

S. Iavicoli¹, B. Persechino¹, C. Chianese¹, A. Marinaccio¹, B. Rondinone¹, G. Abbritti², P. Apostoli³, L. Soleo⁴, L. Ambrosi⁵

Indagine conoscitiva sul fabbisogno formativo in medicina del lavoro in Italia

¹ ISPEL (Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro) - Dip.to Medicina del Lavoro

² Università di Perugia - Istituto di Medicina del Lavoro e Tossicologia Professionale e Ambientale

³ Università di Brescia - Cattedra di Igiene Industriale

⁴ Università di Bari - Dipartimento di Medicina Interna e Medicina Pubblica - Sezione di Medicina del Lavoro

⁵ Università di Foggia - Cattedra di Medicina del Lavoro

RIASSUNTO. Il D.Lgs 502/92 integrato dal D.Lgs 229/99 ha istituzionalizzato la formazione medica continua (ECM) quale processo indispensabile per l'aggiornamento delle conoscenze scientifiche e delle competenze del medico in considerazione della rapida evoluzione della medicina; in particolare, per il Medico del Lavoro/Medico Competente (ML/MC), tale aggiornamento deve comprendere oltre la tradizionale area clinica, anche quelle tecnologica, ergonomica, tossicologica, epidemiologica e normativa.

Dall'analisi dei risultati di una preliminare indagine, l'ISPEL e la SIMLII hanno evidenziato il fabbisogno formativo del ML/MC per l'ottimizzazione dello specifico processo formativo finalizzato ad una buona pratica in Medicina del Lavoro.

Parole chiave: formazione medica continua, medicina del lavoro.

ABSTRACT. www.gimle.fsm.it

The importance to correctly address continuing education among occupational health professionals in Italy has been particular in the focus of the Scientific and Professional Medical Community also in consideration of the recent regulations implemented in the field of Continuing Medical Education (CME).

The Italian Society of Occupational Medicine recently developed an advanced programme of Continuing Medical Education for Occupational Physician.

In order to correctly assess the education needs and collect valid information of Occupational Physicians in Italy we administered a target questionnaire among a group of them. The results are analyzed and discussed.

Key words: continuing medical education, occupational health.

Introduzione

Con il D.Lgs n. 502 del 30/12/92 e successive modifiche ed integrazioni, in Italia è stata istituzionalizzata la formazione medica continua (ECM); il dovere deontologico del medico di "curare" la propria preparazione al fine di mantenere uno standard qualitativo sufficientemente elevato viene tradotto nell'obbligo specifico di formazione continua (2, 12).

Se la Medicina Generale ha come obiettivo la tutela della salute del cittadino, attraverso forme di prevenzione, cura e riabilitazione e se qualsiasi intervento posto in atto deve essere centrato sulla persona nella sua globalità e complessità, la Medicina del Lavoro, per rispondere alle sue aspettative ed alla specificità dei suoi bisogni, deve avere come "target" il lavoratore e le problematiche legate all'ambiente di lavoro.

Molte sono le considerazioni che impongono al Medico del Lavoro/Medico Competente (ML/MC) la necessità di una formazione continua (1, 3); per le innumerevoli peculiarità della Medicina del Lavoro, la formazione non può essere lasciata solo all'iniziativa del singolo ma deve essere organizzata, gestita, controllata e garantita da strutture istituzionali e/o società scientifiche (1, 2, 3, 12). Le peculiarità ed il campo d'azione della Medicina del Lavoro creano delle differenze con altre branche specialistiche in quanto essa presenta:

- oltre alle tradizionali aree cliniche, l'ergonomia, la tossicologia, l'epidemiologia, la tecnologia;
- la rapida evoluzione del mondo del lavoro e dei processi produttivi;
- l'emersione di nuovi rischi e conseguenti nuove patologie;
- l'evoluzione del quadro normativo;
- la richiesta di sempre maggiore competenza e professionalità nel confronto con le numerose figure coinvolte nella prevenzione.

La formazione continua nel campo della Medicina del Lavoro deve, pertanto, contribuire ad aggiornare una cultura professionale che, ponendo al centro dell'intervento il lavoratore, si concretizzi nel miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate in termini soprattutto di efficacia di interventi preventivi (1, 2, 3, 11, 12).

L'evoluzione continua dello scenario di riferimento per la formazione determina la necessità di cambiare e di adeguarsi puntualmente per poter essere sempre funzionali al ruolo; cambiano i paradigmi che la sostengono e quindi gli obiettivi, le metodologie, i contenuti, le tecniche e la valutazione; non deve essere la realtà operativa che si adatta al modello formativo, ma la formazione deve essere ideata e realizzata per la singola situazione e per il singolo contesto. Deve esserci una forte coesione tra proposta formativa e trasferibilità alla realtà; la formazione deve ancorarsi energeticamente agli aspetti operativi per orientare le singole professionalità all'integrazione ed al conseguimento di obiettivi e risultati comuni (1, 2, 3, 12).

La determinazione del fabbisogno formativo, in ogni campo, pur essendo un processo complesso, è fondamentale per la programmazione di una formazione di qualità in grado di essere efficace, coerente e capace di cogliere istanze innovative; pertanto, tale momento deve coinvolgere coloro che sono nello stesso tempo "i committenti e gli utenti" della formazione, ponendo le premesse necessarie per un intervento formativo di successo.

In tale contesto, l'analisi del fabbisogno deve essere considerata come una fase del processo formativo propeudica alla realizzazione delle attività e, contemporaneamente, anche formativa di per sé e rappresentare un punto di partenza fondamentale nell'impostazione di un programma di formazione.

Le aree da cui attingere informazioni per la definizione del fabbisogno formativo in Medicina del Lavoro sono due:

- la prima riguarda la richiesta espressa dai singoli professionisti
- la seconda è da ricercare attraverso l'analisi di normativa, letteratura scientifica, evoluzione tecnologica al fine di orientare gli interventi formativi anche nel rispetto delle indicazioni previste dagli strumenti legislativi e scientifici/tecnologici.

L'ISPESL e la SIMLII, nel contesto della collaborazione iniziata qualche anno fa sulla problematica dell'accreditamento e della formazione del ML/MC concretizzatasi con la costituzione di gruppi di lavoro per la predisposizione delle Linee Guida di indirizzo generale e su singoli argomenti da utilizzare anche nel "Programma di Formazione per l'accreditamento di eccellenza e l'aggiornamento in Medicina del Lavoro" (1, 2, 3, 4, 12), hanno promosso una preliminare indagine conoscitiva sul fabbisogno formativo del ML/MC.

In tale contesto, il presente studio si è proposto di acquisire informazioni sullo stato del fabbisogno formativo del ML/MC allo scopo di orientare l'ottimizzazione dello specifico processo formativo conferendo il giusto ruolo a tutte quelle dimensioni della qualità (professionale, organizzativa e relazionale) che richiedono approfondimento e/o aggiornamento culturali per colmare eventuali lacune rispetto a conoscenze, abilità e comportamenti attesi.

Metodi

L'indagine sull'Educazione Medica Continua è stata svolta mediante la somministrazione di un questionario ad

un campione di 134 medici competenti, intesi come specialisti in Medicina del Lavoro e/o medici competenti ex art. 55 D.Lgs 277/91.

Il questionario è suddiviso in due sezioni: nella prima si richiedono informazioni di tipo anagrafico (età e sesso) e informazioni relative all'attività professionale (anno di specializzazione in Medicina del Lavoro, possesso di altra specializzazione, anni di attività come medico del lavoro o medico competente, regione di attività prevalente).

La seconda parte del questionario è costituita da domande finalizzate ad analizzare i molteplici aspetti e/o problematiche dell'Educazione Medica Continua in Medicina del Lavoro, aspetti che riguardano i contenuti e la tipologia formativa in relazione sia alla zona geografica di residenza sia al reale fabbisogno dei medici stessi.

L'analisi geografica dei dati è stata condotta creando 4 macroregioni:

- il *Nord-Est* formato dall'Emilia Romagna, dal Friuli Venezia Giulia, dal Trentino Alto Adige e dal Veneto;
- il *Nord-Ovest* comprendente la Liguria, la Lombardia, il Piemonte e la Valle d'Aosta;
- il *Centro* comprendente il Lazio, le Marche, l'Umbria e la Toscana;
- il *Sud-Isole* nel quale rientrano l'Abruzzo, la Basilicata, la Calabria, la Campania, la Puglia, la Sardegna e la Sicilia.

Per alcune domande, in particolare quelle che riguardano l'aspetto economico dei corsi di formazione, l'utilizzo della rete quale mezzo di aggiornamento e l'utilità di particolari tipologie formative, si è analizzata l'eventuale presenza di associazione tra classi di età e risposte date. Il campione è stato pertanto suddiviso in tre classi di età: meno di 40 anni, 40-54 anni e 55 anni e oltre.

Il questionario è stato somministrato a 134 soggetti di cui 102 uomini e 32 donne, di età compresa tra i 28 e i 78 anni, provenienti da tutto il territorio nazionale con una lieve prevalenza degli appartenenti alla macroregione Sud-Isole (29%); seguono il Centro (22%), il Nord-Est (21%) e il Nord-Ovest (19%). Il 9% non ha riportato la regione di attività prevalente. La quasi totalità del campione (90%) è costituita da medici competenti specialisti in Medicina del Lavoro; i medici competenti ex art. 55 D.Lgs 277/91 sono solo l'8%. Il restante 2% non ha specificato la propria posizione professionale.

Per accertarsi dell'eventuale presenza di associazione tra le macroregioni di appartenenza e le risposte date è stato utilizzato il "test del Chi-Quadrato", che consente di verificare la significatività della differenza tra le distribuzioni di frequenze osservate e le distribuzioni di frequenze attese o teoriche, dove per frequenze attese si intendono le frequenze che ci si aspetterebbe se realmente non ci fosse alcuna associazione tra le variabili considerate.

Risultati

Dall'analisi dei dati desunti dai questionari, emerge che le iniziative ECM costituiscono un'importante occasione di aggiornamento per il 34% degli intervistati; tuttavia una percentuale abbastanza elevata (49%) oltre a con-

siderarle un valido strumento formativo, teme che possano trasformarsi in un "pesante adempimento burocratico". Un'elevata percentuale di soggetti (63%) ritiene che l'iniziativa ECM, nel suo complesso, non sia stata adeguatamente diffusa e illustrata.

Il ruolo che i medici del lavoro dovrebbero assumere nell'ambito delle attività ECM è, secondo il 37% dei soggetti (maggioranza relativa degli intervistati), di tipo attivo che preveda tempi di interazione con altri colleghi per il confronto di esperienze personali.

Per quanto riguarda gli aspetti puramente organizzativi relativi alla durata e ai tempi di svolgimento, circa il 53% dei medici intervistati sarebbe disposto a seguire corsi intensivi tenuti nei week-end mentre il 35% è a favore di corsi tenuti un giorno al mese per tre o quattro mesi. Il 66% dedicherebbe alle attività ECM più di 24 ore all'anno; percentuali più basse di intervistati ritengono che le attività ECM debbano tenersi in tempi minori. In particolare, il 25% è disposto a seguire eventi formativi per un numero di ore annue compreso tra 12 e 24, l'8% dedicherebbe un numero di ore annue compreso tra 6 e 12 e solo l'1% non vorrebbe dedicarle più di 6 ore all'anno.

I dati relativi alla facilità di accesso a eventi formativi quali corsi di formazione e aggiornamento professionale, convegni e congressi in tema di Medicina del Lavoro, iniziative di confronto con altri medici e seminari di aggiornamento organizzati da scuole di specializzazione sono riportati nella Tabella I, dalla quale si desume anche la presenza di evidenti differenze geografiche, in particolare tra le macroaree Sud-Isole e Nord-Ovest.

Dalla valutazione del rapporto costo/beneficio dei corsi di formazione, è emerso che il 39% degli intervistati lo considera buono, il 28% eccessivamente oneroso, solo l'1% lo ritiene ottimo; è abbastanza elevata la percentuale di "non so" (circa 32%).

L'analisi del bisogno formativo relativo ai rischi per cui è prevista la sorveglianza sanitaria obbligatoria, quali il rumore, la movimentazione manuale dei carichi, i videoterminali, gli agenti biologici, gli agenti cancerogeni e gli agenti chimici è riportata nella Tabella II.

In merito alla normativa italiana sulla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, il 60% degli intervistati ritiene che il proprio livello di conoscenza possa essere migliorato mentre il restante 40% lo considera adeguato.

Tabella I. Facilità di accesso ad eventi formativi. Valori assoluti e valori percentuali. Analisi geografica

	Facilità di accesso a eventi formativi				Test Chi-Quadrato per l'analisi geografica - p-value	Significatività della differenza tra frequenze assolute e teoriche
	Bassa	Media	Alta	Non so		
Corsi di formazione e aggiornamento professionale	48 (35,8%)	55 (41,0%)	26 (19,4%)	5 (3,7%)	<0,01	Bassa facilità: Sud-Isole Alta facilità: Nord-Ovest
Convegni e congressi in tema di Medicina del Lavoro	48 (35,8%)	54 (40,3%)	28 (20,9%)	4 (3,0%)	<0,01	Bassa facilità: Sud-Isole Alta facilità: Nord-Ovest
Iniziative di confronto con altri medici organizzate dall'organo di vigilanza ASL	69 (51,5%)	34 (25,4%)	20 (14,9%)	11 (8,2%)	<0,01	Bassa facilità: Sud-Isole Alta facilità: Nord-Ovest
Seminari di aggiornamento organizzati da scuole di specializzazione	53 (39,6%)	44 (32,8%)	28 (20,9%)	9 (6,7%)	0,13	ns

Tabella II. Grado di necessità di formazione rispetto ai rischi per cui è prevista la sorveglianza sanitaria obbligatoria. Valori assoluti e valori percentuali. Analisi geografica

	Livello di necessità di formazione				Test Chi-Quadrato per l'analisi geografica - p-value	Significatività della differenza tra frequenze assolute e teoriche
	Necessario	Indispensabile	Non necessario	Non so		
Rumore	68 (50,7%)	16 (11,9%)	43 (32,1%)	7 (5,2%)	0,29	ns
Movimentazione manuale dei carichi	82 (61,2%)	31 (23,1%)	15 (11,2%)	6 (4,5%)	0,24	ns
Videoterminali	75 (56,0%)	17 (12,7%)	36 (26,9%)	6 (4,5%)	0,15	ns
Agenti biologici	83 (61,9%)	40 (29,9%)	8 (6,0%)	3 (2,2%)	0,67	ns
Agenti cancerogeni	57 (42,5%)	71 (53,0%)	2 (1,5%)	4 (3,0%)	0,11	ns
Agenti chimici	64 (47,8%)	64 (47,8%)	2 (1,5%)	4 (3,0%)	<0,01	Indispensabile: Centro Necessario: Nord-Est
Altro	49 (36,6%)	14 (10,5%)	0 (0,0%)	71 (53,0%)	<0,01	Indispensabile: Centro, Nord-Ovest Necessario: Sud-Isole

È stato, inoltre, analizzato il bisogno formativo relativo alle diverse aree di attività del medico del lavoro, quali la valutazione dei rischi, la sorveglianza sanitaria, la consulenza aziendale, la formazione/informazione dei lavoratori, la sorveglianza epidemiologica, la medicina legale e il pronto soccorso. I risultati sono stati presentati in Tabella III.

Per quel che riguarda la formazione sulle tecniche di comunicazione relative ai compiti formativi e di interazione con i lavoratori, i datori di lavoro e altre figure della prevenzione, si evidenzia che il 77% degli intervistati la ritiene utile. Molto basse sono le percentuali di coloro che

non sono interessati a questa tematica (13%) e di coloro che non hanno espresso un parere ben definito (10%).

Oltre all'analisi del bisogno formativo dei medici del lavoro, è stata analizzata anche l'importanza e l'utilità di particolari tipologie formative, quali, ad esempio, l'apprendimento a distanza, i convegni e congressi, i cicli di seminari di scuole di specializzazione, i corsi pratici intensivi e gli incontri di condivisione di esperienze con colleghi, di cui si riportano i risultati in Tabella IV. L'analisi condotta per classi di età non ha messo in evidenza particolari associazioni, salvo che nella domanda relativa all'uso delle risorse di rete come mezzo di aggiornamento (Figura 1).

Tabella III. Grado di necessità di formazione relativo alle diverse aree di attività del medico del lavoro. Valori assoluti e valori percentuali. Analisi geografica

	Livello di necessità di formazione				Test Chi-Quadrato per l'analisi geografica - p-value	Significatività della differenza tra frequenze assolute e teoriche
	Necessario	Indispensabile	Non necessario	Non so		
Valutazione dei rischi	52 (38,8%)	59 (44,0%)	6 (4,5%)	17 (12,7%)	0,80	ns
Sorveglianza sanitaria	59 (44,0%)	49 (36,6%)	13 (9,7%)	13 (9,7%)	0,52	ns
Consulenza aziendale	45 (33,6%)	45 (33,6%)	18 (13,4%)	26 (19,4%)	0,25	ns
Formazione/Informazione dei lavoratori	54 (40,3%)	49 (36,6%)	11 (8,2%)	20 (14,9%)	0,74	ns
Sorveglianza epidemiologica	41 (30,6%)	64 (47,8%)	7 (5,2%)	22 (16,4%)	0,35	ns
Medicina legale	46 (34,3%)	55 (41,0%)	13 (9,7%)	20 (14,9%)	0,72	ns
Pronto soccorso	57 (42,5%)	38 (28,4%)	17 (12,7%)	22 (16,4%)	0,56	ns

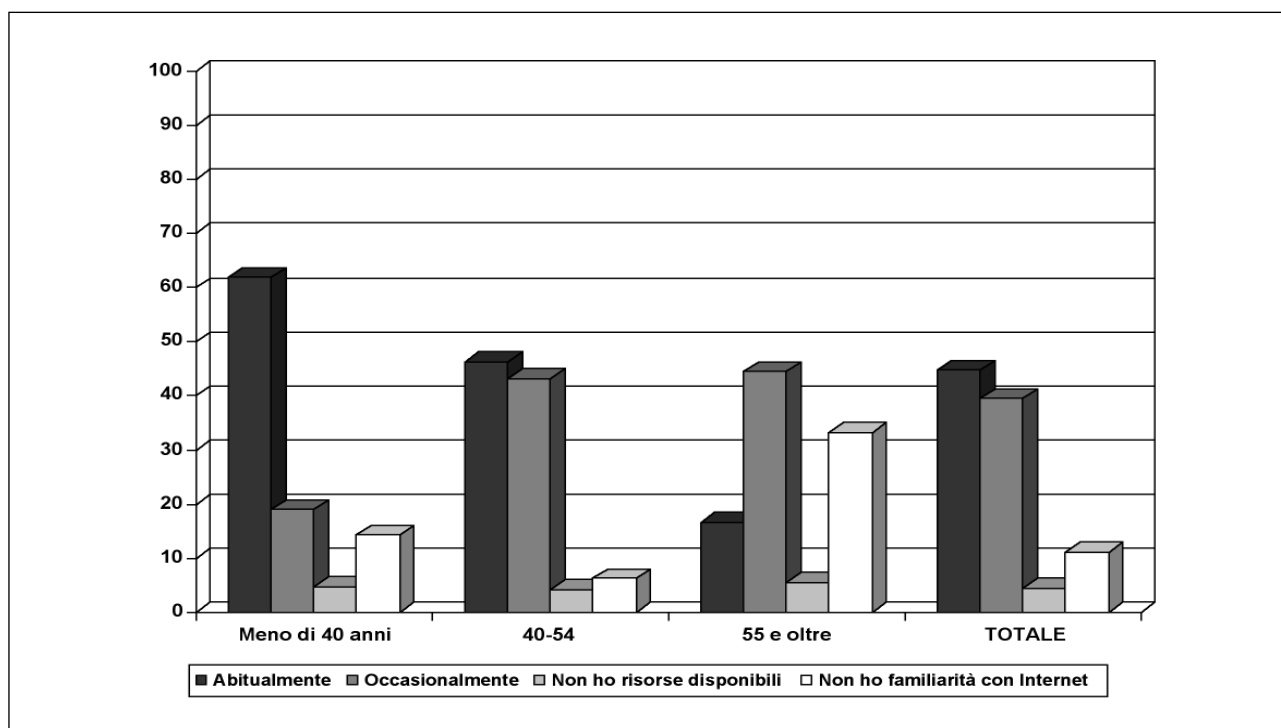


Figura 1. Utilizzo delle risorse di rete per classi di età

Tabella IV. Utilità e accessibilità di alcune tipologie formative. Valori assoluti e valori percentuali. Analisi geografica.

	Grado di utilità e accessibilità				Test Chi-Quadrato per l'analisi geografica - p-value	Significatività della differenza tra frequenze assolute e teoriche
	Sempre	Mai	A volte	Non so		
Apprendimento a distanza	27 (20,1%)	13 (9,7%)	59 (44,0%)	35 (26,1%)	0,79	ns
Convegno/congresso	49 (36,6%)	4 (3,0%)	72 (53,7%)	9 (6,7%)	0,27	ns
Cicli di seminari di scuola di specializzazione	57 (42,5%)	5 (3,7%)	49 (36,6%)	23 (17,2%)	0,37	ns
Corsi pratici intensivi	61 (45,5%)	7 (5,2%)	39 (29,1%)	27 (20,1%)	0,53	ns
Incontri di condivisione di esperienze con colleghi e ASL di competenza	68 (50,7%)	9 (6,7%)	42 (31,3%)	15 (11,2%)	0,04	Sempre: Centro Mai: Sud-Isole

È stata, infatti, rilevata una differenza nell'uso delle risorse di rete determinata dalla classe di età di appartenenza, con un livello di significatività dell'1% (p-value=0.001). Infatti, analizzando i contributi individuali al Chi-Quadrato emerge che, rispetto alle frequenze attese, un numero maggiore di individui appartenenti alle classi di età più giovani (in particolare con "meno di 40 anni") utilizza le risorse di rete abitualmente e viceversa un numero minore di soggetti appartenenti alla classe di età "55 e oltre" utilizza Internet abitualmente o occasionalmente.

L'ultima parte del questionario è dedicata alle Linee Guida e alla loro introduzione nella Medicina del Lavoro, introduzione che è stata ritenuta molto utile dal 66% degli intervistati, utile ma non necessaria dal 27%. Percentuali molto minori per coloro che la ritengono inutile (1%) o addirittura pericolosa (5%).

Secondo il 52% degli intervistati le Linee Guida dovrebbero essere caratterizzate da un'impostazione pratico-applicativa, mentre il 10% ritiene che dovrebbero costituire soprattutto uno strumento di aggiornamento scientifico e il restante 38% preferirebbe delle Linee Guida di impostazione mista.

Il 72% del campione, inoltre, ritiene che le Linee Guida dovrebbero riguardare tematiche specifiche e il 27% ritiene che debbano essere di tipo metodologico.

Infine, l'introduzione della tematica delle Linee Guida in quella dell'accreditamento è pienamente condivisa dal 78% del campione.

Discussione

L'analisi dei dati emersi dal questionario ha permesso una preliminare identificazione del fabbisogno formativo del ML/MC.

Innanzitutto, è emersa la necessità, oltre che di una maggiore pubblicizzazione della ECM, anche di un "ruolo attivo" del ML/MC nell'attività di formazione continua che, comunque, viene identificata quale "importante occasione di aggiornamento" anche se con rischio di trasformazione in "adempimento burocratico".

In effetti, se il "sistema formativo" vuole attivare processi di apprendimento mirati al cambiamento è chiamato a dar corpo, attraverso un'appropriata e adeguata scelta di metodi, ad una formazione che risponda nel modo più attento e puntuale a quelle che sono le attuali esigenze dei soggetti. Il coinvolgimento attivo, con la discussione ed il confronto, va prevalentemente utilizzato laddove sono da raggiungere traguardi di genere formativo in senso più ampio del semplice passaggio e trasferimento di nozioni, contenuti e conoscenze, in modo che il soggetto da formare diventi il reale protagonista del processo formativo.

Progettare e pianificare un intervento formativo utilizzando metodi attivi è particolarmente auspicabile in una formazione, qual è quella in Medicina del Lavoro, nella quale, in un contesto di rapida evoluzione del mercato del lavoro organizzato in diverse forme di flessibilità ed in presenza di un continuo aggiornamento tecnologico e normativo, le componenti prescrittive devono integrarsi con le componenti discrezionali, favorendo una interattività che consenta di raggiungere gli obiettivi professionali in modo più razionale e sicuro.

Tali metodologie "attive" sono quelle che emergono proprio dagli incontri di condivisione di esperienze con colleghi ed ASL, tipologia di evento formativo ritenuto dagli intervistati "sempre utile" così come la partecipazione a corsi pratici intensivi ed a cicli di seminari di scuola di specializzazione; la diversa opinione emersa per i convegni/congressi è giustificata dal fatto che l'organizzazione degli stessi, pur ormai orientata su monotematiche, non coinvolge in modo attivo il partecipante.

L'analisi dei risultati dimostra, soprattutto per le fasce più giovani, un diffuso utilizzo di Internet come fonte di aggiornamento; tuttavia, nel complesso sembra che ci sia ancora un approccio prudente nei confronti dell'apprendimento a distanza. Tale dato potrebbe essere in relazione al fatto che l'utilizzo di Internet per l'apprendimento a distanza richiede un'attenta ed adeguata valutazione in considerazione del fatto che la mole incontrollata di informazioni presenti on-line potrebbe diffondere errori e procedure operative di dubbia valenza; infatti, la pluralità di informazioni, se da un lato presenta una diversificazione ed un'eterogeneità della scelta, pone dall'altro il problema

della selezione delle fonti per attribuire valore alla pubblicazione on line (9). Le forme di comunicazione rese possibili dalla telematica offrono enormi possibilità alla formazione soprattutto facendo da supporto e non da sostituto all'interazione tra le persone ed è quindi fondamentale comprendere che non è sufficiente l'uso delle nuove tecnologie per garantire una formazione efficace, ma è necessario organizzare, non improvvisare, interventi formativi specifici che utilizzino le tecnologie in modo da potenziare le possibilità comunicative e rappresentative ma che rimangano nei canoni che rendono efficace la comunicazione formativa.

Riguardo al rapporto costo/beneficio, la presenza di una larga percentuale di "indecisi", pur se in presenza di una maggioranza di apprezzamento, fa ipotizzare che i tempi non siano ancora maturi per esprimere tale valutazione.

Importante ai fini organizzativi, unitamente alla disponibilità a seguire attività ECM per più di 24 ore/anno, è l'informazione emersa circa la frequenza di corsi intensivi durante i week-end o un giorno al mese per 3-4 mesi; tale risultato è probabilmente motivato dal fatto che un ML/MC, per la peculiare organizzazione della sua attività, è più libero da impegni lavorativi durante i fine settimana o riesce più facilmente a "liberarsi" una volta al mese, rispetto ad altre tipologie di frequenze.

Il fabbisogno formativo emerso per agenti cancerogeni ed agenti chimici non risulta inaspettato. In effetti, la gestione dei suddetti rischi, a partire dall'assetto normativo fino alla identificazione e valutazione del rischio, con la conseguente stesura di protocolli diagnostici ad hoc, risulta ardua; in particolare, dal punto di vista normativo, già le definizioni ed i campi di applicazioni nonché i criteri per stabilire l'esistenza di un rischio cui applicare ulteriori adempimenti, creano notevole difficoltà interpretative anche in considerazione del fatto che, rispetto all'intero assetto del D.Lgs 626/94, tali argomenti sono quelli oggetto delle più recenti modifiche (D.Lgs 66/00 e D.Lgs 25/02).

In particolare, riguardo alla gestione del rischio chimico ci si trova di fronte al passaggio da una normativa che prevedeva l'attuazione di adempimenti per una presunzione di esistenza del rischio (DPR 303/56) ad una normativa che fa scattare gli obblighi di tutela solo a partire da un "rischio moderato" lasciando comunque "in bianco" la definizione criteriologica dello stesso.

A dimostrazione della difficoltà interpretativa del D.Lgs 25/02, un veloce esame degli argomenti trattati, nel corso del 2002, nella maggior parte di seminari e convegni in materia di tutela e sicurezza nei luoghi di lavoro, ha rilevato una quasi assoluta prevalenza di trattazione del rischio chimico; è, inoltre, da sottolineare che il questionario è stato somministrato solo sei mesi dopo l'emanazione del suddetto decreto.

Per i rischi quali rumore, movimentazione manuale dei carichi, videoterminali, agenti biologici, la richiesta formativa risulta "necessaria"; si potrebbe ipotizzare che, in considerazione del fatto che la specifica normativa risale al D.Lgs 277/91 per il rumore (mai modificata), ed al D.Lgs 626/94 per gli altri e le modifiche effettuate nel tempo non hanno dato luogo a grossi problemi interpretativi, la ge-

stione degli stessi risulta una pratica ormai "consolidata". Sulla base di tale ipotesi, ad esempio, è probabile che la formazione sul rischio rumore, oggi solo "necessaria" potrebbe divenire "indispensabile" al momento del recepimento nell'ordinamento italiano della recente specifica Direttiva 2003/10/CE.

Per tutti gli altri rischi, onnicomprensibili nella voce "altri", cioè per quelli non meglio delineati dalla vigente normativa, quali ad es. movimenti ripetitivi dell'arto superiore, stress, mobbing, è emersa la necessità di formazione anche alla luce del nuovo concetto di valutazione del rischio di cui si parlerà più in avanti.

Riguardo alle diverse aree di attività del ML/MC, è emerso un alto livello di necessità formativa per la valutazione dei rischi, la sorveglianza epidemiologica e la medicina legale. Per quanto concerne la valutazione dei rischi, il ML/MC sta sempre più acquisendo consapevolezza dell'importanza del proprio ruolo in tale momento valutativo con la conseguente necessità di implementare le proprie conoscenze in materia. Un coinvolgimento maggiore del ML/MC nella valutazione del rischio oggi è più che mai ipotizzabile anche alla luce della recente modifica dell'art. 4 del D.Lgs 626/94, operata dall'art. 21 della Legge n. 39/02, "Il datore di lavoro, ...valuta, tutti i rischi per la sicurezza e per la salute dei lavoratori ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari..."; venendo meno il regime dei cosiddetti "rischi tabellati" nessun altro, se non un ML/MC aggiornato, è in grado di offrire un'adeguata collaborazione al datore di lavoro nell'identificazione di quelli che possono configurarsi quali "rischi emergenti". L'alta necessità formativa in tema di sorveglianza epidemiologica emerge nel momento in cui uno degli orientamenti in tema di rischio cancerogeno, compreso il problema della gestione degli "ex-esposti", è proprio quello dell'approccio epidemiologico al quale poi eventualmente far seguire quello preventivo.

La necessità formativa che emerge per la medicina legale, disciplina che investe comunque ogni medico in virtù sia del Codice deontologico professionale sia dei diversi obblighi richiamati dal Codice Penale e da Leggi, quale ad esempio la 675/96, è senz'altro dovuta agli innumerevoli adempimenti legati al referto e denuncia di malattia e/o infortuni professionali, alla gestione della cartella sanitaria e di rischio ed alla elaborazione dei risultati anonimi collettivi degli accertamenti clinici e strumentali nel rispetto del segreto professionale, alla stesura del giudizio di idoneità ed al consenso informato del lavoratore.

Oltre al succitato bisogno formativo per la valutazione dei rischi, risulta molto elevato quello per le tecniche di comunicazione in relazione ai compiti formativi e di interazione con lavoratori, datori di lavoro ed altre figure della prevenzione e quello relativo alla consulenza aziendale; tale necessità di implementazione formativa potrebbe essere in relazione al fatto che tali argomenti, specie nel passato, ma ancora oggi, non risultano trattati nel regolare percorso formativo delle scuole di specializzazione.

Per quanto concerne le Linee Guida in Medicina del Lavoro (4, 5, 10), la loro introduzione è stata accolta con favore dai ML/MC che le ritengono, nella maggioranza dei casi, molto utili, accordando la loro preferenza soprattutto

a quelle con impostazione pratico-applicativa seguite da quelle ad impostazione mista (pratico-applicativa e aggiornamento scientifico) su tematiche specifiche.

La Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale (S.I.M.L.I.I.) ha recentemente attivato un "Programma di Formazione per l'accreditamento di eccellenza e l'aggiornamento in Medicina del Lavoro" destinato agli specialisti in Medicina del Lavoro ed ai medici competenti ex art. 55 D.Lgs 277/91; il programma degli eventi formativi, proposti in sedi del Nord, Centro, Sud ed Isole, sarà sviluppato sulle tematiche e sulle discipline della Medicina del Lavoro quali igiene industriale, tossicologia occupazionale ed ambientale, medicina preventiva dei lavoratori, epidemiologia, ergonomia, argomenti recentemente sviluppati proprio nelle specifiche Linee Guida. Tale decisione della SIMLII è scaturita dall'evidenza della necessità di migliorare ed uniformare le attività anche in relazione all'attuale approccio ai problemi medici in generale, cioè quello della Medicina Basata sulle Evidenze (Evidence Based Medicine) e sul consenso nell'ambito della comunità della medicina del lavoro nazionale con un ruolo attivo della Società stessa (6, 7, 8, 13).

Le Linee Guida, definite da Field nel 1990 "asserzioni espresse in modo ordinato che coadiuvano il medico nel decidere la terapia appropriata in una determinata circostanza" vanno a costituire un utile strumento di indirizzo e sostegno anche se non sempre e ovunque valido. Per quanto concerne il metodo della Medicina Basata sulle Evidenze, esso risulta essere un utile mezzo per la corretta impostazione scientifica della struttura di una Linea Guida. Le raccomandazioni contenute nelle Linee Guida sono importanti per dare una doverosa uniformità ai comportamenti professionali alla luce delle migliori evidenze disponibili, ma necessitano di essere tradotte, nella pratica, al singolo caso. La portata formativa di una Linea Guida fino ad oggi non è stata adeguatamente considerata, ma essa può risultare tra i più formidabili strumenti di aggiornamento per il medico in quanto va a rappresentare il mezzo per la diffusione delle più aggiornate, corrette e valide acquisizioni scientifiche nel contesto della Medicina Basata sulle Evidenze. Le Linee Guida riguardano i vari aspetti dell'attività professionale con funzione di completamento dei consolidati principi che, per la loro generalità ed universalità, necessitano di norme di specificazione. Parlare di Linee Guida in Medicina del Lavoro significa considerare una varietà di aspetti che vanno dalla specifica normativa del settore alla letteratura scientifica, alla tecnologia produttiva, alla clinica, alla epidemiologia con il fine di aiutare il medico nel prendere decisioni e per valutare la "good practice" ed il comportamento professionale. In particolare, è richiesto un impegno personale e costante del ML/MC nel coltivare la propria crescita professionale e nel curare la

propria formazione continua per viaggiare al passo con l'innovazione tecnologica e scientifica nel settore di competenza. Le Linee Guida sono elaborate quale modello di riferimento per assicurare la qualificazione continuativa del ML/MC una volta conseguito il titolo di specializzazione e contengono quei meccanismi procedurali che ogni associazione scientifica, in qualità di organo di autogoverno della professione, è tenuta ad elaborare.

Una buona pratica in Medicina del Lavoro, senza per questo essere ingabbiata in rigidi schematismi che farebbero perdere la visione olistica del lavoratore, va finalizzata non solo all'efficacia preventiva in senso stretto, ma anche al costante impiego di metodologie rigorose basate sempre più sull'evidenza e di procedure che devono essere il più possibile uniformi su tutto il territorio.

Bibliografia

- 1) Abbritti G, Apostoli P, Briatico-Vangosa G, Seghizzi P. Formazione Continua e Accreditamento del Medico del Lavoro/Medico Competente. Proposta del Consiglio Direttivo della SIMLII. *Folia Med* 2000; 71(1): 101-107.
- 2) Abbritti G, Murgia N, Dell'Omo M, Folletti I, Ossicini A, Sannolo N, Soleo L, Muzi G. Formazione Continua e accreditamento del medico del lavoro. *Stato dell'arte. G Ital Med Lav Erg* 2001; 23(3): 200-203.
- 3) Abbritti G, Apostoli P, Bergamaschi A, Germanò D, Sanna Randaccio F, Ambrosi L. Proposta del direttivo SIMLII per la formazione continua/accreditamento del medico del lavoro/medico competente. *G Ital Med Lav Erg* 2001; 23(3): 220-222.
- 4) Apostoli P, Signorini S, Sanna Randaccio F. Le linee guida nella formazione e nell'accreditamento del medico del lavoro. *G Ital Med Lav Erg* 2001; 23: 3, 224-229.
- 5) Birrell L, Beach J. Developing evidence-based guidelines in occupational health. *Occup Med* 2001; 51: 73-74.
- 6) Carter T. The application of the methods of evidence-based practice to occupational health. *Occup Med* 2000; 50: 231-236.
- 7) Franco G. Dall'evidenza scientifica alla pratica operativa: verso un modello di Medicina del Lavoro basata su prove di efficacia. *Med Lav* 2001; 92, 3: 159-165.
- 8) Franco G. The future of occupational health practice: reconciling customer expectation and evidence-based practice. *Occup Med* 2001; 51: 482-484.
- 9) Ghittori S, Castelvechio P, Imbriani M. L'utilizzo di Internet in Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale. *G Ital Med Lav Erg* 2000; 22: 2, 94-116.
- 10) Harris JS. Development, use and evaluation of clinical practice guidelines. *J Occup Environ Med* 1997; 39: 23-24.
- 11) Iavicoli S, Signorini S, Petyx M, Ursini C.L, Marinaccio A, Capozza G, Grandi C, Palmi S. Studio Delphi per l'identificazione delle priorità di ricerca in medicina del lavoro in Italia. *Med Lav* 2001; 92, 2: 91-107.
- 12) Iavicoli S, Persechino B, Murgia N, Assennato G, Seghizzi P, Muzi G, Dell'Omo M, Palmi S. La Formazione Continua Medica: esperienze e proposte delle Società Scientifiche Mediche Nazionali e nell'Unione Europea. *G Ital Med Lav Erg* 2001; 23: 3, 204-207.
- 13) Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-72.