



LINEE GUIDA PER LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEI LAVORATORI

*Documenti di peer review elaborati dal Servizio Prevenzione e
Protezione, dal Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di
Lavoro e dai Medici Competenti*

Maggio 2009

Documenti a cura di:

Domenico D'Oca (Medico Competente ASL RM C)

Fulvio d'Orsi (SPRESAL ASL RM C)

Vittorio Giuggioli (Medico Competente ASL RM C)

Giacomo Guerriero (RSPP ASL RM C)

Mauro Pastorelli (Medico Competente ASL RM C)

Francesco Scarlini (SPRESAL ASL RM C)

Domenico Tremadio (SPRESAL ASL RM C)

Enzo Valenti (SPRESAL ASL RM C)

LINEE GUIDA PER LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEI LAVORATORI

Documenti di peer review elaborati dal Servizio Prevenzione e Protezione, dal Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro e dai Medici Competenti

Premessa

Sorveglianza sanitaria dei lavoratori effettuata dal medico competente: ambito di applicazione

Sorveglianza sanitaria per il lavoro notturno

Sorveglianza sanitaria per il rischio biologico

Movimentazione manuale dei pazienti: valutazione del rischio e misure di tutela

Alcol e problemi alcol correlati

Appendice

Schema di procedura per la richiesta di visita per l'accertamento dell'idoneità lavorativa e per la gestione delle non idoneità/idoneità con prescrizioni

PREFAZIONE

La *sorveglianza sanitaria* rappresenta certamente una delle più importanti, se non la prima, delle misure generali di tutela per la prevenzione e protezione della salute dei lavoratori esposti a rischi professionali, ed è strumento in grado di determinare tempestivamente l'insorgenza di effetti dannosi, per prendere misure utili al loro contenimento o alla loro definitiva rimozione.

Le Linee Guida per la *sorveglianza sanitaria* dei lavoratori, raccolte in questo manuale, sono state elaborate da una Commissione che ha lavorato nell'Azienda USL Roma C, composta dal Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, dai Medici Competenti aziendali e dal Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro.

Lo studio, sviluppato con lavoro d'équipe è stato effettuato con riguardo alle recenti innovazioni normative, e ha perseguito l'obiettivo di definire criteri univoci e scientificamente corretti di valutazione dell'idoneità al lavoro, al fine di assicurare il pieno utilizzo della risorse umane nel rispetto delle esigenze di tutela della salute, con la consapevolezza che la professionalità degli operatori costituisce il maggior investimento dell'Azienda.

Ci auguriamo che il lavoro svolto e le Linee Guida elaborate possano rappresentare un modello di riferimento utile anche alle altre Aziende sanitarie.

Il Direttore Generale
Dr.a Elisabetta Paccapelo

PREMESSA

Presso l'azienda ASL RMC, nel 2006, si è costituito un gruppo di lavoro formato dal Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale, i Medici Competenti aziendali ed il Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro, per elaborare le linee guida relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori della ASL RMC.

L'obiettivo che la commissione si è posta, è stato quello di stabilire dei criteri univoci per i protocolli di sorveglianza sanitaria e per l'espressione dei giudizi di idoneità coerenti con il tipo ed il livello dei rischi lavorativi presenti in azienda e analizzati nel documento di valutazione dei rischi.

Il primo aspetto ha riguardato il campo di applicazione della sorveglianza sanitaria da parte del Medico Competente (previsto dal D. Lgs. 626/94, oggi sostituito dal D. Lgs. 81/08) al fine di eliminare le sovrapposizioni con altri servizi (quali ad esempio il Servizio di Medicina Legale aziendale), chiarire le finalità della sorveglianza sanitaria ed evitare attività sanitarie non necessarie ai fini della tutela della salute di lavoratori.

Il lavoro che ne è scaturito è, quindi, di grande utilità sia per questa azienda che per tutte le aziende sanitarie, poiché il documento che segue contiene la valutazione dei rischi presenti nelle strutture sanitarie, con l'indicazione delle misure di tutela ed il protocollo sanitario conseguente.

Inoltre, sono fornite le soluzioni ai molteplici dubbi interpretativi sull'applicazione delle norme contenute nel D. Lgs. 81/08.

Tale ulteriore importante obiettivo, raggiunto con la stesura di tale documento, si è reso possibile con la presenza nella Commissione, di Medici Competenti di notevole esperienza professionale, Medici dell'organo di vigilanza che verificano quotidianamente l'applicazione delle norme di prevenzione infortuni e con il Servizio di Prevenzione aziendale, che ha profonda conoscenza delle problematiche aziendali.

Il documento che segue illustra, dapprima, l'ambito di applicazione della sorveglianza sanitaria ed, in particolare, demarca il ruolo dei Medici Competenti da quello della Commissione Medica di Verifica del Ministero Economia e Finanze: le diverse interpretazioni sull'ambito di applicazione avevano, infatti, creato notevoli problemi in merito all'accertamento dell'idoneità lavorativa ed alla gestione delle "non idoneità" o "idoneità con prescrizioni".

Si sono, infine, esaminati i principali rischi sanitari presenti nelle aziende Ospedaliere (quali il lavoro notturno, il rischio biologico e la movimentazione manuale dei pazienti) e si è trattata la problematica "alcol" ed i problemi alcol correlati, con i relativi controlli ed obblighi da osservare, in ottemperanza alle disposizioni da poco entrata in vigore.

Chiude il documento una proposta di procedura per la ricollocazione del lavoratore inidoneo che si fonda su un momento collegiale di valutazione della compatibilità tra la mansione lavorativa e le prescrizioni del giudizio di idoneità a cui partecipano, insieme ai dirigenti della struttura dove opera il lavoratore, anche il medico competente e il lavoratore stesso.

Resta comunque prioritaria, in questo ambito, l'azione di prevenzione primaria atta a garantire l'abbattimento dei livelli di rischio e l'idoneità delle condizioni di lavoro, al fine di mantenere sempre per quanto possibile ogni lavoratore nella mansione corrisponde alla propria professionalità che rappresenta la risorsa più preziosa di un'azienda, in particolare dell'azienda sanitaria.

SORVEGLIANZA SANITARIA DEI LAVORATORI EFFETTUATA DAL MEDICO COMPETENTE: AMBITO DI APPLICAZIONE

L'ambito di attività del medico competente riguarda la tutela dei lavoratori dai rischi professionali per la salute. Secondo il D.Lgs. 81 del 2008, l'obbligo della sorveglianza sanitaria ricorre in tutti i casi in cui è esplicitamente prevista dalle norme specifiche sui singoli rischi, ovvero in altri casi che possono essere indicati dalla *Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro* istituita dall'art. 6 del citato D.Lgs. 81/08. La sorveglianza sanitaria è altresì obbligatoria ai fini della verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza o di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute di terzi individuate dalle specifiche disposizioni in materia

In tali casi:

- ricorre l'obbligo di nominare il medico competente;
- i lavoratori esposti a tali rischi sono sottoposti a sorveglianza sanitaria;
- nei confronti di tali lavoratori la sorveglianza sanitaria (visita medica ed esami integrativi) è strettamente pertinente ai suddetti rischi;
- l'esito della visita medica rappresentato dal giudizio di idoneità riguarda l'idoneità specifica alla mansione ed è inteso prioritariamente come capacità di sopportare il rischio senza danni.

Nel caso dell'Azienda USL RM C rientrano in tale ambito le seguenti situazioni lavorative:

Rischio	Attività	Riferimenti normativi
Agenti biologici	Attività mediche, chirurgiche e veterinarie in genere, laboratori, anatomia patologica	D.Lgs. 81/08 titolo X art. 279
Agenti chimici: gas anestetici	Camere operatorie	D.Lgs. 81/08 titolo IX art. 229
Agenti chimici: farmaci antiblastici	Farmacia	D.Lgs. 81/08 titolo IX art. 229
Agenti chimici	Laboratorio analisi, anatomia patologica	D.Lgs. 81/08 titolo IX art. 229
Radiazioni ionizzanti	Radiologie, medicina nucleare	D.Lgs. 230/95 art. 83 e seg. La sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti classificati in categoria A è effettuata dal medico autorizzato.
Movimentazione manuale dei carichi	Movimentazione pazienti, magazzino	D.Lgs. 81/08 titolo VI art. 168
Videoterminali	Amministrativi; diagnostica per immagini	D.Lgs. 81/08 titolo VII art. 176

Vibrazioni braccio mano	Uso di strumenti vibranti in ortopedia	D.Lgs. 81/08 titolo VIII artt. 185 e 204
Vibrazioni corpo intero	Guida automezzi	D.Lgs. 81/08 titolo VIII artt. 185 e 204
Lavoro notturno	Turni di guardia notturni	D.Lgs. 66/03 (modificato dal D.Lgs. 213/04)
Campi elettromagnetici	Risonanza magnetica nucleare	Direttiva 2004/40/CE D.Lgs. 81/08 titolo VIII artt. 185 e 211
Abuso di alcool	Medici anestesisti e rianimatori, chirurghi, medici preposti ad attività diagnostiche e terapeutiche, infermiere, operatori socio-sanitari, ostetrica, caposala e ferrista; autisti	D.Lgs. 81/08 art. 41, comma 4 L. 125/01 Provvedimento 16.3.06 (allegato I punto 4)

Nei confronti dei lavoratori esposti ai suddetti rischi il medico competente effettua le seguenti tipologie di visite:

- visite mediche preventive, effettuate precedentemente alla prima destinazione lavorativa, ovvero in fase pre-assuntiva, con lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni alla mansione specifica;
- visite mediche periodiche finalizzate a verificare lo stato di salute del lavoratore ed il permanere delle condizioni di idoneità alla mansione specifica. Le visite periodiche hanno di norma cadenza annuale (a meno che non sia previsto diversamente dalle disposizioni sui singoli rischi). Il medico competente ha comunque sempre la facoltà di stabilire periodicità differenti in ragione della valutazione dei rischi;
- visite mediche in occasione di cambio di mansione;
- visite mediche precedenti alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi
- visite mediche alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti dalla normativa su singoli rischi (agenti chimici, amianto e, seppure in forma meno esplicita, per agenti cancerogeni e alcuni agenti biologici), anche allo scopo di fornire al lavoratore le indicazioni utili a proseguire il controllo del suo stato di salute dopo la fine dell'esposizione, per una diagnosi precoce di eventuali effetti tardivi.

Alle precedenti situazioni se ne aggiungono altre previste da norme particolari di settore (minori, lavoratrici madri). Nel caso dell'Azienda USL RM C rientrano in tale ambito le seguenti situazioni:

Situazione	Attività	Riferimenti normativi specifici
Flessibilità del congedo di maternità	Tutte	D.Lgs. 151/01 art. 20

2) Visite a richiesta del lavoratore

In base all'art. 41 comma 2 lettera c del D.Lgs. 81/08 il medico competente effettua le visite richieste dal lavoratore, al di fuori delle visite preventive e periodiche, quando tale richiesta è correlata ai rischi professionali ovvero alle condizioni di salute del dipendente suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, **ivi compresi i problemi di di-stress e disagio lavorativo.**

Anche in tali casi il medico esprime il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

3) Gli accertamenti previsti dall'art. 5 della L. 300/70

Al di fuori dei casi citati, il medico competente, in quanto medico scelto dal datore di lavoro, non può svolgere accertamenti sanitari su lavoratori dipendenti, per i quali è necessario invece rivolgersi ad enti pubblici ed istituti specializzati di diritto pubblico ai sensi dell'art. 5 della L. 300/70. Rientrano in tale ambito, al pari dei controlli fiscali sulle assenze per malattie, gli accertamenti sull'idoneità lavorativa che non riguardino i rischi specifici previsti dalle norme di igiene del lavoro o dalla valutazione dei rischi, anche nel caso in cui gli interessati siano sottoposti (per altri motivi) a sorveglianza sanitaria da parte del medico competente, a meno che non sia il lavoratore stesso a richiedere l'accertamento. Sono da ricondurre in questo ambito tutte le verifiche di idoneità (intesa come abilità) al compito in cui è il datore di lavoro che richiede l'accertamento a cui il dipendente deve sottoporsi.

In base alla normativa vigente (DPR 461/01; DM 12.2.04) questi casi sono di competenza della **Commissione Medica di Verifica del Ministero Economia e Finanze** di cui all'art. 2-bis del D.Lgs 157/97 (come modificato dal D.Lgs 278/98).

Sono in ogni caso vietati al medico competente i **test di gravidanza.**

4) Questioni aperte

Risultano questioni al momento ancora controverse:

- Accertamenti sulla **sieropositività per l'infezione da HBV e HCV** ai fini della tutela dei pazienti nel caso di operatori sanitari che lavorano in camera operatoria o che comunque effettuano manovre invasive
- Accertamenti sulla **sieropositività per l'infezione da HIV**. La sentenza 218 della Corte Costituzionale ha dichiarato illegittima la L. 135/90 nella parte in cui non prevede accertamenti sanitari dell'assenza di sieropositività all'infezione da HIV come condizione per poter espletare attività che comportano rischi per la salute di terzi; ma a tutt'oggi non è stato emanato alcun provvedimento normativo specifico. Altrettanto incerta è la possibilità di effettuare tali accertamenti a fini di tutela della salute del lavoratore, questione su cui invece la Corte Costituzionale non si è espressa e risulterebbero quindi vietati dalla predetta L. 135/90.

5) Ricorsi

Il medico competente è sempre tenuto a trasmettere per iscritto il giudizio di idoneità al lavoratore e al datore di lavoro. (art. 41, comma 8, D.Lgs. 81/08). Sia il lavoratore, sia il datore di lavoro hanno diritto a presentare ricorso, entro 30 giorni dalla data di comunicazione del giudizio stesso (art. 41, comma 9 D.Lgs. 81/08). Il ricorso deve essere presentato al **Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro** della stessa Azienda USL RMC in quanto competente sul luogo di lavoro.

Il ricorso avverso il giudizio di idoneità medica all'esposizione alle radiazioni ionizzanti espresso dal medico autorizzato per i lavoratori di categoria A o dal medico competente per i lavoratori di categoria B deve essere presentato **alla Direzione Generale Tutela delle condizioni di lavoro del Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali (ex Ispettorato medico centrale del lavoro)** in base all' art. 95 D.Lgs. 230/95.

Avverso i giudizi di idoneità al servizio espressi dalla commissione di verifica il dipendente interessato può presentare ricorso entro 10 giorni dalla comunicazione del verbale di visita alla **Commissione medica di seconda istanza della Direzione di sanità militare** di cui all'art. 5 della L. 416/26.

SCHEMA RIASSUNTIVO

Tipo di visite	Soggetto competente	Ricorso
Visite mediche preassuntive, preventive, periodiche, al cambio di mansione, alla ripresa del lavoro per lavoratori esposti a rischi lavorativi previsti dalla normativa	Medico competente	Servizio PRESAL della ASL
Visite mediche preventive e periodiche per lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti categoria A	Medico autorizzato	Direzione Generale Tutela delle condizioni di lavoro del Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali (ex Ispettorato medico centrale del lavoro).
Visite mediche preventive e periodiche per lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti categoria B	Medico competente	Direzione Generale Tutela delle condizioni di lavoro del Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali (ex Ispettorato medico centrale del lavoro)
<u>Visite mediche per accertamenti di idoneità correlati ai rischi professionali o alle condizioni di lavoro a qualsiasi titolo richiesti dal lavoratore</u>	Medico competente	Servizio PRESAL della ASL
<u>Visite mediche per accertamenti di idoneità non connesse ai rischi lavorativi per i quali si effettua la sorveglianza sanitaria richiesti dal datore di lavoro</u>	Commissione medica di verifica	Commissione di seconda istanza

SORVEGLIANZA SANITARIA PER IL LAVORO NOTTURNO

1. Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria per il lavoro notturno

Nell'ambito dell'Azienda USL RM C, 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 contrattuali, a prescindere dal numero di turni notturni realmente effettuati nell'anno. Non si considera lavoro notturno il servizio di pronta disponibilità.

2. Individuazione dei lavoratori notturni

Gli elenchi nominativi dei lavoratori notturni da sottoporre a sorveglianza sanitaria sono predisposti dai Dirigenti medici dei presidi ospedalieri, comunicando altresì il numero di turni effettuati nell'anno ai fini di considerare il reale livello di rischio in sede di visita periodica e di formulazione del giudizio di idoneità.

3. Valutazione del rischio

La valutazione del rischio da lavoro notturno si basa su:

- numero di notti effettuate
- schema dei turni adottato
- criteri e limiti 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 (rappresentabile anche come 7/mese o 2/settimana) può essere considerato come il livello d'azione corrispondente ad una situazione di rischio maggiore che richiede specifiche misure di prevenzione.

4. Esclusioni

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, in alternativa, 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).

5. Patologia professionale specifica causata dal lavoro notturno

5.1 Effetti a breve termine

- jet lag
- disturbi del sonno

- disturbi della sfera digestiva
- fatica, errori, infortuni

5.2 Effetti a medio-lungo termine

- effetti sull'apparato gastroenterico
- effetti sulla sfera psico-affettiva
- effetti sull'apparato cardiovascolare
- effetti sull'apparato riproduttivo femminile

6. Stati patologici che costituiscono controindicazioni al lavoro notturno

- disturbi cronici del sonno (es. insonnia persistente)
- gravi malattie gastrointestinali (es. ulcera peptica, pancreatite cronica, morbo di Chron)
- malattie cardiovascolari (es. cardiopatie ischemiche, ipertensione grave)
- gravi malattie neuropsichiatriche (in particolare con alterazioni del ciclo sonno/veglia)
- epilessia
- diabete mellito insulino-dipendente
- gravi patologie della tiroide e del surrene
- insufficienza renale cronica
- neoplasie maligne in fase di trattamento

7. Protocollo sanitario

Visite mediche preventive e periodiche a scadenza biennale

Esame clinico generale

Esami di laboratorio, strumentali e visite specialistiche su casi selezionati in base all'anamnesi e all'e.o. per diagnosticare le patologie che possono costituire una controindicazione

Questionari mirati (standard shiftwork index, Stanford o Karolinska sleepiness scale)

8 Criteri per i giudizi di idoneità

8.1 Patologie che costituiscono motivo di inidoneità

- disturbi cronici del sonno (es. insonnia persistente)
- gravi malattie gastrointestinali (es. ulcera peptica, pancreatite cronica, morbo di Chron)
- malattie cardiovascolari (es. cardiopatie ischemiche, ipertensione grave)
- gravi malattie neuropsichiatriche (in particolare con alterazioni del ciclo sonno/veglia)
- epilessia
- diabete mellito insulino-dipendente
- gravi patologie della tiroide e del surrene

- insufficienza renale cronica
- neoplasie maligne in fase di trattamento

8.2 Condizioni di ipersuscettibilità a cui prestare attenzione nella formulazione del giudizio

- età > 45-50 anni
- patologie respiratorie croniche (su base allergica o comunque correlate ai ritmi circadiani del cortisolo e delle catecolamine)
- diabete non insulino dipendente
- gravi disturbi visivi
- disturbi della funzione riproduttiva femminile
- terapie farmacologiche correlate ai ritmi circadiani o che interferiscono col sonno
- etilismo
- fattori ed eventi stressanti

8.3 Criteri per la formulazione del giudizio

Tutte le controindicazioni devono essere valutate in relazione all'effettivo livello di rischio, cioè in particolare al numero delle notti realmente effettuato. Le patologie che rappresentano semplici condizioni di ipersuscettibilità vanno prese in considerazione o quando aggravano le patologie che costituiscono motivo di inidoneità, o quando si verificano in lavoratori che effettuano un numero consistente di turni notturni (indicativamente 80 turni /anno) in particolare quando coesiste contemporaneamente più di una condizione.

In ogni caso il giudizio di idoneità può essere graduato in base alla patologia riscontrata, prevedendo anche una limitazione al numero massimo dei turni notturni su base settimanale-mensile.

9. Riferimenti

Per una più precisa definizione delle patologie riportate e del protocollo di accertamenti vedi “Linee guida della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale vol. 8 : sorveglianza sanitaria degli addetti a lavori atipici e lavoro a turni”.

SORVEGLIANZA SANITARIA PER IL RISCHIO BIOLOGICO

2. Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria per il rischio biologico

Nell'ambito dell'Azienda USL RM C, in base all. art. 279 del D.Lgs. 81/08 si considerano lavoratori esposti a rischio biologico tutti coloro che fanno uso deliberato di agenti biologici o che sono esposti a rischio potenziale a causa del contatto diretto o indiretto con i malati o con materiali biologici.

2. Valutazione del rischio

Nella valutazione del rischio da agenti biologici devono essere identificate le attività che comportano:

- uso deliberato di agenti biologici
- rischio di contagio per via ematica
- rischio di contagio per via aerea con riguardo particolare alla TBC
- rischio di contagio per via orofecale
- altri rischi di contagio (tetano, zoonosi e antropozoonosi)

Il livello di rischio viene valutato in relazione a:

- prevalenza della malattia fra i pazienti
- probabilità di trasmissione
- stato di immunizzazione dei lavoratori esposti
- efficacia delle misure di prevenzione
- efficacia delle misure di profilassi post-esposizione

In esito alla valutazione del rischio le attività lavorative vengono classificate:

- rischio trascurabile
- rischio lieve
- rischio medio
- rischio alto

Il protocollo di sorveglianza sanitaria (obbligo di visita, tipologia di accertamenti diagnostici, frequenza delle visite e degli accertamenti) e il piano di vaccinazioni è differenziato in relazione alla valutazione del rischio.

Tipo di rischio	Agenti biologici da prendere in considerazione	Livello di rischio	Attività
Uso deliberato	In relazione al tipo di ricerche effettuate	Lieve	Sezione di microbiologia e virologia dei laboratori analisi
Contagio per via ematica	HIV, HBV, HCV	Trascurabile	NON assistenza diretta a pazienti né manipolazione di campioni biologici
		Lieve	assistenza diretta a pazienti o manipolazione di campioni biologici
		Medio	Esecuzione di procedure invasive a rischio di esposizione (*)
		Alto	Esecuzione attività di assistenza diretta al paziente, manipolazione di campioni biologici, di procedure invasive a rischio di esposizione in condizioni tecniche organizzative procedurali insufficienti o sfavorevoli (**)
Contagio per via aerea	Rosolia, morbillo, parotite, varicella, influenza	Lieve/medio	Reparti pediatrici, Dipartimento materno infantile, Dipartimento emergenza e accettazione
	TBC	Lieve	Tutti gli ambulatori e i reparti di ricovero
Contagio per via orofecale	Epatite A	Lieve/media	Pediatria
Altri tipi di contagio	Tetano	Lieve	Dipartimento di prevenzione, Ufficio tecnico
	Brucellosi, leptospirosi, rabbia(***)	Lieve/medio	Servizi Veterinari

(*) per un elenco di procedure invasive e non invasive vedi Linee guida SIMLII per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori della sanità esposti a rischio biologico – capitolo I Tabella VI

(**) per la verifica della presenza/assenza di sufficienti misure preventive tecniche, organizzative o procedurali Linee guida SIMLII per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori della sanità esposti a rischio biologico - capitolo I Metodologia di valutazione del rischio

(***) rischio possibile per contatti con animali provenienti da paesi a rischio o che vi hanno soggiornato

3. Protocollo sanitario

VISITE MEDICHE PREVENTIVE		
Tipo di rischio	Accertamenti di I° livello	Accertamenti di II° livello
Tutti gli operatori sanitari	<p>Visita medica</p> <p>Questionario mirato per il rischio biologico</p> <p>Emocromo completo con formula e CP</p> <p>ALT, AST, GGT</p> <p>Protidogramma elettroforetico</p> <p>*Test per TBC tubercolinico con intradermoreazione secondo Mantoux (Quantiferon TB Gold) all'assunzione in base al Provvedimento 17/12/98 in caso di destinazione in reparti a rischio TBC</p>	
Contagio per via ematica (rischio lieve/medio/alto)	<p>AntiHCV</p> <p>HBsAg (NON vaccinati o non responders)</p> <p>Titolo AntiHBs (vaccinati in maniera incompleta o vaccinati senza documentazione di titolo)</p> <p>AntiHIV (facoltativo previo consenso informato)</p>	<p>Se antiHCV positivi → HCVRNA qualitativo + HCV genotipo</p> <p>Se HBsAg positivo → HBeAg, titolo HBVDNA, AntiHDV</p> <p>Se HBsAg negativo in soggetto non vaccinato → vaccinazione</p> <p>Se titolo AntiHBs < 100U/ml → completamento o richiamo ciclo vaccinale. Dosaggio del titolo dopo 1 mese</p> <p>Consulenza infettivologica per HCVRNA positivi, HBeAg, HBVDNA, antiHDV positivi.</p>
Contagio per via aerea	<p>Se non vaccinati e anamnesi negativa o dubbia per rosolia, morbillo, varicella e parotite → IgG antirosolia, antimorbillo, antivaricella, antiparotite</p>	<p>Se negativi → vaccinazione (escluso donne in gravidanza). Dosaggio marcatori dopo 1 mese</p>
Contagio per via orofecale	AntiHAV totali	Se negativi → vaccinazione

- Fra parentesi nei vari specchietti viene descritta la metodica di nuova istituzione con il Quantiferon TB Gold già in uso, in quanto più affidabile, anche se ancora non codificata come alternativa alla intradermoreazione secondo Mantoux.

VISITE MEDICHE PERIODICHE		
Tipo di rischio	Accertamenti	Periodicità
Tutti gli operatori sanitari	Marcatori HCV, HBV, HIV	Post infortunio (vedi § 6)
	Test tubercolinico con intradermoreazione secondo Mantoux (Quantiferon TB Gold) per i negativi all'assunzione e i non testati in caso di contatto con malati in fase attiva. In caso di positività consulenza infettivologica ed eventuale Rx torace	3 – 6 anni (annuale per HIV positivi, immigrati da meno di 3 anni, diabetici ed immunodepressi)
Contagio per via ematica (rischio lieve)	Visita medica Questionario mirato per il rischio biologico	3- 6 anni
	Marcatori HCV, HBV, HIV	Post infortunio (vedi § 6)
	Test tubercolinico con intradermoreazione secondo Mantoux (Quantiferon TB Gold) per i cutinegativi (negativi) all'assunzione. In caso di conversione consulenza infettivologica ed eventuale Rx torace	3 – 6 anni (annuale per HIV positivi, immigrati da meno di 3 anni, diabetici ed immunodepressi)
Contagio per via ematica (rischio medio/alto)	Visita medica Questionario mirato per il rischio biologico Emocromo completo con formula e CP ALT, AST, GGT, Protidogramma elettroforetico	3 anni
	AntiHCV	Ogni 3 anni o immediatamente post-infortunio
	Non o ipo-responders → HBsAg Se affetto da epatite cronica da virus B → titolo HBVDNA + antiHDV	Annuale o immediatamente post-infortunio
	Test per TBC con intradermoreazione secondo Mantoux (Quantiferon TB Gold) per i cutinegativi (negativi) all'assunzione. In caso di conversione consulenza infettivologica ed eventuale Rx torace	3 – 6 anni (annuale per HIV positivi, immigrati da meno di 3 anni, diabetici ed immunodepressi)

HIV facoltativo previo consenso informato

Accertamenti di II° livello su casi selezionati come in vista preventiva

4. Piano di vaccinazioni

Vaccinazione	Soggetti da vaccinare
Antinfluenzale	Tutti gli operatori (consigliata)
Antirosolia	Contagio per via aerea (Reparti pediatrici, Dipartimento materno infantile, Dipartimento emergenza e accettazione) e tutte le donne in età fertile
Antimorbillo, antivaricella, antiparotite	Contagio per via aerea (Reparti pediatrici, Dipartimento materno infantile, Dipartimento emergenza e accettazione)
Anti HAV	Contagio per via orofecale (Pediatria)
Anti HBV	Contagio per via ematica (rischio lieve/medio/alto): assistenza diretta a pazienti o manipolazione di campioni biologici; esecuzione di procedure invasive a rischio di esposizione
Antitetanica	Dipartimento di prevenzione, Ufficio tecnico
Antitubercolare	Contagio per via aerea (Reparti di Malattie infettive, Pneumologia)

5. Criteri per i giudizi di idoneità

In considerazione delle Linee guida nazionali ed internazionali in materia, degli orientamenti della giurisprudenza e dei più recenti provvedimenti normativi in materia di sorveglianza sanitaria si concorda sul criterio che la formulazione del giudizio di idoneità deve tenere conto sia della tutela del lavoratore dal rischio biologico, sia della tutela di terzi soggetti (pazienti) dal possibile contagio da parte del lavoratore affetto da patologie trasmissibili.

Si considerano quindi **NON idonei ad esecuzione in prima persona di procedure invasive a rischio di esposizione** i soggetti :

- HBeAg positivi
- HBsAg positivi con HBVDNA positivo
- HCV Ab positivi con RNA positivo
- HIV positivi

In alternativa all' inidoneità il medico competente potrà prescrivere l'adozione di cautele aggiuntive quali uso di doppi guanti, uso di guanti antitaglio, ecc.

Condizioni di ipersuscettibilità a cui prestare attenzione nella formulazione del giudizio : dermatosi secernenti, lesioni cutanee essudative in atto, deficit immunologici.

6. Gestione degli eventi accidentali

Protocollo operativo post-infortunio per puntura/contatto con fluidi biologici (allegato 1)

Protocollo operativo post contatto con caso accertato di TBC in fase attiva (allegato 2)

7. Riferimenti

Per una più precisa definizione delle patologie riportate e del protocollo di accertamenti vedi “Linee guida della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale vol. 17 : Sorveglianza sanitaria dei lavoratori della sanità esposti a rischio biologico” e “Linee guida della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale vol. 19 parte II : le vaccinazioni in ambienti di lavoro”

Allegato 1

PROFILASSI POST ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALE (PPE) NEGLI OPERATORI SANITARI

PROTOCOLLO OPERATIVO POST-INFORTUNIO PER PUNTURA/CONTATTO CON FLUIDI BIOLOGICI

Operatore Sanitario: persona la cui attività comporta contatto con sangue o altri liquidi biologici in struttura sanitaria.

Esposizione Occupazionale: esposizione accidentale con materiali biologici “a rischio” durante l'attività lavorativa.

Modalità di esposizione considerate per una PPE (da non considerare contaminazioni di cute integra):

- Puntura con ago cavo
- Puntura o taglio con ago da sutura o tagliente solido
- Contaminazione massiva muco-congiuntivale
- Contaminazione di cute lesa (psoriasi, dermatiti secernenti, ustioni, abrasioni macroscopiche)

PPE raccomandata per esposizioni a:

- Sangue
- Fluidi contenenti sangue visibile
- Liquor cerebrospinale

PPE consigliata per esposizioni a:

- Sperma
- Secrezioni vaginali
- Liquido sinoviale, pleurico, peritoneale, pericardico, amniotico

PPE sconsigliata per esposizioni a:

- Urina, vomito, saliva, feci, lacrime, espettorato, sudore (se non contengono sangue visibile)

In caso di esposizione accidentale a rischio per HIV, la cosa più urgente è conoscere lo stato HIV del paziente fonte (ove identificabile) in quanto se positivo (o se ha negato l'assenso all'esecuzione del test) si offre all'operatore la profilassi con farmaci antiretrovirali la cui efficacia è direttamente proporzionale alla tempestività di inizio (preferibilmente entro le 24 ore o al massimo entro le 72 ore dopo di cui è sconsigliata) come previsto dalle linee guida farmacologiche con follow up per monitorare la comparsa o meno di anticorpi anti HIV fino a sei mesi dall'esposizione a rischio. Particolare cautela e farmaci personalizzati in caso di gravidanza del soggetto. Se paziente fonte negativo non si effettua ovviamente alcuna profilassi.

Non vi è invece alcuna urgenza di conoscere l'**eventuale positività del paziente per Epatite B o C** in quanto nessuna profilassi è disponibile per l'epatite C mentre la profilassi per l'epatite B può essere praticata entro le 72 ore successive all'esposizione.

L'iter per l'operatore che ha subito esposizione occupazionale è il seguente:

- Recarsi al P.S. (per referto) dove il Sanitario di turno, valutata la gravità dell'incidente, propone la PPE (dietro consenso informato)
- Avuto il consenso si invia l'operatore immediatamente all'U.O. AIDS per l'avvio della stessa e l'apertura del protocollo di sorveglianza (in caso di orario di chiusura dell'U.O. AIDS il P.S. Fornirà la dose minima fino all'apertura del centro.

(Tratto da “Come gestire le esposizioni accidentali occupazionali e non occupazionali ad HIV ed Epatite B e C”U.O. Sorveglianza AIDS Osp. S. Eugenio – Dott. A. De Filippis.

Allegato 2

PROTOCOLLO OPERATIVO POST CONTATTO CON CASO ACCERTATO DI TBC IN FASE ATTIVA

Estratto da: Protocollo prevenzione e controllo tubercolosi nosocomiale Ver.1 del 05_09_2007

Redatto da Dott.ssa Tiziana De Vito, Dott.ssa Tiziana Causo, Dott. Carlo Cerocchi (Resp.U.Org.Profilassi M.Infettive Dip.Prevenzione), Dott. Domenico D'Oca (Resp.U.O. Medicina del Lavoro S.Eugenio), ICI Gianna Darelli, ICI Daniela De Giorgio

GESTIONE PERSONALE "CONTATTO" FASE 1 (rif.2,3,6,10)	RESPONSABILE	TEMPO
	MEDICO COMPETENTE	NEL PIU' BREVE TEMPO POSSIBILE NON APPENA RICEVUTI GLI ELENCHI
<p>1. <u>SOTTOPORRE A TEST</u> con intradermoreazione secondo Mantoux (<u>Quantiferon TB Gold</u>) TUTTO IL PERSONALE DEFINITO "CONTATTO REGOLARE":</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>SE POSITIVI</u> : ESEGUIRE RX TORACE• SE RX TORACE POSITIVO: PROSEGUIRE L'ITER DIAGNOSTICO E COMINCIARE SUBITO LA TERAPIA• SE RX TORACE NEGATIVO: CHEMIOTERAPIA PREVENTIVA NEI SOGGETTI NON VACCINATI CON BCG. NEI SOGGETTI VACCINATI VALUTARE CASO PER CASO • <u>SE NEGATIVI</u> : RIPETERE intradermoreazione secondo Mantoux dopo 60 giorni (TEST QUANTIFERON DOPO 40 / 60 GIORNI) • <u>CONTROLLO A 60 GIONI (40 / 60 GIORNI)</u>☺ • <u>SE POSITIVI</u>: ESEGUIRE RX TORACE• SE RX TORACE POSITIVO: SOSPETTO CASO DI TBC (VEDI PUNTO 4)• SE RX TORACE NEGATIVO: CHEMIOTERAPIA PREVENTIVA		
<p>3. SE I CONTATTI REGOLARI RISULTANO POSITIVI ALLARGARE LO SCREENING AL PERSONALE CONTATTO OCCASIONALE</p>		
<p>1. IN CASO DI SOSPETTA TBC PROCEDERE:</p> <ul style="list-style-type: none">• ALLA NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA (PAGINA 1)		

- ALL'ALLARGAMENTO DELLO SCREENING AL PERSONALE DELLA CATEGORIA DI RISCHIO SUCCESSIVA

GESTIONE PERSONALE "CONTATTO" FASE 2	RESPONSABILE	TEMPO
	DIREZIONE MEDICA	APPENA RICEVUTA LA NOTIFICA DI CASO SOSPETTO
1. PRENDERE CONTATTO CON STRUTTURA DOTATA DI REPARTO DI MALATTIE INFETTIVE PER IL PROSEGUITO DELL'ITER DIAGNOSTICO, CONCORDANDO CON LA STESSA LE MODALITA' DELLA TEMPESTIVA E UFFICIALE COMUNICAZIONE DELLA CONFERMA DIAGNOSTICA, AI FINI DELLA DENUNCIA DI INFORTUNIO SUL LAVORO		
DENUNCIA INFORTUNIO SUL LAVORO (rif.2,3)	RESPONSABILE	TEMPO
	DIREZIONE MEDICA	ENTRO 48 ORE DALLA RICEZIONE DELLA CONFERMA DIAGNOSTICA
1. SECONDO LE PROCEDURE INTERNE		
2. COMUNICARE L'EVENTO AL GO.CIO		

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI PAZIENTI VALUTAZIONE DEL RISCHIO E MISURE DI TUTELA

Il rischio da movimentazione manuale dei pazienti si configura in ogni reparto o nell'espletamento di ogni mansione o compito lavorativo in cui è prevista la movimentazione di pazienti non autosufficienti o parzialmente autosufficienti e pertanto tale movimentazione avviene regolarmente, sia pure con diversa frequenza e impegno individuale.

In quelle situazioni in cui la movimentazione di pazienti non è prevista nell'ordinario svolgimento dell'attività lavorativa, ma può verificarsi solo come evento impreveduto o accidentale, si potrebbe configurare un rischio infortunistico, con effetti di tipo acuto, ma non un rischio di alterazioni cronico degenerative dell'apparato locomotore.

Valutazione del rischio

Gli elementi e le variabili da prendere in considerazione hanno peculiarità un po' diverse da quelle che si considerano quando si tratta di movimentare merci, oggetti o materiali. Non si può intervenire sulle caratteristiche del carico, ma solo sulla disponibilità di ausili, l'organizzazione del lavoro e le procedure da mettere in atto.

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*, di maggiore approfondimento, con l'applicazione di algoritmi o stime quantitative del rischio.

Sia nel primo che nel secondo livello di valutazione gli elementi da prendere in considerazione sono:

- caratteristiche del lavoro (tipologia di attività);
- caratteristiche dell'ambiente (spazi, ostacoli, barriere);
- tipologia dei pazienti (grado di autosufficienza);
- disponibilità di ausili (presenza e possibilità di utilizzo);
- organizzazione del lavoro (rapporto operatori/pazienti).

Applicando il primo livello di valutazione, nelle strutture della ASL Roma C si giunge alla seguente suddivisione dei reparti/strutture, in base ad una stima semiquantitativa del rischio:

<i>Rischio</i>	<i>Reparti/strutture</i>
Assente/lieve	Ambulatori e diagnostica
Medio	Reparti di degenza e diagnostica radiologica
Alto	Unità spinale, Rianimazione, Unità Coronarica

Per l'approfondimento di secondo livello sono state sperimentate e sono disponibili in letteratura diverse metodiche applicabili sul campo, di cui un elenco esaustivo è riportato nelle linee guida dalla SIMLII sull'argomento, recentemente rese disponibili in rete.

In attesa di una più precisa quantificazione del rischio sulla base dell'applicazione di una di tali metodiche, si può considerare come "livello d'azione" il rischio medio, a partire dal quale vanno identificate le misure di tutela, compresa la sorveglianza sanitaria da parte del medico competente.

Protocollo per la sorveglianza sanitaria

Il medico competente, per il personale operante nei reparti a rischio medio e alto, che svolge mansioni/compiti comportanti la movimentazione manuale di pazienti, attua, quale accertamento mirato al rischio, il "protocollo di valutazione clinico funzionale del rachide" messo a punto da e.p.m./CEMOC di Milano (autori Occhipinti, Colombini, Menoni).

Tale protocollo prevede:

- indagine anamnestica mirata, tramite questionario, che consente di individuare un livello di “positività anamnestica”
- un esame clinico-funzionale standardizzato, da effettuarsi in prima valutazione e periodicamente nei casi di positività anamnestica, che indaga specificamente: morfologia, dolorabilità, motilità, retrazioni muscolo-tendinee, segni di compromissione radicolare;
- un criterio di indirizzo per l’effettuazione di indagini strumentali.

L’applicazione del protocollo consente di fare una classificazione clinico-funzionale della persona (*assenza di disturbi, disturbi minori, spondiloartropatie di 1°, 2° o 3°*) utili ad inquadrare i casi in maniera omogenea, monitorare nel tempo l’andamento clinico, e classificare/ aggregare i dati ai fini di valutazioni collettive trasversali e/o longitudinali.

Segni e/o quadri clinico-funzionali che richiedono indagini strumentali

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Gibbo di almeno 1 cm - Motilità analitica segmentaria tendenzialmente molto ridotta in soggetto di giovane età - Presenza di dorso curvo strutturato - Presenza di ritmo lombo-pelvico nettamente alterato - Presenza di dolore irradiato (cruralgia, sciatalgia, cervicobrachialgia...) - SAP di 2° grado con presenza di dolori presso-palpatori estesi alla maggior parte del tratto - SAP di 3° grado - Lombalgie acute ripetute |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Criteri di riferimento per l’espressione dei giudizi di idoneità alla mansione specifica

Nel caso della movimentazione manuale di pazienti, l’idoneità espressa dal medico competente può risultare un problema di non facile soluzione a causa dei seguenti motivi:

- **nel caso della movimentazione di pazienti è più difficile ridurre il rischio** con misure di prevenzione primaria, non essendo possibile intervenire sulla riduzione del peso da movimentare;
- spesso esistono **ostacoli sia organizzativi che strutturali**, di difficile o onerosa soluzione, che non consentano di fare un efficace e diffuso uso di ausili meccanici;
- i danni alla salute che possono essere determinati da tale rischio sono rappresentati da **patologie comuni, di per sé molto diffuse** nella popolazione generale;
- in alcune realtà lavorative può **non essere facile adibire le persone ad altri compiti** meno gravosi;
- è pressante l’**esigenza contrapposta di tutelare** da una parte la **salute** del lavoratore e dall’altra la sua **capacità lavorativa**.

Per i motivi suddetti è necessario che il medico competente, che si accinge ad esprimere un giudizio di idoneità per lavoratori che presentano disturbi e/o patologie di vario grado, adotti un criterio non “improvvisato”, ma ispirato alle linee guida della medicina del lavoro, che non crei, o limiti al massimo, possibili sperequazioni e soprattutto che sia calibrato sulle reali e specifiche condizioni lavorative della singola persona.

E’ necessario fare riferimento alla valutazione del rischio, ma non basarsi solamente su un indice sintetico di reparto o area ed esaminare le modalità di lavoro dettagliate della singola persona, per poter riferirsi, quando si devono esprimere limitazioni o prescrizioni, alle esatte circostanze lavorative e alle reali operazioni svolte e ausili utilizzabili.

Si propone uno schema orientativo elaborato sulle indicazioni della letteratura scientifica e in modo particolare delle linee guida sull’argomento prodotte dalla SIMLII.

L'applicazione di tale schema presuppone che, indipendentemente dallo stato di salute dei lavoratori, si cerchi di **ridurre il rischio ogni volta che sia possibile** (prioritariamente dove il rischio è alto) agendo sulla **adeguatezza degli organici**, sull'**organizzazione del lavoro**, sulla fornitura di **ausili adeguati** e sull'effettuazione di buona **formazione e addestramento** alle tecniche di corretta movimentazione.

Condizioni di salute	Giudizi	Periodicità della valutazione	Condizioni di rischio o di contesto
Assenza di disturbi	Idoneità	Biennale/triennale	
- Disturbi solo funzionali che non richiedono terapia - Patologie specifiche di lieve entità, asintomatiche	Idoneità	Annuale	Opportuno formulare limitazioni/prescrizioni temporanee se il rischio è alto, in attesa di provvedimenti atti a ridurlo.
Patologie specifiche di entità medio-grave che al momento non richiedono terapia	Idoneità parziale con limitazioni/prescrizioni	Annuale o inferiore in base alla gravità delle patologie e/o entità del rischio	
Disturbi e/o patologie che richiedono terapia, in fase di acuzie e/o con possibilità di recupero funzionale totale	Inidoneità temporanea	Al termine del periodo della inidoneità	La durata della inidoneità sarà proporzionata al tipo di terapia (medica, fisiatrica o chirurgica)
Patologie specifiche gravi con o senza disturbi funzionali	Inidoneità permanente	Allo svolgimento di mansioni ad alto rischio. A tutte le mansioni a rischio, se la riduzione del rischio che è stato possibile attuare, anche con limitazioni e/o prescrizioni, non porta alcun beneficio e si documenta il persistere dei disturbi o un aggravamento dei disturbi e della patologia in 2-3 controlli successivi a periodicità ravvicinata (3-6-mesi)	

Oltre alle misure di prevenzione primaria (riduzione del rischio) e secondaria (sorveglianza sanitaria), in questo caso sarebbe molto utile attivare anche una forma di prevenzione terziaria (recupero funzionale) rappresentata dalla "*back school*". Trattasi di tecniche di rieducazione motoria tese a recuperare un danno funzionale a carico della colonna vertebrale.

La ASL possiede le risorse tecnico-professionali per attivare questa pratica fisioterapica, alla quale potrebbero essere indirizzati tutti quei casi in cui il medico competente ha espresso un giudizio di inidoneità temporanea, nelle condizioni sopra indicate. La *back school* risulterebbe vantaggiosa non solo per i lavoratori che presentano disturbi, ma anche per l'azienda che potrebbe con tale metodica ridurre sia i periodi di assenza dal lavoro che la durata delle temporanee inidoneità.

ALCOL E PROBLEMI ALCOL CORRELATI

Premessa normativa

Le strutture sanitarie sono interessate all'applicazione del *divieto di somministrazione e assunzione di bevande alcoliche*, previsto dall'art 15 della Legge 125/01 (Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati), in quanto tra le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute di terzi, individuate dal Provvedimento 16 marzo 2006 della Conferenza Stato-Regioni, sono comprese le *mansioni sanitarie svolte in strutture pubbliche e private in qualità di: medico specialista in anestesia e rianimazione; medico specialista in chirurgia; medico ed infermiere di bordo; medico comunque preposto ad attività diagnostiche e terapeutiche; infermiere; operatore socio sanitario; ostetrica caposala e ferrista*. Inoltre sono soggetti allo stesso divieto coloro che svolgono la mansione di autista, in possesso delle patenti di guida categoria B,C,D,E o altre figure professionali quali gli addetti alla manutenzione degli ascensori, qualora dipendenti delle stesse strutture sanitarie.

La problematica è poi ripresa dal D.Lgs 81/08 che stabilisce, per le stesse mansioni, l'obbligo di effettuare visite mediche preventive, periodiche e al cambio mansione, da parte del medico competente, finalizzate alla *verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza*.

Campo di applicazione all'interno della ASL Roma C

In accordo con quanto previsto dalla normativa, le misure di prevenzione e di tutela relativa al rischio di assunzione di bevande alcoliche dovranno riguardare:

- personale medico ospedaliero e del territorio che svolge attività di diagnosi e cura;
- personale infermieristico;
- ostetriche;
- caposala;
- ferristi;
- operatori socio-sanitari;
- autisti di autovetture o ambulanze;
- addetti alla manutenzione ascensori.

Valutazione del rischio

La possibile assunzione di bevande alcoliche deve essere presa in considerazione nell'ambito della valutazione del rischio infortunistico, assieme agli altri suoi possibili determinanti, anche se nel comparto sanitario il divieto di assunzione di alcolici ha evidentemente lo scopo precipuo di salvaguardare la salute e l'incolumità degli assistiti. Il rischio condizionato dal consumo di alcol potrebbe essere giudicato di differente entità, sulla base dell'attività svolta potendosi considerare più rilevante in alcune mansioni (es. nelle attività chirurgiche o ostetriche) rispetto ad altre (es. attività diagnostiche non invasive).

In conseguenza della valutazione, vanno individuate le misure di tutela, sia di tipo primario che secondario.

Tra le **misure di prevenzione primaria** vanno inserite:

- *eliminazione* della possibilità di disporre di bevande alcoliche sul posto di lavoro, togliendo gli alcolici dalle mense aziendali e vietandone la vendita nei bar interni alle strutture;
- *campagne informative* sui luoghi di lavoro a tutti i lavoratori;
- *formazione specifica* sugli effetti dannosi dell'alcol, sulla necessità del suo divieto e sulle modalità con cui l'azienda procederà ad effettuare i controlli, ad ogni lavoratore addetto alle attività del campo di applicazione;
- *counselling* del medico competente ad ogni lavoratore, durante l'effettuazione delle visite mediche preventive e periodiche;
- adozione di *procedure*, possibilmente condivise con i lavoratori o loro rappresentanti, ma in ogni caso rese note agli stessi, con le quali l'azienda può verificare sul posto di lavoro il rispetto o meno del divieto da parte dei lavoratori, attraverso persone a tale scopo formalmente incaricate o tra i dirigenti o tra i preposti (es. caposala).

Le **misure di prevenzione secondaria** consistono in due distinti approcci, entrambi gestiti dal medico competente:

- *controlli alcolimetrici* (per la verifica del rispetto del divieto di assunzione);

- *sorveglianza sanitaria* sugli effetti legati all'assunzione abituale o abuso cronico di bevande alcoliche (per verificare l'assenza di condizioni di alcol dipendenza).

I controlli alcolimetrici sono rappresentativi dell'assunzione di alcol avvenuta nelle ore immediatamente precedenti (1 o più ore, in funzione della dose assunta) e quindi si prestano ad essere utilizzati per controlli estemporanei di esposizione e non come accertamento programmato. Gli accertamenti mirati eseguiti preventivamente e periodicamente come sorveglianza sanitaria hanno invece la funzione di valutare il consumo/abuso cronico di bevande alcoliche attraverso l'individuazione delle alterazioni biochimiche o cliniche causate dall'alcol a livello degli organi bersaglio.

Controlli alcolimetrici

- **finalità:** verifica del rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche sul luogo di lavoro; essendo questo lo scopo, non potrà essere tollerato alcun livello di alcolemia maggiore di zero;
- **metodica:** utilizzo di etilometro per la misurazione dell'alcol nell'aria espirata alveolare. Tale metodica presenta i seguenti vantaggi: i livelli di alcol nell'aria alveolare sono ben correlati con i livelli alcolemici; non è invasiva; è di facile applicazione sul campo; può consentire di ottenere un risultato a stampa; se il lavoratore, in caso di positività, lo richiede espressamente può essere prelevato un campione di sangue per misurare l'alcolemia;
- **modalità:** i controlli verranno fatti senza preavviso dei lavoratori, presso la loro sede di lavoro, svincolati dagli accertamenti eseguiti per la sorveglianza sanitaria; i medici competenti si recheranno in tutti i presidi della ASL, eseguendo i controlli al personale presente in servizio in quel momento; i risultati saranno stampati, firmati dal medico competente e verrà chiesto al lavoratore di firmare a sua volta il risultato ottenuto;
- **frequenza dei controlli:** sarà compatibile con il tempo necessario a completare il giro dei controlli in tutti i presidi della ASL, ma in alcuni presidi o per alcuni dipendenti i controlli potranno risultare più frequenti, sulla base delle seguenti motivazioni:
 - reparti/presidi con attività considerate a maggior rischio;
 - segnalazioni ricevute dal personale incaricato di controllare il rispetto del divieto;
 - precedenti casi di positività al controllo alcolimetrico o di rifiuto di sottoporsi;
 - risultanze della sorveglianza sanitaria mirata a valutare il consumo alcolico dei lavoratori.
- **gestione dei risultati:**
 - in caso di controllo negativo: inserimento del risultato nella cartella sanitaria e di rischio;
 - in caso di controllo positivo: comunicazione al datore di lavoro o ad un suo delegato e al Responsabile della U.O. della trasgressione al divieto di assunzione, al fine di fare interrompere l'attività a rischio per quel giorno e provvedere affinché venga applicata la sanzione prevista; inserimento del risultato nella cartella sanitaria e di rischio, per essere integrato con i risultati della sorveglianza sanitaria, ai fine dell'espressione del giudizio di idoneità.
- **gestione dei rifiuti:** prima di interpretare eventuali rifiuti bisogna accertarsi se l'informazione e la formazione sia stata adeguatamente espletata. Il lavoratore che rifiuta di sottoporsi al controllo, nonostante adeguata informazione e formazione, è passibile di provvedimento disciplinare, nonché di segnalazione all'organo di vigilanza per violazione degli obblighi del lavoratore previsti dal D.Lgs 81/08 ed eventuale sospensione cautelativa dall'attività lavorativa quel giorno; il rifiuto andrà annotato nella cartella sanitaria e di rischio. Se il lavoratore si sottopone al controllo, ma rifiuta di firmare un risultato positivo, si può proporre di sottoporsi contestualmente ad un prelievo di sangue per il dosaggio dell'alcolemia, altrimenti vale comunque la positività riscontrata.

Sorveglianza sanitaria

Si avvale di accertamenti mirati a valutare il consumo alcolico della persona ed eventuali effetti a livello ematochimico o di organo.

- **protocollo:**
 - questionari sul consumo di alcol e sulle reazioni e conseguenze psicologiche (consigliati in letteratura l'AUDIT e il C.A.G.E);
 - esame emocromocitometrico (con attenzione particolare al MCV);
 - transaminasi;
 - gamma-GT;
 - CDT (transferrina desialata);

- eventuali accertamenti specialistici di II° livello (visita neurologica, psichiatrica, internistica).
- **periodicità:** “di norma” annuale, come indica l’art. 41 del D.Lgs 81/08, ma potrà essere maggiore o minore, per ogni singolo lavoratore, a giudizio del medico competente, in base ai dati anamnestici, clinici e di laboratorio che emergono nel corso delle sorveglianza sanitaria stessa.

La gestione dell’idoneità

In base alle risultanze degli accertamenti mirati al consumo di alcol, si possono realizzare diverse evenienze, schematizzabili nella seguente tabella:

	ANAMNESI	ESAME CLINICO	ESAMI EMATOCHIMICI	CONTROLLI ALCOLIMETRICI
<i>a</i>	-	-	-	-
<i>b</i>	+ modico consumo	-	-	-
<i>c</i>	-/+ modico consumo	-	-	+
<i>d</i>	-/+	- opportuno II° livello	+	-
<i>e</i>	-/+	- opportuno II° livello	+	+
<i>f</i>	+	+	+	+

- Per i casi *a* e *b* verrà espresso un giudizio di idoneità;
- per i casi *e* e *f* verrà espresso un giudizio di inidoneità, con invio del lavoratore ad idonea struttura per un percorso di recupero e disassuefazione, con conservazione del posto di lavoro;
- per i casi *c* e *d* verrà espresso un giudizio di idoneità, programmando però maggiori controlli. In particolare per il caso *c*, il medico competente dovrà segnalare la positività del controllo alcolimetrico al datore di lavoro, col duplice scopo di allontanare il lavoratore dal lavoro per quel giorno e attivare la sanzione amministrativa prevista ed eventuali altri provvedimenti disciplinari stabiliti dal datore di lavoro stesso. Successivamente, in base ad una valutazione del medico competente, basata su quanto emerge dal colloquio con il lavoratore, dal suo grado di consapevolezza rispetto al problema, dal fatto che sia la prima positività riscontrata o la persona sia recidiva e dal grado di positività riscontrato, il lavoratore sarà oggetto di ulteriore opera di counselling e più intensi controlli alcolimetrici. Se nonostante quanto sopra il lavoratore si mostrasse recidivo, il medico competente potrà assumere i provvedimenti descritti per i casi *e*) ed *f*), anche se non rilevasse alterazioni ematochimiche o patologie alcol correlate. E’ consigliabile in questi casi attivare valutazioni specialistiche di secondo livello, in particolare di tipo neurologico, tese ad indagare le funzioni neuro-comportamentali e le performance cognito-motorie (attenzione, vigilanza, tempi di reazione...). Il caso *d* è una condizione in cui nonostante l’abuso di alcol la persona non ha sviluppato una alcol-dipendenza e non mostra ancora danni d’organo causati dall’alcol, se non lievi alterazioni della funzione epatica, aumento del MCV e aumento della CDT. Riteniamo che in questi casi non si possano assumere provvedimenti di limitazione dell’idoneità lavorativa, ma sarà opportuno indirizzare il lavoratore a visita specialistica neurologica, come indicato in precedenza, eventualmente con inidoneità temporanea fino all’effettuazione degli approfondimenti neurologici; si potranno anche aumentare i controlli alcolimetrici e accorciare la periodicità della sorveglianza sanitaria, con la quale intensificare anche l’opera di counselling. Nel caso in cui gli approfondimenti neurologici mettessero in evidenza alterazioni dell’attenzione/vigilanza o altri deficit neuro-comportamentali, sarà giustificata una limitazione dell’idoneità e l’invio del lavoratore ad un percorso di recupero/disassuefazione.

APPENDICE

SCHEMA DI PROCEDURA PER LA RICHIESTA DI VISITA PER L'ACCERTAMENTO DELL'IDONEITA' LAVORATIVA E PER LA GESTIONE DELLE NON IDONEITA'/IDONEITA' CON PRESCRIZIONI

(a cura di Tiziana De Vito, Domenico D'Oca, Fulvio d'Orsi; Giorgio Marcelli)

A. VISITA A RICHIESTA DEL DIPENDENTE:

1. IL DIPENDENTE che richiede di essere sottoposto a visita medica per l'accertamento dell'idoneità lavorativa ai sensi dell'art.41 comma 2, lettera c) del D.Lgs. 81/2008, compila il modello n.1 indirizzato al MEDICO COMPETENTE della struttura di appartenenza.
2. IL MEDICO COMPETENTE, sottoposto a visita il dipendente, provvederà ad inviare copia del giudizio di idoneità alla DIREZIONE DELL'OSPEDALE/DISTRETTO/DIPARTIMENTO A STRUTTURA di appartenenza del dipendente.

B. VISITA A RICHIESTA DELL'AZIENDA:

1. Nel caso in cui l'AZIENDA, per accertamenti sull'idoneità lavorativa che non siano previsti dagli obblighi di legge sulla sorveglianza sanitaria e non siano stati richiesti dal dipendente ex art. 41 comma 2, lettera c) del D.Lgs. 81/2008, richieda la visita da parte della Commissione Medica di Verifica, il RESPONSABILE DELL'OSPEDALE/DISTRETTO/DIPARTIMENTO A STRUTTURA di appartenenza del dipendente compila il modello n.2 (richiesta alla UOC Risorse Umane e per conoscenza al dipendente). Il modello n.2 va corredato con una dettagliata relazione tecnica che descriva le attività svolte dal dipendente e le motivazioni della richiesta di visita.
2. La UOC RISORSE UMANE provvede all'invio alla Commissione Medica di Verifica della richiesta. Quando il relativo giudizio di idoneità formulato dalla Commissione Medica di Verifica perverrà alla UOC RISORSE UMANE, essa provvederà all'invio al Direttore della macrostruttura di appartenenza del dipendente (Ospedale/Distretto/Dipartimento a struttura).

C. GESTIONE GIUDIZI DI NON IDONEITA'/IDONEITA' CON PRESCRIZIONI TEMPORANEI ESPRESSI DALLA C.M.V.:

1. Qualora la CMV abbia espresso un giudizio di non idoneità/idoneità con prescrizioni temporaneo, la UOC RISORSE UMANE ne comunica al dipendente la data di scadenza ed "avrà cura di disporre nuovo accertamento sanitario ai fini di acquisire il definitivo giudizio sullo stato di inabilità" almeno 120 giorni prima della scadenza. L'Azienda sospenderà la reimmersione nelle mansioni del dipendente interessato fino all'acquisizione del giudizio definitivo della CMV. A questo scopo la UOC Risorse Umane comunica la notizia della presentazione di nuova domanda al Direttore della Macrostruttura ed al Direttore della UOC/VO di appartenenza ed al Dipendente interessato.

D. GESTIONE GIUDIZI DI NON IDONEITÀ O DI IDONEITÀ CON PRESCRIZIONI FORMULATI DAL MEDICO COMPETENTE O DALLA COMMISSIONE MEDICA DI VERIFICA CHE PONGONO PROBLEMI DI COMPATIBILITÀ CON LE MANSIONI SVOLTE DAL DIPENDENTE:

1. Qualora il giudizio di non idoneità o di idoneità con prescrizioni formulato dal Medico Competente o dalla Commissione Medica di Verifica, ponga problemi di compatibilità con le mansioni svolte dal dipendente, sarà necessaria una FASE DI VALUTAZIONE sulla più proficua destinazione lavorativa del dipendente, tenendo conto delle necessità organizzative e -ove possibile- delle aspettative del dipendente. Responsabile del procedimento di valutazione per il personale medico e della dirigenza sanitaria non medica sarà il Direttore dell'Ospedale, il Direttore del Distretto o del Dipartimento a struttura, per il personale del comparto sanitario il Responsabile dell'Ufficio Infermieristico dell'Ospedale, del Distretto o del Dipartimento a struttura, per il personale amministrativo e tecnico il Direttore Amministrativo dell'Ospedale del Distretto o del Dipartimento a struttura. Il Direttore Sanitario aziendale, il Direttore Amministrativo aziendale ed il Direttore del Dipartimento Assistenza alla Persona saranno responsabili della valutazione per il personale afferente alle strutture di propria diretta pertinenza e della valutazione di ultima istanza (4° livello).

A seconda del caso, sono previsti diversi livelli di valutazione, come di seguito illustrati:

1° livello (possibilità di proficua destinazione lavorativa del dipendente all'interno della stessa U.O.C./U.O.):

Per il personale medico il Direttore dell'Ospedale/Distretto/Dipartimento a struttura sarà coadiuvato da:

Direttore della U.O.C./U.O. di appartenenza del dipendente;
Medico Competente.

Per il personale del comparto sanitario il Responsabile dell'Ufficio Infermieristico dell'Ospedale/Distretto/Dipartimento a struttura sarà coadiuvato da:

Capo Sala della U.O.C./U.O. di appartenenza del dipendente;
Medico Competente.

Per il personale amministrativo e tecnico il Direttore Amministrativo dell'Ospedale/Distretto/Dipartimento a struttura sarà coadiuvato dal Medico Competente.

2° livello (possibilità di proficua destinazione lavorativa del dipendente all'interno dello stesso Dipartimento ospedaliero):

Nel caso in cui il dipendente non sia stato considerato proficuamente utilizzabile all'interno della stessa U.O.C./U.O. ed essa sia inserita all'interno di un Dipartimento ospedaliero, si valuta la possibilità di ricollocarlo nell'ambito del Dipartimento di appartenenza.

Per il personale medico il Direttore dell'Ospedale sarà coadiuvato da:

Direttore del Dipartimento ospedaliero;
Medico Competente.

Nel caso di personale del comparto sanitario il Responsabile dell'Ufficio Infermieristico dell'Ospedale/Distretto/Dipartimento a struttura sarà coadiuvato dal Medico Competente.

3° livello (possibilità di proficua destinazione lavorativa del dipendente all'interno della stessa struttura):

Nel caso in cui il dipendente non sia stato considerato proficuamente utilizzabile nell'ambito del Dipartimento ospedaliero di appartenenza, si valuta la possibilità di ricollocarlo nell'ambito della stessa macrostruttura di appartenenza.

Per il personale medico il Direttore dell'Ospedale/Distretto/Dipartimento a struttura sarà coadiuvato dal Medico Competente.

Per il personale del comparto sanitario il Responsabile dell'Ufficio Infermieristico dell'Ospedale/Distretto/Dipartimento a struttura sarà coadiuvato dal Medico Competente.

Per il personale amministrativo e tecnico il Direttore Amministrativo dell'Ospedale/Distretto/Dipartimento a struttura sarà coadiuvato dal Medico Competente.

4° livello (possibilità di proficua destinazione lavorativa del dipendente nell'ambito dell'Azienda):

Nel caso in cui il dipendente non sia stato considerato proficuamente utilizzabile nell'ambito della macrostruttura di appartenenza (Ospedale/Distretto/Dipartimento a struttura), si valuta la possibilità di ricollocarlo nell'ambito dell'Azienda.

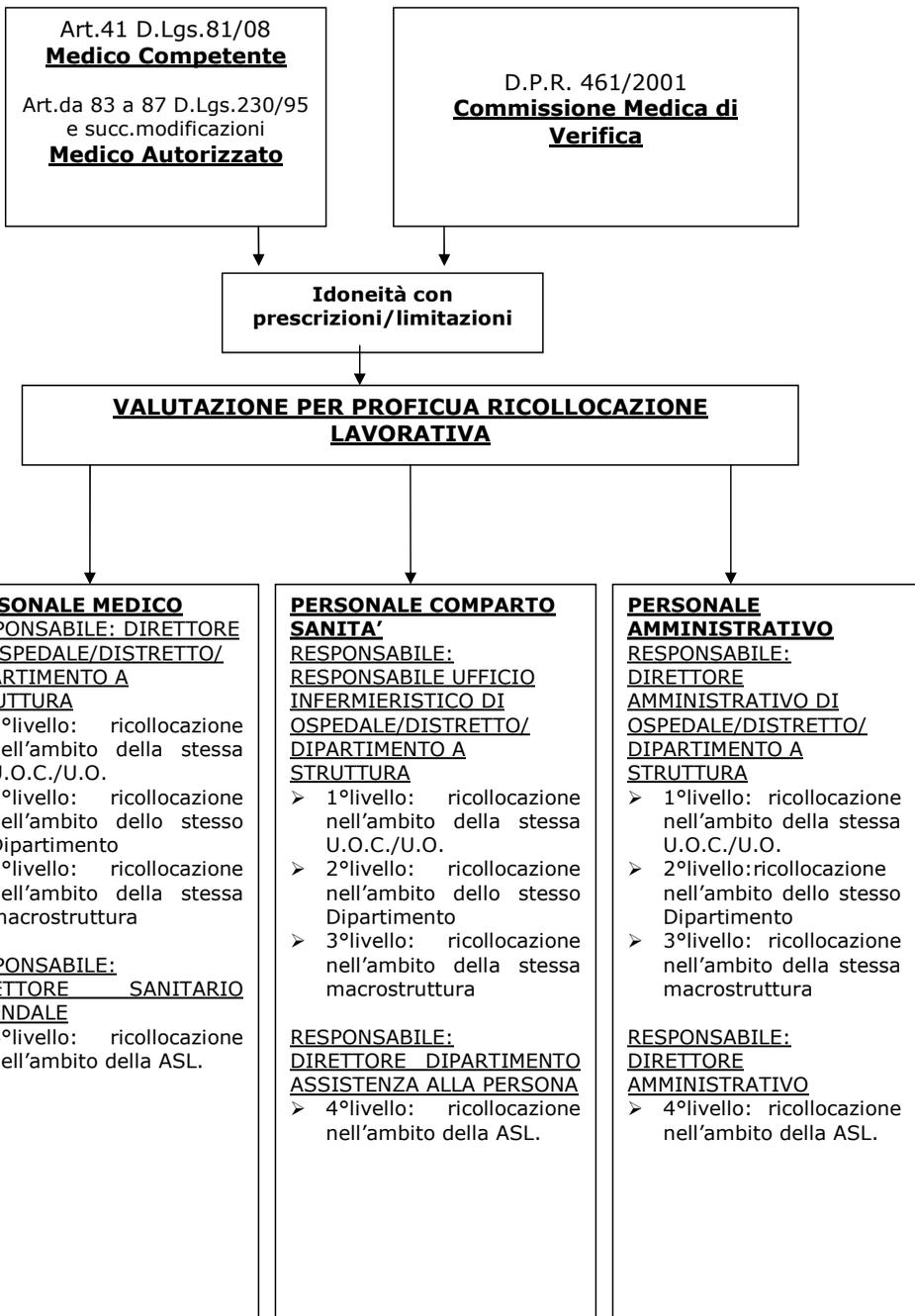
La responsabilità della valutazione di ultimo livello per il personale medico è del Direttore Sanitario Aziendale, che si avvarrà per la valutazione dei Direttori di Ospedale/Distretto/Dipartimento a struttura e dei Medici Competenti.

Per il personale del comparto sanitario la responsabilità è del Direttore del Dipartimento Assistenza alla Persona, che si avvarrà per la valutazione dei Responsabili degli Uffici Infermieristici e dei Medici Competenti.

Per il personale amministrativo e tecnico la responsabilità è del Direttore Amministrativo Aziendale che si avvarrà per la valutazione dei Direttori Amministrativi di Ospedale/ Distretto/Dipartimento a struttura e dei Medici Competenti.

A tutti i livelli di valutazione è consentita la partecipazione di un rappresentante "fiduciario" del lavoratore.

Deve essere redatto un verbale della procedura di counselling per la ricollocazione lavorativa sottoscritto da tutti i partecipanti nel quale il dipendente può indicare se accetta o no la nuova destinazione lavorativa (modelli 3 e 4)



Modello n.1

AL MEDICO COMPETENTE
DOTT. _____

OGGETTO: Richiesta di visita medica per giudizio di idoneità lavorativa ex art.41 comma 2, lettera c) D.Lgs.81/2008.

__I__ sottoscritt _____ matr. n° _____ in servizio presso
_____ con la qualifica di _____

CHIEDE

di essere sottoposto a visita e ad eventuali accertamenti sanitari per le seguenti motivazioni:

__I__ dipendente

Roma, _____

=====

Parte riservata al Medico Competente

Si invita il dipendente a presentarsi a visita in data _____

Il Medico Competente

Per ricevuta

Roma, _____ Il dipendente _____



Regione Lazio

Modello n. 2

**ALLA U.O.C. RISORSE UMANE
ASL ROMA C**

e, p.c.

AL DIPENDENTE

OGGETTO: Richiesta di visita medica presso la Commissione Medica di Verifica per verifica idoneità ovvero esonero da compiti d'istituto.

La scrivente Direzione _____ per il/la dipendente
_____ matricola n°
_____ in servizio presso _____
con la qualifica di: _____

CHIEDE

Che venga sottoposto a visita medico collegiale e ad eventuali accertamenti sanitari al fine di verificarne la incondizionata idoneità o la necessità di eventuali esoneri da compiti d'istituto.

Si allegano:

- Relazione tecnico descrittiva delle attività svolte dal dipendente

Il Direttore

Roma, _____

Modello n. 3

VERBALE RIUNIONE DI "COUNSELLING" DI 1° LIVELLO PER RICOLLOCAZIONE LAVORATIVA.

Dopo attenta valutazione delle prescrizioni formulate a carico del dipendente (allegato giudizio MC/CMV) e delle possibilità di proficua destinazione lavorativa nell'ambito della UOC/UO di appartenenza, il dipendente _____ viene assegnato alle seguenti attività _____ in quanto tale determinazione viene ritenuta compatibile con le prescrizioni formulate.

Il dipendente accetta non accetta la presente determinazione.

Copia del presente atto viene consegnata contestualmente al dipendente.

Il Dipendente

Il Direttore dell'Ospedale-Distretto-Dipartimento di appartenenza del dipendente /Il Responsabile Ufficio Infermieristico

Il Direttore U.O.C.-U.O. di appartenenza del dipendente/ Il CapoSala

Il Medico Competente

Il fiduciario del lavoratore

Roma, _____

Modello n. 4

**VERBALE RIUNIONE DI "COUNSELLING" DI 2°/3°/4° LIVELLO
PER RICOLLOCAZIONE LAVORATIVA.**

Essendo state esperite senza esito favorevole le procedure di valutazione per la ricollocazione lavorativa di livello inferiore (allegati verbali), dopo attenta valutazione delle prescrizioni formulate a carico del dipendente (allegato giudizio MC/CMV) e delle possibilità di proficua destinazione lavorativa nell'ambito del Dipartimento ospedaliero di appartenenza, il dipendente _____ viene assegnato alle seguenti attività _____ in quanto tale determinazione viene ritenuta compatibile con le prescrizioni formulate.

Il dipendente accetta non accetta la presente determinazione.

Copia del presente atto viene consegnata contestualmente al dipendente.

Il Dipendente _____

Il Direttore dell'Ospedale-Distretto-Dipartimento di appartenenza del dipendente /Il Responsabile Ufficio Infermieristico _____

Il Direttore del Dipartimento ospedaliero di appartenenza del dipendente/ Il Responsabile Infermieristico _____

Il Medico Competente _____

Il fiduciario del lavoratore _____

Roma, _____

