

RUOLO DEL MEDICO
COMPETENTE:
PRESENZA NECESSARIA PER
UNA PREVENZIONE DI SISTEMA

Dott. Pietro Antonio Patanè

Medico Competente

Presidente ANMA - Associazione Nazionale Medici d'Azienda
e Competenti

Normalmente il Medico Competente viene percepito e chiamato in causa per quanto attiene la salute dei Lavoratori venendosi a creare però un automatismo concettuale: quindi non c'entra con la sicurezza.

E se è pur vero che sarebbe ridicolo immaginare un Medico Competente tuttologo - che «ficca il naso» nei circuiti di sicurezza delle macchine e degli impianti e si esprime sulle procedure di evacuazione - sarebbe improprio escluderlo da ogni apporto positivo circa la sicurezza dei Lavoratori. Certo, con metodi ed interventi propri del suo ruolo e del suo profilo professionale, che rimane pur sempre sanitario.

Di che Medico Competente stiamo parlando?

Come potrà esprimersi con cognizione di causa e quindi con autorevolezza?

Stiamo parlando del Medico Competente come descritto dal nostro statuto di Società Scientifica: inserito nel contesto aziendale - inserito in quella trama organizzativa, di conoscenze, tecnologica, di layout, di persone al lavoro che si chiama azienda, piccola o grande che sia. Potremmo dire anche: passare dalla Medicina del Lavoro alla Medicina dei luoghi di lavoro. Un Medico Competente avulso da questa realtà non curerà bene né la salute e tanto meno la sicurezza dei Lavoratori.

Il Medico Competente?!?

Proviamo ad esaminare la
posizione del Medico Competente
nell'attuale scenario del mondo
del lavoro per cercare di
individuare i fattori che lo
possano rendere realmente
efficace nella tutela della
sicurezza dei Lavoratori



Definizione

(art. 2, comma 1m D.lgs. 81/08)



Sorveglianza Sanitaria:

Insieme degli atti medici, *finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori*, in relazione **all'ambiente di lavoro**, *ai* fattori di rischio professionali e alle ***modalità di svolgimento*** dell'attività lavorativa

Sorveglianza sanitaria: lo scopo primario

Fornisce al medico competente gli elementi di ordine clinico e strumentale per poter formulare il

*giudizio di idoneità
alla mansione specifica*

...tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori...

Allora, il ruolo del Medico Competente relativamente ai rischi per la salute «normati», previsti da specifiche norme di legge, si chiarisce.

Di fatto nelle realtà lavorative più complesse la situazione non è così lineare: oltre ai rischi *per la salute* non previsti da norme di legge specifiche, vi sono moltissime attività ad alto rischio per la sicurezza per le quali risulta opportuna (quando non esplicitamente richiesta) la verifica dell'idoneità psicofisica.

...la nuova norma... D.L. 4.5.2023 n. 48 convertito in L. 3.7.2023 n. 85 (c.d. Decreto Lavoro)

La distinzione tra rischi normati e rischi non normati, nella “nuova” sorveglianza sanitaria, assume una accezione diversa: anche i rischi non previsti dalle singole norme hanno comunque una espressa copertura normativa; la distinzione semmai si pone tra rischi “nominati” (sono i rischi direttamente nominati dal legislatore: è il legislatore stesso a sancire l’obbligo di effettuare sorveglianza sanitaria) e rischi “valutati” (sono i rischi individuati nella valutazione dei rischi: il legislatore non li nomina singolarmente, ma ne sancisce la fonte dell’obbligo di sorveglianza, che è la valutazione dei rischi). Avv. G. Scudier

I cosiddetti «rischi
nominati»

DISPOSIZIONI DI LEGGE	RISCHI	LAVORAZIONI E/O LIVELLI DI ESPOSIZIONE A CUI SI APPLICA
D.Lgs. 81/08	Movimentazione manuale di carichi	LI >= 1
	Lavoro al videoterminale	Esposizione > 20 ore medie / sett
	Agenti chimici pericolosi non classificati né classificabili come cancerogeni o mutageni 1A e 1B ai sensi della normative EU	Esposizione superiore al livello che corrisponde a un "irrilevante" per la salute (ragionevolmente assumibile come quello corrispondente al DNEL)
	Agenti chimici pericolosi classificati ovvero classificabili come cancerogeni e/o mutageni 1A e 1B ai sensi della normative EU	Esposizione superiore al livello di fondo della popolazione generale non professionalmente esposta
	Amianto	Tutte le attività escluse le "esposizioni sporadiche e di debole intensità" (ESEDI)
	Rumore	LEX > 85 dBA (a richiesta per LEX > 80 dBA)
	Vibrazioni meccaniche	Vibrazioni braccio-mano > 2,5 m/s ² (8 ore) Vibrazioni corpo intero > 0,5 m/s ² (8 ore)
Art. 180, D.Lgs. 81/08	Radiazioni ottiche artificiali - Ultrasuoni - Infrasuoni - M elettromagnetici -	
Titolo X-bis	Agenti biologici e rischi da ferite da taglio e da punture n sanitario	
D.P.R. 321/56	Atmosfere iperbariche	

**Fonte: Manuale
del Medico
Competente
Anma.**

Restano escluse dal giudizio del MC altre valutazioni relative alle possibilità di lavoro che non spettano al medico competente:

- **CAPACITÀ:** propensione a svolgere una determinata attività lavorativa fondata sulle caratteristiche personali, biologiche, fisiche e attitudinali
- **ABILITÀ:** particolare bravura, perizia, destrezza nello svolgimento di una data attività lavorativa
- **IDONEITÀ GENERICA AL LAVORO:** Idoneità psicofisica dell'individuo ad espletare una qualsiasi attività lavorativa

}
**Resa
contrattuale**

La duplice valenza del giudizio di idoneità lavorativa

Preventiva (giudizio del Medico Competente)

È **rivolta** alla tutela della salute del lavoratore

È **relativa** alla valutazione dei rischi

È **finalizzata** a valutare l'idoneità del lavoratore in rapporto ai rischi lavorativi e ad indicare eventuali limitazioni o prescrizioni nel rispetto della salute del lavoratore

Attitudinale (giudizio Medico Legale)

È **rivolta** all'accertamento dell'idoneità psico-fisica del lavoratore a svolgere quella determinata mansione

È **relativa** alla capacità/abilità del lavoratore a svolgere efficacemente la specifica mansione e tutti – od in gran parte – i compiti che la caratterizzano

È **finalizzata** alla possibilità per l'amministrazione, di adottare provvedimenti di sospensione cautelare dal servizio, nei casi di pericolo per l'incolumità del dipendente interessato nonché per la sicurezza degli altri dipendenti e degli utenti e di poter adattare il lavoratore ad altri compiti confacenti alle ridotte capacità lavorative in considerazione delle controindicazioni individuate

Altri rischi nominati

- Lavoro «flessibile» (D.Lgs. 276/03)
- Lavoratrici in età fertile (T.U. 151/01)
- Minori ed apprendisti (D.Lgss. 345/99 e 262/00)
- Lavoratori disabili (L. 68/99)
- Lavoratori a turni notturni (D.Lgs. 66/03)
- Radiazioni ionizzanti (D.Lgs. 101/20)

Art. 11 Limitazioni al lavoro notturno 1. L'inidoneità al lavoro notturno può essere accertata attraverso le competenti strutture sanitarie pubbliche.

Rischi “non normati” (?)

- a) rischi organizzativi : ***stress lavoro-correlato*** (nelle LG sulla VdR della Commissione Consultiva Permanente, ddLgs 66el 18 novembre 2010 non si parla di sorveglianza sanitaria)
- b) **movimenti ripetitivi** : WMSDs
- c) **posture incongrue** : osteo-artropatie
- d) **lavoro in altezza**
- e) **ag. atmosferici esterni e radiazioni solari** (l'art. 180 ricomprende negli ag. fisici il *microclima*)
- f) *Lavori confinati*

L'art. 167, c.2b D.Lgs 81/08 fa riferimento a patologie da sovraccarico biomeccanico.

Vediamo alcuni esempi non esaustivi ma significativi:

- Ci sono delle aree della sorveglianza sanitaria che sono strettamente embricate alla sicurezza: pensiamo solo al lavoro in quota o in altezza o al lavoro confinato e in solitudine. Fino a poco tempo fa questi rischi non erano contemplati dal punto di vista della sorveglianza sanitaria. Oggi il decreto-legge 48/2023, poi convertito in legge, stabilisce che i rischi evidenziati nella valutazione dei rischi, anche non tabellati, saranno oggetto di sorveglianza sanitaria. Molti medici competenti ben prima di questa indicazione avevano messo in atto le misure sanitarie esprimendo giudizi di idoneità dei lavoratori esposti al lavoro in altezza; è chiaro a tutti che si tratta di condizioni di lavoro molto

Lavori in Ambienti Confinati, in solitudine, in altezza.

Modena 18 maggio 2023

La Sorveglianza sanitaria dei lavori in altezza/quota: Il Modello Anma

GdL ANMA: D. Bontadi, G. Briatico, T. Cassina, P. Patanè, M. Saettone, P. Torri

Obiettivo del GdL

... formulare una proposta di Sorveglianza Sanitaria per **“attività lavorative che espongono il lavoratore al rischio di caduta da una quota posta ad altezza superiore a 2 metri rispetto ad un piano**



DECRETO LEGISLATIVO 8 luglio 2003, n. 235

Attuazione della direttiva 2001/45/CE relativa ai requisiti minimi di sicurezza e di salute per l'uso delle attrezzature di lavoro da parte dei lavoratori.

(GU n. 198 del 27-8-2003)



Motivazione

La prevenzione del rischio di caduta dall'alto è fortemente orientata alla disciplina di azioni strutturali, organizzative, informative e formative prevalentemente con obiettivi di sicurezza tali da prevenire la caduta dall'alto, accadimento che può comportare conseguenze gravi, se non letali, per il lavoratore coinvolto. In questa logica, non possono essere trascurate le interferenze dovute alle condizioni di salute dei lavoratori addetti ad attività in quota.

La caduta dall'alto è considerata, quindi, conseguenza di errore umano. Le condizioni di salute del lavoratore, ovvero la sua capacità, l'abilità e l'idoneità sono considerate variabili indipendenti .

Come ogni altra figura medica, il medico del lavoro ha ben presente come lo stato o le intercorrenti condizioni di salute di una persona siano in

Il fenomeno infortunistico

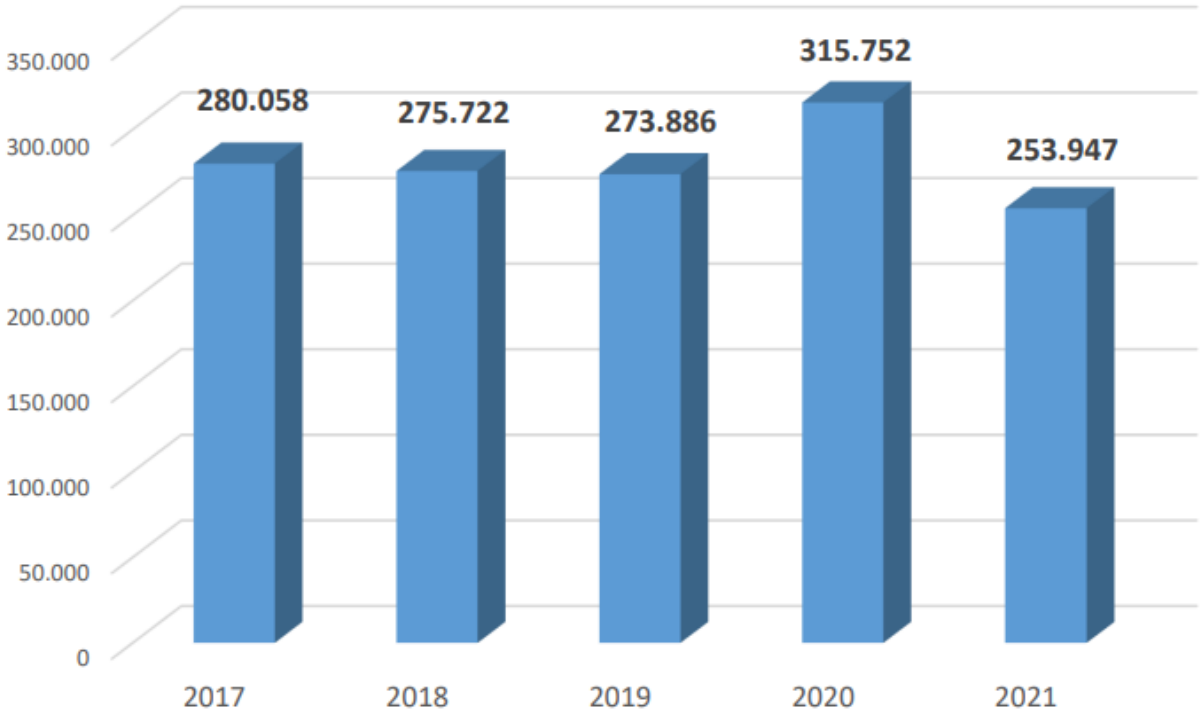
I lavori in quota costituiscono ad oggi la più importante fonte di rischio con esiti mortali ed invalidanti per i lavoratori, soprattutto nei cantieri edili ed in altre attività lavorative (Villa L., 2006)

1 decesso sul lavoro ogni 4 è causato da una caduta dall'alto. Gli infortuni caratterizzati da 'caduta dall'alto' sono circa 9000 all'anno: più della metà accade nell'ambito del settore edile, all'interno di cantieri e mentre l'infortunato è impegnato in un movimento. Nelle

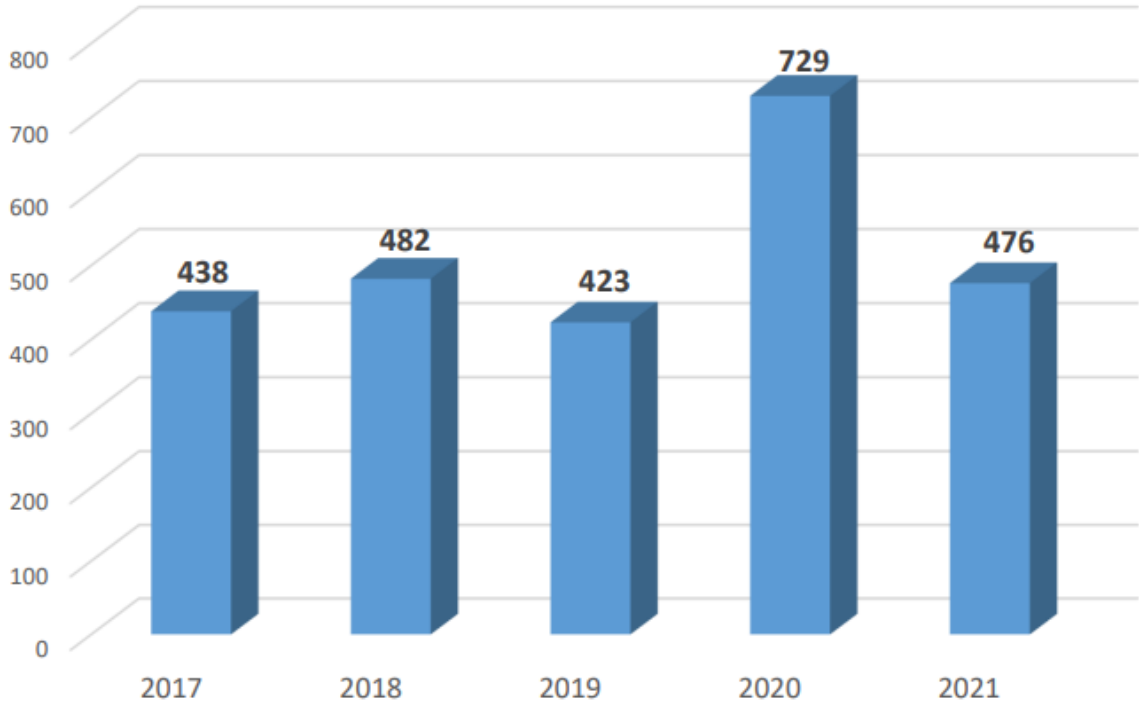
Infortuni accertati positivamente in occasione di lavoro per anni di accadimento

Gestione Industria e servizi

Infortuni in complesso



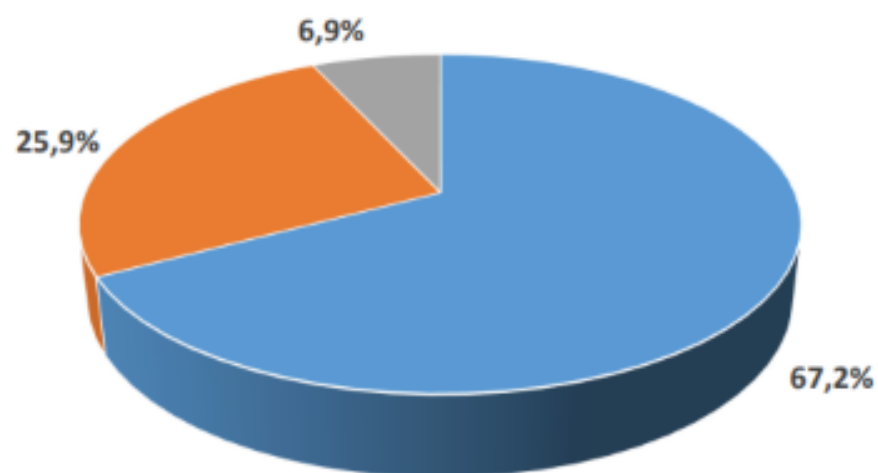
Infortuni con esito mortale



Infortunati accertati positivamente in occasione di lavoro per Deviazione (Gruppo 50)

Anni di accadimento 2017/2021 – Gestione Industria e servizi

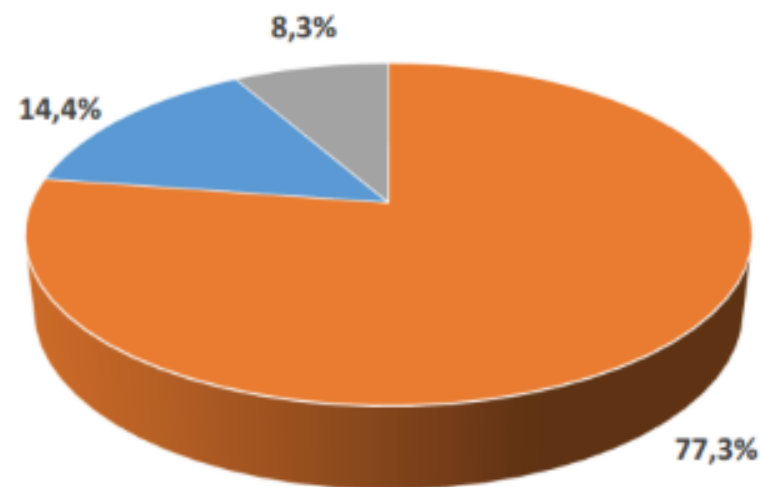
Infortunati in complesso



- Scivolamento o inciampamento con caduta di persona allo stesso livello
- Caduta di persona dall'alto
- Codice non disponibile per questo livello di dettaglio

Cadute dall'alto = 4,3% degli infortuni totali

Infortunati con esito mortale



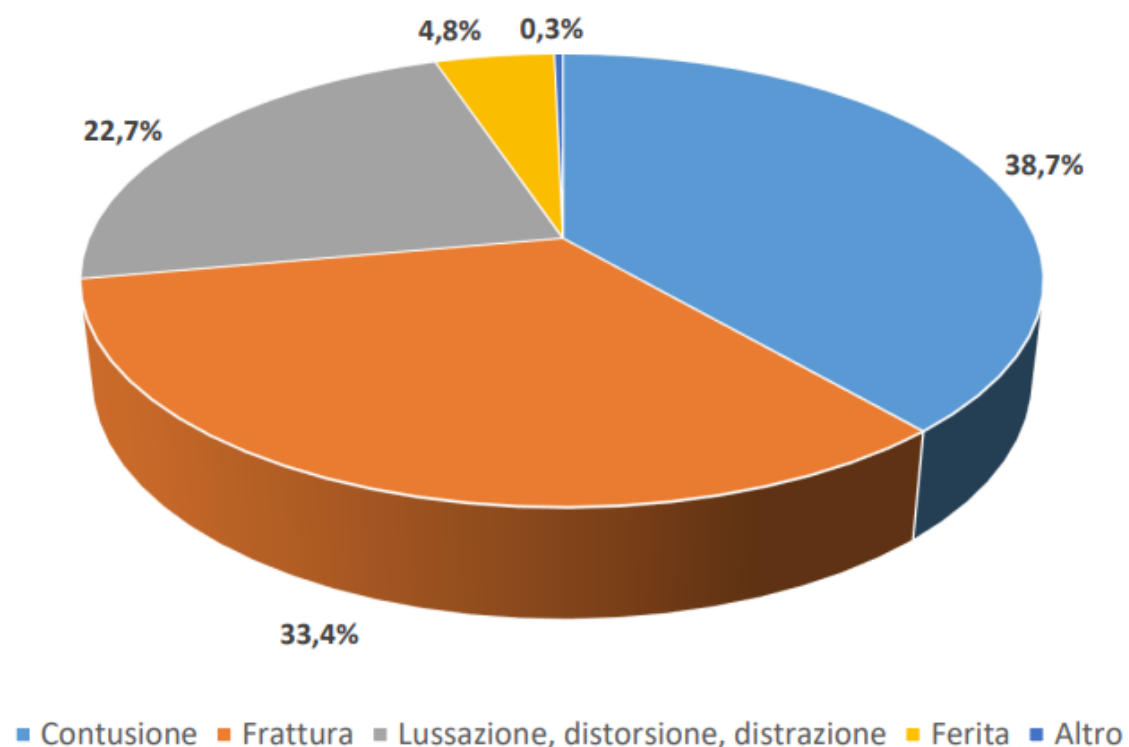
- Caduta di persona dall'alto
- Scivolamento o inciampamento con caduta di persona allo stesso livello
- Codice non disponibile per questo livello di dettaglio

Cadute dall'alto = 9,5% degli infortuni totali

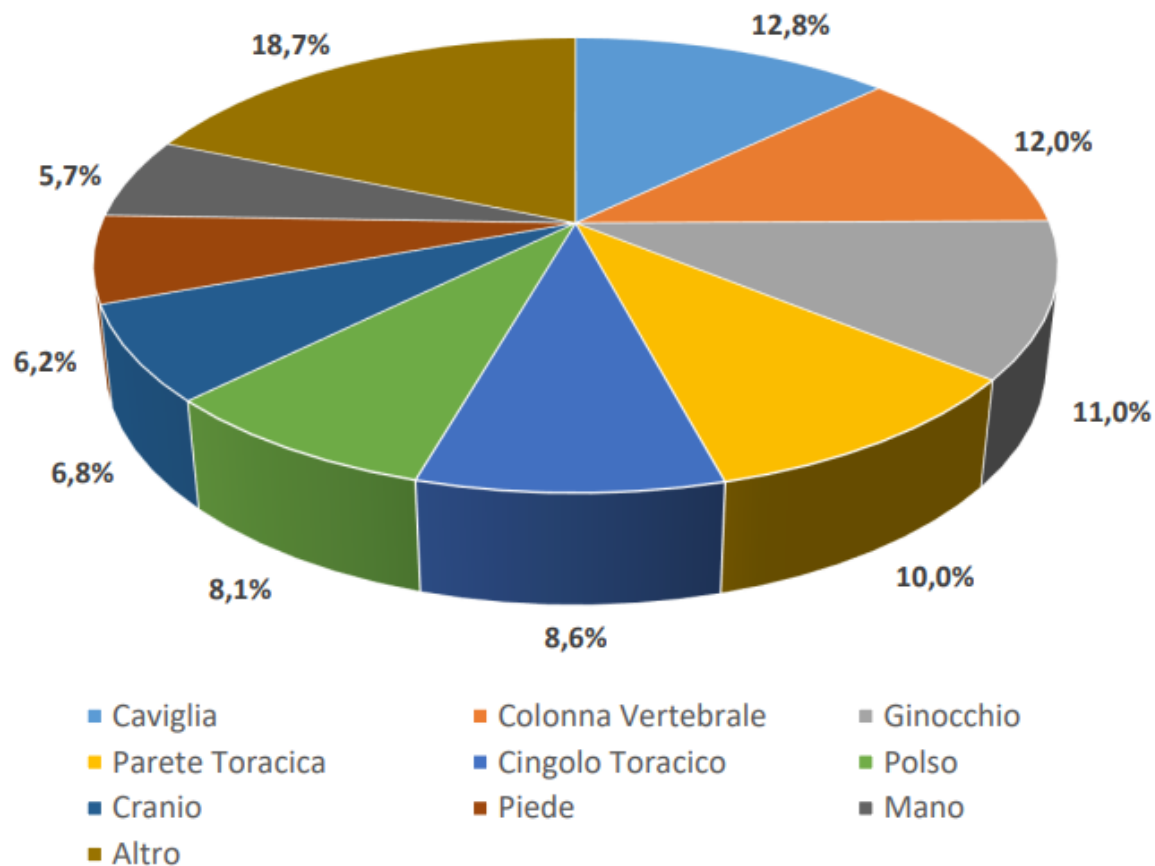
Infortuni accertati positivamente in occasione di lavoro per cadute dall'alto (Deviazione 51)

Anni di accadimento 2017/2021 – Gestione Industria e servizi

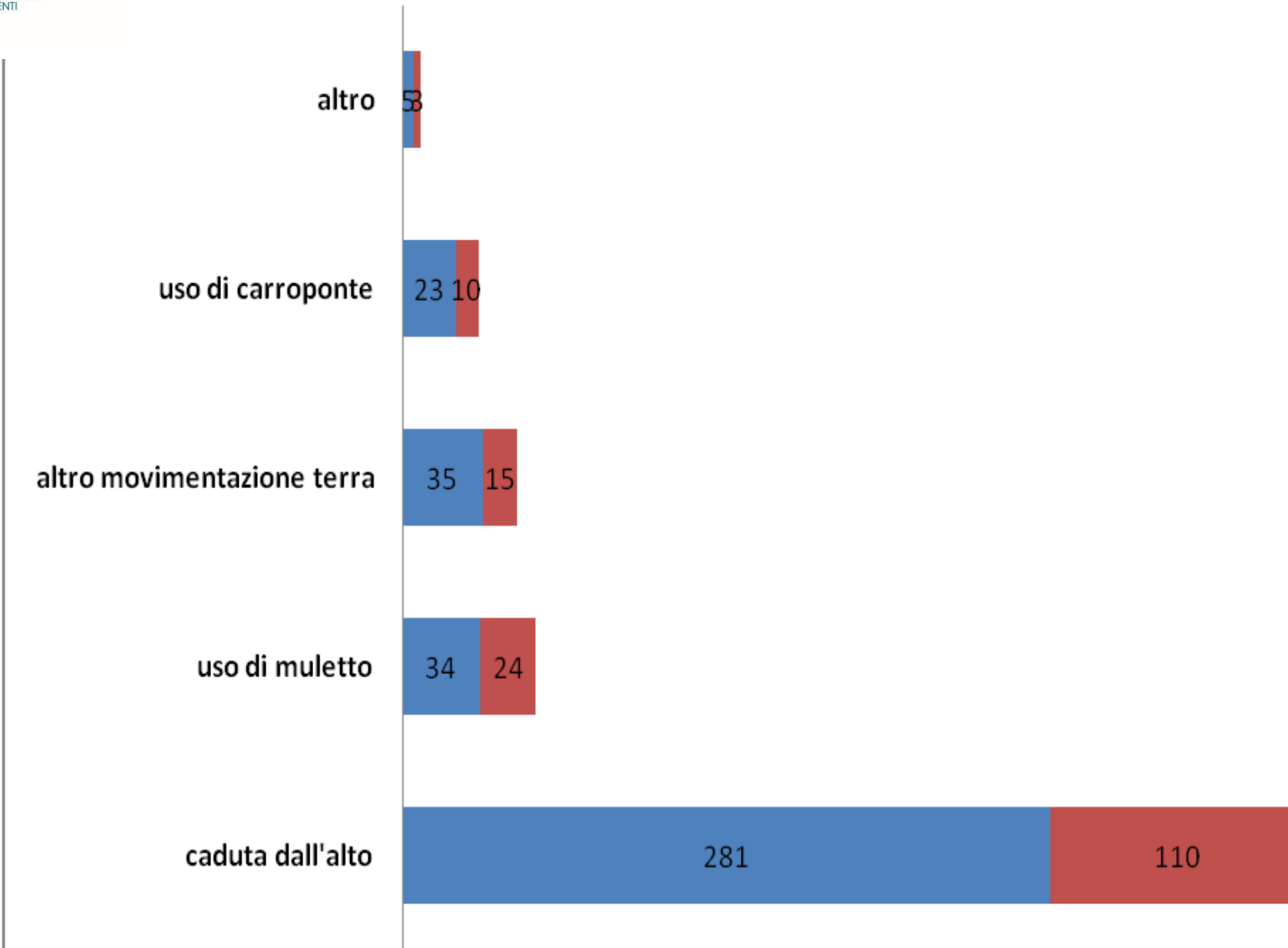
Natura lesione



Sede lesione



infortuni **mortali** e **gravi** in mansioni comportanti rischio per terzi



Infortunati e fattore umano

Nei lavori in quota assume particolare importanza quello che viene definito «fattore umano»

Con questa terminologia si indicano tutti quei fattori di rischio legati:

- allo stato psico-fisico del lavoratore
- a stili di vita
- alla sua incapacità, alla mancanza di formazione
- alla mancanza o non corretto uso dei DPI
- e, in genere, alla adozione di comportamenti inadeguati al contesto lavorativo

La valutazione del rischio

Il MC ha un ruolo attivo in questo processo valutativo e si adopera nella prevenzione del rischio di caduta dall'alto:

- 1) collaborando al processo di valutazione del rischio, e quindi alla redazione del documento (DVR), anche nell'ambito del pericolo di caduta dall'alto correlato alle mansioni svolte in quota . Pensiamo solo al contributo che può dare nelle Riunioni Periodiche, per 'slatentizzare' questo rischio.
- 2) contribuendo all'implementazione delle misure di prevenzione primaria e secondaria, alla scelta dei dispositivi di protezione individuali per adattarli alle caratteristiche

Il ruolo attivo del MC alla valutazione del rischio

- collaborando al processo di valutazione del rischio
- contribuendo allo sviluppo delle misure di prevenzione primaria e secondaria, alla scelta dei dispositivi di protezione individuali per adattarli alle caratteristiche del lavoratore
- esprimendo la propria consulenza per migliorare le fasi di organizzazione del lavoro
- collaborando alle attività di formazione ed informazione

Il giudizio deve tener conto sia della probabilità dell'evento, della possibile gravità inerente al contesto in cui avviene, e della possibilità di soccorso da parte di colleghi ed operatori specializzati. La seguente tabella riassume alcune valutazioni degli autori della BEP Anma **diverse** attività.

LAVORI / MANSIONI	Rischio caduta	Rischio sospensione	Grado rischio caduta	Grado rischio sospensione
Su scale portatili	X		2	
Su trabattelli	X		2 lavoro 3 montaggio	
Su Piattaforme mobili	X	X	1	1
Su impalcature	x	x	1 lavoro 3 montaggio	1 lavoro 3 montaggio
Su Tetti, cornicioni, gronde	x	x	3	2
Su pali e tralicci	x	x	3	3
Montaggio strutture mobili o temporanee	x	x	3	2
Lavori di demolizione	x	x	3	2

Legenda grado di rischio: 1 basso, 2

carpenteria caldareria (Padova)



**prima (2009) e dopo (2013) l'adozione delle
procedure di sicurezza**



**lavoro in off-shore
(rigassificatore Portoviro)**

**lavorazioni sopra autobus
con linea vita**
(manutenzione Autobus Trentino)





**sostituzione fune
portante
(funivia del Trentino)**



taglio e potatura alberi (Cadore - Belluno)





manutenzione impianti chimici (industria fertilizzanti Polesine)





**manutenzione strade
con applicazione di reti salvasassi
(Trieste)**



I rischi specifici del lavoro in quota su funi

SINDROME DA SOSPENSIONE INERTE

detta anche

SINDROME DA IMBRAGO

(harness hang syndrome)

REVIEW

Suspension trauma

Caroline Lee, Keith M Porter

Suspension trauma (also known as "harness-induced pathology" or "orthostatic shock while suspended") is the development of presyncopal symptoms and loss of consciousness if the human body is held motionless in a vertical position for a period of time. It has been described in experiments of personal fall protection, and has been implicated in causes of death in mountaineering accidents, but it seems neither to be widely known about nor to have been presented to the medical profession. This article highlights the potential existence of suspension trauma and suggests that more robust medical research using modern harnesses and healthy volunteers would be beneficial to assess whether this is purely a theoretical risk.

Emerg Med J 2007;**24**:237-238.

response to the Health Searches of EMBASE, Database of Systematic the same terms, reveals to raise awareness of th tions of suspension tr present to the pre-ho emergency department

MECHANISM OF SI

Health professionals a enon of orthostatic int soldier standing mot medical student stand for a prolonged period uncommon.

In a patient in verti occurs in the leg vesse



Obiettivi del GdL ANMA

- Qualificare ulteriormente la sorveglianza sanitaria già effettuata anche in modo mirato a questo tipo di attività
- **identificare un percorso clinico-anamnestico che consenta al medico competente di esprimere un giudizio di idoneità, già nel corso delle visite mediche previste dal D.Lvo 81/08 e s.m.i.**
- **Il ricorso a valutazioni specialistiche**

Anamnesi mirata

- **app. vestibolare**: vertigini e disturbi dell'equilibrio in genere
- **sistema nervoso**: epilessia, malattie dell'encefalo, emicranie importanti, s. neuro-degenerative, neuropatie periferiche, deficit della motilità;
- **apparato cardio-vascolare**: sincopi, aritmie, ipertensione, sindromi ischemiche, deficit della gittata cardiaca, patologie vascolari;
- **metabolismo**: diabete;
- **apparato muscolo-scheletrico**: menomazioni anatomiche, limitazioni funzionali, malattie osteoarticolari croniche,

Anamnesi mirata 2

- **ritmo sonno-veglia**: disturbi del sonno, facilità a russare, sveglia improvvisa con senso di soffocamento, assunzione di farmaci (particolarmente se interferenti sulla vigilanza).
- **psiche**: ritardo mentale, disturbi di personalità, sindromi psicorganiche, perdita d'iniziativa, difficoltà a concentrarsi, abusi voluttuari, acrofobia;
- **organi di senso**: alterazioni dell'acuità visiva, del campo visivo, dell'udito;
- **Anamnesi familiare mirata al rischio**

SCHEDA CLINICO-ANAMNESTICA LAVORATORI CON ATTIVITA' IN QUOTA O CON FUNE

COGNOME E NOME nato il

DITTA MANSIONE

ANAMNESI MIRATA

.....

.....

.....



.....

app. vestibolare: vertigini e disturbi dell'equilibrio in genere; sistema nervoso: epilessia, emicranie importanti, s. neuro-degenerative, neuropatie periferiche, deficit della motilità; app. cardio-vascolare: ipotonia, sincope, aritmie, ipertensione, sindromi ischemiche, patologie vascolari; sistema endocrino e metabolico: diabete; app. muscolo-scheletrico: menomazioni anatomiche, limitazioni funzionali, malattie osteoarticolari croniche, malattie muscolari, ernia del disco; ritmo sonno-veglia: disturbi del sonno, facilità a russare, sveglia improvvisa con senso di soffocamento, assunzione di farmaci (particolarmente se interferenti sulla vigilanza); psiche: disturbi di personalità, sindromi psicorganiche, perdita d'identità, difficoltà a concentrarsi, abusi voluttuari, acrofobia; organi dei sensi: alterazioni dell'acuità visiva, del campo visivo, dell'udito; anamnesi mirata per rischio da sospensione: familiarità per embolia, tromboti, trombottili e storia di persone con tromboti profonda e/o insufficienza venosa

Esame SISTEMA VESTIBOLO-OCULOMOTORIO

	<p>Ricerca Nistagmo Il nistagmo è inibito dalla fissazione, si ricerca pertanto in assenza di fissazione, con occhiali a lenti miopizzanti (occhiali di Bartels). Il nistagmo periferico è generalmente diretto verso il lato sano eccetto nei rari casi di sindrome irritativa. Nel normale non c'è nistagmo</p>	<p><input type="checkbox"/> SI NISTAGMO <input type="checkbox"/> NO NISTAGMO</p>	<p>In caso di positività si richiede VIDEONISTAGMOGRAFIA COMPUTERIZZATA</p>
<p>Head Shaking Test Scempenso laterale app. vestibolare</p> 	<p>Si fanno compiere al paziente movimenti della testa verso dx e sx ad alta frequenza (20 volte) con occhiali di Bartels, si arresta bruscamente lo sguardo in posizione mediana. Nel normale non c'è alcun movimento oculare, in caso di deficit labirintico compare un nistagmo che batte verso il lato sano. Il test è considerato positivo quando ci sono più di 3 scosse</p>	<p><input type="checkbox"/> SI NISTAGMO <input type="checkbox"/> NO NISTAGMO</p>	<p>In caso di positività si richiede VIDEONISTAGMOGRAFIA COMPUTERIZZATA</p>
	<p>Head impulse test Il medico tiene fermo tra le mani il capo del paziente che guarda in avanti con gli occhi fissi su un bersaglio. Il medico, ruota la testa del paziente bruscamente ed in modo imprevedibile (non è necessario che la rotazione del capo sia molto ampia). Se il riflesso il oculo-vestibolare è inadeguato gli occhi durante il movimento di rotazione perderanno il bersaglio</p>	<p><input type="checkbox"/> SI SACCADI <input type="checkbox"/> NO SACCADI</p>	<p>In caso di positività si richiede VIDEO IMPULSE TEST VISITA ORL</p>
	<p>Smooth Pursuit Si insegue una mira a distanza di 40 cm, lentamente La funzione oculomotoria è alterata, per il sistema nervoso centrale, se compaiono saccadici. Nel normale non compaiono saccadici, salvo che nelle persone anziane</p>	<p><input type="checkbox"/> SI SACCADI <input type="checkbox"/> NO SACCADI</p>	<p>In caso di positività si richiede VIDEONISTAGMOGRAFIA COMPUTERIZZATA</p>

Esame SISTEMA VESTIBOLO-SPINALE

	<p>Test di Romberg Si chiede al paziente di stare in piedi a talloni uniti e braccia distese in avanti per alcuni secondi, prima ad occhi aperti e poi ad occhi chiusi. Se il paziente tende a barcollare fortemente o cadere nei primi 30 secondi, il test si intende positivo</p>	<p><input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Dubbio(*) <input type="checkbox"/> Patologico (*)Fare manovre distraenti.</p>	<p>In caso di positività si richiede POSTUROGRAFIA COMPUTERIZZATA O STABLOMETRIA (informazioni sede del danno) VISITA NEUROLOGICA</p>
	<p>Test di Unterberger Si chiede al paziente di fare 30 passi con ginocchia ben sollevate ad occhi chiusi. In caso di deficit labirintico si ha una rotazione dal lato lesa, con deficit otolitico si osserva uno spostamento laterale verso il lato lesa</p>	<p><input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Francamente Patologico</p>	<p>In caso di positività si richiede VIDEONISTAGMOGRAFIA COMPUTERIZZATA</p>

ALTRI ELEMENTI OBIETTIVI e/o STRUMENTALI DA CONSIDERARE

BMI (peso (Kg) / alt² (mt))

Esame app. Cardiocircolatorio

ECG

Esame neurologico

Turbe cognitive/comportamentali

Esame app. Osteoarticolare

Disendocrinie/dismetabolismi

Acuità uditiva

Acuità visiva/campo visivo

Altro

NON CONTROINDICAZIONE PER IL LAVORO CON ATTIVITA' IN QUOTA O CON FUNE

.....

.....

Data il medico competente

Patologie da considerare ai fini dell'idoneità specifica al lavoro in quota

- Importante obesità (BMI > 40)
- alterazioni del senso dell'equilibrio e turbe della coordinazione motoria
- vertigine parossistica benigna
- sindrome di Meniere
- epilessia non controllata farmacologicamente
- narcolessia o OSAS
- episodi sincopali e aritmie cardiache;
valvulopatie rilevanti emodinamicamente; gravi
forme di ipertensione arteriosa scompensata;
- diabete non compensato o con storia di crisi
ipoglicemiche ripetute patologie/disturbi
cognitivi e comportamentali
- alterazioni da abuso/dipendenza alcol,
stupefacenti e sostanze psicotrope

Riteniamo essere elementi di inidoneità assoluta per il lavoro in quota:



- Patologie vestibolari periferiche
- Patologie neurologiche come epilessia non in remissione, narcolessia
- Abuso o dipendenza da alcol, sostanze stupefacenti o psicotrope

EVENTO FORMATIVO ECM
N. 670 - 453381 EDIZIONE 1

PIANO FORMATIVO 2025



AMBIENTE LAVORO

AMBIENTI CONFINATI O SOSPETTI DI INQUINAMENTO:

**IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE ALLA
LUCE DEI RECENTI AGGIORNAMENTI NORMATIVI**

PROPOSTA DI PROTOCOLLO SANITARIO
Dr.ssa Giorgia Castrignanò

11/06/2025

SALA ALLEGRETTO - CENTRO SERVIZI BLOCCO C
BOLOGNA FIERE

PROPOSTA DI PROTOCOLLO SANITARIO

Termini e definizioni secondo la norma UNI 11958 -
novembre 2024

Lavoratore entrante: incaricato di effettuare attività lavorative all'interno degli ambienti confinati e/o sospetti di inquinamento

Lavoratore attendente: addetto alla sorveglianza espressamente incaricato di vigilare e *prestare assistenza* durante le attività dei lavoratori entranti, con la possibilità di accedere all'ambiente

Squadra di salvataggio: personale di soccorso in grado di rispondere alle emergenze che si dovessero verificare ed effettuare operazioni di soccorso di emergenza

Preposto: sovrintende alle attività lavorative negli

LAVORATORE ENTRANTE o ATTENDENTE

Anamnesi patologica: funzionalità cardiaca, funzionalità respiratoria, patologie neurologiche (es. epilessia, sincope), patologie neuroendocrine (es. diabete mellito non compensato o in terapia con insulina/sulfaniluree), impedimenti funzionali osteoarticolari, patologie psichiatriche (es. disturbi di panico, ansia, claustrofobia o alterazioni della capacità di giudizio), alterazione del senso dell'udito, della vista e del linguaggio, assenza di patologie oncoematologiche

Esame obiettivo: peso, altezza, BMI <25, parametri facciali compatibili con l'uso di DPI filtranti/isolanti per la protezione delle vie respiratorie e della cute e mucose (utilizzo di occhiali con montatura ingombrante,

LAVORATORE ENTRANTE o ATTENDENTE

Protocollo sanitario:

- Visita medica
- Emocromo, glicemia, funzionalità epatica, funzionalità renale
- Spirometria
- Audiometria
- ECG
- Visiotest completo
- Fit test quantitativo o qualitativo
- Test vestibolare
- Audit-C ed eventuali test rapidi
- Claustrophobia Questionnaire (https://sipiss.it/wp-content/uploads/Claustrophobia_PDF.pdf)
- Scala della sonnolenza di Epworth
- Test per assenza di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope

SQUADRA DI SALVATAGGIO

Anamnesi patologica: funzionalità cardiaca, funzionalità respiratoria, patologie neurologiche (es. epilessia, sincope), patologie neuroendocrine (es. diabete mellito non compensato o in terapia con insulina/sulfaniluree), impedimenti funzionali osteoarticolari, patologie psichiatriche (es. disturbi di panico, ansia, claustrofobia o alterazioni della capacità di giudizio), alterazione del senso dell'udito, della vista e del linguaggio, assenza di patologie oncoematologiche, assenza di patologie infettive trasmissibili per via ematica (es. HIV, HBV, HCV, HDV)

Esame obiettivo: peso, altezza, BMI <25, parametri facciali compatibili con l'uso di DPT filtranti/isolanti

SQUADRA DI SALVATAGGIO

Protocollo sanitario:

- Visita medica
- Emocromo, glicemia, funzionalità epatica, funzionalità renale, ricerca di HBV, HCV, HDV e HIV in fase attiva
- Spirometria
- Audiometria
- ECG o test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro
- Visiotest completo
- Fit test quantitativo o qualitativo
- Test vestibolare
- Audit-C ed eventuali test rapidi
- Claustrophobia Questionnaire (https://sipiss.it/wp-content/uploads/Claustrophobia_PDF.pdf)
- Scala della sonnolenza di Epworth

PREPOSTO

Anamnesi patologica: funzionalità cardiaca, funzionalità respiratoria, patologie neurologiche (es. epilessia, sincope), patologie neuroendocrine (es. diabete mellito non compensato o in terapia con insulina/sulfaniluree), impedimenti funzionali osteoarticolari, patologie psichiatriche (es. disturbi di panico, ansia o alterazioni della capacità di giudizio), alterazione del senso dell'udito, della vista e del linguaggio

Esame obiettivo: peso, altezza, BMI

PREPOSTO

Protocollo sanitario:

- Visita medica
- Emocromo, glicemia, funzionalità epatica, funzionalità renale
- Spirometria
- Audiometria
- ECG

FATTORI DI RISCHIO E DATI INFORTUNISTICI FACT SHEET INAIL 2020

Figura 10 Eventi per tipologia di accadimento dal 1 gennaio 2001 al 31 dicembre 2019

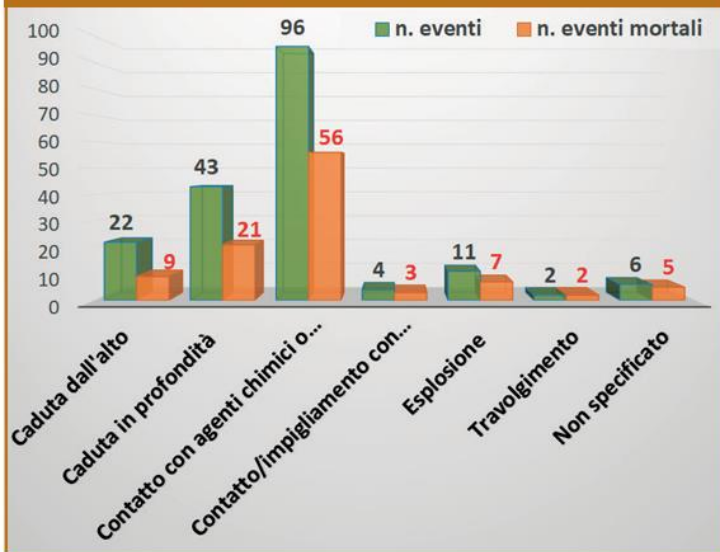


Tabella 2 Fattori di rischio in ambienti confinati e/o sospetti d'inquinamento e assimilabili

Fattore di rischio	Cause potenziali
Asfissia	Carenza di ossigeno a causa di processi fermentativi (formazione di anidride carbonica, acido solfidrico, ecc.) e/o formazione/presenza/introduzione di gas che si sostituiscono all'ossigeno (azoto, monossido di carbonio, ecc.), intrappolamento in materiali sfusi cedevoli (cereali, granuli plastici, catalizzatori, supporti inerti pulverulenti, prodotti alimentari, ecc.), ecc.
Condizioni microclimatiche sfavorevoli	Alta umidità, alta o bassa temperatura, utilizzo DPI a limitata traspirazione, tipologia di lavori in corso, ecc.
Esplosione/Incendio	Evaporazione di liquidi infiammabili, presenza/formazione di gas infiammabili, sollevamento di polveri infiammabili e presenza di fonti di innesco di varia natura (cariche elettrostatiche, utilizzo utensili e attrezzature di lavoro che producono scintille, impianti ed apparecchi elettrici, operazioni di taglio e saldatura, ecc.), ecc.
Intossicazione	Presenza di residui, reazioni di decomposizione o biologiche, non efficace isolamento, ecc.
Caduta	Mancata o errata predisposizione di opere provvisorie, mancato uso di DPI, utilizzo di attrezzatura non idonea o usata male (es. scala troppo corta o non vincolata), ecc.
Elettrocuzione	Impianti/utensili non adeguati alla classificazione dell'area, non conformi alla normativa applicabile o in cattivo stato, errori di manovra (mancato isolamento elettrico), mancato coordinamento, mancato sezionamento/scollegamento elettrico ecc.
Contatto con organi in movimento	Parti di impianto/macchine non adeguatamente protetti, utilizzo di attrezzature non idonee all'ambiente ristretto, ecc.
Investimento/Schiacciamento	Accesso da aree stradali, caduta di gravi, errori di manovra mezzi, mancato coordinamento in fase di ingresso/uscita.

La sintesi (orientata) degli esempi precedenti è:

- Che i lavoratori non devono subire danni per la salute esponendosi a quel determinato rischio: concetto classico e storico di idoneità.
- Che i lavoratori devono possedere requisiti psicofisici per la tutela della sicurezza propria ed altrui. **REQUISITI!**

Altri esempi di normale routine

La stessa sorveglianza sanitaria di routine pone degli interrogativi e delle questioni al medico competente, e tramite lui a tutto il sistema di prevenzione dell'azienda

Per esempio quando si tratta di assegnare compiti in cui l'aspetto della sicurezza diventa rilevante. Questioni che si acquisiscono quando il lavoratore, per malattie o traumi, perde in tutto o in parte la sua capacità psicofisica. In molti casi il MC dovrà sollecitare ad un cambio mansione o implementare il processo di accomodamento ragionevole, nell'ottica di conservare e preservare l'attività lavorativa

Sicurezza e rischio psicosociale

- Da questo punto di vista il rischio psicosociale, organizzativo sta assumendo una rilevanza sempre maggiore. Stiamo cominciando ad usare degli strumenti come i questionari che ci permettono di rilevare situazioni di stress ma anche quel senso di inadeguatezza del lavoratore che rappresenta esso stesso un rischio (WAI).

Sicurezza e rischio biologico

Siamo chiamati ad esprimerci in termini di sicurezza per il rischio biologico: nella scelta dei presidi sanitari e nel giudizio per rischio verso terzi. Un esempio che voglio riportare alla memoria data il 24 febbraio 2020, quando da parte di Governo e Regioni, Veneto in particolare, furono varate le prime misure di contenimento alla propagazione del virus. ANMA con una nota che suscitò polemiche invitò i MC a sospendere la SS ordinaria, per non contribuire alla catena di contagio.

Ma poi pensiamo a tutta la mole di lavoro che i MC effettuano nelle strutture sanitarie.

La riunione periodica

Infine un coinvolgimento più strutturato lo troviamo a livello di **riunione periodica** nella valutazione degli infortuni: una occasione enorme di analisi ma soprattutto di intervento per il MC. Nella mia esperienza sono particolarmente importanti le situazioni in cui gli infortuni sono analizzati, discussi e 'chiusi' nel team della sicurezza.

Occasione privilegiata e di sintesi fra : SS, Valutazione dei Rischi, sopralluoghi, valutazione infortuni, valutazione DPI.

Il Medico Competente e il Medico di Famiglia

Due figure professionali che collaborano per la tutela della salute del lavoratore, sebbene con ruoli distinti: il medico competente più focalizzato sui rischi lavorativi e l'idoneità alla mansione, il medico di famiglia sulla salute generale.



Una Collaborazione Fondamentale



Sebbene la normativa (D.Lgs. 81/08) non preveda un obbligo diretto di scambio informativo, una collaborazione fattiva tra le due figure è fondamentale per la corretta gestione delle patologie croniche e il loro impatto sull'idoneità lavorativa.

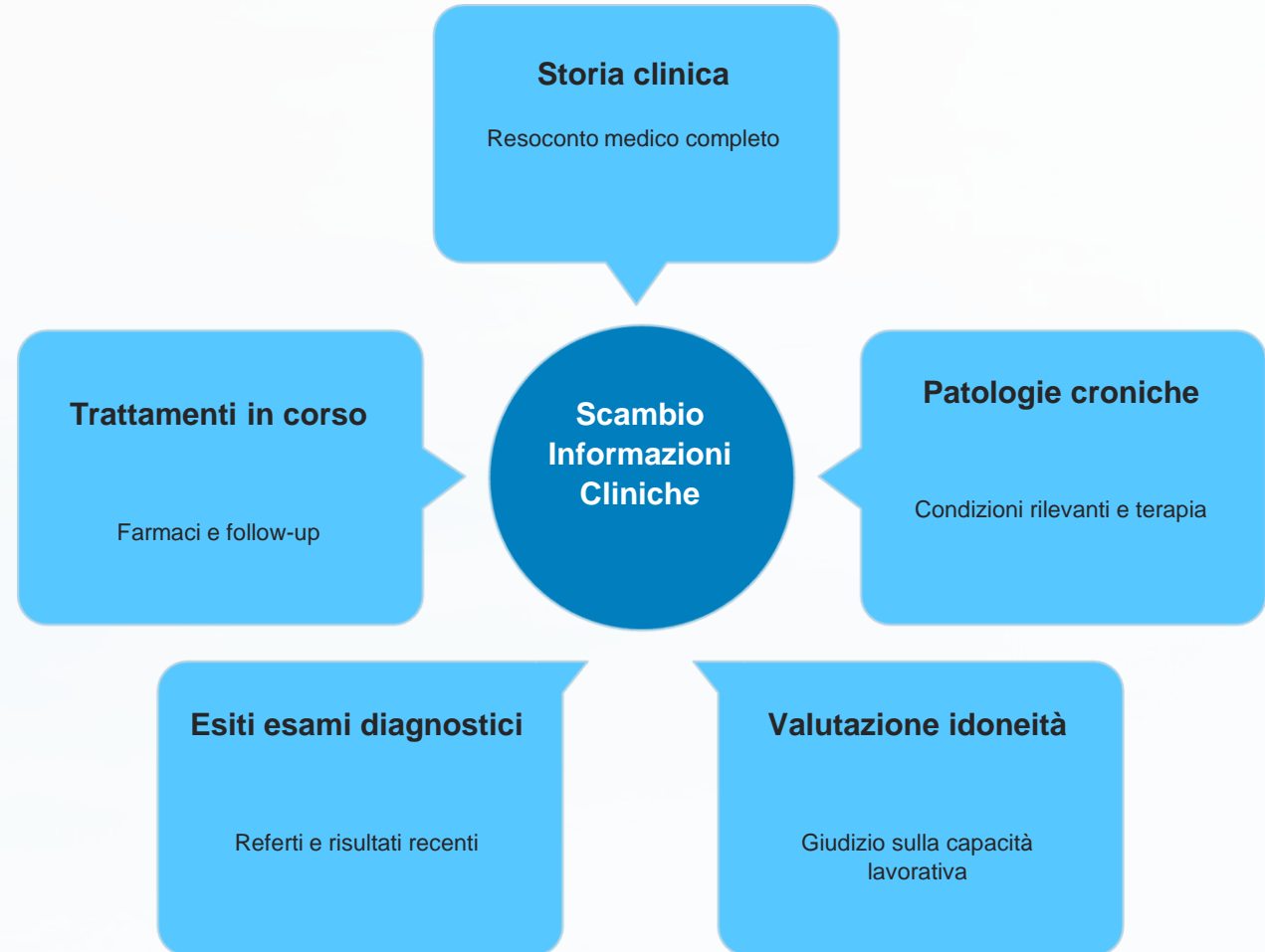
Particolare attenzione viene dedicata alle limitazioni e alle prescrizioni necessarie per garantire la sicurezza del lavoratore.

Scambio di Informazioni Cliniche

Storia Clinica del Lavoratore

Il medico di famiglia può fornire al medico competente informazioni preziose sulla storia clinica del lavoratore, specialmente in caso di malattie croniche che potrebbero influire sull'idoneità lavorativa.

Questo scambio informativo permette una valutazione più completa e accurata delle condizioni di salute in relazione ai rischi professionali.



Gestione dell'Idoneità Lavorativa

Giudizi di Idoneità

Il medico competente
esprime giudizi con
limitazioni o
prescrizioni specifiche

Monitoraggio Continuo

Il medico di famiglia
monitora il paziente
nel tempo

Supporto Terapeutico

Adeguamento dello
stile di vita e della
terapia farmacologica



Punti di Incontro tra le Due Figure



Prevenzione Sinergica

Entrambi i medici si occupano di prevenzione e, pur lavorando su fronti diversi, possono contribuire in modo sinergico a una gestione integrata della salute.

Il medico competente si concentra sulla prevenzione dei rischi lavorativi, mentre il medico di famiglia mantiene una visione olistica della salute del paziente.

Differenze Chiave tra le Due Figure

Medico Competente

Focus: Salute in relazione ai rischi aziendali specifici

Nomina: Datore di lavoro

Ambito: Prevenzione malattie professionali

Medico di Famiglia

Focus: Salute globale del paziente

Nomina: Servizio Sanitario Nazionale

Ambito: Assistenza primaria continuativa

Una buona relazione tra le due figure migliora la comprensione delle condizioni di salute del lavoratore, facilitando le decisioni sull'idoneità lavorativa.



Il Ruolo dei Medici Specialisti

La collaborazione tra medico competente e medici specialisti è fondamentale per una gestione efficace della salute occupazionale. Secondo il D.Lgs. 81/2008, il medico competente può avvalersi di specialisti per accertamenti diagnostici mirati.

Questa sinergia potenzia la prevenzione, la diagnosi precoce delle malattie professionali e la valutazione dei rischi specifici.

Il Medico Competente: Nodo Centrale della Rete

Una Visione Integrata

Il medico competente agisce come nodo centrale tra l'ambiente di lavoro e le competenze mediche specialistiche per assicurare la salute e la sicurezza lavorativa.

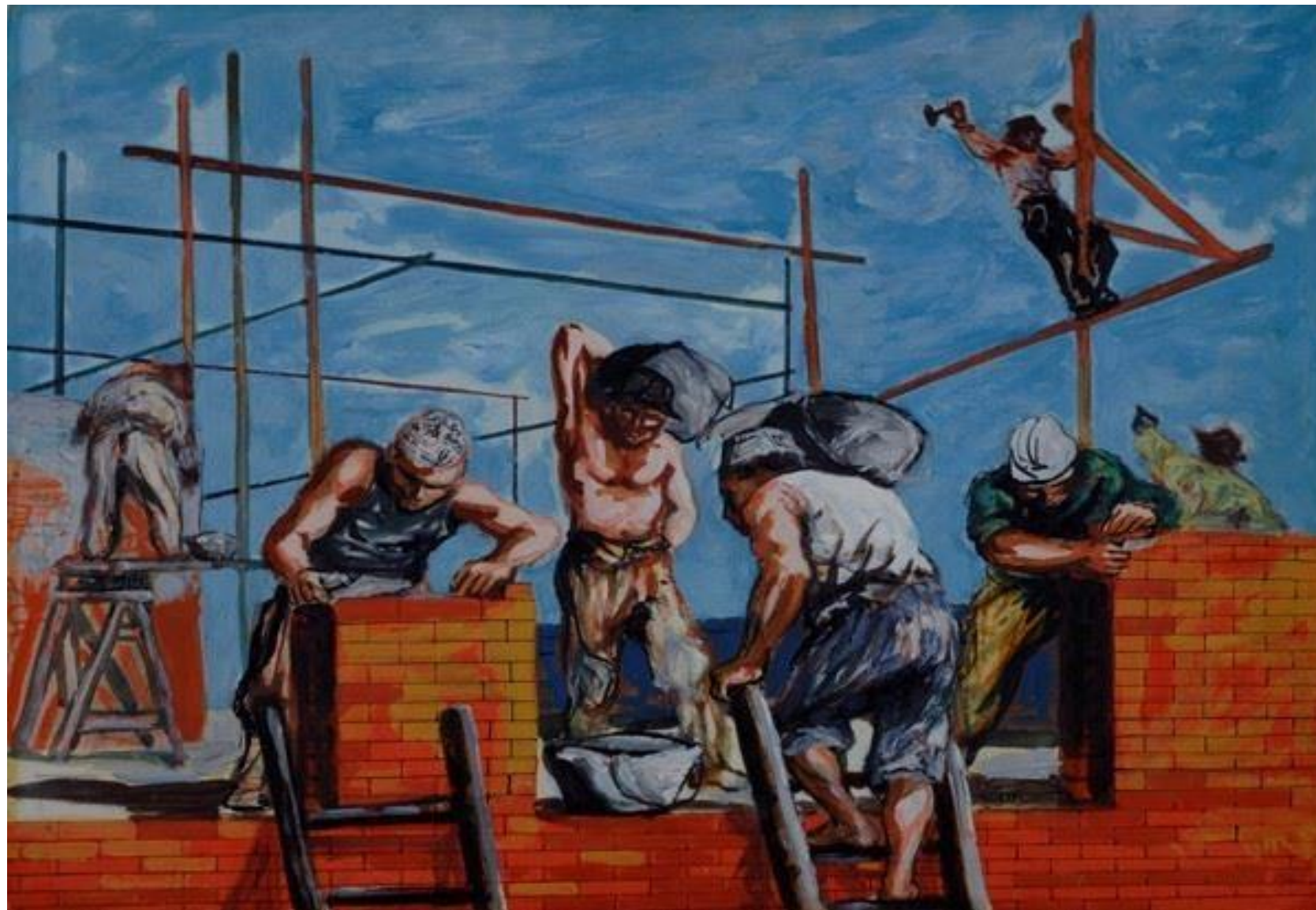
Questa posizione strategica permette di coordinare efficacemente tutti gli attori coinvolti nella tutela della salute del lavoratore, garantendo un approccio multidisciplinare e integrato.



Per concludere torniamo all'inizio

- **RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE:**
PRESENZA NECESSARIA PER UNA PREVENZIONE DI SISTEMA.
- **Il MC è una PRESENZA**, c'è, deve esserci e deve essere coinvolto se vogliamo fare prevenzione a tutto campo. Non è più tempo di MC mordi e fuggi, che 'visitano' e basta.
- **LA PREVENZIONE deve essere di SISTEMA**, cioè armonizzata, coinvolgente, responsabilizzante di tutte le figure che sono chiamate per legge e per organizzazione. Andare ognuno per conto proprio con atti puramente formali è il contrario della sicurezza, che prima che essere

GRAZI
E



Muratori al lavoro - Ugo Attardi (1923
- 2006)