



ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI  
20123 MILANO – VIA SAN MAURILIO 4  
TELEFONO 0286453978 – FAX 0286913115  
E-MAIL: [maurilio@mclink.it](mailto:maurilio@mclink.it) - SITO WEB: [www.anma.it](http://www.anma.it)

*ALLEGATO 3 A e 3 B  
D.lgs n. 81/2008 e s.m.i.  
Proposte di modifica  
Rev. 0 – 22 luglio 2010*

Milano, 22 luglio 2010

**Al Dottor Giancarlo Marano**

Direttore Ufficio II  
Prevenzione Sanitaria – Dipartimento Prevenzione e Comunicazione  
Ministero della Salute

**Al Dottor Lorenzo Fantini**

Dirigente Responsabile Div. III  
Promozione salute e sicurezza sui luoghi di lavoro  
Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Si trasmette il documento “*Contributo ANMA alle modifiche dell’Allegato 3 A e 3 B – Nota a seguito della riunione convocata dal Ministero della Salute il giorno 8 luglio 2010*”, confermando la piena disponibilità della nostra Associazione a contribuire al concreto sviluppo della prevenzione in generale e della salute e sicurezza dei lavoratori sul lavoro.

Con stima e cordialità  
Dr. Giuseppe Briatico-Vangosa  
a nome del Consiglio Direttivo di ANMA

Contributo ANMA alle modifiche dell'Allegato 3 A e 3 B – Nota a seguito della riunione convocata dal Ministero della Salute il giorno 8 luglio 2010.

\*\* \*\*

Raccogliamo l'invito di contribuire, in veste di "esperti", alla ridefinizione degli Allegati 3 A e 3 B ai sensi del comma 2-bis dell'articolo 40 del D.lgs 81/08 come modificato dal D.lgs. 106/09, a tenore del quale saranno ridefiniti con DM "*secondo criteri di semplicità e certezza, i contenuti degli Allegati di cui sopra e le modalità di trasmissione di cui al comma 1*".

Seguendo l'ordine degli argomenti come trattati nella riunione del giorno 8 luglio 2010 presso il Ministero della Salute, esprimiamo di seguito le nostre osservazioni e formuliamo le nostre proposte relative all'Allegato 3 B e di seguito all'Allegato 3 A, ricordando però quanto già rappresentato alle diverse Amministrazioni con il documento ANMA del 13/11/2009 "*Considerazioni sull'allegato 3 A del Dlgs. 81/08 - Contenuti minimi della cartella sanitaria e di rischio*".

### **Nota introduttiva**

Ci piace qui ricordare la posizione di piena collaborazione e apertura che ANMA ha dimostrato nell'applicazione dell'allegato 3 A e ancor più dell'allegato 3 B.

ANMA, infatti, non si è unita al coro di proteste e alle polemiche che fino al 31 marzo 2009 hanno accompagnato l'applicazione del discusso articolo 40 del D.Lgs. 81/2008.

Il direttivo dell'ANMA si è attivato dando indicazioni operative ai soci per assisterli a ottemperare alla norma, appoggiando il "modello di trasmissione dei dati" predisposto dal Comitato Tecnico Interregionale, seppur non ufficiale.

Peraltro l'ANMA già nel 20° Congresso Nazionale di Viareggio del 2007 aveva indicato come il Medico competente potesse essere una "risorsa", anche per il Servizio Sanitario Nazionale, nella catena di azioni atte a realizzare la prevenzione e la promozione della salute.

Inoltre l'ANMA ha sempre ritenuto che alcuni dei dati richiesti al Medico competente per la compilazione dell'Allegato 3B, siano elementi fondamentali per esercitare responsabilmente il proprio ruolo.

Già a quel tempo sono state formulate puntuali osservazioni e proposte a nostro avviso migliorative e semplificative (vedi documento del 26/10/2008 "*Primi mesi di applicazione del D.Lgs. 81/2008: le criticità riscontrate dai medici competenti e proposte per un loro superamento*").

## ***ALLEGATO 3 B- Articolo 40 D.lgs n. 81/2008 e s.m.i. Proposta si modifica ai contenuti***

### **Osservazioni: la ratio dell'Allegato 3B**

L'art. 40 del D.Lgs. 81/08 prevede che il medico competente si rapporti con il servizio sanitario nazionale e trasmetta, entro il primo trimestre dell'anno successivo all'anno di riferimento ed 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 un modello allegato al decreto.

E' poi previsto che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano trasmettano tali informazioni, aggregate dalle aziende sanitarie locali, all'ISPESL.



Già il fatto che tali informazioni, pur aggregate dalle ASL, debbano avere - nella volontà del legislatore del 2008 confermata da quello del 2009 - come ultimo e principale destinatario l'**ISPESL**, quindi un Ente con competenze e funzioni prettamente **scientifiche** (al di là della destinazione che tale Ente potrà avere sulla base dei più recenti provvedimenti finalizzati al ridimensionamento degli Enti pubblici), permette di comprendere come **la finalità dell'art. 40 sia quella di favorire una raccolta di informazioni e quindi una creazione di banche dati tale da consentire lo svolgimento di indagini epidemiologiche e non solo.**

Tale interpretazione è confermata da numerosi autorevoli documenti ufficiali.

Andando direttamente alla fonte e quindi all'art. 1 della Legge 123/2007, c.d. **legge delega** per il testo unico, la relativa Relazione di accompagnamento fornisce preziose indicazioni in tal senso: "1a lettera n)<sup>2</sup> è diretta a definire **un assetto istituzionale che consenta l'organizzazione e la circolazione di informazioni per potere meglio conoscere i fenomeni infortunistici e le malattie professionali** e, di conseguenza, finalizzare l'intervento di Stato, Enti e Regioni, alla massima efficacia. Inoltre, **il criterio è utile anche ai fini degli adempimenti periodicamente richiesti dall'Unione Europea** a ciascuno degli Stati Membri relativamente alla **effettiva applicazione delle direttive comunitarie**. Si prevede, per tali finalità, l'utilizzo (nel rispetto delle attuali competenze) del **sistema informativo** esistente in materia, reso maggiormente efficace attraverso l'eliminazione di ogni sovrapposizione o duplicazione di intervento, al quale parteciperanno i Ministeri ed al cui sviluppo potranno concorrere - in un'ottica di massima condivisione e utilità dello strumento - gli organismi paritetici e **gli istituti di settore a carattere scientifico**".

La **Relazione di accompagnamento al D.Lgs. 106/09** (decreto che ha introdotto nell'art. 40 il comma 2-bis a tenore del quale saranno ridefiniti con DM "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") sottolinea poi in apertura come siano state recepite nel decreto "molte proposte di modifica...volte al conseguimento degli obiettivi di **maggior semplificazione** e attenzione ai **profili sostanziali della sicurezza**, nell'ottica di garantire il bene primario della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro in termini di **effettività**, come indicato dai pareri espressi dalle competenti Commissioni Parlamentari<sup>3</sup>. In particolare, a titolo di esempio, sono state accolte le proposte relative alla...trasmissione da parte dei medici competenti al Servizio Sanitario Nazionale dei "**flussi**" di dati utili alla prevenzione degli **infortuni** (D.Lgs. 81/08)".

In ordine poi all'esigenza di riformulazione dell'art. 40 fatta propria dal legislatore del decreto correttivo, la stessa Relazione precisa che essa è finalizzata a "**favorire gli operatori e la stessa effettività della disposizione, secondo semplicità e certezza**".

La *ratio* dell'art. 40 è stata poi ben messa in luce nel 2009 dalla **Consulta Giuridica del Lavoro** (Proff. C. Smuraglia, O. Bonardi e L. Maserà)<sup>4</sup>, allorché nelle Note sullo schema del D.Lgs. 106/09 ha

<sup>2</sup> Art. 1 c. 1 lett. n) Legge n. 123/2007: "Definizione di un assetto istituzionale fondato sull'organizzazione e circolazione delle informazioni, delle linee guida e delle buone pratiche utili a favorire la promozione e la tutela della salute e sicurezza sul lavoro, anche attraverso il sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro, che valorizzi le competenze esistenti ed elimini ogni sovrapposizione o duplicazione di interventi".

<sup>3</sup> In tal senso vedi il Parere del Senato, Commissione Lavoro-Previdenza Sociale, reso il 24 giugno 2009 (Resoconto n. 93).

<sup>4</sup> Note sullo schema di decreto correttivo e integrativo del D.Lgs. 81/08, Roma, Maggio 2009, p. 15.

sottolineato che “l’unico modo possibile per conoscere la diffusione e la portata delle malattie da lavoro e soprattutto per iniziare a svolgere indagini e ricerche epidemiologiche volte a identificare i rischi lavorativi e a distinguere le malattie da lavoro da quelle generiche è costituito dalla raccolta dei dati da parte dell’Ispesl. Raccolta che può avvenire grazie all’invio da parte dei medici competenti ai servizi appositi di rapporti annuali contenenti le informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori previsto dall’art. 40 D.Lgs.81/08”.

E più avanti i medesimi Autori ricordano come tale adempimento sia funzionale alla produzione di una “*effettiva conoscenza dei dati relativi agli effetti del lavoro sulle condizioni di salute e della conseguente possibilità di programmare attività di prevenzione in proposito*”.

In ultimo, lo stesso gruppo di lavoro incaricato dal **Coordinamento Tecnico delle Regioni** per la predisposizione di uno schema per la raccolta delle informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria apre la **Relazione di accompagnamento** al suo documento premettendo che “questo flusso informativo potrebbe essere molto utile per i Servizi pubblici competenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro, in particolare ai **fini della mappatura dei rischi occupazionali del territorio, che rappresenta una delle attività inserite nei LEA** relativi alla tutela della salute e sicurezza sul lavoro, **ma anche per implementare la mappatura dei danni da lavoro, in particolare relativamente alle malattie professionali e alle differenze di genere.** Occorre quindi fornire gli strumenti e realizzare le condizioni necessarie perché questi percorsi informativi possano effettivamente funzionare e **raggiungere gli obiettivi di conoscenza per cui sono stati pensati**”.

Ciò detto, ANMA prende atto del modello presentato in sede di riunione, qui confermando la posizione critica già assunta in fase di discussione.

La “filosofia” che anima l’elaborazione del prodotto informatizzato presentato, come dimostrano i campi in esso contenuti, non è propriamente coerente alle motivazioni e agli obiettivi definiti dalla norma.

L’Allegato non si discosta sostanzialmente dalla versione di primogenitura del 2008. E’ allora utile ribadire le finalità dell’articolo 40 del D.lgs 81/08 e s.m.i. e a queste ricondurre i contenuti dell’allegato in oggetto.

La relazione di accompagnamento del Coordinamento Tecnico delle Regioni, che condividiamo, è del resto in sintonia con quanto prima detto. Sulla stessa linea è la posizione espressa da SIMLII con il proprio documento “*Osservazioni della SIMLII sulla proposta di modifica ai contenuti degli allegati 3 A e 3 B del decreto legislativo 9 aprile 2008 n° 81*”, dove si legge che l’utilità dei flussi informativi di cui all’art. 40 “*consiste nel contributo all’orientamento delle attività di prevenzione in termini di mappatura degli esposti a rischi professionali sottoposti a sorveglianza sanitaria e di lettura del loro stato di salute, scopi che risultano ambiziosi e, a parere della nostra Società (SIMLII), non agevolmente raggiungibili.*” E ancora “*l’attuale revisione del modello di raccolta dei dati, così come trapelata, ...(omissis)..., non appare comunque avere caratteristiche tali da poter soddisfare le appropriate condizioni di efficienza, efficacia e praticabilità e non segue certamente il criterio di semplicità indicato dal legislatore nel D.lgs 106/09*”.

Resta viva la “sensazione”, per verità concretizzata da alcune espressioni regionali, dell’ambiguità interpretativa dell’articolo 40, o meglio di voler usare l’allegato come strumento per allargare – impropriamente- la visuale del campo di osservazione. L’Allegato assume veste di controllo, creando un vero e proprio “mostro giuridico” incompatibile con uno Stato di diritto. Ci troveremmo di fatto nell’assurda situazione giuridica in cui un soggetto (il Medico competente) è obbligato a fornire ad un ente di controllo e di vigilanza dei dati che riguardano la sua attività professionale che potrebbero essere anche utilizzati per attivare un controllo sul suo operato che a sua volta potrebbe sfociare in un’azione sanzionatoria nei suoi confronti.

### **Allegato 3 B: il modello proposto da ANMA**

Lo schema proposto è sintetizzato nell'allegato ANMA/1.

Il modello è orientato a soddisfare le condizioni di efficienza, efficacia, praticabilità e semplificazione, richiamate dal legislatore.

I campi d'interesse da considerare, a nostro avviso, sono:

- quelli identificativi del medico competente e dell'azienda, ovviamente (Campi 1 e 2 del modello ANMA);
- il campo relativo ai dati sanitari e di rischio, aggregati e riepilogativi, inerenti i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria ex art. 41 del D.lgs 81/08 e s.m.i., splittati per differenza di genere, nonché la statistica dei giudizi di idoneità espressi dal medico competente nel periodo di osservazione (campi 3° e 3b del modello ANMA);
- il campo relativo alla statistica delle malattie occupazionali denunciate dal medico competente ex art. 139 del DPR 1164/65.

I dati richiesti dal modello versione 2008/2009 “*occupati, infortuni e assenze*” (n. totale lavoratori subordinati equivalenti, con altri tipi di contratto, infortuni denunciati, assenze per infortuni e malattie professionali, assenteismo non INAIL, congedi parentali), pur utilizzato da molti medici per l'invio dei dati dell'esercizio 2008, non sono coerenti con la richiesta normativa. Il medico competente non può e non deve essere il “messaggero” di dati che sono strettamente dell'azienda, anche se –ovviamente- deve conoscerli per gestire in efficienza ed efficacia il proprio ruolo preventivo.

Anche i dati su “*malattie professionali e idoneità*” richiedono una profonda riflessione e una sostanziale modifica.

Infine la descrizione del protocollo sanitario, riportando per ogni mansione le visite mediche e gli accertamenti integrativi previsti dal protocollo sanitario con le relative periodicità, va ben oltre le finalità della legge, assumendo invece un'evidente volontà di controllo sull'operato del medico competente.

#### **Campo 1 e 2**

Per il Campo 1 si ritengono sufficienti due essenziali riferimenti:

- a- codice fiscale del medico competente
- b- numero identificativo assegnato dal Ministero della Salute al Medico competente iscritto nell'elenco nazionale, in analogia al numero dell'elenco dei medici autorizzati alla radioprotezione.

#### **Proposta**

<b>CAMPO 1 – IDENTIFICATIVO DEL MEDICO COMPETENTE</b>	
<b>1A: CODICE FISCALE</b>	<b>Inserito dal M.C</b>
<b>1B: NUMERO IDENTIFICATIVO DA ELENCO MEDICI COMPETENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE</b>	<b>Inserito dal M.C. che riceve credenziali dal Ministero della Salute</b>

Il Ministero, come ben noto, ha istituito l'elenco nazionale dei medici competenti.

Sarebbe utile, lo auspichiamo con forza, che ad ogni medico venisse attribuito un “identificativo” da inserire nel campo 1B. Il codice identificherebbe non solo l’intera anagrafica del medico, così come oggi richiesta dal Ministero per l’iscrizione nell’elenco nazionale, ma permetterebbe al Ministero di monitorare la reale consistenza numerica dei medici competenti dedicati all’attività –cioè con nomina da parte del datore di lavoro- (siamo certi che la forbice tra medici iscritti in elenco in quanto possessori dei requisiti abilitanti, ma che non praticano l’attività, e effettivi Medici competenti sia particolarmente ampia). Il dato è a nostro avviso prezioso per le necessarie proiezioni sul rapporto tra domanda e offerta (numero medici competenti “attivi” vs. numero di lavoratori da sottoporre a sorveglianza sanitaria).

Altri campi contenuti nella “demo” del giorno 8 luglio u.s. sono inutili a nostro avviso.

Tra questi in particolare la distinzione tra “*medico competente unico*”; “*medico coordinatore*”; “*medico coordinato*”, che prefigurerebbe una gerarchia di responsabilità a dispetto della chiarezza della norma che pone la responsabilità in capo al singolo professionista che esercita la funzione di medico competente. Il medico coordinatore, a senso di legge, non assume una responsabilità gerarchicamente diversa rispetto agli altri medici competenti del team. Come si legge in alcuni documenti entrati nel merito, il medico coordinatore è “figura che promuove e concorda criteri omogenei di comportamenti all’interno del team, ma non ha poteri sovra ordinari rispetto agli altri medici del team ai quali non si può sostituire, né può essere lui l’unico medico a rilasciare i giudizi d’idoneità sulla scorta di accertamenti effettuati da altri –leggasi la visita medica ex art. 41-, né può essere l’unico medico a collaborare alla valutazione dei rischi (cfr. documento SNOP “*Possibilità di nominare più medici competenti individuando tra essi un medico con funzioni di coordinamento*; verbale del 12 aprile 2010 della Procura di Torino in ordine all’art. 39 comma 6 del D.Lgs. 81/08; TAR Abruzzo Sentenza 21.6.2010).

Dopo le considerazioni di merito ci sono quelle di metodo. Casi particolari come le imprese complesse non devono assumere valore emblematico e appesantire il sistema dato che la norma attribuisce la responsabilità al singolo medico competente.

E’ invece più utile concentrarsi su un caso ben più rilevante rappresentato dal numero di microimprese non obbligate a registrarsi in Camera di Commercio (studi professionali; associazioni di volontariato, ad esempio) e non rintracciabili tramite le utilities descritte nel sistema. Nella fattispecie il medico competente dovrà armarsi di pazienza e inserire manualmente tutti i dati identificativi dell’impresa, facendone sopportare i costi all’impresa stessa.

### **Proposta**

#### **CAMPO 2 – IDENTIFICATIVO DELL’AZIENDA E/O DELL’UNITA’ PRODUTTIVA**

<b>Tutti i campi previsti</b>	<b>Da Banca Dati registro imprese (*)</b>
-------------------------------	---

(\*): *considerare la possibilità che alcune tipologie di microimprese non sono registrate in camera di commercio (es. studio professionale; associazione ONLUS) e da ciò non reperibili dati automatici*

### **Campo 3**

Lo schema da noi proposto fotografa la distribuzione dei rischi valutati nella popolazione lavorativa soggetta a sorveglianza sanitaria obbligatoria, rapportata al totale della popolazione in sorveglianza sanitaria, dati altamente significativi per gli obiettivi che la legge si pone.

#### **Altri dati quali:**

- ✓ il computo complessivo della “forza lavoro” al 30/6 e al 31/12 di ogni esercizio solare;
- ✓ la posizione contrattuale dei lavoratori
- ✓ il numero di infortuni denunciati,
- ✓ gli indici di assenteismo INAIL, INPS e di congedo parentale;

**non sono generati dal medico competente**, che non ne può quindi assumere paternità e responsabilità. Questi dati sono del resto tutti ricavabili agevolmente, da chi ne ha l’esigenza, da altre fonti documentali.



ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI  
20123 MILANO – VIA SAN MAURILIO 4  
TELEFONO 0286453978 – FAX 0286913115  
E-MAIL: [maurilio@mlink.it](mailto:maurilio@mlink.it) - SITO WEB: [www.anma.it](http://www.anma.it)

*ALLEGATO 3 A e 3 B*  
*D.lgs n. 81/2008 e s.m.i.*  
*Proposte di modifica*  
*Rev. 0 – 22 luglio 2010*

Entrando nel merito dei dati su “malattie professionali e idoneità” una prima puntualizzazione, che va assolutamente chiarita, riguarda la nozione “lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria” e “numero lavoratori visitati nell’anno di riferimento”. E’ noto che periodicità e cadenza della sorveglianza sanitaria sono variabili da caso a caso, ora per indicazione di legge – il caso classico del video terminalista sorvegliato con cadenza biennale o quinquennale-, ora per scelta del medico competente, ora per situazioni inerenti al singolo lavoratore (la periodicità della sorveglianza sanitaria può essere un elemento di un giudizio d’idoneità limitata).

Ne deriva che la coincidenza aritmetica tra “lavoratori esposti a rischio” e “lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell’anno di riferimento” può non esserci, e per lo più non c’è.

Non deve quindi stupire un differente valore numerico registrato nella colonna dei lavoratori a rischio rispetto alla colonna dei “visitati”.

Non possiamo non rimarcare, per onestà intellettuale, che il dato così come richiesto ha solo significato di controllo sull’operato del medico, poiché non ha alcun valore statistico e epidemiologico.

La logica suggerisce dunque di eliminare il campo “numero visitati nell’anno di riferimento”.

Su queste considerazioni il campo 3 da noi proposto è dedicato alla distribuzione nei rischi valutati dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria ex art. 41 del D.lgs 81/08, differenziati per genere.

*Proposta*

**CAMPO 3 – RIEPILOGO DATI AGGREGATI SANITARI E DI RISCHIO DEI LAVORATORI SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA SANITARIA (riferito all'anno di esercizio)**

RISCHIO	GENERE DEL LAVORATORE	
	FEMMINE (#)	MASCHI (#)
<b>00 - TOTALE SOGGETTI IN SORVEGLIANZA SANITARIA</b>		
<b>01 - MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI</b>		
<b>02 - SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI</b>		
<b>03 - VIBRAZIONI MANO BRACCIO</b>		
<b>04 - VIBRAZIONI CORPO INTERO</b>		
<b>05 – RUMORE</b>		
<b>06 - CAMPI ELETTRROMAGNETICI</b>		
<b>07 - RADIAZIONI OTTICHE ARTIFICIALI</b>		
<b>08 – INFRASUONI</b>		
<b>09 – ULTRASUONI</b>		
<b>10 - RADIAZIONI IONIZZANTI</b>		
<b>11 - MICROCLIMA SEVERO</b>		
<b>12 - ATMOSFERE IPERBARICHE</b>		
<b>13 - AGENTI CHIMICI</b>		
<b>14 - AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI</b>		
<b>15 - AGENTI BIOLOGICI ( da uso deliberato)</b>		
<b>16 - AGENTI BIOLOGICI ( da contatto accidentale)</b>		
<b>17 - UTILIZZO DI VIDEOTERMINALE</b>		
<b>18 - LAVORO A TURNI</b>		
<b>19 - LAVORO NOTTURNO (&gt; 80 gg/anno)</b>		
<b>20 - LAVORO IN QUOTA</b>		
<b>21 - STRESS LAVORO-CORRELATO</b>		
<b>22 – USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE</b>		

Mentre il campo 3 è semplice e intuitivo, salvo precisare che la sommatoria dei lavoratori distribuiti sui diversi rischi, spesso non coincide con il numero totale degli stessi lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria, il campo 4 necessita di una profonda disamina.

## Campo 4

### Proposta

CAMPO 4 - INDICATORI "SALUTE AZIENDALE"	GENERE DEL LAVORATORE	
	FEMMINE (#)	MASCHI (#)
CAMPO 4 A - GIUDIZIO D'IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA (**)		
01 – IDONEO ALLA MANSIONE		
02 – IDONEO ALLA MANSIONE CON LIMITAZIONI		
03 – NON IDONEO ALLA MANSIONE		
CAMPO 4B – MALATTIE PROFESSIONALI DENUNCIATE DAL MEDICO COMPETENTE ex. Art. 139 DPR 1124/65 (riferito all'anno di esercizio)		

(\*\*): in questo campo sono da annotare solo i casi dove è diretto il rapporto tra danno lavorativo subito e giudizio di idoneità

**N.B.:** il sistema dovrebbe prevedere il richiamo volta per volta, da parte del medico competente, dell'allegato inserito in banca dati per inserire solo i dati variati.

La richiesta del campo 4 A, a nostra esperienza, è concettualmente critica e densa di bias che limitano il risultato atteso dalla norma che, come si diceva, è acquisire **"dati per conoscere la diffusione e la portata delle malattie da lavoro"**, **non dello stato di salute in generale**, partita che si gioca su altri tavoli.

Sentiamo l'esigenza di rimarcare il significato **attuale e moderno** del giudizio d'idoneità alla mansione specifica, come **oggi** espresso dal medico competente, atto che esprime la compatibilità del lavoratore a svolgere, senza subire danni dai rischi ai quali è esposto, ogni task che compone l'insieme della mansione. Ne deriva che un giudizio d'idoneità limitata o di inidoneità (temporanea o permanente) non sempre è diretta espressione del danno subito dal lavoratore in funzione dell'esposizione al rischio, ma ben più spesso esprime una misura preventiva per non aggravare uno stato patologico da cui è affetto il lavoratore stesso. Le patologie in cui ricorre la fattispecie sono davvero numerose e riguardano i campi di osservazione della moderna medicina occupazionale, quali ad esempio:

- le muscolo-scheletriche e lavori ripetitivi o movimentazione manuale di carichi;
- le dismetaboliche e lavoro in turni
- le otovestibolari e neurologiche e lavori in quota.

In questi casi un giudizio d'idoneità limitato o di inidoneità ha funzione di cautelare un soggetto **"ipersuscettibile"** all'effetto dei rischi lavorativi a causa di situazioni cliniche personali e indipendenti dal rischio lavorativo.

Per essere profondamente critici non si comprende allora l'utilità della statistica sull'idoneità quale indice di "salute dell'impresa" e soprattutto quale contributo alla **"conoscenza della diffusione e la portata delle malattie da lavoro"**, che è invece appropriatamente rappresentata dalla statistica delle malattie professionali denunciate che sono espressione lineare del rapporto esposizione lavorativa-danno.

A sua volta la statistica delle idoneità limitate e delle inidoneità avrebbe invece senso e sarebbe complementare a quella delle malattie professionali, se riguardasse SOLO la casistica dei giudizi limitanti la mansione a effetto dell'esposizione, ma che non ha ancora raggiunto la soglia di "denunciabilità" come malattia professionale (ad esempio una ipoacusia neurosensoriale da rumore occupazione di classe 1, secondo la classificazione Merluzzi, che non richiede ancora denuncia, ma che può determinare limitazioni o non idoneità alla mansione).

**ALLEGATO ANMA/I**  
**ALLEGATO 3B – PROPOSTA**

**MODELLO e CAMPI PROPOSTI**

<b>CAMPO 1 – IDENTIFICATIVO DEL MEDICO COMPETENTE</b>	
<b>1A: CODICE FISCALE</b>	Inserito dal M.C
<b>1B: NUMERO IDENTIFICATIVO ELENCO MEDICI COMPETENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE</b>	Inserito dal M.C. che riceve credenziale dal MinSalute

<b>CAMPO 2 – IDENTIFICATIVO DELL'AZIENDA E/O DELL'UNITA' PRODUTTIVA</b>	
<b>2- Tutti i campi previsti</b>	Da Banca Dati registro imprese (*)

(\*): considerare la possibilità che alcune tipologie di microimprese non sono registrate in camera di commercio (es. studio professionale; associazione ONLUS) e da ciò non reperibili dati automatici

<b>CAMPO 3 – RIEPILOGO DATI AGGREGATI SANITARI E DI RISCHIO DEI LAVORATORI SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA SANITARIA (riferito all'anno di esercizio)</b>		
<b>RISCHIO</b>	<b>GENERE DEL LAVORATORE</b>	
	FEMMINE (#)	MASCHI (#)
<b>00 - TOTALE SOGGETTI IN SORVEGLIANZA SANITARIA</b>		
<b>01 - MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI</b>		
<b>02 - SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI</b>		
<b>03 - VIBRAZIONI MANO BRACCIO</b>		
<b>04 - VIBRAZIONI CORPO INTERO</b>		
<b>05 – RUMORE</b>		
<b>06 - CAMPI ELETTROMAGNETICI</b>		
<b>07 - RADIAZIONI OTTICHE ARTIFICIALI</b>		
<b>08 – INFRASUONI</b>		
<b>09 – ULTRASUONI</b>		
<b>10 - RADIAZIONI IONIZZANTI</b>		
<b>11 - MICROCLIMA SEVERO</b>		
<b>12 - ATMOSFERE IPERBARICHE</b>		
<b>13 - AGENTI CHIMICI</b>		
<b>14 - AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI</b>		
<b>15 - AGENTI BIOLOGICI ( da uso deliberato)</b>		
<b>16 - AGENTI BIOLOGICI ( da contatto accidentale)</b>		
<b>17 - UTILIZZO DI VIDEOTERMINALE</b>		
<b>18 - LAVORO A TURNI</b>		
<b>19 - LAVORO NOTTURNO (&gt; 80 gg/anno)</b>		
<b>20 - LAVORO IN QUOTA</b>		
<b>21 - STRESS LAVORO-CORRELATO</b>		
<b>22 – USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE</b>		

<b>CAMPO 4- INDICATORI "SALUTE AZIENDALE"</b>		
<b>CAMPO 4 A - GIUDIZIO D'IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA (**)</b>	<b>GENERE DEL LAVORATORE</b>	
	FEMMINE (#)	MASCHI (#)
<b>01 – IDONEO ALLA MANSIONE</b>		
<b>02 – IDONEO ALLA MANSIONE CON LIMITAZIONI</b>		
<b>03 – NON IDONEO ALLA MANSIONE</b>		
<b>CAMPO 4 B – MALATTIE PROFESSIONALI DENUNCIATE DAL MEDICO COMPETENTE ex. Art. 139 DPR 1124/65 (riferito all'anno di esercizio)</b>		

(\*\*): in questo campo sono da annotare solo i casi dove è diretto il rapporto tra danno lavorativo subito e giudizio di idoneità

N.B.: il sistema dovrebbe prevedere il richiamo, da parte del medico competente, dell'allegato inserito in banca dati e relativo all'esercizio dell'anno precedente per inserire solo i dati variati.

## ***ALLEGATO 3 A- D.lgs n. 81/2008 e s.m.i.*** ***Proposta si modifica ai contenuti***

### **Considerazioni sull'allegato 3 A del Dlgs. 81/08 “contenuti minimi della cartella sanitaria e di rischio”**

Con riferimento alla previsione del comma 2-bis dell'art. 40 del D. Lgs. 81/08 e s.m.i. “entro il 31 dicembre 2009 con decreto ..., previa intesa in sede di Conferenza permanente per rapporti tra Stato, le regioni ... sono definiti, secondo criteri di semplicità e certezza, i contenuti degli Allegati 3A e 3B...”, l'ANMA presenta le proprie riflessioni sui “**contenuti minimi della cartella sanitaria e di rischio**”.

Anticipiamo che la bozza di allegato 3 A, presentata dalla Direzione II del Ministero della Salute, è sostanzialmente condivisibile perché si limita agli aspetti sostanziali, avendo sfoltito la pletera di formalismi presenti nel modello precedente. Inoltre è chiara l'indicazione che trattasi di contenuti minimi da rispettare per la compilazione.

Il modello presentato, infatti, supera molti degli aspetti critici dettagliati nel nostro documento del 13 novembre 2009, emersi dall'indagine condotta dall'ANMA sugli associati, che qui riprendiamo per sommi capi, rimandando per i dettagli al documento d'origine:

- l'impossibilità di prevedere e quindi di specificare in fase di istituzione della cartella sanitaria e di rischio (CSR) il numero delle pagine o degli allegati che la comporranno, a meno che non si faccia ricorso ad un modello prestampato, tipo il “documento sanitario personale per gli esposti a radiazioni ionizzanti ex art. 90 del D. Lgs. 230/95”;
- la difficoltà ad acquisire dal lavoratore il codice fiscale e i dati del medico curante (spesso il nominativo, ma ancor più indirizzo e recapito telefonico);
- la pletera di firme richieste e l'impossibilità della raccolta della firma del lavoratore sulla cartella predisposta in formato elettronico se non attraverso la stampa del documento sanitario;
- l'inutilità/la ridondanza dei campi relativi a:
  - “tempo di esposizione (giorni/anno)”: eventuali particolari modalità temporali dell'esposizione a determinati fattori di rischio, sono già specificabili nel campo “fattori di rischio (specificare quali)”;
  - “esposizioni precedenti: no - sì”: per questi dati esiste già il campo dedicato alla “anamnesi lavorativa”;
  - “infortuni – traumi (lavorativi ed extralavorativi)”: per questi dati esiste già il campo “anamnesi patologica remota e prossima” (sicuramente meglio di “anamnesi personale”) ed il loro richiamo per quanto concerne gli eventuali postumi nel campo “invalidità riconosciute”;
  - “conservazione della cartella sanitaria e di rischio”: la normativa specifica le modalità di conservazione della CSR e dei suoi flussi alla cessazione dell'attività dell'azienda e alla risoluzione del rapporto di lavoro. Sono aspetti che riguardano la gestione della CSR e che non hanno alcuna coerenza con le finalità e i contenuti della CSR;
- l'inutilità della specificazione:
  - dei contenuti e della periodicità del protocollo sanitario i cui referti sono già presenti e ben evidenti nella CSR. Inoltre il protocollo sanitario con l'indicazione della periodicità delle visite è generalmente parte integrante del documento di valutazione dei rischi (DVR);
  - degli accertamenti da “effettuare prima della successiva visita medica” nel giudizio di idoneità, per le stesse ragioni;
- la ridondanza dell'indicazione dei fattori di rischio nel giudizio d'idoneità già riportati nel campo “fattori di rischio (specificare quali)” dei “dati occupazionali”;
- le ridondanze nel modello di “giudizio d'idoneità” riportato nell'attuale Allegato 3A (punto 9. della “visita medica preventiva” e punto 6. della “visita medica”);
- l'incompatibilità con gli attuali prevalenti modelli funzionali d'impresa e della relazione tra essa (nella stragrande maggioranza dei casi una PMI) e il medico competente, dell'indicazione nel giudizio d'idoneità della data preteritoria della

successiva visita medica (“da sottoporre a nuova visita medica il ...”). Facendo riferimento a quanto disposto dall’art. 41, comma 2, lettera b) a proposito della periodicità della visita medica, stabilita “di norma, in una volta all’anno”. Al proposito l’orientamento tra i medici competenti è quello di reputare legittima l’effettuazione della visita periodica entro “l’anno solare”.

□ la CSR è “lo strumento di lavoro” che deve consentire al medico competente di raccogliere con una metodologia semplice, ma anche sistematica, i dati della sorveglianza sanitaria. Inoltre la CSR è un diario clinico dove ogni buon medico annota il percorso del “paziente lavoratore”. Esiste la viva preoccupazione che indicazioni troppo perentorie (ad esempio la data della visita successiva) o la richiesta eccessiva di firme, sia l’ennesima “trappola sanzionatoria” per il medico competente;

□ durante l’attuazione della sorveglianza sanitaria il bilancio del tempo e dell’attenzione dedicati al lavoratore e alla CSR deve essere nettamente a favore del primo. Numerosi segnali sembrano invece indicare che in diversi ambiti istituzionali prevalga l’idea che la “buona” CSR sia quella più “grossa” per cui il medico competente si dovrebbe sentire tanto più salvaguardato quanto più è elevato il numero di moduli compilati, anche se questo comportamento potrebbe andare a discapito del tempo e dell’attenzione dedicata ad ascoltare ed esaminare il lavoratore.

Prima di passare alle proposte operative presentiamo un’ultima considerazione sui modelli di “documento sanitario e di rischio” oggi in utilizzo.

Il Medico competente oggi deve utilizzare documenti dedicati in funzione dei rischi:

a) il “documento sanitario personale ex art. 90 del D. Lgs. 230/1995 per gli esposti di classe B a radiazioni ionizzanti;

b) la “cartella sanitaria e di rischio ex D.M. 155/2007 per gli esposti a cancerogeni e mutageni;

c) la cartella sanitaria da dedicare ai lavoratori soggetti al controllo per uso di sostanze stupefacenti e psicotrope;

d) la “cartella sanitaria e di rischio” secondo l’allegato 3 A per gli esposti ad altri rischi.

E’ auspicabile la semplificazione dei diversi modelli accorpando tutte le ipotesi di rischio in un unico documento sanitario personale modulare formato da:

□ **una base fissa, che sostanzia la visita preventiva, rappresentata da:**

1. anagrafica del lavoratore (simile in tutti i documenti prima citati);
2. profilo di mansione e di rischio, dove dettagliare tutti i rischi come individuati nel documento di valutazione dei rischi, e programma di sorveglianza sanitaria;
3. raccolta anamnestica di base (lavorativa; familiare; fisiologica, patologica prossima e remota come dalle basi fondamentali della semeiologia medica);
4. esame clinico generale e di organo bersaglio;

□ **una parte di aggiornamento o di diario clinico** dove sono registrate le visite periodiche nelle loro diverse tipologie (anamnesi, clinica, risultato degli accertamenti, epicrisi);

□ **una parte dedicata alle “formalità”:** giudizio d’idoneità nelle diverse formulazioni e sua trasmissione al datore di lavoro e consegna al lavoratore, ecc. ecc.

Questi “contenuti minimi”, che rispondono del resto ai requisiti della buona pratica semeiologica che si insegna nelle facoltà mediche e si pratica in ogni specialità medica senza modelli preconfezionati, potranno essere ampliati dal medico competente introducendo, ad esempio, questionari ad hoc o schede per la raccolta anamnestica e per l’esame clinico differenziate per i diversi rischi.

Quest’ultimo passo, non infrequente tra i medici competenti di estrazione specialistica in medicina del lavoro, pone l’esigenza che il documento sanitario personale non sia obbligatoriamente proposto come strumento informatizzato, proprio perché ogni medico deve avere facoltà di allargare a suo piacimento il documento sanitario senza ovviamente omettere i campi fondamentali richiesti dalla legge ed in particolare quelli di carattere formale.

In caso contrario, cioè introducendo l’obbligo di un documento sanitario in formato elettronico, si ritiene che il documento stesso debba essere abilitato dagli enti istituzionali preposti (ad esempio ISPSESL, in analogia con i campi dell’allegato 3 B) e messo a disposizione del medico competente per via telematica. In tal caso, ovviamente, il modello è “unico e unificato” e non permette aggiunte. Si potrebbe prospettare a questo punto una pratica a doppio binario del medico competente, sicuramente onerosa: 1- la compilazione del modello telematico ufficiale; 2- in parallelo un documento sanitario “privato” dove raccogliere i dati

effettivi e utili a scopo epidemiologico e, più semplicemente, per dare corpo alla relazione sanitaria ex art. 25 del D. Lgs. 81/2008.

La soluzione telematica, così come ogni altra soluzione elettronica, dovrà risolvere:

1. il problema della validazione (firma) del documento sanitario e del giudizio d'idoneità alla mansione da parte del lavoratore e del medico competente, poiché non è pensabile che alla fine del processo si debba passare alla stampa dei vari documenti con conseguente aggravio di tempo e di conseguenza dei costi che si ribaltano fatalmente sul datore di lavoro;
2. il problema dell'archiviazione elettronica nel rispetto delle disposizioni impartite dal Garante della privacy.

### **Proposta di modifica ANMA ai contenuti dell'Allegato 3 A**

Il documento, indipendentemente dal rischio (esposizione a radiazioni ionizzanti, sostanze cancerogene, altri rischi), si compone di 4 sezioni:

#### **Sezione I – Identificativo del lavoratore, dell'azienda, del profilo di rischio**

- ✓ Campo 1: contenuti identificativi del lavoratore e dell'azienda
- ✓ Campo 2: Scheda personale di rischio: profilo di rischio della mansione e programma di sorveglianza sanitaria

#### **Sezione II - Visita medica preventiva/preassuntiva**

- ✓ Campo 1: Anamnesi
- ✓ Campo 2: Esame obiettivo generale e particolare

#### **Sezione III - Aggiornamento Visita medica (successiva alla visita preventiva)**

- ✓ Campo 1: contenuti identificativi del lavoratore
- ✓ Campo 2: Raccordo anamnestico - Aggiornamento dei campi della sezione I
- ✓ Campo 3: Esame obiettivo generale e particolare – Aggiornamento
- ✓ Campo 3: Esame obiettivo generale e particolare – Aggiornamento

#### **Sezione IV - GIUDIZIO D'IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA**

(ai sensi dell'art. 41, commi 6, 6-bis, 7 e 9 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.)

#### **In dettaglio:**

##### **Sezione I**

##### **Campo 1: contenuti identificativi del lavoratore e dell'azienda**

Cognome, Sesso, Età  
Luogo e data di nascita D  
Domicilio  
Azienda  
Attività dell'azienda  
Anno di assunzione  
Mansione  
Sede lavorativa

##### **Nota a commento:**

*i campi non si discostano da quanto previsto dalla bozza presentata dal Ministero della Salute.*

## **Campo 2: Scheda personale di rischio: profilo di rischio della mansione e programma di sorveglianza sanitaria - Vedi esempio in allegato ANMA/2**

### **Nota a commento:**

*i campi non si discostano da quanto previsto dalla bozza presentata dal Ministero della Salute.*

## **Sezione II - Visita medica preventiva/preassuntiva**

### **Campo 1: anamnesi**

Anamnesi lavorativa ;

Altre attività contemporanee (da dipendente o da lavoratore autonomo) con esposizione a (specificare per quanto possibile);

Invalità riconosciute per infortuni (Inail, Inps, ASL) e per malattie professionali;

Anamnesi familiare;

Anamnesi fisiologica;

Anamnesi patologica remota;

Anamnesi patologica prossima;

### **Nota a commento sulla bozza Ministero salute:**

- 1) il campo “Accertamenti sanitari integrativi rispetto al protocollo sanitario” non è necessario perché già compreso nella scheda di rischio personale;
- 2) i campi richiesti sono di prassi, salvo sottolineare che non si comprende l'utilità di richiedere la “tipologia contrattuale”, come se questa acquisisse significato di “rischio”. E' una ridondanza poco utile. Si propone di eliminarla considerando, fra l'altro, la difficoltà di ottenere dichiarazioni lineari e attendibili dal lavoratore in fase anamnestica;
- 3) La visita richiesta dal lavoratore ai sensi della lettera b), comma 1, articolo 41 del D.lgs. 81/08, qualora ritenuta dal medico correlata ai rischi lavorativi, è da considerare come “visita preventiva”.

## **Campo 2 - Esame obiettivo generale e particolare - aggiornamento**

### **Nota a commento:**

*nessun rilievo. I campi richiesti sono di prassi.*

## **Sezione III - Visita medica (successiva alla visita preventiva)**

Evidenziare la tipologia di visita medica: periodica / per cambio mansione / su richiesta del lavoratore **già sottoposto a sorveglianza sanitaria**/ alla ripresa del lavoro dopo assenza per motivi di salute di durata superiore a 60 giorni per il lavoratore **già sottoposto a sorveglianza sanitaria** / alla cessazione del rapporto di lavoro (nei casi previsti).

### **Campo 1: contenuti identificativi del lavoratore**

Aggiornamento dei campi della sezione I

Dati lavoratore, dati azienda, dati occupazionali:

Invariati;

Variati: vedi il nuovo modulo “profilo di rischio della mansione – scheda personale del lavoratore”.

### **Campo 2: Raccordo anamnestico - Aggiornamento dei campi della sezione I**

Anamnesi lavorativa;

Altre attività contemporanee (svolte come lavoratore dipendente o autonomo) con esposizione a (specificare per quanto possibile);

Invalità riconosciute per infortuni (Inail, Inps, ASL) e per malattie professionali;

Anamnesi familiare;

Anamnesi fisiologica;

Anamnesi patologica prossima;

**Nota a commento:**

- 1) *il campo “Accertamenti sanitari integrativi rispetto al protocollo sanitario” non è necessario perché già compreso nella scheda di rischio personale.*

**Campo 3 - Esame obiettivo generale e particolare – Aggiornamento nessun rilievo. I campi richiesti sono di prassi.**

**Sezione IV - GIUDIZIO D'IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA**

**(ai sensi dell'art. 41, commi 6, 6-bis, 7 e 9 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.)**

AZIENDA..... SEDE.....

VISITA: preassuntiva/ preventiva / periodica / per cambio mansione / a richiesta / alla ripresa del lavoro dopo assenza per malattia > 60gg/alla cessazione del rapporto di lavoro (evidenziare la tipologia di visita)

Sig./a.....

Mansione.....

Risulta:

ai sensi del D.lgs. n. 81/2008
<input type="radio"/> idoneo
<input type="radio"/> idoneo con prescrizioni (dettagliare)
<input type="radio"/> idoneo con limitazioni (dettagliare)
<input type="radio"/> inidoneo temporaneamente (dettagliare)
<input type="radio"/> inidoneo permanentemente

Prossimo accertamento previsto ..... *(con le osservazioni espresse a pag.10).*

Copia del presente giudizio d'idoneità è consegnata al datore di lavoro:

direttamente

tramite .....

Copia del presente giudizio è consegnata al lavoratore il quale sottoscrive di aver compreso il significato e i risultati della sorveglianza sanitaria.

Firma per ricevuta del lavoratore .....

**Avverso il giudizio è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente, ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D.lgs. 9 aprile 2008, entro trenta giorni dalla data di comunicazione.**

Luogo e data .....

Firma del medico competente.....

Allegato ANMA/2  
**PROFILO DI RISCHIO DELLA MANSIONE**  
**SCHEDA PERSONALE**  
**ALLEGATO ALLA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO**

**Dati occupazionali** (*i dati di questa sezione sono forniti dal Datore di Lavoro*)

Lavoratore:

**Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_ **C.F.:** \_\_\_\_\_

**Reparto:** \_\_\_\_\_ **Mansione:** \_\_\_\_\_

**Descrizione delle attività assegnate :**

<i>Attività prevalente</i>	<i>Attività accessorie</i>

<i>RISCHI LAVORATIVI</i>	<i>GRADIENTE DI RISCHIO</i>
<b>MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI</b>	
<b>SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI</b>	
<b>VIBRAZIONI MANO BRACCIO</b>	
<b>VIBRAZIONI CORPO INTERO</b>	
<b>RUMORE</b>	
<b>CAMPI ELETTRROMAGNETICI</b>	
<b>RADIAZIONI OTTICHE ARTIFICIALI</b>	
<b>INFRASUONI</b>	
<b>ULTRASUONI</b>	
<b>RADIAZIONI IONIZZANTI</b>	
<b>MICROCLIMA SEVERO</b>	
<b>ATMOSFERE IPERBARICHE</b>	
<b>AGENTI CHIMICI</b>	
<b>AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI</b>	
<b>AGENTI BIOLOGICI ( Tetano )</b>	
<b>UTILIZZO DI VIDEOTERMINALE</b>	
<b>LAVORO A TURNI (</b>	
<b>LAVORO NOTTURNO (&gt; 80 gg/anno)</b>	
<b>LAVORO IN QUOTA</b>	
<b>STRESS LAVORO-CORRELATO</b>	
<b>USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE</b>	
<b>ALTRI RISCHI EMERSI DALLA VALUTAZIONE (specificare)</b>	



ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI  
20123 MILANO – VIA SAN MAURILIO 4  
TELEFONO 0286453978 – FAX 0286913115  
E-MAIL: [maurilio@mclink.it](mailto:maurilio@mclink.it) - SITO WEB: [www.anma.it](http://www.anma.it)

*ALLEGATO 3 A e 3 B*  
*D.lgs n. 81/2008 e s.m.i.*  
*Proposte di modifica*  
*Rev. 0 – 22 luglio 2010*

DPI ASSEGNATI	SPECIFICA

**Si attesta che i dati sopra riportati corrispondono a quanto riportato nel documento di valutazione dei rischi di cui all'Art. 28 D. Lgs. 81/2008.**

**Il Datore di Lavoro .....**

**\*\* \*\* \* \* \* \* \***

**PROTOCOLLO SANITARIO (esempio)**

- |   |                                  |                                   |                                |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Visita medica          | <input type="checkbox"/> annuale | <input type="checkbox"/> biennale | <input type="checkbox"/> altro |
| <input type="checkbox"/> ECG                    | <input type="checkbox"/> annuale | <input type="checkbox"/> biennale | <input type="checkbox"/> altro |
| <input type="checkbox"/> Audiometria            | <input type="checkbox"/> annuale | <input type="checkbox"/> biennale | <input type="checkbox"/> altro |
| <input type="checkbox"/> Esame otovestibolare   | <input type="checkbox"/> annuale | <input type="checkbox"/> biennale | <input type="checkbox"/> altro |
| <input type="checkbox"/> PFR                    | <input type="checkbox"/> annuale | <input type="checkbox"/> biennale | <input type="checkbox"/> altro |
| <input type="checkbox"/> Visita oculistica      | <input type="checkbox"/> annuale | <input type="checkbox"/> biennale | <input type="checkbox"/> altro |
| <input type="checkbox"/> Esami ematici/urinari  | <input type="checkbox"/> annuale | <input type="checkbox"/> biennale | <input type="checkbox"/> altro |
| <input type="checkbox"/> Tipo esami             |                                  |                                   |                                |
| <input type="checkbox"/> Monitoraggio biologico | <input type="checkbox"/> annuale | <input type="checkbox"/> biennale | <input type="checkbox"/> altro |
| <input type="checkbox"/> Tipo esami             |                                  |                                   |                                |
| <input type="checkbox"/> Altro:                 |                                  |                                   |                                |

**Data** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_