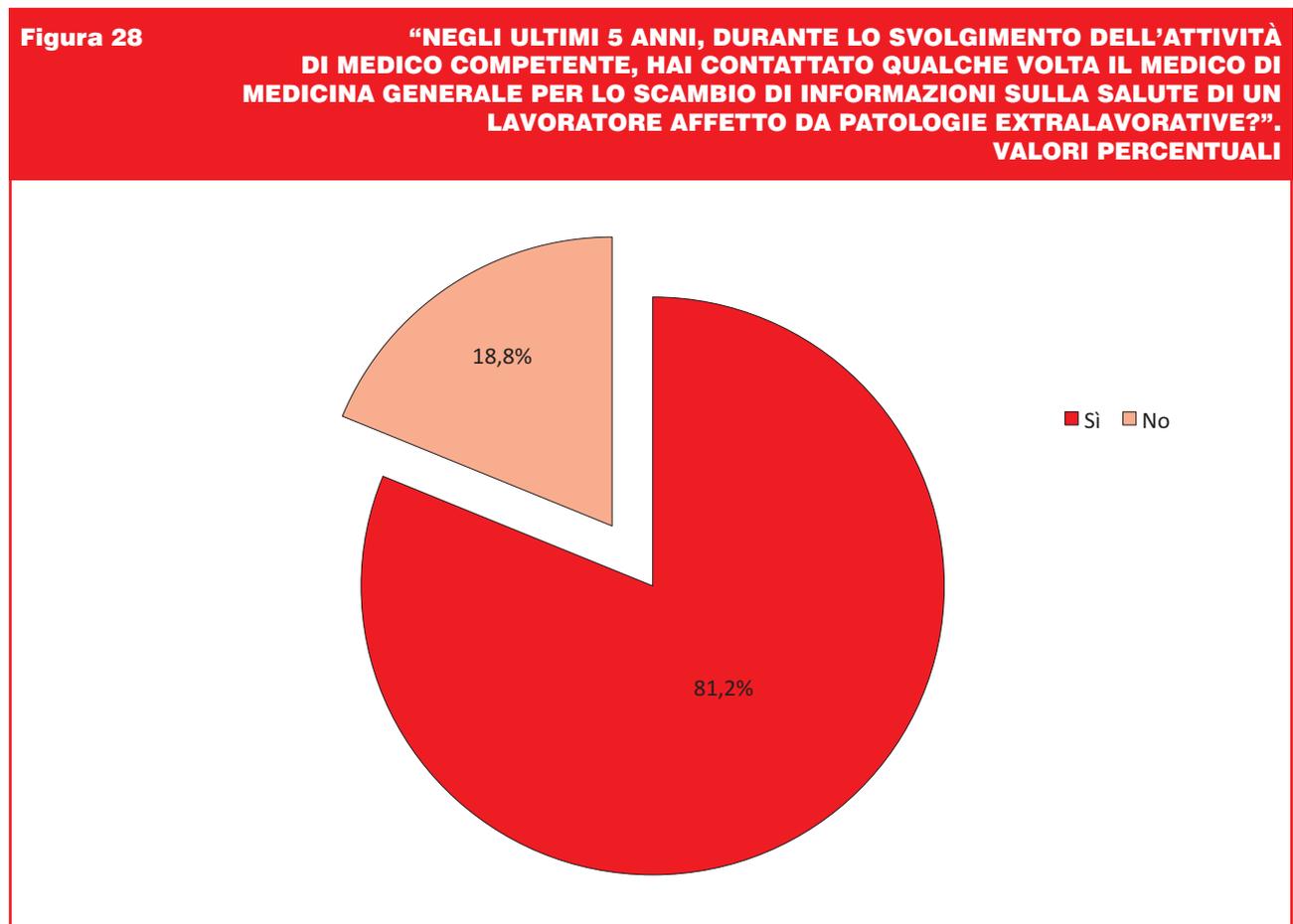
Il confronto tra i due sottoinsiemi di MC, maschi e femmine, effettuato tramite l'applicazione del test t, risulta significativo rispetto alla valutazione del grado di efficacia della struttura di II livello nell'effettuare gli accertamenti richiesti e nella risoluzione di un problema specifico ($P=0,038$ e $P=0,023$, rispettivamente). In entrambi i casi, infatti, il punteggio medio indicato dal gruppo dei maschi risulta essere significativamente superiore rispetto a quello ottenuto dai MC femmine.

Particolarmente interessanti sono i risultati osservati in merito al rapporto tra i MC e i MMG. A tal riguardo, le informazioni ottenute in questo studio dimostrano che i MC ritengono indispensabile il mantenimento di un rapporto professionale con i colleghi di Medicina generale (negli ultimi 5 anni l'81,2% dei MC ha contattato il MMG per uno

scambio di informazioni sulla salute di un lavoratore) al fine di garantire la più ampia ed efficace tutela della salute dei loro assistiti, sia per quanto riguarda le malattie professionali che le patologie extralavorative (Figura 28).

Nel confronto per categoria di specializzazione si evidenziano percentuali significativamente maggiori ($P < 0,001$) di MC che negli ultimi 5 anni hanno contattato il MMG sulla salute di un lavoratore tra gli specialisti di Medicina del lavoro (83,2%) e autorizzati ex art.55 D.Lgs. 277/1991 (83,8%), rispetto agli specialisti di Igiene e medicina preventiva (75,4%) e Medicina legale (61,2%). Tale pratica sembra diffusa soprattutto tra i MC che seguono un alto numero di lavoratori ($P < 0,001$): l'84,7% di chi segue tra 501 a 1.000 lavoratori, l'87,3% di chi segue tra 1.001 e 1.550 lavoratori e quasi il 90% (89,7%) di chi ha in carico più di 1500 lavoratori.

Il dato risulta significativamente correlato anche con l'area geografica ($P = 0,004$): risponde affermativamente l'85,3% dei MC residenti del Nord, l'81,3% del Centro e il 76,3% del Sud e Isole.

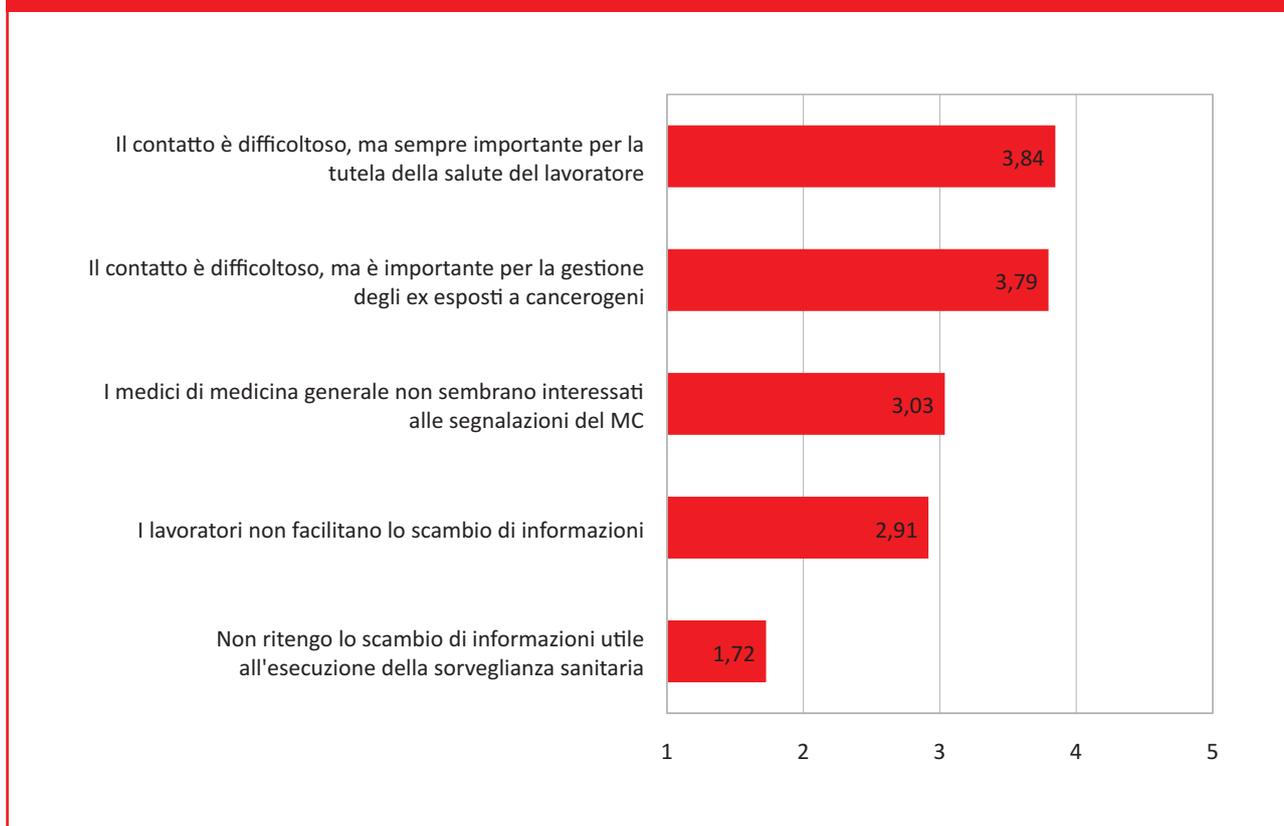


Tuttavia, l'istituzione di questo confronto collaborativo e proficuo non è di facile realizzazione e, nella pratica, risulta piuttosto difficoltoso. Infatti, i MC riferiscono l'esistenza di diverse criticità tra le quali quelle più significative sono rappresentate dal fatto che i lavoratori non facilitano lo scambio di informazioni ed i MMG non sembrano interessati alle segnalazioni del MC (Figura 29).

L'età del MC risulta statisticamente significativa (ANOVA, $P = 0,023$) nel non ritenere utile lo scambio di informazioni con il MMG ai fini dell'esecuzione della SS. Similmente, anche l'area geografica di residenza appare discriminante

nel valutare, in riferimento al contatto con il MMG, il grado di accordo con l'affermazione sopra menzionata (ANOVA, $P < 0,001$): in una scala da 1=per nulla d'accordo a 5=completamente d'accordo, per i MC del Centro si registra un punteggio medio pari a 1,51 e per il Sud e Isole di 1,90. Situazione analoga si evidenzia per l'affermazione relativa a "ritenere il contatto difficoltoso ma importante per la gestione degli ex esposti a cancerogeni" (ANOVA, $P = 0,007$) per la quale si evidenzia che nel gruppo dei MC del Sud e Isole il punteggio medio ottenuto (3,91) è significativamente superiore rispetto a quello registrato per i MC del Nord (3,66).

Figura 29 GRADO DI ACCORDO RIGUARDO DIVERSE AFFERMAZIONI INERENTI IL RAPPORTO CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE. VALORI MEDI^(*)



^(*) scala da 1=per niente d'accordo a 5=completamente d'accordo.

Bibliografia

BIBLIOGRAFIA

1. Decreto Legislativo n.81 del 9 aprile 2008, "Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n.123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" pubblicato sulla G.U. n.101 del 30 aprile 2008 - Suppl. Ordinario n.108.
2. Decreto Legislativo n.502 del 30 dicembre 1992, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n.421" pubblicato sulla G.U. n.305 del 30 dicembre 1992 - Suppl. Ordinario n.137.
3. Iavicoli S, Persechino B, Chianese C, Marinaccio A, Rondinone BM, Abbritti G, et al. Indagine conoscitiva sul fabbisogno formativo in medicina del lavoro in Italia. *G Ital Med Lav Erg.* 2004;26:12-8.
4. Abbritti G, Apostoli P, Iavicoli S, Murgia N, Persechino B, Soleo L, Ambrosi L. Needs, education and accreditation in occupational medicine in Italy. *Int Arch Occup Environ Health.* 2005;78:75-8.
5. Iavicoli S, Rondinone BM, Abbritti G, Apostoli PP, Soleo L, Persechino B. Formazione continua e accreditamento di eccellenza promossi dalla Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII): risultati di un'indagine conoscitiva tra i soci. *Med Lav.* 2008;99:145-56.
6. Iavicoli S, Persechino B, Rondinone BM, Apostoli PP, Bertazzi PA, Isolani L, et al. Le indagini conoscitive ISPEL-SIMLII tra i medici del lavoro promosse per lo sviluppo e l'indirizzo dei programmi di aggiornamento ed accreditamento in Medicina del Lavoro. *G Ital Med Lav Erg.* 2008;30(Suppl.3):244-8.
7. AiFOS (Associazione Italiana Formatori della Sicurezza sul Lavoro). Il Medico Competente e la sicurezza sul lavoro. Rapporto AiFOS 2012. Quaderni della Sicurezza AiFOS, 2012; 4 Anno III, Brescia.
8. Candura U, Saettone M, Patané P, Donghi R. Conclusioni GDL ANMA su indagine CERGAS Bocconi. *Medico Competente Journal.* 2012;3:4-13.
9. Fucksia S, Lucchini R, Lazzarini G, Benedetti F, Ramistella E, Romeo L. Questionario sul Medico Competente: risultati e indicazioni per una competenza partecipata. *G Ital Med Lav Erg.* 213;35(Suppl.4):23.
10. Iavicoli S, Persechino B, Murgia N, Assennato G, Seghizzi P, Muzi G, et al. La formazione continua medica: esperienze e proposte delle Società Scientifiche Mediche Nazionali e nell'Unione Europea. *G Ital Med Lav Erg.* 2001;23:204-7.
11. Harber P, Mummaneni S, Crawford L. Influence of residency training on occupational medicine practice patterns. *J Occup Environ Med.* 2005;47:161-7.
12. Baker BA, Dodd K, Greaves IA, Zheng CJ, Brosseau L, Guidotti T. Occupational medicine physicians in the United States: demographics and core competencies. *J Occup Environ Med.* 2007;49:388-400.
13. Harber P, Rose S, Bontemps J, Saechao K, Liu Y, Elashoff D, Wu S. Occupational medicine practice: activities and skills of a national sample. *J Occup Environ Med.* 2010;52:1147-53.
14. Harber P, Rose S, Bontemps J, Saechao K, Liu Y, Elashoff D, Wu S. Occupational medicine practice: one specialty or three? *J Occup Environ Med.* 2010;52:672-9.
15. Pransky G. Occupational medicine specialists in the United States: a survey. *J Occup Med.* 1990;32:985-8.
16. Harber P, Ducatman A. Training pathways for occupational medicine. *J Occup Environ Med.* 2006 Apr;48(4):366-75.
17. Schaafsma F, Hulshof C, van Dijk F, Verbeek J. Information demands of occupational health physicians and their attitude towards evidence-based medicine. *Scand J Work Environ Health.* 2004;30:327-30.

18. Holness DL, House RA, Corbet K, Kosnik R. Characteristics of occupational medicine practitioners and practice in Canada. *J Occup Environ Med.* 1997;39:895-900.
19. Green-McKenzie J, Emmett EA. Outcomes from the occupational physicians scholarship fund: private support for physician residency training. *J Occup Environ Med.* 2006;48:513-22.
20. Baker BA, Katyal S, Greaves IA, Rice HR, Emmett EA, Meyer JD, He W. Occupational medicine residency graduate survey: assessment of training programs and core competencies. *J Occup Environ Med.* 2007;49:1325-38.
21. Reetoo KN, Harrington JM, Macdonald EB. Required competencies of occupational physicians: a Delphi survey of UK customers. *Occup Environ Med.* 2005;62:406-13.
22. Zaza S, Wright-De Agüero LK, Briss PA, Truman BI, Hopkins DP, Hennessy MH, et al. Data collection instrument and procedure for systematic reviews in the Guide to Community Preventive Services. Task Force on Community Preventive Services. *Am J Prev Med.* 2000;18(1 Suppl):44-74.
23. Schaafsma F, Hulshof C, de Boer A, Hackmann R, Roest N, van Dijk F. Occupational physicians: what are their questions in daily practice? An observation study. *Occup Med (Lond).* 2006;56:191-8.
24. Alessio L, Crippa M, Porru S, Lucchini R, Placidi D, Vanoni O, Torri D. From clinical activities to didactics and research in occupational medicine. *Med Lav.* 2006;97:393-401.
25. Moßhammer D, Manske I, Grutschkowski P, Rieger M. The interface between general practice and occupational medicine. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed.* 2011;46:301-7.
26. Moßhammer D, Natanzon I, Manske I, Grutschkowski P, Rieger MA. Cooperation between general practitioners and occupational health physicians in Germany: how can it be optimised? A qualitative study. *Int Arch Occup Environ Health.* 2014;87:137-46.
27. Smith NA. Occupational medicine and the general practitioner. *Occup Med (Lond).* 2005;55:77-8.
28. Sng J, Lee SM, Koh D. Bridging the gap between occupational medicine and family medicine. *Ann Acad Med Singap.* 2008;37:158-61.
29. Gallagher F, Pilkington A, Wynn P, Johnson R, Moore J, Agius R. Specialist competencies in occupational medicine: appraisal of the peer-reviewed literature. *Occup Med (Lond).* 2007;57:342-8.

Allegato

ALLEGATO

IL QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE

A.1 DATI PERSONALI

1. **Sesso** M F

2. **Età:**

- Meno di 35 anni
- 35-39 anni
- 40-44 anni
- 45-49 anni
- 50-54 anni
- 55-59 anni
- 60-64 anni
- 65 anni o più

e-mail: (facoltativa) _____

3. **Regione di residenza:**

- Abruzzo
- Basilicata
- Calabria
- Campania
- Emilia Romagna
- Friuli Venezia Giulia
- Lazio
- Liguria
- Lombardia
- Marche
- Molise
- Piemonte
- Puglia
- Sardegna
- Sicilia
- Toscana
- Trentino Alto Adige
- Umbria
- Valle d'Aosta
- Veneto

4. **Indica il requisito (D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. art.38) da te posseduto per svolgere l'attività di MC (anche più di una risposta) e, per la specializzazione, l'anno di conseguimento:**

- Specializzazione in Medicina del lavoro o in Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica
Anno di specializzazione _____
- Specializzazione in Igiene e medicina preventiva
Anno di specializzazione _____

- Specializzazione in Medicina legale
Anno di specializzazione _____
- Master universitario per specialisti in Igiene e medicina preventiva o Medicina legale (ex Decreto Interministeriale 15/11/10)
- Docenza in Medicina del lavoro o in Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in Tossicologia industriale o in Igiene industriale o in Fisiologia e igiene del lavoro o in Clinica del lavoro
- Autorizzazione ex art.55 D.Lgs. 277/1991

5. Sei socio di qualcuna delle seguenti società scientifiche e/o associazioni professionali?

(anche più di una risposta)

- AIDII
- AIRM
- ANMA
- CoNaMeCo
- ICOH
- SIMLII
- SIVR
- Nessuna
- Altro _____

6. Hai mai svolto l'attività di Medico di fabbrica/MC?

- Sì
- No **Se no, non proseguire la compilazione del questionario**

7. Se sì:

- Ho svolto l'attività solo prima dell'entrata in vigore del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., cioè prima del 15/05/2008
In questo caso, non compilare il questionario
- Ho svolto l'attività di MC successivamente all'entrata in vigore del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., cioè dopo il 15/05/2008, ma attualmente non la sto svolgendo
In questo caso, compila il questionario a partire dalla domanda 18
- Svolgo attualmente l'attività di MC
In questo caso, compila tutto il questionario

A.2 DATI PERSONALI

8. Anno inizio attività come Medico di fabbrica/MC _____
9. Se oltre all'attività di MC svolgi attività medica in altri ambiti, specifica quali: *(anche più risposte)*
- Medicina ospedaliera, branca medica
 - Medicina ospedaliera, branca chirurgica
 - Medicina dei servizi
 - Medico specialista ambulatoriale
 - Medicina generale (medico di famiglia)
 - Libera professione, branca medica
 - Libera professione, branca chirurgica
 - Medico ente pubblico (es. INPS, INAIL)
 - Non svolgo altra attività
 - Altro (specificare) _____
10. Indicare la/e regione/i nella/e quale/i svolgi attività di MC: *(anche più risposte)*
- Abruzzo
 - Basilicata
 - Calabria
 - Campania
 - Emilia Romagna
 - Friuli Venezia Giulia
 - Lazio
 - Liguria
 - Lombardia
 - Marche
 - Molise
 - Piemonte
 - Puglia
 - Sardegna
 - Sicilia
 - Toscana
 - Trentino Alto Adige
 - Umbria
 - Valle d'Aosta
 - Veneto
11. Svolgi la tua attività di MC in qualità di: *(anche più di una risposta)*
- Libero professionista
 - Dipendente del DL
 - Dipendente di una struttura esterna pubblica (es. ASL, Università, INAIL) convenzionata con il DL
 - Dipendente di una struttura esterna privata (es. Centro Servizi di Medicina del Lavoro) convenzionata con il DL
 - Collaboratore di una struttura esterna pubblica (es. ASL, Università, INAIL) convenzionata con il DL
 - Collaboratore di una struttura esterna privata (es. Centro Servizi di Medicina del Lavoro) convenzionata con il DL

- Dipendente o collaboratore di una struttura esterna (es. IRCCS, RFI Spa) convenzionata con il DL

12. In quante aziende sei attualmente nominato MC?

- Meno di 10 aziende
 10-25 aziende
 26-50 aziende
 Più di 50 aziende

13. La maggior parte degli incarichi di MC a te conferiti è relativa ad aziende con numero di dipendenti? (una sola risposta)

- Meno di 10 dipendenti (Micro)
 Tra 11 e 49 dipendenti (Piccole)
 Tra 50 e 249 dipendenti (Medie)
 Più di 250 dipendenti (Grandi)

14. A quali dei settori di attività economica appartengono le aziende dove sei nominato MC?

(anche più di una risposta)

- A. AGRICOLTURA, SILVICOLTURA E PESCA
 B. ESTRAZIONE MINERALI DA CAVE E MINIERE
 C. ATTIVITÀ MANIFATTURIERE
- Industrie alimentari
 - Industria delle bevande
 - Industria del tabacco
 - Industrie tessili
 - Confezione di articoli abbigliamento, di articoli in pelle e pelliccia
 - Fabbricazione di articoli in pelle e simili
 - Industria del legno e dei prodotti in legno e sughero
 - Fabbricazione di carta e di prodotti di carta
 - Stampa e riproduzione di supporti registrati
 - Fabbricazione di coke e prodotti di raffinazione del petrolio
 - Fabbricazione di prodotti chimici
 - Fabbricazione di prodotti farmaceutici
 - Fabbricazione di articoli in gomma e materie plastiche
 - Fabbricazione di altri prodotti di lavorazione di minerali non metalliferi
 - Metallurgia
 - Fabbricazione di prodotti in metallo
 - Fabbricazione di computer, prodotti di elettronica e ottica
 - Fabbricazione di apparecchiature elettriche
 - Fabbricazione di macchinari e apparecchiature non classificate altrove
 - Fabbricazione di autoveicoli, rimorchi e semirimorchi
 - Fabbricazione di altri mezzi di trasporto
 - Fabbricazione di mobili
 - Altre industrie manifatturiere
 - Riparazione, manutenzione ed installazione di macchine e apparecchiature
- D. FORNITURA ENERGIA ELETTRICA, GAS, VAPORE
 E. FORNITURA DI ACQUA; RETI FOGNARIE, GESTIONE RIFIUTI
 F. COSTRUZIONI
 G. COMMERCIO ALL'INGROSSO E DETTAGLIO, RIPARAZIONE AUTO/MOTO
 H. TRASPORTO E MAGAZZINAGGIO

- I. ATTIVITÀ DEI SERVIZI DI ALLOGGIO E RISTORAZIONE
- J. SERVIZI DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE
- K. ATTIVITÀ FINANZIARIE E ASSICURATIVE
- L. ATTIVITÀ IMMOBILIARI
- M. ATTIVITÀ PROFESSIONALI, SCIENTIFICHE E TECNICHE
- N. NOLEGGIO, AGENZIE VIAGGIO, SERVIZI DI SUPPORTO IMPRESE
- O. AMMINISTRAZIONE PUBBLICA E DIFESA; ASSICURAZIONE SOCIALE OBBLIGATORIA
- P. ISTRUZIONE
- Q. SANITÀ E ASSISTENZA SOCIALE
- R. ATTIVITÀ ARTISTICHE, SPORTIVE, DI INTRATTENIMENTO
- S. ALTRE ATTIVITÀ DI SERVIZI

15. In totale, quanti lavoratori segui come MC?

- Meno di 50 lavoratori
- Tra 51 e 100 lavoratori
- Tra 101 e 500 lavoratori
- Tra 501 e 1.000 lavoratori
- Tra 1.001 e 1.500 lavoratori
- Più di 1.500 lavoratori

16. In qualche azienda svolgi attività come MCC (art.39 c.6 D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)?

- Sì
- No

17. Quali rischi sono presenti nelle aziende dove svolgi attività di MC?

- Movimentazione manuale dei carichi
- Vibrazioni
- Rumore
- Sovraccarico biomeccanico arti superiori
- Campi elettromagnetici
- Radiazioni ottiche artificiali
- Agenti chimici
- Agenti cancerogeni
- Lavoro notturno
- Amianto
- Agenti biologici
- Videoterminali
- Stress lavoro-correlato
- Radiazioni ionizzanti (cat. B)
- Altro _____

B. BISOGNI FORMATIVI/DI AGGIORNAMENTO DEL MEDICO COMPETENTE

18. Sulla base della tua esperienza come MC, esprimi il tuo grado di accordo con le seguenti affermazioni:

a) È necessario che per il MC ci sia, al contrario che per i medici che operano in tutte le altre discipline, l'obbligo di acquisizione (art.38 c.3 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.) dei crediti previsti dal programma triennale ECM "nella misura non inferiore al 70% del totale nella disciplina medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro".

- 1 Per niente d'accordo
 2 Poco d'accordo
 3 Abbastanza d'accordo
 4 Molto d'accordo
 5 Del tutto d'accordo

b) Il sistema ECM corrisponde, nella pratica, ad un efficace aggiornamento per il MC.

- 1 Per niente d'accordo
 2 Poco d'accordo
 3 Abbastanza d'accordo
 4 Molto d'accordo
 5 Del tutto d'accordo

19. Quali condizioni, tra le seguenti, favorirebbero una più confacente offerta formativa in materia di Medicina del lavoro e sicurezza sui luoghi di lavoro? (scala da 1 a 5 dove 1 corrisponde a Per niente confacente e 5 a Del tutto confacente)

	Per niente confacente	Poco confacente	Abbastanza confacente	Molto confacente	Del tutto confacente
	1	2	3	4	5
Maggior offerta di FAD	<input type="checkbox"/>				
Durata degli eventi di 2 gg al massimo	<input type="checkbox"/>				
Organizzazione in giorni non lavorativi, ad esempio durante il weekend	<input type="checkbox"/>				
Abbattimento dei costi	<input type="checkbox"/>				
Sede degli eventi a distanza non > 100 Km da residenza	<input type="checkbox"/>				
Maggiore pubblicizzazione degli eventi	<input type="checkbox"/>				
Programmazione più aderente al reale fabbisogno formativo	<input type="checkbox"/>				

20. In relazione alle tematiche trattate negli eventi formativi proposti in Medicina del lavoro, indica, tra i seguenti argomenti, i 3 per te più importanti: (indicare solo 3 argomenti)

- Aspetti pratici di SS (protocolli, giudizi di idoneità, ecc.)
 Monitoraggio biologico
 Igiene industriale applicata alla Medicina del lavoro
 Aspetti di valutazione del rischio
 Tecniche di comunicazione del rischio
 Metodologie di sorveglianza epidemiologica

- Promozione della salute
- Adempimenti medico-legali
- Aggiornamento normativo
- Privacy, deontologia, etica
- Aspetti anti-infortunistici applicati alla medicina del lavoro
- Disabilità e lavoro
- Counselling con RLS/Lavoratori/DL
- Altro _____

21. Relativamente al tuo fabbisogno formativo, indica, tra i seguenti “rischi” i 3 per i quali ritieni importante la trattazione negli eventi formativi proposti in Medicina del lavoro: (indicare solo 3 argomenti)

- Movimentazione manuale dei carichi
- Sovraccarico biomeccanico arti superiori
- Vibrazioni
- Rumore
- Campi elettromagnetici
- Radiazioni ottiche artificiali
- Videoterminali
- Lavoro notturno
- Agenti chimici
- Agenti cancerogeni
- Amianto
- Agenti biologici
- Radiazioni ionizzanti
- Stress lavoro-correlato

22. Su una scala da 1 a 5 (dove 1 corrisponde a Per niente utile e 5 a Del tutto utile), quanto ritieni utili per il tuo aggiornamento di MC ognuno dei seguenti strumenti?

	Per niente utile	Poco utile	Abbastanza utile	Molto utile	Del tutto utile
	1	2	3	4	5
Riviste scientifiche	<input type="checkbox"/>				
Newsletter siti web	<input type="checkbox"/>				
Consultazione di banche dati	<input type="checkbox"/>				
Convegni/congressi	<input type="checkbox"/>				
Corsi di formazione con lezioni frontali	<input type="checkbox"/>				
FAD	<input type="checkbox"/>				
Programma di FAD della SIMLII (MeLA)	<input type="checkbox"/>				
Incontri per discussione di case studies	<input type="checkbox"/>				
Seminari organizzati dall'Università	<input type="checkbox"/>				
Seminari organizzati dall'OdV	<input type="checkbox"/>				

C. ATTIVITÀ PROFESSIONALE E RAPPORTI CON LE FIGURE DELLA PREVENZIONE AZIENDALE

23. Prima di iniziare l'attività di MC per un'azienda, chiedi di:

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
	1	2	3	4	5
Visionare il DVR	<input type="checkbox"/>				
Visionare il registro degli infortuni	<input type="checkbox"/>				
Visionare le relazioni di sopralluogo del precedente MC	<input type="checkbox"/>				
Visionare eventuali verbali di ispezione dell'OdV	<input type="checkbox"/>				
Visionare le procedure di Primo Soccorso	<input type="checkbox"/>				
Visionare i piani di emergenza	<input type="checkbox"/>				
Visionare il protocollo di sorveglianza sanitaria attuato dal precedente MC	<input type="checkbox"/>				
Effettuare un sopralluogo conoscitivo	<input type="checkbox"/>				
Incontrare il RSPP	<input type="checkbox"/>				
Incontrare il RLS	<input type="checkbox"/>				

24. Nelle aziende dove sei nominato MC, sei stato coinvolto dal DL: (attribuire un punteggio da 1 a 5 a ciascuna voce dove 1 corrisponde a Mai e 5 a Sempre)

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
	1	2	3	4	5
Nell'organizzazione dei corsi di formazione per i lavoratori sui rischi specifici presenti in azienda	<input type="checkbox"/>				
Nell'organizzazione dei corsi di formazione per il primo soccorso	<input type="checkbox"/>				
Nell'approntamento dei piani di gestione delle emergenze	<input type="checkbox"/>				
Nell'individuazione delle procedure di Primo Soccorso	<input type="checkbox"/>				
Nella scelta dei DPI	<input type="checkbox"/>				
Nella valutazione del rischio	<input type="checkbox"/>				
Nella valutazione del rischio da stress lavoro-correlato	<input type="checkbox"/>				
Nel ricollocamento dei lavoratori non idonei	<input type="checkbox"/>				
Nell'attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori	<input type="checkbox"/>				

25. Sulla base della tua esperienza di MC, quale grado di complessità assegni alle seguenti attività? (scala da 1 a 5 dove 1 corrisponde a *Per niente complesso* e 5 a *Del tutto complesso*)

	Per niente complesso	Poco complesso	Abbastanza complesso	Molto complesso	Del tutto complesso
	1	2	3	4	5
Collaborazione alla valutazione del rischio	<input type="checkbox"/>				
Visita degli ambienti di lavoro	<input type="checkbox"/>				
Consegna/inoltro documentazione sanitaria al destinatario istituzionale	<input type="checkbox"/>				
Verifica condizioni di uso di sostanze stupefacenti	<input type="checkbox"/>				
Verifica condizioni di alcol-dipendenza	<input type="checkbox"/>				

26. Sulla base della tua esperienza professionale, ritieni necessario che il MC sia sempre coinvolto nella valutazione dei rischi?

- Sì
 No

27. Ritieni che la sorveglianza sanitaria ed il giudizio di idoneità alla mansione specifica debbano tener conto anche della tutela dei terzi? (*una sola risposta*)

- Sì, in ogni caso
 Solo nel settore sanitario, per il rischio agenti biologici
 Solo nel caso delle mansioni per le quali la normativa vigente prevede accertamenti di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope e di alcol-dipendenza
 No

28. In relazione alla tua esperienza, esprimi il tuo grado di accordo con le seguenti affermazioni:

a) La “verifica di assenza di condizioni di alcol-dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti”, da parte del MC, è uno strumento preventivo efficace.

- 1 Per niente d'accordo
2 Poco d'accordo
3 Abbastanza d'accordo
4 Molto d'accordo
5 Del tutto d'accordo

b) L'allegato 3B (art.40 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.) è “un utile strumento di prevenzione”.

- 1 Per niente d'accordo
2 Poco d'accordo
3 Abbastanza d'accordo
4 Molto d'accordo
5 Del tutto d'accordo

c) L'allegato 3B (art.40 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.) è "un adempimento complesso".

- 1 Per niente d'accordo
- 2 Poco d'accordo
- 3 Abbastanza d'accordo
- 4 Molto d'accordo
- 5 Del tutto d'accordo

29. Sulla base della tua esperienza, quanto ritieni utile che il MC, nel sopralluogo degli ambienti di lavoro, sia accompagnato da: (scala da 1 a 5 dove 1 corrisponde a Inutile e 5 al Massima utilità)

	Inutile	Poco utile	Abbastanza utile	Molto utile	Massima utilità
	1	2	3	4	5
DL/Dirigente/Preposto	<input type="checkbox"/>				
RSPP	<input type="checkbox"/>				
RLS	<input type="checkbox"/>				

30. Sulla base della tua esperienza di MC, quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni:

a) Il DL rispetta l'indipendenza e l'autonomia del MC.

- 1 Per niente d'accordo
- 2 Poco d'accordo
- 3 Abbastanza d'accordo
- 4 Molto d'accordo
- 5 Del tutto d'accordo

b) L'obbligo formativo per i lavoratori è uno strumento che permette di incidere sui loro comportamenti.

- 1 Per niente d'accordo
- 2 Poco d'accordo
- 3 Abbastanza d'accordo
- 4 Molto d'accordo
- 5 Del tutto d'accordo

31. Generalmente, il tuo rapporto con il RLS, per eventuali problematiche di gestione della salute e sicurezza in azienda, è: (una sola risposta)

- Formale
- Collaborativo
- Inesistente

32. In base alla tua esperienza lavorativa, generalmente, il tuo rapporto con il RSPP, per eventuali problematiche di gestione della salute e sicurezza in azienda, è: (una sola risposta)

- Formale
- Collaborativo
- Inesistente

33. Secondo te, quale tra le seguenti definizioni descrive meglio la finalità della “tutela della salute e sicurezza sul lavoro”? (una sola risposta)

- Un obbligo di legge
- Un dovere morale nei confronti dei lavoratori
- Una responsabilità condivisa con le figure della prevenzione
- Un valore aggiunto
- Un investimento sociale

34. Sulla base della tua esperienza di MC, quanto sei d'accordo con la seguente affermazione:

a) A seguito dell'emanazione del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., il livello di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori è aumentato.

- 1 Per niente d'accordo
- 2 Poco d'accordo
- 3 Abbastanza d'accordo
- 4 Molto d'accordo
- 5 Del tutto d'accordo

35. Quante volte, negli ultimi 5 anni, ti è capitato di:

	Mai	≤5	6-15	6-25	>25
Refertare malattie da lavoro	<input type="checkbox"/>				
Denunciare malattie da lavoro ex art.139 D.P.R. 1124/1965	<input type="checkbox"/>				
Redigere primo certificato INAIL	<input type="checkbox"/>				

36. Sulla base della tua esperienza di MC, in riferimento ai diversi adempimenti - referto/denunce - in capo al medico in caso di patologie da lavoro, quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni:

a) Il referto è un utile strumento di “controllo”.

- 1 Per niente d'accordo
- 2 Poco d'accordo
- 3 Abbastanza d'accordo
- 4 Molto d'accordo
- 5 Del tutto d'accordo

b) La denuncia di malattia professionale ex art.139 D.P.R. 1124/1965 è un utile strumento epidemiologico.

- 1 Per niente d'accordo
- 2 Poco d'accordo
- 3 Abbastanza d'accordo
- 4 Molto d'accordo
- 5 Del tutto d'accordo

c) La semplificazione delle procedure di referto/denuncia di malattie professionali contribuirebbe ad una migliore gestione degli adempimenti stessi.

- 1 Per niente d'accordo
- 2 Poco d'accordo
- 3 Abbastanza d'accordo
- 4 Molto d'accordo
- 5 Del tutto d'accordo

D. RAPPORTI CON L'ORGANO DI VIGILANZA

37. Nella tua esperienza lavorativa di MC, sei entrato in contatto con gli OdV:

- Sì
- No

38. Se hai risposto sì alla domanda precedente, indica in quale delle seguenti occasioni sei entrato in contatto con OdV: (anche più di una risposta)

- Richiesta di assistenza in materia di salute e sicurezza sul lavoro
- Eventi formativi/seminariali organizzati dall'Organo di Vigilanza
- Attività ispettiva in azienda dove sei nominato MC
- In seguito a denuncia/referto di malattia professionale
- In seguito a ricorso avverso giudizio di idoneità
- In seguito ad eventi infortunistici in azienda dove sei nominato MC

39. Sulla base della tua esperienza come MC, esprimi il tuo grado di accordo con le seguenti affermazioni:

a) L'assistenza offerta dall'OdV può apportare un aumento dell'efficacia delle attività del MC.

- 1 Per niente d'accordo
- 2 Poco d'accordo
- 3 Abbastanza d'accordo
- 4 Molto d'accordo
- 5 Del tutto d'accordo

b) L'offerta formativa fornita dall'OdV può apportare un aumento dell'efficacia delle attività del MC.

- 1 Per niente d'accordo
- 2 Poco d'accordo
- 3 Abbastanza d'accordo
- 4 Molto d'accordo
- 5 Del tutto d'accordo

c) Il controllo, da parte dell'OdV, del rispetto degli obblighi previsti dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., può portare a modificare alcuni aspetti dell'attività del MC.

- 1 Per niente d'accordo
- 2 Poco d'accordo
- 3 Abbastanza d'accordo
- 4 Molto d'accordo
- 5 Del tutto d'accordo

d) L'attività ispettiva degli OdV è efficace nel migliorare la salute e sicurezza sul lavoro.

- 1 Per niente d'accordo
- 2 Poco d'accordo
- 3 Abbastanza d'accordo
- 4 Molto d'accordo
- 5 Del tutto d'accordo

e) Ci sono sovrapposizioni di ruoli e competenze fra SPRESAL/SPISAL/PISSL, ecc. ed altri OdV (es. Ispettorato del Lavoro, ARPA, Vigili del Fuoco, ecc.).

- 1 Per niente d'accordo
- 2 Poco d'accordo
- 3 Abbastanza d'accordo
- 4 Molto d'accordo
- 5 Del tutto d'accordo

E. RAPPORTI CON IL SSN

40. Hai mai avuto la necessità, come MC, di richiedere consulenze a strutture di II livello per:

Valutazione diagnostica di malattie da lavoro

- Sì
- No

Gestione di idoneità difficili e/o complesse

- Sì
- No

41. Se hai risposto con almeno un sì alla domanda precedente, indica:

a) Il grado di difficoltà che hai incontrato per: (scala da 1 a 5 dove 1 corrisponde a Per niente difficoltoso e 5 a Completamente difficoltoso)

	Per niente difficoltoso	Poco difficoltoso	Abbastanza difficoltoso	Molto difficoltoso	Completamente difficoltoso
	1	2	3	4	5
Reperimento struttura II livello sul territorio	<input type="checkbox"/>				
Contatto con la struttura II livello	<input type="checkbox"/>				

b) Il grado di efficacia riscontrato per: (scala da 1 a 5 dove 1 corrisponde a Per niente efficace e 5 a Completamente efficace)

	Per niente efficace	Poco efficace	Abbastanza efficace	Molto efficace	Completamente efficace
	1	2	3	4	5
Capacità organizzativa della struttura II livello ad effettuare accertamenti richiesti	<input type="checkbox"/>				
Utilità nella risoluzione del problema specifico	<input type="checkbox"/>				

42. Negli ultimi 5 anni, durante lo svolgimento dell'attività di MC, hai contattato qualche volta il MMG per lo scambio di informazioni sulla salute di un lavoratore affetto da patologie extralavorative?

- Sì
 No

43. Indipendentemente dalla risposta alla domanda precedente, in riferimento al contatto con il MMG, quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni? (scala da 1 a 5 dove 1 corrisponde a Per niente d'accordo e 5 a Del tutto d'accordo)

	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo	Del tutto d'accordo
	1	2	3	4	5
I lavoratori non facilitano lo scambio di informazioni	<input type="checkbox"/>				
I MMG non sembrano interessati alle segnalazioni del MC	<input type="checkbox"/>				
Non ritengo lo scambio di informazioni utile all'esecuzione della SS	<input type="checkbox"/>				
Il contatto è difficoltoso, ma sempre importante per la tutela della salute del lavoratore	<input type="checkbox"/>				
Il contatto è difficoltoso, ma è importante per la gestione degli ex esposti a cancerogeni	<input type="checkbox"/>				