



REGIONE PUGLIA

AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, DELLE
PERSONE E DELLE PARI OPPORTUNITÀ
Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione
Ufficio 1 – Sanità pubblica e sicurezza del lavoro

LINEE GUIDA PER LA SORVEGLIANZA SANITARIA IN AMBITO OSPEDALIERO





REGIONE PUGLIA

Assessorato Politiche della Salute

Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione

COMITATO DI REDAZIONE

Fulvio Longo – Direttore Servizio PATP

Elisabetta Viesti – Dirigente Ufficio Sanità pubblica e sicurezza del lavoro

Domenico My - Funzionario Ufficio Sanità pubblica e sicurezza del lavoro

Nicola Dipalma – Specialista in Medicina del Lavoro

Raffaello Bellino - Dirigente SPESAL BAT

A CURA DI:

Fulvio Longo – Direttore Servizio PATP Regione Puglia

Franco Polemio – Direttore Sanitario ASL BAT

Consiglia Scandiffo – ASL BA

Mauro Carino – ASL BA

Massimo Muratore – ASL LE

Maria Pia Trisorio Liuzzi – Azienda Ospedal. Univ. Policlinico-Bari

Cinzia Germinario – Azienda Ospedal. Univ. Policlinico-Bari

Nicola Labbate – Università di Foggia

Giorgio Di Leone - Dirigente SPESAL BA

Rossella Attimonelli – INAIL Bari

Progetto grafico e impaginazione

GRAPHIC snc, Putignano (BA)

Stampa

La Nuova Tecnografica - Modugno (BA)

La comunicazione per prevenire: poiché siamo convinti che diffondere la cultura della sicurezza è l'arma più efficace nella prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, la Regione ha deciso di rendere fruibili ad un pubblico, quanto più possibile vasto, atti di indirizzo ed approfondimento su specifiche norme inerenti la sanità pubblica e la sicurezza nei luoghi di lavoro.

La terza pubblicazione della collana “I quaderni della prevenzione” riguarda la sorveglianza sanitaria degli operatori sanitari: è pleonastico ricordare che l’ospedale è per sua natura un luogo “unsafe”, laddove è reale il rischio di contrarre malattie infettive, legato all’utilizzo di metodiche diagnostiche e terapeutiche sempre più invasive nonché alla concentrazione in spazi ristretti di un numero di pazienti potenzialmente vettori di microbi anche farmaco resistenti. Altrettanto concreto è per tali lavoratori il rischio di contrarre patologie muscoloscheletriche da scorretta movimentazione di pazienti non autosufficienti.

Con l’obiettivo di prevenire tali eventi, questo documento è volto a tutti gli operatori della prevenzione attivi nelle strutture sanitarie pubbliche e private.

Tommaso FIORE
Assessore Regionale alle Politiche della Salute

INDICE

| | |
|---|---------|
| Presentazione | Pag. 9 |
| Premessa | Pag. 11 |
| Parte generale | |
| Definizioni e Applicazioni | Pag. 13 |
| Obiettivi | Pag. 14 |
| Il medico competente | Pag. 15 |
| Accertamenti sanitari | Pag. 17 |
| Visite su richiesta | Pag. 20 |
| Giudizio di idoneità | Pag. 20 |
| Ricorso | Pag. 21 |
| Parte speciale | |
| Rischio biologico e profilassi post-esposizione | Pag. 24 |
| Chemioterapici antiblastici | Pag. 34 |
| Lattice | Pag. 35 |
| Movimentazione manuale di pazienti | Pag. 36 |
| Maternità | Pag. 37 |
| Lavoro notturno | Pag. 41 |
| Stress occupazionale | Pag. 42 |
| Verifica di assenza di rischi alcol-correlati | Pag. 43 |
| Sorveglianza medica dei lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti(secondo linee-guida airm) | Pag. 50 |
| Radiazioni ottiche artificiali (ROA) | Pag. 50 |
| Profili di rischio e periodicità | Pag. 50 |

PRESENTAZIONE

Il Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008 ed il successivo D. L.vo n. 106 del 3 agosto 2009 hanno coordinato le norme in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro chiudendo un percorso durato vari anni.

Con riferimento ai contesti sia ospedalieri che territoriali delle Aziende Sanitarie Locali, si è ritenuto necessario uniformare su scala regionale tutti gli adempimenti a carico del datore di lavoro (Direttore Generale) e del medico competente di ciascuna ASL con soluzioni procedurali e organizzative coerenti con la normativa citata.

Pur avendo riservato un particolare riguardo alle attività del medico competente, agli indirizzi di gestione, alle criticità delle valutazioni dei giudizi di idoneità, ai rapporti tra medici competenti con i direttori sanitari ed i servizi di protezione, tale documento rappresenta altresì un valido supporto di indicazioni e suggerimenti per tutti gli altri attori della prevenzione, ivi compresi i preposti coinvolti negli obblighi di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori ed i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Nella parte generale vengono analizzate le definizioni applicative identificando gli obiettivi di riscontro pratico; nella parte speciale vengono esaminati i principali rischi specifici contestualizzati con la recente normativa. Appare difatti essenziale stabilire criteri univoci per la definizione dei protocolli sanitari e per l'espressione di giudizi di idoneità coerenti con il tipo ed il livello dei rischi lavorativi al fine di assicurare il pieno utilizzo delle risorse umane e della professionalità degli operatori sanitari nel rispetto delle esigenze di tutela della salute.

PREMESSA

La tutela della salute dei lavoratori rientra tra le materie assegnate alla competenza della Regione. Lo scopo di questo documento è di conseguire un più alto grado di uniformità delle attività di sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischi occupazionali in ambito ospedaliero e nelle aziende sanitarie della Regione Puglia per migliorare qualità, efficacia e ‘buona pratica’, indicando percorsi il più possibile chiari e definiti nel rispetto delle risorse disponibili e nell’applicazione delle norme vigenti ed in particolare del Decreto Legislativo n. 81/2008 e del Decreto Legislativo n. 106/2009 “Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro” pubblicato su Suppl. Ord. n. 142 G.U. n. 180 del 5 Agosto 2009. Con il D. L.vo 106/09 è stato realizzato un perfezionamento del quadro normativo composto da 306 articoli e vari allegati coordinati tra di loro allo scopo di evitare sovrapposizioni e ridurre le incertezze interpretative.

Il decreto correttivo 106/09 prosegue un percorso legislativo durato vari anni dopo un ampio dibattito tra esperti del settore (gruppi di lavoro di Commissioni Ministeriali, Regioni, ASL, ISPESL, INAIL, parti sociali, etc).

L’attuale situazione configura il quadro normativo con il quale le aziende sanitarie dovranno confrontarsi nei prossimi anni.

Le presenti linee di indirizzo rappresentano un insieme di supporti informativi, indicazioni e suggerimenti. Si rivolgono agli operatori della prevenzione nel settore sanitario e principalmente a medici competenti, datori di lavoro e dirigenti coinvolti negli obblighi di tutela della salute dei lavoratori dipendenti, responsabili dei servizi di prevenzione e protezione, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Le indicazioni fornite hanno carattere di massima ed in particolare il medico incaricato della sorveglianza sanitaria potrà avvalersene nella sua libera responsabilità professionale, nel corso delle scelte operative a lui affidate in uno specifico contesto.

PARTE GENERALE

Definizioni e Applicazioni

Per sorveglianza sanitaria si intende l'insieme degli accertamenti sanitari svolti dal medico competente, finalizzati alla tutela dello stato di salute e alla sicurezza dei lavoratori, in relazione alle condizioni di salute degli stessi, all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa.

Il medico competente effettua la sorveglianza sanitaria:
a) nei casi previsti dalla normativa vigente nonché dalle indicazioni fornite dalla Commissione consultiva (art. 41 del D. Lgs. 81/08 e s.m.i.)
b) ogniqualvolta venga individuata, all'esito della valutazione del rischio di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a D. Lgs. 81/08 e s.m.i., quale misura specifica di prevenzione e protezione c) qualora il lavoratore ne faccia richiesta e la stessa sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi lavorativi
d) in fase preassuntiva ed al rientro dopo periodo di malattia continuativa superiore a 60 giorni (art 26 D. L.gs 106/09).

Il medico competente programma ed effettua la sorveglianza sanitaria attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati. La sorveglianza sanitaria comprende accertamenti preventivi e periodici per constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui i lavoratori sono destinati ai fini della valutazione della loro idoneità alla mansione specifica. Gli accertamenti includono esami clinici, biologici e indagini diagnostiche mirate al rischio ritenute necessarie dal medico competente.

E' obbligo del Datore di Lavoro inviare i lavoratori alla visita medica entro le scadenze previste dal programma di sorveglianza sanitaria e comunicare tempestivamente al medico competente le cessazioni dei rapporti di lavoro (D. Lgs. 106/09 art 13).

Destinatari della sorveglianza sanitaria sono tutti i lavoratori subordinati e autonomi, e soggetti equiparati, fermo restando quanto previsto dall'art. 2 del D. L.vo 81/08 mod. da art. 2 D. L.vo 106/09.

All'interno delle strutture sanitarie operano, inoltre, liberi professionisti in convenzione o con contratti speciali, che lavorano con modalità sovrapponibili a quelle

dei lavoratori subordinati. Nel caso in cui risultino esposti a rischio, sulla base del documento di valutazione dei rischi aziendale, il datore di lavoro deve accertarsi che siano in possesso del giudizio di idoneità alla mansione specifica. Le modalità di attuazione della sorveglianza sanitaria (a carico del singolo professionista, oppure a carico del datore di lavoro) devono essere concordate dalle parti.

La sorveglianza sanitaria non è rivolta invece ai lavoratori che, pur svolgendo la loro attività all'interno della struttura sanitaria, sono alle dipendenze di un datore di lavoro terzo (dipendenti di ditte in appalto, cooperative, etc.). In questi casi infatti il datore di lavoro terzo deve provvedere alla nomina del medico competente.

In tutte quelle situazioni che potremmo definire di "lavoro atipico" in quanto il titolare del rapporto di lavoro non coincide con il datore di lavoro dell'azienda in cui il lavoratore presterà la sua opera, gli obblighi previsti dal D. Lgs. 81/08es.m.i. sono generalmente ripartiti fra il "fornitore" (obblighi generici) e l'utilizzatore (obblighi specifici). La sorveglianza sanitaria, in quanto atto medico inscindibile dai rischi specifici presenti nell'azienda in cui il lavoratore opera, è un obbligo demandato all'utilizzatore.

Obiettivi

Lo scopo degli accertamenti svolti dal medico competente è di tutelare la salute del lavoratore esposto ai rischi lavorativi attraverso: a) l'individuazione, nel corso della visita medica preventiva, di eventuali condizioni di salute che possono contraddirsi mansioni che comportino particolari rischi allo scopo di evitare o ridurre l'esposizione(soggetti ipersusceptibili ai rischi lavorativi, soggetti con affezioni suscettibili di aggravamento in seguito ad esposizione lavorativa) b) la rilevazione, durante l'accertamento medico periodico, di eventuali alterazioni iniziali dello stato di salute riconducibili all'esposizione professionale.

Il programma di sorveglianza sanitaria viene redatto dopo l'analisi delle modalità di esposizione e dei rischi lavorativi valutati nel documento di valutazione dei rischi (DVR) costituisce parte integrante dello stesso DVR.

Mediante la sorveglianza sanitaria (prevenzione secondaria) il medico competente acquisisce informazioni epidemiologiche utili per riformulare le misure di prevenzione primaria e per promuovere iniziative di formazione ed informazione su rischi e danni da lavoro.

La sorveglianza sanitaria trova il suo momento di sintesi nella formulazione del giudizio di idoneità alla mansione, essendo tale giudizio espressione formale e sostanziale della compatibilità del lavoro con lo stato di salute rilevato.

Il medico competente

Per svolgere le funzioni di medico competente è necessario possedere uno dei titoli previsti all'art 38 D. Lgs. 81/08 e art 24 D. Lgs 106/09, ed essere iscritti nell'elenco nazionale dei medici competenti. In base al D.D. del 4 marzo 2009 (G.U. serie generale n.146 del 26 giugno 2009) l'Elenco Nazionale dei medici competenti di cui all'art. 38, comma 4, del decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81, è tenuto presso l'Ufficio II della Direzione Generale della prevenzione sanitaria del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Il Ministero provvede all'aggiornamento periodico dell'elenco ed effettua verifiche con cadenza annuale, anche a campione, dei requisiti e dei titoli. L'esito negativo della verifica comporta la cancellazione d'ufficio dall'elenco. Per lo svolgimento delle funzioni di medico competente è necessario partecipare a programmi di educazione continua in medicina con indirizzo prevalente nella disciplina 'medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro'.

Il medico competente partecipa alla valutazione dei rischi e svolge la propria opera in qualità di dipendente del datore di lavoro, libero professionista, dipendente o collaboratore di una struttura esterna convenzionata con l'azienda sanitaria.

Il medico assegnato ai servizi che svolgono attività di vigilanza non può prestare ad alcun titolo ed in alcuna parte del territorio nazionale l'attività di medico competente.

Le relazioni tra il Servizio di Sorveglianza Sanitaria e la Direzione Sanitaria risultano cruciali ai fini del successo dell'attività di gestione del rischio. Non andranno confuse competenze, ruolo e compiti del Servizio di Sorveglianza Sanitaria con quelli del Servizio di Prevenzione e Protezione. Ambedue operano per promuovere la salute del lavoratore, collaborando nella valutazione dei rischi, ma svolgono attività distinte. Infatti le competenze del SPP sono prevalentemente tecniche tese alla valutazione ed eventualmente al miglioramento delle caratteristiche dei luoghi di lavoro specie sotto il profilo della sicurezza, mentre la individuazione precoce e la prevenzione di affezioni correlabili all'attività lavorativa in una popolazione esposta, la valutazione dell'idoneità alla mansione specifica nel singolo individuo spettano al SSS. Ciascun servizio, per le sue competenze, risponde separatamente ed autonomamente al datore di lavoro senza possibilità di sostituzione reciproca.

Se per dimensioni o complessità dell'azienda sanitaria, l'incarico di medico competente viene affidato a più di un medico, un atto formale dell'azienda deve individuare i ruoli e le responsabilità di ognuno. Il medico competente è l'unico titolare dei compiti di cui all'art 25 D. Lgs. 81/08. e art 15 D. Lgs. 106/09. Tali compiti devono essere svolti direttamente, non possono essere delegati ed appare necessaria la tracciabilità degli stessi.

In riferimento alla figura del medico competente con funzione di coordinamento,

si precisa che tale figura, prevista dall'art. 39 comma 6 del D. Lgs. 81/08 risulta essere indispensabile ai fini di un corretto svolgimento della sorveglianza sanitaria nei casi di aziende come quelle sanitarie, con più unità produttive, molteplicità di sedi di lavoro, significatività della tipologia di rischi rilevati ed elevato numero di lavoratori e nelle quali sono operativi diversi medici competenti. Ferma restando l'indipendenza di ogni medico nell'esecuzione delle singole valutazioni e nella formulazione dei giudizi di idoneità, sarà compito del coordinatore promuovere la condivisione di modalità operative il più possibile uniformi e garantire il coordinamento delle attività dei vari medici competenti in modo da ottimizzare il rapporto tra sanitario, lavoratori e strutture di appartenenza, tenuto conto delle diverse realtà aziendali e la possibile alternanza per ragioni di forza maggiore (prolungati periodi di astensione dal lavoro, malattia, etc).

L'attività del medico competente è svolta secondo i principi del codice etico della Medicina del Lavoro (Commissione Internazionale di Salute Occupazionale, ICOH). Viene inoltre garantita al medico competente l'autonomia nella sua operatività. La ricerca del consenso e della collaborazione all'espletamento dei programmi di sorveglianza sanitaria, cui pure il lavoratore è obbligatoriamente sottoposto, rappresenta una condizione necessaria alla pratica della medicina del lavoro. Essa può essere perseguita attraverso una adeguata informazione sugli obiettivi di tutela della salute, sui metodi e criteri di riservatezza del trattamento dei dati personali, sulle conseguenze derivanti da un rifiuto a collaborare e sui benefici che si intendono raggiungere a seguito degli accertamenti sanitari. Appare invece superfluo procedere alla raccolta di un consenso scritto per il trattamento dei dati personali e sensibili.

Le cartelle sanitarie e di rischio dei singoli lavoratori devono rispondere ai requisiti minimi previsti in allegato 3A del D. L.vo 81/08 sost. da art. 149 D. L.vo 106/09 e sono custodite nel rispetto del segreto professionale a cura del medico competente, che concorda con il datore di lavoro il luogo di custodia. E' auspicabile che la cartella sanitaria e di rischio sia concepita in modo da essere facilmente trasferibile su supporto informatico e che da essa sia direttamente estraibile e derivabile quanto richiesto dall'Allegato 3B nella sua nuova formulazione (art. 149 D. L.vo 106/09). L'archiviazione dei dati sanitari in forma elettronica deve rispettare le norme indicate nel D. L.vo 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali". Ogni azienda dovrà provvedere ad elaborare una procedura che regoli le modalità dia) tutela della privacy e conservazione delle cartelle sanitarie personalib) consegnadi copia della cartella sanitaria e di rischio al dipendente che abbia cessato l'attività lavorativa. Alla cessazione del rapporto di lavoro, l'originale della cartella sanitaria verrà conservata in busta chiusa siglata dal medico competente nell'archivio delle cartelle sanitarie e di rischio. I tempi di conservazione sono di 10 anni. Per i rischi da agenti cancerogeni e agenti biologici del gruppo 3 e 4 è prevista la trasmissione dell'originale all'ISPESL.

L'attività di sorveglianza sanitaria del medico competente costituisce una modalità di raccolta ed elaborazione di dati epidemiologici, in quanto consente di svolgere indagini mirate sulla salute di particolari categorie di lavoratori. La redazione periodica della relazione sanitaria rappresenta lo strumento idoneo per diffondere ad uso interno i dati e le informazioni acquisite in forma anonima e collettiva (art 35 D. Lgs. 81/08)

Particolare importanza assume inoltre il contributo richiesto al medico competente ai fini dello sviluppo del Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP), attraverso lo strumento previsto dall'all. 3B sost. da art. 149 D. L.vo 106/09. La compilazione e la trasmissione del citato allegato sarà effettuata utilizzando gli strumenti resi disponibili dal Coordinamento Tecnico delle Regioni e dall'Ispesl. Tale flusso informativo appare fondamentale ai fini della mappatura dei rischi occupazionali, che rappresenta una delle attività inserite nei LEA relativi alla tutela della salute e sicurezza sul lavoro, e degli stessi possibili danni alla salute derivanti dal lavoro, dati utili ai fini della programmazione delle rispettive attività e per l'individuazione delle priorità di intervento.

Accertamenti sanitari

Gli accertamenti sanitari che la normativa vigente (art. 41 comma 2, 3 e 4 D. Lgs. 81/08 e smi) attribuisce al medico competente sono a) preventivi b) periodici c) su richiesta del lavoratore d) in occasione di cambio mansione e) alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti dalla norma. Le visite mediche non possono essere effettuate per accettare stato di gravidanza ed in altri casi vietati dalla normativa vigente (accertamento dello stato di sieropositività per HIV art. 6 Legge 135 del 05.06.1990, esami finalizzati a verificare il possesso di particolari requisiti e non correlati ai rischi cui il lavoratore è esposto, esami invasivi o radiografici che espongano essi stessi a fattori di rischio se non esiste precisa indicazione clinica), sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol-dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti.

Sono da intendere come accertamenti sanitari non sono solo quelli inseriti nel protocollo di sorveglianza sanitaria per date programmate, ma anche quelli effettuati in momenti diversi da quelli prefissati, ove il medico competente ne ravvisi la necessità, essendosi verificato un evento che imponga di verificare lo stato di salute del lavoratore e di esprimere un nuovo giudizio formale sulla idoneità alla mansione specifica.

Le indagini cliniche e diagnostiche, mirate al rischio, ritenute necessarie dal medico competente sono spese del datore di lavoro.

Gli accertamenti sanitari eseguiti prima dell'assegnazione della mansione (*accer-*

tamenti preventivi) hanno lo scopo di verificare che le condizioni psico-fisiche del lavoratore siano tali da renderlo idoneo all'espletamento dei compiti che il datore di lavoro intende affidargli senza pregiudizio per la sua salute e sicurezza. Devono quindi mirare all'esplorazione funzionale dei principali organi ed apparati, con particolare riguardo agli organi critici per i rischi professionali specifici di quella mansione. Si evidenzia la necessità di raccogliere dati anamnestici circa abitudini di vita che possono costituire cofattori di rischio sul lavoro (es. alcolismo e/o tossicodipendenza) o situazioni di stress lavoro-correlato per gli adempimenti delle norme vigenti.

La visita medica preventiva va eseguita nel caso in cui il dipendente venga assegnato ad una unità operativa in cui siano presenti rischi riportati nel documento di valutazione dei rischi e per i quali il medico competente ha definito il programma di sorveglianza sanitaria. Nel momento in cui viene effettuata la visita medica preventiva il medico competente è informato sulle specifiche mansioni assegnate al lavoratore.

La visita medica preventiva viene effettuata nelle seguenti occasioni: a) assunzione trasferimento da altra azienda sanitaria.

La visita è richiesta dall'area gestione del personale o dalla direzione medica del presidio ospedaliero, appena nota la sede di lavoro del neoassunto. Sulla base dei rischi presenti nella sede di lavoro, il medico competente assegna al lavoratore il profilo di rischio ed il conseguente protocollo per la sorveglianza sanitaria b) trasferimento o cambio mansioni (sia all'interno che all'esterno dell'unità operativa) se la nuova mansione comporta rischi diversi da quella di provenienza. Viene introdotta una nuova tipologia di "visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione" (D. Lgs 81/08 art 41, comma 2, lett e-ter come mod da art 26 D. Lgs 106/09), che integra opportunamente lo scenario delle visite mediche finalizzate alla prevenzione; appare ovvio che tale visita sia riservata ai lavoratori già sottoposti alla sorveglianza sanitaria.

La visita è richiesta dal responsabile (dirigente o preposto) o dal servizio infermieristico. In caso di trasferimento a mansione con medesimo profilo di rischio (in generale, all'interno dello stesso dipartimento) non è necessaria la visita, salvo il caso di precedenti giudizi di idoneità con limitazioni o prescrizioni. E' possibile eseguire la visita medica preventiva in fase preassuntiva, a scelta del datore di lavoro, da parte del medico competente o dei dipartimenti di prevenzione delle ASL (con relativa espressione del giudizio di idoneità). Va privilegiato il ruolo del medico competente nelle visite di preassunzione.

Le visite mediche e gli accertamenti sanitari eseguiti successivamente (*accertamenti periodici*) hanno lo scopo di verificare il mantenimento dello stato di salute in seguito all'esposizione ad uno o più agenti professionalmente lesivi e di ricercare eventuali alterazioni precoci a carico di apparati ed organi bersaglio. Vie-

ne effettuata per i lavoratori addetti a mansioni a rischio, con periodicità e tipologia di accertamenti complementari variabili secondo quanto previsto dal programma di sorveglianza sanitaria. E' necessario che ogni azienda sanitaria definisca, d'intesa con il medico competente, una procedura che regoli l'organizzazione della sorveglianza sanitaria (convocazione dei lavoratori, flussi delle informazioni e delle certificazioni).

La visita preventiva e la visita periodica si concludono con l'espressione del giudizio sul possesso o mantenimento dell'idoneità alla mansione specifica. Al termine della visita e degli accertamenti il medico competente stabilisce il periodo di validità del giudizio e trasmette al datore di lavoro, al lavoratore ed ai soggetti individuati dalla procedura aziendale i singoli giudizi idoneità, di idoneità con prescrizioni/limitazioni, di non idoneità.

La sorveglianza sanitaria viene effettuata in base alla valutazione del rischio formalizzata nell'apposito documento (D. Lgs. 81/08, art. 28 e art. 18 D. Lgs. 106/09), di cui il programma delle visite e degli accertamenti sanitari preventivi e periodici costituiscono parte integrante.

Si precisa in particolare: a) la decisione di attuare la sorveglianza sanitaria e la stesura del relativo programma è prerogativa e responsabilità del medico competente; i protocolli sanitari per rischio specifico sono predisposti sulla base degli indirizzi scientifici più avanzati ed è peraltro evidente la necessità di congruità fra l'entità del rischio valutato ed il programma di sorveglianza sanitaria b) l'organizzazione della sorveglianza sanitaria fa parte delle responsabilità del datore di lavoro; tale attività viene formalmente delegata al medico competente, dotandolo di risorse adeguate c) il medico competente deve informare il datore di lavoro su coloro che non hanno effettuato o non hanno completato la sorveglianza sanitaria comunicando l'impossibilità di esprimere il giudizio di idoneità, con eventuale segnalazione di violazione dell'obbligo per i lavoratori di sottoporsi a sorveglianza sanitaria e tutti gli accertamenti disposti dal medico competente (art. 20 comma 2 lett. iD. Lgs. 81/08).

Le visite mediche possono essere corredate da *accertamenti clinico-strumentali e di laboratorio complementari* in grado di indagare la funzionalità degli organi ed apparati bersaglio. Per quanto possibile, tali accertamenti complementari devono essere mirati al rischio e comprendono: esami per la valutazione funzionale dei principali organi ed apparati, dosaggio di indicatori biologici di esposizione o di effetti precoci, indagini per la definizione diagnostica di affezioni correlabili all'attività lavorativa o patologie eventualmente già in atto.

L'art. 39 comma 5 D. Lgs. 81/08 prevede inoltre che, in casi specifici, il medico competente possa avvalersi della collaborazione di altri medici specialisti scelti in accordo con il datore di lavoro che ne sopporta gli oneri. Ciò riveste particolare importanza quando occorra definire una diagnosi al fine di esprimere un giudizio limitativo dell'idoneità alla mansione.

Visite su richiesta

I lavoratori soggetti a obbligo di sorveglianza sanitaria in quanto esposti a rischi professionali possono effettuare visite mediche su richiesta (art. 41 D.Lgs. 81/08, comma 2 lett c) se ritengono che eventuali disturbi sopravvenuti siano correlabili ai rischi professionali. Il lavoratore può segnalare al medico competente condizioni patologiche o suscettibili di peggioramento che, pur non causate dall'attività lavorativa, possano da essa essere aggravate a causa dell'attività lavorativa svolta e pertanto siano meritevoli attenzione e di un giudizio di idoneità mirato. La singola richiesta perviene generalmente al datore di lavoro (dirigenti o preposti) che inoltra al medico competente; qualora il medico competente ritenga tale richiesta del lavoratore correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, effettua la visita medica al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Si evidenzia che la norma non prevede che il datore di lavoro (dirigenti o preposti) possa richiedere al medico competente l'esecuzione di visite mediche al lavoratore, al di fuori della visita preventiva (pre-assunzione, assunzione, trasferimento da altra azienda sanitaria, cambio mansioni) e delle visite periodiche (secondo programma di sorveglianza sanitaria,dopo un periodo di lunga durata di astensione dal lavoro per malattia, infortunio o grave incidente).

Se un comportamento anomalo o scorretto non è riconducibile ad una patologia, il Datore di lavoro potrà esercitare il potere disciplinare riconosciutogli ai sensi dell'art. 2106 c.c., cui sono riconnesse delle conseguenze sul piano sanzionatorio.

E' facoltà del Datore di lavoro richiedere una visita medica per lavoratori non sottoposti a sorveglianza sanitaria ad enti pubblici e istituti specializzati, ivi compresa la Commissione di cui all'art. 5 della L. 300/1970 (Statuto dei Lavoratori). Ove ciò non accada, il Datore di lavoro potrà incorrere nelle sanzioni previste dall'art. 38 della L. 300/1970 (Statuto dei Lavoratori).

Giudizio di idoneità

Con l' idoneità alla mansione specifica esprime la compatibilità fra lo stato di salute del lavoratore valutato e l'esposizione ai fattori di rischio correlati alla mansione svolta. Per svolgere una determinata mansione non è sempre indispensabile un'integrità psicofisica completa, infatti il concetto di idoneità varia con il modificarsi delle condizioni di salute del lavoratore e delle condizioni di lavoro. Nell'esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica il medico competente tiene conto delle

condizioni di salute del lavoratore della sanità che possano comportare rischi per la sicurezza propria e per la incolumità di terzi.

Le diverse tipologie di giudizio formulabili in relazione alla idoneità alla mansione specifica sono di seguito elencate. *Idoneità*: idoneità senza condizioni, sussistono tutti i requisiti necessari per l'espletamento incondizionato della mansione specifica. *Idoneità con prescrizioni (temporanea o permanente)*: riguarda il lavoratore e si riferisce a particolari modalità di esecuzione delle attività lavorative (per garantire una maggiore protezione in particolari individui) e non alle operazioni che la mansione comporta. Rappresenta una condizione di idoneità totale alle varie componenti della mansione, a patto che siano rispettate le prescrizioni specifiche, quali ad esempio l'uso di opportuni dispositivi di protezione individuale (DPI), l'effettuazione di profilassi mirata, etc. *Idoneità con limitazioni (temporanea o permanente)*: indica una idoneità parziale, sono cioè esclusi alcuni compiti che la mansione comporta.

Questa limitazione può essere temporanea o permanente. *Inidoneità (temporanea o permanente)*: le condizioni psicofisiche del lavoratore sono tali da non consentire l'espletamento della mansione specifica, a qualunque condizione, per un periodo definito o in modo permanente.

Andranno sempre precisati i limiti temporali di validità. In pratica l'idoneità piena ha una durata di validità che fa riferimento alla periodicità delle visite mediche riportata nel protocollo sanitario.

Per tutte le altre forme di giudizio di idoneità corretto specificarne la durata presumibile. Tutti i tipi di giudizi di idoneità vanno comunicati per iscritto al datore di lavoro ed al lavoratore (D. L.vo 106/09 art 26 co 7).

Ricorso

“Avverso i giudizi del medico competente è ammesso ricorso, entro trenta giorni dalla data di comunicazione del giudizio medesimo, all’organo di vigilanza territorialmente competente, che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso” (art. 41 comma 9 D. L.vo 81/08 e art 26 D. Lgs 106/09).

Viene sancita la possibilità di ricorso all’organo di vigilanza territorialmente competente a tutela delle parti, datore di lavoro e lavoratore, in seguito a tutti i tipi di giudizi di idoneità emessi dal medico competente. La visita e la valutazione della documentazione devono essere pertanto effettuate dal Servizio di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPESAL) territorialmente competente per l’Azienda Sanitaria Locale o per l’Azienda Ospedaliera. Si ricorda che con il ricorso si avvia un

procedimento rispetto al qualesi impongono evidenti esigenze di imparzialità; pertanto colui che è preposto all'istruttoria dovrà astenersi qualora in conflitto d'interessi con il ricorrente.

Si precisa che anche in presenza di attività soggette a sorveglianza sanitaria può essere richiesto il giudizio alla commissione costituita ai sensi art. 5 della legge 300/70, che si esprimrà sull'idoneità alla mansione genericamente intesa, svincolata quindi da ogni riferimento al posto di lavoro specifico. Il giudizio del medico competente sulla medesima mansione è da intendere invece come contestualizzato, tiene cioè conto delle condizioni di salute del lavoratore strettamente correlate al contesto lavorativo attuale, alle relative modalità operative e ai rischi conseguenti.

Si sottolinea che la natura giuridica della richiesta sec. art. 5 della legge 300/70 è una richiesta di giudizio ad un organo pubblico e non un ricorso contro un giudizio. In altre parole, mentre le attribuzioni della commissione medica citata concernono la verifica dell'idoneità generica del soggetto al lavoro, i giudizi di idoneità o inidoneità espressi dal medico competente riguardano la possibilità per il lavoratore di essere sottoposto o meno ai rischi specifici derivanti dalla particolare mansione lavorativa. In questi casi comunque il giudizio della commissione non prevale sul giudizio del medico competente, che è la figura espressamente preposta alla valutazione dell'idoneità alla mansione del lavoratore. Eventuali pareri sulla inidoneità generica alla mansione a giudizio della commissione saranno tuttavia adeguatamente considerati dal medico competente.

Il ricorso può essere proposto dal lavoratore giudicato idoneo, idoneo con limitazioni/prescrizioni o inidoneo alla mansione specifica nel casodi giudizio formulato in sede di accertamento sia preventivo sia periodico. Come già precisato, la genericità del comma9 dell'art. 41 D. L.gs 81/08 e mod. da art. 26. D. L.gs 106/09 faritenere proponibile il ricorso anche da parte del datore di lavoro.

Il ricorso deve esser presentato entro trenta giorni dal momento in cui il lavoratore/datore di lavoro ha avuto piena conoscenza del giudizio del medico competente. Tale data è determinabile in modo certo se il medico competente ha comunicato il giudizio mediante consegna a mano del certificato facendosi rilasciare dall'interessato quietanza di ricevimento datata o, in alternativa, se ha provveduto mediante raccomandata con avviso di ricevimento. Qualora la quietanza fosse priva della data, si ritiene valida la data di ricevimento dichiarata dall'interessato. Non sempre, infatti, risulta facilmente documentabile per il lavoratore la data di arrivo del giudizio. Diverso è il caso del datore di lavoro che possiede gli strumenti (timbro di arrivo, protocollo, ecc.) per dimostrare di aver ricevuto la comunicazione del giudizio del medico competente.

Il medico competente deve indicare nel giudizio la possibilità di proporre ricorso contro di esso, l'autorità cui presentarlo ed il termine entro cui proporlo. Qualora l'interessato inviasse il ricorso ad uno SPESAL diverso (es. quello di residenza),

quest'ultimo provvederà a trasmetterlo al servizio territorialmente competente, dandone nel contempo avviso ai soggetti interessati.

La decisione dell'organo di vigilanza territorialmente competente deve essere comunicata con atto del dirigente del servizio al ricorrente, al medico competente e agli altri interessati. La decisione del ricorso può consistere nella conferma del giudizio espresso dal medico competente, nella sua modifica e può spingersi fino alla revoca del giudizio, da intendersi quale vera a propria riforma sostitutiva di esso (da idoneità ad inidoneità, e viceversa).

La decisione del ricorso ha natura giuridica di provvedimento amministrativo giustiziale, pertanto è impugnabile entro 60 giorni con ricorso giurisdizionale dinanzi al T.A.R. ed entro 120 con ricorso amministrativo straordinario dinanzi al Presidente della Repubblica. Quando il giudizio dell'organo di vigilanza non prevede limitazioni temporali deve intendersi valido fino alla successiva visita periodica effettuata dal medico competente, in base al protocollo previsto dalla sorveglianza sanitaria.

PARTE SPECIALE

Rischio biologico e profilassi post-esposizione

La esposizione ad agenti biologici, così come descritta nel Titolo X del D.Lgs.81/08 e s.m.i., rappresenta una condizione praticamente costante ed estensibile a quasi tutti gli operatori sanitari adibiti alla cura del paziente e a quelli dedicati ad attività di laboratorio (analisi chimico-cliniche e batteriologiche, istologia patologica, etc). Non va peraltro trascurata la esposizione degli addetti ai cadaveri (anatomo-patologi e necrofori), il personale addetto alla sanità veterinaria, i tecnici degli impianti termoidraulici e gli addetti alla raccolta e smaltimento dei rifiuti potenzialmente infetti.

Tali attività, poiché non comportano la deliberata intenzione di operare con agenti biologici, non prevedono per il medico competente particolari adempimenti. Tuttavia, poiché non è infrequente la esposizione ad agenti biologici del gruppo 3 e 4 dell'allegato XLVI specie nelle unità operative di malattie infettive, pneumologia e laboratori di analisi microbiologiche è raccomandabile la sorveglianza costante dell'adempimento degli obblighi del datore di lavoro in materia di misure e livelli di contenimento (all. XLVII), scelta e fornitura di idonei dispositivi di protezione, misure igieniche.

Particolarmente efficace può risultare la partecipazione del medico competente nella estensione della relazione di valutazione di rischio e nelle attività di formazione ed informazione. I lavoratori addetti ad attività comportanti uso di agenti del gruppo 3 ovvero 4 sono iscritti in unregistro; il datore di lavoro istituisce ed aggiorna tale registro e ne cura la tenuta tramite il responsabile del servizio di prevenzione e protezione.

Verranno illustrate di seguito le procedure ed i riferimenti normativi che interessano il medico competente nei riguardi dell'esposizione agli agenti biologici più rappresentati in ambito sanitario.

VIRUS EPATITE B: verranno effettuati nel corso della visita preventivagli esami di laboratorio per la definizione dei markers virali (HBsAg, antiHBsAg contitolo, antiHBcAg). Le valutazioni che ne conseguono vengono descritte in Tab 1.I medesimi markers verranno testati ogni 4-5 anni nel lavoratore vaccinato per il monitoraggio

del titolo anticorpale che, anche se inferiore a 10 mUI/ml, non richiede particolari provvedimenti se non un solo richiamo post vaccinale. Infatti la risposta anticorpale risulta riattivarsi autonomamente dopo il nuovo contatto.(D.M. 20 Novembre 2000). Nel lavoratore non vaccinato o non responder il controllo dovrà essere effettuato con cadenza delle visite periodiche e annualmente negli addetti ad attività invasive.

VIRUS EPATITE C: l'antiHCV verrà testato alla prima visita e successivamente con la cadenza delle visite periodiche. Annualmente negli addetti ad attività invasive. In tab 2 vengono descritti i test cui sottoporre i lavoratori antiHCV +e le ricadute degli esiti sul giudizio di idoneità lavorativa.

HIV: il test va effettuato alla prima visita ed eventualmente nel corso delle visite periodiche previo consenso informato e secondo le modalità di legge. Vanno a questo proposito ricordate le linee guida per gli operatori sanitari per il controllo delle infezioni da HIV, Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS, D.M.28.2.90.

MISURE di EMERGENZA IN CASO DI INCIDENTE DA CONTATTO CON HBV, HCV, HIV: Nelle tab 3, 4 , 5 vengono descritte le procedure da adottare. E' evidente che il coinvolgimento del medico competente sarà diverso a seconda della disponibilità di una unità operativa di malattie infettive alla quale vanno comunque affidate in modo esclusivo le misure di post-esposizione ad HIV.

MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS: Ancora oggi la tubercolosi rappresenta uno dei problemi più seri di salute pubblica a causa della diffusione di ceppi di micobatterio farmacoresistenti e alla stretta associazione dell'infezione con fasce sociali deboli. In ambito occupazionale la trasmissione nosocomiale della TB da pazienti a operatori sanitari è stata ampiamente documentata. Il recente incremento di nuovi casi diagnosticati di infezione tubercolare tra i pazienti che giungono alle cure ospedaliere (soprattutto in reparti a rischio tra cui pronto soccorso, malattie infettive, pneumologia,ostetricia e ginecologia) attribuibile agli imponenti flussi immigratori di soggetti provenienti da paesi ad alto rischio, rende ragione della necessità di applicare programmi di monitoraggio attivo su tali operatori.Sino a poco tempo addietro il test cutaneo tubercolinico(TCT) rappresentava l'unica metodologia disponibile in grado di diagnosticare l'infezione tubercolare latente (ITL). Recentemente sono stati introdotti nuovi test in vitro per la diagnosi di TB: il Quantiferon-TB Gold (QTF-G) e il T-SPOT.TB,proposti per la sorveglianza sanitaria degli operatori sanitari esposti a Mycobacterium tuberculosis. Tali test si basano sulla misurazione di interferon gamma (IFN- γ) prodotto dalle cellule T in risposta agli antigeni specifici del micobatterio tubercolare. Appare di primaria importanza il controllo del personale sanitario venuto

a contatto con i malati di TBC polmonare attiva. Nel personale sanitario che per la prima volta viene a contatto con il micobatterio, l'attivazione immunocompetente risulta rilevabile 6-8 settimane dopo il primo contatto, rispettivamente con test in vivo (intradermoreazione di Mantoux), o con i test in vitro. Per quanto riguarda i test in vivo la positività del test cutaneo tubercolinico, definita in base alla entità del pombo misurato a 48-72 ore, in associazione con definite condizioni cliniche testimonia solo l'avvenuta esposizione al bacillo. L'identificazione dello stato di portatore di 'infezione tubercolare latente' (ITL) è fondamentale per la prevenzione ed in Tab 6 si descrivono le procedure di monitoraggio del lavoratore anche alla luce delle indicazioni contenute nel DPR 7.11.2001 n. 465. Le Linee Guida USA (2005) prevedono l'utilizzo del test QFT-G in tutte le situazioni nelle quali il test cutaneo è generalmente usato, compresi gli screening dei contatti, la valutazione di soggetti vaccinati con BCG di recente immigrazione e gli screening per infezione tubercolare degli operatori sanitari; recenti contributi USA 2009 della letteratura supportano ulteriormente validità e convenienza dei nuovi test immunologici nell'utilizzo come test di screening. I CDC canadesi, peraltro, hanno recentemente concluso che non vi sono ancora evidenze sufficienti per proporre l'utilizzo di test immunologici per la sorveglianza sanitaria degli operatori sanitari. Occorrono ulteriori approfondimenti per proporre l'utilizzo su vasta scala, anche in relazione ai costi della metodica e alla bassa concordanza riscontrata con il TCT in alcuni studi. Le linee guida nazionali forniranno raccomandazioni sull'utilizzo dei nuovi e del vecchio test di screening per l'infezione tubercolare esono in corso di definizione.

L'uso del QFT-G presenta diversi vantaggi rispetto al test cutaneo tubercolinico: nessuna necessità di ritorno dell'operatore sanitario per la lettura del risultato, minore variabilità inter e intra-osservatore nella lettura dei risultati, rapida disponibilità degli stessi, assenza di effetto booster, elevata specificità dovuta alla stimolazione con antigeni specifici per il *M. tuberculosis* che elimina la possibilità di falsi positivi dovuti alla vaccinazione con BCG. Linee guida basate sull'evidenza pubblicate in Inghilterra propongono la vaccinazione con BCG per tutti gli operatori sanitari, mentre in Italia la normativa vigente impone la vaccinazione solo in situazioni di rischio di esposizione a ceppi multifarmacoresistenti.

MYCOBACTERIUM BOVIS : il personale dell'area veterinaria operante in stalle deve essere sottoposto ad intradermoreazione sec. Mantouxea misure di profilassi specialistica in caso di cuticonversione recente.

TOXOPLASMA, ROSOLIA, CITOMEGALOVIRUS, HERPES (TORCH) : il test va eseguito in prima visita sulle lavoratrici in età fertile impiegate in UTIN, pediatria e malattie infettive al fine di prevenire effetti lesivi sul nascituro in caso di gravidanza.

Un accenno merita la esposizione per contatto accidentale del personale veterinario impiegato all'aperto per il controllo delle greggi,nelle stalle e nei laboratori di produzione di alimenti nei confronti di agenti biologici anche, in qualche caso, particolarmente pericolosi (brucelle, zecche come parassiti e vetrici di virosi e rickettsiosi,virus di encefaliti animali).Infine si deve sottolineare il ruolo del medico competente nell'istruire il lavoratore sui vantaggi edinconvenienti forniti dalle vaccinazioni che possono essere raccomandate e anche rifiutate dal lavoratore. In ogni caso il datore di lavoro ha l'obbligo di mettere a disposizione del lavoratore vaccini efficaci. Il medico competente potrà somministrarli nel luogo di lavoro, ma trattandosi di personale impiegato in sanità,è opportuno avvalersi degli ambulatori di vaccinazione dei dipartimenti di prevenzione delle stesse ASL che su richiesta del medico competente somministrano gratuitamente il vaccino rilasciando opportuna certificazione. Per la applicazione delle vaccinazioni si offre il riferimento delle Linee di indirizzo regionali sulla Profilassi del rischio biologico da influenza, varicella, morbillo, parotite, rosolia, epatite B e tetano-documento allegato alla delibera di G.R. n. 1566 del 15.10.2003.

REGIONE PUGLIA

Tabella 1 HBV

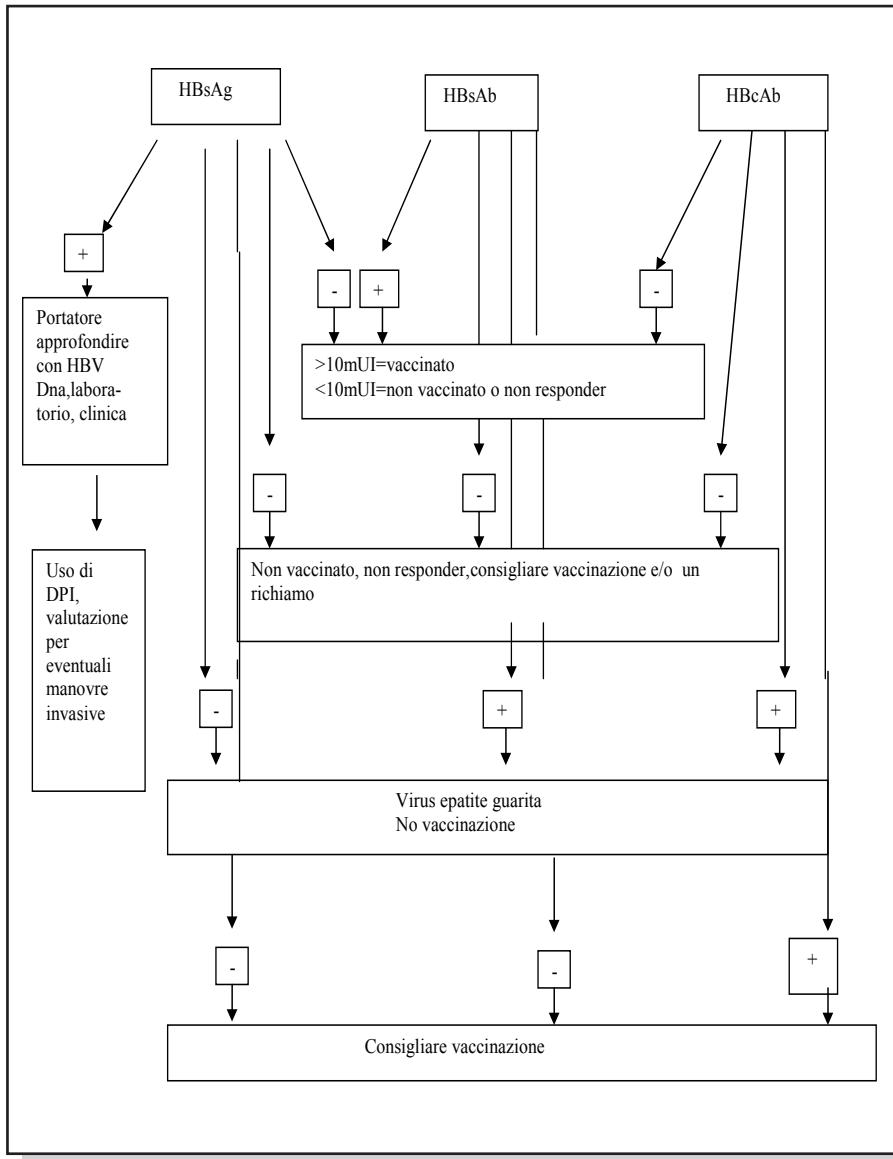


Tabella 2 HCV

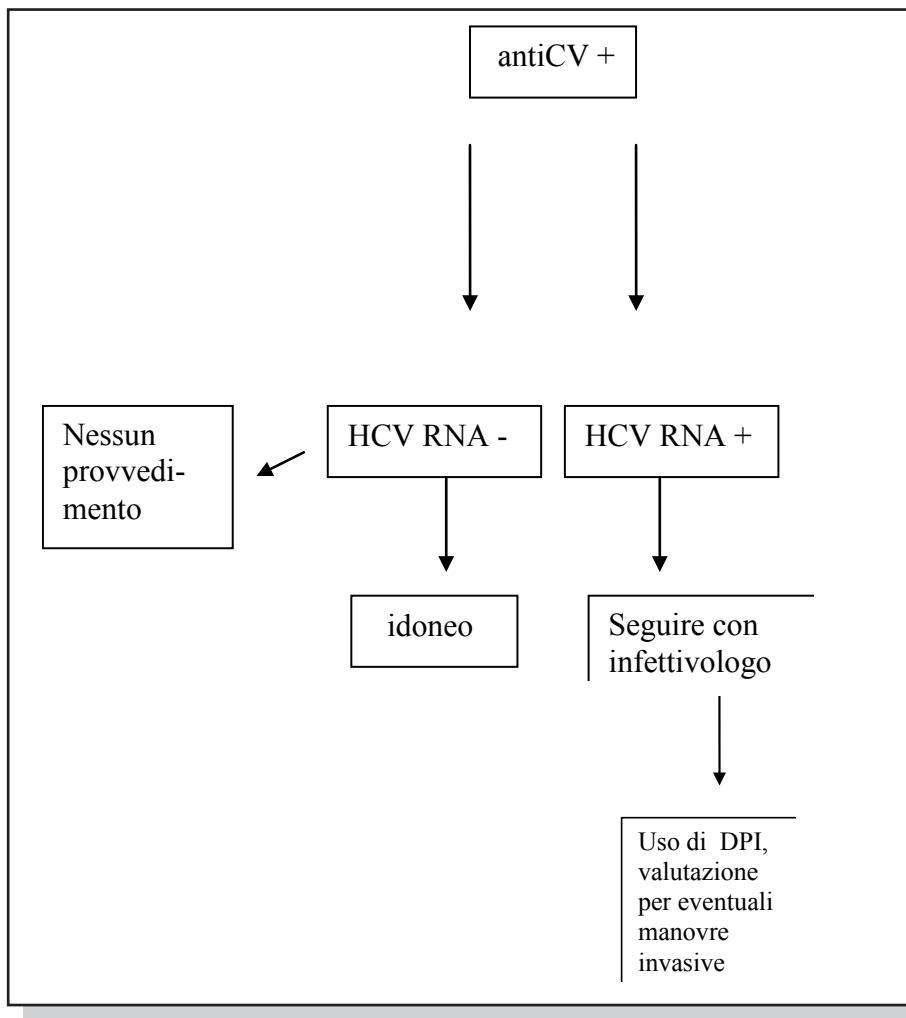


Tabella 3

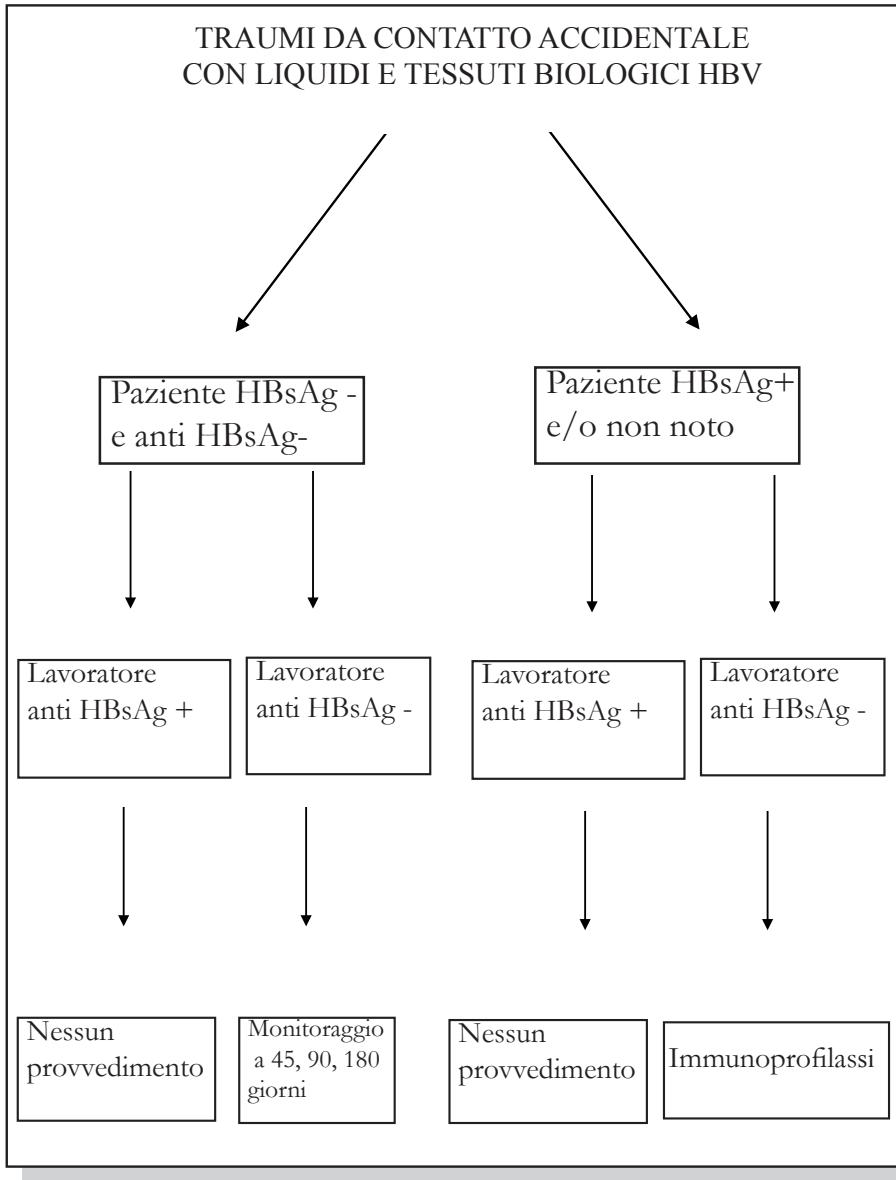


Tabella 4

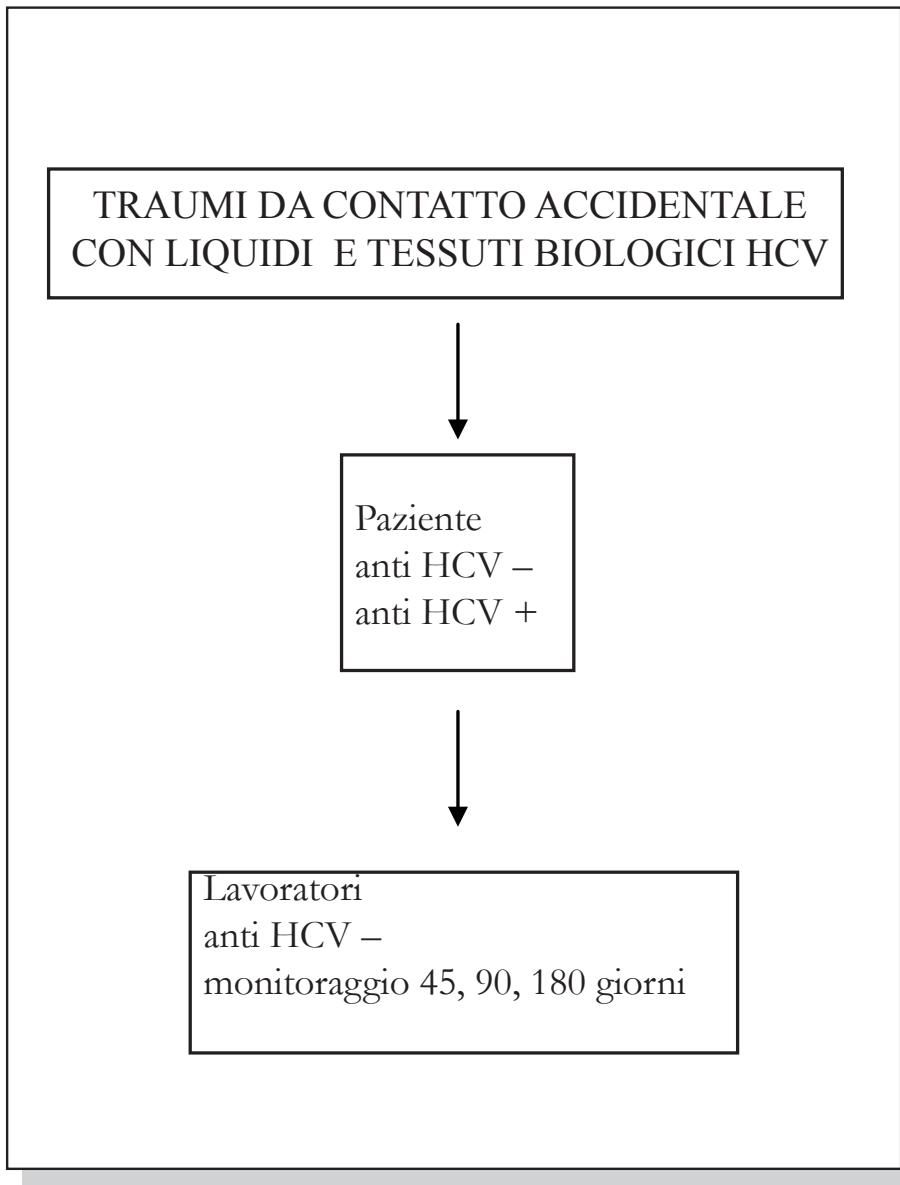


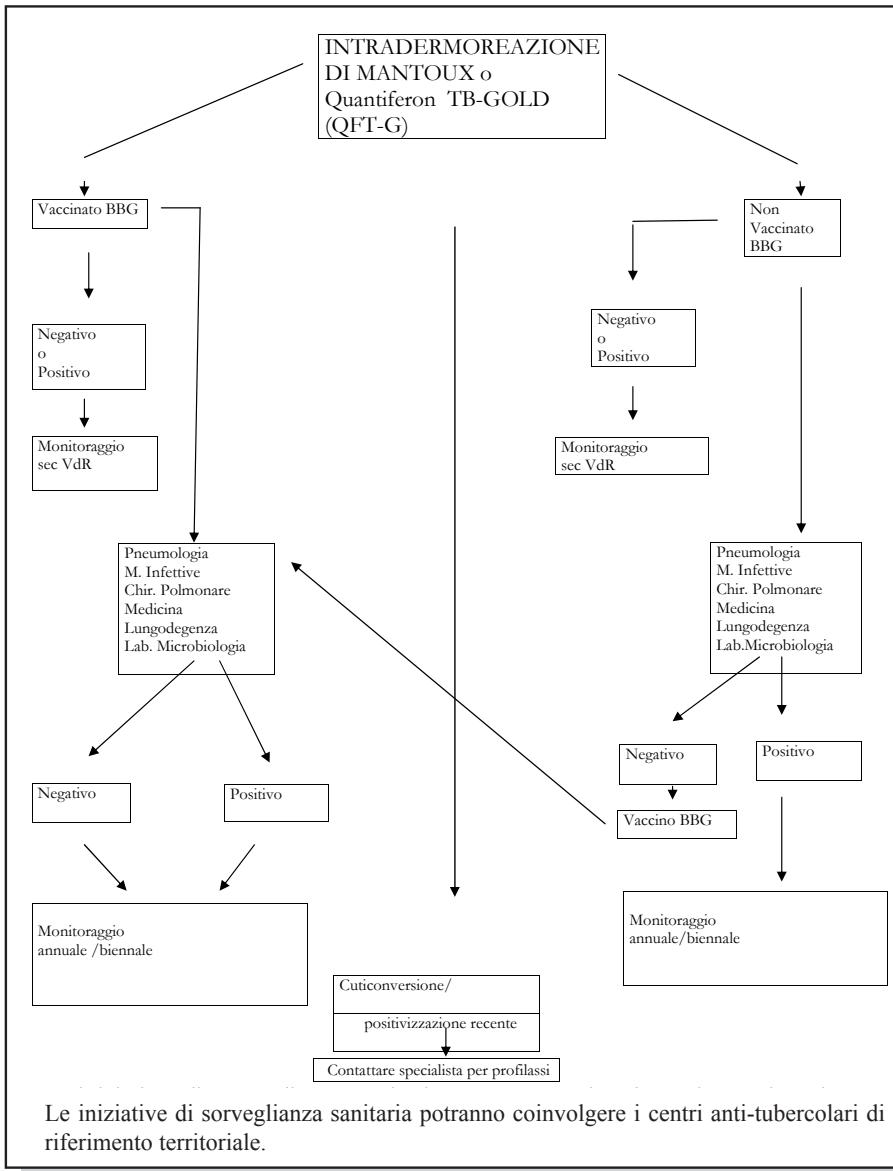
Tabella 5

Profilassi post-esposizione ad infortunio a rischio biologico (PPE)

Procedura operativa da attuare in caso di infortunio sul lavoro da patogeni a trasmissione ematica (HBV, HCV, HIV)

| | |
|---|--|
| OPERATORE SANITARIO (puntura o taglio – contaminazione cute o mucose) | 1) trattamento locale (sanguinamento, lavaggio, disinfezione) 2) compila, unitamente al Responsabile dell'U.O., il modulo di raccolta dati infortunio a rischio biologico con particolare riferimento a cause, circostanze, luogo dell'infortunio, caratteristiche e sierologia del soggetto fonte |
| REFERENTE UNITA' OPERATIVA |  1) Compila e firma, unitamente all'operatore sanitario, il modulo di raccolta dati infortunio a rischio biologico 2) Invia l'operatore al Pronto Soccorso più vicino con il modulo di raccolta dati infortunio a rischio biologico compilato |
| MEDICO DI PRONTO SOCCORSO |  1) Completa il trattamento locale della sede di contatto e/o attiva opportune misure di profilassi 2) Compila il referto ed il primo certificato di infortunio cautelativo 3) Invia comunicazione alla Direzione Sanitaria 4) Effettua il prelievo per gli esami di laboratorio al tempo zero e avvia al laboratorio analisi |
| DIREZIONE SANITARIA |  1) Acquisisce notizie utili per inoltrare la denuncia di infortunio agli organi competenti 2) Accerta le cause e le circostanze per gli eventuali provvedimenti del caso 3) Trasmette il modulo di raccolta dati infortunio a rischio biologico ed il referto del Pronto Soccorso al Servizio di Sorveglianza Sanitaria (Ufficio Medico Competente) |
| LABORATORIO ANALISI |  Effettua gli esami di laboratorio richiesti dal PS e dal Servizio di Sorveglianza Sanitaria (Ufficio Medico Competente) |
| SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA (UFFICIO MEDICO COMPETENTE) |  1) Riceve il modulo di raccolta dati infortunio a rischio biologico ed il referto del Pronto Soccorso 2) Avvia programma di PPE - Profilassi Post-Esposizione sulla base della situazione vaccinale e dati sanitari dell'operatore sanitario 3) Trasmette esito degli esami all'operatore sanitario |

Tabella 6



Le iniziative di sorveglianza sanitaria potranno coinvolgere i centri anti-tubercolari di riferimento territoriale.

Chemioterapici antiblastici

Queste sostanze sono escluse dalla definizione di agenti o preparati chimici pericolosi, di sostanze o preparati cancerogeni e mutageni, ai sensi dei D. Lgs 52/97 e 65/2003, in quanto medicamenti ad uso umano e pertanto non rientrano nelle previsioni del Titolo IX, Capo I e Capo II, del D. Lgs 81/08 integr. da D. Lgs 106/2009. La Commissione Consultiva Tossicologica Nazionale ha indicato tuttavia la necessità che tali farmaci, in ambito ospedaliero, vengano trattati con le medesime cautele delle sostanze cancerogene.

Si ritiene che la sospetta azione cancerogena sia soprattutto nei confronti dell'apparato emopoietico, per cui gli accertamenti mirati di primo livello includeranno emocromo con formula, piastrine ed eventualmente reticolociti, oltre ad una valutazione-base di funzionalità epatica e renale.

Andranno adeguatamente considerati anche rischi diversi da quelli cancerogeni, ed in particolare l'eccesso di interruzioni involontarie di gravidanza e le reazioni da ipersensibilità.

Pur in carenza di rilievi epidemiologici sulla consistenza reale del problema, è fuor di dubbio che la patologia allergica è la più descritta in concomitanza all'uso professionale di farmaci.

Prevalgono le dermopatie delle mani, con caratteristiche di tipo eczematoso. Non mancano, in letteratura, le descrizioni di casi di orticaria, prurito e rush eritematoso delle mani e avambracci, rinite, asma bronchiale, edema della glottide e, in modo del tutto sporadico, shock anafilattico.

Il medico competente dovrà considerare quelle situazioni fisiologiche e patologiche, congenite o acquisite, che potrebbero configurare casi di particolare suscettibilità o che potrebbero aggravarsi dall'esposizione professionale da antiblastici.

In particolare sono da considerare: talassemie, emoglobinopatie, carenza di G6PD eritrocitaria; anemie, leucopenie, piastrinopenie; alterazioni della funzionalità renale ed epatica; pregressa esposizione professionale a radiazioni ionizzanti o a sostanze cancerogene; pregresse terapie capaci di indurre ipoplasia midollare (in particolare trattamenti con antiblastici o con radiazioni ionizzanti), condizioni di atopia.

Il medico competente valuterà inoltre l'opportunità di predisporre specifiche indagini di monitoraggio biologico. La periodicità della sorveglianza sanitaria sarà suggerita in rapporto all'intensità dell'esposizione, l'adeguata adozione di protezioni personali e l'utilizzo di cabine a flusso laminare verticale.

Pur tenendo presente la tipologia delle realtà e degli ambienti di lavoro attuali, la manipolazione dei chemioterapici antiblastici dovrà essere eseguita in situazioni protette e da personale qualificato, debitamente informato dei rischi e formato ad operare in sicurezza (Prov. 05.08.99, G.U. ser. gen. n. 236 del 07.10.99).

Lattice

I guanti in lattice sono i dispositivi di protezione individuale più ampiamente utilizzati e più frequentemente responsabili di sensibilizzazione al lattice di gomma in occasione di lavoro per gli operatori sanitari. I provvedimenti da adottare in caso di riscontro di allergia al lattice variano in funzione del quadro clinico, considerando il rischio di comparsa di reazioni anche di notevole gravità.

Dall'esame e dal confronto tra linee guida italiane ed internazionali emerge una sostanziale uniformità di vedute sui protocolli di comportamento per la prevenzione e la gestione dell'allergia al lattice in ambito sanitario, in particolare vi è piena concordanza sui seguenti punti:
a) si raccomanda l'uso di guanti di materiale diverso dal lattice dove il rischio biologico sia limitato
b) in caso di uso di guanti in lattice è opportuno scegliere guanti senza polvere lubrificante e a basso contenuto proteico poiché riducono l'esposizione ad allergeni del lattice, in particolare l'assenza di polvere consente di evitare l'aerodispersione degli allergenici
i) guanti cosiddetti 'ipoallergenici' non riducono il rischio di ipersensibilità di tipo immediato a lattice, ma possono ridurre l'incidenza di reazioni agli additivi chimici della gomma (dermatiti allergiche da contatto)
d) dopo aver indossato guanti in lattice lavare le mani con sapone neutro e risciacquare effettuare programmi di formazione mirati per i lavoratori del comparto sanità. In riferimento ai questionari per identificare soggetti con sospetta allergia al lattice, ai percorsi diagnostici e ad altre informazioni utili si rimanda alle Linee Guida per la prevenzione delle reazioni allergiche nelle strutture sanitarie della Regione (Delibera D.G. ARES Puglia n° 45/2007).

In presenza di fattori predisponenti (atopia, asma e rinite non professionali, storia di preesistente dermatite delle mani, elevata intensità e durata dell'esposizione, etc) le visite periodiche saranno più frequenti, dopo un adeguato programma formativo. Qualora il medico competente riscontri l'esistenza di una patologia da guanti con corretta diagnosi eziologica, saranno adottati provvedimenti differenziati in funzione del tipo (reazioni IgE-mediate quali orticaria, oculorinite, asma bronchiale, shock anafilattico, o dermatiti cellululo-mediate/irritative) e della severità del quadro clinico. In caso di reazioni gravi quali shock anafilattico, edema della glottide, orticaria generalizzata si provvederà allo spostamento del lavoratore presso una unità operativa ove non sia richiesto l'uso di dispositivi in lattice. Nei casi in cui sia difficoltosa la riconversione ad altri compiti, potrà essere considerato l'uso esclusivo e sistematico di dispositivi *latex-safe* da parte di tutto il personale dell'unità.

E' auspicabile che in futuro venga ulteriormente innalzato il livello qualitativo dei guanti e degli altri dispositivi, prevedendo che le aziende produttrici quantifichino non solo il contenuto proteico totale, ma anche le frazioni allergeniche del lattice e vengano stabiliti dei limiti quantitativi al contenuto allergenico.

Movimentazione manuale di pazienti

Gli operatori sanitari addetti all'assistenza dei pazienti rientrano tra le categorie per le quali è stato possibile dimostrare un aumento dei casi di patologie muscolo-scheletriche riconducibili all'attività lavorativa. Vi è evidenza scientifica che possono sussistere numerosi fattori individuali che condizionano una maggiore suscettibilità al fattore di rischio movimentazione manuale di pazienti non solo per il tratto dorso-lombare ma anche per altri distretti osteoarticolari (spalla, rachide cervicale) o altri apparati(cardiovascolare, respiratorio).

Il medico competente deve effettuare la sorveglianza tenendo conto di quanto previsto in particolare al Titolo VI ed in allegato XXXIID.Lgs. 81/08 sost. da art. 149 D. Lgs. 106/09, coadiuvando il servizio di prevenzione e protezione nella caratterizzazione dei fattori di rischio e nelle attività di formazione e informazione, considerando le eventuali opportunità disponibili(strumentalità varie, valutazione fisiatrica, etc) per la ricollocazione di lavoratori con affezioni croniche.

Il processo di valutazione può seguire un percorso progressivo che passa da un primo livello che ha funzione di individuare i reparti/mansioni in cui il rischio è presente e può consentire una stima semiquantitativa del rischio, ad un secondo livello con stime quantitative del rischio.

L'uso di indici sintetici (es. MAPO, Movimentazione e Assistenza Pazienti Ospedalizzati)rappresenta un elemento utile nelle valutazioni del rischio nelle Unità Operative ed ha avuto particolare rilievo nelle quantificazioni delle singole valutazioni medico-assicurative. Ai fini del riconoscimento della natura professionale della malattia è stata ritenuta compatibile una esposizione a rischio di almeno cinque anni se l'indice MAPO è almeno pari a cinque (Circolare INAIL n. 25 del 15.4.04).

Questa metodologia di valutazione del rischio ha prodotto vari studi multicentrici trasversali i cui risultati hanno permesso di stabilire un vero e proprio indice di rischio a cui corrispondono livelli di probabilità di disturbi lombari acuti crescenti in relazione all'aumento del valore numerico dell'indice (0,01 – 1,5 rischio trascurabile, 1,51-5,0 rischio medio, superiore a 5 rischio elevato). Il metodo è stato esteso, dai reparti di degenza ad altre aree sanitarie di interesse tra cui blocchi operatori, pronto soccorso, servizi ambulatoriali, day hospital e RSA.

I punti di convergenza della metodologia MAPO con altri metodicono rappresentati dall'individuazione di determinanti di rischio propri dell'attività di assistenza:1) presenza di pazienti da movimentare (completamente o parzialmente) 2) presenza e tipologia di attrezzature in grado da ausiliare la movimentazione (sollevapazienti, barelle ergonomiche, teli o tavole ad alto scorrimento, cinture ergonomiche, letti ergonomici, carrozzine ergonomiche, ecc)3) organico adeguato alle esigenze 4) assunzione di posture incongrue (determinate da spazi, arredi o attrezzature non adeguate)

5) formazione al rischio specifico. La metodologia prevede di acquisire una serie di informazioni mediante un colloquio conpersonale con esperienza del reparto o del settore analizzato (capo-sala, etc)seguito da un sopralluogo per l'analisi dettagliata delle attrezzature e degli spazi. Apparefondamentale fornire elementi di sintesi per definire le azioni più necessarie non trascurando gli aspetti economici affinché la rilevazione del rischio non risulti mero atto formale per assolvere agli adempimenti legislativi.

Per quanto riguarda la rilevazione durante le visite periodiche di eventuali alterazioni iniziali dello stato di salute riconducibili all'esposizione professionale,il confronto tra le linee guida internazionali in medicina del lavoro evidenzia unasostanziale concordanza tra di esse (Staal et al. 2003) ed ilprogressivo ricorso agli esami strumentali ed a specialisti viene proposto da vari diagrammi diagnostici internazionali (ACOEM, 2004).L'anamnesi mirata per affezioni a carico del rachide lombosacrale dovrà considerare l'anzianità lavorativa specifica, pregresse attività sovraccaricanti il distretto, eventuale assenteismo per affezioni del rachide lombosacrale, maggiore suscettibilità per presenza di discopatie, spondilosi e spondilolistesi, dimorfismi quali scoliosi e stenosi del canale spinale, esiti di infortuni, osteoporosi. Per quanto riguarda il dolore, occorrerà differenziare tra rachialgia semplice non specifica (la più frequente), radicolopatia e patologia spinale grave, considerando adeguatamente peso corporeo, età, scolarità. Andranno adeguatamente considerate affezioni a carico della spallae dell'arto superiore.

Questionario anamnestico ed esame clinico-funzionale normalizzato rappresentanostrumenti utili e raccomandabili.

Nella formulazione del giudizio di idoneità andranno evitate dizioni generiche (“non deve movimentare carichi”, “non deve effettuare sforzi fisici”, “evitare compiti gravi”). Utile modalità di formulazione sarà quella di riferirsi analiticamente al piano di lavoro specificando con chiarezza i compiti che non può effettuare il singolo lavoratore. La prescrizione di un determinato ausilio appare inoltre di notevole rilievo operativo. Il monitoraggio periodico (1, 3, 6 mesi) appare opportuno per valutare l'andamento della patologia e l'applicazione del giudizio. Anche nel caso di valutazione per cambio mansione appare particolarmente utile disporre di piani di lavoro che descrivano analiticamente tipologia e modalità di movimentazione manuale di pazienti e modalità d'impiego di eventuali ausili.

Maternità

Il Decreto Legislativo n° 151 del 26 Marzo 2001 prevede le misure per la tutela della sicurezza e della salute delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento.

tamento fino a sette mesi dopo il parto e il sostegno della maternità. Le misure sono prese dal datore di lavoro per le lavoratrici che hanno informato il datore di lavoro del proprio stato, conformemente alle disposizioni vigenti, fatto salvo quanto previsto dall'art 8 comma 2 (Esposizione a radiazioni ionizzanti "E' fatto obbligo alle lavoratrici di comunicare al datore di lavoro il proprio stato di gravidanza, non appena accertato").

Valutazione dei rischi compatibili con lo stato di gravidanza

(art. 11 D.Lgs.151/2001)

La tutela della maternità, comprende il periodo di gravidanza e fino a 7 mesi di età del figlio (art. 6 D. Lgs. 151/2001) per quanto riguarda la lavoratrice e il periodo embrionale, fetale e i primi anni di vita (fino al 3°anno) per quanto riguarda il bambino. La valutazione dei rischi per la lavoratrice, tenendo conto anche degli aspetti relativi al bambino, deve essere effettuata nell'ambito della complessiva valutazione dei rischi, quindi a priori. Questa valutazione utilizza criteri specifici, in quanto ha l'obiettivo di tutelare la lavoratrice in particolari situazioni fisiologiche (gravidanza, allattamento) o di responsabilità genitoriale, e il prodotto del concepimento prima del parto e nei primi anni di vita. Ai fini di tale valutazione, è necessario tenere conto degli effetti specifici che la tipologia e l'entità dei rischi esistenti nell'abito lavorativo hanno sulle situazioni e sugli eventi tutelati, considerando la particolare organizzazione di lavoro e l'esistenza o meno di idonee misure preventive. Ai fini della tutela della salute sono considerati il periodo di gravidanza e quello di allattamento, mentre il puerperio, cioè il periodo di tempo compreso tra il parto e la ripresa dell'attività circolica ovarica (durata convenzionale di 8 settimane e fino a 12 settimane del bambino) non viene preso in considerazione in quanto è coperto in Italia dal periodo di congedo obbligatorio per maternità.

Rischio chimico: esposizione ad agenti chimici pericolosi o cancerogeni/mutageni (ai sensi dell'art. 222 e 234 D. Lgs. 81/08). Ad eccezione di situazioni ampiamente documentate sul Documento di Valutazione del Rischio, l'orientamento che si dovrebbe assumere è quello del rischio chimico 'irrilevante per la salute'. Tuttavia per l'estrema molteplicità e variabilità degli agenti chimici presenti nel settore sanitario è necessario di volta in volta valutare la pericolosità per la gravidanza dell'esposizione ai singoli prodotti. Sono da considerare in particolare i compiti con esposizione a sostanze e preparati classificati tossici (T), molto tossici (T+), corrosivi (C), esplosivi (E), nocivi (Xn) o estremamente infiammabili (F+). Sono da considerare comunque attività a rischio le attività con esposizione a sostanze e preparati classificati e comportanti uno o più rischi descritti dalle seguenti frasi: pericolo di effetti irreversibili molto gravi (R39); possibilità di effetti irreversibili (R40); può provocare sensibilizzazione mediante inalazione (R42); può provocare sensibilizzazione per contatto con

la pelle (R43); pericolo di gravi danni per la salute in caso di esposizione prolungata (R48); può danneggiare i bambini non ancora nati (R61); lavori con manipolazione di antiblastici, antivirali e antimitotici.

Rischio biologico: lavori con rischio di esposizione ad agenti biologici potenzialmente infettivi(gruppi di rischio da 2 a 4 di cui art. 268 D. Lgs. 81/08 ed All. XLVI sost da art. 149 del D. Lgs. 106/09) sia come uso deliberato che come potenziale esposizione (manipolazione di sangue e derivati, contatto diretto con animali) nella misura in cui sia noto che tali agenti, o le terapie che essi rendono necessarie, mettono in pericolo la salute delle gestanti e/o del nascituro (durante la gestazione e per 7 mesi dopo il parto).

Posture incongrue: lavori che comportano uno stazionamento in piedi per più di metà dell'orario di lavoro, o che obbligano ad una posizione ergonomicamente incongrua per lo stato di gravidanza. *Movimentazione manuale carichi* (MMC): sollevamento, trasporto e spinta di grado medio-elevato *Rischi fisici:* lavori che comportano l'esposizione diretta o riflessa alle radiazioni ionizzanti (durante la gestazione e per 7 mesi dopo il parto); lavori che comportino colpi o vibrazioni meccaniche (fino al termine del congedo di maternità); atmosfere di sovrapressione elevata, ad esempio in camere iperbariche.

Mezzi di trasporto: conduzione di mezzi di trasporto quali autoambulanze, etc(fino al termine del congedo di maternità). *Lavoro notturno e pronta disponibilità* (dalle ore 24 alle 6): sono vietati dall'accertamento dello stato di gravidanza fino al compimento di un anno di età del bambino, mentre è facoltativo per la lavoratrice madre fino all'età di tre anni del bambino, ex art. 53 D. Lgs. 151/2001.

*Procedure per l'attuazione della tutela della maternità nel periodo di gravidanza e fino al settimo mese di età del figlio*L'iter complessivo degli adempimenti potrà essere il seguente: la lavoratrice segnala per iscritto al datore di lavoro il suo stato di gravidanza, allegando certificato medico con la data presunta del parto. Il datore di lavoro ne invierà comunicazione per conoscenza all'ufficio area gestione del personale. Se l'attività della lavoratrice non risulta a rischio per la gravidanza non vengono effettuate modificazioni del lavoro della gestante; in caso contrario occorrerà valutare la possibilità di riorganizzare i compiti in modo da rendere la mansione compatibile con lo stato di gravidanza oppure spostare la lavoratrice in un luogo di lavoro che presenti rischi compatibili con lo stato di gravidanza; per tutte queste finalità ci si avvarrà del medico competente e del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, i quali analizzeranno i rischi specifici relativi alla lavoratrice in oggetto.

Flessibilità del congedo di maternità (art. 20 D. Lgs. 151/2001) Ferma restando la durata complessiva del congedo di maternità le lavoratrici hanno la facoltà di astenersi dal lavoro a partire dal mese precedente la data presunta del parto (DPP) e nei quattro

mesi successivi al parto, a condizione che il ginecologo e il medico competente, se la lavoratrice è sottoposta a sorveglianza sanitaria, attestino che tale opzione non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro. La lavoratrice che desideri usufruire della norma prevista nell'art. citato dovrà entro il termine del 7^o mese : a) acquisire il certificato del ginecologo (obbligatoriamente del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato) che attesti il normale decorso della gravidanza in quel periodo (7^o mese); b) se la lavoratrice è sottoposta a sorveglianza sanitaria, deve presentare, tramite la propria Direzione, richiesta al medico competente di visita medica, al termine della quale il medico dovrà attestare che l'opzione di posticipare di un mese il congedo di maternità, continuando l'attività lavorativa, non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro; c) tali documenti saranno inviati dalla lavoratrice all'ufficio area gestione personale per gli aspetti di competenza.

Procedure per la gestione della lavoratrice al rientro dalla gravidanza (fino al 7^o mese post-partum e durante l'allattamento) L' art. 6 del D. Lgs. 151/2001 prevede “.. la tutela della salute delle lavoratrici durante il periodo di gravidanza e fino a sette mesi di età del figlio, che hanno informato il datore di lavoro del proprio stato...” Nell'assegnazione del lavoro al rientro dalla gravidanza deve essere escluso il lavoro notturno e le reperibilità notturne fino al compimento di un anno del bambino (art. 53 D. Lgs. 151/2001). Fino all'età di tre anni del bambino, il lavoro notturno può essere svolto solo con il consenso della lavoratrice (art. 53 D. Lgs. 151/2001). L'orario di lavoro potrà essere ridotto nella misura prevista dall'art. 39 del D. lgs. 151/2001 (2 ore al giorno per orari uguali o superiori a 6 ore, 1 ora al giorno per orario inferiore a 6 ore), per la durata di un anno. Se la lavoratrice viene inserita nel lavoro precedente al congedo di maternità (attività non a rischio) non vi è necessità di ulteriori visite da parte del medico competente, a meno che la lavoratrice non la richieda espressamente (visita a richiesta), per problemi di salute sopravvenuti o se sia in scadenza la precedente visita periodica.

Normativa di riferimento

1. L. 30/12/1971 n. 1204: Tutela lavoratrici madri 2. DPR 25/11/1976 n. 1026: Regolamento esecuzione della L. 1204 3. DLgs. 25/11/1996 n. 645: Tutela Lav. Madri (Recepimento norme CEE) 4. L. 5/02/1999 n. 25 (Art. 17) Divieto del lavoro notturno delle gestanti 5. L. 8/03/2000 n. 53. Flessibilità dell'astensione obbligatoria 6. Decreto Intermin. 21 luglio 2000, n.278. Reg. attuazione dell'art. 4 della Legge 53/2000 7. DLgs 26/03/2001, n. 151: Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53.

Lavoro notturno

Con il decreto legislativo 8 aprile 2003 n. 66, pubblicato sulla G.U. n. 87 del 14.4.2003, è stata data attuazione alle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti alcuni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro. In base all. art. 1, comma 2, lettera e del D. Lgs. 66/2003 si considerano lavoratori notturni tutti coloro che svolgono la propria attività lavorativa anche in orario notturno così come definito dalle disposizioni dei singoli contratti collettivi nazionali di lavoro, a prescindere dal numero di turni notturni realmente effettuati nell'anno. In difetto di disciplina collettiva è considerato lavoratore notturno qualsiasi lavoratore che svolga lavoro notturno per un minimo di ottanta giorni lavorativi all'anno. Nel caso del personale sanitario del SSN la disciplina collettiva non manca e prevede il lavoro notturno.

La valutazione del rischio da lavoro notturno si basa su: numero di notti effettuate, schema dei turni adottato, criteri per la gestione delle situazioni di emergenza e di carenza di organico, coesistenza di altri fattori di rischio (agenti chimici, stress, ecc.) A tal fine il livello di 80 turni notturni/anno, indicato dall'art. 1 del D. Lgs. 66/2003 (equivalente a 2 turni notturni /settimana o 7/mese) può essere considerato come il livello d'azione corrispondente ad una situazione di rischio maggiore che richiede specifiche misure di prevenzione.

In base alle disposizioni normative vigenti sono esclusi dal lavoro notturno, a prescindere da qualsiasi valutazione medica: le donne in stato di gravidanza e fino al compimento di un anno di età del bambino, i minori. Non sono inoltre obbligati a prestazioni di lavoro notturno: la madre o il padre di un figlio di età inferiore a 3 anni, l'unico genitore affidatario di un figlio convivente di età inferiore a 12 anni, il lavoratore che abbia a proprio carico un soggetto disabile ai sensi della L. 104/92.

La valutazione dello stato di salute dei lavoratori notturni deve avvenire almeno ogni due anni per il tramite del medico competente attraverso controlli periodici volti a verificare l'assenza di controindicazioni al lavoro notturno (D. L.vo 19 luglio 2004, n. 213).

Nel formulare il giudizio di idoneità è opportuno che il medico competente consideri attentamente varie condizioni tra cui: età maggiore di 50 anni, particolari terapie farmacologiche correlate ai ritmi circadiani o che interferiscono col sonno, etilismo, malattia diabetica, gravi disturbi visivi, affezioni respiratorie croniche, disturbi del sonno (es. OSAS) non adeguatamente trattati, malattie cardiovascolari quali cardiopatia ischemica e alterazioni del ritmo, gravi malattie neuro-psichiatriche, epilessia, gravi affezioni tiroidee, insufficienza renale cronica, neoplasie maligne in fase di trattamento. Questionari validati possono essere usati per la quantificazione del grado di sonnolenza/vigilanza. Il giudizio di idoneità può essere graduato in base alla patologia riscontrata per i lavoratori che effettuano un numero consistente di turni notturni (in-

dicativamente 80 turni /anno) prevedendo anche una limitazione al numero massimo dei turni notturni su base settimanale/mensile.

Stress occupazionale

La valutazione dei rischi deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e salute dei lavoratori, ivi compresi quelli collegati allo stress lavoro-correlato (art 28 co 1 e 1-bis D. L.gs 81/08 mod. da art. 18 L.gs 106/09). Lo stress si definisce come sindrome di adattamento relativamente aspecifica alle sollecitazioni dell'ambiente esterno e/o interno. E' un meccanismo del tutto fisiologico (eustress) che ci consente di rispondere alle richieste della vita. Tuttavia la risposta di stress può divenire disfunzionale per inadeguata intensità degli stimoli (sovra o sottostimolazione), per eccessiva durata degli stessi, per caratteristiche di personalità del soggetto.

Il NIOSH in particolare definisce lo stress lavoro-correlato ‘un insieme di reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifesta quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse o esigenze del lavoratore’. Se non gestite in maniera adeguata alle possibilità di compensazione delle persone esposte, anche le interazioni presenti in ambito lavorativo, possono recare danni alla salute e al benessere proprio come altri fattori di rischio. Si sottolinea l’importanza del livello qualitativo del clima organizzativo ed una buona comunicazione per trasmettere messaggi ed evitare conflitti.

Le difficoltà connesse alla valutazione del rischio da stress occupazionale in sanità sono attribuibili alla complessità ed allamultifattorialità del rischio stesso,ed inoltre alla disomogeneità dei modelli valutativi per l’esperienza tuttora non consolidata nella loro applicazione. La valutazione dello stress lavoro-correlato dovrà essere effettuata in base alle indicazioni della Commissione ConsultivaPermanente per la Salute e Sicurezza sul Lavoro, con obbligo dal 1 agosto 2010.

In particolare l’ISPESL, attraverso una fitta rete di collaborazioni internazionali nei diversi paesi dell’Unione Europea, ha scelto di applicare per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato il Modello Management Standards approvato dall’Health and Safety Executive (HSE), validato in Gran Bretagna e Irlanda. Il modello ISPESL- HSE, validato in Italia nel corso del 2010, è contestualizzato alla normativa vigente e si propone di fornire al datore di lavoro un percorso basato su principi solidamente supportati dalla letteratura scientifica, in linea con quanto previsto dell’Accordo europeo dell’8 ottobre 2004, con il coinvolgimento partecipato dei lavoratori e delle figure della prevenzione.

Si ritiene auspicabile l’uso integrato di strumenti per la valutazione sia soggetti-

va (questionari standardizzati, interviste strutturate, scale di valutazione) sia oggettiva (tecniche di job analysis, checklists osservazionali, indicatori di performance/prestazione) che tengano conto di vari parametri tra cui rapporto fra operatori attesi sulla base degli organici e operatori effettivamente in servizio, rapporto fra pazienti ospedalizzati e operatori sanitari, rapporto fra operatori assenti per malattia e operatori in servizio, giornate di recupero non usufruite dopo il turno notturno, giorni di assenza per malattia, numero medio di pazienti deceduti, comportamenti operativi quali il numero medio di infortuni con esposizione ad agenti biologici.

Le conseguenze a medio-lungo termine dello stress lavoro-correlato da monitorare in sorveglianza sanitaria includono malattie cardiovascolari, gastrointestinali, cutanee, disfunzioni metaboliche, ormonali, patologie immunitarie, neoplastiche, sindromi depressive, burnout.

L'obiettivo finale consiste nell'ottenere risultati sul piano del miglioramento organizzativo delle strutture, attraverso azioni rivolte a migliorare le condizioni di lavoro e benessere dei lavoratori, a migliorare il senso di appartenenza all'organizzazione, a sottolineare e sostenere l'immagine dell'Azienda Sanitaria, a ridurre conflittualità, assenteismo, infortuni ed errori.

Verifica di assenza di rischi alcol-correlati

Con la Legge n. 125 del 30 marzo 2001 (Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati) il legislatore ha stabilito che nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro, ovvero per la sicurezza, l'inoluminità o la salute dei terzi, è fatto divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche; tali mansioni sono state in seguito individuate con provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 16 marzo 2006.

L'art. 41 (Sorveglianza sanitaria) del D. Lgs. 81/08 stabilisce al comma 4 che “[...] Nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, le visite di cui al comma 2, lettere a), b), d), e-bis) e e-ter) sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti”. Occorre peraltro ricordare come il succitato art. 41 del D.Lgs. 81/08 sia stato modificato dal D.Lgs. 106/09 con l'introduzione del seguente comma 4-bis “Entro il 31 dicembre 2009, con accordo in Conferenza Stato-Regioni, adottato previa consultazione delle parti sociali, vengono rivisitate le condizioni e le modalità per l'accertamento della tossicodipendenza e dell'alcol dipendenza”. Tuttavia, ad oggi, tale provvedimento non è ancora stato adottato per cui persistono delle differenze tra la lista delle

mansioni da controllare ai fini dell'assenza di condizioni di alcol dipendenza e quella dei lavoratori da sottoporre ad accertamenti atti ad escludere condizioni di tossicodipendenza o, comunque, di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope. Pertanto, il personale sanitario va sottoposto solo agli accertamenti per la verifica di assenza di rischi alcol correlati.

Recentemente la Regione Puglia ha pubblicato gli atti di indirizzo per la verifica di assenza di rischi alcol correlati ad opera dei medici competenti (Deliberazione della Giunta Regionale 26 aprile 2010, n. 1102) cui nelle presenti linee guida facciamo riferimento ed alle quali si rimanda per maggiori approfondimenti.

Attualmente, non viene descritto in letteratura scientifica un esame specifico e sensibile di alcolismo nelle fasi precoci. L'alcolemia, in ragione della sua breve emivita (1 g/kg/h dopo astensione dagli alcolici), pur in presenza di elevate sensibilità (0-98%) e specificità (98%) è giustificata unicamente come test di accertamento in caso di intossicazione acuta. La contemporanea positività a γ -GT e MCV in soggetto con abuso di alcol, presenta un grado di sensibilità variabile dal 17 al 63% e una specificità variabile dal 74 al 98%. La Transferrina Desialata Sierica (CDT) ha un'emivita di 2 settimane dopo la completa astensione dagli alcolici e risulta essere più sensibile nel sesso femminile. Il suo incremento avviene dopo 7 giorni di assunzione di 60-80 g/die e rimane elevato per 15-20 giorni. Nei vari studi presi in esame, la sua sensibilità varia dal 39 al 94% e la sua specificità dall'82 al 98%. Può dare inoltre falsi positivi in caso di epatopatia non alcolica, disordini ereditari del metabolismo glicoproteico e trapianti di fegato.

Dati di letteratura mostrano, per i questionari validati dalla comunità scientifica, un'accuratezza diagnostica superiore agli esami biochimici (ad es. GGT o MCV) nello screening dei problemi alcolcorrelati. In particolare, l'AUDIT, realizzato specificamente per il riconoscimento dei bevitori a rischio, ha mostrato valori di sensibilità e specificità pari rispettivamente al 92 e 94% mentre il CAGE, molto semplice, di facile somministrazione e buona affidabilità, sembra preferibile quando il tempo a disposizione è limitato. Per le ragioni sopra esposte, si ritiene di segnalare l'AUDIT C o il CAGE come gli strumenti più idonei per un veloce screening di primo livello negli ambienti di lavoro mentre gli esami di laboratorio succitati possono comunque essere utili per fornire ulteriori successivi elementi diagnostici.

Il medico competente, nell'effettuare la verifica di assenza di problemi alcol correlati in occasione della sorveglianza sanitaria sugli operatori che svolgono le mansioni elencate nell'allegato I dell'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006, raccoglierà un'anamnesi alcologica dettagliata e condurrà un esame obiettivo mirato anche alla ricerca dei segni e sintomi più frequenti nel soggetto affetto dal bere problematico: alitosi alcolica, congiuntiva iniettata, lividi, contusioni e traumi, bruciature di sigarette tra indice e medio, epatomegalia, disturbi cardiovascolari (ipertensione arterio-

sa, tachicardia), gastrointestinali (iporessia, diarrea, nausea, vomito, epigastralgia), dermatologici (discromie cutanee, psoriasi, eczema discoide, prurito), neurologici (instabilità posturale, tremore, crampi e parestesie agli arti, disorientamento, stato confusionale), psichici (insonnia, ansia, depressione, allucinazioni). Successivamente somministrerà uno dei questionari mirati precedentemente citati. In caso di negatività agli accertamenti di I livello (anamnesi, esame obiettivo, somministrazione di questionario) il medico competente conclude l'accertamento con giudizio di idoneità alla mansione specifica, comunicandolo per iscritto al lavoratore e al datore di lavoro; in caso di positività agli accertamenti di screening, il lavoratore sarà avviato agli accertamenti di II livello presso le strutture all'uopo deputate, con la ricerca di markers biologici quali γ -GT, MCV e/o CDT. La conferma attraverso gli accertamenti di laboratorio di un utilizzo problematico di alcol determinerà ad opera del medico competente:

- a. l'emissione di un giudizio di non idoneità alla mansione specifica, temporanea o definitiva, comunicato per iscritto al lavoratore e al datore di lavoro;
- b. un'azione di sensibilizzazione nei confronti del dipendente e dei suoi familiari finalizzata all'avvio di un'azione di recupero (eventualmente anche attraverso il coinvolgimento del medico di medicina generale, delle U.O. di alcologia territorialmente competenti e delle associazioni di auto-mutuo-aiuto)
- c. l'invio di comunicazione alla Prefettura per l'eventuale revisione della patente.

Avverso il giudizio del medico competente è ammesso ricorso (ai sensi dell'art. 41, c. 9 del D.Lgs. 81/08), entro trenta giorni dalla comunicazione del giudizio medesimo, all'organo di vigilanza territorialmente competente. Di tale possibilità il lavoratore deve essere formalmente informato a mezzo di comunicazione scritta.

Entro i medesimi trenta giorni il lavoratore può richiedere, a proprie spese, la ripetizione dell'analisi presso lo stesso laboratorio e sullo stesso campione precedentemente prelevato. A tale scopo i laboratori sono tenuti a custodire i campioni, in caso di positività, per almeno novanta giorni dall'emissione del referto. Il lavoratore ha facoltà di richiedere che la ripetizione dell'analisi avvenga alla sua presenza o alla presenza di un proprio consulente tecnico con onere economico a suo carico. L'effettuazione dell'analisi di verifica dovrà essere comunicata al lavoratore e al medico competente con un anticipo di almeno quindici giorni rispetto alla data individuata.

In caso di risultato discordante, la rivalutazione ulteriore, mediante riconsiderazione dei dati prodotti dagli accertamenti precedenti e non attraverso ulteriore analisi, andrà eseguita da una struttura di tossicologia forense tra quelle individuate dalla Regione, di concerto tra il datore di lavoro e il lavoratore, che dovrà esprimere un giudizio finale.

Il giudizio di non idoneità temporanea alla mansione specifica potrà essere revocato ad opera del medico competente a seguito di sopravvenuta negatività dei markers biologici, su campioni ripetuti con periodicità almeno mensile (con date non program-

mate dal lavoratore), ed attestazione di costante partecipazione alle attività da parte delle U.O. di Alcologia o dei gruppi a cui è affidato in trattamento, in un arco temporale di almeno sei mesi. La periodicità della sorveglianza sanitaria successiva alla riammissione alla mansione a rischio, svolta con le stesse modalità precedentemente descritte, dovrà essere semestrale per un periodo di almeno cinque anni.

Radioprotezione

Quanto richiesto in materia da D. Lgs 81/08 e D. Lgs 106/09 trova, nei principi, sostanziale conferma nelle basi normative attuali della radioprotezione (D. Lvo 230/95, D. Lvo 241/00, DM 488/01). Infatti, anche in questo ambito, la sorveglianza medica è tesa ad una valutazione dello stato di salute che deve essere compatibile con i rischi specifici al fine di formulare un giudizio di idoneità.

Tale compatibilità va verificata periodicamente attuando misure di prevenzione e cogliendo nello stesso tempo i segni iniziali di patologie occupazionali. Si richiamano di seguito alcuni aspetti particolari della sorveglianza sanitaria in radioprotezione alla luce della normativa vigente.

- La sorveglianza medica dei lavoratori esposti classificati di categoria A (da 6 a 20 mSv/anno) è assicurata dal Medico Autorizzato con periodicità semestrale, quella dei lavoratori classificati in categoria B (da 1 a 6 mSv/anno) dal Medico Autorizzato o dal Medico Competente con periodicità annuale. Per entrambe le categorie di lavoratori esposti vi è anche l'obbligo della sorveglianza fisica e dosimetrica assicurata dall'Esperto Qualificato.

- Il medico comunica per iscritto al datore di lavoro e al lavoratore il giudizio di idoneità e i limiti di validità dello stesso.

- Prima della cessazione del rapporto di lavoro il datore di lavoro deve provvedere a che il lavoratore sia sottoposto a visita medica. In tale occasione il medico deve fornire al lavoratore le eventuali indicazioni relative alle prescrizioni mediche da osservare. In tale occasione va consegnata al lavoratore copia del documento sanitario personale con l'indicazione di fornire al nuovo datore di lavoro le dosi pregresse in caso di nuova occupazione con esposizione a R.I.

- Il medico deve richiedere l'allontanamento dei lavoratori non idonei e proporre il reinserimento degli stessi quando si accerti della cessazione della non idoneità

- Il medico è tenuto ad assicurare l'analisi dei rischi individuali e la consulenza al datore di lavoro per la messa in atto delle procedure utili al programma di sorveglianza sanitaria: collaborazione con l'esperto qualificato per pratiche di pronto soccorso in caso di emergenza, per la formazione, per i rapporti con gli organi di vigilanza,

tenuta dell'archivio sanitario, organizzazione di una rete per gli accertamenti sanitari necessari.

- Il medico deve provvedere ad istituire, tenere aggiornato e conservare per ogni lavoratore il documento sanitario personale (DOSP). Tra gli altri devono essere annotati i dati dosimetrici che sono forniti con frequenza almeno semestrale dall'esperto qualificato.

- I lavoratori hanno diritto ad accedere ai risultati delle valutazioni di dose e ai risultati degli accertamenti sanitari.

Il DOSP deve essere conservato sino alla data in cui il lavoratore compie il 75° anno di età e, in ogni caso, per almeno 30 anni dopo la cessazione del lavoro comportante la esposizione a R.I.. La osservazione di tale scadenza è demandata all'ISPESL a cui il medico è tenuto ad inviare il DOSP e la scheda dosimetrica entro 6 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro o dalla cessazione di impresa comportante la esposizione a R.I. A questo proposito si sottolinea la necessità che il datore di lavoro comunichi al medico la cessazione del rapporto di lavoro entro termini che consentano il rispetto delle precedenti scadenze. L'obbligo di consegna all'ISPESL non sussiste nel caso in cui il lavoratore cessi l'attività con esposizione a R.I. in costanza di rapporto di lavoro. In tal caso il DOSP va conservato nell'archivio fino alla cessazione del rapporto di lavoro, sempre sotto la responsabilità del medico di radioprotezione. Si segnala che l'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro in risposta ad un quesito posto dall'AIRM (Associazione Italiana Radioprotezione Medica) ha confermato la possibilità che nel caso di trasferimento di un lavoratore da una struttura del SSN ad un'altra della stessa regione il DOSP possa seguire il lavoratore.

Entro 3 giorni dalla diagnosi il medico deve comunicare alla Direzione Provinciale del Lavoro e agli organi del SSN competenti per territorio i casi di malattia professionale. I medici, le strutture sanitarie pubbliche e private nonché gli istituti assicurativi pubblici e privati che refertano casi di neoplasie da loro ritenute causate da esposizione lavorativa a R.I. trasmettono all'ISPESL copia della relativa documentazione e quella inherente l'anamnesi lavorativa.

I lavoratori sono classificati al termine della visita medica preventiva (art.84 D.vo 230/95), e delle visite mediche periodiche e straordinarie (art.85 D.vo 230/95) in: a) idonei; b) idonei a determinate condizioni; c) non idonei, e, rispettivamente in: a) idonei; b) idonei a determinate condizioni; c) non idonei; d) lavoratori sottoposti a sorveglianza medica dopo la cessazione del lavoro che li ha esposti alle radiazioni ionizzanti. La sorveglianza medica eccezionale (art.91 D.vo 230/95), in occasione di contaminazioni e/o di sovraesposizioni al di sopra dei limiti consentiti per la categoria di appartenenza è assicurata esclusivamente da parte del Medico Autorizzato.

In funzione delle differenti tipologie di rischio, il medico addetto alla sorveglianza medica considera con particolare attenzione, ai fini della valutazione dell'idonei-

taal lavoro che espone alle radiazioni ionizzanti, ex art. 3. 1. DM488/01, le seguenti condizioni fisiopatologiche: a) condizioni suscettibili di essere attivate o aggravate dalle radiazioni ionizzanti; b) condizioni suscettibili di aumentare l'assorbimento di sostanze radioattive o di ridurre l'efficacia dei meccanismi fisiologici di depurazione o escrezione; c) condizioni che pongono problemi di ordine terapeutico in occasione di eventuale sovraesposizione, specie se limitano le possibilità di decontaminazione; d) condizioni suscettibili di essere confuse con patologie derivanti da radiazioni ionizzanti o attribuite all'azione lesiva delle radiazioni ionizzanti. L'elenco non esaustivo cui al citato art. 3.1 presente nell' Allegato tecnico riporta le seguenti principali condizioni fisiopatologiche: a) lesioni precancerose, malattie neoplastiche, sindromi mielodisplastiche, ecc.; b) condizioni patologiche che determinano un'abnorme permeabilità cutaneo/mucosa (affezioni cutanee infiammatorie acute/croniche, eczemi, psoriasi, ecc.), ovvero riduzione della funzionalità degli emuntori (insufficienza renale, insufficienza epatica, ecc.), tireopatie, ecc.; c) alcune patologie cutanee (psoriasi, eczemi, ecc.), otorinolaringoiatriche, odontoiatriche, respiratorie, alterazioni della funzionalità epatica o renale, tireopatie, ecc.; d) malattie neoplastiche, opacità del cristallino, alcune emopatie, ecc.

Sorveglianza medica dei lavoratori esposti A radiazioni ionizzanti (secondo linee-guida airm)

Accertamenti consigliati per visita preventiva:

Emocromo completo, glicemia, creatininemia, colesterolo totale ed HDL, trigliceridi, transaminasi e gamma-GT, elettroforesi, APTT, PT, fibrinogeno, bilirubina totale e frazionata, profilo tiroideo FT3, FT4, TSH, esame delle urine, ecografia tiroidea, visita oculistica, ECG

Accertamenti per visita preventiva da effettuare caso per caso sulla base di valutazioni anamnestico-cliniche: screening onco-preventivo in relazione a predisposizione, radiosensibilità individuale, criteri di diagnostica precoce, dati dosimetrici:

Sangue occulto nelle feci (>50 anni), P.S.A. totale e free (>50 anni), ecografia pelvica (ovaio), ecografia vescicale e renale, consulenza senologica, consulenza gastroenterologia, consulenza dermatologica, consulenza neuropsichiatrica, esami di funzionalità respiratoria (in caso di uso di DPI per le vie respiratorie)

Accertamenti consigliati per visite periodiche:

Emocromo completo, elettroforesi, creatininemia, transaminasi e gamma-GT, bilirubina totale e frazionata, profilo tiroideo Annuale

| | | |
|--------------------------|-----------|------------|
| Glicemia | Triennale | 18-40 anni |
| | Biennale | 40-60 anni |
| | Annuale | >60 anni |
| Colesterolo totale e HDL | Triennale | 18-40 anni |
| | Biennale | 40-60 anni |
| | Annuale | >60 anni |
| Trigliceridi | Triennale | 18-40 anni |
| | Biennale | 40-60 anni |
| | Annuale | >60 anni |
| ECG | Triennale | >40 anni |

Accertamenti da effettuare per visite periodiche caso per caso sulla base di valutazioni anamnestico-cliniche: screening onco-preventivo in relazione a predisposizione, radiosensibilità individuale, criteri di diagnostica precoce, dati dosimetrici:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| • Sangue occulto nelle feci | Annuale >50 anni |
| • Ecografia tiroidea | Triennale |
| • P.S.A. totale e free | Annuale >50 anni |
| • Ecografia pelvica (ovaio) | Biennale 40-60 anni \ Annuale >60 anni |
| • Ecografia vescicale e renale | Biennale 40-60 anni \ Annuale >60 anni |
| • Consulenza senologica | Biennale 40-50 anni \ Annuale >50 anni |
| • Consulenza gastroenterologia | Quinquennale >50 anni |
| • Consulenza dermatologica | Su indicazione clinica |
| • Consulenza oculistica | Biennale |
| • Consulenza ematologica | Su indicazione clinica |
| • Consulenza urologica | Su indicazione clinica |
| • Consulenza neuropsichiatrica | Su indicazione clinica |
| • Esami di funzionalità respiratoria | Su indicazione clinica |

Radiazioni ottiche artificiali (roa)

Il 26 Aprile 2010 è entrato in vigore l'art. 213 del D. Lgs 81/08 che sancisce l'obbligo di valutare i rischi da esposizione a radiazioni ottiche artificiali (ROA) e le conseguenti misure di protezione dei lavoratori. Le radiazioni coinvolte sono tutte quelle aventi un gamma di lunghezza d'onda che va da 10 nm a 1 mm distinguendole in incoerenti: radiazioni infrarosse (IR, es.: riscaldatori radianti), visibili (es.: fototerapia neonatale e dermatologica) ed ultraviolette (UV, es.: sterilizzazione, fototerapia dermatologica) e coerenti: laser (usì in oftalmologia, chirurgia, etc). Il datore di lavoro dovrà valutare e misurare i livelli di radiazioni ottiche cui vengono esposti i lavoratori, stabilire i sistemi più adeguati per ridurre tali esposizioni, informare i dipendenti ed attuare un piano di prevenzione.

I rischi maggiori derivanti dall'esposizione a radiazioni ottiche artificiali riguardano apparato visivo e cutaneo. Sulla base della valutazione del rischio sarà opportuno attivare la sorveglianza sanitaria per i lavoratori della sanità che debbano indossare DPI (senza i quali sarebbe presumibile una esposizione superiore ai limiti di legge) e per i quali l'esposizione si può protrarre nel tempo (mesi, anni).

Tra i soggetti particolarmente sensibili al rischio sono inclusi: individui di fototipo 1, albini e soggetti affetti da malattie del collagene per esposizione ad UV, soggetti in trattamento cronico o ciclico con farmaci fotosensibilizzanti (es antibiotici: tetracicline, antiaritmici: amiodarone, diuretici tiazidici, etc), soggetti con alterazioni dell'iride o della pupilla o con recente impianto di cristallino artificiale, lavoratori con lesioni cutanee maligne o pre-maligne, donne in gravidanza.

Profili di rischio e periodicità

Il programma di sorveglianza sanitaria viene redatto dopo l'analisi delle modalità di esposizione e dei rischi lavorativi valutati nel documento di valutazione dei rischi (DVR). La periodicità dei controlli sarà stabilita dal medico competente in base agli esiti della valutazione del rischio e delle conseguenti misure di prevenzione adottate. I protocolli sanitari saranno sottoposti a verifica e continuo aggiornamento a seguito di revisioni della valutazione del rischio, dei risultati della sorveglianza sanitaria, dei risultati del monitoraggio biologico, di criticità evidenziate durante colloqui con i preposti o i lavoratori.

Una motivata flessibilità gestionale può corrispondere ad una puntuale valutazione del rischio, dopo adeguata considerazione di tutte le variabili interferenti (disponibilità, utilizzo corretto e verificato di idonei DPI, dispositivi medici per la prevenzione

delle punture accidentali e delle precauzioni standard, documentata formazione, andamento degli infortuni, ecc.). Vengono di seguito riportati i principali profili di rischio con i riferimenti normativi più recenti (i riferimenti al D. L.vo 9/4/2008 n. 81 sono da intendere integrati dal D. L.vo 3/8/2009 n. 106) ed inoltre periodicitàe protocolli minimi suggeriti per visita medica ed accertamenti sanitari. Le linee di indirizzo non possono rappresentare un universale percorso obbligatorio, ma una mera raccomandazione, apprezzabile di volta in volta dal medico responsabile.

REGIONE PUGLIA

DIVISIONE/AMBULATORIO/SERVIZIO: SALA OPERATORIA-CHIRURGICI
1.1 MANSIONE:MEDICO ANESTESISTA-RIANIMATORE-CHIRURGO GENERALE,TORACICO,ORTOPEDICO,ORL,UROLOGO,GINECOLOGO, OCULISTA, PLASTICO, CARDIOVASCOLARE, UTIR

| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (i riferim. al D. L.vo 81/2008 sono da intendere integrati dal L.vo 106/2009) |
|---|---|---|
| Radiazioni ionizzanti,laser,UV,infrarossi | Diagnostica intraoperatoria | D. Lgs. n. 230/95 D.Lgs.81\08 Titolo VIII Capo V |
| Agenti biologici | Contatto con il paziente chirurgico | D. Lgs. 81/08 - Titolo X |
| Gas anestetici | Impiego di gas anestetici | D.Lgs. 81/08 –Titolo IX Circ. Min.San.n.5/89 |
| Nota: Il rischio radiologico (Cat. A) è a cura del Medico Autorizzato | | |
| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | Visite successive o Periodiche | Periodicità |
| Prima Visita | | |
| Visita medica | Visita medica | Biennale Annuale (se esposto a R.I./gas anestetici) |
| Emocromo completo, Reticolociti, Glicemia,Creatininemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Es. urine, Indicatori biologici di esposizione a gas anestetici | Glicemia, Creatininemia, Emocromo completo, Reticolociti, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Es. urine Indicatori biologici di esposizione a gas anestetici | Biennale Annuale (se esposto a R.I./gas anestetici) |
| E.C.G. | | |
| Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali e ai rischi | Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali e ai rischi | Da definire |

**DIVISIONE/AMBULATORIO/SERVIZIO: SALA OPERATORIA-CHIRURGICI
1.2 MANSIONE:CAPOSALA , INFERMIERE, AUSILIARIO-OTA-OSS**

| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (D. L.vo 81/2008 integrato da D. L.vo 106/2009) |
|--|---|--|
| Radiazioni ionizzanti | Strumentisti | D. Lgs. n. 230/95 |
| Agenti biologici | Contatto con il paziente chirurgico e manipolazione effetti dei malati | D. Lgs. 81/08 - Titolo X |
| Gas anestetici | Impiego di gas anestetici | Circ.Min.San.n.5/89,D.Lgs. 81/08 –Titolo IX |
| Agenti chimici | Impiego di prodotti per disinfezione e pulizia | D.Lgs.81/08 –Titolo IX |
| Movimentazione manuale di carichi | Movimentazione pazienti/ materiali | D. Lgs. 81/08- Titolo VI |
| Nota: Il rischio radiologico (Cat. A) è a cura del Medico Autorizzato | | |
| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | Visite successive o Periodiche | Periodicità |
| Prima Visita | Visite successive o Periodiche | |
| Visita medica | Visita medica | Biennale Annuale (se esposto a R.I./gas anestetici) |
| Esame clinico-funzionale del rachide | Esame clinico-funzionale del rachide | Biennale |
| Emocromo completo, Reticolociti, Indicatori biologici di esposizione a gas anestetici, Glicemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Creatininemia, Es. urine . | Emocromo, Reticolociti, Glicemia, Creatininemia,GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, ProtidogrammaEs. urine,Indicatori biologici di esposizione a gas anestetici | Biennale Annuale (se esposto a R.I./gas anestetici) |
| E.C.G. | | |
| Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Da definire |

**DIVISIONE/AMBULATORIO/SERVIZIO:PRONTO
(e PUNTO DI PRIMO) SOCCORSO**

1.3 MANSIONE: MEDICO, CAPOSALA, INFERMIERE, AUSILIARIO-OTA-OSS

| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (D. L.vo 81/2008 integrato da D. L.vo 106/2009) |
|--|--|--|
| Agenti biologici | Contatto con malato | D. Lgs. 81/08 - Titolo X |
| Agenti chimici | Impiego di prodotti per disinfezione e pulizia | D.Lgs.81/08 –Titolo IX |
| Movimentazione manuale di carichi | Movimentazione pazienti e materiali | D. Lgs. 81/08- Titolo VI |
| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | | Periodicità |
| Prima Visita | Visite successive o Periodiche | |
| Visita medica | Visita medica | Biennale |
| Esame clinico-funzionale del rachide | Esame clinico-funzionale del rachide | Biennale |
| Emocromo completo, Glicemia, Creatininemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Es. urine | Emocromo completo, Glicemia, Creatininemia, GOT, GPT, gGT BilirubinaD/I,Protidogramma, Es. urine | Biennale |
| E.C.G. | | |
| Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Da definire |

| SERVIZIO: VARI 1.4 MANSIONE: AUTISTA | | |
|--|--|--|
| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (D. L.vo 81/2008 integrato da D. L.vo 106/2009) |
| Agenti biologici | Manipolazione effetti del paziente e rifiuti | D. Lgs. 81\08 – Titolo X |
| Movimentazione manuale di carichi | Movimentazione pazienti e materiali | D. Lgs. 81\08 – Titolo VI |
| Accertamento di assenza di condizioni di alcoldipendenza per mansione a rischio identificata dalla normativa (Art. 15 della L. 125/01; Provvedimento 16.3.06 della Conferenza Stato-Regioni; art. 41, c. 4 del D. Lgs. 81/08 e s.m.) | | |
| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | | Periodicità |
| Prima Visita | Visite successive o Periodiche | |
| Visita medica | Visita medica | Biennale |
| Esame clinico-funzionale del rachide | Esame clinico-funzionale del rachide | Biennale |
| Emocromo completo, Glicemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Creatininemia, Es. urine | Emocromo completo, Glicemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Creatininemia, Es. urine | Biennale |
| E.C.G. | E.C.G. | Quadriennale |
| Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Da definire |

SERVIZIO:CAMERA IPERBARICA
MANSIONE: MEDICO, INFERMIERE, AUSILIARIO-OTA-OSS

| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (D. L.vo 81/2008integrato da D. L.vo 106/2009) |
|--|--|---|
| Agenti biologici | Contatto con il paziente chirurgico e manipolazione effetti dei malati | D. Lgs. 81/08 – Titolo X |
| Agenti chimici | Impiego di prodotti per disinfezione e pulizia | D.Lgs.81/08 –Titolo IX |
| Pressione Atmosferica | Presenza in camera iperbarica | |
| Movimentazione manuale di carichi | Movimentazione pazienti e materiali | D. Lgs. 81/08- Titolo VI |
| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | | Periodicità |
| Prima Visita | Visite successive o Periodiche | |
| Visita medica | Visita medica | Annuale |
| Esame clinico-funzionale del rachide | Esame clinico-funzionale del rachide | Biennale |
| Emocromo completo, Reticolociti, VES 1 ^a /2 ^a h, Glicemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Creatininemia, Es. urine,Indicatori biologici di esposizione a gas anestetici, | Emocromo, Reticolociti, Glicemia, Creatininemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma,Es. urine | Annuale |
| E.C.G. | E.C.G. | Annuale |
| Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Da definire |

DIVISIONE/AMBULATORIO/SERVIZIO:DIALISI
MANSIONE: MEDICO, CAPOSALA, INFERMIERE, TECNICO DI DIALISI,
AUSILIARIO-OTA-OSS

| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (D. L.vo 81/2008 integrato da D. L.vo 106/2009) |
|---|---|---|
| Agenti biologici | Contatto con paziente | D. Lgs. 81/08 – Titolo X |
| Agenti chimici | Impiego di prodotti per sterilizzazione apparecchiature di dialisi,disinfetanti,detergenti | D.Lgs.81/08 –Titolo IX |
| Movimentazione manuale di carichi | Movimentazione pazienti e materiali | D. Lgs. 81/08- Titolo VI |
| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | | Periodicità |
| Prima Visita | Visite successive o Periodiche | |
| Visita medica | Visita medica | Biennale |
| Esame clinico-funzionale arti superiori e rachide | Esame clinico-funzionale arti superiori e rachide | Biennale |
| Emocromo completo, Glicemia, Creatininemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma,Es. urine | Emocromo completo, Glicemia, Creatininemia, GOT, GPT, gGT BilirubinaD/I, Protidogramma, Es. urine | Biennale |
| E.C.G. | | |
| Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Da definire |

**DIVISIONE/AMBULATORIO/SERVIZIO:
CHIRURGICI NON ADDETTI ALLA SALA OPERATORIA
MANSIONE: MEDICO, CAPOSALA, INFERMIERE, AUSILIARIO-OTA-OSS**

| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (D. L.vo 81/2008 integrato da D. L.vo 106/2009) |
|--|--|--|
| Agenti biologici | Contatto con il malato | D. Lgs. 81/08 – Titolo X |
| Agenti chimici | Impiego di disinfettanti e detergenti | D.Lgs.81/08 –Titolo IX |
| Movimentazione manuale di carichi | Movimentazione pazienti e materiali | D. Lgs. 81/08- Titolo VI |
| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | | Periodicità |
| Prima visita | Visite successive o Periodiche | |
| Visita medica | Visita medica | Biennale |
| Esame clinico-funzionale del rachide | Esame clinico-funzionale del rachide | Biennale |
| Emocromo completo, Glicemia, Creatininemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Es. urine | Emocromo completo, Glicemia, Creatininemia ,GOT, GPT, gGT BilirubinaD/I,Protidogramma, Es. urine | Biennale |
| E.C.G. | | |
| Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Da definire |

DIVISIONE/SERVIZIO:MEDICI

(Medicina Generale, Malattie Infettive, Gastroenterologia, Fisiochinesiterapia, Lungodegenza, Pneumologia, Psichiatria, Cardiologia, Dermatologia, Nefrologia, Reumatologia, Neurologia, Pediatria)

**MANSIONE: MEDICO, CAPOSALA, INFERNIERE,
AUSILIARIO-OTA-OSS, PUERICULTRICE**

| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (D.L.vo 81/2008 integrato da D.L.vo 106/2009) |
|--|--|---|
| Agenti biologici | Contatto con il malato | D.Lgs. 81/08 – Titolo X |
| Agenti chimici | Impiego di disinfettanti e detergenti | D.Lgs.81/08 –Titolo IX |
| Movimentazione manuale di carichi | Movimentazione pazienti e materiali | D. Lgs. 81/08- Titolo VI |
| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | | Periodicità |
| Prima Visita | Visite successive o Periodiche | |
| Visita medica | Visita medica | Biennale |
| Esame clinico-funzionale del rachide | Esame clinico-funzionale del rachide | Biennale |
| Emocromo completo, Glicemia, Creatininemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Es. urine | Emocromo completo, Glicemia, Creatininemia, GOT, GPT, gGT, BilirubinaD/I, Protidogramma, Es. urine | Biennale |
| E.C.G. | | |
| Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Da definire |

REGIONE PUGLIA

AMBULATORI:MEDICI

(Medicina Generale, Malattie Infettive, Gastroenterologia, Fisiochinesiterapia, Lungodegenza, Pneumologia, Psichiatria, Cardiologia, Dermatologia, Nefrologia, Reumatologia, Neurologia, Pediatria)

**MANSIONE: MEDICO, CAPOSALA, INFERMIERE, AUSILIARIO-OTA-OSS,
PUERICULTRICE**

| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (D.L.vo 81/2008 integrato da D.L.vo 106/2009) |
|--|--|---|
| Agenti biologici | Contatto con il malato | D. Lgs. 81/08 – Titolo X |
| Agenti chimici | Impiego di disinfettanti e detergenti | D.Lgs.81/08 – Titolo IX |
| Movimentazione manuale di carichi | Movimentazione pazienti e materiali | D. Lgs. 81/08- Titolo VI |
| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | | Periodicità |
| Prima Visita | Visite successive o Periodiche | |
| Visita medica | Visita medica | Triennale |
| Esame clinico-funzionale del rachide | Esame clinico-funzionale del rachide | Triennale |
| Emocromo completo, Glicemia, Creatininemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Es. urine | Emocromo completo, Glicemia, Creatininemia, GOT, GPT, gGT Bilirubina D/I, Protidogramma, Es. urine | Triennale |
| E.C.G. | | |
| Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Da definire |

| DIVISIONE/AMBULATORIO/SERVIZIO ONCOLOGIA MANSIONE: MEDICO, CAPOSALA, INFERMIERE, AUSILIARIO-OTA OSS | | |
|--|---|---|
| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (D. L.vo 81/2008 integrato da D. L.vo 106/2009) |
| Agenti biologici | Contatto con paziente. | D. Lgs. 81/08 – Titolo X |
| Agenti chimici | Preparazione e/o somministrazione di farmaci antitumorali Impiego di prodotti per disinfezione e pulizia | D.Lgs.81/08 –Titolo IX,Capo I e II |
| Movimentazione manuale di carichi | Movimentazione pazienti | D. Lgs. 81/08- Titolo VI |
| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | | Periodicità |
| Prima Visita | Visite successive o Periodiche | |
| Visita medica | Visita medica | Biennale Annuale per addetti preparazione chemioterapici antiblastici |
| Esame clinico-funzionale del rachide | Esame clinico-funzionale del rachide | Biennale |
| Emocromo completo, Reticolociti, G6PD, Glicemia, Creatininemia,GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma,Es. urine | Emocromo completo, ReticolocitiGlicemia, Creatininemia, GOT, GPT, gGT,Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Es. urine | Biennale Annuale per addetti preparazione chemioterapici antiblastici |
| E.C.G. | | |
| Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Da definire |

**SERVIZIO: LABORATORIO ANALISI CLINICHE,
MICROBIOLOGICHE, BANCA DEL SANGUE
MANSIONE: MEDICO, BIOLOGO, CHIMICO, INFERMIERE,
TECNICO DI LABORATORIO, AUSILIARIO-OTA-OSS**

| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (D. L.vo 81/2008 integrato da D. L.vo 106/2009) |
|--|--|--|
| Agenti biologici | Contatto con sangue e altri liquidi biologici | D. Lgs. 81/08 – Titolo X |
| Radiazioni ionizzanti | Diagnostica | D. Lgs. 230/95 |
| Agenti chimici | Impiego di prodotti per analisi di laboratorio | D.Lgs.81/08 –Titolo IX,Capo I |
| Affaticamento posturale e visivo | Uso di VDT per almeno 20h/sett. | D. Lgs. 81/08 – Titolo VII |
| Movimentazione manuale di carichi | Movimentazione materiali | D. Lgs. 81/08- Titolo VI |
| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | | Periodicità |
| Prima Visita | Visite successive o Periodiche | |
| Visita medica | Visita medica | Biennale Annuale (Laboratorio a rischio biologico agenti 3-4) |
| Visita oculistica | Visita oculistica | Biennale negli idonei >50 anni Quinquennale negli idonei <50 anni |
| Emocromo completo, Reticolociti, Glicemia, Creatininemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Es. urine | Glicemia, Creatininemia, Emocromo completo, Reticolociti, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Es. urine | Biennale Annuale (Laboratorio a rischio biologico agenti 3-4) |
| E.C.G. | | |
| Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Da definire |

SERVIZIO: ANATOMIA PATHOLOGICA
MANSIONE: MEDICO, BIOLOGO, INFERMIERE, TECNICO,
AUSILIARIO-OTA-OSS

| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (riferim. D. L.vo 81/2008 integrato D. L.vo 106/2009) |
|---|---|--|
| Agenti biologici | Contatto con sangue e altri liquidi/materiali biologici | D. Lgs. 81/08 – Titolo X |
| Agenti chimici | Impiego di prodotti per analisi di laboratorio | D.Lgs.81/08 –Titolo IX,Capo I |
| Affaticamento posturale e visivo | Uso di VDT per almeno 20h/sett. | D. Lgs. 81/08 – Titolo VII |
| Movimentazione manuale di carichi | Movimentazione materiali | D. Lgs. 81/08- Titolo VI |
| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | | Periodicità |
| Prima Visita | Visite successive o Periodiche | |
| Visita medica | Visita medica | Annuale |
| Visita oculistica | Visita oculistica | Biennale negli idonei >50 anni Quinquennale negli idonei <50 anni |
| Emocromo completo,Glicemia, Creatininemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Es. urine | Emocromo completo, Glicemia, Creatininemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Es. urine, Indicatori biologici di esposizione | Annuale |
| E.C.G. | | |
| Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Da definire |

REGIONE PUGLIA

**AMBULATORIO/SERVIZIO: RADIOLOGI
MANSIONE: MEDICO, TECNICO RADIOLOGO, INFERMIERE,
AUSILIARIO-OTA-OSS**

| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (D. L.vo 81/2008 integrato da D. L.vo 106/2009) |
|-----------------------------------|--|---|
| Radiazioni ionizzanti | Diagnostica | D. Lgs. 230/95 |
| Campi elettromagnetici | Diagnostica | D.lgs.81/08 Titolo VIII Capo IV |
| Agenti biologici | Contatto con paziente | D. Lgs. 81/08 – Titolo X |
| Agenti chimici | Impiego di prodotti per disinfezione e pulizia | D.Lgs.81/08 –Titolo IX,Capo I |
| Movimentazione manuale di carichi | Movimentazione pazienti | D. Lgs. 81/08- Titolo VI |
| Affaticamento posturale e visivo | Uso di VDT per almeno 20h/sett. | D. Lgs. 81/08 – Titolo VII |

Nota: I protocolli per rischio radiologico cat. A sono a cura del Medico Autorizzato (sec. LG AIRM)

| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | | Periodicità |
|--|---|-------------------------------------|
| Prima Visita | Visite successive o Periodiche | |
| Visita medica | Visita medica | Annuale (cat.B) Biennale |
| Esame clinico-funzionale del rachide | Esame clinico-funzionale del rachide | Biennale |
| Emocromo completo, Reticolociti, Glicemia, Creatininemia, GOT, GPT, gGT,Bilirubinemia D/I, Protidogramma, FT3, FT4, TSH, Es. urine | Emocromo completo, Reticolociti, Glicemia, Creatininemia,GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, es. urine | Annuale(cat.B), Biennale |
| | FT3,FT4,TSH | Biennale (cat B) |
| E.C.G. | | |
| Ecografia Tiroidea | Ecografia Tiroidea | Biennale, salvo diversa indicazione |
| Visita oculistica | Visita oculistica | Biennale, salvo diversa indicazione |
| EEG,visita ORL e audiometria per gli addetti ad impianti RMN | | |
| Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Da definire |

**SERVIZIO: FARMACIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE
MANSIONE: FARMACISTA, INFERMIERE**

| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (D. L.vo 81/2008 integrato da D. L.vo 106/2009) |
|---|--|---|
| Agenti chimici | Manipolazione o preparazione di farmaci antitumorali | D.Lgs.81\08, TitoloIX, Capo I |
| Agenti chimici | Allestimento preparati galenici Impiego di prodotti chimici | D.Lgs.81\08, TitoloIX, Capo II |
| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | | Periodicità |
| Prima Visita | Visite successive o Periodiche | |
| Visita medica | Visita medica | Triennale Annuale (sepreparazione chemioterapici antiblastici) |
| Emocromo completo, Reticolociti, G6PDH, Glicemia, Creatininemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Es. urine | Emocromo completo, Reticolociti, Glicemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Creatininemia, Es. urine | Triennale Annuale (sepreparazione chemioterapici antiblastici) |
| E.C.G. | | |
| Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Da definire |

| SERVIZIO: UFFICIO TECNICO MANSIONE: MURATORE, CARPENTIERE, FALEGNAME, ELETTRICISTA, IDRAULICO, CONDUTTORI CALDAIE, MECCANICI | | |
|---|--|--|
| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (D. L.vo 81/2008 integrato da D. L.vo 106/2009) |
| Agenti chimici (cemento, dismanti,fumi gas saldature ,colle,vernici,solventi,polveri inorganiche e del legno) | Lavorazioni proprie della mansione | D.Lgs. 81\08 Titolo IX Capo I |
| Agenti fisici (rumore, vibrazioni) | Lavorazioni proprie della mansione | D.Lgs.81\08 Titolo VIII Capo I,II e III |
| Movimentazione manuale carichi | Movimentazione materiali | D. Lgs. 81/08 – Titolo VI |
| Accertamento di assenza di tossicodipendenza(provv.conf.unificata 30\10\07 e 18\9\08) per mansioni che prevedono rilascio patente di conduttore di caldaie a vapore | | |
| Agenti biologici | Riparazione condotte fognarie | |
| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | | Periodicità |
| Prima Visita | Visite successive o Periodiche | |
| Visita medica | Visita medica | Biennale |
| Emocromo completo, Glicemia, GOT, GPT, gGT, Creatininemia, Es. urine | Emocromo completo, Glicemia, GOT, GPT, gGT, Creatininemia, Es. urine | Biennale |
| Audiometria | Audiometria | Secondo il Lex(8h) o Lexw. >90 dB(A) annuale ³85 dB(A) biennale <85 dB(A) triennale |
| E.C.G. | | |
| Spirometria | Spirometria | Biennale Se esposti ad irritanti respiratori/agenti chimici |
| Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Da definire |

**SORVEGLIANZA SANITARIA
IN AMBITO OSPEDALIERO**



**SERVIZIO: VARI
MANSIONE:DISINFETTORI, NECROFORI, ADDETTI LAVANDERIA**

| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (D. L.vo 81/2008 integrato da D. L.vo 106/2009) |
|--|--|--|
| Agenti biologici | Contatto con liquidi biologici, biancheria | D. Lgs. 81/08 – Titolo X |
| Agenti chimici | Esposizione, o contatto, a prodotti o sostanze di varia natura | D.Lgs. 81\08 Titolo IX Capo I |
| Movimentazione manuale carichi | Movimentazione materiali | D. Lgs. 81\08 – Titolo VI |
| Accertamento di assenza di tossicodipendenza(provv.conf.unificata 30\10\07 e 18\9\08) per uso sostanze che prevedono rilascio patente speciale | | |
| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | | Periodicità |
| Prima Visita | Visite successive o Periodiche | |
| Visita medica | Visita medica | Biennale |
| Emocromo completo, Glicemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Creatininemia, Es. urine | Emocromo completo, Glicemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Creatininemia, Es. urine | Biennale |
| E.C.G. | | |
| Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Da definire |

**SERVIZIO:UFFICI AMMINISTRATIVI
MANSIONE:OPERATORE AL VDT**

| | | |
|--|---|---|
| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (D. L.vo 81/2008 integrato da D. L.vo 106/2009) |
| Affaticamento posturale e visivo | Attività al VDT > 20 ore/ settimana | D. Lgs. 81/08 – Titolo VII |
| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | | Periodicità |
| Prima Visita | Visite successive o Periodiche | |
| Visita medica | Visita medica | Quinquennale negli idonei <50 anni Biennale negli idonei >50 anni |
| Esame clinico-funzionale del rachide e arti superiori | Esame clinico-funzionale del rachide e arti superiori | In caso di disturbi correlati alla postura (questionario) |
| Visita oculistica | Visita oculistica | Quinquennale negli idonei <50 anni, o come da prescrizione oculistica Biennale negli idonei >50 anni |
| Emocromo completo, Glicemia, GOT, GPT, gGT, Creatininemia, Es. urine | | |

| SERVIZIO: VARI MANSIONE:MAGAZZINIERE | | |
|--|--|---|
| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (D. L.vo 81/2008 integrato da D. L.vo 106/2009) |
| Movimentazione manuale di carichi, sforzi ripetuti arto superiore | Movimentazione materiali | D. Lgs. 81\08 – Titolo VI |
| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | | Periodicità |
| Prima Visita | Visite successive o Periodiche | |
| Visita medica | Visita medica | Biennale |
| Esame clinico-funzionale del rachide e arti superiori | Esame clinico-funzionale del rachide e arti superiori | Biennale |
| Emocromo completo, Glicemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Creatininemia, Es. urine | Emocromo completo,Glicemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Creatininemia,Es. urine | Biennale |
| E.C.G. | | |
| Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali | Da definire |

REGIONE PUGLIA

| AMBULATORIO/SERVIZIO: DIP. DIPENDENZE PATOLOGICHE, SALUTE MENTALE, PREVENZIONE, DISTRETTO SOCIO-SANITARIO MANSIONE: VETERINARIO DI SANITA' ANIMALE, FISIOTERAPISTA, ADDETTI ALL'ASSISTENZA SANITARIA DOMICILIARE | | |
|---|---|--|
| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (D. L.vo 81/2008 integrato da D. L.vo 106/2009) |
| Radiazioni laser,UV,infrarossi | Trattamenti fisioterapici | D. Lgs. 81\08 Titolo VIII Capo V |
| Agenti biologici | Contatto con i pazienti e animali | D. Lgs. 81/08 - Titolo X |
| Agenti chimici | Impiego di varie sostanze per disinfezione e pulizia | Circ.Min. San.n.5/89,D.Lgs. 81/08 –Titolo IX |
| Movimentazione manuale carichi e sforzi, movimenti ripetuti arti superiori | Movimentazione pazienti e materiali, trattamento pazienti (fisioterapisti) | D. Lgs. 81\08 – Titolo VI |
| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | Periodicità | |
| Prima Visita | Visite successive o Periodiche | |
| Visita medica | Visita medica | Biennale |
| Esame clinico-funzionale rachide e arti superiori | Esame clinico-funzionalerachide e arti superiori | In caso di disturbi correlati (questionario) |
| Emocromo completo, Glicemia, Creatininemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Es. urine | Emocromo completo,Glicemia, Creatininemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Es. urine | Biennale |
| E.C.G. | | |
| Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali e ai rischi | Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali e ai rischi | Da definire |

| SERVIZIO: DIP. DIPENDENZE PATOLOGICHE, SALUTE MENTALE ,PREVENZIONE, DISTRETTO SOCIO-SANITARIO MANSIONE: MEDICO, INFERMIERE, PSICOLOGO, OPERATORE TECNICO PREVENZIONE, EDUCATORE, ASSISTENTE SOCIALE, ASSISTENTE SANITARIO | | |
|--|---|--|
| Rischi per la salute | Attività che può determinare il rischio | Riferimenti normativi per la sorveglianza sanitaria (D. L.vo 81/2008 integrato da D. L.vo 106/2009) |
| Agenti biologici | Contatto con pazienti,inquinanti ambienti e cibi | D. Lgs. 81/08 - Titolo X |
| Agenti chimici | Contatto con varie sostanze per disinfezione e pulizia,inquinanti ambientali | D.Lgs.81/08 –Titolo IX |
| Movimentazione manuale carichi | Movimentazione materiali | D. Lgs. 81\08 – Titolo VI |
| Tipologia degli Accertamenti Sanitari | | Periodicità |
| Prima Visita | Visite successive o Periodiche | |
| Visita medica | Visita medica | Triennale Quinquennale (psicologo, educatore, assist. sanit.) |
| Emocromo completo,Glicemia, Creatininemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Es. urine | Emocromo completo, Glicemia,Creatininemia, GOT, GPT, gGT, Bilirubinemia D/I, Protidogramma, Es. urine | Triennale Quinquennale (psicologo, educatore, assist. sanit.) |
| E.C.G. | | |
| Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali e ai rischi | Eventuali altri accertamenti in base alle condizioni individuali e ai rischi | Da definire |

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

ACOEM. Occupational Medicine Practice Guidelines. Evaluation and management of common health problems and functional recovery of workers, 2nd Ed, Cap 12, In Glass LS, Beverly Farms, MA, OEM Press, 2004

Alessio L, Porru S, Longo F et al Linee Guida SIMLII per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori della sanità esposti a rischio biologico, 2005 PI-ME Ed. Pavia

Ass. Ital. Med. Prev. Lavor. Sanità. Sintesi delle indicazioni per una razionale applicazione delle Linee Guida Ministeriali sulla prevenzione dei rischi occupazionali nella manipolazione dei Chemioterapici Antiblastici. Med Lav 2001; 92,2:137-148

Battevi N, Menoni O, Ricci MG, Cairoli SMAPO index for risk assessment of patient manual handling in hospital wards: a validation study. Ergonomics. 2006; 49(7):671-87

Bonamonte D, Carino M et al Occupational Airborne Allergy from 2-Aminothiophenol Eur J Dermatol 2002, 6:592-3

Cesana GC, Costa G. Occupational stress: risk assessment and fitness for work. Med Lav. 2006;97(5):694-8.

Colombini D, Occhipinti E et al Linee Guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo-scheletriche del rachide da movimentazione manuale di carichi, 2004 PI-ME Ed. Pavia

Conway PM, Campanini P, Sartori S, Dotti R, Costa G. Main and interactive effects of shiftwork, age and work stress on health in an Italian sample of healthcare workers. Applied Ergonomics 2008; 39, 630–639.

Coordinamento Tecnico Interregionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro. Indicazioni operative sull'esposizione ad agenti fisici con aggiornamento relativo al Capo V. Documento 1-2009

Crippa M, Belleri L, Mistrello G et al Prevention of latex allergy among health care workers and in the general population: latex protein content in devices commonly used in hospitals and general practice. Int Arch Occup Environ Health 2005; 79:550-557

De Perio MA, Tsevat J et al Cost-effectiveness of interferon gamma release assays vs tuberculin skin tests in health care workers Arch Intern Med. 2009 169(2):179-87

Franchi A, Diana O, Franco G. Job-related risk of latent tuberculosis infection in a homogeneous population of hospital workers in a low incidence area. Am J Ind Med. 2009;52(4):297-303.

Kauppinen K, Kumpulainen R, Houtman I. Gender issues in safety and health at work. A review. European Agency for Safety and Health at Work 2003

Iavicoli S.ISPESL's commitment to manage and assess work-related stress. In Book of Proceeding of the IX Conference of the European Academy of Occupational Health Psychology (EAOHP). 2010 Mar 29-31. Rome, Italy.

Legge del 30 marzo 2001, n. 125 (Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati) e relativo provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 16 marzo 2006

Lorusso A, Bruno S, L'Abbate N A review of low back pain and musculoskeletal disorders among Italian nursing personnelInd Health 2007;45(5):637-44

Lucchini R, Facco P, Trombini E, Franceschini R, Taccia R, Alessio L.Lo 'stress index': proposta di un metodo per la valutazione da stress e burnout in ambienti sanitari G Ital Med Lav Ergon. 2003;25 Suppl(3):219-21

Mazurek GH, Jereb J, Lo Blue P et al Guidelines for using the Quantiferon-TB Gold test for detecting Mycobacterium tuberculosis infectionMMWR 2005; 54 (RR15):49-55

Molarius A, Berglund K, Eriksson C et al Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden.Eur J Public Health 2007; 17 (2):125-33

Muratore M, Buja G, Fazio F, Muia R, Pellegrino G. Incidenti occupazionali a rischio biologicoG Ital Med Lav Ergon. 2003; 25 Suppl(3):241-2

Nettis E, Assennato G, Ferranini A, Tursi A. Type I allergy to natural rubber latex and type IV allergy to rubber chemicals in health care workers with glove-related skin symptoms. Clin Exp Allergy, 2002; 32(3): 441-7

Palmer KT, Cox R, Brown I. Fitness for work; the medical aspects. Oxford University Press, 2007

Punnett L, Pruss-Utun A, Nelson DI et al Estimating the global burden of low back pain attributable to combined occupational exposures Am J Ind Med 2005; 48(6):459-69

Ruotsalainen J et al. "Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers." Scand J Work Environ Health 2008; 34(3):169-78

Romano C , Baracco A , Frigeri G et al Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro dal D.lgs. 626/94 al D.lgs. 81/08 e s.m.i.Rivista infortuni e malattie professionali 2009 Vol 3

Soleo L, Romano C, Abbritti G et al Linee Guida SIMLII per la sorveglianza sanitaria, 2004 PI-ME Ed, Pavia 2009 Vol 3

Staal JB, Hlobil H, van Tulder MW et al Occupational health guidelines for the management of low back pain: an international comparison. Occup Environ Med 2003; 60: 618-626

Tomao P, Martini A, Di Renzi S, et al. Prevalence of latent tuberculosis infection in HCWs assessed by QuantiFERON-TB Gold and tuberculin skin test: preliminary results. G Ital Med Lav Erg 2009;31(3)Suppl 2:327.

Violante FS, Fiori M, Fiorentini C et al Associations of Psychosocial and Individual Factors with three different categories of back disorders among nursing staff J Occup Health, 2004, 46, 100-108.