EDITORIALE

Giuseppe Briatico Vangosa - Presidente ANMA

UN **SALUTO** CORDIALE E UN **GRAZIE** AFFETTUOSO

Finalmente ci sono riuscito. Dopo 20 anni di servizio, mi permetto di pensare onorato, sono riuscito a fare accettare al Direttivo di rinunciare alla mia candidatura per il quadriennio 2016-2020 (la mia decisione era stata comunicata al termine del Congresso di Riva del Garda, per la cronaca). A dire il vero avevo sperimentato il medesimo tentativo in precedenti scadenze, ma infruttuosamente. Sembrava, assolutamente a torto, che il mio impegno fosse necessario, in qualche momento insostituibile, per l'Associazione. Come dice il proverbio "tempo e paglia per maturare le nespole" che finalmente sono mature. In questi lunghi ma brevissimi 20 anni sono successe tante cose. Per darle in numeri 277, 626, 81, 106, allegato 3A e 3B, ECM, elenco ministeriale: tutto prima durante e dopo. Poi 20 nostri Congressi nazionali, corsi ECM a gogo; partecipazione a congressi ed eventi altrui, tavole rotonde, quadrate, rettangolari, triangolari e a geometria variabile, tavoli tecnici e poco tecnici ecc. ecc. ecc.. E poi tagli dentro e fuori l'ANMA, ricuciture, insomma anche un lavoro di sartoria.20 anni . Un periodo volato sotto gli occhi, ma un tempo entusiasmante. L'impegno per far promuovere e far crescere al nostro interno e nel mondo la peculiarità del nostro ruolo, in coerenza con il nostro Codice di Comportamento pubblicato all'indomani del mio primo mandato, nel 1997. Affermare, dare sostanza, far capire quel concetto di "inserito nel contesto aziendale" che apre il nostro documento. Le nespole maturarono accudendole con santa pazienza. E così è per il nostro "inserito nel contesto aziendale", per noi un concetto chiaro, evidente, espressione del nostro vissuto quotidiano, non del tutto per altri nostri Colleghi, medici del lavoro o che operano negli organismi di vigilanza, per il sistema di prevenzione e protezione aziendale, per il mercato del medico competente che continua a quotare la "visita medica" quale riferimento del nostro operare (per non parlare delle gare al ribasso).20 anni dei 29 di vita dell'ANMA. Ora tocca al prossimo Direttivo prendere il timone e tracciare la rotta in un mare che è e sarà non sempre forza 1. Forza e coraggio, ma soprattutto tanta amicizia e partecipazione per fare crescere la nostra Associazione di un centimetro al giorno.

A tutti un saluto cordiale e un grazie affettuoso.

MEDICO COMPETENTE JOURNAL
ANNO 21 NUMERO 3/2016

PERIODICO TRIMESTRALE DELL' A.N.M.A.

Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano, Via San Maurilio, n°4
tel. 02/86453978 - fax 02/86913115
e-mail: maurilio@mclink.it
internet: www.anma.it

Federata FISM Federazione Italiana Società medico Scientifiche

Associazione Certificata UNI EN ISO 9001:2008
certificato Certiquality n.7344

ANMA è un marchio registrato

Autorizzazione Tribunale di Milano
n.96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE: Eugenio Andreatta

RESPONSABILE DEL COMITATO DI REDAZIONE:
Paolo Santucci

COMITATO DI REDAZIONE: Giuseppe Briatico Vangosa, Gino Barral, Danilo Bontadi, Umberto Candura, Azelio De Santa, Daniele Ditaranto, Pier Agostino Gioffré, Piero Patanè, Marco Saettone

MARKETING E COMUNICAZIONE:
Serena Trincanato

PRESIDENTE: Umberto Candura

VICE PRESIDENTE: Pietro Antonio Patanè

SEGRETARIO: Ditaranto Daniele

CONSIGLIERI: Luigi Aversa, Gino Barral, Lorenzo Bergamo, Danilo Bontadi, Rino Donghi, Giuseppe Olivetti, Francesco Origlia, Massimo Sabbatucci, Marco Saettone, Paolo Santucci, Salvatore Taliercio, Mauro Valsiglio
(Verbale della commissione elettorale a seguito del rinnovo delle cariche sociali per il quadriennio 2016-2020)

COLLEGIO DEI PROBIVIRI: Carlo Giuseppe Bugheroni (Presidente), Antonio Iacino, Vita Marzia

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI: Paolo Sanchioli (Presidente), Eugenio Capodicasa, Giuseppe Sozzi

SEZIONI TERRITORIALI REGIONALI

Campania
Segr. Giuseppe Iannuzzi

Emilia Romagna
Segr. Mauro Valsiglio

Lazio
Segr. Paolo Sanchioli

Liguria
Segr. Carlo Valchi

Lombardia
Segr. Luigi Aversa

Friuli Venezia Giulia
Segr: Piero Patanè

Marche
Segr. Giuseppe Olivetti

Piemonte e Val d'Aosta
Segr. Valter Brossa

Puglia e Lucania
Segr. Rocco Lorenzo

Toscana
Segr: Andrea Bigotti

Trentino Alto Adige
Segr. Azelio De Santa

Umbria
Segr. Anselmo Farabi

Veneto
Segr. Piero Patanè

REALIZZAZIONE GRAFICA: *Chiara Bonaldo* per CUSL Nuova Vita Coop. Sociale, via Belzoni 162, Padova
email: cuslpadova@gmail.com

TIPOGRAFIA: Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)

La quota associativa annuale per i Medici Competenti è di € 100,00.
Per gli Specializzandi in Medicina del Lavoro non è prevista alcuna quota e pertanto possono associarsi gratuitamente.

Per tutti i Soci è richiesta, all'atto dell'iscrizione o del rinnovo tramite il portale www.anma.it., anche la registrazione o la conferma dei propri dati. Il pagamento dell' iscrizione o del rinnovo può essere effettuato tramite:
- carta di credito (seguendo le istruzioni nel portale www.anma.it)
- bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio - Sede di Milano
Codice IBAN: IT55 V056 9601 6000 0001 4539 X22

SOMMARIO

IN PRIMO PIANO

4
- L'evoluzione del lavoro e l'evoluzione della tutela della salute e della sicurezza sul lavoro
- L'elaborazione delle "migliori pratiche operative" (bep) quale strumento per misurare la qualita' del medico competente - (seconda parte)

CONTRIBUTI

29
- La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (osas) e i suoi risvolti lavorativi
- Proposta di protocollo di "sorveglian-za sanitaria" e relative periodicita' delle visite mediche agli stewards degli impianti sportivi.

UFFICIO E SALUTE

38
- Videoterminalista: 'mouse', seduta e idoneità. Terza edizione degli orientamenti operativi.

DA LEGGERE IN POLTRONA

43
Testi brevi o estratti letterari tratti da libri, discorsi e scritti

L'evoluzione del lavoro e l'evoluzione della tutela della salute e della sicurezza sul lavoro

Francesco Bacchini, Università Milano-Bicocca, of counsel studio legale "Lexellent"

Relazione presentata al XXIX Congresso Nazionale 2016 ANMA Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti: «Il Medico Competente inserito nel sistema di prevenzione. Attualità e prospettive». Torino, 26 maggio 2016, Centro Congressi Lingotto.

Il diritto del lavoro continua a cambiare. Il c.d. Jobs Act, ossia la legge delega n. 183/2014, ha prodotto 8 decreti attuativi aventi ad oggetto, nell'ordine: il riordino della normativa in materia di ammortizzatori sociali in caso di disoccupazione involontaria e di ricollocazione dei lavoratori disoccupati (d.lgs. n. 22/2015); il contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato a tutele crescenti (d.lgs. n. 23/2015); la conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro (d.lgs. n. 80/2015); la disciplina organica dei contratti di lavoro e la revisione della normativa in tema di mansioni (d.lgs. n. 81/2015); le disposizioni per il riordino della normativa in materia di ammortizzatori sociali in costanza di rapporto di lavoro (d.lgs. n. 148/2015); le disposizioni per la razionalizzazione e la semplificazione dell'attività ispettiva in materia di lavoro e legislazione sociale (d.lgs. n. 149/2015); le nuove disposizioni per il riordino della normativa in materia di servizi per il lavoro e di politiche attive (d.lgs. n. 150/2015); la semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese, nonché di altre disposizioni in materia di lavoro e pari opportunità (d.lgs. n. 151/2015).

Ormai ultimato il disegno riformatore appare del tutto evidente già nello slogan creato dal Governo per sintetizzarlo: "Jobs Act. L'Italia cambia il lavoro".

L'affermazione, réclame a parte, è veritiera. Il Jobs Act cambia davvero il lavoro; lo cambia perché lo destruttura, lo cambia perché, flessibilizzando le tutele fondamentali, riducendo il contenuto "assicurativo" del contratto di lavoro, smonta in modo mirato le (ultime) fondamenta dell'impianto giuslavoristico tradizionale, ricomponendone gli elementi costitutivi (mansioni, categorie lavorative, retribuzione e stabilità del posto di lavoro) in modo da soddisfare nuove esigenze: il turn-over occupazionale, il riequilibrio della professionalità fra insiders e outsiders, il ricambio continuo della forza lavoro e la conseguente riduzione dei costi di sostituzione, rendendo il mercato del lavoro maggiormente dinamico, si assumono capaci di creare, per ciò stesso, nuova occupazione.

Perni di questa destrutturazione, in una riforma altrimenti piuttosto conservativa, sono, inevitabilmente, da un lato il contratto di lavoro a tempo indeterminato a tutele crescenti e la nuova disciplina delle mansioni (giacché la "liberalizzazione" del contratto di lavoro a termine era già contenuta nel d.l. n. 34 conv. nella l. n. 78/2014)e, dall'altro lato, la nuova regolazione delle collaborazioni lavorative, organizzate o meno dal committente (in attesa dell'approvazione parlamentare del c.d. "Jobs Act automi" relativo alle misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale)

Finalizzato, il primo, a rendere più semplice e meno arrischiato, quasi fisiologico, per il datore il recesso dal contratto di lavoro subordinato, pagando una predeterminata indennità risarcitoria (che può essere anche ridotta con la consegna dell'assegno circolare esentasse previsto dall'offerta conciliativa), diretto, il secondo, seppur in sede protetta e assistita, alla stipulazione di accordi individuali con i quali il lavoratore, per conservare l'occupazione dismette, rinunciandovi, un diritto fondamentale (spesso faticosamente ottenuto "sul campo") quale quello alla mansione, all'inquadramento, alla categoria lavorativa e, soprattutto, alla relativa retribuzione, entrambi gli istituti, anche in combinazione fra di loro, segnano il definitivo superamento delle tutele lavoristiche classiche e, con esse, fors'anche, della dignità professionale dei lavoratori.

Tutto ciò solo parzialmente compensato dall'applicazione della disciplina del rapporto di lavoro subordinato alle collaborazioni organizzate dal committente (cioè quelle che si concretizzano in prestazioni di lavoro esclusivamente personali, continuative, le cui modalità di esecuzione sono predisposte dal committente anche, ma non solo, con riferimento ai tempi ed al luogo di lavoro) nonché dall'abrogazione del contratto di lavoro a progetto.

Ma la destrutturazione delle tutele giuslavoristiche è un processo già in atto da tempo e che, prima del Jobs Act, aveva probabilmente toccato il suo culmine con la riforma dell'art. 18 dello St. Lav. ad opera della l. n. 92/2012 attraverso la quale viene superato il dogma della reintegrazione nel posto di lavoro a fronte del licenziamento ingiustificato, e la sua sostituzione, ad esclusione delle ipotesi più gravi di licenziamento illegittimo discriminatorio o altrimenti nullo, con un generalizzato ricorso al risarcimento economico.

Ciò avviene in particolare, nelle situazioni di illegittimità meno gravi e, per così dire, fisiologiche, come nel caso del licenziamento per giustificato motivo oggettivo (nel quale rientra anche quello per impossibilità sopravvenuta della prestazione a causa di inidoneità fisiopsichica alla mansione di lavoro) ormai pressoché escluso dalla tutela reintegratoria.

Non sembra, viceversa, in via di destrutturazione, bensì di sostanziale conferma (quasi una sorta di bilanciamento improprio fra tutele che vengono ridotte e tutele che, invece, vengono mantenute) la normativa di salvaguardia della salute e della sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro della quale il Jobs Act si è occupato sia direttamente che indirettamente.

Escludendo i riflessi indiretti sulla materia discendenti dal D.lgs. n. 23/2015 e dal D.lgs. n. 81/2015 in tema di licenziamento, contratti di lavoro e mansioni, in relazione ai quali la salute e la sicurezza sul lavoro rappresentano, forse, l'ultimo vero ambito di tutela "reale", le modifiche e le integrazioni dirette sono state introdotte dal D.lgs. n. 151/2015, in attuazione della delega di cui all'art. 1, co. 5, L. n. 183/2014 avente lo scopo di conseguire obiettivi di semplificazione e razionalizzazione
delle procedure di costituzione e gestione dei rapporti di lavoro nonché degli adempimenti in materia di igiene e sicurezza sul lavoro.

In particolare, le disposizioni modificative ed integrative del D.lgs. n. 81/2008 (TUSL) sono contenute nell'art. 20, oltre che ricomprese nell'art. 22 con riferimento all'apparato sanzionatorio in caso di sospensione dell'attività imprenditoriale interessata da violazioni.

L'intervento normativo, per quanto auspicato da tempo, contiene tuttavia modifiche poco incisive e piuttosto marginali, lasciando pertanto inalterate le tutele (a fronte delle quali, come ha avuto modo di affermare la Corte Costituzionale, ogni altro bene protetto deve cedere il passo) ma anche le principali criticità, concretandosi prevalentemente nell'abrogazione di alcuni adempimenti burocratico-formali e in qualche utile correzione ma di impatto assai limitato, sicché la dottrina e gli esperti della materia sono concordi nel ritenere la novella "un'occasione mancata".

Dentro questo sistema di regole lavoristiche in continua evoluzione, alla disperata ricerca di un possibile equilibrio fra flessibilità e sicurezza, fra libertà e protezione e anche di qualcuno che possa contribuire a garantirlo, sta, volente o nolente, consapevole o meno, il medico competente, con i sui obblighi di collaborazione alla valutazione dei rischi lavorativi, di definizione dei protocolli sanitari, di effettuazione delle visite mediche e di emissione del giudizio relativo alla mansione specifica; tutto ciò al cospetto e nel solco, vincolante, di una definizione di salute così ampia e con una fortissima vocazione sociale da risultare onnicomprensiva ("«salute»: stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità", art. 2, co 1, lett. o), D.lgs. n. 81/2008).

Giacché detiene le chiavi di accesso alla mansione di lavoro, elemento fondamentale nell'organizzazione operativa delle risorse umane, soprattutto in relazione alla modificazione del e al recesso dal rapporto di lavoro subordinato, il medico competente è destinato ad assumere un ruolo sempre più centrale nelle politiche di gestione del personale.

E' per questa ragione che sul medico competente, titolare di un ruolo delicato e complesso, tecnico

ma a forte impatto sociale, per di più, frequentemente, esterno ed autonomo rispetto all'organizzazione aziendale, eppure inscindibilmente collegato al suo funzionamento, si scaricheranno, presumibilmente, molte delle tensioni, più o meno latenti, nelle relazioni di lavoro e nella gestione del personale.

Vediamo come e in quali contesti.

Innanzitutto nella fase di collaborazione alla valutazione dei rischi lavorativi ed alla conseguente definizione, in funzione dei rischi specifici e in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati, dei protocolli sanitari finalizzati al giudizio sulla mansione specifica.

In un contesto di complessivo invecchiamento e contrazione della popolazione economicamente attiva ed abile al lavoro e di progressiva maggiore incidenza delle malattie croniche, diviene di centrale importanza la valutazione dei rischi lavorativi in relazione all'età, matura e anziana e al genere maschile e femminile. Da non sottovalutare neppure l'elemento della provenienza da paesi stranieri, sia in relazione alle caratteristiche biologico-sanitarie che socio-culturali, così come la debolezza psichica, in chiave stress lavoro correlato, relativa ai prestatori a termine e interinali. Tutte situazioni delle quali il medico competente dovrà tenere conto nel predisporre i protocolli sanitari a fronte della valutazione del rischio per un'effettiva tutela della salute dei singoli lavoratori.

Poi nella fase, sensibilissima, del giudizio sulla mansione specifica, fermo restando il diritto, esclusivo, del lavoratore di ricorrere contro lo stesso, entro trenta giorni dalla data di comunicazione, all'organo di vigilanza territorialmente competente.

In particolare nel giudizio di idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni, che deve permettere al datore di lavoro e al dirigente di verificare la reale ed effettiva utilizzabilità del lavoratore all'interno del processo produttivo.

Infatti, attribuire i compiti ai lavoratori alla luce delle prescrizioni di legge, ossia affidare legittimamente loro una mansione, significa per prima cosa verificarne la conciliabilità con la loro salute e, conseguentemente, nel caso in cui manchi, trasferirli se possibile a mansioni compatibili, equivalenti o anche inferiori (altrimenti si può prospettare la possibilità di un licenziamento per giustificato motivo oggettivo), ma con garanzia del trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza.

Il giudizio del medico competente risulta, oggi, ancor più importante, giacché la disciplina speciale di cui al TUSL (art. 42), fino al Jobs Act derogatoria rispetto a quella generale, deve ormai coordinarsi con il nuovo testo dell'art. 2103 c.c. (novellato dall'art. 3 del D.lgs. n. 81/2015) che, diversamente da quanto accadeva in passato, ammette tanto il trasferimento unilaterale a mansioni appartenenti al livello di inquadramento inferiore purché rientranti nella medesima categoria legale, quanto il patto di demansionamento che, per motivi tassativamente tipizzati, consente addirittura la dequalificazione (in sede protetta), ossia il mutamento peggiorativo, concordato con il lavoratore, delle mansioni e/o della categoria e della relativa retribuzione.

A tale riguardo si potrà porre il problema se, a fronte dell'idoneità parziale o dell'inidoneità alla mansione specifica nei termini delimitati dal giudizio del medico competente, il datore e il lavoratore possano usare l'accordo di dequalificazione con riduzione della categoria, del livello e della retribuzione aggirando di fatto l'obbligo di cui al TUSL. Ebbene, nonostante l'evidente specialità della materia della salute e sicurezza sul lavoro, l'accordo di demansionamento finalizzato alla conservazione del posto per motivi di salute, ancorché con molti dubbi, pare possibile.

Ancor più complesse appaiono le conseguenze del giudizio di inidoneità permanente.

Infatti, alla luce del precetto di cui al co. 3-bis dell'art. 3 del D.lgs. n. 216/2003 ("Al fine di garantire il rispetto del principio della parità di trattamento delle persone con disabilità, i datori di lavoro pubblici e privati sono tenuti ad adottare accomodamenti ragionevoli, come definiti dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ratificata ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18, nei luoghi di lavoro, per garantire alle persone con disabilità la piena eguaglianza con gli altri lavoratori(…)"), sembra possibile affermare che, a fronte della disabilità (di lunga durata) sopravvenuta per motivi di salute (non derivanti dall'inadempimento degli obblighi di prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali) tale da ostacolare la piena ed effettiva partecipazione alla vita lavorativa della persona su basi di eguaglianza con gli altri prestatori, il datore risulti vincolato ad attuare "accomodamenti ragionevoli" sia di tipo organizzativo (es. la modificazione delle mansioni o dell'orario) che tecnico (es. il superamento delle barriere architettoniche o l'uso di determinati mezzi o strumenti di lavoro). L'unico limite che si rinviene rispetto a tale obbligo è la comprovata sproporzione degli oneri finanziari necessari per realizzare gli accomodamenti (ir)ragionevoli.

Si vedano, in tale contesto, alcune interessanti sentenze di merito – nella specie, Trib. Milano, sent. 11/02/2013 e Trib. Bologna, ord., 18/06/2013 – secondo cui la malattia di lunga durata e non transitoria con attitudine ad incidere ed ostacolare la vita professionale per un lungo periodo deve ritenersi rientrare nella nozione di handicap ovvero di disabilità (cfr. altresì CGUE, II Sez., 11/04/2013, C-335/11 e C-337/11).

Anche in quest'ottica risulta, pertanto, fondamentale una lettura combinata del nuovo art. 2103 c.c. e dell'art. 42 del D.lgs. n. 81/2008, in particolare per quanto riguarda i giudizi di inidoneità permanente alla mansione di lavoro precedentemente svolta, formulati dal medico competente, in relazione sia alla disciplina del trasferimento a mansioni, anche inferiori, che a modalità diverse di svolgimento della stessa mansione, siccome compatibili con l'accertata disabilità.

L'adempimento dell'obbligo di predisporre ragionevoli adattamenti condiziona, infatti, il potere di recesso del datore di lavoro, il quale potrà legittimamente licenziare il lavoratore a fronte della comprovata inidoneità sopravvenuta alla mansione per motivi di salute (i.e. condizione patologica di carattere duraturo e non temporaneo che determini una limitazione, un ostacolo alla piena ed effettiva partecipazione alla vita professionale in condizione di eguaglianza con gli altri lavoratori) solo dopo aver adottato tutte le soluzioni possibili, vale a dire tutti gli "accomodamenti ragionevoli" prescritti dall'art. 3, co. 3-bis, del D.lgs. n. 216/2003, oppure dopo aver dimostrato l'inesistenza o l'irragionevolezza (se esistenti) degli adattamenti per comprovata sproporzione degli oneri finanziari necessari per realizzarli.

A conferma di tale lettura si veda, recentemente, Trib. Pisa, 16/04/2015 nella quale il giudice afferma che, qualora il datore di lavoro non provi di aver adottato ragionevoli accorgimenti per garantire alle persone con disabilità di conservare la propria posizione lavorativa, è da ritenere ingiustificato per violazione del principio di non discriminazione il licenziamento irrogato ad una lavoratrice disabile per sopravvenuta inidoneità psico-fisica allo svolgimento delle mansioni (vedi anche CGUE, Grande Sez., 11/07/2006, C-13/05).

E', infatti, nullo, il licenziamento per ragione esclusiva di discriminazione da handicap, sulla scorta dell'affermazione apodittica che la condizione d'invalidità del lavoratore abbia impedito di rendere proficuamente la prestazione, senza alcun accertamento medico al riguardo e senza la prova di effettive disfunzioni nello svolgimento dei compiti di pertinenza (Cass. civ., Sez. lav., 26/04/2016, n. 8248).

Alla luce dell'evidente collegamento fra giudizio di inidoneità alla mansione, patologie di carattere duraturo e permanente e conseguente applicazione della disciplina della disabilità lavorativa, non è, pertanto, irragionevole pensare che il medico competente potrebbe contribuire ad individuare (volontariamente e informalmente) se esistenti, i ragionevoli accorgimenti, sia di tipo tecnico che organizzativo, mediante i quali la persona disabile sarebbe in grado di conservare la propria posizione lavorativa.

XXIX CONGRESSO NAZIONALE 2016 ANMA

L'ELABORAZIONE DELLE "MIGLIORI PRATICHE OPERATIVE" (BEP) QUALE STRUMENTO PER MISURARE LA QUALITA' DEL MEDICO COMPETENTE. BEP "accettazione dell'incarico di consulenza da parte del medico competente: dalla stesura del contratto/convenzione ai criteri per la formulazione del giudizio d'idoneita'" - (seconda parte)

Gruppo di Lavoro ANMA: L. Aversa, G. Boschiroli, D. Ditaranto, A. Farabi, F. Origlia, M. Valsiglio (Coordinatore: D. Ditaranto)

ALLEGATO A

"CHECK AZIENDA"

In occasione dell'incontro conoscitivo, attraverso il seguente modello di "lista", è possibile acquisire in modo strutturato una serie di informazioni utili sia per cominciare a conoscere l'organizzazione dell'impresa ed i rischi presenti nel suo ciclo produttivo, sia in vista dell'elaborazione dell'eventuale offerta.
La lista può essere organizzata su un file secondo lo schema che si ritiene più opportuno e modulata di volta in volta in funzione delle caratteristiche dell'impresa che ha contattato il MC.

- ***DATA DELL'INCONTRO***
- ***NOME DELL'AZIENDA***
- ***PARTECIPANTI ALL'INCONTRO***
- ***INDIRIZZO SEDE LEGALE***
- ***PRESENZA DI ALTRE SEDI/UNITA' PRODUTTIVE***
- ***COMPARTO PRODUTTIVO***
- ***LAVORAZIONI/PRODUZIONI***
- ***AZIENDA A RISCHIO DI INCIDENTE RILEVANTE (IN "DIRETTIVA SEVESO")***
- ***DATORE DI LAVORO***
- ***PRESENZA DI DIRIGENTI DELEGATI***
- ***RSPP INTERNO/ESTERNO***
- ***RLS INTERNO/TERRITORIALE***
- ***ASL COMPETENTE***

- ***N. TOTALE DIPENDENTI SUDDIVISI PER QUALIFICA E GENERE (SE PIU' SEDI, PER OGNI SEDE)***
  - ***N. OPERAI***
  - ***N. IMPIEGATI***
  - ***N. DIRIGENTI***

- ***PRESENZA DI CONTRATTI "ATIPICI"***
  - ***SOMMINISTRATI***
  - ***COLLABORATORI LA CUI PRESTAZIONE SI SVOLGE NEI LUOGHI DI LAVORO DEL COMMITTENTE***
  - ***IN DISTACCO***
  - ***APPRENDISTI***
  - ***STAGISTI***
  - ***ALTRO……***

- ***PRESENZA DI:***
  - ***LAVORATORI STRANIERI/EXTRACOMUNTARI***
  - ***LAVORATORI MINORI 18 aa***
  - ***LAVORATORI MAGGIORI 55 aa***

PRESENZA DI DISABILI: RISPETTO DELLA QUOTA DI RISERVA

RISCHI PROFESSIONALI VALUTATI E DOCUMENTATI E, SE POSSIBILE, LORO LIVELLI DI ESPOSIZIONE:

- ☐ ***VDT***
- ☐ ***SOVRACCARICO BIOMECCANICO:***
  - ***DA M.M.C.***
  - ***AGLI ARTI SUPERIORI***
  - ***DA POSTURE INCONGRUE***
- ☐ ***RUMORE***
- ☐ ***UTRASUONI***
- ☐ ***INFRASUONI***
- ☐ ***VIBRAZIONI MANO-BRACCIO***
- ☐ ***VIBRAZIONI CORPO INTERO***
- ☐ ***C.E.M.***
- ☐ ***R.O.A.***
- ☐ ***MICROCLIMA SEVERO***
- ☐ ***ATMOSFERE IPERBARICHE***
- ☐ ***ULTRASUONI/INFRASUONI***
- ☐ ***AGENTI CHIMICI PERICOLOSI***
- ☐ ***CANCEROGENI – MUTAGENI***
- ☐ ***AMIANTO***
- ☐ ***AGENTI BIOLOGICI:***
  - ***IMMUNOPROFILASSI CUI SON SOTTOPOSTI I LAVORATORI***
- ☐ ***RISCHIO DI FERITE DA TAGLIO E DA PUNTO (SE SETTORE SANITARIO)***
- ☐ ***RADIAZIONI IONIZZANTI:***
  - ***LAVORATORI CLASSIFICATI IN CATEGORIA A***
  - ***LAVORATORI CLASSIFICATI IN CATEGORIA B***
  - ***LAVORATORI NON CLASSIFICATI***
  - ***LAVORI IN SOTTERRANEI O SEMINTERRATI (RADON)***
- ☐ ***RISULTATI DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO STRESS LAVORO-CORRELATO***
- ☐ ***ATTIVITA' CON DIVIETO DI ASSUNZIONE DI ALCOL E STUPEFACENTI (CASI DI POSITIVITÀ NEGLI ULTIMI ANNI)***

ALTRI RISCHI EMERSI NELLA VR E DOCUMENTATI NEL DVR:

- ☐ ***LAVORO IN ALTEZZA***
- ☐ ***LAVORO A TURNI***
- ☐ ***LAVORO NOTTURNO***
- ☐ ***LAVORO IN SPAZI CONFINATI (CISTERNE, SILOS, CUNICOLI, ECC.)***
- ☐ ***LAVORO IN SOLITARIO***
- ☐ ***LAVORO IN TRASFERTA (PAESI A RISCHIO BIOLOGICO/SOCIOPOLITICO)***
- ☐ ***PERSONALE VIAGGIANTE (USO AUTOVETTURE/AUTOMEZZI AZIENDALI)***
- ☐ ***RADIAZIONI OTTICHE NATURALI***
- ☐ ***LAVORO ELETTRICO***
- ☐ ***……***

PRESENZA DI PROCEDURA/ISTRUZIONE PER LA TUTELA DELLA MATERNITA'

ATTUAZIONE DI PROGRAMMI VOLONTARI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

ORGANIZZAZIONE DEL PRIMO SOCCORSO:

- ***NUMERO ADDETTI***
- ***PRESIDI/ATTEZZATURE***
- ***DISPONIBILITA' DEL DEFIBRILLATORE***
- ***DISPONIBILITA' DI PROCEDURA/ISTRUZIONE PER LA GESTIONE DEL PRIMO SOCCORSO***
- ***STATO DELLA FORMAZIONE/AGGIORNAMENTO***

STATO DELLA FORMAZIONE DEI LAVORATORI AI SENSI DELL'ACCORDO DEL 21.12.2011

CASI DI MALATTIA PROFESSIONALE NEGLI ULTIMI TRE ANNI (DENUNCE DEL MC E DALL'ESTERNO: PATRONATI, MMG ECC.)

ANDAMENTO INFORTUNISTICO NEGLI ULTIMI TRE ANNI

CONTENZIOSI IN ATTO IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

STATO DEI RAPPORTI CON ASL, ISPETTORATO DEL LAVORO, INAIL

CERTIFICAZIONE OHSAS O DISPONIBILITA' DI UN MODELLO DI GESTIONE H&S (SE NON GIA' IN "DIRETTIVA SEVESO")

SORVEGLIANZA SANITARIA:

- ***ESISTENZA DI UNA PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA***
- ***PRASSI PER LA COMUNICAZIONE AL MEDICO COMPETENTE DELLA MOBILITA' INTERNA ED ESTERNA***
- ***MODALITA' DI CUSTODIA DELLE CARTELLE SANITARIE E DI RISCHIO***
- ***STATO DELLA PROGRAMMAZIONE DELLE VISITE MEDICHE***
- ***CRITICITA' EMERSE DAL MONITORAGGIO BIOLOGICO (INDUSTRIA CHIMICA)***
- ***CASISTICA DELLE INIDONEITA' PARZIALI E PERMANENTI***
- ***CASISTICA DEI RICORSI AVVERSO IL GIUDIZIO D'IDONEITA'***

ALLEGATO B

ELENCO INDICATIVO DEI COMPITI E DELLE PRESTAZIONI CHE IL MEDICO COMPETENTE DEVE CONSIDERARE NELL'ELABORAZIONE DELL'OFFERTA

1. Compiti collaborativi:

— Valutazione dei rischi;
— Predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori;
— Formazione ed informazione dei lavoratori, per la parte di competenza;
— Organizzazione del servizio di primo soccorso;
— Attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute";
— Programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori.

2. Prestazioni di sorveglianza sanitaria:

— Considerare nella valorizzazione delle varie tipologie di visite mediche anche i tempi da dedicare all'adempimento degli obblighi informativi previsti durante la loro effettuazione (significato e risultati della sorveglianza sanitaria) e quelli relativi alla gestione dei vari aspetti burocratici come i flussi del giudizio d'idoneità e la istituzione, aggiornamento e custodia della cartella sanitaria e di rischio secondo il modello previsto dall'allegato 3A;
— Valorizzare le visite mediche per l'identificazione di segni e sintomi suggestivi di assunzione di alcol e stupefacenti nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento;
— Valorizzare anche la certificazione per il conseguimento della flessibilità del congedo di maternità, ai sensi dell'art. 20 del D. Lgs. 151/2001.

3. Altri Compiti/prestazioni:

— Visite degli ambienti di lavoro;
— Partecipazione alla riunione ex articolo 35;
— Elaborazione della relazione sui risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria;
— Comunicazione all'ASL ai sensi dell'articolo 40.

4. Trasferte: definizione delle modalità di rimborso delle spese di viaggio, vitto ed alloggio

5. Eventuali uscite straordinarie (non programmate) per visite mediche, riunioni, sopralluoghi ecc.

Nell'offerta vanno anche proposte le modalità di fatturazione e di pagamento.

ALLEGATO C

CALCOLO DEL MONTE ORE ANNUALE: VARIABILI CHE CONDIZIONANO L'IMPEGNO E STANDARD O PROPOSTE DI RIFERIMENTO

a) ALCUNE VARIABILI CONDIZIONANTI L'IMPEGNO DEL MEDICO COMPETENTE

- Tipologia ed entità dei rischi;
- Numero dei dipendenti sottoposti a sorveglianza sanitaria;
- Numero delle sedi aziendali;
- Dislocazione territoriale delle sedi aziendali;
- Impegno comportato dai compiti collaborativi, relazionali e partecipativi;
- Possibilità di disporre del supporto di personale paramedico e/o amministrativo;
- Possibilità di disporre di supporti informatici;
- Svolgimento anche dell'attività di medico competente coordinatore;
- Esistenza di deleghe di responsabilità su particolari aspetti di prevenzione e protezione.

b) STANDARD DI RIFERIMENTO

- CODE DU TRAVAIL 57^ edizione (1995): Il tempo minimo di cui il medico del lavoro deve disporre per assolvere ai suoi compiti è stabilito in 1 ora/mese per:
  - 20 impiegati o assimilati
  - 15 operai o assimilati
  - 10 operai sottoposti a sorveglianza sanitaria.

  Tutti i servizi di medicina del lavoro devono prevedere un medico del lavoro a tempo pieno per 1500 dipendenti;

- AMERICAN COLLEGE OF OCCUPATIONAL AND ENVIROMENTAL MEDICINE: 2 ore alla settimana ogni 100 dipendenti. Ulteriore ora alla settimana ogni 100 dipendenti o frazione;

- REGIONE LOMBARDIA - STANDARD PER LE AZIENDE SANITARIE: 60-90 minuti per ogni persona sottoposta a sorveglianza sanitaria.

c) PROPOSTE ANMA

- PROPOSTA DEL 1991: 1 ora alla settimana ogni 60 dipendenti per realtà miste manifatturiere ed impiegatizie;

- PROPOSTA 2011 "Standard per piccole/medie imprese" (modificato): Ore di impegno del MC = A+B+C

  A = tempo per visite: *parametro medio di 25 - 30 minuti*
  = n. visite/2
  B = tempo per visite a richiesta + tempo per sistemazione cartelle e informazioni ai lavoratori sul risultato e significato degli esami:
  = A/4
  C = attività di consulenza: collaborazione alla valutazione e gestione dei rischi, collaborazione all'organizzazione del servizio di primo soccorso, partecipazione alla riunione periodica, sopralluoghi, ecc. (1)
  = A/2 (minimo 5 ore)

  (1): esclusa la collaborazione per la formazione dei lavoratori che va computata a parte in Funzione delle ore di attività svolta

  ESEMPIO: 30 visite:

  A = 15 B = 3,75 C= 7,5

  Impegno annuo del MC = 26 ore

ALLEGATO D

PROPOSTA DI CONTRATTO PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' DI MEDICO COMPETENTE

(Su carta intestata della Società)

Soggetti contraenti:

Dott..., corrente in…, Via...n… CAP… – C.F…. – P.I….;

…SpA, corrente in…, Via…n…CAP… – P.I. e C.F…..

PREMESSO CHE

Dott…, medico chirurgo, libero professionista, specialista in Medicina del Lavoro, mette a disposizione di…SpA la sua esperienza nell'attività di consulenza alle imprese finalizzata a collaborare per migliorare il suo sistema di prevenzione aziendale e per rendere conforme la sua organizzazione per la tutela della salute alle disposizioni del D. Lgs. 81/08 e s.m.i., cosiddetto Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (di seguito TU);

…SpA, nella figura del Datore di Lavoro (o del Dirigente delegato) Dott./Ing…, destinatario dei numerosi obblighi in materia di salute e sicurezza sul lavoro disposti dal TU, intende avvalersi dell'opera del Dott…per essere assistito nel miglioramento del sistema di prevenzione aziendale attraverso l'osservanza degli obblighi previsti a suo carico dal TU:

SI CONVIENE ED ACCETTA QUANTO SEGUE

1. Svolgimento dell'incarico

L'incarico di medico competente sarà adempiuto personalmente.
L'opera professionale di medico competente della…SpA si svolgerà nei termini di un rapporto di lavoro autonomo, senza alcun vincolo di subordinazione, senza vincoli d'orario, con piena autonomia e, come tale, regolato dagli articoli 2222 e seguenti del codice civile.
L'attività si svolgerà direttamente presso la/e sede/i di…nei giorni e negli orari che verranno (di volta in volta) concordati.
L'incarico sarà svolto secondo le disposizioni degli artt. 25 (Obblighi del medico competente), 38 (Titoli e requisiti del medico competente), 39 (Svolgimento dell'attività del medico competente), 40 (Rapporti del medico competente con il Servizio sanitario nazionale), e 41 (Sorveglianza sanitaria) del TU (eventuale allegato al contratto che riporta il testo degli articoli citati).
In particolare, per lo svolgimento dell'incarico:

- Il Dott…assicura …Spa d'essere in regola con i requisiti stabiliti dell'articolo 39, comma 3 per il conseguimento dei crediti ECM;
- Il Dott…assicura di svolgere i suoi compiti secondo i principi della medicina del lavoro e del Codice etico della Commissione internazionale di salute occupazionale (ICOH);
- …SpA, ai sensi dell'articolo 39, comma 4, s'impegna ad assicurare al Dott… le condizioni necessarie per lo svolgimento di tutti i suoi compiti garantendone l'autonomia per la loro completa attuazione;
- …SpA, ai sensi dell'art. 39, comma 5, s'impegna ad accogliere ed a sopportare gli oneri delle richieste del Dott… di potersi avvalere della collaborazione di medici specialisti per l'effettuazione di accertamenti diagnostici integrativi mirati al rischio finalizzati all'accertamento dell'idoneità alla mansione specifica;
- …SpA, per le finalità e i compiti previsti dall'incarico, ai sensi dell'art. 18, comma 1, lettera g-*bis*) e comma 2, tramite le Risorse Umane ed il SPP, ciascuno per le informazioni di competenza, provvederà a tenere costantemente informato il Dott… durante tutta la durata dell'incarico in merito a:
  a) Le cessazioni dei rapporti di lavoro;
  b) La natura dei rischi professionali;
  c) L'organizzazione del lavoro, la programmazione e l'attuazione delle misure preventive e protettive;
  d) La descrizione degli impianti e dei processi produttivi;
  e) I dati relativi agli infortuni sul lavoro e quelli relativi alle malattie professionali.

Inoltre, sempre per le medesime finalità, …SpA s'impegna:

a) A comunicare tramite le Risorse Umane al Dott… le assunzioni di nuovo personale con contratti per i quali la normativa prevede l'obbligo di sorveglianza sanitaria a carico dell'utilizzatore, del committente o del distaccatario;
b) Ai sensi dell'art. 25, comma 1, lettera m), a comunicare tempestivamente al Dott… i risultati del controllo dell'esposizione dei lavoratori tramite il SPP.

2. Oggetto dell'incarico

Non costituiscono oggetto del presente accordo eventuali attività di consulenza o prestazioni professionali diverse da quelle riportate di seguito nel presente paragrafo. Le parti concorderanno di volta in volta il contenuto ed il compenso di tali eventuali attività.

2.1 Collaborazioni derivanti dalla nomina di medico competente:

a. Collaborazione alla valutazione dei rischi anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria (art. 25, comma 1, lettera a) del TU);
b. Collaborazione alla predisposizione dell'attuazione delle misure di tutela della salute e dell'integrità psicofisica dei lavoratori (art. 25, comma 1, lettera a) del TU);
c. Collaborazione all'informazione e formazione dei lavoratori per la parte di competenza;
d. Collaborazione all'organizzazione del servizio di primo soccorso (artt. 25, comma 1, lettera a) e 45, comma 1 del TU);
e. Collaborazione all'attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute" secondo i principi di responsabilità sociale.

Ai sensi dell'articolo 25, comma 1 del TU, con riferimento all'obbligo di collaborare con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi (VR) anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, …SpA:

a) Individua nel Servizio di Prevenzione e Protezione la funzione aziendale che attiva la collaborazione del Dott…alla VR ed all'elaborazione del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR);
b) Si avvarrà, in base alle Sue specifiche competenze e conoscenze, della collaborazione del Dott...per la valutazione e l'aggiornamento della valutazione dei seguenti rischi:

a. Rischi normati dal Titolo VI al Titolo X del TU;
b. Rischio collegati allo stress lavoro-correlato;
c. Rischi "aggiuntivi" derivanti dall'uso di alcol e stupefacenti durante l'attività lavorativa, nei casi e nelle condizioni previste dall'ordinamento;
d. Rischi per le gestanti;
e. Rischi per i disabili;
f. Rischi connessi alle differenze di genere;
g. Rischi connessi alle differenze d'età;
h. Rischi connessi alla provenienza da altri Paesi;
i. Rischi connessi alla specifica tipologia contrattuale;
j. Rischi connessi al lavoro notturno;
k. Per quanto attiene alle implicazioni sanitarie, rischi connessi al lavoro in altezza, in spazi confinati e in solitario.

Inoltre si concorda che la collaborazione alla VR, a seconda dei casi e delle situazioni, possa consistere fattivamente:

a. Nella partecipazione a riunioni;
b. Nell'effettuazione di sopralluoghi;
c. Nell'esame di documenti e nel conseguente invio di comunicazioni, relazioni o nell'inoltro di richieste o proposte;
d. Nella partecipazione alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori, ai sensi dell'articolo 25, comma 1, lettera m);
e. Nella comunicazione delle anomalie riscontrate durante l'effettuazione della sorveglianza sanitaria per la revisione della VR o l'effettuazione di una nuova VR da parte del datore di lavoro, ai sensi degli articoli 229, commi 6 e 7 e 279, commi 3 e 4;

f. Nel coinvolgimento nella scelta dei DPI;
g. Nella collaborazione alla stesura di parti del DVR,

nonché in altre azioni od attività attestanti questa collaborazione.

2.2 Obblighi del medico competente

a. Programma ed effettua la sorveglianza sanitaria (art. 41, commi 2 e 4 del TU) finalizzata ad accertare il giudizio d'idoneità dei lavoratori alla mansione specifica quale risultato del confronto fra il «profilo di rischio» della mansione specifica, valutato e documentato nel documento di valutazione dei rischi, ed il «profilo sanitario» del lavoratore che dipende dalle sue patologie in atto o pregresse, dalle eventuali condizioni che lo rendono più sensibile agli effetti dell'esposizione (ipersuscettibilità) e dalle abitudini e stili di vita:

   - Visite mediche preventive/preassuntive;
   - Visite mediche periodiche;
   - Visite mediche su richiesta del lavoratore;
   - Visite mediche in occasione del cambio di mansione;
   - Visite mediche alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti dalla normativa vigente;
   - Visite mediche alla ripresa dell'attività lavorativa dopo assenza per motivi di salute superiore ai 60 (sessanta) giorni continuativi;
   - Visite mediche finalizzate alla verifica dell'assenza delle condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti, nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento.

   L'attuazione della sorveglianza sanitaria prevede:

   - l'istituzione e l'aggiornamento delle cartelle sanitarie e di rischio secondo i requisiti minimi contenuti nell'Allegato 3A del TU;
   - l'informazione ai lavoratori sul significato e sull'esito degli accertamenti cui sono sottoposti (art. 25, comma 1, lettere g) e h) del TU);
   - l'espressione dei giudizi di idoneità alla mansione specifica e la gestione della loro comunicazione (art. 41, comma 6 e 6-*bis* del TU);

b. Partecipa alla riunione periodica ex art. 35 del TU in occasione della quale comunica per iscritto al datore di lavoro, al responsabile del servizio di prevenzione e protezione ed ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria fornendo indicazioni sul loro significato ai fin i dell'attuazione delle misure di tutela della salute (art. 25, comma1, lettera i) del TU);
c. Visita gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o a cadenza diversa stabilita in base alla valutazione dei rischi e comunicata al datore di lavoro per la sua annotazione nel documento di valutazione dei rischi (art. 25, comma 1, lettera l) del TU);
d. Partecipa alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori (art. 25, comma 1, lettera m) del TU);
e. Alla cessazione dell'incarico consegna al datore di lavoro la documentazione sanitaria in suo possesso nel rispetto delle disposizioni normative sulla privacy e con la salvaguardia del segreto professionale (art. 25, comma 1, lettera d) del TU);
f. Consegna al lavoratore alla cessazione del rapporto di lavoro copia della cartella sanitaria e di rischio fornendogli le informazioni necessarie per la conservazione della stessa (art. 25, comma 1, lettera e) del TU);
g. Comunica entro il primo trimestre dell'anno successivo all'anno di riferimento all'ASL competente per territorio, i dati collettivi aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria ai sensi dell'art. 40 del TU;
h. Effettua, per la parte di competenza, la certificazione per il conseguimento della flessibilità del congedo di maternità (ai sensi dell'art. 20 del D. Lgs. 151/2001).

3. Corrispettivi

Per lo svolgimento dei compiti collaborativi e l'attuazione delle prestazioni elencati al paragrafo 2. "Oggetto dell'incarico":

Alternativamente, in base al tipo di offerta proposta ed accettata:

- ⇒ *Monte ore annuale:…ore*
- ⇒ *Compenso orario: €…*

Oppure

- ⇒ *Per tipologia di prestazione, indicazione puntuale dei corrispettivi, anche forfettari, concordati attraverso l'offerta.*

4. Uscite non programmate

Per le uscite straordinarie non programmate per visite di sorveglianza sanitaria, riunioni, sopralluoghi ecc.: *Indicare il corrispettivo condiviso attraverso l'accettazione dell'offerta.*

5. Spese per trasferte nella/e sede/i di…

Rimborso delle spese di viaggio, vitto e alloggio per trasferte nella/e sede/i di…, a seguito di fattura documentata.
Per le trasferte in auto si pattuisce un rimborso chilometrico di €..:*indicare il corrispettivo condiviso attraverso l'accettazione dell'offerta.*

5. Modalità di fatturazione *(in base a quanto concordato attraverso l'offerta)*

Fattura *("alla fine (del mese) dell'effettuazione delle prestazioni"; oppure, nel caso del monte ore, indicare la periodicità: "mensile", "trimestrale" ecc.)* con detrazione del 20% di RA.

6. Modalità di pagamento *(in base a quanto concordato attraverso l'offerta)*

Pagamento a… giorni data fattura a mezzo accredito su conto corrente bancario.

7. Durata del contratto

Ad esempio: l'accordo contrattuale ha durata annuale dalla data della stipula ed è successivamente tacitamente rinnovato di anno in anno.

8. Risoluzione anticipata del contratto

E' facoltà delle parti recedere dal presente contratto in qualsiasi momento con preavviso di…giorni e con comunicazione scritta a mezzo raccomandata AR o PEC. In tal caso verrà riconosciuto il corrispettivo maturato a seguito delle prestazioni effettuate sino al momento del recesso.

9. Riservatezza

La parti s'impegnano al rispetto delle normative vigenti in materia di privacy e di trattamento dei dati personali.
Inoltre …SpA s'impegna a rispettare i principi di riservatezza cui è tenuto il Dott…ai sensi del codice di deontologia medica e delle disposizioni in materia di segreto professionale.
Fatte salve le comunicazioni derivanti da specifici obblighi di legge, il Dott… si obbliga a garantire la totale riservatezza sulle informazioni di cui potrà venire a conoscenza durante l'attuazione della sua attività e, pertanto, si impegna a non divulgare alcun dato o notizia conosciuta a seguito del rapporto sviluppato con…SpA.

10. Modifiche contrattuali

Qualsiasi modifica del contratto non sarà valida e vincolante se non risultante da un atto scritto e firmato dalle parti.
Per accettazione dell'incarico

Luogo e data_____

Dott._____

Per…SpA_____

ALLEGATO E

NOMINA DEL MEDICO COMPETENTE

(Su carta intestata della Società)

Egr. Dottor
…….
……
…….

Località, data

Oggetto: nomina per l'attività di Medico Competente ai sensi dell'art. 18, comma 1, lettera a) del D. Lgs. 81/08 e s.m.i.

Il sottoscritto…., in qualità di *Datore di Lavoro/Dirigente delegato* Le comunica la nomina per lo svolgimento dell'attività di Medico Competente della….
Le precisiamo che i titoli, i requisiti, gli obblighi ed i compiti relativi al Suo incarico sono quelli indicati nelle disposizioni dell'articolo 25 e degli articoli 38, 40, e 41 della Sezione V del Capo III del Titolo I° del D. Lgs. 81/08 e s.m.i. (TU).
Per le finalità e i compiti previsti dall'incarico, l'Azienda provvederà a tenerLa costantemente informata durante tutta la durata dell'incarico attraverso le Risorse Umane e/o il SPP:

a) Ai sensi dell'articolo 18, comma 2 del TU:
   - Sulla natura dei rischi;
   - Sull'organizzazione del lavoro, la programmazione e l'attuazione delle misure preventive e protettive;
   - Sulla descrizione degli impianti e dei processi produttivi;
   - Sui dati relativi agli infortuni sul lavoro e su quelli relativi alle malattie professionali;
   - Sui provvedimenti adottati dagli organi di vigilanza;
b) Ai sensi dell'articolo 18, comma 1, lettera g-bis) del TU: sulle cessazioni dei rapporti di lavoro;
c) Sulle assunzioni di nuovo personale con contratti per i quali la normativa prevede l'obbligo di sorveglianza sanitaria a carico dell'utilizzatore, del committente o del distaccatario;
d) Ai sensi dell'articolo 25, comma 1, lettera m) del TU: tempestivamente sui risultati del controllo dell'esposizione dei lavoratori.

Inoltre, ai sensi dell'articolo 39, commi 4 e 5 del TU, l'Azienda s'impegna:

a) Ad assicurarLe le condizioni necessarie per lo svolgimento di tutti i suoi compiti garantendoLe l'autonomia professionale per la loro piena attuazione;
b) Ad accogliere le Sue richieste motivate di accertamenti clinici integrativi, mirati al rischio, finalizzati all'accertamento dell'idoneità alla mansione specifica, sopportandone gli oneri.

Ai sensi dell'articolo 25, comma 1 del TU, al fine di consentirLe di ottemperare all'obbligo di collaborare con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi (VR) anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, si concorda:

c) Di individuare nel Servizio di Prevenzione e Protezione la funzione aziendale che attiva la Sua collaborazione anche in occasione degli aggiornamenti del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR);

d) Ai sensi dell'articolo 25, comma 1, lettera m) del TU: tempestivamente sui risultati del controllo dell'esposizione dei lavoratori.

Inoltre, ai sensi dell'articolo 39, commi 4 e 5 del TU, l'Azienda s'impegna:

a) Ad assicurarLe le condizioni necessarie per lo svolgimento di tutti i suoi compiti garantendoLe l'autonomia professionale per la loro piena attuazione;
b) Ad accogliere le Sue richieste motivate di accertamenti clinici integrativi, mirati al rischio, finalizzati all'accertamento dell'idoneità alla mansione specifica, sopportandone gli oneri.

Ai sensi dell'articolo 25, comma 1 del TU, al fine di consentirLe di ottemperare all'obbligo di collaborare con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi (VR) anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, si concorda:

c) Di individuare nel Servizio di Prevenzione e Protezione la funzione aziendale che attiva la Sua collaborazione anche in occasione degli aggiornamenti del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR);
d) Che la collaborazione alla VR può, a seconda dei casi e delle situazioni, consistere fattivamente: nella partecipazione a riunioni e sopralluoghi; nell'esame di documenti ed invio di comunicazioni, relazioni o nell'inoltro di richieste o proposte; nella partecipazione alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori, ai sensi dell'articolo 25, comma 1, lettera m); nella collaborazione alla stesura di parti del DVR, nonché in altre azioni od attività attestanti questa collaborazione;
e) Che, in base alle Sue specifiche competenze e conoscenze, ci si avvarrà della Sua collaborazione per la valutazione e l'aggiornamento della valutazione di tutti i rischi per la salute, quali: i rischi normati dal Titolo VI al Titolo X-bis del TU; lo stress lavoro-correlato; i rischi "aggiuntivi" derivanti dall'uso di alcol e stupefacenti durante l'attività lavorativa, nei casi e nelle condizioni previste dall'ordinamento; i rischi per le gestanti, i disabili, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi, alla tipologia contrattuale, al lavoro notturno, in trasferta e, per quanto attiene alle implicazioni sanitarie, al lavoro in altezza, in spazi confinati o in solitario.

Infine, ai sensi dell'articolo 25, comma 1, lettera c) del TU, si concorda che le cartelle sanitarie e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria siano custodite presso…con la salvaguardia del segreto professionale.

Voglia restituire copia della presente firmata per accettazione

Il medico competente

…….

Il datore di lavoro (il dirigente delegato)

……

ALLEGATO F

ELENCO INDICATIVO DEI DOCUMENTI DA CONSULTARE O RICHIEDERE PER CONOSCERE L'IMPRESA E MANTENERNE NEL TEMPO LA CONOSCENZA

Da modulare in relazione alle caratteristiche ed alla complessità dell'impresa:

DOCUMENTI DA RICHIEDERE E CONSULTARE ALL'ASSUNZIONE DELL'INCARICO	DURANTE L'INCARICO
Organigramma aziendale	Richiedere gli aggiornamenti
Organigramma per la sicurezza	Richiedere gli aggiornamenti
Descrizione del ciclo produttivo	Richiedere d'essere informato in occasione di modifiche tecniche od organizzative nel ciclo produttivo significative ai fini della tutela della salute
Documento di valutazione dei rischi	Collaborare agli aggiornamenti della VR per le parti di competenza in base agli accordi definiti nel contratto e nella nomina
Schede Dati di Sicurezza	Se inesistente, promuovere l'elaborazione di una procedura/istruzione che preveda il vaglio da parte del MC (e del SPP) delle SDS delle nuove sostanze prima della loro introduzione nel ciclo produttivo (1)
Procedure, istruzioni o prassi già esistenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro	Per le parti di competenza, collaborare alla loro elaborazione od aggiornamento
Risultati degli ultimi monitoraggi ambientali	Ai sensi dell'articolo 25, comma 1, lettera m), partecipare alla programmazione dei monitoraggi ambientali e richiedere la tempestiva comunicazione dei loro risultati
Ultimo verbale della riunione ex articolo 35	Ai sensi dell'articolo 25, comma 1, lettera i), partecipare alla riunione ex articolo 35 e comunicare per iscritto i dati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria attraverso l'elaborazione di una relazione
Ultima relazione sanitaria	
Attestazioni/relazioni delle ultime visite degli ambienti di lavoro	Attestare il sopralluogo e relazionare sulle eventuali criticità
Informazioni sullo stato della formazione dei lavoratori	Collaborare alla formazione dei lavoratori per le parti di competenza
Organizzazione per il primo soccorso	Collaborare all'organizzazione del servizio di primo soccorso considerando la rischiosità e l'organizzazione dell'impresa
Statistiche andamento infortuni/near miss	Richiedere gli aggiornamenti
Ultime denunce di malattia professionale	Richiedere l'aggiornamento sulle denunce di malattia professionale provenienti dall'esterno (Patronati, MMG ecc.)
Verbali degli enti di vigilanza	Richiedere copia degli eventuali nuovi verbali
Se certificata OHSAS, eventuali "non conformità" o "raccomandazioni" in occasione dell'ultima verifica ispettiva	Probabile coinvolgimento nella verifica attraverso l'intervista al Medico Competente nell'ambito della raccolta delle evidenze testimoniali
Elenco nominativo dei lavoratori suddivisi per mansioni e tipologia contrattuale, con l'indicazione della data di nascita	Al di là della buona qualità delle comunicazioni sulla mobilità interna ed esterna, richiederne l'aggiornamento dell'elenco con una periodicità commisurata alla complessità dell'organizzazione
Ultima release del protocollo sanitario	Aggiornarlo coerentemente agli aggiornamenti del DVR
Cartelle sanitarie e di rischio	Se necessario, renderle conformi all'Allegato 3A
Elenco del personale con idoneità parziali o inidoneità	Verificare la coerenza con i "principi" per l'espressione dei giudizi d'idoneità
Risultati degli ultimi monitoraggi biologici	Pianificare il monitoraggio biologico in base agli aggiornamenti della valutazione del rischio chimico ed all'introduzione di nuove sostanze od alla sostituzione od eliminazione di altre
Registri degli esposti (cancerogeni e mutageni, amianto, agenti biologici di gruppi 3 e 4)	Collaborare con il datore di lavoro per la loro tenuta
Attività di promozione della salute/welfare aziendale	Collaborare all'attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute

(1) Lo scopo è quello di verificare la pericolosità della nuova sostanza e di contribuire a rendere consapevole l'organizzazione della necessità di adeguare le misure di tutela a quel livello di pericolosità. In ogni caso va sempre richiamata l'attenzione sulla misura generale di tutela di cui all'articolo 15, comma 1, lettera f) che dispone la sostituzione di ciò che è pericoloso con ciò che non lo è, o è meno pericoloso.

ALLEGATO G

Il "profilo di rischio di mansione specifica" è uno strumento sintetico di descrizione del rischio per la salute derivante dallo svolgimento di una determinata mansione. Il profilo è redatto a cura del MC attraverso le informazioni provenienti dal DVR e quelle acquisite di "scienza propria" durante i sopralluoghi e la sorveglianza sanitaria che, comunque, devono essere anch'esse documentate nel DVR.
Il ranking di rischio viene stabilito attraverso una "griglia di graduazione dell'entità del rischio" di cui si riporta un esempio:

ESEMPIO DI GRIGLIA DI GRADUAZIONE DELL'ENTITA' DEL RISCHIO

RISCHIO	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3
M.M.C.	IS < 0,85	IS tra 0,85 e 1	IS > 1
SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTO SUP.	Indice OCRA < 3,5 (CHECK LIST OCRA < 11)	Indice OCRA tra 3,6 e 9 (CHECK LIST OCRA tra 11,1 e 22,5)	Indice OCRA > 9 CHECK LIST OCRA > 22,5)
RUMORE	LEX, ppeak tra VIA e VSA	LEX, ppeak tra VSA e VL	LEX, ppeak > VL
VIBRAZIONI (HAV, WBV)	A(8) < VA	A(8) tra VA e VL	A(8) > VL
AGENTI CHIMICI	Rischio "irrilevante"	Rischio "non irrilevante"	Rischio "elevato" Impiego con dispersione significativa o con manipolazione diretta in cui l'unica protezione attuabile sono i DPI
AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI		Esposizione improbabile Modalità di utilizzazione in "contenimento completo" (ciclo chiuso) e/o in "segregazione o separazione" (l'attività avviene in aree separate rispetto a quelle presidiate dai lavoratori)	Esposizione probabile o certa
AGENTI BIOLOGICI		Esposizione potenziale Conseguente al mancato rispetto delle procedure di lavoro e dell'uso dei DPI	Esposizione certa per uso deliberato

ESEMPIO DI "PROFILO DI RISCHIO DELLA MANSIONE SPECIFICA"

AZIENDA:	REPARTO:		MANSIONE/ATTIVITA'	
DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA':				
PROFILO DI RISCHIO				
RISCHIO	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3	NOTE
M.M.C.				
SOVRACC. BIOMECCH. A. S.				
RUMORE				
HAV, WBV				
AGENTI CHIMICI				
CANCER/MUTAG				
AGENTI BIOLOGICI				

ALLEGATO H

ELENCO INDICATIVO DEGLI ARGOMENTI CHE IL MEDICO COMPETENTE DEVE SVILUPPARE DURANTE LA SUA PROPOSTA FORMATIVA

- I principali riferimenti normativi dell'argomento (con un richiamo di carattere generale anche all'articolo 20 del TU ed in particolare al suo comma 1);
- Le definizioni;
- I rischi per la salute;
- Le misure di tutela: preventive e protettive;
- Se disponibili i «costi» sanitari e sociali conseguenti al mancato rispetto delle misure di tutela o all'adozione di stili di vita poco virtuosi (ad esempio per gli abusi e le dipendenze);
- Le condizioni di "ipersuscettibilità";
- Le possibili interazioni o sinergie con altri fattori di rischio o stili di vita;
- La sorveglianza sanitaria.

Al termine della formazione i lavoratori devono essere consapevoli dei motivi dell'incompatibilità tra i loro comportamenti errati (non rispetto delle procedure ed istruzioni di lavoro, non rispetto delle misure preventive e protettive per evitare o contenere il rischio compreso l'uso dei DPI, assunzione di alcol o di stupefacenti, ecc.) e lo svolgimento delle loro mansioni.

Per quanto riguarda la FORMAZIONE SUL PRIMO SOCCORSO, l'obiettivo è fare acquisire agli addetti le conoscenza per:

- Verificare la "sicurezza della scena" per proteggere se stessi e la vittima dai "rischi aggiuntivi": pericoli incombenti (incendio, esplosione, pericolo elettrico, dispersione di sostanze chimiche, instabilità strutturali ecc.), manovre inconsulte, scarsa vigilanza;
- Riconoscere le situazioni d'emergenza per distinguerle da quelle d'urgenza e segnalarle tempestivamente al 118/112;
- Coordinarsi correttamente con il 118/112;
- Attuare le manovre di "primo soccorso": semplici manovre non invasive orientate a mantenere in vita una persona infortunata o colpita da malore ed a prevenire aggravamenti dello suo stato di salute, da attuare nell'intervallo di tempo che decorre tra l'evento e l'arrivo dell'ambulanza.

ALLEGATO I

Dott…….
Medico competente……

ATTESTATO DI ESECUZIONE DELLA VISITA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO
ai sensi dell'articolo 25, comma 1, lettera l) del D. Lgs. 81/03

In data odierna i sottoscritti:

- Medico competente……
- RSPP……
- RLS…….
- ……..

/
Hanno eseguito presso la sede/unità produttiva di….della….SpA in Via…..la visita dei seguenti ambienti di lavoro……:

- ……
- ……

Ove vengono svolte le seguenti attività:

- ……
- ……..

Durante la visita non sono stati evidenziati cambiamenti dei profili di rischio valutati e documentati. Pertanto i protocolli sanitari applicati per la sorveglianza sanitaria risultano mirati ai rischi specifici e vengono confermati.

Luogo…, data…..

Firma del Medico competente
Firma del RSPP
Firma del RLS
Ecc.

ALLEGATO L

ESEMPIO DI MODELLO DI RELAZIONE SANITARIA

Dott….
Medico Competente….

RELAZIONE SANITARIA 20…

DATA	……
MEDICO COMPETENTE	Dott…….
SOCIETA'	……SpA
SEDE	Via……

PREMESSA

Scopo del presente documento è ottemperare all'obbligo di comunicare al datore di lavoro, al responsabile del servizio di prevenzione e protezione ed ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria effettuata nel corso del… e fornire indicazioni sul loro significato anche ai fini dell'attuazione delle misure di tutela della salute. Gli accertamenti di sorveglianza sanitaria sono basati sul protocollo sanitario revisione…del…, elaborato in funzione dei rischi evidenziati dal processo aziendale di valutazione dei rischi, cui il medico competente ha attivamente partecipato, e documentati nel documento di valutazione dei rischi.

- **TOTALE DEI LAVORATORI IN SORVEGLIANZA SANITARIA SUDDIVISI PER MANSIONE E PER GENERE (femmine: F; maschi: M)**

Mansione/Reparto	Nr. Lavoratori
Videoterminalisti	125: 34 F 91 M
Manutentori elettrici	…….
Magazzinieri	……
Reparto 31	……
…….	……..

- **LAVORATORI VISITATI SUDDIVISI PER MANSIONE/REPARTO, TIPOLOGIA DI ACCERTAMENTO E GENERE**

Mansione/Reparto	Tipo Accertamento	Nr. Lavoratori
Videoterminalisti	Preventivo	12: 9 F 3 M
Videoterminalisti	Periodico	36: 14 F 22 M
Manutentori elettrici	Preventivo	…….
Manutentori elettrici	Periodico	…….
Magazzinieri	Periodico	…….

Magazzinieri	Ripresa dopo malattia	…….
Reparto 31	Periodico	……..
Reparto 31	Richiesto	…….
……..	…….	…….

PER CIASCUNA TIPOLOGIA DI MANSIONE ED ACCERTAMENTO:

- Numero dei lavoratori idonei suddivisi per genere

Mansione/Reparto	Nr. Lavoratori idonei
Videoterminalisti	48: 23 F 25 M
Manutentori elettrici	…….
Magazzinieri	…….
Reparto 31	…….
…….	…….

- Numero dei lavoratori idonei con prescrizione (specificare) suddivisi per genere

Mansione/Reparto	Nr. lavoratori	Prescrizione
Magazzinieri	1	……

- Numero dei lavoratori idonei con limitazioni (specificare) suddivisi per genere

Mansione/Reparto	Nr. lavoratori	Limitazione
Manutentori elettrici	1	……

- Numero dei lavoratori non idonei temporaneamente suddivisi per genere

Mansione	Nr. lavoratori
/	/

- Numero dei lavoratori non idonei suddivisi per genere

Mansione	Nr. lavoratori
/	/

PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA EFFETTUATO NEL CORSO DEL…: CONCLUSIONI

Tra i lavoratori videoterminalisti non si sono evidenziati casi di rilevante sintomatologia astenopica, né sono emersi disturbi significativi a carico della colonna vertebrale e degli arti superiori per problematiche posturali oppure dovute a sovraccarico biomeccanico degli arti superiori……

Anche nella popolazione lavorativa addetta agli impianti, magazzini, manutenzioni ed ai servizi, sono di gran lunga prevalenti i giudizi d'idoneità alla mansione specifica. Soltanto in due casi si è reso necessario l'accertamento del giudizio d'idoneità parziale a causa di patologie non correlabili all'esposizione, ma che potrebbero essere suscettibili di peggioramento a causa dello svolgimento di alcune fasi dell'attività lavorativa……

I controlli alcolimetrici e gli accertamenti sull'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, effettuati in base alla disposizioni della legge 125/01 e nel rispetto dei Provvedimenti della Conferenza Stato – Regioni del 16 marzo 2006, 30 ottobre 2007 e del 18 settembre 2008, sono risultati sempre negativi.

Il monitoraggio biologico dell'acetone e del…nel personale esposto del Reparto 31 è risultato sempre ampiamente entro i limiti fissati per la popolazione esposta ed anche entro quelli individuati per la popolazione generale.

A seguito dei risultati dell'aggiornamento della valutazione dei rischi nel Reparto…il monitoraggio biologico della mansione…è stato da quest'anno integrato anche con…

Non si rivelano variazioni significative nell'andamento dei risultati degli esami strumentali previsti dal protocollo sanitario rispetto all'anno precedente, se non le eventuali variazioni compatibili con l'invecchiamento in base agli standard di riferimento sulla presbiacusia nelle audiometrie.

Permane il frequente riscontro di dislipidemia negli esiti degli esami ematochimici dei turnisti notturni, oggetto, nell'ambito degli obblighi informativi, di consigli inerenti l'adozione di stili di vita (dieta ed attività fisica) più virtuosi ed area d'interesse delle iniziative nell'ambito del programma WHP (si veda più avanti).

In conclusione, dalla sorveglianza sanitaria non sono emerse situazioni critiche e, soprattutto, quadri patologici correlabili all'esposizione professionale. Pertanto i risultati complessivi della sorveglianza sanitaria testimoniano il buono stato di salute psicofisico della popolazione lavorativa.

Non sono state effettuate denunce di malattia professionale.

E' comunque necessario continuare a prestare particolare attenzione:

- Al miglioramento della qualità della valutazione dei rischi;
- All'impostazione di una strategia preventiva incentrata prioritariamente sulla protezione collettiva attraverso un piano di miglioramenti incentrato sui provvedimenti per la riduzione dei rischi alla fonte e la sostituzione degli agenti chimici più pericolosi;
- Al mantenimento del controllo operativo;
- Alla formazione ed all'addestramento di lavoratori;
- Alla formazione di dirigenti e preposti;
- Alla verifica del rispetto delle procedure di lavoro e delle misure di protezione individuale.

ATTIVITA' DEL MEDICO COMPETENTE NEL CORSO DEL….

Nel corso del…è stata costante la collaborazione con il SPP/HSE durante tutto l'iter di aggiornamento del DVR attraverso l'analisi puntuale delle bozze del documento, commenti, considerazioni e proposte ed anche con contatti diretti con la Società di consulenza che ha supportato tutto l'iter della valutazione.

In qualità di componente del gruppo di lavoro incaricato dell'aggiornamento della valutazione del rischio stress lavoro-correlato, ho partecipato a tutte le riunioni pianificate per la valutazione del rischio nei vari gruppi omogenei di lavoratori.

Ho attivamente collaborato all'aggiornamento del DVR "gestanti" fornendo anche indicazioni per l'elaborazione dell'informativa da distribuire alle lavoratrici.

Ho contribuito all'aggiornamento delle procedure per la gestione del primo soccorso dando anche indicazioni per rendere più coerente il contenuto delle cassette di primo soccorso con le disposizioni della normativa e con i contenuti dei corsi di formazione.

Sto collaborando con il Responsabile HSE per il miglioramento del programma di monitoraggio ambientale soprattutto per quanto concerne il monitoraggio dell'esposizione agli agenti chimici.

Ho sollecitato e gestito l'aggiornamento dell'elenco dei "videoterminalisti" al fine di renderlo più coerente con la definizione di questi lavoratori disposta dall'articolo 173, comma 1c) del D. Lgs. 81/08.

E' stato completato il programma delle visite degli ambienti di lavoro. L'attenzione è stata incentrata specialmente sulle fasi dell'attività risultate più critiche dall'analisi dei profili di rischio delle varie mansioni. Le visite sono state effettuate congiuntamente con il RSPP, i RLS ed i Responsabili dei vari Reparti. Per la verifica dell'operatività ci si è costantemente avvalsi anche della collaborazione degli operatori sugli impianti.

Nel corso dell'anno ho collaborato attivamente al programma di formazione dei lavoratori attraverso:

- Due corsi sull'argomento "sovraccarico biomeccanico e posture incongrue";
- Due corsi di aggiornamento della formazione sul primo soccorso in azienda (durata di 6 ore per azienda in classe A);
- Un corso di formazione sulla gestione del primo soccorso in azienda (durata di 16 ore per azienda in classe A);
- Sei corsi di formazione sulla gestione delle punture d'imenotteri (con il coinvolgimento anche del personale delle imprese esterne).

Nella programmazione della formazione rilevo uno sbilanciamento della corsistica a favore dei temi della "sicurezza" rispetto a quelli sulla "salute". Considerati i profili di rischio delle attività aziendali, ritengo necessario riequilibrare questa situazione attraverso l'impostazione nel corso dei prossimi due anni di un progetto formativo finalizzato a compensare questa carenza per la cui impostazione sono del tutto disponibile.

Nell'ambito del programma WHP cui l'azienda aderisce, oltre alla collaborazione per l'individuazione del programma di accertamenti da effettuare, ho elaborato, in occasione della restituzione dei risultati, i seguenti documenti diffusi al personale aziendale attraverso la Responsabile della Comunicazione:

- Progetto WHP – Consigli per il controllo della dislipidemia;
- Progetto WHP – L'importanza di una regolare attività fisica;
- Le punture d'imenotteri: informativa.

Dott……..

Medico competente……

ALLEGATO M

MODELLO DI PROTOCOLLO SANITARIO

MANSIONE	RISCHI	VISITA PREV./CAMBIO MANS. (1)	VISITA PERIODICA (1)	PERIODICITA' (2)
Impiegati amministrativi	Uso di attrezzature munite di videoterminale (D. Lgs. 81/08: Titolo VII)	Visita medica con particolare riferimento ai rischi per la vista, per gli occhi e per l'apparato muscolo-scheletrico. Controllo della vista mediante ortoanalizzatore.	Visita medica con particolare riferimento ai rischi per la vista, per gli occhi e per l'apparato muscolo-scheletrico. Controllo della vista mediante ortoanalizzatore.	BIENNALE: lavoratori > 50 anni e lavoratori con idoneità parziale QUINQUENNALE: lavoratori idonei con età < 50 anni
Magazziniere	MMC: IS (NIOSH): 1,08; LEX,8h < VIA Se carrellista: A(8) WBV < VA (0,31) e rischio "terzi": alcol e stupefacenti	Visita medica: anamnesi ed esame obiettivo con particolare attenzione al profilo di rischio professionale; elettrocardiogramma. Se carrellista: emocromo; transaminasi; gamma GT; accertamenti tossicologici	Visita medica: anamnesi ed esame obiettivo con particolare attenzione al profilo di rischio professionale; elettrocardiogramma (biennale); Se carrellista: emocromo; transaminasi; gamma GT; CTD; accertamenti tossicologici ed alcol test	ANNUALE (entro l'anno solare)
Operatore esterno impianti chimici	LEX,8h: 82.7; Agenti chimici: non irrilevante: tiocianati, metanolo, acetone e CO; Turno notturno; Rischio "terzi": alcol e stupefacenti; Lavoro in altezza; Lavoro in solitario	Visita medica: anamnesi ed esame obiettivo con particolare attenzione agi organi bersaglio; emocromo; transaminasi; gamma GT; creatinina; glicemia, colesterolemia, trigliceridemia; esame urine; accertamenti tossicologici; spirometria; elettrocardiogramma; esame della funzione vestibolare (bedside examination); Monitoraggio biologico: acetone, tiocianati, metanolo urinari e COHb	Visita medica: anamnesi ed esame obiettivo con particolare attenzione agi organi bersaglio; emocromo; transaminasi; gamma GT; creatinina; glicemia, colesterolemia, trigliceridemia; CTD; esame urine; accertamenti tossicologici; alcol test; spirometria; elettrocardiogramma; esame della funzione vestibolare (bedside examination); Monitoraggio biologico: acetone, tiocianati, metanolo urinari e COHb;	ANNUALE (entro l'anno solare)

(1): Il medico competente può richiedere ulteriori accertamenti clinici integrativi mirati ai rischi, ritenuti necessari per l'accertamento dell'idoneità alla mansione. Il ricorso ad esami radiologici deve essere adeguatamente motivato ("principio di giustificazione" ex articolo 3 del D. Lgs. 187/00);
(2): Fatti salvi i casi particolari che richiedono un'altra periodicità stabilita dal medico competente

ALLEGATO N

Dott……
Medico competente……..

Luogo….,data….

OGGETTO: consegna della documentazione sanitaria ai sensi dell'art. 25, comma 1, lettera e) del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.

Egr. Sig./Gent.ma Sig.a……..
allegata alla presente trova la copia della Sua cartella sanitaria e di rischio ove sono raccolti i dati relativi alla sorveglianza sanitaria effettuata in base alla normativa vigente durante il suo rapporto di lavoro con la……..

Si tratta di documentazione sanitaria molto importante, contenente informazioni utili per il Suo medico curante e per gli altri medici di cui in futuro dovesse avere eventualmente bisogno.
Pertanto è opportuno che Lei la conservi con cura.

Qualora continuasse la Sua attività lavorativa in un'altra azienda, La invito a mettere tale documentazione sanitaria a disposizione del medico competente per facilitarlo nelle ricostruzione della Sua storia lavorativa e sanitaria.

Nel caso di esposizione ad agenti a lungo termine:
Le segnalo inoltre la necessità di proseguire anche in futuro la sorveglianza sanitaria per la pregressa esposizione a…Pertanto le consiglio i seguenti accertamenti periodici….
Se tale sorveglianza non dovesse essere predisposta dal nuovo datore di lavoro, potrà rivolgersi al proprio medico curante per la prescrizione della stessa.

Restando a Sua disposizione per ogni ulteriore chiarimento di cui avesse bisogno, colgo l'occasione per porgerLe i miei saluti più cordiali.

Dott……

ALLEGATO O

Dott……..

Luogo……,data……..

Oggetto: art. 25, comma 1, lettera d) del D. Lgs. 81/08 e s.m.i.

A seguito della cessazione dell'incarico di medico competente della……, il sottoscritto, Dott…, ai sensi dell'articolo 25, comma 1, lettera d) del D. Lgs. 81/08, consegna al datore di lavoro la documentazione relativa alla sorveglianza sanitaria ex lege effettuata al personale della ….
La documentazione è custodita a…nell'ufficio…in Via……in un…chiuso a chiave ed è contenuta in…sulla quale è chiaramente riportata la natura del contenuto ed i soggetti che hanno legittimamente accesso ad esso.
La documentazione sanitaria andrà custodita nel rispetto della normativa sulla privacy in materia di protezione dei dati sensibili e con la salvaguardia del segreto professionale e consegnata al nuovo medico competente, che sono disponibile ad incontrare, per la continuazione della sorveglianza sanitaria.

Distinti saluti

Dott……

Firma del datore di lavoro per ricevuta……

CONTRIBUTI

La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (osas) e i suoi risvolti lavorativi

De Santa Azelio, Segretario ANMA Trentino Alto Adige

1. INTRODUZIONE

La Sindrome dell'Apnea Ostruttiva nel Sonno (OSAS) rappresenta un grave e crescente problema sanitario, sociale ed economico con una prevalenza che in alcune fasce d'età è superiore al 20% sia per il sesso maschile che per quello femminile.
Le ripercussioni della mancata diagnosi e del mancato trattamento di questa sindrome determinano un diretto aumento della morbilità e della mortalità della popolazione affetta e un aumento dei costi sanitari dovuti sia al trattamento delle comorbilità cardiovascolari e metaboliche, sia all'elevato rischio di complicanze perioperatorie cui i soggetti OSAS sono esposti.
Oltre a ciò, l'**OSAS può incidere pesantemente anche sulla sfera lavorativa** in quanto comporta:

- una **perdita di produttività** imputabile ad un aumento delle giornate di assenza dal lavoro, ad una ridotta performance lavorativa e al disagio relazionale (anche sul lavoro) e ai disturbi psichici che spesso comporta
- un **maggior rischio di incidenti stradali ed infortuni sul lavoro**. Infatti l'OSAS è oggi riconosciuta come una delle cause più frequenti di eccessiva sonnolenza diurna (Excessive Daytime Sleepiness - EDS), e come tale individuata quale fattore o cofattore determinante o favorente in un rilevante numero di incidenti stradali e lavorativi.

Anche per queste considerazioni, il Medico del lavoro (MdL) deve saper riconoscere i casi sospetti o conclamati di OSAS ai fini della tutela del lavoratore e di terzi soprattutto nel caso di mobile working (a questo proposito ricordo i due contributi di Umberto Candura sui numeri 4/2011 e 1/2012 di questa rivista e il commento di Paolo Santucci del 18 gennaio 2015 su "ANMA Risponde", www.anma.it).
Questa affermazione è rinforzata dal fatto che nelle fasi precoci dell'OSAS molto spesso il lavoratore non si rivolge al medico di fiducia e quindi il MdL è la figura sanitaria che più di altre può porre un sospetto adeguato ad una diagnosi precoce.

2. DEFINIZIONE

L'OSAS consiste in ricorrenti episodi durante il sonno di ostruzione completa (apnea) o parziale (ipopnea) della faringe la cui causa è una qualsivoglia alterazione anatomica e/o funzionale delle vie aeree superiori. Le ripetute apnee ed ipopnee determinano uno **sforzo respiratorio** con **riduzioni fasiche dei valori della saturazione ossiemoglobinica**, fluttuazioni della frequenza cardiaca, aumento della pressione arteriosa sistemica e polmonare, frammentazione del sonno. a causa di frequenti risvegli notturni anche non percepiti dal soggetto (**"arousal"**), disfunzioni metaboliche quali resistenza all'insulina, alterazioni della glicemia e diabete mellito tipo 2, dislipidemia, steatosi epatica ed obesità.
I fattori di rischio per OSAS sono le alterazioni anatomo-funzionali delle prime vie aeree superiori (macroglossia, posizione arretrata della mandibola, ipertrofia tonsillo-adenoidale, ecc.), l'obesità, il tabagismo, consumo di alcol, l'età, il sesso e la menopausa.
L'OSAS soddisfa i criteri stabiliti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per la definizione di malattia cronica.
Per porre diagnosi nell'adulto devono essere soddisfatti i seguenti criteri in parte clinici ed in parte strumentali e cioè considerando l'indice apnea/ipopnea o AHI) che **si ricava (con livelli crescenti di affidabilità) dalla saturimetria notturna, dal monitoraggio cardio-respiratorio o dalla polisonnografia**

a. **segni/sintomi** (eccessiva sonnolenza diurna, fatica, insonnia, russamento, disturbi respiratori notturni soggettivi, apnee osservate) o

quadri medici e/o psichiatrici (ipertensione arteriosa, patologia coronarica, fibrillazione atriale, insufficienza cardiaca cronica, ictus, diabete, disfunzioni cognitive o disturbi dell'umore, impotenza) associati a almeno 5 eventi/ora di apnea o ipopnea (indice AHI)

b. AHI di almeno 15 eventi/ora, indipendentemente da altri segni/sintomi o quadri medici o psichiatrici.

Sulla base dell'AHI, l'OSAS è definita di grado lieve (AHI compreso tra 5 e 14), moderato (AHI compreso tra 15 e 29), grave (AHI pari o superiore a 30). I criteri sopra richiamati hanno di fatto subordinato la sintomatologia al dato strumentale che documenta l'apnea ostruttiva.

3. EPIDEMIOLOGIA

L'OSAS è una **malattia estremamente frequente nella popolazione mondiale** con rilevanti conseguenze sanitarie, sociali ed economiche. Ha inoltre significativi legami con altre patologie, delle quali costituisce un rilevante fattore di rischio.
Per la popolazione italiana non esistono dati di prevalenza basati sugli attuali criteri diagnostici clinico-strumentali. I più recenti dati epidemiologici, ottenuti con polisonnografia in un ampio gruppo di cittadini svizzeri di età compresa tra i 40 e gli 85 anni, indicano una **prevalenza del 49,7% nel sesso maschile e del 23,4% in quello femminile.** Pur essendo stato osservato che negli ultimi 20 anni l'incremento della prevalenza dell'OSAS è associato all'incremento della prevalenza e severità dell'obesità, tale patologia è significativamente presente anche in soggetti normopeso. La sua prevalenza **aumenta dopo la menopausa** ed ha valori stimati tra il 14 ed il 45% nella fase più avanzata della gravidanza. **Nonostante l'OSAS sia estremamente frequente nella popolazione è stimato che il 75 – 80% di tali soggetti NON siano identificati come pazienti OSAS.**

La tabella 1 riassume l'indicazione di **prevalenza dell'OSAS** in popolazioni di entrambi i sessi ed omogenee per patologia diversa dall'OSAS. Tali dati identificano, per maschi e femmine, popolazioni ad elevato rischio per OSAS.

TABELLA 1

Patologia	Prevalenza (%)
ipertensione arteriosa sistemica	23 – 30
ipertensione arteriosa sistemica farmaco resistente	65 – 83
malattia coronarica	30 – 38
Scompenso cardiaco	2 – 26
fibrillazione atriale	32 – 49
Stroke	58 – 72
diabete mellito tipo II	86
insufficienza renale	31 – 44
broncopneumopatia cronica ostruttiva	9 - 52

Studi recenti indicano che l'OSAS è frequentemente associata anche con altre patologie croniche quali aritmie cardiache diverse dalla fibrillazione atriale, disturbi cognitivi e dell'umore, sindrome depressiva, impotenza, insonnia, asma bronchiale, insufficienza renale, neoplasie e steatosi epatica. L' OSAS incide negativamente sulla qualità della vita e sullo stato sociale del paziente e dei suoi familiari. Ciò accade già negli anni che precedono la diagnosi e peggiora con la naturale progressione di malattia.

4. PREVENZIONE

Un impegno programmato per la prevenzione primaria dell'OSAS (tramite l'eliminazione o il controllo dei fattori di rischio) e per la prevenzione secondaria e terziaria delle conseguenze e delle malattie ad essa associate potrebbe avere un notevole impatto positivo sulla salute pubblica, sia come elevazione della qualità della vita sia come tutela delle capacità lavorative della nostra popolazione. L'attenzione deve essere focalizzata sulla **prevenzione**, riducendo i fattori di rischio a livello individuale e agendo in maniera sistemica per rimuovere le cause che impediscono ai cittadini Scelte di vita salutari. Sono noti diversi fattori che aumentano il rischio di sviluppare la malattia, alcuni di essi modificabili (fumo di sigaretta, sovrappeso/obesità, sedentarietà e abuso di alcool) con una efficace **promozione della salute.** Per altri non modificabili (età, genere, menopausa e familiarità) la prevenzione può intervenire per ritardare o eliminare la comparsa di comorbilità.

4.1. Prevenzione primaria
La prevenzione primaria, attraverso azioni finalizzate alla **informazione** sui rischi e la **sensibilizzazione** della popolazione all'adozione di sani stili di vita, continua ad essere l'arma più efficace per combattere questo tipo di patologie. Una corretta alimentazione associata ad un incremento dell'attività fisica quotidiana inducono una marcata riduzione delle condizioni predisponenti l'OSAS.
Per la prevenzione dell'OSAS sono raccomandati accertamenti specialistici che dovrebbero essere attivati in tutti i casi in cui il medico curante evidenzi un possibile ostacolo delle vie respiratorie, ad esempio in caso di alterazioni antropometriche del massiccio facciale e della prime vie aeree nell'adulto. Obiettivo della prevenzione primaria è quello di raggiungere e mantenere il profilo di rischio favorevole (basso rischio) nella popolazione generale.

4.2 Prevenzione secondaria
La prevenzione secondaria si sostanzia nella **diagnosi precoce** della sindrome per consentire un tempestivo approccio terapeutico. Per garantire un soddisfacente rapporto costo/risultati, essa deve essere rivolta elettivamente alla popolazione a maggiore rischio, che deve essere individuata in occasione di visiti mediche in soggetti che presentano uno o più sintomi sentinella, cui possono associarsi una o più comorbilità, oppure facciano parte di una categoria lavorativa considerata a rischio.

5. DIAGNOSI

Il sospetto diagnostico è clinico e si basa su:

1) **sintomi**: eccessiva sonnolenza diurna e/o percezione soggettiva di fatica, insonnia, russamento abituale, disturbi respiratori notturni soggettivi, apnee osservate dal partner, sonno frammentato da risvegli frequenti, cefalea o estrema secchezza delle fauci al risveglio. La rilevazione di sonnolenza diurna con scala di Epworth (ESS Epworth Sleepiness Scale) è un altro dato importante per la diagnosi, ricordando tuttavia che una quota significativa di soggetti con OSAS NON riferisce sonnolenza diurna.

2) **quadri clinci e/o psichiatrici**: obesità o sovrappeso, ipertensione arteriosa soprattutto se resistente alla terapia, circonferenza della base collo superiore a 43 cm nel maschio e 40 nella femmina, ridotta tolleranza al glucosio o diabete, disfunzioni cognitive o disturbi dell'umore (in particolare depressione), impotenza, fibrillazione atriale, patologia coronarica, insufficienza cardiaca cronica, ischemie cerebrali transitorie o ictus.

3) la **diagnosi strumentale** si basa sull'individuazione degli episodi di apnea-ipopnea che si verificano per ora di sonno, mediante **monitoraggio cardiorespiratorio** (registrazione dell'andamento nel sonno della saturazione di ossigeno, frequenza cardiaca, flusso respiratorio, movimenti respiratori del torace e dell'addome, posizione e movimenti del paziente). Nei casi di difficile interpretazione, di particolare gravità clinica e/o caratterizzati da una complessa comorbilità, lo strumento diagnostico è rappresentato dalla **polisonnografia (oltre ai parametri sopra descritti registrazione EEG)** che deve però essere realizzata in ambiente ospedaliero. Gli esami sopra descritti hanno costi elevati e tempi di realizzazione usualmente lunghi. Un esame (più semplice e meno costoso) come la **saturimetria notturna**, che si può eseguire a domicilio del paziente, può aiutare nella diagnosi o quanto meno a dare un'indicazione sulla gravità del quadro. Unicamente ai fini della valutazione dello stato di vigilanza, può essere impiegato il test dei tempi di reazione semplici e complessi.
Una volta posta la diagnosi, è necessario escludere cause locali di ostruzione delle prime vie aeree e perciò è indispensabile una consulenza ORL.

6. OSAS IN MEDICINA DEL LAVORO

Con queste premesse il ruolo del medico competente assume un carattere primario non solo per le considerazioni fatte nell'introduzione, ma tenendo anche in considerazione che il lavoro a turni, ed in particolare il lavoro notturno (come ogni altra condizione che può indurre carenza di sonno) è una condizione favorente ed aggravante per l'OSAS ed anche per questo il contesto lavorativo è quello in cui spesso questa patologia si slatentizza.
La diagnosi di OSAS grave può costituire una controindicazione al lavoro notturno abituale o ricorrente così come alcune delle comorbità associate (sindrome depressiva, cardiopatia aritmica o ischemica non compensate con farmaci, ictus, diabete mellito non compensato, ecc.). Anche nei casi meno gravi il MdL deve porre particolare attenzione nell'emissione del giudizio di idoneità almeno fino a quando non abbia evidenza del controllo terapeutico soddisfacente della patologia.
Rimandiamo al successivo punto 9 un **estratto dei punti salienti, che possono essere utili al Medico competente per uno screening dei lavoratori con sospetta OSAS**, ai fini di indirizzare la diagnosi e valutare la compatibilità della persona a compiti lavorativi che comprendono la guida di veicoli aziendali o particolare attività a rischio di attenzione.

7. LA TERAPIA

Nei casi in cui l'OSAS è associata ad una alterazione anatomica e/o funzionale delle vie aeree (in particolare micrognatia e/o retrognatia) è necessario considerare la possibilità di adottare un Dispositivo di Avanzamento Mandibolare (MAD) che è di pertinenza odontoiatrica. In casi rari, è necessario ricorrere ad un intervento chirurgico di pertinenza ORL.
Nei casi in cui l'OSAS è associata a sovrappeso (ca. 60-70 % dei casi), la terapia d'elezione consiste nella riduzione del peso, che spesso consente, da sola, di ridurre o annullare la gravità della sindrome. In alcuni casi, la riduzione del peso è resa difficoltosa o fallimentare dalle modifiche metaboliche indotte dall'OSAS e quindi si deve procedere all'intervento medico diretto che consiste nell'applicazione di un dispositivo (CPAP) che controlla il flusso respiratorio del paziente e pompa aria nelle prime vie aeree in caso di apnea/ipopnea. La terapia dei casi di gravità media o elevata senza sovrappeso e senza indicazioni al MAD è la CPAP. Se bene tollerata, la CPAP risolve in modo spesso miracoloso la sindrome restituendo una **qualità di vita** ormai dimenticata dall'interessato/a.

8. OSAS E PATENTE DI GUIDA

La Direttiva 2014/85/UE ha inserito l'OSAS fra le malattie che possono comportare l'inidonietà alla guida. Con il DM del 22 dicembre 2015, il Ministero Infrastrutture e Trasporti ha recepito la Direttiva 2014/85/UE che, tra l'altro, modifica i criteri sanitari con i quali può essere rilasciata e rinnovata la patente di guida, sia per i conducenti di gruppo 1 (patente A e B) che 2 (C e superiori).
Anche ai fini dell'applicazione concreta della Direttiva, la Conferenza Stato Regioni ha pubblicato nel maggio scorso un documento (Intesa 87/CSR 12 maggio 2016) che riassume lo "stato dell'arte" della conoscenza medica sull'OSAS, da quale sono state tratte molte delle informazioni sopra descritte.

L'articolo 2 del DM citato recita:

La patente di guida non deve essere ne' rilasciata ne' rinnovata a candidati o conducenti affetti da disturbi del sonno causati da apnee ostruttive notturne che determinano una grave ed incoercibile sonnolenza diurna, con accentuata riduzione delle capacità dell'attenzione non adeguatamente controllate con le cure prescritte.

Il medico monocratico sottopone a particolare valutazione i soggetti per i quali sussistono sintomi riconducibili alla sindrome da apnea ostruttiva notturna.

Nei casi in cui si possa concludere per l'assenza o lieve entità di sonnolenza diurna, il medico certifica l'idoneità alla guida del conducente.

Nel caso sussistano dubbi circa l'idoneità e la sicurezza di guida, l'accertamento dei requisiti di idoneità psichici e fisici e' demandato alla commissione medica locale.

La commissione medica locale può autorizzare alla guida i soggetti affetti da sindrome da apnee ostruttive notturne moderate o gravi che dimostrino un adeguato controllo della sintomatologia presentata con relativo miglioramento della sonnolenza diurna, se del caso confermato da parere specialistico di strutture pubbliche.

La validità della patente rilasciata o rinnovata, eventualmente anche con prescrizioni da parte della Commissione Medica Locale, non può superare i tre anni per i conducenti del gruppo 1 (patente A e B) ed un anno per i conducenti del gruppo 2 (patente C o superiori).».

Successivamente, con il DM 3 febbraio 2016, il Ministero della Salute ha precisato gli *"Indirizzi medico-legali da osservare per l'accertamento dell'idoneità alla guida dei soggetti affetti da disturbi del sonno da apnee ostruttive notturne, o sospettati di essere affetti da tale malattia."*

In occasione del rilascio o rinnovo della patente di guida, sono da considerare «soggetti con sospetta OSAS», gli interessati in cui siano presenti:

1) russamento rumoroso e abituale (tutte le notti), persistente (da almeno sei mesi) «intermittente» per la presenza di «pause» respiratorie (apnee), e sonnolenza diurna

2) i soggetti in cui, oltre al dato anamnestico del russamento, sia riscontrabile una delle seguenti condizioni:
- obesità
- micrognatia e/o retrognatia
- collo grosso (ndr: > 43 cm nel maschio e > 40 cm nella femmina)

3) i soggetti per i quali emerga russamento e la presenza di una o piu' delle seguenti patologie:
- ipertensione arteriosa farmaco-resistente
- aritmie (ndr: in particolare fibrillazione atriale)
- diabete mellito tipo 2
- cardiopatia ischemica cronica
- eventi ischemici cerebrali
- broncopneumopatie

Sulla base della valutazione della sonnolenza diurna, i soggetti saranno inviati alla Commissione Medica Locale che valuterà gli approfondimenti del caso (per i dettagli si veda il DM citato).

Bibliografia a richiesta

CONTRIBUTI

Proposta di protocollo di “sorveglianza sanitaria” e relative periodicita’ delle visite mediche agli stewards degli impianti sportivi.

Sanchioli P., Segretario ANMA Lazio
Limpido L, Gioffré P.A., ANMA Lazio

Con l’espressione “stewarding” si fa riferimento a tutte quelle mansioni connesse al mantenimento delle condizioni di sicurezza di un impianto (attività di accoglienza, controllo, prevenzione , assistenza ed orientamento del pubblico in condizioni normali e di emergenza) e che rappresentano ad oggi uno dei pilastri fondamentali delle moderne strategie per la sicurezza negli stadi.
Lo svolgimento di tale attività, introdotta nell’ordinamento giuridico italiano su impulso dell’Osservatorio Nazionale sulle Manifestazioni Sportive, è ad oggi disciplinata dai decreti del Ministro dell’Interno 8 agosto 2007, 24 febbraio 2010 e 28 luglio 2011.
Con tali provvedimenti, inerenti l’ “organizzazione ed il servizio degli steward negli impianti sportivi”, vengono ufficialmente affidati, in maniera univoca, i compiti di controllo dei titoli di accesso, di instradamento degli spettatori e di rispetto del regolamento d’uso dell’impianto esclusivamente alla società sportiva organizzatrice dell’evento. Tale controllo viene effettuato a mezzo di personale specificatamente addetto e appositamente selezionato e formato, che deve essere in possesso di idonei requisiti personali, fisici, culturali e psicoattitudinali previsti nell’All.A, Art. 3, del DM 8/8/2007. Al “punto 1.1.1. requisiti fisici”, si fa cenno ad una “buona salute fisica e mentale, assenza di daltonismo, assenza di uso di alcool e stupefacenti, capacità di espressione visiva, di udito e di olfatto, assenza di elementi psicopatologici anche pregressi e prestanza fisica adeguata alle mansioni da svolgere.” A parte la genericità, dal punto di vista medico, dei requisiti sopra elencati, non viene stabilita dal DM la periodicità di questi controlli, tranne il range di età (compresa tra i 18 ed i 55 anni) in cui può essere svolta l’attività. Questa mancanza fa sì che di fatto, ad oggi, sia sufficiente che tali requisiti vengano dimostrati dallo steward “una tantum”, senza possibilità si successivi controlli o rivalutazioni.
Sulla base di quanto descritto nel DM e alla luce di quanto presente del D.Lgs 81/08, nonché sulla base delle caratteristiche cliniche e anamnestiche implicite in uno “stato di buona salute fisica e mentale”, appaiono doverose alcune considerazioni.
Anzitutto, lo stato di salute e lo stato psicofisico di una persona non sono statici ma per loro natura mutabili e dinamici e possono portare, nel corso del tempo, allo sviluppo di una situazione patologica nuova non presente né riscontrabile in precedenza. Un soggetto che abbia ottenuto una idoneità fisica e mentale, in sostanza, non necessariamente può, quindi, mantenerla indefinitamente nel tempo. Da questa considerazione scaturisce la necessità di sottoporre lo steward, come del resto avviene nella Medicina del Lavoro (in base a normative di legge a già definite) per categorie lavorative equiparabili, a visite di controllo con una periodicità fissata, che può variare in accordo con l’entità dei rischi lavorativi o sulla base di caratteristiche cliniche sia anamnestiche che obiettivabili.
La genericità dei requisiti fisici citati nel DM, inoltre, impone l’istituzione di un protocollo sanitario maggiormente strutturato, anche esso con periodicità, che attraverso accertamenti il più possibile attinenti alle esigenze citate possa essere esaustivo nell’emissione di un giudizio di idoneità alla mansione.
Pertanto sarebbe auspicabile che, benchè disciplinata da una diversa normativa, anche la “sorveglianza sanitaria” degli steward ricalcasse quanto previsto dalla legislatura vigente applicata in Medicina del Lavoro per mansioni lavorative assimilabili, attraverso l’istituzione di una cartella sanitaria e di rischio sulla fattispecie di quella dell’allegato 3A del D.Lgs 81/08 e s.m.i. e tramite l’emissione di un certificato di idoneità alla mansione in cui venga specificata la periodicità della visita e degli accertamenti eseguiti.

PROTOCOLLO SANITARIO

Sulla base di queste premesse, Il protocollo sanitario successivamente descritto e specifico per l’attività di “stewarding”, nasce da un’esperienza di circa 3 anni nei quali è stato appositamente predisposto, strutturato ed utilizzato per la selezione degli stewards della società AS Roma, che è attualmente l’unica società sportiva ad adottare questa metodica. Tale protocollo sanitario, al fine di ottemperare a quanto richiesto nel DM, è attualmente costituito da due fasi al termine delle quali vengono emessi due distinti certificati di idoneità.
La prima fase comprende una visita di sorveglianza sanitaria costituita da:
- Visita medica generale dei principali organi ed apparati.
- Esame clinico funzionale del rachide per la valutazione dell’apparato osteoarticolare.
- Controllo oculistico
- Drug test
- Controllo alcool e test audit

La seconda fase prevede una visita specialistica psichiatrica comprensiva di:

- Visita di idoneità psicoattitudinale al tempo T0 con compilazione da parte del candidato di un questionario ritenuto valido dalla letteratura scientifica (questionario autosomministrato volto a individuare le caratteristiche di base della personalità)
- Correzione da parte dello specialista e successivo colloquio clinico volto ad un approfondimento del caso

Sulla base della nostra esperienza, tale protocollo, nel suo successivo sviluppo, potrebbe essere costituito, ai fini di una semplificazione procedurale, da un’unica

cartella clinica, comprensiva di tutti gli accertamenti per l'idoneità psichica e fisica alla mansione, e comprensivo di un unico certificato d'idoneità che prevedrebbe la doppia firma dei due medici (specialista in medicina del lavoro e dello specialista in psichiatria).

Il protocollo potrebbe inoltre essere comprensivo di visite di rivalutazione periodiche, giudicate di norma biennali, in conformità anche con quanto previsto dal DM 15/6/2012 ("Determinazione dei requisiti per l'iscrizione nell'Elenco Prefettizio del personale addetto ai servizi di controllo delle attività d'intrattenimento e di spettacolo in luoghi aperti al pubblico o in pubblici esercizi...") all'Art. 2 coma 1 ("revisione biennale"). Tale periodicità potrà essere eventualmente inferiore se il medico lo ritenga necessario in base alla visita effettuata, ad esempio in caso di eventuali patologie borderline meritevoli di controlli più ravvicinati.

Si nota in particolare, in tal senso, come nell'allegato A del DM si consideri tra i requisiti *'…. l'assenza di elementi psicopatologici anche pregressi….'.* Tale punto, così descritto, presenta delle sostanziali limitazioni, in quanto non considera il dinamismo della patologia mentale e quindi la possibilità che mediante un trattamento congruo e soddisfacente si possa giungere alla completa remissione della patologia.

Un adolescente, ad esempio, che al momento della visita abbia un disturbo depressivo reattivo, viene escluso dalla possibilità di accedere a tale mansione senza possibilità di un successivo reintegro. Si ritiene, tuttavia, che non necessariamente la presenza di elementi psicopatologici pregressi possa essere un fattore escludente tale incarico, soprattutto se il candidato abbia effettuato un ciclo di terapia congruo volto alla cura del disagio insorto. In presenza di elementi psicopatologici pregressi, ma che il clinico valuti allo stato attuale in remissione completa, si suggerisce quindi l'idoneità, con eventuale rivalutazione non necessariamente biennale, ma a discrezione, anche in tempi inferiori.

Potrebbe inoltre essere prevista una periodicità differente in relazione a:

- Rivalutazione del personale che presenti più di tre segnalazioni da parte del capo unità o del responsabile di servizio, o eventualmente anche una sola segnalazione nel caso di un discontrollo degli impulsi o un comportamento non congruo alla mansione richiesta che palesi, ad esempio, una scarsa tolleranza agli eventi stressanti presenti, tale da comportare il decadimento dei requisiti psicoattitudinali.
- Rivalutazione del personale che si sia assentato per malattia per un periodo di tempo superiore a 60 giorni continuativi o che nel corso della gara si sia recato ad un posto di primo soccorso e abbia avuta refertata una patologia fisica o psichica rilevante ai fini dell'idoneità alla mansione (es. disturbo di panico, crisi di ansia..) tale da comportare il decadimento dei requisiti psicoattitudinali.
- Controllo a campione, prima dell'evento, volto alla verifica dell'assenza di assunzione di alcolici e di sostanze stupefacenti e/o psicotrope,anche al fine di ridurre il rischio di risultati falsi negativi ottenuti in sede di visita.

A partire dall'anno di istituzione del protocollo sanitario descritto, è stata riscontrata, in visita preassuntiva, una percentuale di circa il 20% di soggetti temporaneamente non idonei, che tendono poi a ridursi al 10 a seguito di approfondimenti diagnostici con risoluzione della problematica clinica.

Tale dato si pone in contrapposizione con quanto accadeva con le precedenti procedure, dalle quali risultavano il 100% degli idonei, che prevedevano l'assunzione a seguito di un certificato di idoneità che veniva portato da ogni singolo aspirante steward e che veniva normalmente emesso da un medico di medicina generale.

Le attuali procedure hanno quindi generato una maggiore sicurezza da parte della società nell'affidare lo svolgimento dei vari compiti grazie alla certezza dell'effettiva idoneità psicofisica degli stewards assunti, con l'eccezione dei lavoratori già in forza e assunti con le precedenti procedure, per i quali, non essendovi stata una periodicità stabilita, non è stato possibile sottoporli a visita periodica di controllo.

Per questi ultimi, vista l'efficacia del protocollo applicato, vi è l'intenzione di intraprendere un percorso che porti gradualmente anche al loro coinvolgimento.

Se quanto sopra descritto venisse applicato in maniera sistematica su tutto il territorio nazionale, si determinerebbe, in un arco di tempo relativamente ristretto, la presenza di steward aventi una effettiva idoneità psicofisica alla mansione svolta, che viene controllata e confermata periodicamente, e di conseguenza una maggiore sicurezza sia da parte delle società sportive circa l'effettiva capacità lavorativa dei loro dipendenti sia da parte anche del pubblico partecipante agli eventi che si interfaccerebbe con personale preparato e adatto allo svolgimento della propria attività, in un contesto volto alla garanzia della sicurezza.

Bibliografia a richiesta

UFFICIO
E
SALUTE

Videoterminalista: ‘mouse’, seduta e idoneità. Terza edizione degli orientamenti operativi

Paolo Santucci, Consigliere Nazionale ANMA

INTRODUZIONE

Il rapporto fra utilizzo professionale del mouse e disturbi/patologie degli arti superiori non gode di una sufficiente attenzione, soprattutto nell’ambito della formulazione dei giudizi di idoneità. L’Associazione Nazionale Medici d’Azienda (ANMA), attraverso questa ‘versione 3.0’, mantiene l’impegno preso con i soci e lettori del Journal due anni fa:

“creare una occasione di riflessione e confronto, che permetta di incrementare le esperienze sul campo e di consolidare le indicazioni operative nell’interesse della nostra comunità e soprattutto di lavoratori e aziende”(1).

Ma con questo contributo ANMA raddoppia, inaugurando una nuova tabella che intende riferire i primi riscontri sull’utilizzo di alcuni tipi di seduta da parte del videoterminalista affetto da specifici quadri patologici.
Del resto le esperienze sul campo di questi anni confermano la necessità di una ‘palestra’, quale si può considerare questo orientamento operativo in costante evoluzione e sviluppo.
E non siamo i soli ad avere questa percezione se per le Linee Guida SIMLII sulle patologie muscolo-scheletriche dell’arto superiore (2) “…le indicazioni sul giudizio di idoneità (…) non scaturiscono solo da evidenze scientifiche, ma anche, e talora soprattutto, dall’esperienza e dalla conoscenza dei problemi”.
Perciò rimane viva, e si consolida, l’intenzione di revisionare la letteratura scientifica del settore e soprattutto di raccogliere quelle ‘esperienze e conoscenze dei problemi’, patrimonio di tanti medici competenti, al fine di rinnovare una traccia operativa, che possa orientare la formulazione dei giudizi di idoneità alla mansione specifica.

REVISIONE DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Se la letteratura scientifica rimane deludente in merito alla formulazione del giudizio di idoneità in questo ambito, si moltiplicano negli ultimi anni le revisioni, internazionali e nazionali, che in prevalenza escludono una correlazione fra attività al videoterminale ed insorgenza di patologie dell’arto superiore (3, 4).
In realtà sul territorio nazionale sono segnalati casi di denuncia di malattia professionale, che i medici competenti sono chiamati a ‘gestire’ in azienda, e a volte anche riconoscimenti della Sindrome del tunnel carpale o di una tendinite soprattutto da parte del Giudice nell’ambito del contenzioso giudiziario.
Tuttavia la principale perplessità sull’esclusione di qualsiasi nesso di causalità riguarda le caratteristiche delle popolazioni di videoterminalisti oggetto degli studi, poiché i ricercatori di Università, Ospedali ed Enti si occupano generalmente di grandi realtà strutturate. Perciò la percezione è che sfuggano alle indagini piccole e piccolissime imprese (le microimprese hanno fino a 10 dipendenti e costituiscono il 95 % del tessuto produttivo) (5), che spesso recepiscono gli adempimenti di Legge ad un livello generalmente ‘più basso’. Ciò potrebbe determinare differenze su aspetti decisivi, quali l’ergonomia delle postazioni e l’organizzazione del lavoro, la formazione-informazione e la sorveglianza sanitaria (Titolo VII D. Lgs. 81/08 e s.m.i.) con le conseguenze del caso sull’eventuale insorgenza di patologie lavoro-correlate.
In sintesi, parafrasando il noto fattore di distorsione (bias), ‘lavoratore sano’, degli studi epidemiologici, rimane il dubbio che le indagini possano subire un effetto.. ‘azienda sana’.

Ma quel che è certo invece, è che il medico competente si trova, e si troverà sempre più spesso, ad emettere giudizi di idoneità, o meglio di ‘compatibilità’ fra la menomazione del lavoratore e le richieste della mansione specifica, anche in conseguenza di ricollocazioni in ufficio di disabili ‘interni’ o ‘esterni’ all’azienda.
E questa eventualità diventa ‘criticità’ quando le (ridotte) richieste di impegno muscolo-scheletrico dell’attività al videoterminale si incrociano con importanti esiti infortunistici dell’arto dominante e della colonna, oppure a fronte di gravi malattie cronico-degenerative (6).
Perciò di seguito vengono riferite le più recenti esperienze che possono costituire un supporto pratico alla formulazione dei giudizi di idoneità.

NUOVE ESPERIENZE SUL CAMPO

In merito alla patologia osteoartrosica della mano (rizoartrosi) nuove esperienze sembrano evidenziare vantaggi l’utilizzo del ‘mini-mouse’ per la ridotta tensione delle strutture della superficie dorsale della mano.
Nel frattempo sono stati prodotti modelli simili all’Hand-Shoe-mouse, citato nella precedente edizione, che si distingue per la posizione della mano leggermente obliqua o, meglio, ‘supinata’ fra 15° e 25°, rispetto al piano orizzontale (ved. figura).

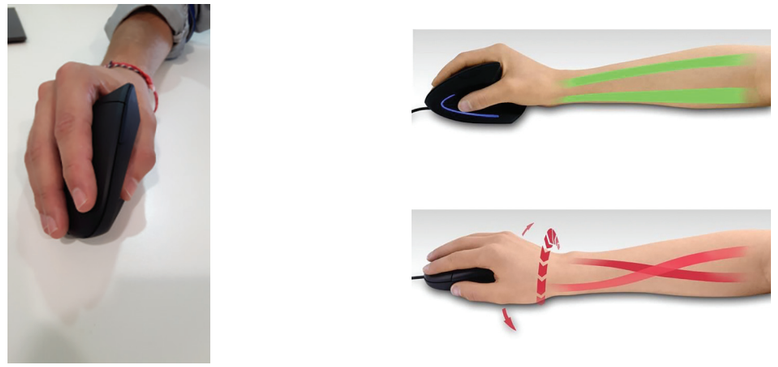
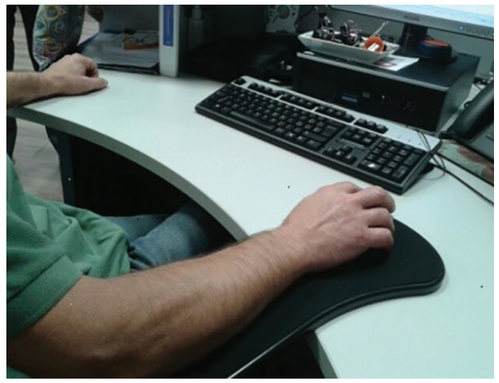


Figura: la postura dell’avambraccio indotta dai vari modelli di mouse ‘obliquo’ sembra essere più ‘naturale’.

Questo particolare tipo di ‘mouse’ sembra molto promettente per attenuare la tensione delle strutture estensorie e pronatorie dell’avambraccio, neutralizzando l’intrarotazione dell’avambraccio richiesta dal ‘mouse tradizionale’. Pertanto può beneficiarne, oltre alla ‘Sindrome pronatoria’ (ved. edizione precedente) (7), l’epicondilite laterale (noto anche come ‘gomito del tennista’), che ha evidenziato in alcune esperienze un netto miglioramento e la piena compatibilità con l’attività specifica anche in ‘quadri subacuti’.
Nel caso di importanti deficit/disfunzioni dell’arto superiore dominante (p.es. osteoarticolari e neurologici o da patologia della colonna cervicale), si è resa utile l’adozione di un ‘restman’, che, aumentando la superficie di appoggio, accentua lo scarico dell’arto e riduce le difficoltà nell’utilizzo del mouse, che sarà eventualmente selezionato caso per caso.



Esempio di utilizzo del ‘restman’

Nel caso sia frequente l'utilizzo del telefono non è certamente una novità l'adozione di una cuffietta auricolare come prima misura di prevenzione, che però non era presente nella precedente edizione.
La cuffietta, bi o monoaurale con o senza fili (wireless), permette di mantenere le 'mani libere' evitando l'inclinazione laterale del capo ed il rialzo della testa dell'omero per 'fissare la cornetta tra testa e spalla'. L'obiettivo consiste nella prevenzione di contratture e mialgie a carico della muscolatura locale, in particolare del trapezio.
Questa soluzione, adottata stabilmente da centralinisti e addetti call center, si é già rivelata una buona soluzione anche per l'impiegato di ufficio che trascorra almeno due ore al telefono/die.

LE SEDUTE ERGONOMICHE

L'esperienza dei medici competenti ANMA si sta allargando, al di là della gestione dell'arto superiore e della scelta del 'mouse' più efficace, per esempio con la scelta della seduta ergonomica più adatta al singolo caso clinico.
Premesso che la seduta dell'operatore al videoterminale 'deve' necessariamente rispondere ai requisiti indicati nell'Allegato XXXIV D.Lgs.81/08 e s.m.i., senza trascurare il 'non abolito' Decreto 2 ottobre 2000, vi sono alcune sedute che migliorerebbero la compatibilità fra 'postura assisa' e menomazione all'interno di specifici contesti patologici.
Per il momento si registrano favorevoli riscontri nell'utilizzo di due tipi di seggiola:

1. modello dotato di una ulteriore regolazione, rispetto ai requisiti minimi di Legge, caratterizzata da un movimento dello schienale in direzione anteriore-posteriore, che permette un più efficace sostegno lombare, utile nelle più comuni patologie dello stesso segmento, per esempio, lombalgia in contratture locali, oppure iper/ipolordosi lombare.
2. modello con tutte le regolazioni di Legge ma privo di imbottitura e dotato di tessuto 'a rete' che rende più accettabile la 'postura assisa' a portatori di lesioni o disturbi perianali/emorroidari, soprattutto nella stagione più calda.

In commercio si segnalano diversi modelli appartenenti alle maggiori casi costruttrici con le caratteristiche sopra indicate.

Modello 1

Modello 2

CONCLUSIONI

Alla luce delle suddette novità si riassumono in due distinte tabelle le diverse prescrizioni, come noto più empiriche che scientifiche, quale sintesi dei dati offerti dalla letteratura, dall'esperienza dell'autore e di diversi medici competenti ANMA.

Condizione/patologia	**Modello di mouse consigliato**	**Eventuali ulteriori prescrizioni**
Mano piccola (taglia< 7)	Mini mouse	-
Tendinopatia estensore dita o tendinite estens. 2°dito	Mini mouse	Nel caso di tendinite estens. 2° dito, impostazione del mouse su 'modalità mancino': uso 3° dito con 2° dito a riposo
Malattia di De Quervain	Mouse-trackball oppure mini-mouse	Nel caso di uso di mini-mouse è conveniente aumentare la 'sensibilità' del dispositivo limitandone così i movimenti
Osteoartrosi- rizoartrosi	Mini mouse	-
Sindrome del Tunnel carpale	Mini mouse o Mouse tradizionale con tappetino	Tappetino poggia polso: neutralizzare l'estensione della mano, mantenendo angolazione polso-mano a 180°
Cisti sinoviale del polso	Mini mouse o Mouse tradizionale con tappetino	Tappetino poggia polso: neutralizza l'estensione della mano, mantenendo angolazione polso-mano a 180°. Nel caso di cisti ventrale evitare il contatto con il poggia polso posizionandolo sotto la porzione di avambraccio immediatamente prossimale.
Sindrome pronatoria, tendinite estensori avambraccio, epicondilite laterale	Vertical mouse, o 'Hand shoes mouse', o joy stick mouse	Con 'mouse tradizionale' si consiglia almeno l'uso di tappetino poggia polso per ridurre tensione tendini estensori
Tendinite cuffia rotatori	Mouse tradizionale	Corretto appoggio dell'avambraccio, uso tappetino poggia polso, aumento 'sensibilità' del mouse per limitare i movimenti della spalla
Importante deficit/ disfunzione arto superiore dominante (p.es. osteoarticolare e neurologico o da patologia della colonna cervicale)	Mouse da valutare caso per caso	Adozione restman. Ulteriori dispositivi o accorgimenti da valutare caso per caso

Sovraccarico/contrattura m.trapezio, paracervicale	Mouse tradizionale	Evitare spalle 'arcuate', corretto appoggio dell'avambraccio (fra polso e gomito) con uso tappetino poggia polso
Dermatite da nickel	Mouse di colore bianco	-

Condizione/patologia	**Modello di seduta consigliata**	**Eventuali ulteriori prescrizioni**
Lombalgia, iper/ipolordosi	Ulteriore regolazione in 'antero-posteriore'	-
Lesioni, disturbi perianali/ emorroidari	Seduta non imbottita con tessuto leggero traspirante	-

In conclusione, sono sempre più frequenti i casi di lavoratori, e più spesso lavoratrici (8), addetti al videoterminale, che pongono al medico competente il problema di un efficace gestione del giudizio di idoneità con particolare riferimento al sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore.
Ma si ribadisce che una reale tutela della salute del lavoratore passa attraverso l'analisi delle postazioni dotate di videoterminale, i sopralluoghi negli ambienti di lavoro, la formazione dei lavoratori e l'attuazione delle misure preventive, al di là della corretta ed efficace formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica.
Va ricordato infine che questo contributo non è per nulla esauriente o definitivo, anzi è in continua evoluzione, producendo un aggiornamento ogni anno, e richiede espressamente il contributo di tutti i medici competenti che hanno maturato esperienze in questo campo.

BIBLIOGRAFIA

1. Santucci P., Videoterminalista, 'mouse' e idoneità: primi orientamenti operativi, Medico competente Journal, n°4/2014.
2. Apostoli P., Bovenzi M., Occhipinti E., Romano C., Violante F., Cortesi I., Baracco, F., Draicchio, Mattioli S., 'Linee Guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo scheletriche dell'arto superiore correlati con il lavoro (Upper Extremity Work-related Musculoskeletal Disorders – UE WMSDs'). S.I.M.L.I.I., Fondazione S. Maugeri, Consorzio per l'accreditamento e aggiornamento in Medicina del Lavoro, PI-ME Pavia, 2003.
3. Wærsted M., Hanvold T.N., Bo Veiersted K., Computer work and musculoskeletal disorders of the neck and upper extremity: A systematic review, BMC Musculoskelet Disord. 2010; 11: 79.
4. Vitelli N., Battevi N., Effetti dell'uso protratto di VDT/PC sull'apparato muscolo-scheletrico. Sessione: Il lavoro d'ufficio oggi. 79° Congresso nazionale della Società Italiana medicina del Lavoro e Igiene Industriale, Roma, 21-23 settembre 2016.
5. Istituto nazionale di statistica ISTAT, Struttura e dimensione delle imprese Archivio Statistico delle Imprese Attive (Asia) Anno 2007, 13 luglio 2009, www.istat.it .
6. Santucci P., La sorveglianza sanitaria del videoterminalista: esperienze sul campo. Sessione: Il lavoro d'ufficio oggi. 79° Congresso nazionale della Società Italiana medicina del Lavoro e Igiene Industriale, Roma, 21-23 settembre 2016.
7. Santucci P., Videoterminalista, 'mouse' e idoneità: primo aggiornamento sugli orientamenti operativi, Medico competente Journal, n°2/2015.
8. Santucci P., Pavione E., Bontadi D., Idoneità del videoterminalista con prescrizione uso 'mini-mouse': prima esperienza sul campo, Medico Competente Journal n°3, 2014.

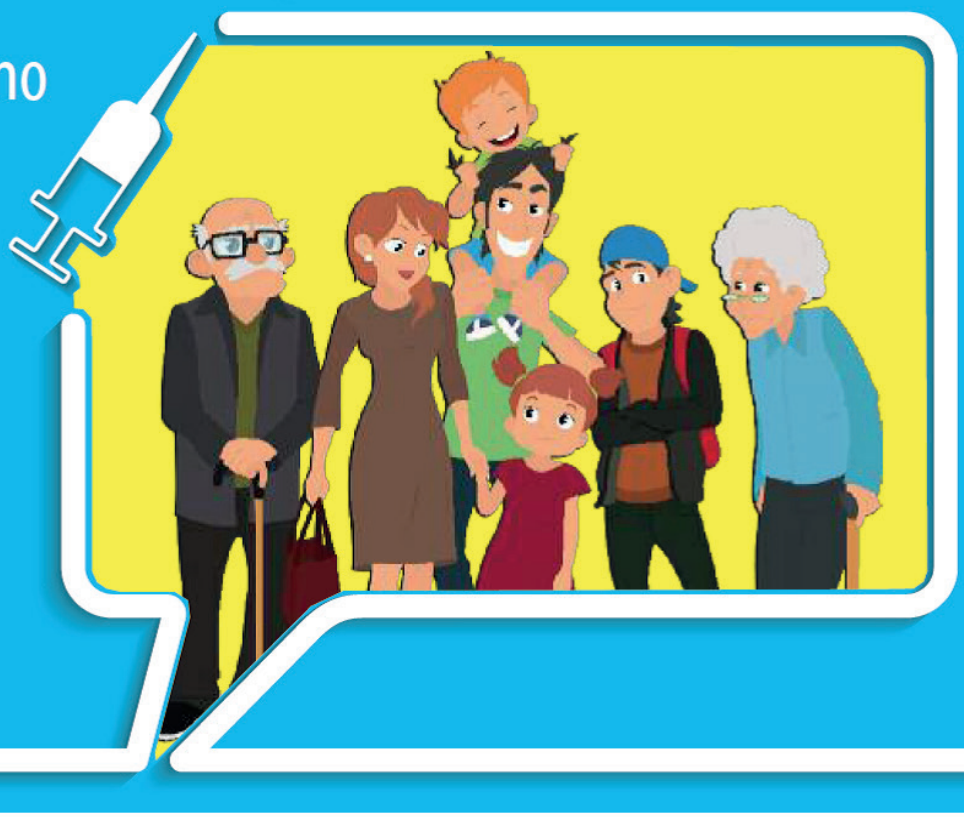
DA LEGGERE IN POLTRONA

A cura di Danilo Bontadi, Consigliere Nazionale ANMA

TORNA L'INFLUENZA, È IL MOMENTO DI FARE IL VACCINO

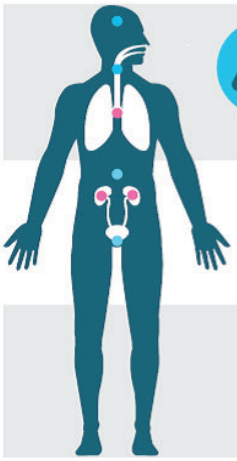
Nella storia della medicina, i vaccini rappresentano una delle più grandi vittorie sulle malattie e sono tra i presidi più efficaci, sicuri e controllati mai resi disponibili per l'uomo. La prevenzione e la scomparsa di malattie infettive, in passato tra i più terribili flagelli dell'umanità, costituiscono un successo senza pari. Ed è forse proprio la mancanza del confronto quotidiano con le conseguenze mortali o invalidanti di tante patologie, dovuta alla scoperta dei vaccini e delle terapie antibiotiche, che ha indotto la cittadinanza a credere che il successo fosse definitivo. Quando si abbassa la protezione vaccinale nella popolazione contro patologie apparentemente scomparse, queste invece si ripresentano, con effetti devastanti. Nell'era del consenso informato e dell'autonomia, il cittadino non può essere abbandonato alle sensazioni o alle suggestioni, ma deve attingere alle migliori informazioni disponibili per fare scelte consapevoli in ambito di prevenzione e di salute. Per questi motivi, il Consiglio nazionale della Fnomceo, lo scorso 8 luglio, ha approvato all'unanimità un 'Documento sui vaccini', con una serie di provvedimenti da mettersi in atto per diffondere una cultura della prevenzione. Al punto 4, in particolare, la Federazione propone "di migliorare la comunicazione in ambito vaccinale nei confronti dei cittadini/utenti per favorire la partecipazione attiva e consapevole della popolazione ai programmi vaccinali"; al punto 2, inoltre, esorta a "intensificare le campagne per valorizzare il ruolo del medico nella promozione delle vaccinazioni".

TORNA L'INFLUENZA,
è il momento di fare il vaccino



Da un'idea della Regione Siciliana

SINTOMI DELL'INFLUENZA



PIÙ COMUNI
- FEBBRE
- TOSSE
- PROBLEMI RESPIRATORI

MENO COMUNI
- DIARREA
- VOMITO

CASI AVANZATI
- POLMONITE
- INSUFFICIENZA RENALE

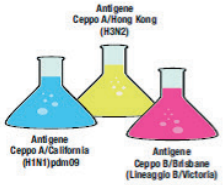
PREVENIRE LA DIFFUSIONE DELL'INFLUENZA

Ognuno di noi può limitare la diffusione del virus anche mediante semplici misure di protezione personale

- Lavarsi pesso le mani
- Coprirsi naso e bocca ogni volta che si starnutisce o tossisce, e poi lavarsi le mani
- Gettare in una pattumiera chiusa i fazzoletti monouso, quindi lavarsi le mani
- Rimanere a casa
- Limitare i contatti con altre persone

LA STAGIONE INFLUENZALE 2016/2017

Il nuovo vaccino



L'efficacia del vaccino dipende soprattutto dalla corrispondenza tra i virus che vi sono contenuti e quelli circolanti. Per questo motivo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) indica ogni anno la composizione del vaccino basandosi sulle informazioni circa i ceppi circolanti raccolte dal Global Influenza Surveillance Network.

Andamento settimanale in Italia nell'ultimo anno

Secondo i dati InfluNet in Italia lo scorso anno si sono registrati 4,9 milioni di casi (8% della popolazione) con un picco tra la fine di febbraio e l'inizio di marzo. L'anno precedente l'influenza aveva colpito 6,3 milioni di italiani

LA VACCINAZIONE
La vaccinazione rappresenta il mezzo sicuro ed efficace per prevenire l'influenza e ridurne le possibili complicanze, temibili soprattutto per le persone anziane o con malattie croniche. I virus influenzali mutano spesso: per questo ogni anno viene utilizzato un vaccino nuovo che contiene i virus, resi innocui, con più probabilità di causare l'epidemia influenzale.

PER CHI È GRATUITA E NECESSARIA
La vaccinazione è gratuita per tutte le persone che devono essere protette dalla malattia:
- *Adulti e bambini con patologie croniche*
- *Anziani a partire dai 65 anni*
- *Addetti ai servizi essenziali*
- *Donatori di sangue*
- *Medici, operatori sanitari e personale di assistenza*
- *Personale degli allevamenti e dei macelli*

QUANDO E DOVE VACCINARSI
Il periodo più opportuno per la vaccinazione è tra novembre e dicembre. Le vaccinazioni vengono effettuate dal medico di famiglia (MMG), dal pediatra di famiglia (PLS) e dai medici dei Centri di vaccinazione.

IL VACCINO È EFFICACE E SICURO
Vaccinandoti proteggi non solo te, ma anche chi ti sta vicino: tieni presente che, una volta avvenuto il contagio, il virus inizia a diffondersi ancora prima che compaiano i sintomi dell'influenza. Più persone vaccinate contribuiscono a limitare le conseguenze gravi della malattia.

VACCINAZIONE ANTI-PNEUMOCOCCICA
Per prevenire gravi complicanze dell'influenza, come polmoniti e broncopolmoniti, molte Regioni offrono gratuitamente, al compimento dei 65 anni e a tutti i pazienti a rischio, la vaccinazione anti-pneumococcica contemporaneamente al vaccino antinfluenzale.