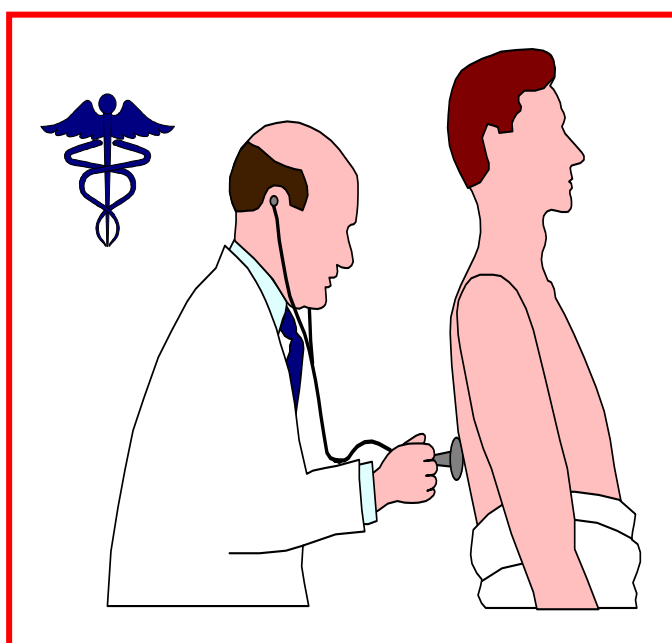


INAIL

SOVRINTENDENZA MEDICA GENERALE

Vademecum per il medico competente della **Pubblica Amministrazione**



Edizione INAIL 2011

Questa pubblicazione è stata realizzata dalla Sovrintendenza Medica Generale
a cura di:

Luciano BINDI
Marta CLEMENTE
Antonella MICCIO
Adriano OSSICINI

aggiornamento dell'edizione 2000
a cura di:

Maria Cristina CASALE
Mario GALLO
Fernando LUISI
Adriano OSSICINI

La presente edizione è aggiornata al Giugno 2011

INDICE

PRESENTAZIONE

PREFAZIONE

Parte Introduttiva e Generale.....	1
Parte Istruttoria.....	8
Parte Tecnica.....	18
Parte Organizzativa.....	33
Appendice.....	43
Bibliografia	

PRESENTAZIONE

Nel 2002 la Sovrintendenza Medica Generale ha elaborato la prima edizione del Vademecum del Medico Competente delle Pubbliche Amministrazioni a cura della Dott.ssa Maria Cristina CASALE e dei Dottori Mario GALLO, Fernando LUISI e Adriano OSSICINI.

Il manuale, tratto dalla esperienza professionale maturata dai medici del lavoro dell'INAIL nella pubblica amministrazione, voleva essere un agile strumento di lavoro per coloro che svolgono l'attività di medico competente in questo particolare settore.

L'emanazione del D.Lgs. n. 81/08 integrato e corretto dal D.Lgs. n. 106/09, ha reso necessaria una rivisitazione dei contenuti alla luce delle novità introdotte ad opera della vigente normativa in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

In attesa che i ministeri competenti definiscano i contenuti della "cartella sanitaria di rischio" e delle "informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria" (Allegati 3A e 3B del D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i.) mi auguro che questa nuova edizione possa essere di supporto nello svolgimento dell'attività di medico competente.

Roma giugno 2011

Giuseppe Bonifaci

PRESENTAZIONE

I Decreti Legislativi 626/94 e 242/96, con l'estensione dell'obbligo di misure preventive anche al mondo lavorativo del pubblico impiego, hanno comportato che procedure e adempimenti, prescritti in precedenza solo in ambito industriale, fossero adottati anche da ministeri ed enti pubblici.

La peculiarità degli ambienti, del lavoro e dei rischi conseguenti ha reso necessaria una vera e propria professionalità specifica delle figure coinvolte nell'attuazione delle misure di prevenzione.

L'assistenza che l'INAIL ha fornito alle pubbliche amministrazioni in virtù delle numerose convenzioni stipulate e l'attività svolta all'interno dell'Istituto ha consentito ai propri medici del lavoro di acquisire una esperienza pluriennale che oggi può essere messa a disposizione anche dei neo specialisti ovvero dei neo assunti che si accingono ad intraprendere l'attività di medico competente nella pubblica amministrazione.

Il vademecum che presento costituisce uno strumento di lavoro unico e perciò prezioso che guida il medico competente attraverso gli adempimenti da compiere dirimendo i dubbi e fornendo soluzioni a tutti i problemi che l'applicazione di una legge complessa e non sempre chiara pone al medico.

A questo proposito giova ricordare che inadempienze anche formali degli obblighi previsti dalla legge sono oggetto di pesanti sanzioni.

Roma 2002

Giuseppe Cimaglia

Prefazione

Il presente contributo è opera dei colleghi Dr. Luciano Bindi, Dr.ssa Marta Clemente, Dr.ssa Antonella Miccio della Sovrintendenza Medica Generale, è l'aggiornamento normativo ed operativo della precedente pubblicazione nella stessa materia alla luce, soprattutto, delle modifiche apportate dal D.Lgs 81/2008 e del D.Lgs 106/2009; la pubblicazione era pronta da tempo ma si era in attesa dell'uscita delle indicazioni dei Ministeri competenti sia in merito alla "*valutazione dello stress lavoro-correlato*" sia ai nuovi format, sempre previsti dalla normativa, per gli allegati 3A e 3B; ad oggi quest'ultimi due non hanno ancora visto la luce, mentre per il primo è uscita una Lettera circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 18 novembre 2010, prot. n. 15/SEGR/0023692. che ha recepito le indicazioni provenienti dalla Commissione consultiva come previsto dall'art. 6 comma 8, lett. m) quater di cui al D.Lgs n. 106/2009.

In attesa dell'uscita delle modifiche si è ritenuto comunque di mettere in rete il lavoro, pensando eventuale ad una successiva edizione a stampa aggiornata.

Roma giugno 2011

Adriano Ossicini

Prefazione

La Sovrintendenza Medica Generale con il presente "**Vademecum**" per lo svolgimento dell'attività di Sorveglianza Sanitaria all'interno della Pubblica Amministrazione" intende fornire un agile strumento di lavoro per i medici competenti dell'Istituto operanti sia nei vari Centri Omogenei di Rischio delle unità centrali o periferiche dell'Inail sia nelle diverse Pubbliche Amministrazioni convenzionate con il nostro Ente. Numerosi sono i contributi di diversi autori che, sull'impulso degli aspetti legislativi, hanno cercato di fornire alle aziende, sia pubbliche che private, un quadro di sintesi degli adempimenti necessari al rispetto delle normative nel loro complesso; minoritari, invece, sono i contributi in merito alla logica organizzativa complessiva delle attività del medico competente in una "pubblica amministrazione".

La realizzazione del presente "Vademecum" è un tentativo di offrire una guida per il medico competente della Pubblica Amministrazione, che sia di ausilio alla costruzione ottimale di tutti quegli adempimenti necessari alla stesura del "documento di valutazione del rischio" che è il perno su cui ruota tutta la prevenzione.

L'attività di medico competente presuppone la conoscenza adeguata delle fasi della sorveglianza sanitaria e, ancor più, dei compiti del medico del lavoro, che non sono limitati alla sola esecuzione delle visite mediche.

Hanno partecipato alla stesura del testo la Dr.ssa Maria.Cristina Casale e il Dr.Mario Gallo del Settore VIII della Sovrintendenza Medica Generale, il Dr.Fernando Luisi della Sede di Udine.

Il lavoro è stato svolto sulla base dell'esperienza maturata in questi anni nello svolgimento di detta attività sia all'interno che all'esterno dell'Inail. Il contributo del sottoscritto è stato quello di delineare la parte generale e coordinare i vari capitoli, per dare continuità ed omogeneità al discorso.

Roma 2002

Adriano Ossicini

Parte introduttiva e generale

Nel mondo del lavoro, nella seconda metà del secolo scorso, si è avuto un profondo mutamento con l'ingresso di un terzo grande settore, il terziario, che ha offerto nuove opportunità di occupazione e che nel tempo è andato via via crescendo.

Questo terzo settore, con la sua crescente gamma di "servizi", è passato da circa 3 milioni di soggetti, all'inizio del XIX secolo, agli oltre 100 milioni (mln) alla fine del secondo millennio.

In Italia negli anni sessanta su circa 20 mln di occupati (dati Istat) vi era sostanzialmente un' uguale ripartizione, oscillando i tre settori tra i 6/7 mln. Negli anni novanta, invece, su circa 22 milioni di occupati, il terziario aveva più che raddoppiato il loro numero, passando ad oltre 13 milioni, contro poco meno di 1 milione e settecentomila nell'agricoltura e poco più di 7 milioni nel settore industriale. Nell'ultimo anno disponibile, 2009, su circa 23 mln totali, gli occupati nel settore terziario si sono attestati tra i 15/16 mln contro meno di un 1 milione nell'agricoltura e meno di 7 milioni nel settore industriale.

ATTIVITA'	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Agricoltura	6.611	4.008	2.856	1.689	1.014	880
Industria	6.865	7.660	8.139	7.331	6.575	6.519
Servizi	6.854	8.263	10.377	13.588	13.621	15.496
Totale	20.330	19.931	21.373	22.609	21.210	23.025

Il "terziario" di fatto ha sopperito, grazie allo sviluppo tecnologico dell'agricoltura e dell'industria, alla disoccupazione in tali settori sostituendosi ad essi.

In virtù della sempre più grande diffusione, è diventato oggi il settore che maggiormente interessa le varie discipline impegnate nella risoluzione dei problemi legati al lavoro.

La Medicina del Lavoro, disciplina che risente delle trasformazioni economiche e sociali più di ogni altra, in campo sanitario, è quindi direttamente interessata ad individuare nuovi potenziali fattori di rischio al fine di intervenire adeguatamente nella prevenzione degli stessi.

Il D.Lgs 81/2008 e s.m.i., che ha ridisegnato il campo della prevenzione, si dimostrerà¹ con il tempo un vero strumento utile a detti fini.

Le attività del settore terziario possono essere suddivise in categorie a seconda della destinazione del servizio:

- Servizi per il sistema produttivo (magazzino, trasporti, pubblicità, controllo di qualità);
-

¹ D.Lgs 81/2008 art.3 "Campo di applicazione" 1° comma (che ha sostituito il D.Lgs 626/1994, all'art. 1, comma 1)

- Servizi per le famiglie (commercio al dettaglio, pubblici esercizi, istruzione, sanità e assistenza);
- Servizi di rete con funzioni di collegamento (trasporti, comunicazioni, credito e assicurazioni);
- Servizi a destinazione collettiva (pubblica amministrazione, giustizia, nettezza urbana).

Nell'ambito dei Servizi a destinazione collettiva, la **Pubblica Amministrazione** rappresenta, senza dubbio, la componente più rilevante sotto il profilo del numero degli addetti.

Il D.Lgs 81/2008 ha confermato l'applicabilità delle misure prescritte in materia di igiene e sicurezza in tutti i settori di attività, privati e pubblici, individuando anche le Pubbliche Amministrazioni (P.A.) quali destinatari degli obblighi previsti dalla legge in tema di prevenzione.

In tale modo le P.A. vengono equiparate alle realtà lavorative del settore privato per quanto concerne l'organizzazione e l'attuazione del sistema di sicurezza, gli ambiti di responsabilità, la definizione degli obiettivi di prevenzione da perseguire e le procedure e le metodologie da adottare.

L'art. 1, comma 2, del D.Lgs 3.2.1993, n. 29 individua le Pubbliche Amministrazioni comprendendo tra queste anche "...tutti gli enti pubblici non economici nazionali" e quindi anche l'INAIL.

Per particolari Amministrazioni Pubbliche, inoltre, sono previste diverse modalità di attuazione della normativa in materia di prevenzione. Si riporta per esteso il testo di legge:

Art. 3 commi 2 e 3, del D.Lgs 81/2008 ed il comma 3 bis, introdotto dal D. Lgs. 106/2009 :

"1....

2. Nei riguardi delle Forze armate e di Polizia, del Dipartimento dei vigili del fuoco, del soccorso pubblico e della difesa civile, dei servizi di protezione civile, nonché nell'ambito delle strutture giudiziarie, penitenziarie, di quelle destinate per finalità istituzionali alle attività degli organi con compiti in materia di ordine e sicurezza pubblica, delle università, degli istituti di istruzione universitaria, delle istituzioni dell'alta formazione artistica e coreutica, degli istituti di istruzione ed educazione di ogni ordine e grado, delle organizzazioni di volontariato di cui alla legge 1 agosto 1991, n. 266, e dei mezzi di trasporto aerei e marittimi, le disposizioni del presente decreto legislativo sono applicate tenendo conto delle effettive particolari esigenze connesse al servizio espletato o alle peculiarità organizzative, individuate entro e non oltre dodici mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo con decreti emanati, ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988 n. 400, dai Ministri competenti di concerto con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale, della salute e per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti

tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale nonché, relativamente agli schemi di decreti di interesse delle Forze armate, compresa l'Arma dei carabinieri ed il Corpo della Guardia di finanza, gli organismi a livello nazionale rappresentativi del personale militare; analogamente si provvede per quanto riguarda gli archivi, le biblioteche e i musei solo nel caso siano sottoposti a particolari vincoli di tutela dei beni artistici storici e culturali. Con i successivi decreti, da emanare entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta dei Ministri competenti, di concerto con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale e della salute, acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, si provvede a dettare le disposizioni necessarie a consentire il coordinamento con la disciplina recata dal presente decreto della normativa relativa alle attività lavorative a bordo delle navi, di cui al decreto legislativo 27 luglio 1999, n. 271, in ambito portuale, di cui al decreto legislativo 27 luglio 1999, n. 272, e per il settore delle navi da pesca, di cui al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 298, e l'armonizzazione delle disposizioni tecniche di cui ai titoli dal II al XII del medesimo decreto con la disciplina in tema di trasporto ferroviario contenuta nella legge 26 aprile 1974, n. 191, e relativi decreti di attuazione.

3. Fino alla scadenza del termine di cui al comma 2, sono fatte salve le disposizioni attuative dell'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, nonché le disposizioni di cui al decreto legislativo 27 luglio 1999, n. 271, al decreto legislativo 27 luglio 1999, n. 272, al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 298, e le disposizioni tecniche del decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1955, n. 547, e del decreto del Presidente della Repubblica 7 gennaio 1956, n. 164, richiamate dalla legge 26 aprile 1974, n. 191, e dai relativi decreti di attuazione; decorso inutilmente tale termine, trovano applicazione le disposizioni di cui al presente decreto”.

3-bis. Nei riguardi delle cooperative sociali di cui alla legge 8 novembre 1991, n. 381, e delle organizzazioni di volontariato della protezione civile, ivi compresi i volontari della Croce Rossa Italiana e del Corpo Nazionale soccorso alpino e speleologico, e i volontari dei vigili del fuoco, le disposizioni del presente decreto legislativo sono applicate tenendo conto delle particolari modalità di svolgimento delle rispettive attività, individuate entro il 31 dicembre 2010 con decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Dipartimento della protezione civile e il Ministero dell'interno, sentita la Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro”.

La Sorveglianza Sanitaria nella Pubblica Amministrazione

La sorveglianza sanitaria rappresenta, senza dubbio, uno dei momenti più importanti per la gestione della sicurezza sul lavoro e pertanto, per essere efficacemente realizzata, necessita di un protocollo operativo semplice ed efficace.

Attualmente è espresso con chiarezza, nella norma in vigore, che il MC deve programmare ed effettuare la sorveglianza sanitaria attraverso la definizione di

protocolli sanitari che siano funzione dei rischi specifici e tengano in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati nonché le disposizioni normative vigenti².

Un corretto protocollo può essere elaborato solo in presenza di flussi informativi pluridirezionali provenienti da tutti gli attori della prevenzione nell'azienda, realizzando la "comunicazione dei dati accertati" e la "diffusione della loro conoscenza", che sono tasselli fondamentali nella realizzazione della prevenzione primaria.

Il predetto documento, che prima era una necessità funzionale e un obbligo professionale, ora è un obbligo di legge che deve essere svolto, come recita l'art. 39, 1° comma *"..secondo i principi della medicina del lavoro e del codice etico della Commissione internazionale di salute occupazionale ICOH..."* e, derivando anche dalle risultanze della Valutazione dei Rischi, rappresenta la prova fondamentale dell'integrazione aziendale del medico competente³.

La partecipazione del medico competente alla valutazione dei rischi presenti nei luoghi di lavoro è fondamentale anche per la attuazione dei programmi di sorveglianza sanitaria.

Tale concetto emerge anche dalle risultanze della Commissione del Senato sull'andamento infortunistico - deliberazione del marzo 2008 - in cui si sostiene che : *"...occorre che la sorveglianza sanitaria sia fortemente ancorata alla valutazione dei rischi, che il medico partecipi a tutte le fasi di questo percorso. La valutazione dei rischi ne risulterà arricchita dalla specifica competenza professionale del medico, cui spetta il giudizio ultimo sulla compatibilità tra condizioni di lavoro e salute dei lavoratori, e allo stesso tempo la sorveglianza sanitaria sarà utile non solo verso il singolo lavoratore ma contribuirà a mettere in luce rischi o danni precoci apportando contributi per ridurli o prevenirli..."* e che è opportuno cambiare registro in quanto sino ad ora il contributo del medico competente *"..alla valutazione dei rischi è apparsa trascurabile portando ad un impoverimento del D.V.R. , nel quale i rischi per la salute vengono spesso valutati in modo parziale e/o incompleto senza che venga adeguatamente indagato il legame tra tecnologia, organizzazione, comportamenti, che è il contributo originale e tipico della medicina del lavoro"*.

Il D.Lgs. 81/08 in realtà pone alcune problematiche. L'art.25, infatti, evidenzia che il medico competente *"collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria..."*. La presenza della congiunzione **"anche"** sembra individuare una successione temporale delle attività. Il successivo art. 29 sembra, in parte, contraddire la precedente previsione normativa affermando che: *" .. Il datore di lavoro effettua la valutazione ed elabora il documento di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a), in collaborazione con il responsabile del servizio di prevenzione e protezione e il medico competente, nei casi di cui all'articolo 41."*.

² dell'art. 25 (Obblighi del) del D.Lgs. 81/08 "1° comma, lett. b) *Programma ed effettua la sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati"*,

³ artt. 28 e 29 D.Lgs. 81/08

I rischi lavorativi presenti nella Pubblica Amministrazione sono quelli tipici del lavoro di ufficio.

Al fine di individuarne le cause, è necessario considerare le profonde trasformazioni che lo stesso lavoro d'ufficio ha subito negli ultimi decenni nei vari paesi industrializzati.

Va ribadito che il terziario è il settore più largamente rappresentato, costituendo in Italia più del 60% dell'intera popolazione lavorativa.

Profonde trasformazioni si sono verificate sia nell'ambiente di lavoro (caratteristiche strutturali, chimico-fisiche e microclimatiche) che nell'organizzazione del lavoro (uso di macchine, videotermini, telelavoro, lavoro a turni) e per quest'ultimo anche le problematiche relative ai rapporti interpersonali.

Infine, nei paesi a sviluppo socio-economico più avanzato, è aumentata la richiesta di sicurezza e salute e lo stesso concetto di salute è inteso oggi come il completo benessere psichico, fisico e sociale dell'individuo. Quindi non si tratta solo di assenza di malattia, ma anche di sensazione di benessere e di buona qualità della vita. Nel D.Lgs. 81/08 la salute viene definita come uno *"...stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o infermità"*⁴.

Le situazioni di malessere segnalate nei lavoratori di ufficio trovano più spesso la loro origine in:

- qualità interna dell'aria, ventilazione, temperatura e umidità non ottimali;
- presenza di rumore provocato da stampanti, fotocopiatrici ecc.
- uso prolungato di attrezzature munite di videotermini con impegno visivo protratto, mantenimento prolungato della postura assisa e fissa, movimenti ripetuti del segmento mano-avambraccio;
- organizzazione del lavoro con obiettivi non commisurati alle risorse umane.

Il disagio psicofisico riveste sempre più interesse da parte degli addetti ai lavori. Il legislatore ha infatti voluto sottolineare l'importanza di questo rischio dedicandogli uno specifico riferimento all'interno dell'art. 28 che peraltro già affermava la necessità di valutare tutti i rischi.

A tal proposito il D.Lgs 106/09 ha affidato alla Commissione Consultiva ex art. 6 il compito di *"elaborare le indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro-correlato"*⁵.

Il vademecum di sorveglianza sanitaria

Si è ritenuto opportuno una suddivisione metodologica in 3 parti:

- ❑ **una parte istruttoria;**
- ❑ **una parte tecnica ;**
- ❑ **una parte organizzativa.**

⁴ (art. 2, 1° comma lett. o) D.Lgs. 81/08

⁵ Lettera circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 18 novembre 2010, prot. n.15/SEGR/0023692

1. La parte istruttoria:

La parte istruttoria comprende la raccolta delle informazioni, la valutazione delle stesse informazioni e la programmazione dell'intervento sanitario. Essa prevede, pertanto tre specifiche attività così delineate:

- Raccolta degli Input necessari al medico competente per definire la sua attività
 - Sopralluogo negli ambienti di lavoro
 - Programma di sorveglianza sanitaria
- Per il primo punto ci si riferisce alla raccolta dei dati aziendali di interesse sanitario (dati generali e tecnici dell'azienda; storia sanitaria aziendale; l'organigramma della risorsa umana, il censimento di macchine utilizzate, i dati sulle sostanze adoperate, la valutazione sui presidi igienico - ambientali e sanitari, i questionari sulla movimentazione manuale dei carichi e sugli addetti ai videoterminali, i monitoraggi ambientali e le eventuali ispezioni degli organi di vigilanza, il registro degli infortuni e delle malattie professionali);
- Per il secondo punto il riferimento è alla modalità del sopralluogo e viene proposto un modello di relazione (art.25, comma1, lettera I, D.Lgs n.81/2008) mutuato da altra pubblicazione
- Per il terzo punto si mette a disposizione un protocollo di accertamenti sanitari, aperto, con relativo programma di sorveglianza sanitaria che dovrà essere adattato alla situazione di specie

Per la raccolta dei dati di interesse sanitario proponiamo un modello di scheda la cui compilazione presuppone la partecipazione di tutti gli operatori attivi previsti dal decreto legislativo D.Lgs n.81/2008 ed s.m.i.

Per tali motivi il medico competente illustra, preliminarmente alla consegna della scheda, le finalità dell'iniziativa e l'obbligo di fornire i dati richiesti.

Successivamente alla compilazione del predetto documento, si passa alla visita degli ambienti di lavoro (sopralluogo) che il medico deve compiere, in base alla normativa, con frequenza che dipenderà sia dalla grandezza dell'azienda che dai rischi individuati.

In seguito al sopralluogo e ai dati ottenuti, il medico potrà anche consigliare l'esecuzione di particolari indagini ambientali, per un ulteriore censimento dei rischi.

A sostegno della raccolta dei dati e del sopralluogo può essere predisposta la raccolta di alcuni questionari, riguardanti gruppi omogenei di rischio.

Nell'ambito del lavoro d'ufficio appaiono utili i questionari per gruppi di lavoratori esposti al rischio da videoterminali.

Dopo la raccolta dei dati aziendali e il sopralluogo, il medico competente deve realizzare un programma di sorveglianza sanitaria da consegnare al datore di lavoro.

2.La parte tecnica

La parte tecnico-operativa del documento si compone di numerosi adempimenti che sono:

- l'effettuazione degli accertamenti sanitari preventivi e periodici, con la compilazione delle cartelle sanitarie e di rischio; l'effettuazione di visite specialistiche (visite oculistiche, ortopediche, etc.), la prescrizione di esami integrativi ;
- i giudizi di idoneità per il datore di lavoro;
- la relazione per il lavoratore con il giudizio di idoneità;
- comunicazione, in forma anonima e collettiva, al rappresentante dei lavoratori, delle risultanze della sorveglianza sanitaria;
- gli obblighi medico - legali (referto all'autorità giudiziaria, segnalazione all'organo di vigilanza territorialmente competente e all'Ispettorato del lavoro, certificato di malattia professionale);
- le comunicazioni al medico curante;
- la compilazione della relazione periodica relativa all'attività di sorveglianza sanitaria effettuata;
- la formazione/informazione.

E' molto importante, in questa fase, il momento informativo dell'intervento sanitario, rappresentato dai giudizi di idoneità (per il datore di lavoro ed il lavoratore) e dai dati anonomi collettivi per il rappresentante dei lavoratori.

Ai lavoratori, inoltre, il medico competente deve anche comunicare gli esiti degli accertamenti ed il loro stato di salute.

Nei confronti del lavoratore è necessario, infine, chiedere il consenso per l'effettuazione degli esami integrativi richiesti e finalizzati all'emissione del giudizio di idoneità. Va ricordato, inoltre, in virtù dell'articolo 111 del Decreto Legislativo 230/1995, che gli esami radiologici individuali o collettivi effettuati a titolo preventivo e/o medico-legale, inclusi gli esami di medicina nucleare, devono essere effettuati solo se sono giustificati dal punto di vista sanitario, dandone la necessaria informazione agli interessati e con il consenso degli stessi. Quando è possibile, le indagini radiologiche devono essere sostituite da metodiche diagnostiche altrettanto efficaci e che comportino un rischio minore per la persona.

3.La parte organizzativa:

La parte organizzativa comprende:

- la collaborazione con il datore di lavoro nell'organizzazione del pronto soccorso,
- la partecipazione alla riunione periodica annuale, ai sensi dell'art. 35 del D.Lgs 81/2008 ed s.m.i.
- Note per la partecipazione ai corsi di formazione e informazione art.25, 1 c., lett.a). del D.Lgs 81/2008 ed s.m.i.
- Tenuta dei registri per gli esposti ai diversi rischi evidenziati ed il registro delle prestazioni e rapporti del medico competente con il servizio sanitario nazionale

B) PARTE TECNICA

Si riporta di seguito un modello di cartella sanitaria e di modulistica (visita medico competente e vista oculistica, giudizio di idoneità) che potrebbe essere utilizzata dal medico competente nell'espletamento della sua attività di sorveglianza sanitaria ben sapendo che anche i requisiti minimi di cui all' allegato 3A del D.Lgs 81/2008 sono in fase di ridefinizione.

SORVEGLIANZA SANITARIA

Cartella Sanitaria N.

MINISTERO/ENTE **Unità**

.....

Sede di

Cognome

.....

Nome Sesso M

F

CF

Documento di riconoscimento.....

Matricola N.

Nato a il

Residente in Via n CAP

Domiciliato in Via n CAP

Telefono

Medico curante.....

Via.....tel.....

Data assunzione

Qualifica

La presente cartella sanitaria e di rischio è costituita da n.pagine

Data

Il medico competente

VISITA DEL MEDICO COMPETENTE

- visita preventiva visita periodica visita richiesta dal lavoratore
 cambio mansione
 visita preventiva in fase preassuntiva
 dopo lunga assenza
 fine rapporto di lavoro

effettuata in data.....

1 DATI OCCUPAZIONALI

Mansione	Fattori di rischio	Tempo di esposizione gg/anno

Anamnesi lavorativa

Esposizioni precedenti no si

Precedenti lavorativi prima dell'assunzione:

dal al:

dal al:

dal al:

Precedenti lavorativi nell'Ente:

dal al:

dal al:

dal al:

Anamnesi familiare

Anamnesi personale.....

Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi).....

Invalidità

.....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma (indicare gli agenti)

no si

.....

Altre notizie utili ai fini anamnestici

lavorativi.....

.....

.....

Data

per presa visione
il lavoratore

.....

Programma di sorveglianza sanitaria

Rischio	Accertamenti	Periodicità

Esame clinico generale

.....

Accertamenti integrativi specialistici e/o di laboratorio (indicare gli accertamenti eseguiti e il n° di riferimento dei referti allegati)

.....

Valutazioni conclusive (dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali).....

.....

Giudizio di idoneità:

- idoneo
- idoneo con prescrizioni/limitazioni
- inidoneo temporaneamente
- inidoneo permanentemente

Data

Avverso il giudizio di inidoneità è ammesso ricorso all'Organo di vigilanza territorialmente competente, ai sensi del comma 9 dell'articolo 41 del D.lgs. 81/2008*, entro il termine di 30 giorni

Il lavoratore per presa visione

Il medico competente

.....

TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO effettuata il

..... a mezzo

Il medico competente

.....

SEZIONE PER ADDETTO AL VDT

Reparto/Ufficio/Divisione attuale : dal

Mansioni attuali: dal

Attività prevalente:

Anni di attività:

Ore al giorno:

Videoscrittura	<input type="checkbox"/>	> 1	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
Caricamento dati	<input type="checkbox"/>	1- 5	<input type="checkbox"/>	>4	<input type="checkbox"/>
Controllo correzione	<input type="checkbox"/>	6-10	<input type="checkbox"/>		
Programmazione	<input type="checkbox"/>	>10	<input type="checkbox"/>		
Disegni tecnici e progettazione	<input type="checkbox"/>				
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>				

.....

Anamnesi patologica remota (in particolare patologie riferite a organi o apparati di preminente interesse ai fini della valutazione dell'idoneità specifica):

.....

.....

.....

Eventuali ricoveri:

Anamnesi patologica prossima:

.....

.....

.....

Uso di lenti correttive:

si

no

Copia referti diagnostici consegnati in visita (solo i più recenti):

.....

.....

Disturbi occhio visivi:	DURANTE IL LAVORO AL VDT			LONTANO DAL LAVORO	
	INIZIO	META'	FINE	DAL	LAVORO
Senso di corpo estraneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bruciore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ammicciamento frequente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Lacrimazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Fastidio alla luce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Secchezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facile stancabilità alla lettura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riduzione acuità visiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Disturbi muscolo-scheletrici:	TORPORE	PESO	RIGIDITA'	DOLORE	PARESTESIE
Colonna cervicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colonna dorsale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colonna lombosacrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spalla destra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spalla sinistra.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braccio destro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braccio sinistro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mano destra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mano sinistra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altro:

.....

.....

Firma del lavoratore (per l'anamnesi):

Esame obiettivo (con particolare riferimento agli organi di preminente interesse ai fini della valutazione dell'idoneità alla mansione specifica):

Stato generale: Altezza: cm Peso Kg

.....

Apparato respiratorio:

.....

Apparato cardiovascolare:

.....

P.A. max min mmHg frequenza cardiaca/m'

Apparato digerente:

.....

Apparato urinario:

.....
 Apparato nervoso:

.....
 Apparato osteoarticolare (in particolare colonna vertebrale e arti superiori):

.....
 Vista:

.....
 Udito:

.....
 Altri organi e apparati:

Accertamenti diagnostici e/o videat specialistici:

N.B. allegare sempre in atti i referti degli esami richiesti ed eseguiti

RICHIESTI

ESEGUITI

IL

Visita oculistica completa come da protocollo

Visita ortopedica

Esame rx (segmento)

.....

.....

Altro:

.....
 Conclusioni:

.....

.....

SCHEDA SANITARIA PER ADDETTO AL VDT (esempio)

Cognome	
Nome	
Età	
Documento di riconoscimento	

Anamnesi Generale	Diabete <input type="checkbox"/>	M. autoimmuni <input type="checkbox"/>
	Ipertensione <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
	Endocrinopatie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANAMNESI SPECIALISTICA

	SI	NO
Familiarità per patologie oculari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congiuntivite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S. Occhio Secco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cheratite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertono Oculare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cheratocono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uveite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumi Oculari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dif. Motilità Oculare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interventi chirurgici oculistici	
Altro	

ANAMNESI OCULARE PERSONALE

Data ultima Visita Oculistica Esito
CORREZIONE: Occhiali <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Saltuariamente <input type="checkbox"/> SEMPRE <input type="checkbox"/> Solo VDT <input type="checkbox"/> In passato
CORREZIONE: Lenti a <input type="checkbox"/> NO SI: <input type="checkbox"/> Abitualmente <input type="checkbox"/> Rigide <input type="checkbox"/> G.P. <input type="checkbox"/> Morbide <input type="checkbox"/> In passato contatto (LAC) <input type="checkbox"/> Saltuariamente
DIFETTI DI REFRAZIONE: <input type="checkbox"/> NESSUNO <input type="checkbox"/>

	OD		OS	
		Visus		Visus
Lenti in uso per lontano				
Lenti in uso per vicino				
Lenti in uso per visione intermedia				

VODn		VOSn	
VODc		VOSc	
V/VODn		V/VOSn	
V/VODc		V/VOSc	
I/VODn		I/VOSn	
I/VODc		I/VOSn	

	OD	OS
Annessi		
Segmento anteriore		
Segmento posteriore		
Fondo in miosi		

Senso cromatico	NdR	
	<input type="checkbox"/>	

Visione binoculare	NdR	
	<input type="checkbox"/>	

Visione stereoscopica	NdR	
	<input type="checkbox"/>	

	OD	OS
Schirmer		
B.U.T.		
Studio della motilità oculare (tropia)		
Gonioscopia		
Campimetria		

DIFETTI DI VISTA	
1	Emmetropia
2	Miopia
3	Miopia elevata
4	Ipermetropia
5	Iperm. elevata
6	Astigmatismo
7	Astigmatismo elevato
8	Astigmatismo misto
9	Presbiopia
10	Anisometropia
11	Ambliopia

PATOLOGIE OCULARI	
1	Assenti
2	Deficit lacrimazione
3	Cataratta
4	Cheratocono
5	Glaucoma
6	Esoftalmo
7	Blefarite/Congiuntivite
8	Retinopatie non regmatogene
9	Retinopatie evolutive

QUADRO ORTOTTICO	
1	Nella norma
2	Strabismo manifesto
3	Eteroforie ampie
4	Deficit convergenza
5	Strabismo piccolo angolo
6	Deficit colori
7	Altro

Conclusioni	

GIUDIZIO DI IDONEITÀ: I CRITERI

Tipo di affezione oculovisiva	PRECISAZIONI		Tipo di idoneità	
	Occhio peggiore	Occhio migliore	Astenopia No	Astenopia Significativa Si
Deficit visus	> 0 = 2/10	> 7/10	A	
		> 2/10 < 7/10	B	C
	< 2/10	< 2/10	E	
Vizi refrattivi elevati	<ul style="list-style-type: none"> Miopia > S/D Ipermetropia > 4/D Astigmatismo > 3/D Anisometropie > 3/D 		B	C
Presbiopia	> 2D		B	C
Disturbi Ortottici	<ul style="list-style-type: none"> deficit di convergenza (PPC>15 CM) Eteroforie marcate exo > -10 delta eso > +4 delta iper-ipo > 2 delta 		B	C
Patologie oculari croniche con implicazioni evolutive riguardanti la funzionalità visiva	<ul style="list-style-type: none"> Cheratocono Glaucoma Cataratta Miopia degenerativa Uveite Retinopatia evolutiva Gravi patologie Nervo Ottico (otticopatia glaucomatosa, neurite ottica) Pat causa di altra funzione binoculare (paralisi) 		B	C
			V. MLC eventualmente V. Oculistica Cadenza da valutare caso per caso	
Patologie oculari croniche che possono determinare più facilmente significativa astenopia	<ul style="list-style-type: none"> Ambliopia parziale con visus < 6/10 Alterazioni motilità oculare estrinseca Pat. inf cronica annessi (blefariti, congiuntiviti) Pat. Superficie oculare (S. occhio secco) Alterazioni trasparenza della cornea Cheratocono Cataratta Afachia, pseudofachia Difetti rifrattivi elevati a prescindere dal visus corretto Retinopatia degenerativa Maculopatia con alterazione della visione centrale Alterazioni campo visivo 		B	C
Uso abituale di LAC	Uso abituale di LAC		B	C
Patologie oculari acute			D	

Tratto da "Linee guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali"; SIMLII 2003; Vol. 3.

NB intervento MIOPIA come cataratta

Legenda:

A = Idoneo senza prescrizioni

B = Idoneo con controllo a frequenza ravvicinata

C = Idoneo con prescrizione a limitazione temporale dell'utilizzo di VDT

D = Temporaneamente non idoneo

E = Non idoneo

GIUDIZIO DI IDONEITA'

Il lavoratore – il Sig.

.....

.

nato a il, con mansione di,
in data è stato sottoposto a visita medica per esposizione a (indicare i fattori di
rischio)..... con il seguente esito :

- IDONEO
- IDONEO CON PRESCRIZIONI/LIMITAZIONI
- NON IDONEO TEMPORANEAMENTE fino a tutto il
- NON IDONEO PERMANENTEMENTE

prescrizioni/limitazioni:

.....
.....
.....
.....

Da sottoporre a nuova visita ilprevia esecuzione dei seguenti
accertamenti.....

.....
.....

Data

Il medico competente

.....

Avverso il giudizio di inidoneità è ammesso ricorso all'Organo di vigilanza territorialmente competente, ai sensi del c.9 art. 41 D.Lgs 81/2008 e s.m.i. entro il termine di 30 giorni

INFORMAZIONE DEL LAVORATORE E CONSENSO INFORMATO

Il medico competente ha in primis **l'obbligo statuito dal D.Lgs 81/2008 e s.m.i. di informare i lavoratori** su "*significato della sorveglianza sanitaria 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*" (art. 25 c.1 lett. g) e su "*..i risultati della sorveglianza sanitaria...*"(art. 25 c.1 lett. h). Il legislatore ha ritenuto così importante questa attività di informazione da prevedere sanzioni in caso di inosservanza di tali adempimenti.

Relativamente al **consenso informato** dei lavoratori facciamo riferimento al diritto inviolabile alla salute dell'individuo sia nel senso di accettare che di rifiutare interventi medici sulla propria persona così come sancito dall'art. 32 della Costituzione. Ma proprio in virtù di tale principio costituzionale, laddove si afferma che nessuno può essere obbligato, se non per disposizione di legge, ad un trattamento sanitario, il D.Lgs 81/08 prevede uno specifico obbligo da parte del lavoratore, a sottoporsi a controlli sanitari previsti dalla legge e disposti dal medico competente (art. 29 c.2 lett.i) la cui inosservanza è sanzionata. Tuttavia questo non esonera il medico a chiedere il consenso per l'esecuzione di particolari esami/accertamenti al di fuori di quelli routinari.

Infine, per quanto riguarda il trattamento dei dati sanitari ai sensi del D.Lgs 196/2003, esso è normato dalle cosiddette autorizzazioni generali, che si succedono nel tempo, del Garante della Privacy, che espressamente annovera il medico competente tra i soggetti che usufruiscono dell'autorizzazione generale.

Il medico competente è, infatti, responsabile del trattamento dei dati in quanto, in base al dettato normativo, deve effettuare gli accertamenti preventivi e periodici sui lavoratori e istituire, curandone l'aggiornamento, la cartella sanitaria e di rischio che è custodita presso l'azienda con salvaguardia del segreto professionale e consegnata in copia allo stesso lavoratore al termine del rapporto di lavoro o quando ne fa richiesta.

Il datore di lavoro non può accedere alle cartelle dovendone solo assicurare un'adeguata custodia nei locali aziendali, nel luogo concordato con il medico competente. Lo stesso DL non può conoscere eventuali patologie accertate salvo quelle professionali in quanto necessario per meglio tutelare gli altri lavoratori. Sempre in ordine alla compilazione del primo certificato di malattia professionale si ribadisce la necessità di acquisire il consenso del lavoratore alla trasmissione del certificato all' Inail.

C) PARTE ORGANIZZATIVA

La parte organizzativa comprende:

- la collaborazione con il datore di lavoro nell'organizzazione del pronto soccorso,
- la partecipazione alla riunione periodica annuale, ai sensi dell'art. 35 del D.Lgs 81/08 ed s.m.i..

Questa parte organizzativa del documento comprenderà anche la tenuta dei registri per gli esposti ai diversi rischi evidenziati ed il registro delle prestazioni.

La partecipazione all'organizzazione del Pronto Soccorso

L'organizzazione del pronto soccorso aziendale nel D. Lgs. 81/08 viene trattata nella Sezione VI del capo III del titolo I, "Gestione delle Emergenze", l'articolo 45, intitolato "Primo soccorso".

Per completezza si ritiene utile riportare l'intero art. 45.

Art. 45.

Primo soccorso

1. Il datore di lavoro, tenendo conto della natura della attività e delle dimensioni dell'azienda o della unità produttiva, sentito il medico competente ove nominato, prende i provvedimenti necessari in materia di primo soccorso e di assistenza medica di emergenza, tenendo conto delle altre eventuali persone presenti sui luoghi di lavoro e stabilendo i necessari rapporti con i servizi esterni, anche per il trasporto dei lavoratori infortunati.

2. Le caratteristiche minime delle attrezzature di primo soccorso, i requisiti del personale addetto e la sua formazione, individuati in relazione alla natura dell'attività, al numero dei lavoratori occupati ed ai fattori di rischio sono individuati dal decreto ministeriale 15 luglio 2003, n. 388 e dai successivi decreti ministeriali di adeguamento acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

3. Con appositi decreti ministeriali, acquisito il parere della Conferenza permanente, acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, vengono definite le modalità di applicazione in ambito ferroviario del decreto ministeriale 15 luglio 2003, n. 388 e successive modificazioni.

Tale articolo è costituito da tre commi. Il primo prevede che il datore di lavoro, dopo aver valutato i rischi presenti nell'azienda, e quindi la natura delle attività lavorative e le dimensioni dell'azienda stessa, provveda alla organizzazione del primo soccorso e dell'assistenza medica di emergenza, nonché raccordandosi con i vari servizi esterni, per un eventuale trasporto dei lavoratori infortunati verso le strutture di emergenza più vicine. Nell'organizzazione del primo soccorso e delle misure correlate il medico competente viene a svolgere una funzione importante, poiché lo stesso datore di lavoro, seppure responsabile primario, anche di tali adempimenti, è tenuto ad avvalersi del parere del medico competente, ove nominato. Lo stesso comma, infatti, recita "...sentito il medico competente...". La preparazione e la competenza professionale del medico è fondamentale nelle scelte organizzative relative alle misure di emergenza sanitaria da adottare, alla luce anche di quanto previsto dal secondo comma del medesimo articolo, relativamente alle caratteristiche minime per le attrezzature di primo soccorso, per i requisiti che deve possedere il personale interno addetto a tale funzione, per la sua specifica formazione. Tali requisiti debbono essere individuati in base alla natura dell'attività svolta dall'azienda, nonché al numero dei lavoratori che operano all'interno dell'azienda, affinché sia un numero adeguato di addetti all'emergenza sanitaria, congruo e sufficiente per affrontare qualsiasi evento/incidente che possa verificarsi.

Il legislatore ha affrontato questa parte dell'organizzazione del pronto soccorso aziendale attraverso l'emanazione del decreto ministeriale 15 luglio 2003, n. 388. Tale decreto ha visto la luce dopo circa dieci anni dalla pubblicazione del D.Lgs. 626/94, in cui all'art. 15, comma 3, veniva previsto che *"le caratteristiche minime delle attrezzature di pronto soccorso, i requisiti del personale addetto e la sua formazione sono individuati in relazione alla natura dell'attività, al numero dei lavoratori occupati e ai fattori di rischio, con decreto dei Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, della Funzione pubblica e dell'industria, del commercio e dell'artigianato, sentita la commissione consultiva permanente e il Consiglio Superiore di sanità"*.

Il decreto legislativo 81/08 ha mantenuto invariato quanto stabilito dal citato decreto ministeriale 388/2003 comprendendo quattro importanti argomenti:

Classificazione delle aziende;

Organizzazione del pronto soccorso;

Requisiti e formazione degli addetti al pronto soccorso;

Attrezzature minime per gli interventi di pronto soccorso

Classificazione delle aziende

Le aziende vengono classificate in tre Gruppi A, B e C e quelle del gruppo A in tre sottogruppi. I Gruppi B e C vengono identificati come *"..aziende che non rientrano nel Gruppo A"*, definendosi di Gruppo B le aziende che hanno più di tre dipendenti e di Gruppo C quelle che ne hanno meno di 3.

La specificazione dei criteri di suddivisione nei tre sottogruppi del Gruppo A risulta ben definita nell'articolo 1, primo comma e ad esso rimandiamo.

Organizzazione del pronto soccorso

L'organizzazione del pronto soccorso è delineata nell'articolo 2 che prevede la necessità della *"cassetta di pronto soccorso"*, con la dotazione minima prevista di cui all'allegato 1, per i Gruppi A e B, mentre ritiene sufficiente il *"pacchetto di medicazione"*, con la dotazione minima prevista di cui all'allegato 2 per il Gruppo C.

L'importante innovazione da segnalare è quella in cui si afferma che la dotazione minima è *"..da integrare sulla base dei rischi presenti nei luoghi di lavoro e su indicazione del medico competente..."* con ciò responsabilizzando una volta di più l'attività del medico competente stesso.

Sempre in tale articolo si puntualizza la necessità di raccordi funzionali tra l'azienda ed i servizi esterni di emergenza sanitaria.

Requisiti e formazione degli addetti al pronto soccorso

Nell'articolo 3, con i suoi cinque commi, vengono delineati i requisiti di cui all'oggetto ed in particolare:

Al comma 1 si afferma che gli addetti al pronto soccorso devono essere formati con corsi di istruzione teorica e pratica per **l'attuazione** delle misure di primo intervento interno e per **l'attivazione** degli interventi di pronto soccorso. La formazione andrà ripetuta con cadenza triennale almeno per quanto riguarda alla parte pratica.

Al comma 2 si dichiara esplicitamente che tale attività deve esser fatta da personale medico, non espressamente ed esclusivamente dal medico competente -che però deve comunque, ai sensi della normativa vigente, esser presente - e che per la parte pratica della formazione lo stesso medico può avvalersi della collaborazione anche di personale infermieristico o di altro personale specializzato.

Nei commi 3 e 4 vengono dettagliati i contenuti e i tempi minimi del corso di formazione, rispettivamente nell'allegato 3 per il Gruppo A e nell'allegato 4 per i Gruppi B e C.

Per il Gruppo A inoltre si deve prevedere anche la trattazione dei rischi specifici dell'attività svolta.

Il 5 comma è una norma transitoria che rende validi i corsi già **effettuati** all'entrata in vigore della normativa.

Tornando ai contenuti dei due allegati citati essi prevedono, in entrambi i casi, tre moduli didattici per complessive 16 ore per il Gruppo A e 12 per i Gruppi B e C da svolgersi in tre giornate distinte; le prime due, anche se differenti come durata, hanno lo stesso programma, la terza giornata invece è

differenziata non solo nella durata ma nel contenuto pratico che è più impegnativo per il Gruppo A.

Attrezzature minime per gli interventi di pronto soccorso.

E' da apprezzare l'atteggiamento del legislatore che ha preferito ad una catalogazione che non poteva essere assolutamente esaustiva per le diverse categorie di rischio, la scelta di responsabilizzare le due figure cardine della prevenzione e cioè il Datore di lavoro ed il medico competente.

Infatti la norma afferma esplicitamente: *"..il datore di lavoro, in collaborazione con il medico competente, ove previsto, sulla base dei rischi specifici presenti nell'azienda o unita' produttiva, individua e rende disponibili le attrezzature minime di equipaggiamento ed i dispositivi di protezione individuale per gli addetti al primo intervento interno ed al pronto soccorso..."* e più avanti che *"...le attrezzature ed i dispositivi di cui al comma 1 devono essere appropriati rispetto ai rischi specifici connessi all'attività lavorativa dell'azienda e devono essere mantenuti in condizioni di efficienza e di pronto impiego e custoditi in luogo idoneo e facilmente accessibile."*

Con questo viene data la possibilità di adattare, di volta in volta, le "attrezzature minime" dell'azienda ai reali rischi presenti, rinviando così, implicitamente, alla responsabilità sia del datore di lavoro che del medico competente di un completo ed esaustivo documento di valutazione dei rischi.

Nell' allegato 1 del DM 388/2003 viene riportato in modo preciso e dettagliato il contenuto minimo della cassetta di pronto soccorso, con indicato anche il numero dei pezzi dei vari presidi sanitari da inserire nella cassetta, ad es. "guanti sterili monouso, 5 paia", ecc.

Allegato 1

CONTENUTO MINIMO DELLA CASSETTA DI PRONTO SOCCORSO

Guanti sterili monouso (5 paia).

Visiera paraschizzi

Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro (1).

Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0,9%) da 500 ml (3).

Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole (10).

Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole (2).

Teli sterili monouso (2).

Pinzette da medicazione sterili monouso (2).

Confezione di rete elastica di misura media (1).

Confezione di cotone idrofilo (1).

Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso (2).

Rotoli di cerotto alto cm. 2,5 (2).

Un paio di forbici.

Lacci emostatici (3).

Ghiaccio pronto uso (due confezioni).

Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari (2).

Termometro.

Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa.

L'allegato 2, anche qui in modo preciso e dettagliato, riporta invece il contenuto minimo del pacchetto di medicazione, con l'indicazione del numero dei pezzi dei vari presidi che lo stesso pacchetto deve contenere, ad es. "gusnti sterili monouso, 2 paia", ecc.

Allegato 2

CONTENUTO MINIMO DEL PACCHETTO DI MEDICAZIONE

Guanti sterili monouso (2 paia).

Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 125 ml (1).

Flacone di soluzione fisiologica (sodio cloruro 0,9%) da 250 ml (1).

Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole (1).

Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole (3).

Pinzette da medicazione sterili monouso (1).

Confezione di cotone idrofilo (1).

Confezione di cerotti di varie misure pronti all'uso (1).

Rotolo di cerotto alto cm 2,5 (1).

Rotolo di benda orlata alta cm 10 (1).

Un paio di forbici (1).

Un laccio emostatico (1).

Confezione di ghiaccio pronto uso (1).

Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari (1).

Istruzioni sul modo di usare i presidi suddetti e di prestare i primi soccorsi in attesa del servizio di emergenza.

RIUNIONE PERIODICA

Nel Decreto Legislativo 81/08 e s.m.i. la parte riguardante la riunione periodica viene trattata all'articolo 35.

Il comma 1 di tale articolo regola e definisce i partecipanti alla riunione periodica: esso recita infatti...*"il datore di lavoro, direttamente o tramite il servizio di prevenzione e protezione dai rischi, indice almeno una volta all'anno una riunione..."*; a tale riunione partecipa, tra le altre figure aziendali, il medico competente, ove nominato.

Il comma 2 elenca le tematiche che "nel corso della riunione il datore di lavoro sottopone all'esame dei partecipanti"; in tutte le tematiche esposte, il medico competente è coinvolto e vi partecipa a pieno titolo, trattandosi di argomenti riguardanti la salute e la sicurezza dei lavoratori.

Nel corso di tale riunione vengono sottoposti all'esame dei partecipanti:

- 1) il documento di valutazione dei rischi;
- 2) l'andamento degli infortuni e delle malattie professionali e della sorveglianza sanitaria;
- 3) i criteri di scelta, le caratteristiche tecniche e l'efficacia dei dispositivi di protezione individuale;
- 4) i programmi di informazione e formazione dei dirigenti, dei preposti e dei lavoratori ai fini della sicurezza e della protezione della loro salute.

All'articolo 35, comma 3 si dispone inoltre che *"nel corso della riunione possono essere individuati:*

a) codici di comportamento e buone prassi per prevenire i rischi di infortuni e di malattie professionali;

b) obiettivi di miglioramento della sicurezza complessiva sulla base delle linee guida per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro".

Questa novità normativa sottolinea in modo evidente quanto sia importante per il legislatore riaffermare la necessità di mettere in atto tutte le misure possibili rivolte alla prevenzione e quindi alla riduzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali. Nella scelta delle buone pratiche e dei comportamenti idonei a migliorare la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro, il medico competente svolge un ruolo fondamentale proprio per la sua preparazione e formazione professionale.

In occasione della riunione periodica, il medico competente comunica per iscritto al datore di lavoro, al responsabile del servizio di prevenzione e protezione, al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza i risultati anonimi e collettivi degli accertamenti sanitari (clinici e strumentali) effettuati per la sorveglianza sanitaria, fornendo altresì indicazioni sul significato di tali accertamenti. A conclusione di tale riunione, il datore di lavoro provvede alla redazione di un apposito verbale.

PARTECIPAZIONE A CORSI DI FORMAZIONE E INFORMAZIONE

Il medico competente può essere chiamato a partecipare a corsi di formazione, per i lavoratori.

Lo stesso medico competente può essere chiamato a svolgere attività di informazione circa l'uso di dispositivi di protezione individuale, l'applicazione di nuovi percorsi nell'attuazione della sorveglianza sanitaria, novità riguardanti i vari rischi professionali all'interno dell'azienda/amministrazione.

TENUTA DEI REGISTRI

Il datore di lavoro per la tenuta e l'aggiornamento di alcuni registri di esposizione dei lavoratori si avvale del medico competente. Nell'ambito della Pubblica Amministrazione tuttavia non ricorrono rischi per i quali c'è l'obbligo dell'istituzione e della tenuta degli specifici registri di esposizione; l'unico rischio lavorativo, per il quale sono previsti l'istituzione e la tenuta di registri e che può ricorrere per tali lavoratori è il **rischio biologico**, seppure presente solo in determinate situazioni ambientali/lavorative della P.A. Va sottolineato tuttavia che prima dell'emanazione del D. Lgs. 106/09, per quanto riguarda il Rischio Biologico, le indicazioni attinenti la tenuta del registro degli esposti e degli eventi accidentali, era rimasta invariata, nel senso che tale incombenza spettava al datore di lavoro, tramite il medico competente; con l'emanazione del D. Lgs. 106/09 la tenuta e l'aggiornamento di tale registro, pur restando sempre in carico al datore di lavoro, è stata affidata al responsabile del servizio di prevenzione e protezione.

Considerata la peculiarità del **rischio biologico**, legato prevalentemente al concetto di esposizione e di risposta individuale del lavoratore, il legislatore ha previsto, per tale rischio, la istituzione di "registri" finalizzati alla raccolta di dati significativi a fini statistici-epidemiologici. I "**Registri degli esposti e degli eventi accidentali**" (**art.280**) sono istituiti, in base alla norma, presso le strutture produttive, mentre il "**Registro dei casi di malattia e di decesso**" (**art.281**) è collocato presso l'ISPESL. A tale proposito bisogna ricordare che la Legge 122 del 2010 ha portato alla soppressione dell'ISPESL e dell'IPSEMA, affidandone le attribuzioni e le competenze all'INAIL, per cui tutte le attività di riferimento ai due enti, andranno di fatto attribuite all'INAIL.

L'**art.280** prevede che i lavoratori addetti ad attività che comportino l'uso di agenti del gruppo 3 ovvero 4 vengano iscritti in un registro dove sono riportati, per ciascuno di essi, l'attività svolta, l'agente utilizzato e gli eventuali casi di esposizione individuale.

L'istituzione e l'aggiornamento di tale registro spetta al datore di lavoro che ne cura la tenuta tramite il responsabile del servizio di prevenzione e protezione. Il medico competente e il rappresentante per la sicurezza hanno accesso a questo registro.

Il datore di lavoro consegna copia del registro all'ISPESL e all'organo di vigilanza competente per territorio (ASL), comunicando loro, ogni tre anni e comunque ad ogni richiesta, le variazioni intervenute; comunica all'ISPESL ed all'organo di vigilanza competente per territorio (ASL) la cessazione del rapporto di lavoro dei lavoratori, fornendo al contempo l'aggiornamento dei dati che li riguardano e consegna al medesimo Istituto, per il tramite del medico competente, le relative cartelle sanitarie e di rischio; in caso di cessazione di attività dell'azienda, consegna all'ISPESL ed all'organo di vigilanza competente per territorio (ASL), copia del registro e all'ISPESL copia del medesimo registro nonché per il tramite del medico competente le cartelle sanitarie e di rischio; in caso di assunzione di lavoratori che in precedenza hanno svolto attività comportanti rischio di esposizione allo stesso agente, richiede all'ISPESL copia delle annotazioni individuali contenute nel registro, nonché copia della cartella sanitaria e di rischio.

Le annotazioni individuali contenute nel registro degli esposti e degli eventi accidentali e le cartelle sanitarie e di rischio sono conservate dal datore di lavoro fino a risoluzione del rapporto di lavoro e dall'ISPESL fino a dieci anni dalla cessazione di ogni attività che espone ad agenti biologici. Nel caso di agenti biologici causa di infezioni consistenti o latenti o che producono malattie con recrudescenza periodica per lungo tempo o che possono avere gravi sequele a lungo termine, tale periodo è di quaranta anni.

Tutta la precedente documentazione è custodita e trasmessa con salvaguardia del segreto professionale; con ciò si ribadisce quanto già stabilito da norme di deontologia professionale, nonché da norme giuridiche; trattandosi infatti di dati personali estremamente sensibili, essi debbono avere una drastica limitazione per quanto ne riguarda l'accesso e la divulgazione.

I modelli e le modalità di tenuta del registro degli esposti e degli eventi accidentali e delle cartelle sanitarie e di rischio sono determinati con decreto del Ministro della Salute e del lavoro e della previdenza sociale sentita la commissione consultiva permanente.

L'ISPESL trasmette ogni anno al Ministero della Salute i dati di sintesi relativi al contenuto del predetto registro.

In considerazione dell'importanza della istituzione e tenuta del Registro degli esposti, sono state previste sanzioni in caso di inadempienza; sanzioni che prevedono l'arresto e/o la sanzione pecuniaria (art. 282 Sanzioni – per i datori di lavoro e i dirigenti).

Infine, in considerazione dell'importanza dell'approfondimento statistico-epidemiologico, per i soggetti esposti a rischio biologico è stata prevista l'istituzione del **Registro dei casi di malattia e di decesso** la cui istituzione, presso l'ISPESL è prevista all' **art. 281**.

I dati raccolti dall'ISPESL, proprio in funzione di questo registro, identificano una mappatura del fenomeno in termini di territorio e settore produttivo, permettendo l'individuazione di tassi di incidenza e di prevalenza dello stesso, base per una corretta prevenzione.

I medici, nonché le strutture sanitarie, pubbliche o private, che refertano i casi di malattia, ovvero di decesso imputabili all'esposizione ad agenti biologici, trasmettono all'ISPESL copia della relativa documentazione clinica.

Il modello e le modalità di tenuta di questo registro, nonché le modalità di trasmissione della documentazione prevista, sono determinati con decreto dei Ministri della salute e del lavoro e della previdenza sociale, sentita la Commissione consultiva.

Il Ministero della salute fornisce alla Commissione Europea, su richiesta, informazioni circa l'utilizzazione dei dati del predetto registro .

RAPPORTI DEL MEDICO COMPETENTE CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Gli obblighi del medico competente nei confronti di istituzioni esterne, nella fattispecie nei riguardi del Servizio Sanitario Nazionale, sono contenuti nell'art. 40 del D. Lgs. 81/08 e successive modifiche introdotte dal D. Lgs. 106/09:

Art. 40. Rapporti del medico competente con il Servizio sanitario nazionale

*1. Entro il primo trimestre dell'anno successivo all'anno di riferimento il medico competente trasmette, esclusivamente per via telematica, ai servizi competenti per territorio le informazioni, elaborate evidenziando le differenze di genere, relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, sottoposti a sorveglianza sanitaria secondo il modello in **allegato 3B**.*

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono le informazioni di cui al comma 1, aggregate dalle aziende sanitarie locali, all'ISPESL.

2-bis. Entro il 31 dicembre 2009, con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti, secondo criteri di semplicità e certezza, i contenuti degli Allegati 3A e 3B e le modalità di trasmissione delle informazioni di cui al comma 1. Gli obblighi di redazione e trasmissione relativi alle informazioni di cui al comma 1 decorrono dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al primo periodo.

(comma aggiunto dall'articolo 25 del d.lgs. n. 106 del 2009)

Sulla base dell'art. 40 istituito dal D. Lgs. 81/08 ed in particolare del nuovo comma 3 dello stesso articolo, introdotto con il D. Lgs. 106/09, è stato dato seguito alla costituzione del gruppo di lavoro per la definizione degli allegati 3A (Cartella sanitaria e di rischio) e 3B (dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori da trasmettere alle ASL e da queste all' ex Ispesl. Il gruppo di lavoro si è riunito per tutto l'anno 2010, portando a conclusione quanto richiesto, ma tuttora (giugno 2011) gli allegati prodotti sono fermi, in attesa delle decisioni da parte del Ministero del Lavoro e del Ministero della Salute.

APPENDICE

Indicazioni della Commissione consultiva per la valutazione dello stress lavoro-correlato (art.6, c. 8, lett. m-quater, e 28, comma 1 bis, d.lgs. n. 81/2008 e successive modificazioni e integrazioni)

Quadro normativo di riferimento, finalità e struttura del documento

L'articolo 28, comma 1, del **d.lgs. 9 aprile 2008, n. 81**, di seguito **d.lgs. n. 81/2008**, prevede che la valutazione dei rischi debba essere effettuata tenendo conto, tra l'altro, dei rischi da stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004. In ragione delle difficoltà operative ripetutamente segnalate in ordine alla individuazione delle corrette modalità di attuazione di tale previsione legislativa, in sede di adozione delle disposizioni integrative e correttive al citato **d.lgs. n. 81/2008**, è stato introdotto all'articolo 28 il comma 1-bis, con il quale si è attribuito alla Commissione consultiva il compito di formulare indicazioni metodologiche in ordine al corretto adempimento dell'obbligo, finalizzate a indirizzare le attività dei datori di lavoro, dei loro consulenti e degli organi di vigilanza. Al fine di rispettare, entro il termine del 31 dicembre 2010, la previsione di cui all'articolo 28, commi 1 e 1-bis, del **d.lgs. n. 81/2008**, e successive modificazioni e integrazioni, la Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro ha costituito un proprio comitato a composizione tripartita il quale, a seguito di ampio confronto tra i propri componenti, ha elaborato il presente documento, licenziato dalla Commissione consultiva nella propria riunione del 17 novembre 2010.

Le indicazioni metodologiche sono state elaborate nei limiti e per le finalità puntualmente individuati dalla Legge tenendo conto della ampia produzione scientifica disponibile sul tema e delle proposte pervenute all'interno alla Commissione consultiva e sono state redatte secondo criteri di semplicità, brevità e comprensibilità.

Il documento indica un percorso metodologico che rappresenta il livello minimo di attuazione dell'obbligo di valutazione del rischio da stress lavoro-correlato per tutti i datori di lavoro pubblici e privati.

Definizioni e indicazioni generali

Lo stress lavoro-correlato viene descritto all'articolo 3 dell'**Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004** - così come recepito dall'**Accordo Interconfederale del 9 giugno 2008** - quale "condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o aspettative riposte in loro" (art. 3, comma 1). Nell'ambito del lavoro tale squilibrio si può verificare quando il lavoratore non si sente in grado di corrispondere alle richieste lavorative. Tuttavia non tutte le manifestazioni di stress sul lavoro possono essere considerate come stress lavoro-correlato. Lo stress lavoro-correlato è quello causato da vari fattori propri del contesto e del contenuto del lavoro.

La valutazione del rischio da stress lavoro-correlato è parte integrante della valutazione dei rischi e viene effettuata (come per tutti gli altri fattori di rischio) dal datore di lavoro avvalendosi del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) con il coinvolgimento del medico competente, ove nominato, e previa consultazione del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS/RLST).

È, quindi, necessario preliminarmente indicare il percorso metodologico che permetta una corretta identificazione dei fattori di rischio da stress lavoro-correlato, in modo che da tale identificazione discenda la pianificazione e realizzazione di misure di eliminazione o, quando essa non sia possibile, riduzione al minimo di tale fattore di rischio.

A tale scopo, va chiarito che le necessarie attività devono essere compiute con riferimento a tutti i lavoratori, compresi dirigenti e preposti. La valutazione prende in esame non singoli ma gruppi omogenei di lavoratori (per esempio per mansioni o partizioni organizzative) che risultino esposti a rischi dello stesso tipo secondo una individuazione che ogni datore di lavoro può autonomamente

effettuare in ragione della effettiva organizzazione aziendale (potrebbero essere, ad esempio, i turnisti, i dipendenti di un determinato settore oppure chi svolge la medesima mansione, etc).

Metodologia

La valutazione si articola in due fasi: una necessaria (la valutazione preliminare); l'altra eventuale, da attivare nel caso in cui la valutazione preliminare riveli elementi di rischio da stress lavoro-correlato e le misure di correzione adottate a seguito della stessa, dal datore di lavoro, si rivelino inefficaci.

La valutazione preliminare consiste nella rilevazione di indicatori oggettivi e verificabili, ove possibile numericamente apprezzabili, appartenenti quanto meno a tre distinte famiglie:

Eventi sentinella quali ad esempio: indici infortunistici; assenze per malattia; turnover; procedimenti e sanzioni e segnalazioni del medico competente; specifiche e frequenti lamentele formalizzate da parte dei lavoratori. I predetti eventi sono da valutarsi sulla base di parametri omogenei individuati internamente alla azienda (es. andamento nel tempo degli indici infortunistici rilevati in azienda).

Fattori di contenuto del lavoro quali ad esempio: ambiente di lavoro e attrezzature; carichi e ritmi di lavoro; orario di lavoro e turni; corrispondenza tra le competenze dei lavoratori e i requisiti professionali richiesti.

Fattori di contesto del lavoro quali ad esempio: ruolo nell'ambito dell'organizzazione, autonomia decisionale e controllo; conflitti interpersonali al lavoro; evoluzione e sviluppo di carriera; comunicazione (es. incertezza in ordine alle prestazioni richieste).

In questa prima fase possono essere utilizzate liste di controllo applicabili anche dai soggetti aziendali della prevenzione che consentano una valutazione oggettiva, complessiva e, quando possibile, parametrica dei fattori di cui ai punti I, II e III che precedono.

In relazione alla valutazione dei fattori di contesto e di contenuto di cui sopra (punti II e III dell'elenco) occorre sentire i lavoratori e/o i RLS/RLST. Nelle aziende di maggiori dimensioni è possibile sentire un campione rappresentativo di lavoratori. La scelta delle modalità tramite cui sentire i lavoratori è rimessa al datore di lavoro anche in relazione alla metodologia di valutazione adottata.

Ove dalla valutazione preliminare non emergano elementi di rischio da stress lavoro-correlato tali da richiedere il ricorso ad azioni correttive, il datore di lavoro sarà unicamente tenuto a darne conto nel Documento di Valutazione del Rischio (DVR) e a prevedere un piano di monitoraggio.

Diversamente, nel caso in cui si rilevino elementi di rischio da stress lavoro-correlato tali da richiedere il ricorso ad azioni correttive, si procede alla pianificazione ed alla adozione degli opportuni interventi correttivi (ad esempio, interventi organizzativi, tecnici, procedurali, comunicativi, formativi, etc). Ove gli interventi correttivi risultino inefficaci, si procede, nei tempi che la stessa impresa definisce nella pianificazione degli interventi, alla fase di valutazione successiva (c.d. valutazione approfondita).

La valutazione approfondita prevede la valutazione della percezione soggettiva dei lavoratori, ad esempio attraverso differenti strumenti quali questionari, focus group, interviste semi-strutturate, sulle famiglie di fattori/indicatori di cui all'elenco sopra riportato. Tale fase fa riferimento ovviamente ai gruppi omogenei di lavoratori rispetto ai quali sono state rilevate le problematiche. Nelle aziende di maggiori dimensioni è possibile che tale fase di indagine venga realizzata tramite un campione rappresentativo di lavoratori.

Nelle imprese che occupano fino a 5 lavoratori, in luogo dei predetti strumenti di valutazione approfondita, il datore di lavoro può scegliere di utilizzare modalità di valutazione (es. riunioni) che garantiscano il coinvolgimento diretto dei lavoratori nella ricerca delle soluzioni e nella verifica della loro efficacia.

Disposizioni transitorie e finali

La data del 31 dicembre 2010, di decorrenza dell'obbligo previsto dall'articolo 28, comma 1-bis, del **d.lgs. n. 81/2008**, deve essere intesa come data di avvio delle attività di valutazione ai sensi delle presenti indicazioni metodologiche. La programmazione temporale delle suddette attività di valutazione e l'indicazione del termine finale di espletamento delle stesse devono essere riportate nel documento di valutazione dei rischi. Gli organi di vigilanza, ai fini dell'adozione dei provvedimenti di propria competenza, terranno conto della decorrenza e della programmazione temporale di cui al precedente periodo.

Allo scopo di verificare l'efficacia della metodologia qui indicata, anche per valutare l'opportunità di integrazioni alla medesima, la Commissione Consultiva provvederà ad elaborare una relazione entro 24 mesi dalla pubblicazione delle presenti indicazioni metodologiche, a seguito dello svolgimento del monitoraggio sulle attività realizzate. Le modalità di effettuazione di tale monitoraggio saranno definite dalla Commissione consultiva.

I datori di lavoro che, alla data di approvazione delle presenti indicazioni metodologiche, abbiano già effettuato la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato coerentemente ai contenuti dell'**accordo europeo dell'8 ottobre 2004** - così come recepito dall'**Accordo Interconfederale del 9 giugno 2008** - non debbono ripetere l'indagine ma sono unicamente tenuti all'aggiornamento della medesima nelle ipotesi previste dall'art. 29, comma 3, del **d.lgs. n. 81/2008**, secondo quanto indicato nel presente documento.

Tanto si segnala, anche tenendo conto della rilevanza del documento ai fini degli adempimenti relativi alla valutazione dei rischi da lavoro, con invito a garantire la massima divulgazione delle indicazioni di cui all'oggetto.

Il Direttore Generale
Della tutela delle condizioni di lavoro
(Dott. Giuseppe Umberto Mastropietro)

INAIL

Mod. 1 SS

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome Nome Sesso M/F

Nato a (Comune) Prov. GG / MM / AAAA Nazionalità

Domiciliato in (Comune) Prov. CAP

Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico /

Codice ISTAT Codice ASL Codice Fiscale

GG / MM / AAAA in (Comune o Stato Estero)

L'EVENTO È AVVENUTO IL

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale

Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico /

Comune

Settore Lavorativo Agricoltura Industria Artigianato Pubblica Amministrazione Servizi o Terziario Altro

Attività lavorativa attuale (mansione)

Attività lavorative precedentemente svolte

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il GG / MM / AAAA alle ore ,

Data GG / MM / AAAA

Firma dell'assicurato _____

DIAGNOSI

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

È necessaria l'effettuazione di una visita medica, da parte del medico competente, prima della ripresa del lavoro al fine di verificare l'idoneità alla mansione ai sensi del D.Lgs. n. 106/2009

Luogo Data di rilascio GG / MM / AAAA

Timbro e Firma del Medico _____

INAIL

Mod. 5 SS

CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome _____ Nome _____ Sesso M/F

Nato a (Comune) _____ Prov. _____ GG _____ MM _____ AAAA _____ Nazionalità _____

Residente a (Comune) _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Codice ISTAT _____ Codice ASL _____ Codice Fiscale _____

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale dal _____ GG / _____ MM / _____ AAAA

Cognome e nome o ragione sociale _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Comune _____ Prov. _____

Assicurato: Dipendente Autonomo

Settore Lavorativo: Agricoltura Industria Artigianato Pubblica Amministrazione Servizi o Terziario Altro

Descrizione attività lavorativa attuale (mansione) _____

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte

dal	al	Datore di lavoro	Comune	Settore Lavorativo	Attività Lavorativa/Mansione

Situazione Lavorativa/Lavorazione/Sostanza che avrebbe determinato la malattia _____

Quando è stata posta per la prima volta la diagnosi della malattia in esame? _____ GG / _____ MM / _____ AAAA

Primo giorno di eventuale completa astensione dal lavoro a causa della malattia in esame _____ GG / _____ MM / _____ AAAA

Data _____ GG / _____ MM / _____ AAAA

Firma dell'assicurato _____

Il sottoscritto fornisce i suddetti dati ai fini dell'accesso alle prestazioni economiche e sanitarie connesse al riconoscimento di malattia professionale, previste dalla normativa vigente

Firma dell'assicurato _____

DIAGNOSI

La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro SI NO

dal giorno _____ GG / _____ MM / _____ AAAA fino a tutto il _____ GG / _____ MM / _____ AAAA

È necessaria l'effettuazione di una visita medica, da parte del medico competente, prima della ripresa del lavoro al fine di verificare l'idoneità alle mansioni ai sensi del D.Lgs. n. 106/2009

Luogo _____ Data di rilascio _____ GG / _____ MM / _____ AAAA

Timbro e Firma del Medico _____

REFERITO ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA

Alla Procura della Repubblica presso
la Pretura Circondariale di

Oggetto: referto medico ai sensi dell'art.365 c.p.

Il sottoscritto dr. _____ informa la S.V. che in data _____ presso _____
sito in via _____ di _____, alle ore _____, ha prestato la propria opera professionale al
signor _____, nato a _____ abitante in via _____ di _____, dipendente dell'azienda _____ dal _____,
con la mansione di _____, che in seguito a :

- malattia professionale - sospetta/accertata
- infortunio sul lavoro - sospetto/accertato

comportante

- pericolo di vita
- una malattia della durata di _____ giorni
- incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un periodo superiore a 40 giorni
- indebolimento permanente di un senso o di un organo
- perdita di un senso o perdita dell'uso di un arto o di un organo
- perdita della capacità di procreare
- permanente e grave difficoltà della favella
- sfregio o deformazione permanente del volto
- interruzione di gravidanza

ha riportato (diagnosi):

con prognosi di

In ordine alle circostanze, alle cause, all'evento ed ai mezzi dai quali è derivato si precisa quanto segue:

Osservazioni (ivi compresi il luogo in cui attualmente si trova l'offeso, eventuali certificazioni, prognosi e proroghe precedenti)

.....
(timbro e firma del medico competente)

BIBLIOGRAFIA

- I Protocolli di Sorveglianza Sanitari nelle strutture Inail – ediz. Inail 2010
- Il Medico Competente e gli addetti ai VdT – ediz. Inail 2010
- Linee Guida SIMLII 2003, Vol. 3: Sorveglianza Sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali.
- Linee Guida SIMLII 2004, Vol. 8: Sorveglianza Sanitaria degli addetti a lavori atipici e a lavori a turni.
- Linee Guida SIMLII 2005, Vol. 17: Sorveglianza Sanitaria nei lavoratori della sanità esposti a rischio biologico.
- Linee Guida SIMLII 2008, Vol. 24: Agenti biologici in ambienti di lavoro non sanitari.
- Linee Guida per Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori ASL Rm C (F. D’Orsi) 2009.
- Fact Sheet “Rischi per la salute legati a stampanti laser, fotocopiatrici e toner”; SUVA; ed. 2009.
- Rischio biologico negli ambulatori prime cure INAIL - Vademecum per l’infermiere; ediz. INAIL 2010.
- Quaderni di Medicina del Lavoro a cura di Nicolò Castellino e Francesco Vinci n. 4; Editrice Ricerca Medica Napoli 1998.
- Il Videoterminale e il D.Lgs. 81/2008 - Orientamenti operativi per il medico competente Paolo Santucci, ANMA 2009.