

Art. 32 Costituzione Italiana

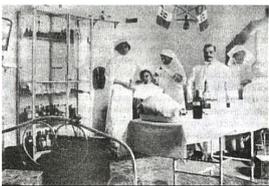
La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

SALUTE E SICUREZZA NELLA SANITA'

Prima parte

1. LE FASI STORICHE DEL DIRITTO ALLA SALUTE



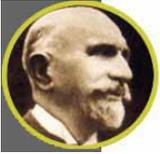
1.1 PRIMA FASE.

La rivoluzione francese inaugura la stagione dei diritti e anche se la *“Dichiarazione dei diritti dell'uomo e dei cittadini”*, dopo aver solennemente sancito il principio di eguaglianza tra tutti gli esseri umani, si riferisce essenzialmente ai diritti civili. Il legislatore francese afferma infatti che la salute è un problema più vasto di quello clinico individuale, da affrontare non solo come risposta al bisogno dell'individuo biologico, ma anche come soddisfazione delle esigenze di uomini costitutivi di un tessuto sociale.



Già nel 1700 il medico Bernardino Ramazzini individua la relazione tra rischi e malattia basandosi su intuizioni e deduzioni logiche che anticipavano l'approccio scientifico moderno basato sui principi epidemiologici. Per questo egli è considerato il padre della moderna medicina occupazionale. Anticipando metodi moderni di investigazione dei cambiamenti di salute e intuendo eventi inusuali, Ramazzini volle enfatizzare la necessità di studiare l'ambiente di lavoro e di migliorarlo. Inoltre prestò molta attenzione alla necessità di fornire informazioni adeguate ai lavoratori riguardo ai rischi in cui incorrevano e suggerendo misure per prevenirli. Pubblica il primo trattato dedicato alle malattie del lavoro. *“De morbis Artificum”* (Le malattie professionali), opera che tratta le malattie che possono colpire artigiani e operai e le loro cause specifiche. Ramazzini aveva un operaio che andava da lui a pulire i cessi, che dopo qualche tempo divenne cieco. Allora Ramazzini, incuriosito fece delle indagini e accertò che anche altri lavacessi erano diventati ciechi. Stesso discorso per gli spazzacamini: molti avevano il cancro, capi che molti lavori hanno un'influenza sulla salute e pubblicò un trattato sulla medicina del lavoro dove descrive molte malattie legate alla situazione lavorativa.

In Italia, *Luigi Sacco*, utilizzando la scoperta del nuovo vaccino antivaioioso di Jenner, promuove nel 1800 un *Progetto di un piano per rendere generale l'uso, ed i vantaggi della vaccinazione.*



Nel 1908 *Luigi Devoto* diventa ordinario di Clinica delle malattie professionali agli Istituti clinici di Perfezionamento di Milano, fonda la *Clinica del Lavoro* la prima al mondo interamente dedicata allo studio, alla cura e alla prevenzione delle malattie da lavoro, oggi ancora esistente.

Nel concetto di "*malattie professionali*" di Devoto non sono comprese soltanto le malattie causate dal lavoro ma anche quelle che si contraggono durante il lavoro. Malattia professionale è dunque sinonimo di malattia sociale.



1.2 SECONDA FASE.

La rivoluzione industriale in Inghilterra comporta un insieme di rivoluzioni settoriali: dall'agricoltura ai trasporti, dalla popolazione alle innovazioni tecniche e finanziarie. La macchina a vapore, con la quale spesso si identifica la rivoluzione industriale, è solo uno fra i tanti fattori dell'industrializzazione e delle innumerevoli innovazioni tecniche dell'epoca.

Ma sul finire dell'800' che si assiste in Germania alla nascita della prima forma di moderno *welfare state*.

Nel 1883 viene istituita l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, attraverso la costituzione di casse sociali

Nel 1885 il parlamento tedesco approva una legge che istituisce un'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, completamente a carico dei datori di lavoro.

Nel 1889 viene approvata una legge sull'invalidità e vecchiaia.

Non possiamo ancora parlare di "*diritto alla salute*" (nell'odierna accezione), infatti la copertura dell'assicurazione sanitaria è riservata agli iscritti alle casse mutue, ovvero agli appartenenti alle varie categorie di lavoratori .

In Italia l'industrializzazione fu più lenta e difficile. L'occupazione francese durante il periodo napoleonico aveva costretto le manifatture e le piccole industrie italiane a subire la concorrenza dei prodotti francesi. Fino al 1861 l'Italia era rimasta divisa in molti Stati.

Quasi tutti difendevano dei prodotti con un rigido sistema doganale, colpendo con forti dazi tutte le merci che entravano nel proprio territorio.

In generale la rivoluzione industriale ebbe enormi e conseguenze sociali. Le condizioni di lavoro e di vita degli operai erano durissime: fino a 16-17 ore di lavoro al giorno in luoghi pericolosi. Salari bassissimi, al limite della sopravvivenza.

Donne e bambini sfruttati in misura anche maggiore degli adulti; l'igiene e la sicurezza erano scarse e spesso si verificavano incidenti, molti mortali.

Le condizioni igieniche erano molto precarie provocando l'insorgere di sconosciute malattie come la Tubercolosi.

Poco più di un secolo fa, a Manchester, Inghilterra, la metà dei bambini moriva prima di aver compiuto i cinque anni.

1.2.1 Nascita dei primi Sindacati.



La rivoluzione industriale ebbe enormi e conseguenze sociali. Le condizioni di lavoro e di vita degli operai erano durissime: fino a 16-17 ore di lavoro al giorno in luoghi pericolosi. Salari bassissimi, al limite della sopravvivenza. Donne e bambini sfruttati in misura anche maggiore degli adulti; l'igiene e la sicurezza erano scarse e spesso si verificavano incidenti, molti mortali.

Le condizioni igieniche erano molto precarie provocando l'insorgere di sconosciute malattie come la Tubercolosi.

In Inghilterra le lotte operaie divennero elemento del quadro politico e sociale della prima metà del secolo. Essi ottennero le prime conquiste: il diritto di associarsi, la tutela del lavoro minorile e femminile, la giornata lavorativa ridotta a dodici ore.

In Francia nasce la CGT, in Germania le Federazioni di mestiere, ottengono il riconoscimento nel 1890.

In Italia nel 1891 nascono le prime Camere del Lavoro.

Durante l'Exposition Universelle 1889 di Parigi, vengono inviati gruppi di lavoratori italiani, soprattutto per apprendere la costruzione e l'uso delle Tecnologie dell'epoca.

Ma apprendono anche altro: il valore di associarsi, il Sindacato.

Già intorno al 1840 si costituì, promossa da Mazzini, l'Unione degli Operai italiani, la prima organizzazione politica del proletariato italiano e nascono le Società di Mutuo Soccorso.

I lavoratori utilizzavano una parte del loro salario per costituire fondi a sostegno degli altri lavoratori in difficoltà nel caso di:

- malattia
- infortunio
- invalidità e inabilità
- disoccupazione

Sul piano legislativo, sempre tra la fine del 1800 e primi anni del 1900, in Italia nasce la *Cassa Nazionale Infortuni*, con la quale i padroni potevano, su loro iniziativa sottoscrivere polizze assicurative contro gli infortuni, infatti questa legge rimase pressoché inapplicata.

È del 1886 la prima legge regolamentava il lavoro dei fanciulli negli opifici, cave e miniere (legge Berti), fissava a nove anni l'età di ammissione al lavoro, proibiva il lavoro notturno solo per i minorenni di dodici anni. Anche in questo caso la legge di fatto, non troverà applicazione per la mancanza dei necessari presupposti economici e politici.

Sul piano politico va segnalata la rivolta dei lavoratori e dei cittadini nel 1898 a Milano. Un forte aumento del prezzo del pane, da molti anni gravato dai pesanti dazi protettivi sul grano, innescò in tutto il paese un moto generale di protesta. I lavoratori di Milano sono in prima linea nell'azione, che assume un netto risalto politico antigovernativo.

La forte protesta non era solo sull'aumento del pane, ma anche per ridurre gli orari di lavoro, per assistenza contro le malattie e gli infortuni.

La risposta fu sanguinosa con l'intervento dell'esercito del generale Bava-Beccaris e lo stato di assedio, che provocò 80 morti e 430 feriti tra la popolazione civile della città.

In questo quadro la Camera del Lavoro di Milano viene sciolta con decreto del generale Bava Beccaris del 7 maggio 1898.

La lotta delle lavoratrici e dei lavoratori però produce un primo passaggio decisivo: viene approvata una legge che rende obbligatoria l'assicurazione contro gli infortuni. Troverà piena applicazione solo 5 anni dopo: 1903, 18 anni dopo – 1921 - verrà estesa anche per le malattie professionali.

Poi per 20 anni cala il silenzio. La dittatura fascista non prenderà mai nessuna misura sulla tutela della salute, e le poche Leggi esistenti vengono sostanzialmente disattese, compresa quella per la tutela del lavoro dei fanciulli.

Si dovrà attendere la fine della Guerra, la Liberazione.



1.3 TERZA FASE.

Con la Costituzione della Repubblica Italiana, si afferma che la salute è un bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e deve essere tutelata anche a discapito dell'iniziativa economica privata.

A questo punto è utile ricordare due articoli della Costituzione

L'art. 32 recita infatti che "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana; L'art. 41 specifica che "l'iniziativa privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana. La legge determina i programmi e i controlli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali.

Nel Codice Civile si stabilisce che l'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessari a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro.

Nel Codice Penale si evidenziano i reati in materia di sicurezza del lavoro a carico del datore di lavoro e di chiunque crei dolosamente condizioni di pericolo per l'incolumità dei lavoratori.

Definito il quadro dei principi e alcune regole codicistiche, negli anni 50' si assiste al promulgamento di alcune Leggi di rilievo che, successivamente, saranno assorbite –modificandole- con il Decreto Legislativo 626/1994.

In particolare vanno segnalate:

- D.P.R 27 aprile 1955 n. 547: Norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro (406 articoli), che conteneva una normativa dettagliata per prevenzione degli infortuni nella costruzione, nella conservazione, nell'installazione e nell'utilizzo: macchinari, mezzi di produzione e ambienti di lavoro
- D.P.R 18 marzo 1956: Norme generali per l'igiene del lavoro, il quale disponeva (70 articoli) una serie di misure per la tutela della salute riguardanti gli aspetti costruttivi degli ambienti di lavoro, norme per la difesa degli agenti nocivi specificando come devono essere custoditi ed usati, norme per i servizi sanitari: visite mediche, pronto soccorso, ecc.



STORIA DEGLI OSPEDALI

La storia degli ospedali ha radici molto lontane, infatti come riferisce Catone nel "De medicina domestica", nell'antica Roma il pater familias si occupava di curare sia i propri familiari, che i propri schiavi; la pratica della medicina si imparava a casa, tanto che le conoscenze di medicina venivano tramandate di padre in figlio.

Solo dopo una legge emanata da Giulio Cesare iniziano a nascere le prime scuole dove si insegna la medicina; in tali scuole oltre alla teoria appresa da libri di testo greci, considerati ai tempi i più esperti di arte medica, si imparava anche la pratica mediante visite ai pazienti: tastare il polso, esplorare gli occhi, sentire il battito del cuore appoggiando l'orecchio sul petto, in modo da poter poi diagnosticare la malattia attraverso l'esame dei sintomi.

All'inizio i medici curavano tutti i tipi di malattie, poi, col passare del tempo, ciascun medico si specializzò nella cura di una sola malattia o di un solo organo (il cuore, i polmoni ecc.).

Nelle palestre, c'era personale esperto capace di intervenire con urgenza in caso di traumi e ferite varie: si trattava di medici igienisti, specializzati nella cura delle lussazioni e delle lesioni alle ossa e ai muscoli riportate dagli atleti, che potevano prescrivere anche cure, esercizi, diete. In alcuni libri dell'epoca, che sono arrivati fino ai giorni nostri, troviamo riportato anche il comportamento che il medico doveva tenere durante la visita di un malato: discrezione, voce bassa, sorriso e, nel caso di un paziente agitato, voce persuasiva per calmarlo.

La visita medica non si limitava all'esame del polso, ma era completata da altre indagini: la palpazione dell'addome, l'esame della gola, delle urine, delle feci, l'auscultazione del torace.

Quando il malato non poteva recarsi dal medico, mandava uno schiavo a chiamarlo.

I medici che visitavano i pazienti presso il letto, erano chiamati "clinici".

Gli "ospedali" dell'epoca erano delle botteghe, simili a quelle degli artigiani, che si affacciavano sulla strada. L'arredamento dello studio medico era ridotto, e consisteva essenzialmente in qualche scaffale, cassapanca e cassetta per contenere le attrezzature; gli attrezzi del mestiere spesso venivano anche appoggiati su mensole o appesi alle pareti mediante ganci.

Queste botteghe, oltre ad essere degli ambulatori di visita, erano anche luoghi atti al primo soccorso e una sorta di cliniche private dove i pazienti, dopo l'intervento chirurgico, potevano essere assistiti e curati.

Il medico preparava personalmente i rimedi: pomate, infusi da bere, impiastri da stendere sulle ferite ecc.

Da una cura domestica si è in seguito passati all'assistenza dei malati presso locali o luoghi più organizzati: valetudinari, medicatrine e templi.

I valetudinari erano luoghi in cui lavoravano medici, infermieri ed ostetriche collocati presso edifici privati in campagna o in città, presso palestre per la cura degli atleti infortunati o negli accampamenti militari per curare i soldati malati o feriti.

Le medicatrine, dette Tabernae medicorum, iniziarono a diffondersi a Roma intorno al 290 a.C. e consistevano in locali adibiti a laboratori o ricovero di eventuali pazienti collocati spesso nella casa del medico.

Nel 292 a.C., in occasione della peste che colpì Roma, iniziarono ad essere utilizzati anche i templi per assistere i malati.

Tra i primi di cui siamo a conoscenza c'era il tempio di Esculapio presso l'Isola Tiberina: oggi l'ospedale Fatebenefratelli.

Il termine di "Ospedale" deriva infatti dalla parola latina "Hospes" (Ospite) da cui i nomi di "Ospizio", "Ospitalità", "Ostello".

Con il cristianesimo, ospedali ed ospizi divennero più numerosi, assumendo un carattere più caritativo, che sanitario nei confronti degli ammalati; la medicina dei tempi consisteva infatti in un insieme di pratiche magico - religiose fuse a rimedi empirici ed istintivi.

In queste strutture oltre ai malati erano accolti anche i poveri ed i pellegrini; così gli Ospedali si moltiplicarono e si organizzarono intorno alle chiese.

Tali chiese, che avevano un carattere particolarmente assistenziale, furono chiamate "diaconie", che significa "chiese di servizio".

In Oriente, molto importanti furono le istituzioni ospedaliere cristiane sorte con nomi diversi a seconda della loro funzionalità: xenodochia per i forestieri, nosocomi per i malati, ptochia per i poveri, etc.

Presso ogni vescovado esisteva un ricovero per i viandanti, così come presso i cristiani facoltosi; anche i primi cenobi erano insieme ospizi per pellegrini e ospedali per infermi.

Gli ospedali spesso erano ambienti ricavati all'interno di strutture monastiche e religiose già esistenti, oppure, quando invece si trattava di nuove strutture si manteneva l'architettura lineare delle chiese a una o più navate con l'altare, elemento fondamentale, posto nella zona terminale.

La collocazione dei malati spesso rispecchiava la gravità del loro stato di salute, infatti più la possibilità di sopravvivenza era esigua e più si avvicinavano all'altare, in quanto più bisognosi di preghiere.

Tra i primissimi ospedali realizzati secondo questa concezione si possono citare quello di S. Basilio a Cesarea, fondato nel 372 d.C. e quello coevo a Porto a Roma; in epoche successive, sono stati realizzati l'Hotel de Dieu di Lione (542) e l'Hotel de Dieu di Parigi (700), la struttura S. Spirito di Roma (715) e l'infermeria di San Gallo in Svizzera (820).

Lungo le vie di pellegrinaggio si fondarono vari ricoveri spesso ad opera di importanti personaggi (per esempio S. Bernardo da Mentone fondò l'ospizio del piccolo San Bernardo, mentre l'Imperatore Ludovico il Pio fondò l'ospizio del Cenasio).

Successivamente, apparvero, in contemporanea con il movimento delle crociate, gli Ordini ospitalieri: movimenti religiosi il cui compito fondamentale fu soprattutto l'assistenza agli infermi (S. Giovanni di Gerusalemme o Ordine di Malta, S. Lazzaro, Templari, Teutonici).

Nel Medioevo, i monasteri erano i luoghi ove più si praticava l'attività medico assistenziale, dove venivano effettuati studi e si conservava il sapere medico e ove venivano letti ed interpretati i testi antichi sull'argomento.

Nonostante questa attività intellettuale, il Medioevo non si distinse particolarmente per le metodologie terapeutiche, anzi la cultura del tempo portava a curare poco l'igiene personale; ciò comportò la facile diffusione di gravissimi eventi epidemici che decimarono la popolazione, come ad esempio la peste scoppiata a Messina nel 1347.

Tali eventi comportarono notevoli mutamenti nell'architettura e nelle abitudini, infatti vennero demolite le case degli appestati, si iniziarono ad adottare forme di "quarantena" e vennero istituiti i lazzaretti.

Verso il XIII secolo sembra che in Europa vi fossero circa 19.000 ospedali, stima forse troppo elevata, ma espressione comunque di una realtà imponente.

Alla fine del Medioevo ed all'inizio dell'età moderna, l'organizzazione della rete assistenziale fu razionalizzata con l'accorpamento di vari istituti e con la nascita in molte città di un ospedale maggiore, che riuniva diverse competenze.

L'architettura romano - gotica, adottata in precedenza, viene ora modificata; nel 1334, infatti, a Firenze nell'ampliamento dell'ospedale di Santa Maria Nuova (1286) si aggiunge un'area dedicata alle degenze con uno sviluppo a crociera.

Esempio di una nuova concezione funzionale di ospedale è dato dall'Ospedale Maggiore di Milano (detto "Cà Granda"), costruito nel 1456 dal Filerete su commissione del Duca Sforza.

Si trattava di una struttura organizzata simmetricamente rispetto ad un asse centrale; ai lati del cortile porticato di notevoli dimensioni erano collocate due strutture architettoniche quadrate, ognuna delle quali contenente un sistema di degenze disposto a crociera.

La funzionalità della struttura si concretizzava principalmente nel fatto che le infermerie, collocate al di sopra di scantinati (al fine di evitare la propagazione dell'umidità), erano predisposte al massimo per quaranta posti letto, disposti lungo le pareti; le aperture e le volumetrie erano realizzate in modo tale da garantire un'aerazione adeguata ed un'illuminazione sufficiente agli ambienti; la luce, proveniente dall'esterno, era inoltre schermata in modo tale da non creare disagi ai malati; lungo il perimetro delle degenze erano realizzati dei corridoi costantemente dilavati dall'acqua dell'acquedotto ed utilizzati come latrine, accessibili tramite porte poste tra i letti.

Questa innovativa architettura, sebbene meglio organizzata e più funzionale di quella precedente, non ebbe successive applicazioni, tanto è vero che gli ospedali di epoche successive furono ancora costruiti con un'unica navata: San Gallicano a Roma (1725) o con un impianto quadrangolare con corte centrale: Saint Louis a Parigi (1612).

Sullo stato degli ospedali in Europa ne è testimonianza importante il regolamento dell'ospedale di Bicetre a Parigi.

Da un atto datato 25 ottobre 1679 l'ufficio di direzione dell'ospedale specifica che: "le persone di grande corporatura potranno disporsi sui pagliericci in numero di tre, quelle di corporatura media in un numero di quattro e quelle di taglia più piccola dovranno disporsi al letto in numero di 6 o al minimo 5..."

Incominciava a diffondersi anche la possibilità per pochi e "raccomandati" di utilizzare anche dei posti ad un letto, ma questa particolare condizione fu inizialmente contrastata con appositi decreti e, poi l'idea fu scaltramente utilizzata prevedendo con apposito decreto del 1790 che l'ammissione in ospedale dava solo il

diritto ad un letto comune per quattro persone, o in certi casi per tre o due, ma chi desiderava un letto singolo poteva ottenerlo al prezzo di cinquanta scudi.

Ai dipendenti dell'ospedale era però concesso il privilegio di poter utilizzare gratuitamente un letto singolo nel caso dovessero avere bisogno delle "cure" dell'ospedale, così come questo privilegio era talvolta offerto anche agli epilettici ed ai minorati mentali.

Chi non era titolare di questi privilegi doveva sottostare all'organizzazione ospedaliera che prevedeva che "in ogni letto si coricavano quattro persone, ed a riprese, dappoichè metà di esse doveano riposarsi dalle otto di sera sino all'una dopo mezzanotte, e l'altra metà da quest'ora sino alle otto di mattina".

Per i pazienti sifilitici era poi prescritto che "doveano per ordine espresso dell'amministrazione, prima di entrare nel luogo di asilo ed all'uscirne, subire la frusta".

Un letto a rotazione per più malati era una condizione che non solo per ragioni di decenza e rispetto della persona, ma anche per una questione di efficacia delle cure, cominciava a non piacere più, come nel 1759 osservò Cicognini, è "causa di problemi perché se per un verso era l'uno infermo inzuppato del sudore critico morboso dell'altro compagno, per altro verso era difficile per il medico osservare con esattezza l'analogia del male e il grado in ambedue gli infermi onde evitare "inconvenienti nella distribuzione dei medicamenti e del vitto".

Il Cicognini allora consiglia di superare l'antico criterio di suddividere i ricoverati nelle due categorie degli affetti da "febbri" (malati di ordine medico) e degli affetti da "ferite" (malati di ordine chirurgico). "Bisognerebbe" scrisse Cicognini, "dividere i ragazzi dagli adulti, i febbricitanti semplici dai febbricitanti acuti, i cronici semplici dai contagiosi, separando nelle donne anche quelle che sono di parto.

Per la chirurgia poi opportuno sarebbe dividere gli infermi di semplici malattie da quelli che hanno affezioni complicate assegnando luoghi particolari a quelli che esigono speciali e grandi operazioni".

Le esigenze di un ospedale che fosse veramente una struttura organizzata per la cura a cui i malati potevano rivolgersi senza paura, era ormai diffusa in tutta Europa.

La salute non era ancora considerata un diritto della gente e la sua tutela un dovere dei governanti ma la rivoluzione francese era alle porte e con essa tutte le istanze sociali.

A partire dal XVI secolo, infatti, nel quadro dei vasti rivolgimenti sociali, politici e religiosi dell'epoca, anche l'organizzazione ospedaliera subì un profondo mutamento.

Attenuandosi il carattere caritativo ed assistenziale, gli ospedali assunsero quello di istituzioni pubbliche concepite come mezzi di difesa sociale dalla malattia e vennero per lo più organizzati dallo Stato.

Essi divennero centri di studi e di ricerca e già nel XVII secolo furono vere scuole di medicina e chirurgia.

Nel XVIII secolo la situazione ospedaliera era ancora inadeguata sia a livello di condizioni igieniche, sia a livello di numero di posti letto disponibili rispetto alla richiesta.

Per rispondere alle nuove esigenze organizzative e strutturali, sorsero in Inghilterra, in Francia, in Germania, e solo successivamente in Italia, gli ospedali a padiglioni.

Oltre al fatto di avere la possibilità di confinare in strutture diverse i malati in base al tipo di malattia, eliminando, quindi, alla base il fenomeno del contagio, la nuova struttura, immersa in aree adibite a verde, permetteva anche di differenziare gli edifici in base alle funzioni, di aumentare la dotazione di ambienti di servizio, di migliorare l'esposizione, l'aerazione e l'illuminazione degli ambienti.

I primi ospedali a padiglioni sono stati costruiti in Inghilterra: St. Bartholomew Hospital di Londra (1730) e il Royal Naval Hospital di Stonehouse - Plymouth (1764).

Un altro passo fondamentale nell'edilizia sanitaria è stato compiuto nel 1788, allorché fu istituita una commissione di esperti, presso l'Accademia delle scienze di Parigi, al fine di definire i criteri di costruzione dei nuovi ospedali, in primis l'Hotel de Dieu, incendiatosi nel 1772.

Ne derivò così un progetto ideale (in realtà l'Ospedale di Stonehouse a Londra era stato costruito con questi criteri qualche anno prima) in cui ogni scelta che riguardava cubature, superfici, percorsi, servizi, venne analiticamente giustificata alla luce delle esigenze igieniche e funzionali.

In sintesi:

- limitazione dei posti letto per ogni complesso ospedaliero ad un massimo di 1200-1500;
- scelta edilizia del sistema a padiglioni separati con una distanza minima tra gli edifici doppia rispetto all'altezza dei piani;
- reparti distinti per uomini e donne garantendo ad ogni malato il proprio letto;
- disposizione dei letti, nelle corsie, su due file, con un numero massimo di 36 malati per stanza; - presenza in ogni infermeria di autonomi servizi (latrine, lavatoi, cucinette, locali per le suore e le infermerie); - finestre delle infermerie estese fino al soffitto;
- scale aperte e ventilate dall'esterno.

Oltre alla tipologia a padiglioni, la Commissione definì anche la capacità massima degli ospedali (1100 posti letto) e della sala di degenza (36 posti letto), l'esposizione ottimale a est o a sud, la dotazione minima dei servizi e la posizione decentrata delle strutture rispetto alle aree urbane.

Nel corso degli anni l'architettura delle strutture ospedaliere ha subito ulteriori variazioni dovute essenzialmente alla densità fondiaria dell'intervento ed al sistema di collegamento in superficie o sotterraneo previsto tra i diversi padiglioni.



L'ITALIA PRIMA DELLA RIFORMA SANITARIA DEL 1978

Il dibattito sull'ingegneria ospedaliera diventava quanto mai attuale ed i medici igienisti si proponevano, a ragione, come gli esperti della materia.

Giuseppe Sormani, ordinario di Igiene a Pavia ed autore nel 1888 di una interessantissima "Geografia nosologica dell'Italia" codificò i seguenti criteri progettuali per l'edificio ospedaliero:

- capienza non superiore a 400 letti;
- padiglioni isolati ad un piano con al massimo 40 letti;
- sviluppo esclusivamente orizzontale degli edifici;
- 100 mc e 15 mq per posto letto;
- camerate ben aerate ed illuminate ed aperte su grandi giardini;
- separazione degli ospedali per malati infettivi.

Tra il XIX e XX secolo in Italia, con lo sviluppo di una rete ospedaliera, si realizzarono i moderni ospedali a padiglioni, di dimensioni notevoli collocati nelle immediate vicinanze dei centri abitati.

Tali ospedali affiancarono quelli storici e per lo più collocati nei centri cittadini, risalenti all'epoca medievale e rinascimentale.

In Italia la struttura a padiglioni fece la sua apparizione più tardi rispetto al resto d'Europa e più precisamente a partire dal 1870; tra le principali costruzioni di tale tipologia si possono citare: l'Ospedale Galliera di Genova (1877 - 84), l'Ospedale Umberto I di Monza (1896), il Policlinico Umberto I di Roma (1899) ed il Policlinico di Milano (1900).

Un'altra innovazione nell'edilizia sanitaria fu apportata dalla struttura a "corridoio - padiglione" che prevedeva al posto delle enormi camerate aperte, delle camere da 6 posti letto, collegate e servite da un corridoio.

Anche la struttura a padiglioni con il passare degli anni risultò essere inadeguata alle nuove esigenze in quanto comportava ampi spazi da reperire per la costruzione, collegamenti (esterni o interni mediante sottopassaggi o pensiline coperte), lunghe distanze da percorrere da parte di personale e pazienti, il moltiplicarsi dei servizi e delle aree tecniche (sale operatorie, diagnostiche, laboratori, etc.) e con le scoperte scientifiche di Pasteur e di Koch, inoltre, venne a ridursi drasticamente anche il problema del contagio.

A partire dagli anni venti, la tendenza architettonica ospedaliera si dirige verso due nuove tipologie: il "monoblocco", unica struttura a più piani che contiene tutte le funzioni ospedaliere ed il "poliblocco" più strutture, separate ed autonome, collegate tra di loro.

Il poliblocco si è poi sviluppato dando luogo a diverse strutture architettoniche: a "V", a "raggiera" o "stellare"; tra i più l'Istituto clinico sanatoriale Carlo Forlanini di Roma (1934), il nuovo Ospedale Maggiore di Milano (1933 - 1939) e gli Spedali Civili di Brescia (1935).

Le tecnologie mediche, le metodologie assistenziali e le metodiche tecnico - assistenziali variano nel corso degli anni, nasce così l'esigenza di disciplinare la materia ospedaliera e ciò avviene mediante la promulgazione di una legge (Legge 30 settembre 1938, n. 1631) e di un decreto attuativo (Decreto 20 luglio 1939).

La nuova normativa fornisce innumerevoli indicazioni tecniche fondamentali nella costruzione e gestione di una struttura ospedaliera a partire dalla organizzazione della rete assistenziale, a quelle relative alla struttura interna del presidio ed a quelle relative alla fisionomia di ogni singolo edificio.

La struttura interna di un ospedale è organizzata nel seguente modo:

- **SEZIONE:** trattasi dell'unità funzionale ospedaliera generalmente contenente 30 posti letto dotata di un proprio organico di servizi e di personale per l'assistenza dei malati.
- **DIVISIONE:** trattasi dell'unità fondamentale ospedaliera dotata di un proprio organico assistenziale sanitario ed infermieristico ed è costituita da due o più sezioni.
- **REPARTO:** trattasi del settore dell'ospedale atto a determinate e specifiche cure o diagnosi; esso è costituito da una o più divisioni.

Gli ospedali inoltre sono distinti, in base alla media di degenze giornaliere ed ai reparti o servizi presenti, in I, II o III categoria.

Dopo la seconda guerra mondiale, il diritto alla tutela della salute viene esteso ad un numero di persone sempre più elevato, da cui l'aumentare repentino del numero di ricoveri e la necessità di un numero crescente di posti letto all'interno degli ospedali.

Nel 1950 in Francia si definì una nuova architettura ospedaliera detta a "piastra - torre", la quale introdusse la divisione netta tra degenze, collocate ai piani, ed i servizi generali, di diagnosi e cura, collocati nella piastra più accessibile anche dall'esterno.

La rete ospedaliera italiana venutasi a creare comprende anche sanatori per la lotta contro la tubercolosi, gestita dall'INPS, e centri ortopedici - traumatologici, gestiti dall'Inail, atti alla cura e al recupero degli infortunati sul lavoro. In Italia, le richieste da parte degli utenti erano in continuo aumento e si sentì nuovamente la necessità di definire, mediante una più recente normativa, le nuove esigenze organizzative, scientifiche, assistenziali, formative e gestionali: Legge n. 132 del 1968 e successive modificazioni.

La nuova normativa indirizzava l'ospedale, visto come istituzione autonoma, nella programmazione della rete ospedaliera, nell'organizzazione dei reparti generali e specialistici e nella definizione dei servizi di cura e di diagnosi.

Dagli antichi enti di beneficenza che si occupavano di soccorrere i feriti, i poveri affetti da malattie acute, le donne all'ottavo mese di gravidanza e le puerpere fino a quattro settimane dopo il parto, se prive di fissa dimora, si passa ora a strutture atte alla prevenzione, cura e riabilitazione dei degenti.

I costi del nuovo sistema sanitario sono considerati di essere una delle principali cause della crisi finanziaria in corso in quegli anni nel nostro Paese; in realtà mentre da un lato si lottava per migliorare la tutela della salute dei cittadini (in termini di numero di beneficiari e di qualità dei servizi), dall'altro si facevano investimenti al fine di aumentare il numero dei posti letto disponibili, di acquistare macchinari e tecnologie sempre più avanzate, aumentando inevitabilmente la spesa sanitaria.

Per l'ennesima volta il continuo evolversi della situazione sociale e delle esigenze prestazionali, ha comportato un'ennesima revisione del sistema sanitario nazionale.

CGIL CISL UIL 40esimo della Legge 833 di Riforma Sanitaria (1978 - 2018)



L'ITALIA DOPO LA RIFORMA SANITARIA DEL 1978

Con l'entrata in vigore della Legge n. 833 del 23 dicembre 1978, si assiste ad una nuova riorganizzazione del sistema sanitario nazionale; scopo infatti della normativa era quello di spostare il fulcro dell'assistenza verso la medicina di base e la prevenzione, in modo tale da poter razionalizzare i servizi ed i costi, riducendo in particolar modo quelli ospedalieri.

Gli ospedali, distinti in generali o specializzati e in zionali, provinciali e regionali, da enti giuridici autonomi diventano un presidio sanitario della USL (Unità Sanitaria Locale), la quale a sua volta diviene l'unica struttura sanitaria dotata di personalità giuridica.

La riduzione dei fondi per gli ospedali aveva dato inizio inevitabilmente ad un processo di degrado strutturale, organizzativo e funzionale degli ospedali; con la Legge 595 del 23 ottobre 1985, non si assiste ad un rifiorire degli ospedali, ma ad una definizione di parametri da tenere sotto controllo o da implementare all'interno della struttura al fine di stare al passo coi tempi nell'ambito di una crescente specializzazione tecnico - scientifica.

La suddetta Legge prevede, infatti, che il numero dei posti letto a livello regionale debba essere di 6,5 ogni mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione, che il tasso minimo di utilizzo dei posti letto sia compreso tra il 70 ed il 75% e che la durata della degenza risulti essere inferiore a 11 giorni. Per rendere possibile quanto sopra occorre introdurre:

- la ospedalizzazione diurna;
- la revisione e l'ottimizzazione dei turni di lavoro al fine di ottenere la massima utilizzazione dei servizi;
- la strutturazione di specifiche sezioni di degenza per la riabilitazione dei malati lungodegenti e ad alto rischio invalidante;
- l'inserimento, in particolare, nei presidi multizonali e nei policlinici universitari, di alte specialità.

La normativa del l'enorme valenza di introdurre un maggior numero di posti letto per la riabilitazione dei pazienti; al fine di far fronte ad una nuova esigenza correlata all'aumento dell'età media della popolazione e degli infortuni invalidanti.

Negli anni 1988 e 1989 vengono emesse nuove normative (Legge 8 aprile 1988 n. 109, DM 13 settembre 1989 e succ. mod., Decreto 321 del 1989), sempre nell'intento di organizzare al meglio il servizio ospedaliero nazionale, che mettono in risalto le seguenti esigenze:

- definizione del numero di posti letto delle strutture ospedaliere compreso tra 300 e 800 ed eliminazione degli ospedali con meno di 120 posti letto, funzionalmente carenti ed economicamente svantaggiosi;
- aggregazione funzionale di più unità specialistiche per competenze specialistiche omogenee (si tratta dell'embrione degli attuali dipartimenti);

- definizione degli spazi destinati alle attività assistenziali diurne, tali posti letto sono definiti "posti letto equivalenti";
- definizione di spazi ove il personale medico può esercitare la libera professione intramuraria;
- definizione di spazi per i ricoveri a pagamento;
- organizzazione di attività diagnostiche e di accertamento strumentale almeno su due turni giornalieri;
- attivazione di gruppi di lavoro o comitati per la verifica della qualità prestazionale dell'assistenza e per la verifica delle infezioni ospedaliere;
- realizzazione, ove possibile, di biblioteche scientifiche e di sale conferenze.

Con la Legge 412 del 1991 si assiste ad una nuova revisione dei parametri definiti nella legislazione precedente, vale a dire:

- riconversione degli ospedali che non raggiungono i 120 posti letto, tendenzialmente o mediante accorpamenti con altre strutture o nella loro trasformazione in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale);
- il tasso di utilizzo dei posti letto per struttura ospedaliera non deve essere inferiore al 75%;
- la dotazione complessiva regionale deve essere di 6 posti letto ogni mille abitanti, di cui lo 0,5 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungo degenza post acuzie (con un tasso di ospedalizzazione del 160 per mille).

Il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 comporta una profonda trasformazione dell'organizzazione sanitaria ed ospedaliera, infatti, mentre gli ospedali di dimensioni medio -piccole restano presidi delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) di appartenenza, gli ospedali di grandi dimensioni, di alta specializzazione, che fungono da punti di riferimento per i servizi di emergenza o che sono sede di corsi universitari, diventano Aziende Sanitarie Ospedaliere (ASO), strutture con totale autonomia.

Il Decreto Legislativo n. 229 del 1999 ha ridefinito i requisiti necessari affinché un presidio ospedaliero possa essere costituito in azienda ospedaliera dalla Regione; tali requisiti sono sintetizzati nei seguenti punti:

- organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura;
- disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo;
- presenza di almeno tre unità operative di alta specialità;
- dipartimento di emergenza di secondo livello; - ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale;
- attività di ricovero di degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, per pazienti residenti in altre regioni, superiore almeno al 10% rispetto al valore medio regionale, escluse le aziende di Sicilia e Sardegna; - indice di complessità della casistica dei ricoveri in degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, superiore almeno al 20% del valore medio regionale;
- disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione di prestazioni sanitarie.

L'organizzazione secondo il modello dipartimentale dei presidi ospedalieri non costituiti in azienda ospedaliera raggruppa in ciascun dipartimento varie unità operative omogenee, affini o complementari sotto il profilo clinico-assistenziale, didattico e di ricerca, tra loro indipendenti, ma dotati di propria autonomia e responsabilità.

Il D.P.R. 14 gennaio 1997 si esprime sui criteri minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'esercizio di attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private.

L'innovazione del suddetto decreto consiste nel fatto che oltre a dare delle indicazioni minimali sulle caratteristiche relative agli ambienti ed ai dispositivi che necessariamente devono essere presenti all'interno delle strutture sanitarie, introduce, nella parte relativa ai requisiti minimi organizzativi gestionali, una base per un sistema di gestione applicabile alla qualità, alla sicurezza o all'ambiente.

Il Decreto, infatti, tratta di:

- politica, obiettivi ed attività;
- struttura organizzativa; - gestione delle risorse umane;
- gestione delle risorse tecnologiche;
- gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni;
- sistema informativo.

L'elevata complessità che caratterizza gli ospedali, sia dal punto di vista strutturale, sia da quello impiantistico e funzionale, li rende, in generale, particolarmente vulnerabili in caso di emergenza (incendio, esplosione o terremoto), mentre l'elevata esposizione dovuta all'affollamento, alla presenza di pazienti non autonomi, ai contenuti tecnologici, ne rende molto alto il rischio.

Come riportato nei paragrafi precedenti, nella situazione italiana, a quanto sopra esposto, occorre aggiungere che molti ospedali hanno avuto una storia assai complessa, caratterizzata da successivi ampliamenti e modifiche, a volte intervenute su edifici inizialmente concepiti per altro uso.

Costruzioni e modifiche spesso sono avvenute senza tenere conto delle norme antincendio e sismiche oggi vigenti.

Solo nel 1998, infine, è stato emanato un regolamento per la valutazione della sicurezza sismica degli ospedali e per la progettazione ed esecuzione di lavori di adeguamento sismico, che prevede un graduale miglioramento delle prestazioni degli ospedali dal punto di vista sismico.

Entro la fine del 2007 dovranno essere abbattuti o destinati ad altro uso tutti gli edifici aventi prestazioni attese molto basse, mentre entro il 2030 tutti gli edifici destinati a ospedali per acuti dovranno essere in grado di restare operativi dopo un sisma violento.

Quest'ultimo aspetto, non trattato nella presente opera, dovrebbe condizionare considerevolmente qualsiasi attività di costruzione, ristrutturazione, modifica degli ospedali.

Per quanto concerne, invece, gli ospedali con più di 25 posti letto, solo nel 2002 è stata pubblicata la regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private: DM 18 settembre 2002.

Quest'ultima normativa, il cui termine di adeguamento avrebbe dovuto essere dicembre 2011, è fondamentale per la sicurezza delle strutture, degli impianti, dei materiali e delle attrezzature e per la gestione delle emergenze; il rispetto della legislazione vigente in materia di antincendio condiziona in maniera sostanziale la progettazione, la realizzazione e l'organizzazione delle strutture ospedaliere.



L'OSPEDALE OGGI

In base alle informazioni storiche riportate nei paragrafi precedenti, nel presente paragrafo si ricostruisce la situazione degli ospedali presenti oggi in Italia.

Un'informazione significativa è sicuramente l'anno di costruzione degli ospedali, ciò infatti influenza sostanzialmente le eventuali ristrutturazioni o adeguamenti edilizi, organizzativi e di sicurezza.

Circa un quarto degli ospedali italiani sono collocati in edifici storici, cioè con data di costruzione antecedente rispetto al 1900 e conseguentemente spesso con vincoli architettonici, strutturali, impiantistici che ne condizionano anche il funzionamento e la disponibilità degli spazi e dei servizi.

Tali strutture, per la maggior parte oggi inglobate completamente nel centro urbano, hanno raramente la possibilità di estendersi e di adeguarsi alle nuove necessità d'impianti, di apparecchiature, di sicurezza, d'igiene, di logistica, ma pur sempre sono e restano nella tradizione, nella memoria e nelle consuetudini dei cittadini, i quali a malincuore li sostituirebbero con strutture più moderne.

Nuovo impulso alla costruzione di ospedali è stato dato dalle due guerre mondiali e poi negli anni '60 con il consolidarsi di una rete ospedaliera e di sanatori per la lotta contro la tubercolosi, gestita dall'INPS, e da centri ortopedici - traumatologici, gestiti dall'Inail, atti alla cura e recupero degli infortunati sul lavoro.

Solo la riforma ospedaliera del 1978 e del dato un nuovo impulso all'edilizia sanitaria in modo tale da poter fronteggiare le nuove esigenze strutturali e organizzative.

L'età media degli ospedali italiani si differenzia inoltre da regione a regione in base ai fondi stanziati, alle necessità effettive, alle strutture già presenti sul territorio, etc.

Come riportato nei paragrafi precedenti, la tipologia costruttiva degli ospedali è variata nei secoli e poi, sempre più velocemente con la tecnologia, nei decenni; da assistenza più spirituale che fisica dei primi ospedali, realizzati in ampie camerate con l'altare in fondo, si è passati ad un'assistenza e cura sempre più specialistica, prima in strutture a padiglioni, tali da rendere possibile l'isolamento fisico delle malattie di origine e natura diversa, e successivamente a strutture a monoblocco, a poliblocco, a monoblocco con piastra per arrivare poi alla suddivisione strutturale e/o organizzativa in dipartimenti, di cui parleremo più approfonditamente nel prossimo paragrafo.

Le diverse strutture rispecchiano le diverse necessità che nel corso degli anni si sono concretizzate in seguito alle svariate scoperte scientifiche sull'origine e sulla cura delle malattie, al supporto ed all'ausilio di tecnologie e metodiche sempre più sofisticate ed, in taluni casi, anche in seguito alla necessità di ridurre i costi, gli spazi, i percorsi, il numero di servizi.

La tipologia della struttura edilizia, l'età dell'ospedale, la fattibilità degli interventi edilizi ed impiantistici, i costi di manutenzione, la disponibilità di adeguate zone di parcheggio, nonché la facilità di accesso spesso influenzano nella fase di progettazione, nella scelta sull'opportunità di realizzare una nuova struttura oppure se intervenire su quella già esistente.

La ristrutturazione di un ospedale esistente è molto onerosa dal punto di vista economico non solo nella fase di realizzazione, ma anche nella fase di mantenimento in efficienza.

Inoltre, soprattutto per edifici con un numero di posti letto limitato o con una capacità inferiore alla richiesta del territorio, la fase di ristrutturazione richiede uno sforzo organizzativo e gestionale non indifferente al fine di poter mantenere sicura, efficiente e funzionale le unità operative non interessate dai lavori.

Anche dal punto di vista della sicurezza la scelta di intervenire mediante la ristrutturazione degli edifici comporta delle problematiche differenti rispetto a quella di costruirne uno nuovo, infatti non solo nel primo caso occorre garantire l'efficienza del servizio, ma occorre anche tener conto della presenza di personale esterno (manovali, impiantisti, ecc.), estranei alle attività proprie dell'ospedale, l'eventuale presenza di polveri, di rumore, l'inaccessibilità di alcune zone e/o di servizi, la dislocazione dei malati, delle

apparecchiature, la variazione della segnaletica, nuove procedure di emergenza e di evacuazione, l'erogazione in continuo di energia, di acqua, del sistema antincendio, etc.



1.4 L'AZIONE DEL SINDACATO.

A partire dagli anni 60 la politica sindacale in materia di tutela della salute dei lavoratori andò progressivamente modificandosi, si fece promotore di sviluppare una nuova cultura attorno ai temi della tutela della salute, dell'ambiente (non solo quelli del lavoro), della tutela sanitaria. La parola d'ordine divenne: la salute non si vende e non si paga.

I lavoratori accrescono la consapevolezza dei propri diritti e della necessità di avere un ruolo attivo all'interno dell'azienda per una organica tutela della salute. Si apre una lunga stagione di lotte nei posti di lavoro per individuare le cause degli infortuni e delle malattie, per ottenere modifiche delle condizioni di lavoro facendo leva sulla soggettività e sulle esperienze dirette dei lavoratori.

Negli anni 70 questo modello di analisi e di intervento sindacale sulla nocività del lavoro, si consolida, si estende e si traduce in importanti conquiste contrattuali, il cui impianto è ancora oggi valido, in particolare il "potere" dei delegati sindacali di trattare sui temi della salute.

La conquista più importante è lo Statuto Dei Lavoratori, che all'art. 9 sancisce il diritto dei lavoratori, attraverso il Sindacato, di controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di promuovere la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di tutte le idonee a tutelare la loro salute e la loro integrità fisica.

Nel 1978 con la Legge 833 nasce in Italia il Sistema Sanitario Nazionale che supera il vecchio sistema delle mute. Insieme ad essa, nello stesso anno è stata approvata la Legge 180 sulla tutela della salute mentale, altrettanto importante sul piano dei principi e dei valori etici e sociali. Con la legge di Riforma Sanitaria si stabiliscono alcuni importanti principi:

- globalità degli interventi in materia di prevenzione, cura e riabilitazione;
- uguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio;
- unitarietà di interventi tra istituzioni pubbliche e private che svolgono attività comunque incidenti sullo stato di salute dei cittadini;
- coinvolgimento dei cittadini nell'attuazione del Servizio mediante forme di partecipazione, a garanzia di un controllo non istituzionale sulla sua efficienza ed efficacia ai vari livelli d'intervento.

Gli anni 80 rappresentano una fase critica per quello che riguarda la situazione della sicurezza sul lavoro. I grandi processi di ristrutturazione di tutto l'apparato produttivo e redistributivo dell'Italia e i conseguenti problemi di salvaguardia del posto di lavoro, assieme della crisi economica, inducono il Sindacato ad allentare la presa rispetto all'obiettivo del costante miglioramento delle condizioni di lavoro.

Il trend degli infortuni e delle morti sul lavoro ricominciò a salire, senza che ne i vari Governi, men che meno i datori di lavoro intervenissero, come previsto dalla Costituzione e dai codici.

Le normative specifiche appaiono vecchie ed inadeguate: nasce l'era dell'informatica, mentre la normativa risale a quando nasceva in Italia la televisione.

Cambiano i modi di lavorare, le tecnologie, nascono nuove professioni, si fanno importanti scoperte scientifiche in materia di nocività dei prodotti a cominciare dall'amianto.

Come purtroppo spesso accade occorre una tragedia per risvegliare l'attenzione. In un cantiere navale trovano la morte per asfissia 13 lavoratori precari. Fu il più grave incidente sul lavoro dalla fine della guerra.

Il Sindacato chiede, ed ottiene la costituzione di una commissione parlamentare d'inchiesta sulla tutela della salute negli ambienti di lavoro. Emerge un quadro desolante:

- Evasione dilagante degli obblighi di legge
- Tassi elevati di infortunio
- Insufficienza strutturale delle attività di prevenzione e di vigilanza delle ASL, causate in gran parte dalla scarsità di personale
- Anche il Sindacato ha le sue responsabilità: si evidenzia una diffusa pratica di monetizzazione del rischio



La Commissione presieduta dall'ex Segretario Generale della CGIL Luciano Lama, elabora otto proposte di legge, che però non verranno mai promulgate, perché nuovi segnali arrivano dall'Europa.

Dalle conclusioni dei lavori della commissione:

«in questo nostro mondo tutti hanno una parola di comprensione per il lavoratore infortunato o ammalato, ma poi quasi nessuno si pone pazientemente e pervicacemente alla ricerca delle cause di quell'infortunio o di quella malattia e, un momento dopo aver pronunciato parole che in questo modo diventano di circostanza, se ne scorda e pensa ad altro. Non dobbiamo permettere che un fine umanitario così alto e nobile scada al livello di frasi di circostanza, senza alcun seguito nell'azione delle istituzioni democratiche»

Gli anni 90: nel 1989 la Confederazione Europea dei Sindacati, presenta alla Commissione Europea un fondamentale documento contenente proposte per una normativa Europea sulla tutela della salute dei lavoratori, dando un decisivo impulso ad una stanca discussione che andava avanti da anni. In Italia il Sindacato rivendica sempre più con puntualità che alcune Direttive Europee emanate nei primi anni 80, siano finalmente recepite. Vincendo una fortissima opposizione della Confindustria e delle forze conservatrici, sono finalmente recepite le disposizioni che concernono i rischi derivanti da esposizione ad: Agenti chimici, in particolare piombo, amianto e rumore.

Ancora una volta è la forza dei lavoratori attorno al Sindacato, come negli anni 60 e 70, che permette nuove conquiste.

L'impatto più forte è rappresentato recepimento della direttiva 89/391, e delle prime sette direttive particolari, dopo un travagliato e lungo confronto che impegnerà per quasi due anni il Sindacato con Governi e Confindustria.

Il risultato di questo confronto, spesso aspro, sarà la nascita del Decreto Legislativo 626 nel 1994.

Restano, tuttavia, un insieme spesso inestricabile di norme che difettano, anche fortemente, di chiarezza, certezza e agibilità, tale da rendere indispensabile l'emanazione di un Testo Unico in materia di sicurezza e tutela della salute negli ambienti di lavoro. Di questa esigenza si farà carico, anche questa volta l'azione rivendicativa del Sindacato, ma dovranno passare molti anni e, purtroppo tragiche vicende prima che maturi davvero la consapevolezza politica.

In particolare il Sindacato denuncia che:

- Le normative sono ancora troppo disperse, farraginose e vecchie.
- Ancora insufficienti i controlli e la prevenzione, sia quelli attribuiti alle ASL e agli ispettorati del lavoro.
- Insufficiente è l'osservanza delle regole in particolare nelle piccole aziende, e in edilizia per la presenza di appalti e sub-appalti spesso caratterizzati dal lavoro nero.
- Gli stessi lavoratori considerano la formazione sulla sicurezza un "peso" Troppo carenti ed insufficienti le sanzioni, essenzialmente di carattere amministrativo, per chi non osserva le regole.
- Non adeguato al mutamento delle situazioni lavorative il ruolo dei R.L.S

Anche sotto la spinta di alcune vicende particolarmente drammatiche (il rogo della Thyssen Krupp), infatti, il legislatore imprime un serio impulso alla razionalizzazione del sistema normativo: non solo al fine di realizzare il tanto auspicato Testo Unico, ma anche per intervenire su alcuni nodi e fattori di rischio individuati come particolarmente problematici ed ostativi ad un effettivo miglioramento della sicurezza dei lavoratori: la diffusione dei lavori "flessibili" ed "atipici" e degli extracomunitari; il forte incremento dei fenomeni di disarticolazione delle imprese, con il frequente ricorso agli appalti (e subappalti) "interni" ed "esterni", ancor più nel "famigerato" (per gli infortuni) settore edile; l'espansione del lavoro "sommerso", specie nelle regioni del Mezzogiorno.

81/2008

1.5 IL DECRETO LEGISLATIVO 81/2008

L'insieme di questi elementi e di questo lungo percorso porterà nel 2008 alla definizione ed emanazione del Testo Unico: Decreto Legislativo 81/2008. E' un decreto molto ampio e complesso, è costituito da oltre 300 articoli, 13 Titoli e 51 Allegati, sostituisce e abroga numerose norme precedenti.

Il provvedimento interessa tutti i settori e tutti i lavoratori, indipendentemente dalla qualificazione del rapporto di lavoro (comprendendo quindi anche i cosiddetti "lavoratori atipici") e focalizza la sua azione sulla lotta al lavoro sommerso o irregolare, che è tra le principali cause degli infortuni e delle malattie professionali.

Particolare attenzione viene riservata ad alcune categorie di lavoratori come i giovani, gli extracomunitari, i lavoratori avviati con i cosiddetti contratti interinali, e ad alcune lavorazioni in relazione alla loro pericolosità. Il provvedimento impone particolari responsabilità alle aziende che ricorrono ad appalti.

Le misure generali di cui all'art.15 rappresentano il riepilogo e la sintesi, in tema di salute sul luogo di lavoro, di tutti gli obblighi generali recepiti dall'ordinamento Comunitario e dai principi fondamentali esplicitati dalla normativa nazionale.

I punti più importanti:

- La valutazione dei rischi
- L'individuazione delle misure preventive e protettive
- Il programma di attuazione delle misure di prevenzione
- Il datore di lavoro, i dirigenti e i preposti
- Il servizio di prevenzione e protezione aziendale
- Il medico competente
- Il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza
- I lavoratori
- L'informazione e la formazione dei lavoratori



2. LA VALUTAZIONE DEI RISCHI

2.1 FONDAMENTI E FINALITÀ

La valutazione dei rischi da parte del datore di lavoro e la predisposizione dei conseguenti documenti è uno degli elementi di più grande rilevanza. Essa rappresenta, infatti, l'asse portante della nuova filosofia in materia di tutela della salute dei lavoratori che vede nel datore di lavoro il protagonista attivo della funzione prevenzionale; essa costituisce, inoltre, il perno intorno al quale deve ruotare l'organizzazione aziendale della prevenzione. La valutazione del rischio deve essere, pertanto, uno strumento fortemente finalizzato alla programmazione delle misure di prevenzione e più in generale alla organizzazione della funzione e del sistema prevenzionale aziendale. La valutazione dei rischi deve essere globale e documentata di tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori nell'ambito dell'organizzazione in cui essi prestano la propria attività, finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e protezione ed elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza.

Più precisamente l'azione è per:

- Individuare tutte le fonti di pericolo e valutarne la possibile incidenza sui lavoratori
- Eliminare alla fonte i fattori di rischio o almeno ridurli
- Ove il rischio non sia eliminabile, fornire adeguati Dispositivi di protezione individuale ai singoli lavoratori esposti
- Programmare ed attuare i necessari percorsi di informazione e formazione sui rischi
- Predisporre tutte le attività necessarie per ottemperare alla vigente normative in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

In relazione a tali obiettivi, i provvedimenti necessari al conseguimento delle migliori condizioni di salubrità e sicurezza, possono essere così classificati:

- misure di tutela generali
- misure di tutela specifiche
- misure di emergenza

2.1.1 Misure di tutela generali

Sono quelle intraprese al fine di prevenire e ridurre i rischi derivanti da condizioni di lavoro che comportano pericoli trasversali o non adeguatamente inquadrabili all'interno di una specifica categoria di rischio. Le misure di tutela specifiche, sono quelle attuate laddove si riscontri uno specifico rischio legato ad una mansione svolta da uno o più lavoratori.

Le misure generali di tutela prevedono:

- Corretta informazione e formazione dei lavoratori in merito ai possibili rischi cui potrebbero essere soggetti
- Adeguato sistema di gestione delle mansioni e degli incarichi ricoperti al fine di limitare le eventuali esposizioni a fattori di rischio
- Formazione circa il corretto utilizzo dei DPI
- Riduzione alla fonte di eventuali rischi
- Presenza della squadra di gestione delle emergenze e primo soccorso.

2.1.2 Misure di tutela specifiche

Si riferiscono a tutte le azioni di prevenzione o di riduzione dei rischi, che contemplano specifiche criticità riferibili a locali, macchine attrezzature e/o impianti.

Queste si articolano in modo specifico imponendo ad esempio particolari comportamenti, eventuale utilizzo di dispositivi di protezione individuale, obbligo d'intervento di eventuale personale esperto e formato per la specifica area di rischi evidenziata. In generale si possono configurare all'interno di questa tipologia di misure, quelle che richiedono una specifica attenzione o emergono in relazione a precisi livelli di esposizione a rischi specifici.

Le misure di tutela specifica prevedono:

- Adozione dei previsti DPI per i lavoratori maggiormente esposti a rischi che non possono essere evitati
- Attribuzione alle mansioni solo dopo adeguata informazione e formazione alla specifica mansione ricoperta

2.1.3 Misure di emergenza

Sono quelle che si attuano per la prevenzione o riduzione di rischi derivanti da situazione di emergenza non prevedibili o che richiedono interventi specifici per gestire particolari eventi pericolosi come terremoti, incendi, allagamenti, infortuni con menomazioni o lesioni a danno dei lavoratori e del personale, attacchi terroristici, esplosioni. All'interno di queste tipologie di eventi, si configurano le specifiche azioni descritte ad esempio nell'apposito piano per la gestione delle emergenze e l'evacuazione.

Le misure di emergenza adottate sono:

- Adozione di un dettagliato Piano di Emergenza ed Evacuazione
- Mezzi e presidi per il primo soccorso adeguati
- Corretta manutenzione dei presidi antincendio e verifica periodica della funzionalità
- Verifica dell'adeguatezza delle uscite di emergenza e della loro corretta funzionalità
- Effettuazione delle prove di esodo



DEFINIZIONI

Pericolo: proprietà o qualità intrinseca di un determinato fattore avente il potenziale di causare danni

Rischio: probabilità di raggiungimento del livello potenziale di danno nelle condizioni d'impiego o di esposizione ad un determinato fattore o agente oppure alla loro combinazione

Infortunio: evento non desiderato che può portare al decesso, alla malattia, a lesioni, danni o altre perdite

individuazione del pericolo: processo di riconoscimento e di definizione dell'esistenza e delle caratteristiche di un pericolo

Incidente: evento non pianificato che ha la potenzialità di produrre un infortunio (un incidente in cui non accadono malattie professionali, lesioni, danni o altre perdite è anche chiamato "quasi incidente")

Non conformità: ogni deviazione da standard di lavoro, pratiche, procedure, regolamenti, prestazioni del sistema di gestione, ecc. che potrebbe direttamente o indirettamente portare a lesioni, malattie, danni alla proprietà, danni all'ambiente di lavoro o ad una loro combinazione

Sicurezza: assenza di rischio non tollerabile

Rischio tollerabile: il rischio ridotto ad un livello tale da essere sopportato dall'organizzazione, tenuto conto degli obblighi legislativi e della propria Politica di gestione

Lavoratore: persona che presta il proprio lavoro alle dipendenze di un Datore di Lavoro, con rapporto di lavoro subordinato anche speciale

Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP): insieme delle persone, sistemi e mezzi esterni o interni all'azienda finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali nell'azienda, ovvero unità produttiva

RSPP: responsabile del servizio di prevenzione e protezione

Datore di Lavoro: il soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o, comunque, il soggetto che, secondo il tipo e l'assetto dell'organizzazione, nel cui ambito il lavoratore presta la sua attività, ha la responsabilità dell'organizzazione stessa o dell'unità produttiva in quanto esercita i poteri decisionali e di spesa. Nelle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, per Datore di Lavoro s'intende il dirigente al quale spettano i poteri di gestione, ovvero il funzionario non avente qualifica dirigenziale, nei soli casi in cui quest'ultimo sia preposto ad un ufficio avente autonomia gestionale, esso è individuato dall'organo di vertice delle singole amministrazioni tenendo conto dell'ubicazione e dell'ambito funzionale degli uffici nei quali viene svolta l'attività e dotato di autonomi poteri decisionali e di spesa

Rischi Trasversali Organizzativi: sono i rischi che derivano da fattori organizzativi, gestionali o comunque connessi alla organizzazione del lavoro e delle mansioni anche in relazione agli ambienti e ai fattori collaterali connesse all'espletamento delle mansioni

Rischi Infortunistici: sono rischi che determinano pericoli per la sicurezza dei lavoratori (rischio di incendio, rischi meccanici, esplosione ecc)

Rischi Igienico Ambientali: sono rischi che determinano pericoli per la salute e che derivano dall'esposizione ad agenti di rischio chimico, fisico o biologico.

2.2 FASI E RISCHI

La valutazione si compone di due fasi. Con la prima, quella "preliminare" si procede all'identificazione di tutti i possibili rischi. Tale fase è condotta attraverso la verifica degli ambienti di lavoro, l'analisi dei processi lavorativi ed organizzativi a cui i lavoratori sono sottoposti e la verifica di tutta la documentazione e le informazioni disponibili atte ad assicurare anche formalmente le previste condizioni di sicurezza, ed il preliminare rispetto delle norme vigenti. Si provvede ad una ricognizione di tutte le attività lavorative che si svolgono, degli eventuali lavoratori esposti in misura maggiore a pericoli o a fonti di rischio, e all'individuazione di criticità relative a strutture, impianti, o parti di questi. Nella ricognizione occorre includere oltre alle attività primarie, anche quelle secondarie, le cui prestazioni vengono eventualmente erogate da lavoratori esterni (sia normalmente che occasionalmente). E' operata così una suddivisione dei lavoratori esposti, in gruppi omogenei di appartenenza, dei quali viene elaborato un profilo operativo, individuati i maggiori rischi rispetto alla mansione o gruppo di mansioni svolte. A seguito di ciò, sia per i gruppi omogenei di lavoratori che per i singoli rischi a cui questi possono essere esposti, viene elaborata la successiva fase di valutazione

La seconda fase, propriamente di "valutazione", riguarda sostanzialmente tutti i rischi cui potenzialmente sono esposti i lavoratori. Al fine di analizzare e valutare tutti i rischi presenti si suddivide la fase di analisi in settori specifici di valutazione riferibili ad aree omogenee di rischio (es.: aree di transito, impianto elettrico, scale, uscite di emergenza, ecc.). Tale analisi si fonda anche con la valutazione dei rischi in relazione alla tipologia di lavoratori esposti alla mansione svolta, ed alle eventuali aree della struttura che lo interessano, gli impianti che utilizza o dei quali si serve in caso di emergenza. Ovviamente il processo di analisi e valutazione riguarda anche quei rischi che non possono essere ricondotti ad un'unica specifica non conformità o non interessano un "unico" aspetto legato alla sicurezza ma potrebbero configurarsi come "trasversali" ed interessare contemporaneamente parti della struttura e attività svolta, impianti, macchine ecc. Conseguentemente, si provvede alla quantificazione del rischio in termini analitici attraverso una stima semiquantitativa dell'entità delle esposizioni, cioè attraverso la valutazione delle modalità operative (frequenza e durata delle operazioni, caratteristiche intrinseche degli inquinanti, sistemi di protezione collettiva e individuale ecc.) secondo una stima della probabilità di accadimento e dell'entità del danno.

Ai fini dell'attività di valutazione dei rischi questi ultimi sono suddivisi in tre macrocategorie:

- **Rischi trasversali ed organizzativi:** derivanti da criticità connesse all'organizzazione del lavoro e delle mansioni, turni di lavoro, monotonia delle mansioni con azioni meccaniche ripetute e non differenziate, criticità derivanti dalle differenze di genere. In tale classe di rischi rientrano tutti quei fattori che non possono essere pienamente ed univocamente associati alle due precedenti classi ma che in una certa misura possono esporre il lavoratore a molteplici fattori di disagio.
- **Rischi per la sicurezza:** ovvero tutti quei fattori di rischio che possono compromettere la sicurezza dei lavoratori durante l'espletamento delle loro mansioni. Tra questi possono essere classificati il rischio d'incendio, rischio di crollo di parti di struttura, non conformità a carico di parti dell'immobile o dei singoli locali, allagamenti, terremoti, macchine che espongono a rischi di traumi o tagli o in generale di infortuni vari, esplosioni, impianti, e attrezzature di lavoro. In generale in questa classe rientrano quei rischi che possono comportare un grave danno fisico, menomazioni, infortuni, e nei casi più gravi la morte.
- **Rischi per la salute:** in questa categoria sono raggruppati i rischi derivanti dalle esposizioni ad agenti chimici, fisici (rumore, vibrazioni, campi E.M. ecc.), o connessi ad esempio alla salubrità dei locali, condizioni igienico sanitarie, microclima ed in generale tutti quei fattori che possono compromettere la salute dei lavoratori in casi di esposizione prolungata agli agenti sopra menzionati.
- Durante la fase di analisi e valutazione sono considerate le esposizioni dei singoli lavoratori appartenenti ad aree omogenee ai singoli rischi sopra elencati identificando in modo univoco l'origine dei potenziali pericoli ed elencando le opportune misure di prevenzione e protezione e dove necessario anche i mezzi di protezione individuali necessari.

Va sottolineato, infine, che il RLS partecipa alla gestione della sicurezza nel luogo di lavoro e deve essere consultato dal datore di lavoro, sia, preventivamente, in merito alla valutazione dei rischi, sia, successivamente, in merito alla verifica dell'adeguatezza ed efficacia delle misure di prevenzione adottate.

2.3 DOCUMENTO DI VALUTAZIONE (DVR).

Al termine della valutazione il datore di lavoro ha l'obbligo indelegabile di redigere un documento contenente:

- una relazione sulla valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza durante il lavoro, con la specificazione dei criteri adottati
- il nominativo del responsabile del servizio di protezione e prevenzione, del rappresentante dei lavoratori alla sicurezza e del medico competente che ha partecipato alla valutazione dei rischi
- la descrizione delle misure di prevenzione e protezione adottate e dei dispositivi di protezione individuali adottati, il programma di quelle ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza, nonché l'individuazione delle procedure per la loro attuazione con riferimento anche ai ruoli dell'organizzazione aziendale che vi devono provvedere
- l'individuazione delle mansioni che eventualmente espongono i lavoratori a rischi specifici che richiedono riconosciuta capacità professionale, specifica esperienza, adeguata formazione ed addestramento
- le specifiche ulteriori indicazioni previste per regime particolari

All'interno del documento vengono riportati gli eventuali infortuni avvenuti; essa ha lo scopo di individuare le circostanze e le cause che li hanno prodotti e quindi consentire di definire e porre in atto misure correttive e preventive idonee, in grado di evitare il ripetersi dell'infortunio. Il documento deve essere consegnato tempestivamente al RLS che lo richieda.

2.3.1 Gli errori più frequenti.

Durante una valutazione del rischio vengono, talvolta involontariamente, commessi degli errori che, invece, andrebbero evitati. Tra quello più diffusi segnaliamo:

- incaricare della valutazione dei rischi persone incompetenti
- non fornire ai responsabili incaricati dall'organizzazione di effettuare la valutazione le informazioni, la formazione, le risorse, il tempo e il supporto necessari a tale scopo
- non coinvolgere nella valutazione dei rischi un gruppo di persone e non includere lavoratori dotati di una conoscenza pratica del processo/attività oggetto di valutazione.
- sottovalutare talune categorie di rischio, fra cui fattori psicosociali e organizzativi (orari, carico di lavoro ecc.);
- trascurare i pericoli a lungo termine per la salute (per esempio, rischi derivanti da un'esposizione cronica a sostanze pericolose o da livelli elevati di rumore);
- consultare il manuale dello stabilimento, ma non i lavoratori: le prassi di lavoro possono essere diverse e i lavoratori conoscono i problemi reali;
- attenersi rigidamente a una lista di controllo:
 - considerare soltanto i pericoli menzionati nella lista di controllo
 - non tenere di come i lavoratori interagiscono con i pericoli in concreto.
- sottovalutare le attività secondarie, come interventi di manutenzione o pulizie, svolte sul luogo di lavoro;
- trascurare l'eventuale presenza di lavoratori di altre aziende o di altre persone (contraenti, visitatori ecc.) sul luogo di lavoro
- non tener conto di gruppi di persone particolarmente a rischio, come donne in gravidanza, giovani lavoratori, lavoratori con disabilità ecc.;
- Mancata consultazione/coinvolgimento dei lavoratori

La valutazione ed il relativo documento devono essere rielaborati in occasione di modifiche del processo produttivo o dell'organizzazione del lavoro, come, ad esempio, a seguito dell'inserimento nella valutazione e nel documento del rischio da lavoro derivante da stress-correlato. A seguito di tale rielaborazione, le misure di prevenzione devono essere aggiornate. In questa ipotesi, il documento di valutazione dei rischi deve essere rielaborato entro 30 giorni.

D.U.V.R.I.

2.4 DOCUMENTO UNICO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI INTERFERENTI (DUVRI).

L'art. 3 della L. 123/2007, e l'art. 26 del D. Lgs. 9 Aprile 2008 n. 81, prevede l'elaborazione, da parte del Datore di lavoro committente, di un unico documento di valutazione dei rischi che indichi le misure adottate,

per neutralizzare i rischi da interferenze derivanti da lavori affidati ad imprese appaltatrici o a lavoratori autonomi all'interno della propria azienda.

Il documento ha lo scopo di:

- promuovere la cooperazione e il coordinamento tra il Committente, l'Impresa appaltatrice e le altre imprese già operanti nel medesimo sito, per l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione dai rischi sul lavoro inerenti l'attività lavorativa oggetto dell'appalto con particolare riguardo alla individuazione dei rischi dovuti alle interferenze tra tutti lavoratori impegnati ad operare nello stesso ambiente;
- ridurre ogni possibile rischio a cui i lavoratori sono soggetti, nell'ambito dello svolgimento delle loro normali mansioni, tramite l'adozione di un comportamento consapevole e responsabile e la generazione di procedure/istruzioni e regole a cui devono attenersi durante il lavoro;
- Ridurre anche per i pazienti ed i visitatori ogni possibile rischio che dalle attività oggetto dell'appalto possano derivare.

La valutazione dei rischi è soggetta ad aggiornamento nel caso dovessero intervenire significative modifiche nello svolgimento delle attività. Il documento non contempla la valutazione dei rischi specifici propri delle imprese appaltatrici o dei singoli lavoratori autonomi, i quali, pertanto, dovranno attenersi anche a tutti gli obblighi formali e sostanziali previsti dall'art. 28 del D.Lgs. 81/08.



DEFINIZIONI

Appaltante o committente: colui che richiede un lavoro o una prestazione di un servizio.

Appaltatore: è il soggetto che si obbliga nei confronti del committente a fornire un'opera e/o una prestazione di un servizio con mezzi propri.

Subappaltatore: è il soggetto che si obbliga nei confronti dell'appaltatore a fornire un'opera e/o una prestazione di un servizio con mezzi propri.

DUVRI: Documento unico di valutazione dei rischi da interferenze

Supervisore dell'appalto committente: è la persona fisicamente designata dal Datore di lavoro/dirigente del committente della gestione operativa dell'appalto.

Referente dell'impresa appaltatrice: Responsabile dell'impresa appaltatrice per la conduzione dei lavori con lo specifico incarico di collaborare con il Supervisore dell'appalto committente promuovere e coordinare la sicurezza e l'igiene del lavoro

Contratto d'appalto: l'appalto è il contratto con il quale una parte assume, con organizzazione dei mezzi necessari e con gestione a proprio rischio, il compimento di un'opera o di un servizio verso un corrispettivo in denaro (art. 1655 c.c.).

Appalto incorporato: è il caso in cui l'opera viene eseguita all'interno del luogo di lavoro del committente, senza la copresenza di lavoratori dipendenti da quest'ultimo. Questo contratto si realizza quando l'opera richiede una massiccia specializzazione, divisione, parcellizzazione dei lavori appaltati in quanto volendo eseguire, in campo industriale (esempio manutenzione con elettricisti, meccanici, idraulici, ecc.), opere di diversa natura secondo le regole dell'arte, occorre richiedere l'intervento di personale in possesso di determinati requisiti tecnici. Si generano perciò interferenze che sono fonte di rischi aggiuntivi rispetto a quelli già insiti nei singoli lavori e la cui responsabilità può gravare sul committente.

Appalto promiscuo: gli appalti promiscui sono quelli che vedono impegnate una o più imprese appaltatrici in uno stesso ambiente di lavoro, o in strutture nelle quali operano i lavoratori del committente. Si tratta generalmente di lavori su impianti e che devono essere eseguiti senza interrompere il loro normale funzionamento e sui quali potrebbero operare contemporaneamente i lavoratori del committente.

Subappalto: il subappalto è un contratto fra appaltatore e subappaltatore cui è estraneo il committente, nonostante l'autorizzazione. L'appaltatore non può dare in subappalto l'esecuzione dell'opera se non autorizzato dal committente

Contratto d'opera: il contratto d'opera si configura quando una persona si obbliga verso "un'altra persona fisica o giuridica" a fornire un'opera o un servizio pervenendo al risultato concordato senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente.

2.4.1 Rischi da interferenza.

Si intendono per interferenti le seguenti tipologie di rischi:

- Tipo A: esistenti nel luogo di lavoro del committente, ove è previsto che debba operare l'appaltatore, ulteriori rispetto a quelli specifici dell'attività propria dell'appaltatore

- Tipo B: derivanti da sovrapposizioni di più attività svolte da operatori di appaltatori diversi
- Tipo C: immessi nel luogo di lavoro del committente dalle lavorazioni dell'appaltatore
- Tipo D: derivanti da modalità di esecuzione particolari richieste esplicitamente dal committente (che comportino pericoli aggiuntivi rispetto a quelli specifici dell'attività appaltata).

2.4.2 Obblighi del committente.

Nel caso di affidamento del servizio all'interno delle sedi dell'Ente ovvero dell'unità produttiva ad imprese appaltatrici o a lavoratori autonomi, introduce obblighi precisi a carico sia dei datori di lavoro delle ditte incaricate della esecuzione del servizio, che dei datori di lavoro dell'azienda appaltante (committente). In particolare gli obblighi del Datore di Lavoro committente, sono di seguito specificati:

- Verificare i requisiti tecnico-professionali dell'appaltatore;
- Fornire informazioni sui rischi specifici esistenti nelle aree interessate del servizio alla ditta appaltatrice;
- Promuovere la cooperazione fra datori di lavoro delle diverse imprese coinvolte nell'esecuzione dell'appalto;
- Promuove il coordinamento degli interventi di prevenzione e protezione finalizzati alla eliminazione dei rischi dovuti alle interferenze, anche attraverso l'elaborazione del presente "Documento unico di valutazione dei rischi".

2.4.3 Obblighi generali per l'Appaltatore

Prima di iniziare il servizio l'Appaltatore si impegna a visionare quanto riportato nel presente documento, a condividerlo e a collaborare al miglioramento delle condizioni di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro sia per i propri dipendenti, di cui è pienamente e consapevolmente responsabile, sia verso i lavoratori altrui, alla cui sicurezza e salute egli concorre attraverso le attività di coordinamento e collaborazione.

L'Appaltatore si impegna:

- ad operare rispettando e facendo rispettare tutte le vigenti norme in materia di sicurezza, ambiente ed igiene del lavoro, nonché ad applicare nel corso del lavoro le norme unificate nazionali ed internazionali e tutte le altre eventuali norme di buona tecnica applicabili;
- ad adempiere a tutti gli obblighi che gli derivano dal Decreto Legislativo 81/08, per quanto attiene ai rischi specifici dell'attività, con particolare, ma non esclusivo, riferimento alle attrezzature di lavoro, ai dispositivi di protezione individuali, ove necessari, ed inclusi gli obblighi di formazione ed informazione verso i propri lavoratori;
- ad adempiere agli obblighi di formazione ed informazione verso i propri lavoratori (nonché quelli di eventuali ditte subappaltatrici, ove il subappalto fosse ammesso), per quanto attiene ai rischi specifici connessi ai luoghi di lavoro dell'Azienda
- a fornire, qualora operino contemporaneamente più imprese, tutte le indicazioni necessarie affinché l'Ente possa adeguatamente promuovere il coordinamento tra le imprese stesse, in particolare per i rischi derivanti da possibili interferenze tra i lavori;
- a dotare il proprio personale dei dispositivi individuali di protezione (DPI) necessari per l'esecuzione del servizio, nonché di quelli che possono essere prescritti dall'Ente in relazione a condizioni di rischio specifiche presenti nell'area o reparto dell'Unità produttiva o derivanti dalla interferenza delle lavorazioni.
- a fornire, qualora operino contemporaneamente più imprese, tutte le indicazioni necessarie affinché l'Ente possa adeguatamente promuovere il coordinamento tra le imprese stesse, in particolare per i rischi derivanti da possibili interferenze tra i lavori;

Esempi di attività svolte in appalto e relativi rischi.

In tutti i luoghi di cura nei reparti di degenza operano lavoratori dipendenti da ditte in appalto come servizio ausiliari di supporto. Nell'esempio vengono descritte le mansioni svolte e i rischi associati.

ATTIVITÀ SVOLTE

REPARTO: Chirurgia

| N. | Lavorazioni | Rischi associati |
|----|--|------------------------------|
| 1. | Pulizia di padelle, pappagalli e vuotatoi. | Rischio chimico e biologico. |
| 2. | Pulizia frigorifero cucina e sala da pranzo. | |

REPARTO: Gastroenterologia

| Lavorazioni | Rischi associati |
|--|---|
| Chiusura di scatoloni, di sacchi della biancheria e quelli gialli dei rifiuti. | Rischio chimico e biologico, movimentazione manuale dei carichi. |
| Consegna di esami ematochimici nei laboratori. | Rischio chimico e biologico. |
| Preparazione e distribuzione della colazione. | Rischi meccanici e scottature, urti e scivolamento, movimentazione manuale dei carichi, rischio elettrico. |
| Ritiro della colazione e pulizia di stanze e cucina. | Rischio chimico e biologico, urti e scivolamento, movimentazione manuale dei carichi. |
| Disinfezione di letti pazienti e medico di guardia, di comodini ed armadietti. | Rischio chimico e biologico, postura. |
| Ritira e riordina il carrello dei farmaci. | Rischio chimico e biologico. Possibilità di contatto con farmaci antiblastici in caso di sversamenti accidentali. |
| Pulizia tavoli e ritiro di vassoi | |

REPARTO: Ginecologia

| Lavorazioni | Rischi associati |
|---|--|
| Chiusura dei sacchi della biancheria e quelli gialli dei rifiuti. | Rischio chimico e biologico, movimentazione manuale dei carichi. |
| Ritiro di eventuali farmaci urgenti. | Rischio chimico. |
| Riordino e sistemazione delle stanze, della cucina e del letto del medico di guardia. | Rischio chimico e biologico, movimentazione manuale dei carichi e postura. |
| Preparazione e distribuzione dei carrelli per il pranzo. | Rischi meccanici, urti e scivolamento, rischio elettrico, scottature. |
| Pulizia del bidone porta cartoni. | Rischio chimico e biologico. |
| Consegna materiale in anatomia patologica. | Rischio chimico e biologico. |
| Pulizia di padelle e vuotatoi. | Rischio chimico e biologico. |

REPARTO: Medicina

| Lavorazioni | Rischi associati |
|---|---|
| Preparazione e distribuzione della colazione. | Rischi meccanici, urti e scivolamento, rischio elettrico, scottature. |
| Consegna di esami nei laboratori. | Rischio chimico e biologico. |
| Ritiro di piatti e riordino della cucina. | Rischio meccanico, scivolamento, movimentazione manuale dei carichi. |
| Pulizia di piantane flebo, di spondine e lettini per le visite. | Rischio chimico e biologico. |
| Pulizia di padelle e vuotatoi. | |
| Pulizia del frigorifero e banconi | |
| Pulizia di padelle e vuotatoi. | |

REPARTO: Nefrologia

| Lavorazioni | Rischi associati |
|---|--|
| Trasporto di pazienti per esami. | Movimentazione manuale dei carichi, rischio biologico. |
| Controllo e sistemazione di rifiuti speciali e non. | Rischio chimico e biologico. |
| Invio nei laboratori di esami ematochimici. | |

| | |
|---|--|
| Sistemazione dei letti di pazienti e del medico di guardia. | Movimentazione manuale dei carichi, rischio biologico. |
| Disinfezione dell'unità di base dei pazienti dimessi. | Rischio chimico e biologico. |
| Riordino e sanificazione di vuotatoi, padelle e pappagalli. | |

REPARTO: Neurologia

| Lavorazioni | Rischi associati |
|--|--|
| Chiusura di scatoloni, di sacchi della biancheria e quelli gialli dei rifiuti. | Rischio chimico e biologico, movimentazione manuale dei carichi e postura. |
| Riordino e sistemazione della cucina e del letto del medico di guardia. | |
| Preparazione e distribuzione della colazione. | Rischi meccanici e scottature, urti e scivolamento, movimentazione manuale dei carichi, rischio elettrico. |
| Consegna di esami ematochimici nei laboratori. | Rischio chimico e biologico. |
| Ritiro di piatti e riordino della cucina. | Rischio meccanico, movimentazione manuale dei carichi. |
| Controllo e lavaggio tele sporche. | Rischio chimico e biologico. |
| Ritiro e pulizia carrello della farmacia. | Rischio chimico. |
| Pulizia di padelle e vuotatoi. | Rischio chimico e biologico. |
| Pulizia del frigorifero. | |
| Pulizia di piantane flebo, di spondine e lettini per le visite. | |
| Pulizia del carrello della biancheria e quelli della cucina. | |

REPARTO: Ortopedia e traumatologia

| Lavorazioni | Rischi associati |
|--|--|
| Chiusura di scatoloni, di sacchi della biancheria e quelli gialli dei rifiuti. | Rischio chimico e biologico, movimentazione manuale dei carichi. |
| Preparazione e distribuzione della colazione. | Rischi meccanici e scottature, urti e scivolamento, movimentazione manuale dei carichi, rischio elettrico. |
| Disinfezione di letti pazienti e medico di guardia, di comodini ed armadietti. | Rischio chimico e biologico. |
| Ritiro della colazione e pulizia di stanze e cucina. | Rischio chimico e biologico, urti e scivolamento, movimentazione manuale dei carichi. |
| Consegna e ritiro di materiale per la sterilizzazione | Rischio chimico e biologico. |
| Pulizia dei banconi, carrelli, vassoi. | |
| Ritira e riordina il carrello dei farmaci. | |
| Pulizia di padelle, pappagalli e vuotatoi. | |

REPARTO: Pneumologia

| Lavorazioni | Rischi associati |
|--|--|
| Chiusura di scatoloni, di sacchi della biancheria e quelli gialli dei rifiuti. | Rischio chimico e biologico, movimentazione manuale dei carichi. |
| Consegna di esami nei laboratori. | Rischio chimico e biologico. |

| | |
|--|------------------------------|
| Preparazione e distribuzione della colazione. | |
| Ritiro della colazione e pulizia di stanze e cucina. | Rischio chimico e biologico. |
| Pulizia di piantane. | Rischio chimico e biologico. |
| Pulizia di padelle, pappagalli e vuotatoi. | |
| Pulizia del frigorifero e armadi. | |

REPARTO: Psichiatria

| Lavorazioni | Rischi associati |
|---|--|
| Pulizia e riordino letti pazienti e medico di guardia. | Rischio chimico e biologico, movimentazione manuale dei carichi e postura. |
| Chiusura e ripristino di sacchi di biancheria sporca e pulita, rifiuti sanitari, rifiuti. | |
| Lavaggio biancheria con uso di lavatrice. | Elettrocuzione, movimentazione manuale dei carichi, rischio chimico e biologico. |
| Pulizia banconi. | Rischio chimico e biologico. |
| Pulizia armadi in infermeria. | |
| Pulizia vuotatoio e lava padelle. | |
| Pulizia e riordino armadi e scaffali per la biancheria. | |

REPARTO: Servizi economici

| Lavorazioni | Rischi associati |
|---|--|
| Lavaggio e preparazione verdure, frutta, movimentazione teglie, pentole e contenitori vari; pulizia celle, dispense e forni, piani cottura, supporto alla linea distribuzione pasti, scarico e spostamento derrate. | Scivolamento, rischio chimico e biologico, movimentazione manuale dei carichi e postura. |
| Carico e scarico camion, immagazzinaggio materiali, traslochi tra uffici, ritiro mobili e macchinari fuori uso, distribuzione presso servizi e reparti di materiale vario di consumo. | |



3. GLI ATTORI DELLA PREVENZIONE

3.1 IL DATORE DI LAVORO (O IL DIRETTORE GENERALE)

E' il soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o, comunque, il soggetto che, secondo il tipo e l'assetto dell'organizzazione nel cui ambito il lavoratore presta la propria attività, ha la responsabilità dell'organizzazione stessa o dell'unità produttiva in quanto esercita i poteri gestionali di spesa. Nelle aziende sanitarie il datore di lavoro è individuato nella figura del Direttore Generale.

Questi è il garante strutturale della sicurezza; definisce la politica aziendale in materia di sicurezza e di tutela della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro, organizza le attività conseguenti ed esercita le attività di competenza comprese quelle non delegabili. Queste ultime sono: la valutazione di tutti i rischi con la conseguente adozione dei documenti previsti; la designazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione dai rischi; la designazione dell'esperto qualificato.

Sono numerosi gli obblighi in capo al datore di lavoro (Direttore generale), elenchiamo i principali:

- Nominare il medico competente per l'effettuazione della sorveglianza sanitaria nei casi previsti;

- designare preventivamente dei lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza;
- fornire ai lavoratori di necessari e idonei dispositivi di protezione individuale, sentito il responsabile del servizio di prevenzione e protezione e il medico competente;
- adottare misure appropriate affinché soltanto i lavoratori che hanno ricevuto adeguate istruzioni e specifico addestramento accedano alle zone che li espongono ad un rischio grave e specifico;
- richiedere l'osservanza da parte dei singoli lavoratori delle norme vigenti, nonché delle disposizioni aziendali in materia di sicurezza e di igiene del lavoro e di uso dei mezzi di protezione collettivi e dei dispositivi di protezione individuali messi a loro disposizione;
- adottare le misure per il controllo delle situazioni di rischio in caso di emergenza e dare istruzioni affinché i lavoratori, in caso di pericolo grave, immediato ed inevitabile, abbandonino il posto di lavoro o la zona pericolosa;
- informare il più presto possibile i lavoratori esposti al rischio di un pericolo grave e immediato circa il rischio stesso e le disposizioni prese o da prendere in materia di protezione;
- adempiere agli obblighi di informazione, formazione e addestramento; di astenersi, salvo eccezione debitamente motivata da esigenze di tutela della salute e sicurezza, dal richiedere ai lavoratori di riprendere la loro attività in una situazione di lavoro in cui persiste un pericolo grave e immediato;
- consentire ai lavoratori di verificare, mediante il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, l'applicazione delle misure di sicurezza e di protezione della salute;
- consegnare tempestivamente al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, su richiesta i questi e per l'espletamento della sua funzione, copia del documento di valutazione dei rischi nonché consentire al medesimo rappresentante di accedere ai dati riguardanti le misure tecniche adottate per evitare rischi per la salute della popolazione o per il deterioramento dell'ambiente esterno;
- elaborare il documento unico dei rischi interferenziali relativamente ai contratti d'appalto o d'opera o di somministrazione e, su richiesta dei Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, per l'espletamento delle loro funzioni, consegnarne loro tempestivamente copia;
- munire i lavoratori di apposita tessera di riconoscimento, corredata di fotografia, contenente le generalità del lavoratore e l'indicazione del datore di lavoro, nell'ambito dello svolgimento di attività in regime di appalto e di subappalto;
- di prendere appropriati provvedimenti per evitare che le misure tecniche adottate possano causare rischi per la salute della popolazione o deteriorare l'ambiente esterno verificando periodicamente la perdurante assenza di rischio;
- consultare il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza
- adottare le misure necessarie ai fini della prevenzione incendi e dell'evacuazione dei luoghi di lavoro, nonché per il caso di pericolo grave e immediato; tali misure devono essere adeguate alla natura dell'attività, alle dimensioni dell'azienda o dell'unità produttiva, e al numero delle persone presenti;
- convocare la riunione periodica direttamente o tramite il Servizio Prevenzione Protezione;
- aggiornare le misure di prevenzione in relazione ai mutamenti organizzativi e produttivi che hanno rilevanza ai fini della salute e sicurezza del lavoro, o in relazione al grado di evoluzione della tecnica della prevenzione e della protezione;

Il Datore di Lavoro, inoltre, fornisce al Servizio di Prevenzione e Protezione ed al Medico Competente informazioni in merito alla natura dei rischi:

- organizzazione del lavoro, la programmazione e l'attuazione delle misure preventive e protettive;
- descrizione degli impianti e dei processi produttivi;
- dati relativi alle misure tecniche adottate per proteggere dai rischi la salute dei lavoratori e per evitare il deterioramento dell'ambiente esterno e quelli relativi alle malattie professionali;
- provvedimenti adottati dagli organi di vigilanza.

Il datore di lavoro provvede altresì affinché ciascun lavoratore riceva un'adeguata informazione:

- sui rischi specifici cui è esposto in relazione all'attività svolta, le normative di sicurezza e le disposizioni aziendali in materia;
- sui pericoli connessi all'uso delle sostanze e dei preparati pericolosi sulla base delle schede dei dati di sicurezza previste dalla normativa vigente e dalle norme di buona tecnica;
- sulle misure e le attività di protezione e prevenzione adottate.

Il contenuto dell'informazione deve essere facilmente comprensibile per i lavoratori e deve consentire loro di acquisire le relative conoscenze. Ove l'informazione riguardi lavoratori immigrati, essa avviene previa verifica della comprensione della lingua utilizzata nel percorso informativo.

3.2 DIRIGENTE.

E' la persona che, in ragione delle competenze professionali o di poteri gerarchici e funzionali alla natura dell'incarico conferitogli, attua le direttive del datore di lavoro organizzando l'attività lavorativa e vigilando su di essa. I Dirigenti sono identificati nei dirigenti delle strutture complesse o semplici che costituiscono i

dipartimenti, e nei dirigenti (oppure funzioni aventi qualifica dirigenziale) responsabili degli uffici e dei servizi che costituiscono il management di presidio, ciascuno nell'ambito della struttura, del servizio o dell'ufficio che dirigono.

Sono numerosi i compiti che spettano al Dirigente:

- nell'affidare i compiti ai lavoratori, tengono conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza;
- vigilare affinché i lavoratori per i quali vige l'obbligo di sorveglianza sanitaria siano adibiti alla mansione lavorativa specifica solo con il prescritto giudizio di idoneità
- fornire ai lavoratori i necessari e idonei dispositivi di protezione individuale, sentito il responsabile del servizio di prevenzione e protezione e il medico competente;
- prendere le misure appropriate affinché soltanto i lavoratori che hanno ricevuto adeguate istruzioni e specifico addestramento accedano alle zone che li espongono ad un rischio grave e specifico;
- richiedere l'osservanza da parte dei singoli lavoratori delle norme vigenti, nonché delle disposizioni aziendali in materia di sicurezza e di igiene del lavoro e di uso dei mezzi di protezione collettivi e dei dispositivi di protezione individuali messi a loro disposizione;
- richiedere al medico competente l'osservanza degli obblighi previsti a suo carico dalla legislazione vigente;
- adottare le misure per il controllo delle situazioni di rischio in caso di emergenza e dare istruzioni affinché i lavoratori, in caso di pericolo grave, immediato ed inevitabile, abbandonino il posto di lavoro o la zona pericolosa;
- informare il più presto possibile i lavoratori esposti al rischio di un pericolo grave e immediato circa il rischio stesso e le disposizioni prese o da prendere in materia di protezione;
- adempiere agli obblighi di informazione, formazione e addestramento;
- astenersi, salvo eccezione debitamente motivata da esigenze di tutela della salute e sicurezza, dal richiedere ai lavoratori di riprendere la loro attività in una situazione di lavoro in cui persiste un pericolo grave e immediato;
- consentire ai lavoratori di verificare, mediante il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, l'applicazione delle misure di sicurezza e di protezione della salute;
- consegnare tempestivamente al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, su richiesta di questi e per l'espletamento della sua funzione, copia del documento di valutazione dei rischi.

Restano in capo al Dirigente le competenze del Preposto qualora quest'ultimo non sia stato individuato mediante delega scritta. Inoltre in Azienda i Dirigenti:

- collaborano con il Servizio Prevenzione Protezione (SPP), con il Medico Competente (MC) e con le altre figure previste dalla normativa vigente e dal presente Regolamento, alla stesura del Documento Valutazione dei Rischi;
- comunicano tempestivamente al SPP e/o MC variazioni nelle Strutture, nelle attività o nel personale, che comportino aggiornamenti del Documento Valutazione Rischi (DVR) o della Sorveglianza Sanitaria;
- possono chiedere specifiche consulenze, in particolare al SPP ed al MC, ma resteranno responsabili in ordine alla predisposizione ed al rispetto delle specifiche norme di lavoro sicuro e regole comportamentali per la propria UO/Servizio/Funzione;
- si fanno carico dell'informazione e formazione dei lavoratori afferenti alla loro Struttura su aspetti specifici e sul Piano di Emergenza, in collaborazione con il SPP e il Responsabile Aziendale per le Emergenze;
- segnalano al SPP eventuali difficoltà nell'adozione delle misure di prevenzione e protezione previste dalla valutazione dei rischi
- frequentano appositi corsi di formazione

3.3 PREPOSTO.

E' persona che, in ragione delle competenze professionali e nei limiti dei poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, sovrintende all'attività lavorativa e garantisce l'attuazione delle direttive ricevute, controllandone la corretta esecuzione da parte dei lavoratori ed esercitando un funzionale potere d'iniziativa. I preposti sono identificati nella persona di dirigente o con qualifica di operatore sanitario, tecnico amministrativo al quale sia effettivamente affidato il compito di coordinamento e/o supervisione dell'attività di un gruppo di lavoratori, ciascuno nell'ambito del settore in cui opera.

I preposti, secondo le loro attribuzioni e competenze, devono:

- sovrintendere e vigilare sull'osservanza da parte dei singoli lavoratori dei loro obblighi di legge, nonché delle disposizioni aziendali in materia di salute e sicurezza sul lavoro e di uso dei mezzi di protezione collettivi e dei dispositivi di protezione individuale messi a loro disposizione e, in caso di persistenza della inosservanza, informare i loro superiori diretti;

- verificare affinché soltanto i lavoratori che hanno ricevuto adeguate istruzioni accedano alle zone che li espongono ad un rischio grave e specifico;
- richiedere l'osservanza delle misure per il controllo delle situazioni di rischio in caso di emergenza e dare istruzioni affinché i lavoratori, in caso di pericolo grave, immediato e inevitabile, abbandonino il posto di lavoro o la zona pericolosa;
- informare il più presto possibile i lavoratori esposti al rischio di un pericolo grave e immediato circa il rischio stesso e le disposizioni prese o da prendere in materia di protezione;
- astenersi, salvo eccezioni debitamente motivate, dal richiedere ai lavoratori di riprendere la loro attività in una situazione di lavoro in cui persiste un pericolo grave ed immediato;
- segnalare tempestivamente al datore di lavoro o al dirigente sia le deficienze dei mezzi e delle attrezzature di lavoro e dei dispositivi di protezione individuale, sia ogni altra condizione di pericolo che si verifichi durante il lavoro, delle quali venga a conoscenza sulla base della formazione ricevuta;
- frequentare appositi corsi di formazione



3.4 SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE.

E' Insieme delle persone, sistemi e mezzi interni o esterni finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dei rischi professionali dei lavoratori.

I compiti del Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) dai rischi professionali provvede:

- all'individuazione dei fattori di rischio, alla valutazione dei rischi e all'individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale;
- ad elaborare, per quanto di competenza, le misure preventive e protettive mirate alla valutazione dei rischi e i sistemi di controllo di tali misure;
- ad elaborare le procedure di sicurezza per le varie attività aziendali;
- a proporre al Direttore Generale i programmi di informazione e formazione dei lavoratori;
- a partecipare alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alla riunione periodica;
- fornire ai lavoratori le informazioni sui rischi e le conseguenti misure di contenimento/abbattimento degli stessi

Oltre a quanto sopra riportato, in particolare in Azienda:

- coordina la riunione annuale periodica;
- si avvale delle competenze e collabora per quanto di competenza, direttamente o indirettamente, con il Responsabile della Gestione delle Emergenze, con l'Esperto Qualificato, con il Medico Competente, con il Medico Autorizzato, con il Responsabile della U.O. Tecnico-patrimoniale, con il Responsabile della U.O. Provveditorato/Economato, con il Coordinatore Aziendale del Comitato per la gestione del rischio aziendale e con il Coordinatore Aziendale per la gestione dei rifiuti sanitari;

Il responsabile del servizio di prevenzione e protezione (RSPP) è nominato dal Direttore Generale quale persona in possesso dei requisiti previsti dalla legislazione vigente, ossia persona che possiede le cognizioni e l'addestramento necessari sia per effettuare misurazioni, esami, verifiche o valutazioni di carattere fisico, tecnico o radiotossicologico, sia per assicurare il corretto funzionamento dei dispositivi di protezione, sia per fornire tutte le altre indicazioni e formulare provvedimenti atti a garantire la sorveglianza fisica della protezione dei lavoratori e della popolazione.



Medico
competente

3.5 MEDICO COMPETENTE.

E' il Medico in possesso dei titoli e dei requisiti formativi e professionali che collabora con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi ed è nominato dallo stesso per effettuare la sorveglianza sanitaria per tutti gli altri compiti fissati dalla legge.

E' nominato dal datore di lavoro al fine di effettuare la sorveglianza sanitaria e per tutti gli altri compiti fissati dalla legge. Il medico competente deve:

- collaborare con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di

competenza, e alla organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro. Collabora inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute", secondo i principi della responsabilità sociale;

- programmare ed effettuare la sorveglianza sanitaria attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati;
- istituire, aggiornare e custodire, sotto la propria responsabilità, una cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria;
- consegnare al datore di lavoro, alla cessazione dell'incarico, la documentazione sanitaria in suo possesso con salvaguardia del segreto professionale;
- consegnare al lavoratore, alla cessazione del rapporto di lavoro, la documentazione sanitaria in suo possesso e di fornirgli le informazioni riguardo la necessità di conservazione;
- fornire informazioni ai lavoratori sul significato della sorveglianza sanitaria cui sono sottoposti e, nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività che comporta l'esposizione a tali agenti. Fornisce altresì, a richiesta, informazioni analoghe ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- informare ogni lavoratore interessato dei risultati della sorveglianza sanitaria e, a richiesta dello stesso, di rilasciargli copia della documentazione sanitaria;
- comunicare per iscritto, in occasione della riunione periodica, al datore di lavoro, al responsabile del servizio di prevenzione protezione dai rischi, ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria effettuata e di fornire le indicazioni sul significato di detti risultati ai fini della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori;
- visitare gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o a cadenza diversa che stabilisce in base alla valutazione dei rischi; la indicazione di una periodicità diversa dall'annuale deve essere comunicata al datore di lavoro ai fini della sua annotazione nel documento di valutazione dei rischi;
- partecipare alla riunione periodica..



3.6 RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI ALLA SICUREZZA.

Il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza ha diversi compiti, primo fra tutti, quello di salvaguardare la salute e la sicurezza dei lavoratori. Questo è un principio che deve sempre essere presente onde evitare di cadere nelle trappole che verranno tese dalle varie amministrazioni. La tendenza delle amministrazioni è quella di convincere gli RLS di essere delle figure tecniche e non sindacali, di essere delle persone che devono collaborare con l'azienda e rendersi conto delle difficoltà oggettive che essa incontra. Per evitarlo è fondamentale innanzitutto conoscere quali sono i diritti del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza. La durata dell'incarico è di tre anni.

3.6.1 Elezione e numero degli RLS

L'elezione e il numero dei Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza variano secondo la dimensione dell'amministrazione o unità operativa.

- Fino a 15 dipendenti, l'elezione si svolge a suffragio universale diretto e a scrutinio segreto, anche per le candidature concorrenti, risulta eletto il lavoratore che ottiene il maggior numero di voti espressi. Hanno diritto al voto tutti i dipendenti e possono essere eletti tutti i lavoratori (non in prova con contratto a tempo indeterminato o con contratto a tempo determinato purchè la durata dello stesso consenta lo svolgimento del mandato) che prestano la loro attività nelle amministrazioni o unità operative. All'RLS spettano, per l'espletamento dei compiti assegnati, appositi permessi retribuiti pari a 12 ore annue nelle amministrazioni o unità operative che occupano fino a sei dipendenti, e pari a 30 ore annue in quelle da sette a quindici dipendenti;
- da 16 a 200 dipendenti. In queste Amministrazioni o unità lavorative il rappresentante per la sicurezza si individua nell'ambito delle rappresentanze sindacali presenti;
- da 201 a 1000 dipendenti. In queste Amministrazioni o unità lavorative i rappresentanti per la sicurezza sono 3 nell'ambito delle rappresentanze sindacali presenti;
- con più di 1000 dipendenti. Nelle Amministrazioni o unità lavorative che occupano più di 1000 dipendenti il numero dei rappresentanti per la sicurezza è pari a 6, individuati nell'ambito delle rappresentanze sindacali presenti.

3.6.3 Formazione, riunione periodica, diritti

Il rappresentante alla sicurezza deve ricevere un'adeguata formazione sui problemi di salute e sicurezza a spese dell'azienda per un totale di ore non inferiore a 32. La formazione dei rappresentanti per la sicurezza, i

cui oneri sono a carico del datore di lavoro, si svolgerà mediante permessi retribuiti aggiuntivi rispetto a quelli già previsti per la loro attività. Tale formazione deve comunque prevedere un programma base di 32 ore che, nelle Amministrazioni o unità lavorative con un numero di dipendenti inferiore a 16, si svolgerà in due moduli; tale programma deve comprendere:

- conoscenze generali sui rischi dell'attività e sulle relative misure di prevenzione e protezione;
- metodologie sulla valutazione del rischio;
- metodologie minime delle comunicazioni.

Il datore di lavoro ogniqualvolta vengano introdotte innovazioni che abbiano rilevanza ai fini della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, prevede una integrazione della formazione.

Il rappresentante deve partecipare a tutte le riunioni indette in materia di prevenzione e sicurezza ed in particolare l'azienda è tenuta a fare almeno una riunione periodica all'anno.

Il diritto di accesso ai luoghi di lavoro sarà esercitato nel rispetto delle esigenze produttive con le limitazioni previste dalla legge. Il rappresentante per la sicurezza segnala preventivamente al datore di lavoro le visite che intende effettuare nei luoghi di lavoro. Tali visite si possono anche svolgere congiuntamente al responsabile del servizio di prevenzione e protezione o ad un addetto a questi incaricato.

Il rappresentante alla sicurezza può essere autorizzato all'utilizzo di strumenti in disponibilità della struttura. In tali strumenti rientrano in particolare l'utilizzo del locale a disposizione della rappresentanza sindacale, la consultazione delle pubblicazioni nella specifica materia.

3.6.3 I compiti

Sono numerosi i compiti che spettano ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza- Essi sono:

- accedono ai luoghi di lavoro in cui si svolgono le lavorazioni;
- sono consultati preventivamente e tempestivamente in ordine alla valutazione dei rischi, alla individuazione, programmazione, realizzazione e verifica della prevenzione nella azienda o unità produttiva;
- sono consultati sulla designazione del responsabile e degli addetti al servizio di prevenzione, alla attività di prevenzione incendi, al primo soccorso, alla evacuazione dei luoghi di lavoro e del medico competente;
- sono consultati in merito all'organizzazione della formazione;
- ricevono le informazioni e la documentazione aziendale inerente alla valutazione dei rischi e le misure di prevenzione relative, nonché quelle inerenti alle sostanze ed ai preparati pericolosi, alle macchine, agli impianti, alla organizzazione e agli ambienti di lavoro, agli infortuni ed alle malattie professionali;
- ricevono le informazioni provenienti dai servizi di vigilanza;
- ricevono una formazione adeguata;
- promuovono l'elaborazione, l'individuazione e l'attuazione delle misure di prevenzione idonee a tutelare la salute e l'integrità fisica dei lavoratori;
- formulano osservazioni in occasione di visite e verifiche effettuate dalle autorità competenti, dalle quali è, di norma, sentito;
- partecipano alla riunione periodica;
- fanno proposte in merito all'attività di prevenzione;
- avvertono il responsabile dell'azienda dei rischi individuati nel corso della sua attività;
- possono fare ricorso alle autorità competenti qualora ritenga che le misure di prevenzione e protezione dai rischi adottate dal datore di lavoro o dai dirigenti e i mezzi impiegati per attuarle non siano idonei a garantire la sicurezza e la salute durante il lavoro.

3.6.4 Rapporti con lavoratori e amministrazioni

Quando un lavoratore pone un problema, lo si ascolta con attenzione, si prende nota di tutte le informazioni che è in grado di fornire e gli si pongono domande per completare il quadro della situazione. Occorre però tenere conto di due aspetti.:

Il primo, non sempre il lavoratore ha ragione, per cui occorre spiegargli dove sbaglia e come correggere l'eventuale comportamento sbagliato,

Il secondo, spesso i lavoratori mescolano i problemi legati alla salute e sicurezza con quelli sindacali, in questo caso bisogna chiarire loro la differenza e programmare un incontro con il sindacato. Come e se agire, dovrebbe essere deciso nella riunione settimanale, in caso d'urgenza può avvenire una consultazione telefonica o via internet. Come primo intervento, se lo si ritiene opportuno, si programma un'ispezione; successivamente si manda una segnalazione scritta al Datore di lavoro, al Servizio di Protezione e Prevenzione aziendale ed al medico competente dando un limite al tempo di attesa per la risposta. Se l'amministrazione non risponde si manda un'ulteriore comunicazione tipo diffida e se anche così non dovesse funzionare si chiama l'organo di vigilanza (unità operativa nei luoghi di lavoro).

Altre segnalazioni possono partire direttamente dagli RLS senza che il lavoratore li abbia consultati. Si può venire a conoscenza di un problema o pensare che un luogo di lavoro sia a rischio, in questo caso si manda

una segnalazione con le stesse modalità riportate sopra, chiedendo spiegazioni ed informazioni. Se l'atteggiamento dovesse persistere sulle posizioni di ostruzionismo, occorre coinvolgere le rappresentanze sindacali unitarie aziendali (RSU). L'RLS infatti non ha il potere di trattare con l'amministrazione, ma i sindacati aziendali sì. E' in questo senso che va ricercata una relazione tra le due strutture, l'RSU deve anche fare in modo che gli RLS siano in condizione di lavorare, siano dati loro i mezzi e le strutture per assolvere il proprio compito. Anche la semplice assegnazione di una stanza provvista di telefono, un computer con collegamento internet, possono risultare importanti.

Alcune modalità di lavoro consigliabili sono l'apertura di uno sportello per raccogliere le segnalazioni dei lavoratori o semplicemente fornire loro informazioni e la distribuzione di un questionario da far circolare tra i lavoratori per conoscere a fondo le problematiche dei singoli settori e valutare il grado di conoscenza in materia di salute e sicurezza.

Fare il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza non è un compito facile se lo si vuole affrontare con coscienza e serietà, presuppone un notevole dispendio di tempo ed energie spesso anche fuori dall'orario di lavoro. E' capitato che alcuni RLS alle prime esperienze si sentissero come dei "vigilantes" sia nei confronti dell'amministrazione che in quelli dei lavoratori. E' chiaro che molti lavoratori abituati a svolgere le proprie mansioni in modo non appropriato si sentano irritati dal dover modificare le modalità di lavoro, ma anziché aggredirli occorre fare un lavoro di sensibilizzazione, far capire loro che se si ostinano a non usare i dispositivi di protezione individuale ne va della loro salute e possono anche essere soggetti a sanzioni disciplinari da parte dell'Azienda, non dovrà mai essere l'RLS a segnalare all'amministrazione il cattivo comportamento di un lavoratore.



3.7 IL LAVORATORE.

E' la persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo di fine di apprendere un mestiere o una professione (il socio lavoratore di cooperativa, i tirocinanti, allievi ecc.) Sono esclusi i volontari. Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.

I lavoratori devono in particolare:

- contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale;
- utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto, nonché i dispositivi di sicurezza;
- utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione; segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dei dispositivi di protezione collettiva ed individuale, nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie competenze e possibilità per eliminare o ridurre le situazioni di pericolo grave e imminente, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;
- non rimuovere o modificare senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;
- non compiere di propria iniziativa operazioni o manovre che non sono di loro competenza ovvero che possono compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori;
- partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro;
- sottoporsi ai controlli sanitari previsti dalla legislazione vigente o comunque disposti dal medico competente.

3.7.1 Diritti dei lavoratori.

Sono numerosi i diritti di cui deve usufruire il lavoratore. Essi sono:

- Il lavoratore che, in caso di pericolo grave, immediato e che non può essere evitato, si allontana dal posto di lavoro o da una zona pericolosa, non può subire pregiudizio alcuno e deve essere protetto da qualsiasi conseguenza dannosa.
- Il lavoratore che, in caso di pericolo grave e immediato e nell'impossibilità di contattare il competente superiore gerarchico, prende misure per evitare le conseguenze di tale pericolo, non può subire pregiudizio per tale azione, a meno che non abbia commesso una grave negligenza.
- Diritto ad avere un RLS che tuteli la loro sicurezza e li rappresenti

- Diritto di utilizzare i dispositivi individuali di protezione conformi alle norme di legge e alle mansioni che svolgono
- Diritto di lavorare in un ambiente i cui rischi siano stati adeguatamente valutati e dove siano state adottate tutte le misure necessarie affinché i pericoli siano evitati, arginati o affrontati in maniera adeguata
- Diritto di utilizzare in maniera limitata agenti fisici, chimici e biologici
- Diritto di ricevere informazione e formazione, di partecipare ed essere consultati

Inoltre, in caso di pericolo grave, i lavoratori hanno la facoltà di allontanarsi dal posto di lavoro sia per intervenire per ridurre il rischio per se e per gli altri, anche senza le competenze necessaria, ma solo se impossibilitato a contattare il superiore gerarchico. Sempre in caso di pericolo grave, immediato che non può essere evitato, il lavoratore può allontanarsi dal posto di lavoro o dalla zona pericolosa, senza subire alcun pregiudizio o conseguenze dannose.



3.8 ESPERTO QUALIFICATO.

E' la persona che, sulla base delle valutazioni relative all'entità del rischio, indica con apposita relazione scritta al datore di lavoro stesso e, ove necessario, al Responsabile del servizio di prevenzione e protezione:

- l'individuazione e la classificazione delle zone ove sussiste rischio da radiazioni;
- la classificazione dei lavoratori addetti, previa definizione da parte del datore di lavoro delle attività che questi debbono svolgere.

L'Esperto qualificato, nell'esercizio della sorveglianza fisica per conto del datore di lavoro deve inoltre, effettuare l'esame e la verifica delle attrezzature, dei dispositivi e degli strumenti di protezione.

L'Esperto qualificato comunica per iscritto al Medico autorizzato, almeno ogni sei mesi, le valutazioni delle dosi ricevute o impegnate dai lavoratori di categoria A e con periodicità almeno annuale, al medico addetto alla sorveglianza medica, quelle relative agli altri lavoratori esposti. In caso di esposizioni accidentali o di emergenza la comunicazione delle valutazioni basate sui dati disponibili deve essere immediata e, ove necessario, tempestivamente aggiornata



3.8.1. ESPERTO RESPONSABILE DELLA SICUREZZA DELL'IMPIANTO DI RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE.

I compiti così riassumibili:

- stesura delle regole da seguire in casi di emergenza nel sito
- controllo della corretta installazione dei diversi dispositivi di sicurezza
- controllo dei diversi collaudi effettuati dalla Ditta incaricata dell'installazione delle apparecchiature
- verifica della corretta esecuzione del progetto di installazione avvenuta
- verifica periodica del perdurare delle caratteristiche tecniche dell'impianto:
- stesura, conoscenza e rispetto delle norme interne di sicurezza e della esecuzione dei controlli di qualità (in collaborazione con il Medico Responsabile)
- sorveglianza fisica dell'ambiente
- segnalazione degli incidenti di tipo tecnico
- elaborare un regolamento scritto contenente, in forma dettagliata, tutte le norme interne di sicurezza
- rendere edotte e consapevoli del contenuto del regolamento tutte le categorie di persone che per ragioni diverse hanno accesso al sito
- mettere in atto tutte le misure necessarie affinché le norme di sicurezza siano di fatto rispettate.



3.9 MEDICO AUTORIZZATO.

E' il medico addetto alla sorveglianza dei lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti è tenuto, fra gli altri, ai seguenti adempimenti:

- analisi dei rischi individuali connessi alla destinazione lavorativa ed alle mansioni ai fini della programmazione di indagini specialistiche e di laboratorio atte a valutare lo stato di salute del lavoratore, anche attraverso accessi diretti negli ambienti di lavoro;
- istituzione, aggiornamento e conservazione dei documenti sanitari personali (DOPS) secondo le normative vigenti. Nel DOPS viene riportata la valutazione biologica e la trascrizione delle dosi;

esso contiene inoltre la formulazione del giudizio di idoneità al lavoro specifico e viene aggiornato in occasione di effettuazione delle visite mediche preventive e periodiche, visite straordinarie a richiesta del lavoratore o del datore di lavoro e visite alla cessazione del rapporto di lavoro, nonché in caso di sorveglianza medica eccezionale per superamento dei valori, allorché il Medico Autorizzato decide circa l'allontanamento o meno del soggetto dal lavoro e in caso di allontanamento sulla sua riammissione;

- informazione e formazione del lavoratore sul significato delle dosi ricevute e delle introduzioni di radionuclidi, degli esami medici e dei giudizi di idoneità che lo riguardano;
- a provvedere entro sei mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro o dalla cessazione dell'attività di impresa comportante esposizioni alle radiazioni ionizzanti a consegnare i documenti sanitari personali all'Ispettorato medico centrale del lavoro;
- comunicazione all'Ispettorato provinciale del lavoro e agli organi del servizio sanitario nazionale competenti per territorio i casi di malattia professionale entro tre giorni dal momento in cui ne abbia effettuato la diagnosi;
- prosecuzione della sorveglianza medica della radioprotezione, per i soggetti non più esposti, in caso di necessità.



3.10 RESPONSABILE DELLE EMERGENZE.

E' il soggetto, incaricato dal Direttore Generale, con idonea preparazione tecnica, formazione ed aggiornamento in tema di gestione delle emergenze, compreso il rischio antincendio. Ad esso è affidata la piena titolarità e responsabilità di:

- verifica periodica dell'adeguatezza delle iniziative poste in essere in rispetto alla normativa vigente;
- collaborazione alla pianificazione, aggiornamento ed implementazione, se necessario, degli interventi in modo da ridurre il rischio al più basso livello possibile;
- coordinamento ed acquisizione della registrazione di alcune attività di supporto (es. verifica dei mezzi di protezione attiva di prevenzione degli incendi, degli ascensori, etc) svolte da ditte esterne;
- acquisizione e coordinamento delle iniziative di emergenza/antincendio poste in essere da ditte che a qualsiasi titolo operano all'interno dell'Azienda;
- formazione, coordinamento e gestione dei dipendenti individuati come addetti all'emergenza.
- Qualora si trattasse di un soggetto esterno al Servizio di Prevenzione e Protezione è necessario che collabori con tale Servizio per un proficuo e coordinato scambio di modalità operative specifiche per ogni ambiente di lavoro, in particolare riguardanti la pianificazione e la gestione delle emergenze anche al fine di un continuo aggiornamento del DVR.



3.11 ADDETTI ANTINCENDIO.

Sono un nucleo di persone addestrate al fine di prevenire l'insorgere di incendi e, in caso di emergenza, di limitare i danni alle cose e alle persone. Infatti svolgono un importante ruolo nella prevenzione antincendio, attraverso il controllo periodico dei luoghi di lavoro e la segnalazione al Datore di lavoro o Dirigente anomalie suscettibili di sviluppare un focolaio o, in caso di incendio, di facilitare la propagazione dello stesso. Gli Addetti Antincendio in caso di emergenza, intervengono sull'evento in corso per controllarne l'evoluzione, per allertare le persone in caso si renda necessario allontanarle dal luogo in cui si trovano, per assicurare un esodo sicuro di tutte le persone presenti in sede ed impedire che persone vadano verso la zona interessata dall'emergenza in atto.

Inoltre, agli Addetti Antincendio è affidata anche la funzione di intervenire sugli impianti di servizio, al solo scopo di interrompere l'erogazione, e sugli impianti antincendio al fine di azionarli manualmente (ove disposto), nonché di indirizzare eventuali Enti Esterni (VVF, Assistenza Medica, ecc.) verso i luoghi in stato di emergenza. Gli Addetti Antincendio vengono designati dal Datore di Lavoro, il quale provvede alla loro formazione e/o addestramento attraverso corsi specifici ed esercitazioni

I loro compiti, dunque, sono quelli di verificare l'effettiva presenza di una situazione di emergenza e di, in caso di incendio facilmente controllabile, deve intervenire in quanto addestrato all'uso degli estintori

Nel caso non sia sicuro di poter controllare l'incendio o comunque di intervenire sul pericolo, l'Addetto Antincendio deve evitare di perdere tempo in vani tentativi, ma piuttosto deve dare inizio alle procedure di evacuazione, provvedendo immediatamente a:

- attivare il dispositivo acustico per la divulgazione dell'allarme o, alternativamente, chiedere ad altri di provvedere, fornendo precise istruzioni in merito, previa autorizzazione del Responsabile del Centro di Spesa a cui afferiscono;
- intercettare le alimentazioni di gas ed elettricità direttamente o fornendo precisi ordini a coloro che si trovano in prossimità di esse;
- isolare il più possibile il luogo in cui si è sviluppato l'incendio o altra anomalia, chiudendo le porte di accesso, dopo essersi assicurati che non siano rimaste persone all'interno;
- occuparsi di coloro che necessitano di assistenza, conducendoli al più presto nel luogo di raccolta più vicino;
- in caso di emergenza confermata, un Addetto Antincendio dovrà recarsi presso i locali con presenza di persone disabili e, in caso di necessità di evacuazione dovrà:
 - per persone con visibilità menomata o limitata, guidarle verso il punto di ritrovo esterno;
 - per persone con udito menomato o limitato, occuparsi di allertarle;
 - per persone con mobilità ridotta o su sedia a rotelle, con l'aiuto di un altro Addetto Antincendio, provvedere ad assisterle, aiutandole a raggiungere il punto di ritrovo esterno;
- controllare e coordinare il flusso delle persone in esodo;
- verificare per ciascun piano l'avvenuta evacuazione, controllando ciascun locale, compresi i bagni, e chiudendo la relativa porta di accesso dopo avere verificato che nessuno era ancora rimasto all'interno;
- verificare l'avvenuta evacuazione delle persone, mediante accertamento diretto che indiretto (es: tramite compilazione modulo di evacuazione; mediante interrogazione delle persone evacuate);
- in caso di persone non presenti alla verifica finale, l'Addetto Antincendio informerà le squadre di soccorso esterne per iniziare le ricerche;
- affiancare i VV.F durante l'intervento fornendo tutte le informazioni del caso;
- verificare che alle persone ferite siano state apportate cure adeguate;
- segnalare il cessato allarme, quando l'emergenza è conclusa;
- disporre la rimessa in esercizio degli impianti e la ripresa delle attività dopo aver verificato la sussistenza di tutte le condizioni di sicurezza.



3.12. ADDETTO AL PRONTO SOCCORSO.

Il Decreto Legislativo 81/08, definito anche Testo Unico sulla Sicurezza, impone l'obbligo di nominare alcune figure che hanno lo scopo di garantire la salute e la sicurezza dei lavoratori. Tra queste, rientra anche l'addetto al servizio di Primo Soccorso, figura che entra in azione nel caso in cui si verifichi un infortunio o un malore improvviso di un lavoratore o un visitatore, nell'attesa che intervenga una figura sanitaria di pronto soccorso.

3.12.1 Definizioni

Per "primo soccorso" si intende "l'insieme delle azioni che permettono di aiutare una o più persone in difficoltà, nell'attesa dell'arrivo dei soccorsi qualificati. Nessuna azione deve essere svolta senza aver valutato la scena dell'evento". Inoltre appena è possibile, "dopo aver compiuto un esame primario inerente i parametri vitali, è necessario effettuare una chiamata di emergenza per attivare la catena del soccorso, adeguatamente predisposta dal datore di lavoro e finalizzata ad assicurare l'arrivo di personale specializzato e l'eventuale trasporto presso il più vicino centro medico con possibilità anche di ricovero";

Per pronto soccorso: si intende "l'intervento svolto da personale sanitario addestrato a tale compito", personale che "opera prevalentemente in strutture ospedaliere predisposte ad accogliere casi di urgenza/emergenza in quanto dotati di attrezzature e spazi specificamente dedicati alla breve osservazione (medicina/chirurgia d'urgenza) ove poter prestate le prime cure prima del ricovero presso reparti specialistici".

3.12.2 Il piano di primo soccorso

L'emergenza sanitaria fa parte dell'insieme dei provvedimenti di sicurezza previsti nel documento di valutazione del rischio e si colloca nel "piano delle emergenze": il datore di lavoro infatti "deve ideare e gestire un modello organizzativo finalizzato a garantire un sistema di gestione della salute e sicurezza dei propri dipendenti per quanto attiene la possibilità di avere incidenti interni con lavoratori feriti o colpiti da malore improvviso che necessitino di essere soccorsi prima dell'arrivo dell'intervento del 118. In particolare un "piano di primo soccorso" deve contenere:

- la documentazione relativa ai luoghi di lavoro e alle persone presenti;
- i dati della valutazione dei rischi e del fenomeno infortunistico;
- I criteri adottati nell'organizzazione del servizio;

- la determinazione quantitativa e la dislocazione dei presidi e le modalità per la loro gestione (NB: prevedere standardizzazione delle modalità d'uso e stato delle dotazioni dei presidi contenuti nel pacchetto di medicazione o cassetta);
- le procedure di allertamento del sistema di soccorso interno e del 118;
- l'elenco nominativo dei lavoratori designati al primo soccorso;
- le procedure di gestione e trattamento dell' infortunato (o del soggetto colpito da malore);
- i piani previsti per la formazione e l'addestramento dei lavoratori designati;
- le procedure previste per la registrazione degli interventi



3.13 STRUTTURE DI VIGILANZA.

Agli organi di controllo interno è riservato il primo livello di prevenzione attuato da:

- Datore di lavoro
- Responsabile del SPP
- RLS
- Medico competente

La vigilanza intesa come verifica dei corretti comportamenti aziendali è un compito istituzionalmente riservato con ad organi con funzioni pubbliche. I principali organismi attualmente preposti alla vigilanza in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro sono:

- Presidi multizonali di igiene e prevenzione (Regione)
- Aziende Sanitaria Locale (Regione)
- Direzione territoriale del lavoro (Ministero del lavoro)
- INAIL (Ministero del lavoro)
- ISPESL (Ministero della sanità)
- Vigili del fuoco (Ministero dell'Interno)
- ANPA (Ministero dell'Ambiente)
- Carabinieri
- Polizia di Stato
- Vigili Urbani

4.INFORMAZIONE E FORMAZIONE



4.1 INFORMAZIONE.

L'informazione rappresenta un diritto primario e individuale, quindi irrinunciabile e inalienabile.

L'attività di prevenzione non può, infatti, essere limitata ad una generica informazione statica di uno o più elementi di rischio presenti nel luogo di lavoro, ma deve avere un andamento dinamico che interessa le varie componenti del rischio stesso, descrivendone i comportamenti da attuare affinché le probabilità d'incidente siano ridotte al minimo.

L'informazione rappresenta un diritto primario ed individuale e quindi irriducibile ed inalienabile. L'informazione deve essere fornita ad ogni lavoratore non solo con riguardo ai rischi specifici cui sono esposti in rapporto all'attività svolta, ma anche a quelli connessi all'attività in generale. Deve, quindi, essere attuata un'informazione dettagliata, metodica e documentata, ripetuta nel tempo in maniera da consentire alle lavoratrici e lavoratori di potersi inserire negli ambienti di lavoro previa conoscenza dei relativi rischi. Ad un'attività informativa va accompagnato, in modo non disgiunto, la formazione che non si esaurisce in modo definitivo, bensì deve essere ripetuta, specifica e documentata.



4.2 FORMAZIONE DEI LAVORATORI.

Il datore di lavoro, i Dirigenti e i preposti, nell'ambito delle rispettive attribuzioni, assicurano a ciascun lavoratore una formazione "sufficientemente adeguata" in materie di sicurezza e di salute, con particolare riferimento al proprio posto di lavoro e alle proprie mansioni. La formazione deve avvenire al momento dell'assunzione, del trasferimento o del cambiamento di mansioni, dell'introduzione di nuove tecnologie o attrezzature di lavoro, di nuove sostanze e preparati pericolosi. Rispetto a questa prima parte si può

osservare come la formazione non riguardi solo i nuovi assunti, ma anche i lavoratori già occupati, allorché vi siano variazioni delle situazioni di lavoro. L'indicazione di una *formazione sufficientemente adeguata*, va rapportata al posto di lavoro e alle mansioni svolte dai singoli lavoratori. Ciò significa che occorre favorire una formazione "sul campo", rispetto a quella d'aula, in quanto più rispondente ai fattori di rischio realmente esistenti, in grado, per questa via, di cogliere anche le specificità esistenti. La formazione, quindi, non può ridursi a mera informazione, richiedendo processi interattivi ed una verifica della presa di coscienza del comportamento conseguente.

Gli strumenti da mettere in campo possono essere diversi:

- esercitazioni per l'uso di sistemi e procedure di sicurezza
- predisposizione di schede di verifica e controllo di macchine, impianti, strumenti di lavoro
- simulazione di interventi in caso d'emergenza
- motivazione e addestramento all'uso dei dispositivi individuali di protezione
- addestramento pratico sulle corrette norme di movimentazione di carichi e sugli atteggiamenti posturali e dinamici più adatti per ridurre il rischio

E' bene ricordare, inoltre, che le normative di legge indicano i contenuti minimi della formazione, pertanto soggetti a possibili ampliamenti fin dalla predisposizione dei programmi di formazione.

I programmi di formazione per i lavoratori, devono essere preventivamente illustrati e discussi con i RLS i quali, fra l'altro, dovranno verificare che il datore di lavoro abbia provveduto ad adeguati stanziamenti di bilancio per questo capitolo.

Nessun contributo economico diretto o indiretto può gravare sui lavoratori, anzi i corsi di formazione devono svolgersi durante il normale orario di lavoro, tantomeno vanno utilizzati gli istituti contrattuali come ferie, permessi ecc. Anche eventuali spese di trasferta, mensa, materiali didattici non possono essere messe a carico dei lavoratori.

4.3 Formazione per gli addetti al pronto soccorso e antincendio.

Anche in questo caso le norme di legge parlano di una formazione minima e adeguata, in rapporto alla dimensione dell'azienda/ente ovvero all'unità produttiva. Questo non significa che ci si debba accontentare di una generica formazione che illustri, ad esempio, le vie di fuga, l'allocatione delle misure antincendio, il luogo dove è riposta la cassetta del pronto soccorso. E' necessario, al contrario, che siano anche illustrate le caratteristiche strutturali, impiantistiche e materiali degli ambienti di lavoro, le sostanze usate e i loro depositi, fornire conoscenze di base sulla fisiologia umana, assicurare esercitazioni pratiche e simulazione non in misura *una tantum*.

4.2.2 Formazione dei Rls.

La formazione deve essere di carattere generale e specifica, evitando di però d'immaginare che il RLS debba diventare un "piccolo medico del lavoro" o "un piccolo ingegnere". Ad esso non spetta il compito di indicare soluzioni, ma quello di porre le domande giuste e di sapere interagire con gli altri attori della prevenzione nella ricerca delle risposte.

Occorre precisare che la formazione per i RLS non può e non deve essere effettuata *una tantum*, devono essere previsti incontri periodici di aggiornamento anche in rapporto all'evoluzione organizzativa negli ambienti di lavoro, della giurisprudenza, delle innovazioni scientifiche. Non sono consigliabili pacchetti formativi standard, uguali per tutte le situazioni in quanto ogni luogo di lavoro può presentare problemi e soluzioni diverse. Anche per tale ragione l'affidarsi a servizi esterni non sempre è utile. Possono certamente proporre prodotti di alta qualità ma che non necessariamente colgono le necessità, le esigenze dello specifico luogo di lavoro, soprattutto in strutture complesse come quelle sanitarie dove, peraltro, esistono eccellenze professionali a cui affidare il compito della formazione.

In ogni caso, nell'ipotesi che la formazione venga affidata a soggetti esterni, è necessario conoscere il curriculum delle esperienze, l'ambito territoriale in cui opera, gli ambienti lavorativi in cui a operato. Una pratica formativa che non parta prima dalla realtà prima ancora che costituire uno spreco di risorse, è inutile.



5. RAPPORTO RLS/RSU/RSA.

Il rappresentante dei lavoratori alla sicurezza non ha poteri di contrattazione, questi sono in capo alle Rappresentanze Sindacali Unitarie e, ove non presenti, alle Rappresentanze Sindacali Aziendali. Può essere utile definire "passaggi" che egli è chiamato ad assolvere per un efficace e visibile ruolo, per che una volta in carica (tre anni) il nostro RLS si senta isolato.

Il RLS rappresenta tutte le lavoratrici e i lavoratori per ciò che attiene la sicurezza e la salute; questo è un primo punto che deve sempre avere bene in mente, un fatto dal quale prendere le mosse per essere sicuro d'interpretare correttamente il proprio ruolo.

La domanda che si deve porre e, quindi, “cosa significa rappresentare i lavoratori”? Tra le risposte possibili, quelle più coerenti ci sembrano essere:

- comprendere quali nuovi compiti e quali responsabilità la normativa pone in capo sia ai datori di lavoro e ai lavoratori in termini di obblighi e diritti
- parlare con loro di tutto questo ma anche dei proprio compiti e responsabilità

Cosa consente questo modo d’agire? Permette di mettere in rilievo le reciproche responsabilità, evita a tutti delusioni, frustrazioni ed errori che non potrebbero che avere ricadute negative sui diretti interessati. E’ altresì opportuno individuare un metodo che consenta di mantenere costante il contatto con i lavoratori, ciò potrà, ad esempio, consentire un continuo flusso d’informazioni sui rischi di ciascuna situazione lavorativa. Inoltre, il RLS potrà agire con ‘informazione precisa e puntuale sui problemi della prevenzione specifici e sui diritti alla salute e sicurezza nel lavoro.

In sostanza il RLS potrà svolgere con maggiore efficacia e soddisfazione il proprio ruolo se i lavoratori saranno a conoscenza del fatto che il RLS è un loro strumento per intervenire sulle condizioni di lavoro e di sicurezza. Il RLS non ha, fra i vari compiti, quello della contrattazione che resta in capo alle Rappresentanze sindacali presenti in azienda e alle Organizzazioni sindacali. Proprio per tale e non ultima ragione il RLS deve ricercare e costruire un coordinamento, un raccordo con le RSU. In questo modo, fra l’altro, egli si pone nelle condizioni di conoscere i processi di trasformazione dell’organizzazione del lavoro, che tanta parte avranno nella sua attività.

Attraverso la RSU il Rappresentante dei lavoratori alla sicurezza, potrà formulare proposte e costruire un vero e proprio programma d’intervento, definendo priorità e possibili soluzioni: una vera e propria piattaforma rivendicativa.

Due esempi

- **Gli orari di lavoro.** Il tempo di lavoro non è dato soltanto dalle ore lavorative d’ogni giorno. Se vogliamo avere una visione completa di quest’aspetto del lavoro, dobbiamo considerare la ripartizione di questo che investe la vita professionale, la carriera: c’è una bella differenza tra il lavorare 10 anni o 30 nelle stesse condizioni. Nel determinare un certo tipo di orario di lavoro a turni, ad esempio, vanno considerati molteplici fattori: la distanza dal luogo fisico di lavoro e quindi i trasporti e della mobilità urbana (che sovente sono, a loro volta, fattori di stress), l’incidenza che possono avere nell’organizzazione della vita quotidiana, l’ora dei pasti, i ritmi di lavoro, l’eventuale rapporto con l’utenza, la necessità di formazione e aggiornamento professionale, e così via elencando.
- L’orario, quindi, può influenzare la salute in quanto diventa elemento regolatore della quantità e qualità del sonno; incide sull’alimentazione, nel sistema delle pause mensa ecc. L’orario di lavoro a turni, in particolare quello notturno, poi, influisce sul ritmo biologico delle lavoratrici e dei lavoratori con effetti negativi sull’umore, sull’efficienza; può provocare, nel lungo periodo, disturbi cardiovascolari, neuro-psichici, gastrointestinali.

Ecco, dunque, che contrattare gli orari, le pause, gli ambienti in cui si lavora, diventa dirimente per un’efficace politica del lavoro, della sicurezza e della salute delle donne e degli uomini, e questa funzione deve essere svolta in sinergia fra la RSU e i RLS presenti nel luogo di lavoro.

- **Reparto di un ospedale.** Ipotizziamo che il personale infermieristico abbia camici che s’insudiciano con notevole frequenza a causa del loro lavoro; di conseguenza sarebbe necessario cambiarli molto spesso. Sfortunatamente, la frequenza del cambio è però del tutto insufficiente. D’altra parte la lavanderia non potrebbe sostenere dei ritmi più elevati per scarsità di personale, per attrezzature obsolete e quant’altro. Infine, la direzione decide di mettere a disposizione del personale infermieristico dei camici di plastica. In conclusione, la situazione di disagio, ma anche di rischio vero e proprio, non è stata eliminata ma solo trasformata. Quest’esempio, se si vuole banale, da un lato chiarisce l’insuccesso di una decisione che è stata assunta senza verificare le ripercussioni su tutti i soggetti interessati, dall’altro evidenzia come una situazione evidenziata dal RLS per essere positivamente risolta, richieda interventi che chiamano in causa la capacità di analisi e di proposta dei RLS e l’azione del Sindacato.



5.1 II CCNL SANITA' PUBBLICA 2016/2018

Con il nuovo CCNL si innova il sistema di relazioni sindacali, un sistema rappresenta uno strumento fondamentale per costruire relazioni stabili improntate alla partecipazione consapevole, al dialogo costruttivo e trasparente.

Il CCNL restituisce la contrattazione alle rappresentanze dei lavoratori, sia a livello nazionale e regionale, che in ogni singolo posto di lavoro, per ridare ruolo a organizzazioni sindacali e RSU che potranno intervenire con i diversi strumenti di partecipazione in ogni processo decisionale che produce effetti sull'organizzazione e sul rapporto di lavoro in ciascuna amministrazione, per ristabilire il corretto equilibrio tra la rappresentanza datoriale e quella dei lavoratori.

5.1.1 Il Confronto sulla salute e la sicurezza sul lavoro

Tra gli strumenti con i quali le RSU esercitano il loro mandato, viene inserito – per la prima volta - il Confronto quale relazione che sostituisce e recupera tutte le materie prima “riserva di legge”.

Con il confronto s’instaura un dialogo approfondito e la partecipazione attiva delle OO.SS e delle RSU sulle determinazioni che l’azienda e l’ente intendono adottare.

Il confronto sulle materie indicate dal CCNL, non deve essere inteso come un luogo di dibattito nel quale ognuna delle parti esprime le proprie posizioni.

Il confronto è elemento fondamentale, sia nella fase iniziale, allorché dovrà essere predisposta la piattaforma, che nell’esercizio dell’azione sindacale anche successivamente la sottoscrizione di accordi generali e/o specifici.

In sostanza non si esaurisce, come si vedrà nell’illustrazione delle materie, con il primo accordo di applicazione del CCNL.

L’obiettivo deve essere quello di concludere intese fra le parti, anche laddove il CCNL non indica espressamente la materia come oggetto di contrattazione.

Fra le materie che il CCNL indica come oggetto di confronto, sono espressamente richiamate le misure concernenti la salute e la sicurezza sul lavoro.

Il confronto su questa importante materia, deve preceduto, da parte della RSU, da un rapporto stretto con i RLS. L’informazione documentale da richiedere, preventivamente all’azienda, dovrà contenere – fra l’altro - il documento sulla valutazione dei rischi, il documento e le misure sullo stress da lavoro correlato, piani di formazioni, azioni contro le aggressioni del personale, ecc.

5.1.2 Sicurezza nei luoghi di lavoro

Gli istituti di ricovero e cura sono luoghi di lavoro alquanto eterogenei e complessi (si pensi ad ambulatori, day hospital, degenza, laboratori, radioterapia ecc) e ricoprono una vasta serie di casistiche riconducibili a rischi sui luoghi di lavoro molteplici ed a volte complessi; in considerazione della complessità del luogo di lavoro i rischi inerenti le differenti attività devono essere valutati studiando gli ambienti di lavoro ed analizzandone le caratteristiche, sia strumentali che infrastrutturali, con lo scopo di elaborare un Documento di Valutazione dei Rischi che tenga conto anche delle interferenze tra un ambiente e l’altro.

Il RLS non ha, fra i vari compiti, quello della “contrattazione” che resta in capo alle Rappresentanze sindacali presenti in azienda e alle Organizzazioni sindacali.

E’ dunque di rilevante importanza che tra i componenti le RSU (meglio ancora se ad alcuni di essi viene assegnata una delega specifica), si instaurino rapporti di stretta collaborazione, di sinergia per affrontare adeguatamente, anche nel confronto con le aziende e gli enti, i temi della salubrità, della sicurezza e della prevenzione.

Inoltre, attraverso la RSU il Rappresentante dei lavoratori alla sicurezza, potrà formulare proposte e costruire un vero e proprio programma d’intervento, definendo priorità e possibili soluzioni: una vera e propria piattaforma rivendicativa.

Le RSU, al fine di rendere il confronto realmente produttivo, hanno il diritto di ricevere tutte le informazioni sul sistema sicurezza, ad iniziare dal documento di valutazione dei rischi.

Inoltre, di particolare importanza è l’acquisizione del documento sullo stress da lavoro correlato che, si ricorda, non è redatto una tantum, ma deve essere costantemente monitorato ed adeguato.

Linee guida

Sono state prodotte, diverse linee guida per la valutazione aziendale del rischio connesso allo Stress Lavoro Correlato, nelle quali sono indicate le varie fasi di indagine, i soggetti da coinvolgere, le informazioni da raccogliere, ecc.

Fra queste, come indicato nelle linee predisposte dall’INAIL, rientrano molte informazioni aziendali:

- dati sull’assenteismo,
- richieste di cambio mansione,
- dimissioni,
- assenze per malattia

Informazioni riguardanti il personale:

- mansioni
- tipologia di contratto
- gli orari di lavoro
- i ritmi e i carichi di lavoro
- la corrispondenza tra le competenze dei lavoratori e i requisiti professionali

- il ruolo nell'ambito dell'organizzazione

Dati sugli ambienti di lavoro

- illuminazione,
- condizioni igieniche
- livelli di sicurezza
- temperature
- spazi

Come si può osservare, attraverso il confronto sulle misure concernenti la salute e sicurezza sul lavoro, si intrecciano materie che il CCNL individua come materie di relazioni sindacali, ma, e soprattutto, anche materie che il CCNL non detta come confronto, informazione, contrattazione.

Ne consegue che il confronto sulla sicurezza, se agito dalle RSU, può rappresentare un importante strumento per affrontare e discutere con le aziende e gli enti aspetti rilevanti dell'organizzazione del lavoro.



Piattaforma contrattazione aziendale: 7 proposte

Con questi brevi appunti ci prefiggiamo lo scopo di fornire lo stimolo per la definizione di una piattaforma rivendicativa aziendale.

Temi:

- Riunione/assemblea con i lavoratori
- Informazione e formazione
- Organizzazione del lavoro
- Applicazione dell'art. 19 del 626
- Appalti - Documento Unico di Valutazione dei Rischi
- Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro (SGSL)
- Progetti di prevenzione

1° Azione Riunione/assemblea con i lavoratori

- Nell'ambito del monte previste per assemblee sindacali, rivendicare l'aumento almeno un'ora di assemblea retribuita sui temi della salute e sicurezza da svolgersi una volta all'anno con l'eventuale presenza del RSPD e del Medico Competente.

Opportunità OOSS:

- mantenere un costante rapporto partecipativo dei lavoratori
- dare maggior visibilità e supporto al RLS e alla RSU
- manifestare l'attenzione del sindacato sui temi della salute e sicurezza

Opportunità Azienda:

- informare i lavoratori sulle iniziative su salute e sicurezza intraprese
- presentare il programma di prevenzione aziendale

2° Azione Informazione e Formazione

- Definire programmi di informazione e formazione dei lavoratori, con particolare riguardo a quelli con rapporto di lavoro somministrato, e quelli immigrati, degli RLS/RLST e dei preposti

Opportunità OOSS:

- verifica della qualità dell'informazione e formazione e la sua certificazione
- partecipazione del sindacato nei momenti formativi

Opportunità Azienda:

- utilizzo delle risorse messe a disposizione dalle Istituzioni, dagli Enti bilaterali, dai Fondi Interprofessionali
- certezza di una formazione coerente con il dettato normativo

3° Azione Organizzazione del lavoro

- Definizione di procedure concernenti l'organizzazione del lavoro finalizzate a garantire il benessere psico-fisico dei lavoratori e delle lavoratrici.

Opportunità OOSS:

- Verifica della congruità dell'organizzazione del lavoro esistente con il dettato normativo relativo alla tutela della salute e della sicurezza
- Definizione di intese su tempi, ritmi e turni rispettose della salubrità ei lavoratori/trici
- Sinergie operative tra RSU e RLS

Opportunità Azienda:

- Bassa probabilità di accadimenti infortunistici
- Miglioramento del clima relazionale

4° Azione Attuazione delle attribuzioni

- Definizione di una procedura sull'applicazione dell'art. 19 del 626 sulle attribuzioni dell'RLS/RLST, sulla quantità del monte ore fruibili per lo svolgimento del suo ruolo, sulla possibilità di valersi di supporti esterni.

Opportunità OOSS:

- Rafforzamento del ruolo del RLS/RLST
- Certezza di una concreta partecipazione e consultazione
- Crescita professionale del RLS/RLST
- Possibilità di verifica degli impegni assunti

Opportunità Azienda:

- Certezza del rispetto degli obblighi previsti
- Miglioramento delle relazioni interpersonali

5° Azione Appalti

Documento unico di valutazione dei rischi

- Obbligo di un unico Documento di Valutazione dei Rischi nei contratti di appalto o d'opera (art. 3 L. 123/07)

Opportunità OOSS:

- Definire una procedura che concretamente consenta all'RLS, su sua richiesta, di avere copia del documento
- Verifica degli appalti in essere

Opportunità Azienda:

- Certezza del rispetto degli obblighi previsti

6° Azione Sistema di gestione della sicurezza sul lavoro (SGSL)

- Proposta per l'introduzione di un Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro (SGSL) o di "buone prassi".

Opportunità OOSS:

- Maggior affidabilità del sistema aziendale di prevenzione
- Verifica dell'opportunità, per le aziende che attuano il Sistema
- Qualità, di implementare il SGSL
- Disponibilità a sostenere l'azienda nell'accesso a sistemi premianti

Opportunità Azienda:

- Maggior efficacia ed efficienza del sistema aziendale di prevenzione
- Possibilità di accesso a sistemi premianti (INAIL, Regione) e modulazione degli interventi ispettivi

7° Azione Progetti di prevenzione

- Definizione di progetti di prevenzione sia aziendali sia per l'ambiente circostante, anche attraverso l'utilizzo di strumenti e processi finalizzati a eliminare i rischi, di nuove tecnologie, nuovi materiali e/o meccanismi di controllo da applicare ai processi produttivi e ai macchinari.
- Impegnare le aziende a procedere in tal senso, assicurando il comune impegno per l'utilizzo di risorse previste dal piano

Seconda Parte



ANALISI DEI RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE

1. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Per concretizzare la applicazione delle misure di tutela della salute e della sicurezza è indispensabile che tutti i soggetti sia appartenenti alla gerarchia organizzativa (datore di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori) sia appartenenti alla funzione sicurezza (Servizio Prevenzione e Protezione, Medico Competente,

Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza) svolgano correttamente il proprio ruolo. A tal fine è importante un costante dialogo ed una collaborazione nella sincera convinzione che il miglioramento della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro è un vantaggio per tutti. E' importante inoltre che ciascun soggetto nella organizzazione sia cosciente dei propri compiti per la sicurezza:

- il Direttore Generale, deve organizzare i vari uffici per il rispetto della normativa ed istituire il Servizio Prevenzione e Protezione;
- Il Direttore Sanitario e i dirigenti organizzano le varie attività e decidono l'impostazione generale del lavoro all'interno della struttura;
- I responsabili degli acquisti devono acquistare dispositivi e apparecchi rispondenti alle norme;
- I responsabili dell'ufficio tecnico devono provvedere al controllo, alla manutenzione e alla verifica delle strutture e degli impianti;
- I capo sala devono vigilare sulla reale applicazione delle misure di sicurezza disposte dai dirigenti;
- Gli infermieri e tutto il personale adottano le misure di sicurezza e segnalano qualsiasi anomalia.

1.1 LA DISAMINA DEI RISCHI.

Per lavorare in sicurezza occorre conoscere i vari fattori di rischio; solo così è possibile ridurli e controllarli.

Anzitutto è necessario fornire la definizione di:

Pericolo: proprietà o qualità intrinseca di un determinato fattore avente il potenziale di causare danni

Rischio: probabilità di raggiungimento del potenziale di danno nelle condizioni di impiego o di esposizione a un determinato fattore o agente oppure la loro combinazione

Valutazione del rischio: valutazione globale e documentata di tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori presenti nell'ambito dell'organizzazione in cui essi prestano la propria attività, finalizzata a individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione ed elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza e salute.

Salute: lo stato di salute è definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in base al benessere fisico, psichico e sociale

Danno: effetto negativo (normalmente sull'uomo di natura biologica), comunque la perdita di qualsiasi elemento che contribuisca alla conservazione della salute

Prevenzione: il complesso delle disposizioni o misure adottate o previste in tutte le fasi dell'attività lavorativa per evitare o diminuire i rischi professionali nel rispetto della salute della popolazione e dell'integrità dell'ambiente di lavoro

Esposizione: condizione di lavoro che comporta un'interazione tra l'agente di rischio e la persona. Ovvero, se non c'è esposizione, non c'è rischio, pur rimanendo inalterato il pericolo proprio dell'agente

Esempi di fattori di rischi

| | |
|--|--|
| Agenti Biologici | Meccanico |
| Agenti cancerogeni | Microclima |
| Agenti chimici | Movimentazione dei carichi |
| Farmaci antiblastici | Movimentazione dei pazienti |
| Illuminazione | Radiazioni ionizzanti |
| Impianti elettrici | Radiazioni non ionizzanti (risonanza magnetica, laser, UV) |
| Incendio ed esplosione | Rumore – Vibrazione |
| Luoghi di lavoro | Cadute |
| Videtoterminali | Aminato –Fibre minerali artificiali |
| Lavori con animali | Atmosfere iperbariche |
| Agenti allergizzanti – Sensibilizzanti | Stress da lavoro correlato |

- Secondo la realtà lavorativa, potrà essere presente uno o più di questi e altri fattori e l'importanza di ciascuno potrà essere diversa.



2. I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI).

Si definisce Dispositivo di Protezione Individuale (DPI) quell'attrezzatura che ha il compito di salvaguardare la salute e/o la sicurezza della persona che li indossa o li utilizza ovvero: qualsiasi attrezzatura destinata a essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciarne la sicurezza o la salute durante il lavoro, nonché ogni complemento o accessorio destinato a tale scopo. I DPI ricoprono un ruolo fondamentale nella prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali.

I DPI devono essere impiegati quando i rischi non possono essere evitati o sufficientemente ridotti da misure tecniche di prevenzione, da mezzi di protezione collettiva, da misure, metodi o procedimenti di riorganizzazione del lavoro. I DPI devono essere singolarmente* marcati "CE" e sono suddivisi in 3

categorie; poiché quelli che appartengono alla seconda sono individuati per esclusione, si esaminano nell'ordine le categorie 1 - 3 - 2. (* salvo alcune particolari eccezioni: marcatura sulla confezione)

1a categoria: sono destinati a proteggere da rischi fisici di lieve entità; la persona che li impiega può valutarne l'efficacia e percepire, prima di averne danno, il progressivo verificarsi degli effetti lesivi.

Servono a proteggere da: azioni lesive di lieve entità prodotte da strumenti meccanici; azioni lesive di lieve entità causate da prodotti detergenti; contatto o urto con oggetti caldi, a temperatura inferiore a 50°C; fenomeni atmosferici ordinari; urti lievi e vibrazioni che non raggiungano organi vitali e che non provochino lesioni permanenti; azione lesiva dei raggi solari.

2a categoria: tutti gli altri tipi di rischi, non rientranti nelle categorie precedenti.

Ciascun lavoratore deve sapere che: è necessario leggere le istruzioni di impiego, seguendole puntualmente, è necessario, prima di ogni impiego, un esame visivo che verifichi l'integrità e la funzionalità del dispositivo.

3a categoria: sono destinati a proteggere da rischi di morte o da lesioni gravi e permanenti; la persona che li impiega non ha la possibilità di percepire in tempo il verificarsi istantaneo degli effetti lesivi.

Servono a proteggere da: inquinamento dell'atmosfera respirabile (per aerosol, gas, polveri, ecc.) o carenza di ossigeno nella stessa; aggressione da agenti chimici - radiazioni ionizzanti, temperatura dell'aria inferiore a -50°C o superiore a 100°C; cadute dall'alto, tensioni elettriche pericolose.

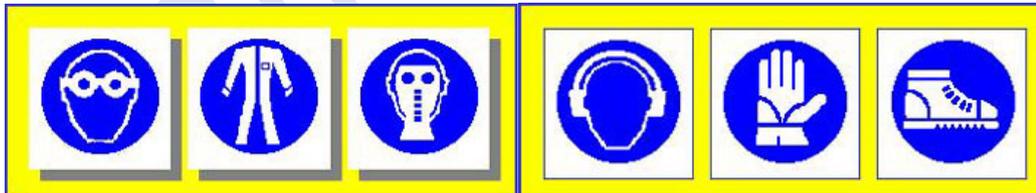
Per impiegare dispositivi di categoria 3 (ad esempio le maschere antigas) occorre uno specifico addestramento.

Esiste a livello aziendale una procedura che individua i DPI più adatti per ogni attività. Qualora vi fossero difficoltà d'uso di un DPI assegnato bisogna rivolgersi nell'ordine:

- al proprio responsabile;
- al medico competente;
- al Servizio di Prevenzione e Protezione.

I più comuni dispositivi di protezione individuale sono:

- Imbracature di sicurezza
- Guanti
- Elmetto
- Occhiali
- Grembiuli
- Calzature di sicurezza
- Maschere di protezione delle vie respiratorie
- Visiere e schermi



2.1 CARATTERISTICHE GENERALI DEI DPI

- Confort: dovrebbero essere leggeri, adattabili, tali da assicurare confort termico, traspirabilità, dimensioni limitate
- Economici: il costo unitario non deve essere troppo elevato. Devono essere di alta durata ed efficienti
- Requisiti informativi: devono esserci indicazioni su limiti d'uso, tempo utile prima della scadenza, istruzioni per l'uso, corretta manutenzione ed immagazzinamento
- Requisiti di sicurezza: deve esserci assenza di rischi aggiuntivi, innocuità, solidità, efficienza protettiva, adeguata durata della potenziale protezione, e data di scadenza utile
- Requisiti prestazionali: ridotto disagio nell'indossarli, funzionalità pratica, compatibilità con altre protezioni

2.2 OBBLIGHI DEL DATORE DI LAVORO

Il datore di lavoro nella scelta/uso dei DPI:

- Individua tipo e caratteristiche dei DPI necessari e categoria di appartenenza, tenendo conto di eventuali rischi introdotti dai dispositivi suddetti
- Valuta, sulla base delle informazioni e delle norme d'uso fornite dal fabbricante, la corrispondenza tra dispositivi individuati e dispositivi esistenti sul mercato
- Aggiorna la scelta ogni volta che intervenga una variazione significativa negli elementi di valutazione

- Stabilisce le condizioni in cui i DPI devono essere usati in funzione dell'entità del rischio, della frequenza di esposizione, delle caratteristiche del posto di lavoro di ciascun lavoratore, delle prestazioni dei DPI
- Mantiene l'efficienza e garantisce l'igienicità dei DPI
- Fornisce istruzioni comprensibili per i lavoratori
- Destina i DPI ad uso individuale e, nell'impossibilità di ciò, garantisce con misure adeguate, il mantenimento di condizioni igieniche
- Informa preliminarmente i lavoratori dei rischi da cui il DPI li protegge e fornisce istruzioni comprensibili ai medesimi
- Rende disponibili informazioni adeguate su ogni DPI
- Stabilisce le procedure per la riconsegna ed il deposito dei DPI
- Assicura una formazione adeguata e, se necessario, organizza uno specifico addestramento circa l'utilizzo dei DPI
- Sottopone sempre i lavoratori ad addestramento all'uso dei DPI

2.3 OBBLIGHI DEL LAVORATORE.

Il lavoratore deve:

- Sottoporsi ai programmi di formazione e addestramento
- Utilizzare i DPI correttamente e conformemente a formazione ed addestramento
- Avere cura dei DPI loro affidati
- Non apportarvi modifiche di propria iniziativa
- Riconsegnare i DPI secondo le procedure aziendali
- Segnalare immediatamente difetti o inconvenienti

Occorre ricordare che in tutte le attività sanitarie si è esposti a rischio di contagio (rischio biologico), poiché tutti i materiali e liquidi biologici quindi devono essere considerati potenzialmente infetti.

Ciascun lavoratore deve sapere che:

- è necessario leggere le istruzioni di impiego, seguendole puntualmente
- è necessario prima di ogni impiego, un esame visivo che verifichi l'integrità e la funzionalità del dpi
- esiste a livello aziendale una procedura che individua i dpi più adatti per ogni attività
- qualora vi fossero difficoltà d'uso di un dpi assegnato, bisogna rivolgersi al proprio responsabile, al medico competente, al servizio di prevenzione e protezione e segnalare il problema al RLS.

2.4 PRINCIPALI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE

Guanti. Nelle strutture sanitarie è fatto largamente uso dei guanti come elemento di protezione e di prevenzione. I guanti vanno usati sempre quando:

- vi è la possibilità di venire a contatto con materiale biologico (sangue, urine, secreti ed escreti)
- si eseguono manovre invasive (interventi chirurgici, indagini diagnostiche, esplorazioni, etc.)
- si manipolano recipienti contenenti liquidi o prodotti biologici (padelle, pappagalli, drenaggi)
- si manipolano prodotti chimici (disinfettanti, acidi solventi, farmaci citostatici)
- si procede al lavaggio di materiale e strumenti chirurgici
- si manipolano rifiuti contenenti materiale biologico
- la cute delle mani dell'operatore presenta delle lesioni cutanee

Dopo l'uso dei guanti procedere al lavaggio sociale delle mani. Nel caso di contatto accidentale con materiale biologico procedere al lavaggio antisettico.

Come usarli.

- Lavare e asciugare le mani prima di indossare qualsiasi tipo di guanto
- Indossare i guanti immediatamente prima di eseguire le procedure a rischio e rimuoverli al termine
- Lavare sempre le mani dopo la rimozione dei guanti
- Sostituire i guanti durante le diverse attività espletate sullo stesso paziente
- Evitare il più possibile l'utilizzo continuativo dello stesso paio di guanti
- Utilizzare il guanto adatto ad ogni procedura da espletare (vedi tabella seguente)
- Indossare il guanto della giusta misura

Protezioni da indossare in relazione alle manovre da svolgere

| | |
|---|---|
| Incanalazione di vie venose centrali e/o periferiche | Guanti |
| Incanalazione di vie arteriose o prelievi arteriosi | Guanti e protezione facciale |
| Broncoscopia, cistoscopia, gastroscopia | Guanti e protezione facciale |
| Introduzione di sondino naso-gastrico | Guanti e protezione facciale. Camice impermeabili |
| Aspirazione endotracheale | Guanti |
| Intubazioni naso-orotraceali, tracheotomie, sostituzione canule tracheali | Guanti e protezione facciale |
| Punture esplorative ed evacuative in cavità ed organi | Guanti e protezione facciale |
| Manovre invasive chirurgiche; trattamento di lesioni | Guanti e protezione facciale. Camice impermeabili |

| | |
|--|--|
| traumatiche di svariate entità, effettuate in: sala operatoria, pronto soccorso, sala parto, ambulatori dentistici | |
| Cateterismo cardiaco e angiografie | Guanti e protezione facciale |
| Autopsie | Guanti e protezione facciale. Camice impermeabili |
| Prelievi di sangue, iniezioni endovenose, fleboclisi | Guanti. Contenitori per il trasporto delle provette- Contenitore per aghi (non 5 incappucciare l'ago delle siringhe durante lo smaltimento) |
| Iniezioni intramuscolari | Non incappucciare l'ago delle siringhe smaltendole in contenitori idonei |
| Tricotomie, clisteri e pulizia del cavo orale | Guanti |
| Detersione materiali e strumenti | Guanti in vinile con sopraguanto di gomma. Protezione facciale e camice impermeabile |

2.4.2 Protezione dei piedi e delle gambe.

I piedi devono essere protetti durante le attività lavorative in cui esistono specifici pericoli di contaminazione o lesioni. In un Azienda Sanitaria le tipologie di attività sono svariate e quindi il datore di lavoro o il suo incaricato devono stabilire, in base ai pericoli di ogni singola situazione lavorativa, quale tipo di scarpe è necessario impiegare..

Le calzature devono essere chiuse, di materiale impermeabile, con suola antiscivolo e tacchi bassi per il duplice scopo di proteggere l'operatore sia da eventuali contatti con sostanze organiche o chimiche che di evitare scivolamenti durante l'attività lavorativa. Le scarpe costituiscono una valida scelta per prevenire gli infortuni, sia quelli determinati da scivolamento che da sforzi fisici legati all'attività di assistenza a pazienti, nonché garantire un valido aiuto in tutte quelle attività che abbisognano di ampia libertà di movimento.

Attività per le quali è richiesta la protezione del piede e tipologia della protezione richiesta

| Attività | Tipo di protezione | Figure professionali |
|---|--|--|
| Mobilizzazione di pazienti e assistenza | Antiscivolo (scarpe unisex o zoccolo a trattenuta superiore) | Ausiliari. OTA. OSS. Infermieri. TSRM. Tecnici della riabilitazione |
| Trasporto di apparecchi radiogeni + sollevamento di pazienti | Per schiacciamento delle dita + antiscivolo (scarpe unisex con punta rinforzata) | T.S.R.M. Infermieri. OSS. O.T.A. Ausiliari di radiologia |
| Interventi chirurgici bagnati (parti, interventi artroscopici ecc.) | Impermeabile + suola antiscivolo | Medici ostetrici. Chirurghi. Ostetriche. T.S.R.M. O.S.S. Infermiere di sala operatoria di ostetricia, di chirurgia e di qualunque servizio di diagnostica e/o terapia chirurgica che preveda utilizzo di acqua |

2.4.3 Protezione delle vie respiratorie: Apparecchi per la protezione delle vie respiratorie.

Molte operazioni svolte abitualmente da operatori sanitari comportano un rischio di esposizione ad agenti biologici, chimici o fisici in grado di arrecare seri danni alle vie respiratorie.

I DPI per la protezione delle vie respiratorie hanno il compito di rendere respirabile l'atmosfera circostante che può essere contaminata. Le mascherine chirurgiche non sono DPI: la marcatura CE riportata sulla mascherina chirurgica è data esclusivamente in conformità alla direttiva 93/42CEE sui dispositivi medici.

Gli Apparecchi per la Protezione delle vie respiratorie (A.P.V.R.) si distinguono in due categorie:

- Respiratori isolanti : indipendenti dall'atmosfera ambiente
 - Respiratori a filtro: dipendenti dall'atmosfera ambiente
- Tutti i materiali e liquidi biologici devono essere considerati potenzialmente infetti.

2.4.4 Protezione degli occhi e del viso.

Il DPI che protegge l'intero viso è costituito dalla visiera o schermo facciale mentre per la protezione degli occhi si utilizzano gli occhiali a mascherina. Gli "occhiali", insieme agli "schermi", alle "maschere" e alle "visiere", sono i più importanti dispositivi di protezione personale degli occhi contro i rischi:

- Biologici
- Chimici (vapori, nubecole, aerosol e fumi, soluzioni acide e alcaline, ecc)
- Meccanici (polveri, schegge, ecc)
- Ottici (raggi UV ed IR laser)
- Termici (il freddo può causare lacrimazione protratta, il calore può causare infiammazioni o ustioni)

I DPI sopra indicati devono essere indossati quando è necessaria la protezione delle congiuntive; se è necessario proteggere le vie respiratorie si deve indossare anche un respiratore (facciale filtrante, semimaschera o pieno facciale con filtri specifici) idoneo all'inquinante aerodisperso.

2.4.5 Protezione del corpo

Gli indumenti di lavoro in cotone o fibre sintetiche costituita da pantaloni e casacca o camicia e pantalone non è un indumento di protezione per il lavoratore che la indossa così come il camice in cotone indossato dal personale sanitario (medici, biologi, tecnici) o l'abbigliamento del personale infermieristico: tutti i predetti indumenti sono considerati indumenti di lavoro. Pur non essendo DPI esistono comunque delle regole antinfortunistiche che devono essere rispettate nella loro scelta. Infatti, ai sensi dell'art. 378 del DPR 547/55, non sono ammessi sul luogo di lavoro indumenti capaci di costituire pericolo per l'incolumità del personale, non devono essere portate sciarpe e cravatte che possono impigliarsi negli organi in movimento delle macchine, le maniche devono essere strette e allacciate, non si devono indossare monili.

Gli indumenti di protezione sono indossati per impedire la contaminazione della divisa e per proteggere la cute del personale all'esposizione a sangue e a altri agenti di natura biologica, chimica, da agenti fisici (calore, freddo) o da possibili esposizioni a radiazioni ionizzanti ecc. Qualora sostituiscano gli indumenti personali o la divisa è bene che non siano a diretto contatto con la cute in quanto il materiale con cui sono costruiti permette generalmente una scarsa traspirazione. Gli indumenti specifici da indossare per le procedure assistenziali a rischio contaminazione biologica o chimica possono essere monouso in tessuto non tessuto, in tessuto di cotone, oppure con fibre sintetiche particolari. I camici resistenti ai liquidi devono garantire protezione alla parte frontale dove maggiore è il rischio di esposizione ed eventuale penetrazione degli elementi contaminanti. Dal punto di vista protezionistico è necessario avere la doppia protezione davanti, collo alto, polsino stretto e chiusura nella parte posteriore. Gli indumenti monouso dovranno essere eliminati con i rifiuti speciali a rischio infettivo o a rischio chimico secondo la tipologia. Gli indumenti riutilizzabili devono essere lavabili, disinfettabili o sterilizzabili a seconda del materiale con il quale sono stati realizzati.

2.4.6 Protezione dalle cadute dall'alto.

Sono dispositivi di protezione individuale che vengono indossati dal lavoratore al fine di prevenire i danni derivanti da una possibile caduta dall'alto. Si dividono in "Sistemi di arresto di caduta" e "Dispositivo di posizionamento e di trattenuta". I sistemi di arresto di caduta hanno il compito di arrestare la caduta dall'alto in condizioni di sicurezza. Sono costituiti da più elementi:

- Un imbracatura per il corpo
- Un sottosistema di collegamento o un componente destinato ad arrestare la caduta dall'alto in condizioni di sicurezza come ad esempio:
 1. una imbracatura per il corpo.
 2. un sottosistema di collegamento o un componente destinato ad arrestare le cadute dall'alto in condizioni di sicurezza come ad esempio:
 - un'assorbitore di energia incorporato
 - un dissipatore di energia
 - un dispositivo anticaduta di tipo guidato lungo una linea di ancoraggio rigida o flessibile
 - un dispositivo anticaduta di tipo retrattile
 3. ancoraggio con un cordino.

2.4.7 Indumenti ad alta visibilità.

Gli indumenti ad alta visibilità necessari al personale dell'emergenza-urgenza; la norma specifica le caratteristiche che devono avere i capi di abbigliamento che hanno lo scopo di segnalare visivamente la presenza dell'utilizzatore al fine di individuarlo bene in condizioni pericolose, in tutte le condizioni di luminosità di giorno e di notte alla luce dei fari. Gli indumenti ad alta visibilità sono raggruppati in 3 classi, a seconda del livello di protezione che assicurano. Ad ogni classe corrisponde una superficie crescente di materia fluorescente (visibile di giorno) e retroriflettente (visibile di notte). I materiali retroriflettenti sono classificati in 2 livelli retroriflessione; la classe 2 assicura la migliore segnalazione visiva, la classe 1 quella standard.



3. Rischio Biologico

E' legato alla possibilità di contrarre malattie trasmissibili, per contatto con pazienti, o con animali o con campioni biologici degli stessi.

Tutti gli operatori sanitari e non, la cui attività comporta una esposizione per via aerea o mediante goccioline prodotte da pazienti infettanti oppure un contatto accidentale con liquidi biologici contaminati (sangue, sperma, liquido peritoneale, pleurico, sinoviale, amniotico, ecc.) o materiali diversi in ambito ospedaliero, territoriale, domiciliare, sia a causa di contaminazioni di cute e mucose che, soprattutto, attraverso punture, tagli, o ferite causate da presidi appuntiti o taglienti normalmente utilizzati nell'attività assistenziale (aghi,

bisturi, ecc.). La conoscenza dello stato sierologico del paziente non riduce il rischio biologico. Gli operatori esposti a rischio biologico sono sottoposti a sorveglianza sanitaria.

Esempi di situazioni lavorative nelle quali occorre difendersi dal rischio biologico:

- prelievo e trattamento di campioni di pazienti;
- composizione o autopsia delle salme;
- contatto con biancheria sporca, proveniente da ambulatori, reparti di degenza, blocchi operatori, ecc.;
- manutenzione di apparecchiature impiegate su pazienti;
- pulizie, non solo dei reparti e ambulatori ma anche dei sotterranei (cantine, depositi) nei quali possono trovarsi gatti o altri animali;
- gestione dei rifiuti;
- interventi sul sistema fognario;
- coltivazione di agenti biologici, nei laboratori di microbiologia.

3.1 CLASSIFICAZIONE DEGLI AGENTI BIOLOGICI.

Sono suddivisi in quattro gruppi, in base a:

- Infettività: capacità di sopravvivere alle difese dell'ospite e di moltiplicarsi in esso – penetrazione e moltiplicazione
- Patogenicità: capacità di produrre malattia a seguito di infezione
- Trasmissibilità: capacità di essere trasmesso da un soggetto portatore malato ad un soggetto non infetto
- Neutralizzabilità: disponibilità di efficaci terapie, profilassi per prevenire la malattia

3.2 PRECAUZIONI UNIVERSALI.

Lavarsi le mani con acqua e sapone all'inizio e al termine di ogni attività (anche dopo la rimozione dei guanti) ed immediatamente nel caso di contatto accidentale con sangue o altro liquido biologico, usando anche soluzioni antisettiche

Occorre che i guanti in dotazione siano:

- appropriati al loro utilizzo (in vinile, nitrile, lattice, polietilene, gomma ecc.)
- tenuti a disposizione in numero sufficiente all'uso di misura idonea all'operatore: se non aderiscono bene alle mani, risultano fastidiosi e di difficile uso
- adeguati alle eventuali esigenze di salute dell'operatore (es. antiallergici).

Inoltre vanno sempre usati:

- nelle procedure di accesso vascolare, come i prelievi
- quando gli operatori presentano tagli o abrasioni, o altre soluzioni di continuo della cute
- nell'effettuare medicazioni di ferite o comunque assistenza a persone con lesioni aperte
- nelle operazioni di riordino e pulizia specie dello strumentario
- in determinate circostanze (procedure a particolare rischio di punture e/o tagli; procedure a rischio su pazienti noti sieropositivi) è opportuno l'uso del doppio guanto o guanti chirurgici ad alto spessore che vengono utilizzati per es. per attività operatoria particolarmente cruenta e/o con alto rischio di tagli (schegge ossee, ecc.).

Ed ancora vanno:

- cambiati dopo ogni intervento su un paziente e prima di passare ad un altro immediatamente sostituiti se si rompono, avendo l'accortezza di lavarsi le mani prima di indossarne un nuovo paio
- tolti ogni volta che si interrompe un'operazione "sporca" per compiere altre attività (es.: rispondere al telefono, compilare un modulo, ecc.) evitando che diventino essi stessi veicolo di infezione
- usati nelle operazioni di igiene alla persona
L'uso dei guanti, è da ricordare, non può prevenire le lesioni dovute agli aghi o agli strumenti affilati e taglienti; per questo è opportuno porre particolare attenzione a:
- eseguire terapie iniettive a bambini o ad adulti non collaboranti o agitati, solo con la collaborazione di altro personale
- non reincappucciare gli aghi dopo il loro uso; non disinserirli, se non seguendo la procedura prevista dall'uso degli appositi contenitori rigidi provvisti di speciale dispositivo di smaltimento
- controllare prima dell'inizio dell'attività che detti contenitori siano collocati in posizione comoda rispetto al posto di lavoro e che non contengano già troppi rifiuti (la mancanza di spazio nella caduta del tagliente può farlo posizionare in maniera rischiosa per l'operatore)
- non travasare nulla dai contenitori di smaltimento dei rifiuti e non tentare la loro compressione anche se si tratta di contenitori rigidi; prevedere in tempo utile e in base al tipo di attività il giusto approvvigionamento di contenitori per i rifiuti speciali
- procedere alla loro corretta chiusura evitando così qualsiasi rischio a chi si troverà successivamente a doverli maneggiare per il loro smaltimento.

3.3 Altre protezioni

I campioni biologici vanno trasportati in contenitori rigidi di plastica o di metallo, che presentino al loro interno appositi scomparti o supporti utili a mantenerli in posizione verticale. Le provette usate dovrebbero essere di materiale plastico e con tappo ermetico, in modo da evitare perdite o rotture accidentali. Occorre inoltre controllare sempre che all'esterno delle provette non vi siano residui di materiale organico, per non creare ulteriori rischi di infezione nel personale addetto al laboratorio. Infine, si dovrà provvedere periodicamente al lavaggio e alla disinfezione dei contenitori e dei supporti usati per le provette.

Pavimenti, piani di lavoro, arredi, ecc. possono essere contaminati da schizzi o versamenti di materiale biologico potenzialmente infetto; occorre innanzi tutto rimuovere il materiale per evitare una sua ulteriore diffusione, usando la massima cautela (guanti, carta assorbente, pinze), passando poi a disinfettare tempestivamente le superfici contaminate. Naturalmente queste operazioni richiedono l'uso di guanti idonei, più resistenti, tipo quelli usati normalmente per le pulizie o la cucina e, relativamente al disinfettante impiegato, è opportuno l'uso di una maschera protettiva.

Il camice utile alla protezione dell'operatore, va cambiato con sufficiente frequenza anche per evitare l'eventuale diffusione di germi patogeni nei diversi ambiti dell'attività lavorativa. Va cambiato subito in caso di imbrattamento con fluidi biologici; può essere integrato da un sovracamice monouso, meglio se impermeabilizzato, nei casi in cui è prevedibile una maggiore contaminazione biologica.

Maschere, schermi facciali (visiere) e occhiali sono da indossare dove indicato e quando è prevedibile l'esposizione delle mucose orali, nasali e congiuntivali a schizzi di sangue o altro materiale biologico. Le maschere facciali possono proteggere anche dagli aerosol infetti.

3.4 SALE OPERATORIE.

All'intervento deve partecipare il minor numero possibile di operatori; deve essere ammesso in sala solo il personale direttamente coinvolto nell'intervento.

- Usare guanti sterili, mascherina, camice nel corso di tutte le procedure invasive.
- Di norma gli occhiali da vista possono essere considerati sufficientemente protettivi quando siano indossati cuffia e mascherina chirurgica.
- Impiegare occhiali protettivi o maschere facciali durante l'esecuzione di manovre che determinano comunemente aerosol o schizzi di sangue o altri liquidi biologici, o produzione di frammenti ossei.
- Usare la massima attenzione nel prevenire gli incidenti verificabili per causa di aghi, bisturi e altri taglienti e durante l'uso di apparecchiature.
- Non reincappucciare gli aghi, né rimuoverli dalle siringhe o in altri modi manipolarli con le mani. Dopo l'uso, eliminare aghi e taglienti negli appositi contenitori resistenti alla puntura
- In caso di rottura di guanto, puntura o altro incidente, rimuovere e sostituire il guanto non appena possibile e rimuovere l'ago o lo strumento causa dell'incidente dal campo sterile.
- Sviluppare l'uso di tecniche che evitino il passaggio di taglienti da mano a mano.
- Gli operatori portatori di lesioni o dermatiti devono evitare manovre comportanti diretto contatto con il paziente o manipolazione libera di strumentario e apparecchiature usate per l'assistenza del paziente.
- Dopo l'uso, eliminare aghi e taglienti negli appositi contenitori resistenti alla puntura.
- Usare la massima cautela relativamente ai prelievi di campioni di sangue, tessuti, o altro materiale biologico, alla raccolta e smaltimento del materiale da rifiuto, alla raccolta e trattamento dello strumentario contaminato, alla raccolta della biancheria e teleria sporca.

Ricordiamo infine che in sala parto usare gli indumenti e i dispositivi di protezione durante il parto, sia vaginale, sia cesareo, durante le manovre di manipolazione della placenta e del neonato, fino a che il sangue e il liquido amniotico non siano stati rimossi dalla cute del neonato.

3.5 LABORATORI DI ANALISI E UNITA' DI DIAGNOSI E CURA

I laboratori possono essere luoghi ad altro rischio infettivo per gli operatori, Tuttavia, anche se nei laboratori di microbiologia o virologia (deputati all'analisi batteriologica e virologica di malattie infettive) vengono convogliati materiali patologici frequentemente infetti, in laboratori a rischio più elevato sono (o meglio erano) quelli di ematologia o di analisi chimico-clinico.

Questo apparente paradosso è dovuto al fatto che il microbiologico è conscio del fatto che qualunque materiale biologico su cui opera è potenzialmente patogeno. Inoltre il microbiologico lavora in sterilità (il che non si verifica negli altri tipi di laboratorio) e le modalità operative comportano un'estrema attenzione anche al fine di non contaminare il materiale in esame per non alterarne il valore diagnostico.

In generale il rischio può essere notevolmente ridotto mettendo in atto adeguate misure preventive. Queste si articolano in tre punti principali:

- uso di materiale e attrezzature corrette
- uso corretto dei dpi
- formazione e sensibilizzazione del personale

Riguardo le unità di diagnosi e cura, è necessario sottolineare che se si escludono le infezioni trasmesse per via aerea, tutte le altre si trasmettono difficilmente nelle corsie ospedaliere, a meno che il personale sanitario o strumenti contaminati non rappresentino essi stessi un veicolo dei microrganismi.

3.6 ADDETTI AI SERVIZI ODONTOIATRICI

Gli addetti a questi servizi durante l'esecuzione di tutte le procedure che possono determinare schizzi o goccioline di sangue e di saliva indossare guanti, da cambiare sempre tra un paziente e l'altro, camici, cuffie monouso, visor oppure mascherine e occhiali protettivi. Al fine di minimizzare la formazione di schizzi e goccioline può essere utile un appropriato posizionamento del paziente e l'uso di dighe ed aspiratori ad alta velocità

Le principali precauzioni sono:

- Coprire con materiale impermeabile (ad esempio fogli di alluminio o di plastica) tutte le superfici che potrebbero essere contaminate (piani di lavoro, allievi, bracci di lampade etc.) tali coperture devono essere sostituite tra un paziente e l'altro
- Usare sempre la massima attenzione nel manipolare aghi, bisturi, strumenti taglienti ed ogni altra strumentazione ed apparecchiatura. In particolare si raccomanda di non rincappucciare gli aghi e di riporli subito dopo l'uso negli appositi contenitori rigidi ed imperforabili
- Poiché in alcuni casi su uno stesso paziente possono essere necessarie iniezioni multiple con una stessa siringa è prudente, tra una iniezione e l'altra, sistemare l'ago nudo in un tubo sterile senza mai rincappuciarlo
- Sangue e saliva devono essere rimossi con cura da strumenti chirurgici e da tutti i materiali che sono stati utilizzati in bocca (es. materiali da impronta, etc.), in particolare prima della molatura e lucidatura della protesi
- Materiali, impronte, protesi ed apparecchiature devono essere puliti e disinfettati prima di essere manipolati, riparati o inviati ai laboratori odontotecnici. Gli stessi materiali debbono essere puliti e disinfettati prima di essere sistemati nella bocca del paziente
- I manipoli, le frese, gli ablatori ad ultrasuoni e le siringhe aria/acqua devono essere sterilizzati dopo ogni paziente. Se ciò non fosse tecnicamente possibile è obbligatoria la disinfezione ad alto livello con sostanze chimiche di riconosciuta efficacia.

3.7 ALLE SALE DI ENDOSCOPIA

Nelle sale endoscopiche è ammesso solo il personale autorizzato che indossare idonee misure di protezione. Tutti gli indumenti di protezione devono essere immediatamente eliminati, dopo il loro utilizzo, nei contenitori per rifiuti speciali. In caso di perdite di sangue e/o di altri liquidi biologici provvedere immediatamente alla decontaminazione, pulizia e disinfezione della superficie interessata. In caso di punture accidentali e/o contaminazione della cute con sangue o altri liquidi biologici, l'operatore deve fare denuncia dell'incidente al servizio preposto. Aghi e taglienti devono essere eliminati, immediatamente dopo l'utilizzo, negli appositi contenitori rigidi ed imperforabili (senza manipolare l'ago).

3.8 PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO

3.8.1 Tubercolosi.

Questi microrganismi sono molto resistenti agli agenti chimici e fisici, mostrano una sensibilità media al calore mentre resistono a lungo all'essiccamento. Si distinguono 5 varietà di bacillo tubercolare (umano, bovino, aviario, murino, degli animali a sangue freddo) delle quali solo le prime 2 hanno importanza nella patologia umana. La trasmissione avviene per via aerea (attraverso l'esposizione al bacillo presente nelle goccioline di secreto bronchiale del soggetto infetto). Un'altra via di introduzione molto rara è rappresentata dalla cutaneo-mucosa (per contatto di lesioni cutanee o di membrane mucose con materiale infetto). Rarissimo è il contagio indiretto (attraverso oggetti contaminati). Il contagio è possibile fino a quando i bacilli continuano ad essere presenti nelle secrezioni del paziente infetto. Talvolta nei pazienti non trattati, o trattati in modo inadeguato, il periodo di contagiosità può durare anche anni. Il grado di contagiosità dipende essenzialmente dal numero di bacilli tubercolari emessi (carica infettante) e dalla loro virulenza.

Ambienti interessati: Camera murtuaria, Sale settori, Ambulatori, Centri diagnosi e cura, Reparti clinici di degenza, Sale operatorie.

3.8.2 Virus epatite B e C

Le principali vie di trasmissione del virus B dell'epatite sono:

- via parenterale o percutanea: punture, tagli, trasfusioni, emoderivati;
- via sessuale: lesioni mucose genitali, lesioni mucosa orale;
- via verticale: materno-fetale;
- via perinatale: commistione di sangue al momento del parto.

La principale via di trasmissione dell'epatite C è la via parenterale. Altre vie di trasmissione, anche se particolarmente non efficienti sono la via perinatale e quella sessuali.

Ambienti interessati: Ambulatori, Camere murtuarie, Sale settorie, Sale operatorie, Reparti clinici di degenza, Centri e servizi di diagnosi.

3.8.3. Virus dell'immunodeficienza acquisita.

La sindrome dell'immunodeficienza acquisita è causata dal virus HIV, un virus a RNA, di forma sferica, con diametro di circa 100 nm.

Il virus HIV è presente in tutte le secrezioni o liquidi corporei e le principali vie di trasmissione sono:

- parenterale o percutanea,
- sessuale,
- verticale,
- perinatale

Ambienti: Ambulatori, Camere murtuarie, Sale settorie, Sale operatorie, Reparti clinici di degenza, Centri e servizi di diagnosi

3.9 SORVEGLIANZA SANITARIA.

E' il controllo sanitario in funzione dei rischi specifici presenti nell'ambiente di lavoro. E' necessaria per:

- tenere sotto controllo la salute del lavoratore
- scoprire il più precocemente possibile eventuali effetti di fattori di rischio
- prevenire ulteriori danni alla salute

E' anche estremamente importante per codificare i soggetti che per cause patologiche o genetiche presentano anomalie a carico delle varie funzioni (ipersuscettibili)

Prevede un complesso di indagini cliniche cui devono essere sottoposti i lavoratori che svolgono attività per le quali è riconosciuta una esposizione a particolari rischi per la salute, nella fattispecie dei lavoratori della sanità per la loro esposizione lavorativa a rischio biologi.

Gli accertamenti e le visite . Il D.Lgs. 626/94 stabilisce che è obbligo dei lavoratori sottoporsi ai controlli sanitari previsti nei loro confronti. Si distinguono tre eventualità di visite mediche per i lavoratori esposti:

- **preventive:** effettuate prima della loro immissione al lavoro, per constatare se sussistano i requisiti di idoneità al lavoro al quale sono destinati;
- **periodiche:** effettuate successivamente, per verificare lo stato di salute;
- **straordinarie:** richieste in qualsiasi momento dal lavoratore e correlate ai rischi professionali.

Gli accertamenti consistono in esami ematochimici e strumentali finalizzati a esplorare la funzionalità degli apparati più sensibili (ad esempio fegato, rene, sangue). Per il rischio di trasmissione della tubercolosi è prevista l'esecuzione dell'indagine tubercolinica.

3.9.1 Vaccinazioni.

Si distinguono in:

- **obbligatorie:** prescritte da una specifica norma di legge;
- **raccomandate:** per particolari categorie di lavoratori, su base volontaria, mirate a prevenire il rischio specifico di esposizione;

Sono previste le seguenti vaccinazioni:

- **antitubercolare:** obbligatoria per il personale sanitario che all'atto dell'assunzione in servizio presenti negatività all'indagine tubercolinica.
- **Antitetanica:** obbligatoria per il personale tecnico addetto alla manutenzione; consigliata per gli addetti a cucina, mensa, dispensa, veterinari e tecnici del macello, fuochisti
- **antepatite B:** raccomandata per tutto il personale sanitario.
- **antimorbillo, antiparotite, antirosolia:** raccomandate per il personale sanitario non immune, sotto ai 40 anni, che presta servizio nelle aree a maggior rischio occupazionale da infezione (divisioni di malattie infettive, d.e.a., pediatria).
- **Antinfluenzale:** disponibile per tutto il personale, su specifica richiesta.

3.9.2 Tutela giuridica.

L'articolo 1 della legge 2010/1992 stabilisce il diritto all'indennizzazione dei danni conseguenti a vaccinazione obbligatoria. La legge esclude la indennizzabilità di danni derivanti da vaccinazioni raccomandate, alle quali è riconosciuta l'adesione volontaria del vaccinato.

| RISCHIO BIOLOGICO PERIODICITA' ANNUALE | | | | |
|---|--|--|--|---|
| Principali mansioni a rischio | Principali U.O | Protocollo minino di routine | Periodicità | Altri accertamenti |
| Medici Chirurghi Anestesisti Infermieri Tecnici Laboratorio Ostetriche | Reparti di degenza: Medica Chirurgica Specialistica Sale operatorie Laboratori analisi Anatomia patologica | Visita medica ECG Esami ematochimici Es.urine Emocromo Glicemia Creatinina | Annuale Annuale Annuale Prima visita o post esposizione | RX torace Ecografica Epatosplenica HCV-RNA (c positivi) Eventuali ulteriori esami diagnostici |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | Transaminasi Markes epatite B-C HIV (con consenso informato) | | |
|--|--|---|--|--|



4. Rischio chimico

Molte sostanze, anche detersivi e disinfettanti, usate in Ospedale (ma anche di uso domestico), possono presentare rischi per la salute o la sicurezza, possono anche essere allergizzanti, sensibilizzanti. Il rischio chimico è causato dalla possibilità di contatto, inalazione, o ingestione di prodotti irritanti, nocivi o tossici. Gli effetti possono essere immediati o tardivi e, lavorando in modo non appropriato con determinati prodotti, si possono avere effetti dovuti ad accumulo o, anche, insorgenza di malattie croniche. Una prima informazione sul tipo di rischio si può ricavare dai simboli di pericolo e dalle scritte (frasi di rischio e consigli di prudenza) riportati sull'etichetta apposta sui contenitori; prima di impiegarli o manipolarli occorre consultare la scheda di sicurezza, nella quale, oltre le frasi di rischio (frasi R) e i consigli di prudenza (frasi S), sono riportate altre informazioni indispensabili per un impiego sicuro (proprietà chimico fisiche, rischi di incendio, modalità di stoccaggio, dispositivi di protezione, ecc.).

Particolare attenzione meritano i prodotti aventi frasi di rischio R45 o R49, sostanze cancerogene e quelli aventi la frase di rischio R46, sostanze mutagene: il loro impiego richiede una specifica formazione e una procedura di lavoro codificata. Polveri di "legno duro": sono cancerogene.

I farmaci non hanno la scheda di sicurezza, ma le informazioni che riguardano il loro impiego sicuro sono riportate nel foglio informativo. Tra questi occorre porre specifica attenzione ai farmaci chemioterapici antitumorali, che devono essere considerati alla stregua delle sostanze cancerogene o mutagene; chi è addetto alla loro preparazione e/o somministrazione deve avere una specifica formazione. Altre situazioni nelle quali un lavoratore può trovarsi in presenza di rischio chimico sono:

- l'uso di disinfettanti (in particolare le soluzioni di acido peracetico);
- il lavoro nelle sale operatorie, per la presenza di gas anestetici;
- il lavoro nei laboratori e in anatomia patologica;
- la verniciatura;
- le operazioni di pulizia, per l'uso di prodotti che possono essere irritanti;
- la manutenzione del motore di automezzi;
- Per ridurre il rischio chimico occorre:
- conoscere le caratteristiche delle sostanze con le quali si opera
- rispettare le procedure di lavoro impartite, laddove queste siano necessarie (operazioni sotto cappa nei laboratori, uso di strumenti meccanici per travasare i prodotti, ecc.);
- impiegare sempre i dispositivi di protezione individuale necessari per quello specifico compito lavorativo.

4.1 Principale fattori di rischio

4.1.1 Farmaci (antitumorali, inalazione di polveri come tali o contaminate da sostanze chimiche). Il personale sanitario può essere esposto a questo rischio quando, per motivi professionali ne effettua la preparazione e la somministrazione. La manipolazione di antibiotici può essere causa di possibili effetti allergici (principalmente dermatite a carico delle mani, orticaria, rinite, asma bronchiale) così come alcune pomate o preparati topici. È buona norma per tutti gli addetti usare guanti di protezione ed evitare la dispersione ambientale (polveri, soluzioni, aerosol). Merita grande attenzione la preparazione e somministrazione dei farmaci antitumorali, dotati, in generale di potere irritante per la cute e per le mucose (anche necrosi dei tessuti) e quale effetto collaterale più grave, la possibilità di indurre mutazioni genetiche e di azione cancerogena. Durante la preparazione e somministrazione di tali farmaci a potenziale effetto oncogeno e/o mutageno, occorre adottare misure preventive in grado di ridurre il più possibile l'esposizione con:

- divieto di ingresso nelle zone di preparazione al personale non autorizzato utilizzo di idonei D.P.I. tipo: camice monouso, guanti monouso, mascherine, sovrascarpe monouso, occhiali, cuffia monouso
- uso di cappe idonee a flusso laminare verticale (che servono a garantire la sterilità del prodotto e la protezione dell'operatore). Esse debbono essere accese 15, prima dell'inizio e spente 15, dopo la fine dell'attività. Il piano di lavoro deve essere sgombrato da materiali ad esclusione dei farmaci e va pulito con alcool 70% con un panno di carta monouso. È importante operare sempre al centro della cappa allontanamento del personale femminile in gravidanza. È necessario che le operazioni di

preparazione e di somministrazione dei farmaci antiblastici siano effettuate nel rispetto delle seguenti procedure:

- tutto il materiale utilizzato per la preparazione e somministrazione di farmaci antiblastici deve essere smaltito tra i rifiuti speciali ospedalieri
- in presenza di farmaci in soluzione già pronta l'operatore deve assicurarsi che parte della soluzione non sia rimasta nella porzione superiore della fiala che deve essere rotta avvolta con un tampone di garza; dopo la rottura il farmaco va aspirato e introdotto lentamente nel flacone avendo cura di non creare sovrappressione all'interno dello stesso
- in presenza di farmaci in sospensione le attività sono le medesime ma l'operatore deve prestare una maggior attenzione in quanto le operazioni di aspirazione e di introduzione risultano moltiplicate
- al termine occorre etichettare il flacone specificando nome e cognome del paziente, tipo di farmaco e dosaggio
- al momento della somministrazione al malato l'operatore deve prestare la massima attenzione per evitare contatti accidentali
- gli escreti dei pazienti in terapia e la loro biancheria devono essere raccolti utilizzando i guanti e poi posti in raccoglitori differenziati a chiusura ermetica

Per il rischio da inalazioni di polveri come tali o contaminate da sostanze chimico-medicamentose, connesse alle attività lavorative della Farmacia, del Servizio Veterinario ecc..., è necessario prendere visione del prodotto utilizzato e seguire le istruzioni fornite dal fabbricante dei preparati. In quest'ambito si raccomanda di utilizzare respiratori filtranti (non le mascherine chirurgiche in quanto non forniscono una protezione sufficiente), camice o tuta monouso e guanti monouso.

4.1.2 Detergenti e disinfettanti, sterilizzanti (glutaraldeide). In ambiente sanitario sono utilizzati prodotti ad:

- **azione disinfettante:** acidi (cloridrico, borico, solforico, ecc.), alcali (carbonato sodico, idrossido di sodio, idrossido di potassio, ecc.), alogeni inorganici e ossidanti (amuchina, ipoclorito di sodio, ipoclorito di potassio, ecc.), composti dello iodio (tintura di iodio, alcool iodato, ecc.), acqua ossigenata, aldeidi (formaldeide, glutaraldeide, ecc.), alcoli (etilico, denaturato, ecc.), alogeni organici (iodopovidone, cloramina, ecc.), clorexidina, ossido di etilene, permanganato di potassio e ammoni quaternari (benzalconio cloruro, cetrimide, ecc.)
- **azione detergente:** detersivi liquidi sia per uso personale che ambientale (ad esempio pulizie degli ambienti, ecc.) che possono contenere dei disinfettanti

Gli eventuali danni sono individuabili in patologie locali (mani, avambracci) dette anche "patologie da lavori umidi". Per prevenire il rischio di esposizione a sostanze e preparati disinfettanti e detergenti occorre che siano attuate una serie di misure tecniche ed organizzative nello specifico:

- usare razionalmente i mezzi protettivi con particolare riferimento a idonei guanti monouso e alle creme barriera, alle mascherine per lavori prolungati, ecc.
- non utilizzare sostanze contenute in contenitori senza etichetta
- non eseguire travasi di sostanze in bottiglie normalmente adibite ad altri usi (bottiglie di acqua, bibite, ecc.)
- utilizzare i prodotti in ambienti ben aerati
- ricordarsi che i prodotti possono essere infiammabili, per cui non accendere fiamme, non fumare e non utilizzare apparecchiature che possono provocare scintille.

L'uso della glutaraldeide (disinfettante) può comportare esposizione sia per via inalatoria sia per via cutanea (accidentalmente), con possibile comparsa di effetti irritativi/allergici a carico delle mucose, degli occhi, delle prime vie respiratorie e della cute. Gli operatori (medici, tecnici, infermieri, ausiliari, ecc.) che utilizzano, preparano o smaltiscono soluzioni di glutaraldeide, devono essere dotati di: protezione per le mani (guanti monouso in nitrile), protezione per le vie respiratorie (facciali filtranti usa e getta), protezione per gli occhi/faccia per possibili spruzzi in particolare nella manipolazione della soluzione su piano libero (occhiali a mascherina o visiera e schermi trasparenti) e protezione per il corpo (camici lunghi o grembiuli impermeabili, ecc.).

Al fine di ridurre il livello di rischio sono raccomandabili una serie di interventi tecnici (da effettuarsi sotto cappa aspirante) ed organizzativi, tra i quali:

- è fatto divieto di accesso alla zona di manipolazione della glutaraldeide al personale non opportunamente istruito
- utilizzo di quantità minime di soluzioni nei bagni di glutaraldeide
- identificazione, mediante etichette, dei contenitori delle soluzioni
- giusta manualità (in modo delicato) nel riempire e svuotare i bagni usando tutte le precauzioni necessarie per evitare versamenti

- uso di vasche o recipienti tappati e a tenuta, quando non usata accurato risciacquo, con cicli aggiuntivi a quelli effettuati automaticamente, degli strumenti che possono venire a contatto con gli occhi degli operatori (oculari degli endoscopi, ecc.)

In caso di incidente o versamento ambientale è importante rimuovere immediatamente la quantità sparsa con materiale assorbente (carta, segatura, cotone idrofilo, ecc.); in caso di imponente contaminazione cutanea è importante togliere subito gli abiti e lavare abbondantemente la cute con acqua fredda e poi recarsi al Pronto Soccorso; in caso di spruzzo agli occhi è fondamentale lavare immediatamente gli occhi con soluzione fisiologica per almeno 15 minuti e inviare l'infortunato al pronto soccorso.

4.1.3 Gas anestetici. I prodotti anestetici più usati attualmente sono l'alotano (fluotano), il metossifluorano (pentano), l'enflurano (etran) e l'isoflurano (forano). Durante gli interventi chirurgici in anestesia gassosa possono essere presenti negli ambienti operatori inquinamenti più o meno elevati di gas anestetici e conseguentemente possono sussistere problemi di esposizione nei confronti del personale. Le fonti del possibile inquinamento possono essere:

- Perdite dalle prese degli impianti centralizzati o dai collegamenti tra queste e gli apparecchi di anestesia: occorre quindi provvedere ad un periodico controllo e manutenzione da parte di personale specializzato;
- Perdite dai circuiti dell'apparecchio di anestesia: occorre affidare la manutenzione di tali apparecchi a ditte specializzate che certifichino e garantiscano la corretta manutenzione, ed occorre un controllo costante da parte dell'anestesista per quanto di sua competenza; gli apparecchi per anestesia debbono rispondere alle norme di sicurezza specifiche;
- Perdite di gas anestetico durante la fase di somministrazione dell'anestetico al paziente e durante la fase di risveglio; a tale riguardo va tenuto presente che le moderne macchine per anestesia sono a circuito chiuso con ripresa ed espulsione all'esterno del gas in eccesso che minimizza le perdite; importantissimo è comunque il comportamento dell'anestesista la cui professionalità è essenziale per minimizzare il livello di inquinamento.

Nonostante le misure di prevenzione accennate, è possibile un residuo livello di inquinamento cui si fa fronte con l'impianto di ricambio dell'aria (condizionamento) che deve assicurare una concentrazione residua dei vari gas inferiore a quella prevista dalle norme. Per assicurarsi che il personale addetto alle sale operatorie non sia esposto a livelli di concentrazione dannosi, è obbligatorio misurare periodicamente (normalmente ogni 6 mesi) il tasso di inquinamento. A tale scopo si utilizzano appositi apparecchi affidati a personale adeguatamente qualificato. Il personale addetto deve inoltre essere sottoposto a visita medica trimestrale da parte del medico competente, al fine di accertare lo stato di salute.

4.1.4 Acidi e basi forti e acidi organici. Acidi e basi forti (quali acido cloridrico, acido nitrico, idrossido di sodio, idrossido di potassio) trovano impiego sia nelle tappe analitiche, sia come idrolizzanti, come conservanti, come diluenti e per stabilizzare il pH delle soluzioni.

- Espone il personale ai seguenti rischi professionali:
- Incendi, scoppi ed esplosioni
- Irritazioni e causticazioni (ustioni chimiche)
- Intossicazioni acute
- Intossicazioni croniche
- Allergie
- Cancerogenesi e mutagenesi

Ambienti: laboratori, laboratori chimici

4.1.5 Antiblastici. Farmaci utilizzati in chemioterapia antitumorale costituiscono un gruppo eterogeneo di sostanze che inibiscono la proliferazione delle cellule dei tumori con meccanismi diversi, prevalentemente genotossici non risparmiando i normali tessuti ad elevata capacità proliferativa (bulbo pilifero, epitelio intestinale, midollo osseo).

I principali gruppi di chemioterapici antitumorali sono rappresentati da:

- agenti alchilanti (ciclofosfamide, cisplatino, carboplatino, ecc.);
- antimetaboliti (azatiopirina, fluorouracile, methotrexate, ecc.);
- antimitotici (vincristina, vinblastina);
- antibiotici (actinomicina, adriamicina, bleomicina, daunomicina);
- enzimi (L-asparaginasi).

La maggior parte di queste sostanze è risultata mutagena, cancerogena e teratogena in sistemi sperimentali.

Ambienti: Ambulatori, Farmacia, Reparti di clinica degenza,

4.1.6 Formaleide. La formaldeide è una sostanza molto usata in ambiente ospedaliero come sterilizzante e disinfettante sia di materiale sanitario e biancheria (materassi) sia di ambienti, oltre che nei reparti di emodialisi e in anatomia patologica per la fissazione e la conservazione dei tessuti. La formaldeide è un gas di odore fortemente irritante

Ambienti: Ambulatori, Centri e servizi diagnosi, Sale operatorie, Reparti clinici di degenza

4.2 RISCHI PER LA SALUTE LEGATI A STAMPANTI LASER, FOTOCOPIATRICI E TONER.

Da qualche anno le polveri di toner, i composti organici volatili e l'ozono emessi nell'aria all'interno dei locali attraverso la manipolazione e l'uso di stampanti laser e fotocopiatrici, sono stati messi in relazione con alcuni disturbi. Nel processo di stampa e di fotocopia si svolgono processi chimici e fisici complessi, nel corso dei quali i componenti di toner e carta reagiscono sotto l'effetto della luce e di temperature elevate. Queste reazioni possono liberare composti organici volatili di diverse classi chimiche, particelle piccolissime di toner e di carta, ma anche gas, che vengono rilasciati nell'aria all'interno dei locali. La qualità e la quantità di sostanze emesse sono determinate dal procedimento tecnico, dal tipo di toner e di carta utilizzato, dal modello e dall'età dell'apparecchio, dalla manutenzione e dalle condizioni ambientali.

4.2.1 Disturbi della salute

La letteratura scientifica riporta rapporti su casi particolari e studi singoli relativi a disturbi dovuti a esposizione alla polvere di toner. Tra i lavoratori raramente possono verificarsi disturbi aspecifici, per esempio prurito e irritazione cutanea, bruciore agli occhi, tosse, dispnea, asma e mal di testa. Nei casi in cui sono stati effettuati test d'ipersensibilità per dimostrare una reazione allergica degli impiegati verso i materiali impiegati per i toner o misurazioni delle funzionalità polmonare, generalmente non sono state confermate allergie. I malesseri menzionati devono essere valutati nel singolo caso come risposte aspecifiche allo stimolo, riconducibili o a condizioni di lavoro sfavorevoli o a una ipersensibilità individuale delle mucose. Nella letteratura scientifica sono stati descritti casi singoli di allergie documentate delle vie respiratorie superiori ("rinite allergica") e delle vie respiratorie inferiori (asma bronchiale).

I rapporti pubblicati sulla letteratura non scientifica a proposito di disturbi per la salute frequenti e in parte gravi generalmente sono documentati in modo insufficiente (predisposizioni e malattie preesistenti, mancanza di delucidazioni, valutazioni dell'igiene del lavoro carenti). Le conclusioni degli autori sono state tratte sulla base delle descrizioni e delle impressioni soggettive degli impiegati oppure sono state registrate solo retrospettivamente attraverso un questionario. Attualmente, questi rapporti non consentono di dedurre una correlazione causale scientificamente ricostruibile tra l'esposizione alla polvere di toner e gli effetti sulla salute descritti.

Raccomandazioni

Misure generali

- Rispettare scrupolosamente le istruzioni riportate nel manuale d'uso del fabbricante
- Collocare gli apparecchi in un locale ampio e ben ventilato
- Installare le apparecchiature di elevata potenza in un ambiente separato e, se necessario, dotare questo ambiente di un impianto di aspirazione locale
- Non direzionare le bocchette di scarico dell'aria verso le persone
- Sottoporre gli apparecchi a manutenzione regolare
- Optare per sistemi di toner chiusi
- Sostituire le cartucce del toner secondo le indicazioni del fabbricante e non aprirle a forza
- Rimuovere la sporcizia provocata dal toner con un panno umido; lavare le parti principali imbrattate dal toner con acqua e sapone; se il toner viene a contatto con gli occhi, lavare con acqua per 15 minuti. Se il toner viene a contatto con la bocca, sciacquarla con grandi quantità di acqua fredda. In linea di massima, non utilizzare acqua calda o bollente (i toner diventano appiccicosi).
- Eliminare scrupolosamente e con cautela la carta inceppata per non sollevare inutilmente polvere.
- Utilizzare guanti monouso per riempire la polvere di toner o i toner liquidi.

4.3 LA SORVEGLIANZA SANITARIA NEL RISCHIO CHIMICO

La sorveglianza sanitaria nel rischio chimico deve essere attivata secondo quanto definito, all'interno del D.V.R. e cioè quando si è in presenza di un rischio classificato come non "basso per la sicurezza e irrilevante per la salute". Spesso si sbaglia, confondendo lo scarso utilizzo di un prodotto o la modica quantità con le condizioni sopra citate.

Alcune sostanze (ad es. sensibilizzanti per la cute) sebbene utilizzate in modiche quantità, possono determinare un rischio basso per la sicurezza ma sicuramente non irrilevante per la salute, in quanto, anche quelle modiche quantità possono avere un'alta probabilità di determinare l'effetto (sensibilizzante) e quindi il rischio. Per questo occorre attivare la sorveglianza sanitaria.

La sorveglianza sanitaria deve essere effettuata:

- prima di adibire il lavoratore alla mansione che comporta l'esposizione;
- con periodicità decisa dal medico competente nel corso degli anni successivi in funzione della valutazione del rischio e dei risultati della sorveglianza sanitaria;
- alla cessazione del rapporto di lavoro.

Gli originali delle cartelle sanitarie (quelle inserite nella busta contraddistinta dalla dicitura "soggetto a segreto professionale") devono essere conservate per almeno 10 anni. Nel caso in cui a seguito della sorveglianza sanitaria si evidenzino, per un lavoratore o un gruppo di lavoratori esposti ad uno stesso agente, l'esistenza

di effetti pregiudizievoli per la loro salute o il superamento di un valore limite biologico, il medico competente deve darne informazione sia a ciascuno dei lavoratori interessati che al datore di lavoro.

| Accertamenti preventivi e periodicità annuale | | | | |
|---|---|--|--|---|
| Principale qualifiche e mansioni a rischio | Principali U.O | Protocollo minimo di routine | Periodicità | Altri accertamenti a giudizio del medico competente |
| Chirurghi Anestesisti Infermieri Tecnici di laboratorio Ostetriche OTA OSS Ausiliari | Sale operatorie Laboratori di analisi Anatomia patologica Endoscopia digestiva | Visita medica ECG Spirometria Esami ematochimici: es. urine emocromo glicemia transaminasi creatinina QPE Bilirubina | Annuale Annuale Annuale Annuale | RX torace Visita oculistica Visita dermatologica Visita ORL Indicatori biologici di esposizione |



5. Rischi Fisici

5.1 IL RUMORE.

Il rumore (che può essere genericamente definito come un suono inutile o fastidioso), negli ambienti di lavoro è ormai diventato uno dei problemi più importanti. È causa di danno (ipoacusia, sordità) e comporta la malattia professionale statisticamente più significativa. Gli effetti nocivi che il rumore può causare sull'uomo dipendono da tre fattori:

- intensità del rumore
- frequenza del rumore
- durata nel tempo dell'esposizione al rumore

Questi effetti possono essere distinti in:

- effetti uditivi: vanno ad incidere negativamente a carico dell'organo dell'udito provocando ipoacusia
- effetti extra-uditivi: insonnia, diminuzione della capacità di concentrazione, facile irritabilità, ecc...
Laddove a causa delle caratteristiche intrinseche della attività lavorativa l'esposizione giornaliera al rumore varia significativamente, da una giornata di lavoro all'altra, è possibile sostituire, ai fini dell'applicazione dei valori limite di esposizione e dei valori di azione, il livello di esposizione giornaliera al rumore con il livello di esposizione settimanale a condizione che:
 - il livello di esposizione settimanale al rumore, come dimostrato da un controllo idoneo, non ecceda il valore limite di esposizione di 87 dB(A)
 - siano adottate le adeguate misure per ridurre al minimo i rischi associati a tali attività

Si può riscontrare esposizione per coloro che operano in ambienti tipo la centrale termica, i gruppi elettrogeni, le officine di manutenzione, le lavanderie, le stirerie, ecc.

5.2 LE VIBRAZIONI.

Un'oscillazione rapida e di piccola ampiezza produce una vibrazione. Le vibrazioni sono regolamentate dal D.Lgs. 81/2008 e sono differenziate in funzione della frequenza, della lunghezza d'onda, dell'ampiezza, della velocità e dell'accelerazione.

In relazione alle lavorazioni, è possibile distinguere due criteri di rischio:

- vibrazioni con bassa frequenza (si riscontrano ad esempio nei conducenti di veicoli)
- vibrazioni con alta frequenza (si riscontrano nelle lavorazioni che utilizzano attrezzi manuali a percussione)

Gli effetti nocivi interessano nella maggior parte dei casi le ossa e le articolazioni della mano, del polso, del gomito e sono anche facilmente riscontrabili affaticamento psicofisico e problemi di circolazione. La prevenzione deve essere fondata su provvedimenti di tipo tecnico (tendere a diminuire la formazione di vibrazione da parte di macchine e attrezzi e successivamente limitare la propagazione diretta e indiretta sull'individuo utilizzando adeguati dispositivi di protezione individuale), di tipo organizzativo (è opportuno

introdurre turni di lavoro, avvicendamenti, ecc.) e di tipo medico con visite preventive (in quanto è indispensabile una selezione professionale) e visite periodiche (per verificare l'idoneità lavorativa specifica).

5.3 MICROCLIMA E ILLUMINAZIONE

Con il termine comfort ambientale (microclima) si intendono quei parametri ambientali che influenzano gli scambi termici tra soggetto e ambiente negli spazi confinati e che determinano il cosiddetto "benessere termico". Indispensabile è inoltre la purezza dell'aria.

In particolare il comfort microclimatico è quindi definito dai seguenti parametri:

- temperatura dell'aria
- umidità relativa
- purezza dell'aria
- livello di inquinamento dell'aria
- velocità dell'aria

Il grado d'illuminazione influisce sulla fatica visiva, sull'attività in generale, sulla sicurezza e sul benessere delle persone: è indispensabile pertanto che soddisfisi le specifiche esigenze degli operatori. Gli obiettivi da perseguire sono:

- una piacevole varietà di luminanze e di colori per contribuire al benessere degli occupanti e alla riduzione dello stress da lavoro
- un'adeguata luminosità dello spazio in modo che si possano percepire con chiarezza gli oggetti
- condizioni di sicurezza e di facilità di movimento

È sempre preferibile sfruttare l'illuminazione naturale e solo quando ciò non è possibile ricorrere, come completamento o in totale sostituzione, all'illuminazione artificiale.

5.4 GLI ULTRASUONI.

Gli ultrasuoni sono suoni con frequenza superiore a 20 KHz, non sono udibili dall'orecchio umano in quanto mancano nell'organo del Corti recettori idonei ad essere stimolati da frequenze così elevate. Si distinguono in:

- *Ultrasuoni a bassa frequenza* (20-100 KHz) usati per scopi industriali (pulitura di metalli e vetro);
- *Ultrasuoni a media frequenza* (100 KHz-1MHz) utilizzati in applicazioni terapeutiche in quanto produttori di ipertermia);
- *Ultrasuoni ad alta frequenza* (1-10MHz) impiegati in applicazioni mediche (ecografia e velocimetria).
Gli ultrasuoni a bassa frequenza sono responsabili di effetti diversi a seconda che siano trasmessi al corpo umano attraverso la mano (riscaldamento locale e danno meccanico alla superficie epidermica; degenerazione della superficie ossea per esposizioni particolarmente intense e prolungate) o per via aerea con l'insorgenza di una sintomatologia di tipo generale caratterizzata da astenia, nausea, vomito, vertigini, reazioni psicologiche.

5.5 RADIAZIONI IONIZZANTI.

Il rischio da radiazioni ionizzanti è fra quelli a cui, in ambito ospedaliero, si è prestato, già nel passato, molta attenzione. Gli operatori che lavorano con radiazioni ionizzate sono classificati esposti di categoria A, di categoria B o non esposti, secondo la quantità di dose che la legge permette che possano ricevere. Le dosi di radiazioni effettivamente ricevute dagli operatori in Ospedale sono nella grande maggioranza dei casi al di sotto dei limiti fissati dalla legge. Il tipo di materiale per la schermatura e lo spessore dipendono dalle caratteristiche della sorgente di radiazioni e dalla diminuzione del valore di dose che si vuole ottenere.

Le radiazioni ionizzanti possono essere prodotte con macchine radiogene (macchine a raggi X o acceleratori di particelle) o possono essere presenti nell'ambiente di lavoro come sorgenti sigillate o non sigillate.

Le macchine radiogene comportano un rischio radiologico esclusivamente nel momento in cui l'operatore addetto comanda l'emissione dei raggi. Una sostanza radioattiva (radionuclide, isotopo radioattivo, ecc.) è invece un materiale che emette radiazioni senza nessun tipo di intervento esterno. Ogni sostanza radioattiva ha delle caratteristiche fisiche che la distinguono e che comportano una "pericolosità" diversa per l'uomo. Le radiazioni emesse si distinguono in g, a e b (gamma, alfa e beta). E' necessario che siano opportunamente schermate in quanto non è possibile interrompere l'emissione della radiazione.

5.5.1 Zone controllate e sorvegliate.

Una zona controllata o sorvegliata è un luogo ad accesso regolamentato (quindi accessibile solo al personale autorizzato e con determinate cautele) in cui è necessario effettuare determinate procedure radio protezionistiche (sorveglianza fisica). Le zone dove esiste rischio radiologico sono delimitate, indicate con segnaletica di pericolo specifica e per operare nelle stesse occorre applicare le norme di radioprotezione impartite. L'individuazione delle zone e le misure di protezione sono stabilite dall'esperto qualificato.

Esempio di situazioni nelle quali può essere presente un rischio di esposizioni a radiazioni ionizzanti sono:

- lavoro con apparecchi a raggi X;
- servizi di Medicina nucleare e di Radioterapia
- locale della centrale termica posto in corrispondenza al bunker dell'acceleratore "Elekta Synergy" (Servizio di Radioterapia);

- vespaio praticabile sottostante le Strutture Complesse di Radioterapia e Medicina Nucleare (vasche di raccolta escreti);
- degenza di Medicina Nucleare
- depositi dei rifiuti radioattivi
- bunker vasche raccolta escreti Medicina Nucleare Degenza;
- laboratori RIA

L'effetto delle radiazioni ionizzanti può essere la mutazione di cellule, con possibilità di provocare tumori alle persone esposte o danni ai discendenti. Per questo motivo si adottano mezzi per ridurre l'esposizione dei lavoratori. Nessun lavoratore può essere adibito al lavoro con sorgenti radiogene se:

- l'esperto qualificato non ha in precedenza classificato il lavoratore, in
- categorie secondo il livello di rischio lavorativo;
- il lavoratore non è adeguatamente formato.

5.5.2 Norme di protezione.

Occorre ricordare che la protezione assoluta dalle radiazioni ionizzanti non è possibile. E' però possibile una protezione efficace, a patto di attenersi alle seguenti indicazioni:

- informarsi sulle sorgenti di radiazione e sulle procedure di impiego;
- leggere le norme interne e le norme procedurali connesse all' impiego delle radiazioni ionizzanti;
- allontanarsi il più possibile, compatibilmente con le funzioni svolte, dalla sorgente di radiazione primaria (= tubo radiologico o sorgente radioattiva) e dalla sorgente secondaria (= paziente);
- contribuire compatibilmente con le proprie funzioni affinché il tempo di esposizione sia il minimo necessario;
- qualora la propria presenza non sia necessaria all' atto diagnostico o chirurgico, allontanarsi il più possibile (eventualmente uscire dalla sala);
- utilizzare correttamente i dispositivi di protezione;
- utilizzare correttamente gli eventuali sistemi di rivelazione (=dosimetri) di cui si è dotati;
- partecipare a (o eventualmente richiedere) corsi di formazione specifici sull' uso di radiazioni ionizzanti e sui loro rischi;
- contribuire alla descrizione dei processi lavorativi ed alla valutazione dei carichi di lavoro radiologico individuale ovvero alla definizione delle distanze, tempi di esposizione e procedure operative.

5.5.3 MINORI, LAVORATRICI IN GRAVIDANZA O ALLATTAMENTO.

Particolari disposizioni sono previste per le lavoratrici esposte in età fertile. E' fatto obbligo alle lavoratrici di comunicare il proprio stato di gravidanza al Datore di Lavoro non appena accertato.

Le donne durante la gravidanza non possono svolgere attività in zone classificate (controllate o sorvegliate) o comunque ad attività che potrebbero esporre il nascituro ad una dose che ecceda 1 mSv durante il periodo di gravidanza. E' altresì vietato adibire le donne che allattano ad attività comportanti un rischio di contaminazione. E' vietato adibire i minori di 18 anni ad attività proprie dei lavoratori esposti.

5.6 RADIAZIONI NON IONIZZANTI.

Le radiazioni non ionizzanti, sono quelle radiazioni elettromagnetiche il cui meccanismo di interazione con la materia non consiste nella ionizzazione.

Le radiazioni non ionizzanti sono generalmente prodotte in ambito ospedaliero sono prodotte da apparecchiature di terapia fisico-riabilitativa generanti radiofrequenze (marconi terapia), laser e microonde (radar terapia) e da apparecchiature a raggi ultravioletti (lampade germicide, apparecchi per fototerapia - malattie della pelle, ittero neo-natale e per indurimento di gessi in ortopedia e resine in odontoiatria), centrali di sterilizzazione. Il personale addetto è opportuno che limiti la sosta e i tempi di permanenza nelle aree dove sono in funzione tali apparecchiature, oltre ad usare i D.P.I.

5.7 LA RISONANZA MAGNETICA.

La Risonanza Magnetica Nucleare è quella tecnica radiologica che, utilizzando proprietà di alcuni nuclei atomici di emettere radiazioni elettromagnetiche, fornisce immagini di sezioni trasverse dell'organismo umano secondo una rappresentazione morfologica della distribuzione dell'acqua.

Da un punto di vista tecnico può comportare rischi la fase di:

- approvvigionamento periodico di criogeno (rabbocco effettuato da ditta specializzata). In questa delicata fase il personale non addetto resterà a debita distanza di sicurezza (gli operai della squadra di manutenzione provvederanno a transennare il percorso). Infatti, in caso di fuoriuscita, il criogeno (che si trova ad una temperatura di -273°C) potrebbe provocare ustioni e/o l'asfissia dei presenti. È inoltre necessario adottare le seguenti precauzioni:
- **da parte degli operatori:** Medici e Tecnici addetti devono controllare che nei taschini dei camici non vi siano presenti forbici, penne biro, clips, monete, ecc., che potrebbero deformare il campo magnetico alterando il segnale, essere "trascinati" all'interno del magnete (gantry) e/o colpire il capo del paziente; personale di manutenzione deve utilizzare esclusivamente attrezzi speciali amagnetici (dal colore ramato);

- **personale ausiliario** deve utilizzare attrezzi testati per garantire l'assenza di parti ferromagnetiche e non deve usare prodotti a base di cera sulla chiambрана della porta di accesso al sito, ecc...
- **verso i pazienti:** si devono escludere da analisi RM persone portatrici di pace-maker, di protesi dotate di circuiti elettronici, preparati intracranici o comunque posizionati in prossimità di strutture anatomiche vitali, clips vascolari o schegge in materiali ferromagnetici. Sarà comunque il medico a valutare caso per caso, tutti gli elementi che possono concorrere alla controindicazione all'esame

La sorveglianza fisica del personale esposto e dei locali è effettuata dal Fisico Responsabile.

5.8 II LASER.

I rischi connessi all'uso del laser sono sia quelli relativi alle caratteristiche intrinseche del fascio, sia quelli derivanti dalle apparecchiature che permettono di creare e mantenere questo tipo di radiazione.

L'interazione diretta con il fascio interessa in modo particolare occhi e pelle; ad esempio, la radiazione proveniente da un laser si focalizza sulla retina in un'immagine estremamente ridotta, tanto che l'esposizione incidente viene aumentata di quasi 5 ordini di grandezza, a causa dell'effetto di focalizzazione della retina stessa.

Anche senza questo effetto, naturalmente, alcuni tipi di laser producono una radiazione sufficientemente intensa da provocare ustioni alla pelle in caso di contatto diretto.

Occorre poi tenere presente che un laser necessita di alimentazione elettrica, con tutti i pericoli conseguenti, connessi con le apparecchiature di potenza elevata.

Spesso il materiale attivo è allo stato gassoso, quindi più difficilmente controllabile rispetto a barrette solide, e non sempre si tratta di materiale chimicamente inerte o innocuo. A volte si utilizzano sostanze coloranti (dye laser) e quindi solventi, e così via.

Per proteggersi occorre rispettare le norme di impiego delle apparecchiature Laser ed utilizzare i DPI previsti, in particolare, specifici occhiali o maschere.

I locali ove impiegati sono controllati e identificati da specifici cartelli e segnaletica luminosa.

5.9 LE RADIAZIONI ULTRAVIOLETTE.

Per i raggi UV è necessario schermare la sorgente, minimizzare le riflessioni ed allontanare le sorgenti dagli operatori. In tutti gli ambienti le luci UV non schermate devono essere accese solo quando non vi è presenza di personale. In caso di esposizione professionale prolungate, si possono proteggere mani e braccia con guanti e maniche e gli occhi con occhiali o schermi per il viso.

5.10 DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

I DPI indicati dalle radiazioni ionizzanti utilizzabili dall'operatore sono;

- Camice piombato
- Copritiroide (opzionale o se assegnato dal MA o EQ)
- Occhiali piombati (opzionale o se assegnato dal MA o EQ)
- Guanti piombati (da utilizzare esclusivamente in particolari situazioni: in fascio diretto solo con apparecchiature radiologiche funzionanti in modalità manuale)

Principalmente il personale sanitario esposto a radiazioni ionizzanti è quello che esplica la propria attività nei seguenti reparti:

- radiologia e radioterapia, medicina nucleare,
- emodinamica cardiovascolare,
- ortopedia (sala gessi e sala operatoria),
- endoscopia digestiva,
- endoscopia urologica,
- anestesia.

Può essere occasionalmente esposto il personale sanitario che presta assistenza a pazienti sottoposti ad accertamenti diagnostici e/o terapeutici che prevedono l'impiego di radiazioni ionizzanti.

| Accertamenti preventivi periodici: radiazioni ionizzanti e NIR esposti in categoria B | |
|---|--|
| Protocollo minimo di routine | Altri accertamenti a giudizio del medico competente |
| Visita medica ECG Visita oculistica Esami ematochimici: Esame urine Emocromo completo con reticolo citi Glicemia e creatinina Transaminasi e yGT QPE Bilirubina totale | RX torace Vista dermatologica |



6. RISCHIO MECCANICO

Le attrezzature devono essere adeguate al lavoro da svolgere ovvero adatte a tale scopo ed idonee ai fini della sicurezza e della salute. Le nuove macchine che vengono acquistate devono avere i requisiti previsti dal D.P.R. 459/96 (Direttiva Macchine che ne prevede la Marcatura CE), senza apporvi modifiche che ne diminuiscano la sicurezza. Per le macchine già esistenti, invece, ci si deve accertare che siano comunque sicure. I lavoratori che utilizzano attrezzature o macchine devono disporre delle informazioni sul loro uso, dei DPI necessari e ricevere adeguata formazione.

I rischi connessi all'uso delle macchine sono principalmente di due tipi:

- a) riguardanti gli organi in movimento: urti, trascinamenti, schiacciamenti;
- b) riguardanti la possibile proiezione di materiali.

E' importante che gli utilizzatori di macchine o apparecchiature, di qualsiasi genere esse siano, leggano e tengano ben conservato il manuale di istruzioni, nel quale sono normalmente riportate le modalità d'uso e manutenzione, gli eventuali rischi ancora presenti durante l'utilizzo e le precauzioni che devono essere adottate. E' compito dell'utilizzatore e del preposto verificarne l'avvenuta manutenzione periodica.

Principali rischi:

- Schiacciamento
- Cesoiamento
- Afferramento
- Taglio
- Proiezione di ustione
- Contatto elettrico

Cause di infortunio

- Uso di attrezzature prive di sistemi di sicurezza
- Mancato uso di DPI
- Manomissione dei DPI
- Scarsa informazione e formazione sull'uso
- Scarsa manutenzione delle attrezzature
- Abbigliamento non idoneo
- Ambiente con presenza di pericoli

Obblighi del datore di lavoro

- Fornire attrezzature che soddisfano le norme di sicurezza e salute
- Informare e formare i lavoratori sulle condizioni di utilizzo
- Mettere a disposizione attrezzature idonee al lavoro da svolgere
- Assicurarsi che i lavoratori siano in grado di svolgere il proprio lavoro
- Fornire idonei dispositivi di protezione individuali

Obblighi del lavoratore

- Utilizzare le attrezzature conformemente alla formazione ricevuta
- Non rimuovere o modificare le protezioni senza autorizzazione
- Non compiere azioni pericolose che possono compromettere l'incolumità propria e di altri
- Segnalare immediatamente le deficienze dei sistemi di sicurezza o situazioni di pericolo, rivolgendosi anche ai RLS e alle RSU



7. RISCHIO ELETTRICO

Il passaggio di corrente elettrica attraverso il corpo umano (elettrocuzione) può costituire pericolo di morte: ciò può verificarsi tutte le volte che l'uomo viene a contatto in modo diretto o indiretto (tramite altre persone o materiali conduttori) con parti elettricamente non protette di impianti e di apparecchiature. Inoltre, i guasti di apparecchi ed impianti elettrici sono spesso causa di incendio.

È perciò essenziale che tutti gli impianti, apparecchi elettrici ed elettromedicali, vengano regolarmente verificati e tenuti in manutenzione solamente da personale qualificato e autorizzato: nessun operatore può "improvvisare" collegamenti elettrici e manutenzioni.

Situazioni di rischio possono verificarsi per:

- presenza di superfici umide o bagnate in prossimità di apparati elettrici;
- distacco di spine dalla presa effettuato “strappando” il cavo e non afferrando la spina;
- isolante dei cavi logorato o sottoposto all'azione di sostanze corrosive;
- sovraccarico dei circuiti per uso di moltiplicatori (ciabatte, prese multiple);
- archi elettrici (scintille) prodotti da distacco di spine, rotor elettrici non protetti o grossi interruttori in prossimità di materiali e vapori infiammabili o comburenti;
- apparecchiature elettriche lasciate accese senza controllo;
- uso del mezzo estinguente sbagliato (acqua o schiuma invece di CO₂ o polvere) su incendi di apparecchi elettrici.

I locali ad uso medico sono locali destinati a scopi diagnostici, terapeutici, chirurgici di sorveglianza o di riabilitazione dei pazienti. In questi locali il rischio elettrico riguarda anche e spesso in modo più sensibile, il paziente. Proprio al fine di proteggere il paziente, i locali ad uso medico vengono classificati dal personale medico o da tecnici esperti in accordo con l'organizzazione sanitaria, in relazione ai trattamenti medici che vi dovranno essere effettuati e alla tipologia di apparecchiature elettromedicali che sarà necessario impiegare.

Vengono classificati di Gruppo 0, Gruppo 1 e Gruppo 2 in ragione dell'aumento di rischio. In relazione a detta classificazione verranno realizzati specifici impianti elettrici e informatici.

7.1 Gli esposti. Sono potenzialmente esposti tutti i lavoratori che utilizzano impianti ed apparecchiature elettriche elettromedicali.

Sono particolarmente esposti i lavoratori dei servizi tecnici addetti agli interventi di manutenzione, controllo, rifacimento di impianti ed apparecchiature elettriche.

Le sale operatorie sono da considerare aree ad alto rischio elettrico sia per i pazienti che per il personale medico e paramedico. I rischi principali dovuti all'uso dell'elettricità sono:

- rischi di contatti diretti o indiretti con parti in tensione;
- rischi di microshock elettrici per il paziente dovuti alla presenza di parti applicate di apparecchi elettromedicali;
- rischi di ustioni termiche come quelle dovute alla placca dell'elettrobisturi;
- rischi di esplosione e incendio dovuto all'uso di prodotti infiammabili (anestetici o disinfettanti).



8. RISCHIO AMIANTO

L'amianto (o asbesto) è un insieme di minerali del gruppo dei silicati, appartenente alle serie mineralogiche del serpentino e degli anfiboli. La sua resistenza al calore e la sua struttura fibrosa l'hanno reso adatto come materiale per indumenti e tessuti da arredamento a prova di fuoco, ma la sua ormai accertata nocività per la salute ha portato a vietarne l'uso in molti paesi. L'amianto è stato soprattutto utilizzato, fino agli anni ottanta, per produrre, in forma di matrice compatta, la miscela cemento-amianto, per la coibentazione di edifici, tetti, navi, treni e come materiale vario per l'edilizia (tegole, pavimenti, tubazioni ...). Esisteva anche un'altra forma di amianto utilizzato nella coibentazione e nella produzione di materiali isolanti definito amianto friabile; nel contesto sanitario era presente, ad esempio, nelle: centrali termiche, sterilizzatrici, stufette, muffole e retine per Bunsen. In Italia la produzione di amianto ed il relativo impiego è vietato da una norma specifica a partire dal 1992.



9. RISCHIO INCENDIO

L'incendio è la combustione sufficientemente rapida e non controllata che si sviluppa senza limitazioni di tempo.

9.1 La classificazione degli incendi. Gli incendi vengono classificati in quattro classi, secondo lo stato fisico dei materiali combustibili; vi è un'ulteriore categoria, non considerata dalla normativa italiana, riguardante gli incendi di natura elettrica. Tale classificazione consente l'identificazione della classe di rischio incendio a cui corrisponde una precisa azione antincendio ovvero un'opportuna scelta del tipo di estinguento.

Cause di incendio più comuni e comportamenti conseguenti

- Deposito di sostanze infiammabili o facilmente combustibili
- Ridurre il quantitativo a quello strettamente necessario alla conduzione dell'attività.

- Tenere lontano dalle vie d'esodo.

9.1.1 Utilizzo di fonti di calore. Attenzione all'utilizzo di fonti di calore se si riscaldano sostanze combustibili (ad es. impiego di oli e grassi, apparecchi di cottura). Allontanare materiali combustibili o infiammabili dai luoghi in cui si utilizzano fiamme libere o si possono produrre scintille (ad es. lavori di manutenzione). Tenere puliti i condotti di aspirazione (ad es. cucine e laboratorio falegnameria). Controllare funzionalità delle valvole di intercettazione dei combustibili (funzionamento e tenuta, ad es. delle valvole del metano).

9.1.2 Rifiuti e scarti. Non depositare, neanche temporaneamente, lungo le vie d'esodo (corridoi, scale, ecc.) o in prossimità di porte tagliafuoco. Non depositare vicino a possibili fonti di innesco (ad es. apparecchiature elettriche o di illuminazione) o vicino ad impianti di distribuzione di gas combustibili o comburenti (metano, ossigeno, protossido). Rimuovere giornalmente dagli ambienti di lavoro.

9.1.3 Impianti ed attrezzature elettriche. Nel caso di alimentazioni provvisorie di apparecchi elettrici, il cavo deve avere la lunghezza strettamente necessaria e sistemato in modo da evitare danneggiamenti. Le riparazioni elettriche vanno eseguite da personale qualificato. Tenere i materiali combustibili od infiammabili lontani da apparecchiature elettriche e di illuminazione. Utilizzare eventuali apparecchi di riscaldamento (o condizionamento) elettrici previo controllo della loro efficienza e corretta alimentazione.

9.1.4 Fumo di sigarette/sigari/pipe. Esporre segnaletica indicante il divieto di fumo nelle aree dove esiste pericolo di incendio per la presenza di combustibili od infiammabili. Il divieto di fumo deve essere tassativo nei depositi e negli ambienti in cui si trovano materiali combustibili, infiammabili o dotati di impianti di rilevazione (automatica o non) incendi. Nelle aree in cui possa essere eventualmente consentito fumare, mettere a disposizione portacenere e svuotarli regolarmente. Non svuotare i portacenere insieme ad altri rifiuti combustibili.

9.1.5 Lavori di manutenzione o di ristrutturazione. Garantire sempre la fruibilità dei percorsi d'esodo. Eventuali lavori che possono produrre fiamme o scintille (saldatura, molatura) devono avvenire lontano da materiali combustibili o infiammabili. Eventuali bombole di gas utilizzate in tali lavori devono essere allontanate, a fine lavoro.

9.1.6 Aree non frequentate. Limitare la presenza di materiali combustibili od infiammabili da locali poco frequentati e negli ambienti in cui un incendio potrebbe non essere individuato rapidamente.

Apporre il divieto di accesso alle persone non autorizzate all'ingresso dei locali poco frequentati (depositi di carta, di materassi, contenenti combustibili od infiammabili).

9.2 MANTENIMENTO DELLE MISURE ANTINCENDIO

- Controllare che le porte tagliafuoco siano chiuse o non bloccate in posizione aperta (ad es. mediante cunei).
- Controllare che le apparecchiature elettriche siano spente (a meno che debbano rimanere in tensione).
- Controllare che non ci siano fiamme libere accese.
- Controllare che siano stati rimossi eventuali scarti combustibili od infiammabili.
- Segnalare ogni situazione di potenziale pericolo di cui si venga a conoscenza

9.3 GLI ESPOSTI.

Possono essere esposti tutti gli individui che, a qualunque titolo (lavoratori, utenti, visitatori ecc.) siano presenti nei locali o negli edifici nei quali si possa verificare un incendio. Sono maggiormente esposti tutti i lavoratori che utilizzano sostanze altamente infiammabili o infiammabili (etere, acetone, alcool ecc). Sono particolarmente esposti gli operatori di cucina, gli operatori della centrale termica, i tecnici addetti ai gas medicali quali ossigeno e protossido d'azoto (ad azione comburente), operatori tecnici delle officine.

Il piano di emergenza. Le situazioni di pericolo, con rischio per le persone (utenti ricoverati e non, visitatori, accompagnatori, lavoratori dell'Azienda o di ditte esterne, ecc.) o per i beni dell'Azienda (edifici, attrezzature, materiali in deposito). Situazioni di emergenza considerate:

- Incendio (caso generale, di natura elettrica, di una bombola);
- Fumi in ambiente;
- Perdita di gas (protossido, ossigeno, ecc.);
- Emergenza in locali con radiazioni ionizzanti (Radiologia) o non ionizzanti (Risonanza Magnetica Nucleare);
- Rottura di recipiente contenente sostanza tossica;
- Allagamento;
- Terremoto

Nel rispetto della Legge, in ogni azienda devono essere individuati lavoratori che, opportunamente e specificamente addestrati, costituiscono la squadra di emergenza.

9.4 COME COMPORTARSI IN CASO DI INCENDIO ED EVACUAZIONE

- Se il principio di incendio è modesto e vi sentite capaci di farlo, cercate di spegnerlo con un estintore
- Cercare di rimanere calmi ed evacuare i locali in modo ordinato.

- Si deve evacuare la zona attorno all'incendio: l'evacuazione deve avvenire prima di tutto in "orizzontale" e successivamente il piano superiore quindi il 2° piano superiore (il fumo si propaga prima verso l'alto) e quello sotto l'incendio, salvo diverse disposizioni degli addetti alla gestione dell'emergenza.
- Non correre, non urlare.
- Non portare con sé oggetti pesanti, ingombranti o pericolosi.
- Le persone autosufficienti devono essere indirizzate verso le vie d'esodo
- Date assistenza alle persone diversamente abili
- Non si devono utilizzare gli ascensori e i montacarichi (potranno essere utilizzati solo sotto il controllo dei VV.F.).
- Chiudete dietro a voi tutte le porte e in particolare quelle tagliafuoco.
- In presenza di fumo coprirsi la bocca e il naso con fazzoletti o panni umidi e respirare con il viso rivolto verso il suolo.
- Mentre vi allontanate, accertatevi che non sia rimasto qualcuno nei locali, per es. in depositi e servizi igienici
- Riunirsi nel "punto di raccolta" indicato
- Non ostacolare le successive operazioni di emergenza.

Le porte tagliafuoco (REI) sono uno degli elementi fondamentali e determinanti per la protezione in caso di incendio: impediscono la propagazione dell'incendio e del fumo. È assolutamente vietato tenerle aperte con "zeppe", estintori o altri materiali e attrezzature. Possono essere tenute aperte solo le porte tagliafuoco per le quali sono previsti dispositivi di trattenuta magnetici che ne consentono lo sgancio manuale e automatico in caso di incendio. Pertanto qualora fosse necessario, per documentate ragioni di efficacia e funzionalità delle attività svolte, tenere aperte le porte tagliafuoco, si deve segnalare il problema e richiedere un intervento all'ufficio tecnico.

Oltre al pronto soccorso ospedaliero, tutti gli operatori medici e infermieri sono tenuti, in caso di necessità, a prestare il primo soccorso in caso di infortunio o malore. Devono comunque individuati come addetti al primo soccorso il personale medico e infermieristico dei reparti, i medici rianimatori, nonché alcuni operatori che hanno frequentato uno specifico corso di formazione.

9.5 LE BOMBOLE.

Si definiscono bombole i recipienti in acciaio di qualità o acciaio speciale o legato, realizzati in un solo pezzo senza saldatura longitudinale. Una bombola è un contenitore trasportabile utilizzato per immagazzinare gas sotto pressione la cui forma, dimensione, materiale e fabbricazione varia a seconda dell'impiego a cui è destinata. È comunque sempre dotata di una valvola che ne permette la chiusura. Si trovano all'interno dell'Azienda nei punti di trasporto pazienti, nei reparti di degenza e nelle officine. Alcune tipologie di bombole più comunemente presenti sono :

- bombole di ossigeno per uso medicale
- bombole di anidride carbonica medicinale
- bombole per miscele di gas per spirometria
- bombole di acetilene per officine.

9.5.1 Come si previene il rischio derivante dall'utilizzo delle bombole. La pressione interna del gas è direttamente proporzionale alla temperatura, perciò la bombola non deve essere esposta a fonti di calore, ai raggi diretti del sole o comunque a temperature superiori ai 50°C. La sicurezza di una bombola è legata all'integrità del materiale con cui è costruita; occorre quindi evitare il contatto con sostanze corrosive, umidità eccessiva e urti violenti. Lo stoccaggio deve avvenire in ambienti idonei e separati per tipologia di gas, ad esempio i gas combustibili devono essere immagazzinati separatamente dai comburenti. Gli operatori che manipolano bombole devono aver ricevuto un'adeguata formazione sulla destinazione di impiego, modalità d'uso e sulle avvertenze; lo smontaggio/montaggio dei riduttori di pressione deve essere affidato a personale specializzato e formato.



10. RISCHIO DI MOVIMENTAZIONE DEI CARICHI

Sollevarre o spostare carichi, eccessivamente pesanti o difficilmente afferrabili, può produrre danni al sistema muscolo-scheletrico, soprattutto alla colonna. All'interno di un'attività lavorativa di tipo sanitario questa tipologia di rischio si presenta in maniera evidente nelle attività svolte dal personale sanitario: Infermieri, Tencini, O.S.S, Fisioterapisti, ecc.

Molto importante è l'utilizzo in modo appropriato degli ausili (sollevatori, teli ad alto scorrimento, barelle doccia, ecc), che devono essere adeguatamente presenti e, in caso di carenza, vanno decisamente rivendicate. Occorre, però, considerare che non sempre è possibile l'utilizzo degli ausili, in particolare in di assistenza di pazienti acuti. Nel caso in cui la movimentazione manuale del carico non può essere evitata, il datore di lavoro organizza il lavoro in modo più sicuro e sano. Quindi deve adottare preliminarmente, se possibile, quelle condizioni di sicurezza in cui l'infermiere durante la movimentazione manuale, deve avvicinare il tronco il più possibile al carico, evitando così torsioni o inclinazioni. Il carico deve essere non molto ingombrante o difficile da afferrare, con un contenuto stabile. L'ambientazione (spazio, pavimenti, temperatura, ecc.) è molto importante in quanto lo spazio deve essere il più libero possibile, quindi la distanza per sollevare, abbassare o trasportare un ammalato deve essere più esigua; con una pavimentazione adeguata, in modo da non scivolare e con una circolazione dell'aria più sicura. Il tutto diventa ancora più grave quando gli sforzi fisici sono più frequenti e si prolungano nel tempo, con dei riposi o recuperi insufficienti. Il datore di lavoro deve evitare per i lavoratori la movimentazione manuale dei carichi ricorrendo ad attrezzature meccaniche se non è possibile:

- organizzare i posti di lavoro in modo che la movimentazione sia sicura ed esente da rischi
- valutare le condizioni di sicurezza considerando le caratteristiche del carico
- adottare misure atte ad evitare o ridurre i rischi di lesione dorso-lombare considerando
 - i fattori individuali di rischio,
 - le caratteristiche dell'ambiente di lavoro,
 - le esigenze connesse all'attività.
- sottoporre a sorveglianza sanitaria i lavoratori addetti a tale movimentazione
- informare e formare i lavoratori

Esempi di situazioni nelle quali esiste questo fattore di rischio sono:

- lo spostamento di pazienti non collaboranti o diversamente abili;
- il trasporto e l'immagazzinamento di oggetti
- spazi ristretti
- illuminazione
- attività frequente e ripetuta
- inidoneità fisica del lavoratore
- mancata informazione e formazione

Comportamenti che limitano i possibili danni da sforzo sono ad esempio:

- impiegare i dispositivi di ausilio quali sollevatori e teli ad alto scorrimento,
- non sollevare da soli carichi troppo pesanti (25 kg per gli uomini e 15 kg per le donne, rappresentano i valori indicati dalle norme come valorisoglia, oltre i quali il rischio è sicuramente esistente);
- movimentare carichi indossando calzature adatte (suola antiscivolo)
- piegare le ginocchia, facendo forza con i muscoli delle gambe anziché con i muscoli dorsali;
- portare i carichi il più possibile vicino al corpo.

Nella movimentazione di un paziente non autosufficiente, agire da soli o comunque non riflettendo su quello che si sta per fare può essere pericoloso per il rachide. Infatti le azioni che si devono compiere devono essere intraprese applicando le corrette manovre di movimentazione, riflettendo, quindi, su come creare una buona base di appoggio e un giusto equilibrio, scomponendo il movimento in più fasi, pensando alle prese giuste, disponendo correttamente le attrezzature.

Le metodiche di trasferimento possono variare in relazione all'entità / tipologia della disabilità del paziente: a tal fine è utile suddividere questi ultimi in due categorie:

Paziente non collaborante. Il paziente non può aiutare il movimento né con gli arti superiori né con gli arti inferiori tetraparetico, anziano allettato, paziente in anestesia generale, in coma, paziente che oppone resistenza alla mobilizzazione, ecc.).

Paziente parzialmente collaborante. Il paziente può sfruttare una residua capacità di movimento (es.: emiplegico, paraplegico, paziente in fase di recupero funzionale, ecc.).

10.1 SORVEGLIANZA SANITARIA

| Accertamenti preventivi e periodicità annuale | | | | |
|---|--|--|---|--|
| Principali mansioni a rischio | Principali U.O | Protocollo minimo di routine | Periodicità | Altri accertamenti a giudizio del Medico competente |
| Infermieri OTA OSS ASA Ostetriche Magazzinieri | Reparti di degenza: ➤ rianimazione ➤ terapia intensiva ➤ chirurgia ➤ neurologia ➤ ortopedia | Visita medica ECG Spirometria Esame clinico di Funzionalità del rachide | Annuale Annuale Biennale Annuale | RX distretto interessato Visita ortopedica Visita cardiologica |

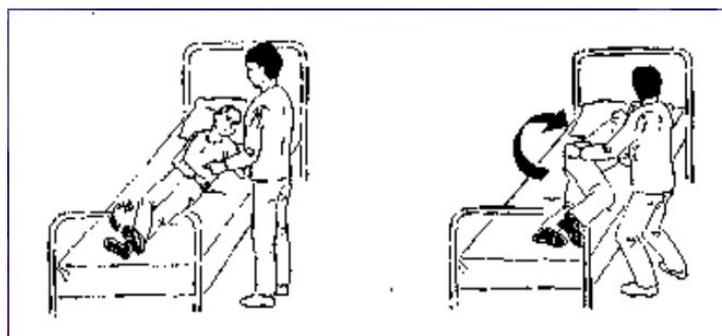
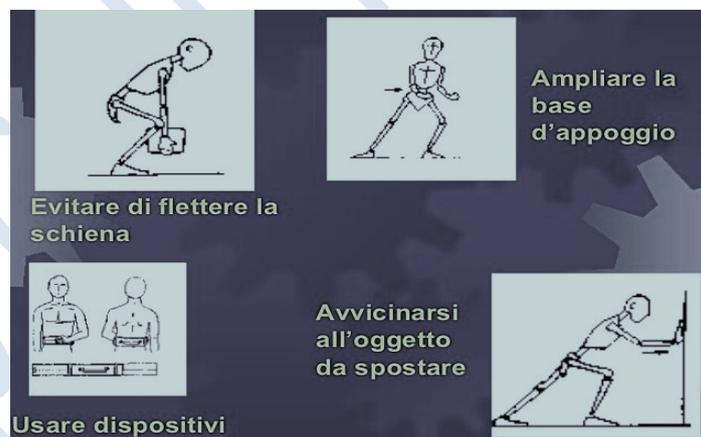
| | | | | |
|-----------|---|--|--|--|
| Ausiliari | <ul style="list-style-type: none"> ➤ geriatrica ➤ sale operatorie ➤ Ambulanze ➤ Magazzini | | | |
|-----------|---|--|--|--|

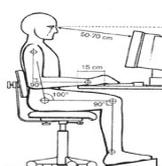
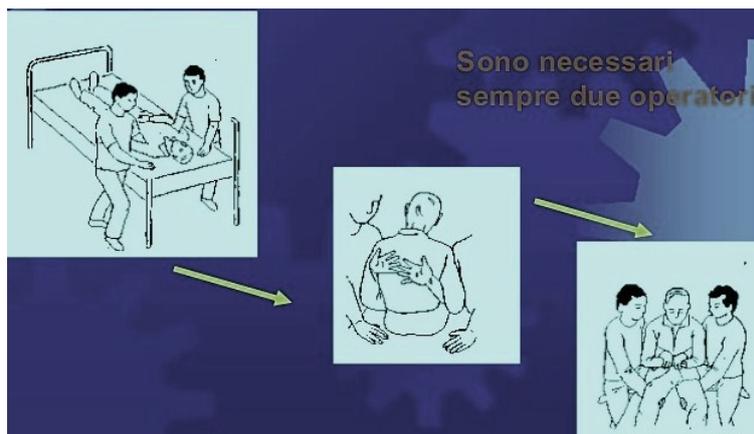
10.2 Modalità comportamentali dell'operatore

- evitare di flettere la schiena, utilizzando la flessione delle ginocchia;
- ampliare la base di appoggio, e quindi le condizioni di equilibrio, allargando e flettendo le gambe, in senso trasversale o longitudinale a seconda della direzione dello spostamento.
- Nel caso di trasferimenti o spostamenti al letto del paziente, appoggiare un ginocchio sul letto;
- avvicinarsi il più possibile al paziente da spostare;
- garantire una buona presa del paziente (presa crociata, sottoscapolare, zona cavo popliteo), eventualmente con uso di ausili tipo cintura ergonomica, prima di iniziare qualsiasi operazione di movimentazione;
- durante la mobilizzazione impartire le indicazioni con parole, frasi e gesti semplici.

10.2.1 Esempi Modalità comportamentali

Nella movimentazione di un paziente non autosufficiente, agire da soli o comunque non riflettendo su quello che si sta facendo può essere pericoloso per la rachide.





11. UTILIZZO DI VIDEOTERMINALI

L'uso dei videoterminali (VDT) è ormai in costante crescita in tutte le attività d'ufficio e una così ampia diffusione ha focalizzato l'attenzione nell'individualizzazione di ogni possibile rischio connesso con le specifiche modalità operative. Si definisce il lavoratore che utilizza in modo sistematico e abituale per 20 ore settimanali dedotte le interruzioni 15 minuti ogni 120 minuti di lavoro. Gli studi e le indagini epidemiologiche sinora svolte portano ad escludere, per i videoterminali, rischi specifici derivanti da radiazioni, ionizzanti e non ionizzanti, sia a carico del lavoratore che della prole. Per quanto si riferisce ai campi elettromagnetici, la presenza della marcatura CE sul videoterminale comporta che tali campi siano mantenuti al di sotto dei limiti raccomandati e riscontrabili nei comuni ambienti di vita ove sono utilizzate apparecchiature elettriche e televisive.

Cosa comporta. Il lavoro al videoterminale può causare l'insorgere di disturbi muscolo scheletrici, di affaticamento visivo e fatica mentale.

Disturbi scheletrici: sono la conseguenza della degenerazione dei rischi della colonna vertebrale, dell'affaticamento muscolare o dell'infiammazione delle strutture tendinee quali un senso di fastidio, pesantezza, intorpidimento, rigidità e dolore al collo, schiena, spalle, braccia, mani,

Problemi visivi: in situazione di sovraccarico dell'apparato visivo, può insorgere la cosiddetta sindrome da fatica visiva, costituita da un complesso di disturbi reversibili quali bruciore, lacrimazione, secchezza, senso di corpo estraneo, ammiccamento frequente, fastidio alla luce, pesantezza, visione annebbiata, visione sdoppiata, stanchezza alla lettura.

Lo stress: viene a determinarsi quando le capacità di una persona non sono adeguate al tipo e al livello delle richieste lavorative (intese anche come rapporto uomo-macchina, complessità e carico di lavoro, fattori ambientali, ecc.). I disturbi che ne derivano sono di tipo psicosomatico (mal di testa, irritabilità, stanchezza, insonnia, ansia, depressione ecc.). Da tener presente che il tipo di reazione ad una data situazione dipende dalla personalità del soggetto (lo stesso lavoro può risultare soddisfacente, monotono o complesso a seconda della personalità).

La prevenzione. Il rischio si previene con una corretta progettazione ergonomica del posto di lavoro, che tenga conto degli arredi (sedia, scrivania, tende, poggiatesta, ecc.), dei colori, della illuminazione naturale ed artificiale (al fine di evitare riflessi, abbagliamenti, eccessivi contrasti). Per la prevenzione dei disturbi muscolo scheletrici occorre:

- assumere la postura corretta di fronte al video, con piedi ben appoggiati al pavimento e schiena appoggiata allo schienale della sedia nel tratto lombare, regolando allo scopo l'altezza della sedia e l'inclinazione dello schienale;
- posizionare lo schermo del video di fronte in maniera che, anche agendo su eventuali meccanismi di regolazione, lo spigolo superiore dello schermo sia posto un poco più in basso dell'orizzonte che passa per gli occhi dell'operatore e ad una distanza degli occhi pari a 50 – 70 cm;
- disporre la tastiera davanti allo schermo, salvo che il VDT non sia utilizzato in maniera saltuaria, e il mouse, od eventuali altri dispositivi di uso frequente, sullo stesso piano della tastiera ed in modo che siano facilmente raggiungibili;

- evitare irrigidimenti delle dita e del polso, curando di tenere gli avambracci appoggiati al piano di lavoro in modo da alleggerire la tensione dei muscoli del collo e delle spalle;
- evitare, per quanto possibile, posizioni di lavoro fisse per tempi prolungati. Nel caso che ciò fosse inevitabile si raccomanda la pratica di frequenti esercizi di rilassamento (collo, schiena, arti superiori ed inferiori).

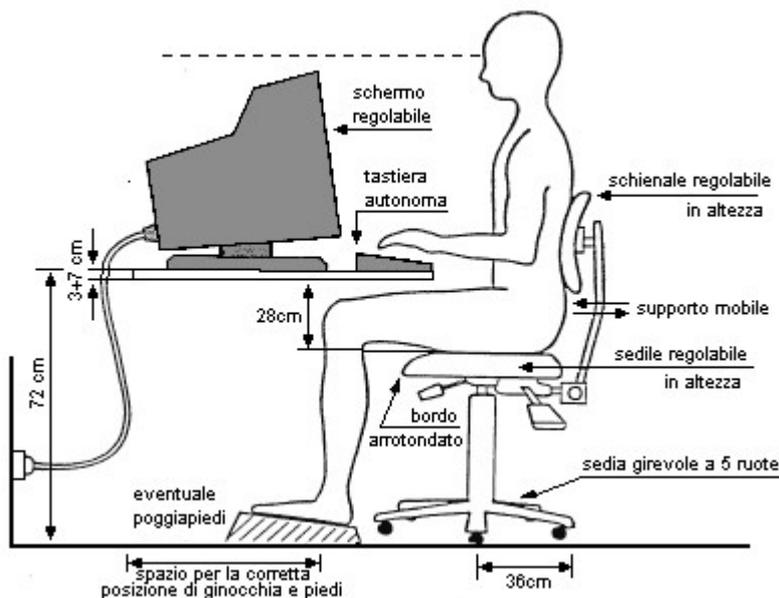
Per la prevenzione dei disturbi visivi occorre:

- illuminare correttamente il posto di lavoro, anche regolando tende e veneziane;
- orientare ed inclinare lo schermo per eliminare, per quanto possibile, riflessi sulla sua superficie;
- distogliere periodicamente lo sguardo dal video per guardare oggetti lontani, al fine di ridurre l'affaticamento visivo;
- effettuare le pause previste. A tale scopo si ricorda che il lavoratore addetto al videoterminale (come definito al primo paragrafo del presente capitolo), ha diritto ad una interruzione della sua attività mediante pause ovvero cambiamento di attività. Qualora non sia altrimenti definito dalla contrattazione collettiva anche aziendale, il lavoratore ha diritto a una pausa di 15 minuti ogni 120 minuti di applicazione continuativa al VDT.

11.2 SORVEGLIANZA SANITARIA

I lavoratori addetti al videoterminale sono sottoposti a visita medica preventiva e a controlli periodici:

- esame della vista e degli occhi
 - alla colonna vertebrale e agli arti superiori
- A. biennale per i lavoratori classificati idonei con prescrizioni e/o con più di 50 anni
B. tutti gli altri ogni 5 anni



12. RISCHIO AGGRESSIONI AGLI OPERATORI SANITARI

Gli operatori sanitari subiscono aggressioni, minacce e molestie sul luogo di lavoro in misura sempre maggiore. Il fenomeno è molto diffuso e non riconosce significative differenze di genere o di ruolo, anche se, tra tutti gli operatori sanitari, gli infermieri e gli OSS sono quelli maggiormente esposti perché a diretto contatto con il paziente e perché devono gestire rapporti caratterizzati da una forte emotività con soggetti che si trovano in uno stato di frustrazione, vulnerabilità e perdita di controllo.

Oggi, inoltre, si stanno affermando messaggi culturali che inducono la popolazione a coltivare una rabbia crescente verso gli operatori delle strutture sanitarie.

A questo concorrono le notizie spesso scandalistiche sui servizi sanitari, che creano a priori un'aspettativa negativa nei confronti dei servizi, che a sua volta fomenta la frustrazione e la rabbia e mina il rapporto di fiducia tra cittadini e operatori.

Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), definisce la violenza sul posto di lavoro come "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica sul posto di lavoro"

Gli atti di violenza non sono degli eventi inevitabili, anzi è possibile, oltre che doveroso, prevederli e prevenirli.

La prevenzione è un'azione complessa che deve avvenire a più livelli: la formazione del personale, accompagnata a misure di sicurezza organizzative ed ambientali, la promozione del benessere organizzativo ecc, contribuisce alla prevenzione e riduzione degli eventi aggressivi in maniera significativa, oltre che alla creazione di una cultura del lavoro in cui le persone sono trattate con rispetto da colleghi e superiori e dove il lavoro è riconosciuto come un bene supremo.

Se osserviamo con attenzione sono tutti aspetti richiamati nel sistema delle relazioni sindacali delineato nel CCNL, ma anche al di là di questo, spetta al Sindacato e alle RSU, nella loro funzione di rappresentanza dei lavoratori, porre con forza il problema, a partire dalla costruzione delle piattaforme aziendali.

Episodi di violenza contro operatori sanitari sono considerati eventi sentinella in quanto segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.

Alcune direttrici d'intervento.

La prima operazione da compiere nel confronto aziendale è quella di verificare se la questione è trattata nel documento di valutazione dei rischi e nel documento sullo stress da lavoro correlato.

Ma non si tratta di una mera ricognizione dei documenti, occorre verificare le misure, in particolare di carattere preventivo, eventualmente indicate, lo stato della concreta attuazione, le eventuali implementazioni che si ritengono necessarie. Tanto più che le aziende avrebbero dovuto adottare linee guida sulla base della raccomandazione n. 8/2007 del Ministero della Sanità.

Inoltre, potrebbe rendersi necessaria una analisi delle situazioni operative, al fine della identificazione di quelle a maggiore vulnerabilità, l'esame dei dati relativi agli episodi di violenza verificatesi nella struttura.

Una nuova attenzione da parte dei soggetti sindacali al tema potrebbe partire dal coinvolgimento delle lavoratrici e dei lavoratori, attraverso la diffusione e la raccolta da parte della RSU di un questionario anonimo, utile anche per comprendere la percezione che questi anni del fenomeno.

Misure strutturali e tecnologiche

- Gestire l'accesso ai locali di lavoro mediante regole ben definite e conosciute
- Mantenere una adeguata e sufficiente illuminazione dei locali ed in buono stato tutta la struttura e le attrezzature
- installazione e regolare manutenzione di impianti di allarme o altri dispositivi di sicurezza (pulsanti antipanico, allarmi portatili, telefoni cellulari, ponti radio) nei luoghi dove il rischio è elevato;
- dove necessario, accesso consentito all'interno delle strutture tramite badge e solo a personale autorizzato;
- prevedere nelle aree a rischio la presenza di arredi idonei a ridurre gli elementi potenzialmente pericolosi

Misure organizzative

- Informazione chiara a pazienti, accompagnatori e personale che gli atti di violenza non sono tollerati; la struttura URP ha predisposto l'affissione di adeguata cartellonistica posizionata in alta visibilità "Cartellonistica di Avviso all'Utenza"
- informazioni chiare sulla tempistica ai pazienti in attesa di una prestazione sanitaria; ove possibile, presenza in contemporanea, all'atto di una visita o di un esame diagnostico, di due figure professionali e, in caso di necessità, anche di un mediatore culturale;
- Modalità di sensibilizzazione del personale affinché vengano sempre segnalate aggressioni e minacce. Al riguardo sarebbe opportuna la predisposizione di un'apposita scheda di segnalazione dell'aggressione
- Definire strategie comportamentali da adottare
- Facilitare il coordinamento con le forze dell'ordine

Formazione/informazione

La formazione e l'informazione al personale, durante l'orario di lavoro, riveste un carattere strategico fondamentale.

Come già ricordato nel documento sul Contributo alla Contrattazione, l'AGENAS riconosce come ECM la formazione per la prevenzione e la gestione delle violenze.

Si tratta, quindi, di stabilire nei piani annuali formativi percorsi di formazione, ovviamente per tutto il personale interessato, che in generale:

- diffondere una cultura di disponibilità, accoglienza e comunicazione all'interno dell'organizzazione e verso gli utenti
- i rischi specifici connessi con l'attività svolta;
- i metodi di riconoscimento di segnali di pericolo o di situazioni che possono condurre a episodi di violenza;
- le strategie comportamentali

- le metodologie per la prevenzione e gestione degli stessi (es.: tecniche di de-escalation, protezione del contesto e degli altri utenti/operatori)
- saper riconoscere i contesti a rischio
- la gestione dei comportamenti a rischio

La video sorveglianza

L'installazione di impianti video a circuito chiuso nei luoghi comuni, con registrazioni h24, rappresenta certamente un valido strumento di controllo, che può anche consentire l'immediato intervento delle persone e forze preposte alla sicurezza.

È tema questo che riveste una certa delicatezza, la video sorveglianza deve avvenire nel rispetto delle norme sulla privacy, ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del provvedimento emanato dal garante in data 8 aprile 2010.

Inoltre, va ricordato che, sebbene non espressamente richiamato nel CCNL, resta in capo alla contrattazione integrativa l'utilizzo delle telecamere, art. 4, comma 1, legge 300/1970.



13. SORVEGLIANZA SANITARIA E IL MEDICO COMPETENTE

La sorveglianza sanitaria è un insieme di atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alla modalità di svolgimento dell'attività lavorativa.

13.1 VISITE MEDICHE

13.1.1 visite preventive.

La visita medica preventiva intesa a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il dipendente è destinato al fine di valutare la sua idoneità alla mansione specifica.

La visita medica preventiva viene effettuata nelle seguenti occasioni:

- assunzione o trasferimento da altra azienda sanitaria. La visita è richiesta dall'area gestione del personale o dalla direzione medica del presidio ospedaliero, appena nota la sede di lavoro del neoassunto. Sulla base dei rischi presenti nella sede di lavoro, il medico competente assegna al lavoratore il profilo di rischio ed il conseguente protocollo per la sorveglianza sanitaria
- trasferimento o cambio mansioni (sia all'interno che all'esterno dell'unità operativa) se la nuova mansione comporta rischi diversi da quella di provenienza.

Una particolare visita medica è rappresentata dalla visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione.

13.1.2 Visite periodiche.

Le visite mediche periodiche hanno lo scopo di verificare il mantenimento dello stato di salute in seguito all'esposizione ad uno o più agenti professionali potenzialmente lesivi e di ricercare eventuali alterazioni precoci a carico di apparati ed organi bersaglio. Viene effettuata per i lavoratori addetti a mansioni a rischio, con periodicità e tipologia di accertamenti complementari variabili secondo quanto previsto dal programma di sorveglianza sanitaria. E' necessario che ogni azienda sanitaria definisca, d'intesa con il medico competente, una procedura che regoli l'organizzazione della sorveglianza sanitaria (convocazione dei lavoratori, flussi delle informazioni e delle certificazioni)

13.1.3 Visite su richiesta.

I lavoratori soggetti a obbligo di sorveglianza sanitaria in quanto esposti a rischi professionali possono effettuare visite mediche su richiesta (art. 41 D.Lgs. 81/08, comma 2 lett c) se ritengono che eventuali disturbi sopravvenuti siano correlabili ai rischi professionali. Il lavoratore può segnalare al medico competente condizioni patologiche o suscettibili di peggioramento che, pur non causate dall'attività lavorativa, possano da essa essere aggravate a causa dell'attività lavorativa svolta e pertanto siano meritevoli di attenzione e di un giudizio di idoneità mirato. La singola richiesta perviene generalmente al datore di lavoro (dirigenti o preposti) che inoltra al medico competente; qualora il medico competente ritenga tale richiesta del lavoratore correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, effettua la visita medica al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica. Le varie visite mediche comprendono gli esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio e ritenuti necessari dal medico competente. Le visite mediche non possono essere effettuate per accertare stato di gravidanza ed in altri casi vietati dalla normativa vigente (accertamento dello stato di sieropositività per HIV art. 6 Legge 135 del 05.06.1990, esami finalizzati a verificare il possesso di particolari requisiti e non correlati ai rischi cui il lavoratore è esposto, esami invasivi o

radiografici che espongano essi stessi a fattori di rischio se non esiste precisa indicazione clinica), sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti.

1.2 RICORSO.

Avverso i giudizi del medico competente è ammesso ricorso, entro trenta giorni dalla data di comunicazione del giudizio medesimo, all'organo di vigilanza territorialmente competente, che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso.

Viene sancita la possibilità di ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente a tutela delle parti, datore di lavoro e lavoratore, in seguito a tutti i tipi di giudizi di idoneità emessi dal medico competente.

Si ricorda che con il ricorso si avvia un procedimento rispetto al quale si impongono evidenti esigenze di imparzialità; pertanto colui che è preposto all'istruttoria dovrà astenersi qualora in conflitto d'interessi con il ricorrente. Si precisa, inoltre, che anche in presenza di attività soggette a sorveglianza sanitaria può essere richiesto il giudizio alla commissione costituita ai sensi art. 5 della legge 300/70, che si esprimerà sull'idoneità alla mansione genericamente intesa, svincolata quindi da ogni riferimento al posto di lavoro specifico. Il giudizio del medico competente sulla medesima mansione è da intendere invece come contestualizzato, tiene cioè conto delle condizioni di salute del lavoratore strettamente correlate al contesto lavorativo attuale, alle relative modalità operative e ai rischi conseguenti.

La natura giuridica della richiesta sec. art. 5 della legge 300/70 è una richiesta di giudizio ad un organo pubblico e non un ricorso contro un giudizio.

In altre parole, mentre le attribuzioni della commissione medica citata concernono la verifica dell'idoneità generica del soggetto al lavoro, i giudizi di idoneità o inidoneità espressi dal medico competente riguardano la possibilità per il lavoratore di essere sottoposto o meno ai rischi specifici derivanti dalla particolare mansione lavorativa. In questi casi comunque il giudizio della commissione non prevale sul giudizio del medico competente, che è la figura espressamente preposta alla valutazione dell'idoneità alla mansione del lavoratore. Eventuali pareri sulla inidoneità generica alla mansione a giudizio della commissione saranno tuttavia adeguatamente considerati dal medico competente.

Il ricorso deve essere presentato entro trenta giorni dal momento in cui il lavoratore/datore di lavoro ha avuto piena conoscenza del giudizio del medico competente. Tale data è determinabile in modo certo se il medico competente ha comunicato il giudizio mediante consegna a mano del certificato facendosi rilasciare dall'interessato quietanza di ricevimento datata o, in alternativa, se ha provveduto mediante raccomandata con avviso di ricevimento. Qualora la quietanza fosse priva della data, si ritiene valida la data di ricevimento dichiarata dall'interessato. La decisione del ricorso può consistere nella conferma del giudizio espresso dal medico competente, nella sua modifica e può spingersi fino alla revoca del giudizio, da intendersi quale vera e propria riforma sostitutiva di esso (da idoneità ad inidoneità, e viceversa). La decisione del ricorso ha natura giuridica di provvedimento amministrativo giustiziale, pertanto è impugnabile entro 60 giorni con ricorso giurisdizionale dinanzi al T.A.R. ed entro 120 con ricorso amministrativo straordinario dinanzi al Presidente della Repubblica.



14. RISCHI STRESS LAVORO-CORRELATO

La valutazione dei rischi deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e salute dei lavoratori, ivi compresi quelli collegati allo stress lavoro correlato.

Lo stress da lavoro correlato è quella condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale, in cui si trovano taluni individui che non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o alle aspettative riposte in loro; non si tratta di una malattia ma di una situazione di prolungata tensione, che può ridurre l'efficienza sul lavoro e può determinare un cattivo stato di salute. Detto stress può potenzialmente colpire in qualunque luogo di lavoro o qualunque lavoratore, a prescindere dal campo di attività, dal tipo di contratto o di rapporto di lavoro. Le difficoltà connesse alla valutazione del rischio da stress occupazionale in sanità sono attribuibili alla complessità ed alla multifattorialità del rischio stesso, ed inoltre alla disomogeneità dei modelli valutativi per l'esperienza tuttora non consolidata nella loro applicazione.

La valutazione. La valutazione dello stress deve essere effettuata nel rispetto delle indicazioni della Commissione consultiva permanente per la salute e la sicurezza dei lavoratori. La valutazione si articola in due fasi: una necessaria (la valutazione preliminare); l'altra eventuale, da attivare nel caso in cui la valutazione preliminare riveli elementi di rischio da stress lavoro-correlato e le misure di correzione adottate a seguito della stessa, dal datore di lavoro, si rivelino inefficaci. La valutazione preliminare consiste nella rilevazione di indicatori oggettivi e verificabili, ove possibile numericamente apprezzabili, appartenenti quanto meno a tre distinte famiglie:

- 1) Eventi sentinella quali ad esempio: indici infortunistici; assenze per malattia; turnover; procedimenti e sanzioni e segnalazioni del medico competente; specifiche e frequenti lamentele formalizzate da parte dei lavoratori. I predetti eventi sono da valutarsi sulla base di parametri omogenei individuati internamente alla azienda (es. andamento nel tempo degli indici infortunistici rilevati in azienda).
- 2) Fattori di contenuto del lavoro quali ad esempio: ambiente di lavoro e attrezzature; carichi e ritmi di lavoro; orario di lavoro e turni; corrispondenza tra le competenze dei lavoratori e i requisiti professionali richiesti.
- 3) Fattori di contesto del lavoro quali ad esempio: ruolo nell'ambito dell'organizzazione, autonomia decisionale e controllo; conflitti interpersonali al lavoro; evoluzione e sviluppo di carriera; comunicazione (es. incertezza in ordine alle prestazioni richieste).

In questa prima fase possono essere utilizzate liste di controllo applicabili anche dai soggetti aziendali della prevenzione che consentano una valutazione oggettiva, complessiva e, quando possibile, parametrica dei fattori di cui ai punti I, II e III che precedono.

In relazione alla valutazione dei fattori di contesto e di contenuto di cui sopra (punti II e III dell'elenco) occorre sentire i lavoratori e/o i RLS/RLST. Nelle aziende di maggiori dimensioni è possibile sentire un campione rappresentativo di lavoratori. La scelta delle modalità tramite cui sentire i lavoratori è rimessa al datore di lavoro anche in relazione alla metodologia di valutazione adottata. Ove dalla valutazione preliminare non emergano elementi di rischio da stress lavoro-correlato tali da richiedere il ricorso ad azioni correttive, il datore di lavoro sarà unicamente tenuto a darne conto nel Documento di Valutazione del Rischio (DVR) e a prevedere un piano di monitoraggio.

Diversamente, nel caso in cui si rilevino elementi di rischio da stress lavoro-correlato tali da richiedere il ricorso ad azioni correttive, si procede alla pianificazione ed alla adozione degli opportuni interventi correttivi (ad esempio, interventi organizzativi, tecnici, procedurali, comunicativi, formativi, etc). Ove gli interventi correttivi risultino inefficaci, si procede, nei tempi che la stessa impresa definisce nella pianificazione degli interventi, alla fase di valutazione successiva (c.d. valutazione approfondita).

La valutazione approfondita prevede la valutazione della percezione soggettiva dei lavoratori, ad esempio attraverso differenti strumenti quali questionari, *focus group*, interviste semistrutturate, sulle famiglie di fattori/indicatori di cui all'elenco sopra riportato. Tale fase fa riferimento ovviamente ai gruppi omogenei di lavoratori rispetto ai quali sono state rilevate le problematiche. Nelle aziende di maggiori dimensioni è possibile che tale fase di indagine venga realizzata tramite un campione rappresentativo di lavoratori. Nelle imprese che occupano fino a 5 lavoratori, in luogo dei predetti strumenti di valutazione approfondita, il datore di lavoro può scegliere di utilizzare modalità di valutazione (es. riunioni) che garantiscano il coinvolgimento diretto dei lavoratori nella ricerca delle soluzioni e nella verifica della loro efficacia.

Partecipazione dei lavoratori. I lavoratori rappresentano degli "osservatori privilegiati" dell'organizzazione del lavoro in quanto ne sono parte e la vivono direttamente. D'altra parte i rischi collegati allo stress-correlato sono riconducibili a due ambiti interagenti tra loro:

- le potenzialità stressogene del lavoro
- le percezioni dei lavoratori rispetto alle proprie capacità di adattarsi alle condizioni di lavoro

Pertanto non vi è altro modo di valutare i fattori di contesto e di contenuto se non coinvolgendo i lavoratori. Affinché il coinvolgimento sia efficace è opportuno che vi sia un'adeguata informazione sulla natura del rischio, sugli effetti negativi prodotto sui singoli lavoratori e sull'organizzazione aziendale, e sulla metodologia scelta per la valutazione. La partecipazione dei lavoratori deve essere assicurata sia in fase preliminare che approfondita, seppure con modalità diverse. Per quanto attiene la fase preliminare, la compilazione delle check list osservative non può essere considerata attendibile senza il coinvolgimento dei lavoratori e degli RLS. In relazione alle fasi del processo valutativo si possono distinguere tre livelli di partecipazione:

- **consultazione degli RSL** nella fase di definizione del processo valutativo, in merito alla pianificazione della valutazione, scelta degli strumenti, individuazione dei gruppi omogenei/partizioni organizzative ecc.
- **consultazione dei lavoratori e degli RLS** nella fase preliminare con check list osservative, per quanto riguarda l'analisi dei fattori di contesto e di contenuto (come stabilito dalla Commissione consultiva). La modalità con cui vengono sentiti i lavoratori è scelta dal datore di lavoro, ma in ogni caso questi deve garantire che i lavoratori siano a conoscenza delle realtà esaminate, che siano rappresentativi del gruppo omogeneo di lavoratori cui è riferita la valutazione, che il loro parere venga sentito preventivamente in modo da poterne tenere conto per l'espressione dei giudizi in riferimento ai fattori di rischio di contenuto e di contesto e che rimanga traccia documentale della consultazione e delle osservazioni espresse

Nella fase di valutazione approfondita gli strumenti adottati (questionari, focus group, interviste semi strutturate) garantiscono di per sé la partecipazione dei lavoratori. L'individuazione dei gruppi omogenei spetta alla direzione in collaborazione con RSP, MC RLS\RLST. I criteri cui riferirsi sono ad esempio:

- divisione per attività (sedi, strutture, reparti)

- divisione per mansioni
- divisione per attività con esposizione a rischio noto
- divisione per tipologia contrattuale.

Il ruolo del RLS

Al momento della pianificazione della valutazione:

- deve essere consultato preventivamente nella individuazione del percorso e dei metodi valutativi
- contribuisce alla pianificazione della valutazione con particolare riguardo alla individuazione dei gruppi omogenei o delle partizioni organizzative

Nella fase di valutazione preliminare

- Contribuisce attivamente (come osservatore) alla valutazione attraverso check-list
- Raccoglie informazioni dai lavoratori sui fattori di contesto/contenuto (non la percezione soggettiva, ma il riscontro oggettivo degli elementi valutati dalla check-list)
- Partecipa alla individuazione delle soluzioni

Rispetto ai passaggi precedenti la sua partecipazione è garanzia della correttezza della valutazione.

Nella fase di valutazione approfondita

- Favorisce la partecipazione dei lavoratori
- Partecipa alla individuazione delle soluzioni

IL BURNOUT. Il termine burnout indica il lavoratore “bruciato”, “fuso” e descrive il quadro sintomatologico individuale conseguente a condizioni di stress occupazionale prolungato caratterizzato da progressivo ritiro dalla vita relazione organizzativa, distacco e disaffezione accompagnata da sviluppo di sindromi organiche e funzionali. Il fenomeno è stato per lungo tempo collegato quasi esclusivamente alle professioni di aiuto (Infermieri, OSS, Psicologi, Psichiatri ecc.), esposte alla relazione con utenti in condizioni disagiate. Studi più recenti hanno portato alla ridefinizione del burnout quale sindrome che può colpire il singolo in relazione ad ogni tipo di organizzazione del lavoro. Se si interviene per valutare il rischio stress da lavoro correlato, occupandosi delle condizioni organizzative del lavoro che lo favoriscono, si concorre alla prevenzione delle condizioni individuali di sviluppo della sindrome di burnout.

IL MOBBING. Il mobbing è una forma di molestia o violenza psicologica esercitata quasi sempre con intenzionalità lesiva, ripetuta in modo iterativo con modalità poliforme. Le molestie avvengono quando uno o più lavoratori o dirigenti sono ripetutamente e deliberatamente maltrattati, minacciati e/o umiliati in circostanze connesse al lavoro. La violenza interviene quando uno o più lavoratori o dirigenti sono aggrediti in circostanze connesse al lavoro. Molestie e violenza possono essere esercitate da uno o più lavoratori o dirigenti, allo scopo e con l'effetto di ferire la dignità della persona interessata, nuocere alla sua salute e/o creare un ambiente di lavoro ostile.

IL BOURNOUT E IL MOBBING NEL VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA STRESS CORRELATO. Per quanto riguarda il burnout, la valutazione dello stress lavoro-correlato comprende anche tale fenomeno in quanto esso rappresenta una forma particolarmente esasperata di stress da disfunzione organizzativa. Per quanto riguarda il mobbing, nell'accordo quadro europeo del 2004 si afferma esplicitamente che “...il presente accordo non concerne la violenza, le molestie e lo stress post – traumatico”, pur riconoscendo le molestie e la violenza come fattori di stress lavoro-correlato e rimandandone la regolamentazione ad uno specifico accordo.

Trattandosi di comportamenti individuali, volontari, illeciti e dolosi, il mobbing non può essere oggetto di valutazione del rischio in senso stretto. Tuttavia nel valutare il rischio da stress lavoro correlato si prendono in considerazione aspetti dell'organizzazione del lavoro (di contenuto o di contesto) che possono rappresentare elementi di attacco a una o più persone come atti vessatori, o che possono costituire un terreno favorevole. Allo stesso modo la presenza di casi di mobbing in azienda (istanze giudiziarie) va considerata come evento sentinella, indicatore di possibile stress lavoro-correlato. Individuare le disfunzioni organizzative è importante per la valutazione dello stress, ma non esaurisce l'azione di prevenzione e contrasto al fenomeno del mobbing, il quale presuppone una volontà lesiva da parte del mobber.

Il fatto che alla base del mobbing vi sia una precisa volontarietà lesiva e tale azione vessatoria venga condotta non sulla generalità dei lavoratori, ma in maniera mirata su singoli o su gruppi circoscritti, richiede la messa in atto di azioni preventive e di contrasto aggiuntive o comunque indipendenti rispetto a quelle dello stress lavoro-correlato (cfr. le indicazioni specifiche contenute nell'accordo europeo sui maltrattamenti e la violenza sul lavoro, del 8 novembre 2007).



15. LA SEGNALETICA DI SICUREZZA

La segnaletica di sicurezza e di salute sul luogo di lavoro viene definita come una segnaletica che, riferita ad un oggetto, ad una attività o ad una situazione determinata, fornisce o una prescrizione concernente la

sicurezza e la salute, e che utilizza, a seconda dei casi, un cartello, un colore, un segnale luminoso o acustico, una comunicazione verbale o un segnale gestuale. Si può intendere come un mezzo di prevenzione e protezione dei lavoratori da utilizzarsi in tutte quelle condizioni, metodo o sistemi di organizzazione del lavoro, o con mezzi tecnici di protezione collettiva. La segnaletica di sicurezza ha lo scopo di attirare in modo rapido, efficace e di facile interpretazione, l'attenzione del lavoratore e dell'utenza su situazioni o oggetti che possono essere causa di rischio sul luogo di lavoro, utilizzando cartelli (costituiti da combinazione di forme, colori e di pittogrammi), colori di sicurezza, segnali luminosi o acustici, segnalazioni verbali/gestuali.

Segnali temporanei. Per segnalare rischi di urto contro ostacoli o rischi di caduta (delle persone o di oggetti sulle persone) si usano strisce che alternano bande di colore bianco e rosso oppure giallo e nero.

Queste segnalazioni, frequenti intorno a cantieri e zone in cui si stanno effettuando lavori di manutenzione, non devono essere oltrepassate dai non addetti.

Segnali luminosi. Talora per indicare pericoli si usano segnali luminosi, di colore giallo o rosso; il codice dei colori e i simboli usati sono gli stessi dei segnali non luminosi. In questi segnali la luce intermittente indica un livello di pericolo maggiore rispetto a quella indicata dalla luce continua. Talvolta, insieme ai segnali luminosi si usano segnali acustici e questo avviene in particolare quando si hanno pericoli non percettibili con i nostri sensi.

Un esempio: sugli apparecchi radiografici l'erogazione dei raggi X è segnalata da una spia luminosa.

Segnaletica per gli utenti. In Ospedale ci sono molti altri cartelli indicatori: per esempio quelli bianchi posti nei viali dell'Ospedale, indicanti l'ubicazione dei reparti, quelli che informano sull'orario di visita dei parenti dei ricoverati, ecc. Questi cartelli, utili per gli utenti, non costituiscono segnali di sicurezza.

Colori di sicurezza

| Colore | Significato e scopo | Indicazioni e precisazioni |
|--------------------------------|---|--|
| Rosso | Segnali di divieto Pericolo allarme Materiali attrezzature antincendio | Pericolo e allarme Alt, arresto, dispositivi di interruzione d'emergenza, sgombero Identificazione Ubicazione |
| Giallo o Giallo arancio | Segnali di avvertimento | Attenzione. Cautela. Verifica |
| Azzurro | Segnali di prescrizione | Comportamento o azione specifica Obbligo di portare un mezzo di sicurezza personale |
| Verde | Segnali di salvataggio e soccorso Situazioni di sicurezza | Porte, uscite, percorsi, materiali, postazioni, locali Ritorno alla normalità |



16. GESTIONE DEI RIFIUTI IN SICUREZZA

Da un punto di vista giuridico, il soggetto la cui attività produce una sostanza/oggetto di cui ha necessità di disfarsi è identificabile come il produttore di un rifiuto e pertanto è responsabile della sua corretta gestione.

Ciascun operatore che lavora all'interno di una struttura sanitaria, durante lo svolgimento della professione, si trova quotidianamente nella condizione di produttore e pertanto ha una diretta partecipazione nella gestione dei rifiuti sanitari, che deve essere effettuata senza arrecare danno agli operatori e all'ambiente.

Le indicazioni riportate sono di tipo generale e devono necessariamente essere integrate con le procedure interne aziendali che definiscono nello specifico responsabilità, tipologia di imballaggi impiegati, modalità di gestione di tutte le tipologie di rifiuto, comprese le raccolte differenziate.

Non appena prodotto, il rifiuto deve essere indirizzato dall'operatore lungo il percorso più idoneo per la sua gestione in sicurezza: questa fase di gestione costituisce uno dei passaggi più delicati dell'intero processo: infatti, il conferimento di un rifiuto all'interno del contenitore non idoneo può comportare a una serie di conseguenze che possono avere implicazioni, nei casi più gravi, sulla salute dell'uomo (es. ago nel sacco nero, rischio di infortunio per gli operatori) e sull'ambiente (es. introduzione di termometri contenenti mercurio nei rifiuti a rischio infettivo destinati all'incenerimento, e conseguente dispersione del mercurio in atmosfera, oppure smaltimento di tubi al neon nel vetro o di pile nei rifiuti urbani con conseguente dispersione di metalli pesanti nell'ambiente). Proprio per questo motivo è fondamentale che l'operatore non prenda iniziative nel caso non sia chiaro il percorso di eliminazione di un rifiuto, ma possa fare riferimento a

procedure scritte oppure a referenti all'interno dell'organizzazione per individuare la corretta modalità di gestione. In questa fase è essenziale:

- conoscere le diverse tipologie di rifiuti raccolte all'interno dell'azienda e le rispettive modalità di gestione, mantenere quindi la separazione dei rifiuti per tipologie omogenee
- evitare il mescolamento di sostanze o preparati aventi natura chimica diversa (es. aldeidi e peracidi) e/o classificazione di pericolo diversa (es. tossici e comburenti), per evitare reazioni chimiche incontrollate
- segnalare ai referenti ogni problema connesso alle operazioni di conferimento e allontanamento dei rifiuti, tali da poter creare pericolo per la sicurezza delle persone e dell'ambiente
- non aggiungere sostanze in un recipiente di cui non si possa risalire al contenuto, così come lasciare o mantenere in uso contenitori non contrassegnati
- assicurarsi di conoscere tutte le proprietà e le compatibilità delle sostanze chimiche utilizzate in modo da prevedere il tipo di rifiuto che sarà prodotto e le modalità permesse di raccolta e miscelazione del medesimo
- utilizzare contenitori per i rifiuti che riportino un'etichetta per individuare chiaramente il contenuto. ogni contenitore deve essere provvisto di etichettatura compilata e debitamente nelle parti di interesse (esempio: reparto, data di chiusura, composizione, caratteristiche di pericolo e codice CER).
- la miscelazione di rifiuti pericolosi e non pericolosi: ad esempio questa situazione si verifica quando un rifiuto a rischio infettivo viene erroneamente inserito nel sacco nero;
- l'abbandono e il deposito incontrollati di rifiuti: ad esempio questa situazione si verifica quando nella struttura sanitaria non è stata opportunamente attrezzata un'area di deposito temporaneo e i contenitori dei rifiuti giacciono accumulati in aree non idonee e accessibili a persone non autorizzate; l'immissione di rifiuti di qualsiasi genere, allo stato solido o liquido, nelle acque superficiali e sotterranee: ad esempio questa situazione può verificarsi a seguito di una perdita di rifiuti liquidi da una cisterna interrata adibita alla loro raccolta.



17. INFORTUNI SUL LAVORO

Tutti i datori di lavoro sono obbligati ad assicurare contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali tutti i lavoratori che si trovano nelle condizioni previste dall'art. 1 del DPR 1124/1965, comprese le collaborazioni coordinate e continuative. L'assicurazione viene fatta all'INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul lavoro) il cui scopo istituzionale è quello di esercitare, per conto dello Stato, l'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. La tutela assicurativa garantita dall'INAIL in conseguenza degli infortuni, è estesa a tutti gli eventi cagionati anche, in parte o in tutto, dall'imprudenza o imperizia del lavoratore, salvo tutti quei casi in cui il medesimo si esponga a rischi del tutto gratuiti, estranei e contrari alle modalità di lavoro. Si considera infortunio sul lavoro l'evento occorso al lavoratore per causa violenta in occasione di lavoro e da cui sia derivata una inabilità temporanea che comporti l'astensione dal lavoro per più di tre giorni, una inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, la morte. Obbligo di assicurare i lavoratori contro gli infortuni e le malattie professionali sussiste quando:

- è svolta una attività manuale
- vi è la presenza di personale subordinato
- la presenza negli ambienti di lavoro di macchinari, apparecchi o impianti a causa dei quali di determina una
- situazione di rischio diretta per coloro che sono addetti al loro funzionamento, ma che si estende anche ai soggetti che operano negli stessi ambienti.

Nel corso degli anni, tuttavia, si è affermata una tendenza giurisprudenziale volta all'ampliamento della tutela, al punto che ben poche attività restano escluse.

Obblighi dei lavoratori. Il lavoratore è obbligato a dare immediata informazione di qualsiasi infortunio gli accada, anche se di lieve entità, al proprio datore di lavoro (anche al Dirigente e al Preposto. Si veda in proposito Igiene e sicurezza sul lavoro). Il lavoratore che non adempie a tale obbligo può perdere il diritto all'indennità economica temporanea per i giorni antecedenti a quello in cui il datore di lavoro ne ha avuto conoscenza. Il lavoratore deve far pervenire al datore di lavoro i certificati medici attestanti l'inizio, la continuazione e la guarigione dell'infortunio. Il lavoratore assente per infortunio non è obbligato al rispetto delle fasce orarie di reperibilità previste in caso di assenza per malattia.

Obblighi del datore di lavoro. Il datore di lavoro deve dare comunicazione all'INAIL dell'infortunio entro due giorni da quando ne è venuto a conoscenza mediante il ricevimento del certificato medico. I due giorni si contano a partire dal quarto giorno di infortunio qualora, inizialmente, l'inabilità sia stata giudicata guaribile entro 3 giorni. Nel caso di infortunio che abbia cagionato la morte del lavoratore, ovvero quando sia prevedibile l'esito mortale dell'infortunio, il datore di lavoro deve darne comunicazione telegrafica entro ventiquattro ore dall'evento. Il datore di lavoro che non ottempera all'obbligo di denuncia è tenuto al pagamento di una sanzione pecuniaria. Va precisato che il dipendente può essere oggetto di sanzione disciplinare anche grave (licenziamento) nel caso in cui l'omissione di denuncia sia riconducibile ad una sua negligenza nell'espletamento della mansione/attività a lui medesimo attribuita dal datore di lavoro stesso o da un superiore gerarchico. Inoltre, nei casi in cui l'infortunio dipenda da negligenza del datore di lavoro (o del personale direttivo dal medesimo preposto all'applicazione delle norme di sicurezza), esso risponderà penalmente.

Infortunio in Itinere. L'infortunio in itinere è quell'evento accidentale che può avvenire mentre il lavoratore si reca o torna dal lavoro. Dal 1° gennaio 2000 opera a livello generale la disciplina dell'assicurazione contro gli infortuni in itinere. In base all'art. 2 del D.Lgs 38/2000, l'infortunio itinere è riconosciuto:

- durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro;
- durante il normale percorso che collega due luoghi di lavoro se il dipendente ha più rapporti di lavoro;
- durante il normale percorso andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione dei pasti

Non viene riconosciuto:

- in caso di interruzione o deviazione del tutto indipendente dal lavoro o comunque non necessitata;
- qualora l'infortunio sia dovuto all'abuso di alcol, psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- in caso di guida senza patente

Registro infortuni. La tenuta del registro infortuni e deve essere conservato nel luogo di lavoro per almeno quattro anni dall'ultima registrazione o, se non usato dalla sua ultima data della vidimazione.

Contenuto e compilazione del registro. Nel registro devono essere annotati cronologicamente gli infortuni occorsi ai lavoratori dipendenti che comportino inabilità con assenza dal lavoro di almeno un giorno escluso quello dell'evento. Il registro è articolato in 11 colonne in cui devono essere rispettivamente indicati:

- Il numero d'ordine dell'infortunio
- La data di infortunio
- La data di ripresa del lavoro
- Il cognome e nome dell'infortunato
- Età
- Il reparto e qualifica professionale
- La descrizione della causa e delle circostanze dell'infortunio
- La natura e sede della lesione
- Le conseguenze dell'infortunio
- I giorni di assenza per inabilità temporanea
- La percentuale di invalidità permanente.

Il RLS può richiedere e ricevere copia del registro infortuni, ma potrà accedervi solo per verificare l'andamento dei dati infortunistici dei lavoratori.



18. MALATTIA PROFESSIONALE

Per malattia professionale si intende una patologia che si sviluppa a causa della presenza di lavori, materiali o fattori nocivi nell'ambiente in cui si svolge l'attività lavorativa. Sono riconosciute come malattie professionali tutte quelle ricomprese nelle tabelle di legge appositamente create e altre non elencate nel caso in cui il lavoratore dimostri l'origine lavorativa della malattia professionale da cui è affetto, così è stato dimostrato da numerosa giurisprudenza. Infatti si è affetti da malattia professionale quando la diagnosi medica accerti un nesso causale tra malattia e condizione lavorativa.

La malattia è riconosciuta e indennizzabile a condizione che:

- sia contratta nell'esercizio delle attività assicurate
- sia determinata dalla cosiddetta "causa lenta": la malattia professionale è, infatti, la conseguenza di una graduale, lenta e progressiva azione lesiva dell'organismo del lavoratore, diversamente dall'infortunio sul lavoro che si caratterizza per una lesione determinata da una causa violenta

- esista un rapporto causale diretto con l'attività lavorativa

Decorrenza. Al fine di ottenere l'indennizzo la decorrenza della malattia coincide:

- se la malattia è determinata da completa astensione dal lavoro, con il primo giorno di astensione
- qualora la malattia non determini l'inabilità temporanea assoluta dal lavoro, con il giorno in cui è stata denunciata all'INAIL

Adempimenti. Dal momento in cui è stato informato dal lavoratore della malattia professionale, il datore di lavoro deve inviare la relativa denuncia all'Inail entro 5 giorni, mentre il datore di lavoro dal momento della notizia ha 2 giorni di tempo per inviare la denuncia all'Inail; se si tratta di infortunio mortale o per il quale esiste pericolo di morte, la denuncia da parte del datore di lavoro all'ente assicurativo deve essere fatta entro le 24 ore dall'accadimento.

Danno biologico. Per danno biologico si intende la perdita dell'integrità psicofisica del lavoratore o della lavoratrice. Previsto dal decreto legislativo n. 38/2000, il suo inserimento nel sistema di tutela in Italia ha comportato una sostanziale modifica delle prestazioni erogate dall'Inail, che prima di allora venivano calcolate considerando la sola perdita della capacità lavorativa.

Il danno biologico, infatti, presuppone un concetto più esteso della salute perché comprende non soltanto le menomazioni fisiche, ma anche quelle psichiche e relazionali.

In base all'art. 13 del dlgs n.38/2000, al lavoratore o alla lavoratrice che riportano un danno permanente di origine professionale viene riconosciuta una nuova prestazione economica: l'indennizzo in capitale, che si aggiunge alla rendita già prevista dalla vecchia normativa.



19. LAVORO NOTTURNO

In base all. art. 1, comma 2, lettera e del D. Lgs. 66/2003 si considerano lavoratori notturni tutti coloro che svolgono la propria attività lavorativa anche in orario notturno così come definito dalle disposizioni dei singoli contratti collettivi nazionali di lavoro, a prescindere dal numero di turni notturni realmente effettuati nell'anno. In difetto di disciplina collettiva è considerato lavoratore notturno qualsiasi lavoratore che svolga lavoro notturno per un minimo di ottanta giorni lavorativi all'anno. Nel caso del personale sanitario del SSN la disciplina collettiva non manca e prevede il lavoro notturno.

La valutazione del rischio da lavoro notturno si basa su: numero di notti effettuate, schema dei turni adottato, criteri per la gestione delle situazioni di emergenza e di carenza di organico, coesistenza di altri fattori di rischio (agenti chimici, stress, ecc.) 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. Il lavoro notturno rappresenta un potenziale fattore di rischio, alcuni studi hanno evidenziato che l'organismo umano è più sensibile nei periodi notturni ai fattori nocivi dell'ambiente, nonché a determinate forme di organizzazione del lavoro particolarmente intense, e che lunghi periodi di lavoro notturno sono dannosi per la sicurezza e la salute, tale da sconsigliare una programmazione dei turni di lavoro che preveda una lunga e ripetuta presenza nelle ore notturne.

Soggetti esonerati. Non sono inoltre obbligati a prestazioni di lavoro notturno: la madre o il padre di un figlio di età inferiore a 3 anni, l'unico genitore affidatario di un figlio convivente di età inferiore a 12 anni, il lavoratore che abbia a proprio carico un soggetto disabile ai sensi della L. 104/92.

Valutazione e idoneità. La valutazione dello stato di salute dei lavoratori notturni deve avvenire almeno ogni due anni per il tramite del medico competente attraverso controlli periodici volti a verificare l'assenza di controindicazioni al lavoro notturno (D. L.vo 19 luglio 2004, n. 213). Nel formulare il giudizio di idoneità è opportuno che il medico competente consideri attentamente varie condizioni tra cui: età maggiore di 50 anni, particolari terapie farmacologiche correlate ai ritmi circadiani o che interferiscono col sonno, etilismo, malattia diabetica, gravi disturbi visivi, affezioni respiratorie croniche, disturbi del sonno non adeguatamente trattati, malattie cardiovascolari quali cardiopatia ischemica e alterazioni del ritmo, gravi malattie neuropsichiatriche, epilessia, gravi affezioni tiroidee, insufficienza renale cronica, neoplasie maligne in fase di trattamento.

Questionari validati possono essere usati per la quantificazione del grado di sonnolenza/vigilanza. Il giudizio di idoneità può essere graduato in base alla patologia riscontrata per i lavoratori che effettuano un numero consistente di turni notturni (indicativamente 80 turni /anno) prevedendo anche una limitazione al numero massimo dei turni notturni su base settimanale/mensile. Qualora sopraggiungessero condizioni di salute che comportino non idoneità al lavoro notturno, il lavoratore verrà assegnato a turni diurni, ove possibile. Per limitare i danni legati a questa tipologia di lavoro L'Eurispes ha stilato un breve vademecum comportamentale:

- cercare di lavorare durante la notte in ambienti bene illuminati;
- dormire durante il giorno ricreando il più possibile la condizione di buio;

- mantenere un lungo periodo di sonno, eventualmente seguito da un breve riposo evitando di dormire a intervalli;
- alimentarsi durante il lavoro notturno non con semplici spuntini, ma con un pasto (ricordando che però pasti abbondanti e ricchi di carboidrati inducono facilmente la sonnolenza);
- evitare l'abuso di caffeina e alcool durante la notte e di sonniferi durante il giorno.

Lavoro a turni. La ricerca scientifica si incarica di dimostrare come il lavoro a turni de sincronizza i lavoratori rispetto ai ritmi generali della loro vita. Vengono coinvolti i ritmi biologici del corpo in relazione al giorno e alla notte, alla mattina e alla sera, e i ritmi sociali e della famiglia. Lavorare al di fuori degli orari standard potrebbe provocare, soprattutto nel lungo periodo a:

- disturbi digestivi
- problemi cardiovascolari
- disturbi del sonno
- ansia e depressione
- eccesso di fatica fisica e mentale
- incremento degli infortuni sul lavoro
- incidenti stradali (casa lavoro e viceversa)

Modelli di turno. Esistono molti possibili modelli di turno: 12 ore –turno esteso; 3 ore per 8 ore –turno spezzato -; rotazione del turno in avanti ecc. Molto si discute sulle caratteristiche dei turni, ad esempio se sia meglio un turno di dodici ore o di otto ore, o un turno fisso rispetto a quello a rotazione.

E', tuttavia, possibile assumere alcuni accorgimenti che, al di la del turno prescelto ovvero imposto, riducono l'impatto negativo del lavoro a turni. Fra questi vanno considerati:

- Ridurre o diluire il più possibile il lavoro notturno e adottare schemi di rotazione rapida, al fine di limitare al massimo il numero delle notti consecutive, in modo da interferire il meno possibile sui ritmi circardiaci e sul sonno
- Preferire la rotazione dei turni in "ritardo di fase" (mattino/pomeriggio/notte), dal momento che essa asseconda il naturale periodismo dei ritmi biologici circardiaci
- Interporre almeno 11 ore di intervallo tra un turno e l'altro, onde consentire un maggior recupero del deficit di sonno e della fatica
- Non iniziare troppo presto il turno del mattino
- Regolare la lunghezza del turno



20. RAPPORTI CON GLI UTENTI E IL PUBBLICO

Utenti, pubblico e degenti possono rappresentare un fattore di rischio per le lavoratrici e i lavoratori, oltre che per i rischi specifici connessi alla mansione svolta. In particolari servizi e reparti, inoltre, si può incorrere nel rischio con persone violente o problematiche. Nel caso in cui per lo svolgimento della propria attività lavorativa sia potenzialmente presente un rischio da aggressione, è opportuno assumere alcune accorgimenti:

- Evitare ogni oggetto o arredo superfluo che possa costituire fonte di ingombro o essere usato come contundente; sostituire tutti gli oggetti pericolosi con altri non pericolosi fatto salve le necessità cliniche, tenendo tutto ciò che non è utilizzato sotto chiave
- Predisporre un'adeguata illuminazione e visibilità di tutte le aree
- Informazioni sui degenti con precedenti di violenza
- Formazione mirata a riconoscere i segnali precoci di aggressività delle persone e controllare le proprie reazioni emotive e da stress, imparare strategie per gestire situazioni precarie e violente
- Adottare vetri antisfondamento nei locali dell'azienda dove operano i lavoratori a rischio alto

Nelle accettazioni e negli ambulatori si può incorrere al rischio di furto e di rapina per la presenza di denaro, le misure preventive minime possono essere:

- Limitare la quantità di denaro in cassa e contenitori ad apertura ritardata
- Illuminazione adeguata
- Eliminazione dalle aree di oggetti potenzialmente utilizzabili come strumenti di aggressione
- Installare sistemi di allarme
- Formazione sui comportamenti da tenere in caso di rapina e di furto
- Utilizzare ditte specializzate per il trasporto di denaro



21. IMPRESE ESTERNE

Imprese con contratti d'appalto e contratti d'opera. Sono molteplici le ragioni per le quali si può presentare ricorso ad imprese esterne: per attività periferiche dell'impresa (manutenzione, pulizia, vigilanza, trasporto, ecc.) per far fronte a punte di attività in occasioni di operazioni di rinnovo o di sistemazione dei locali. L'intervento di queste imprese presenta delle caratteristiche particolari, in materia di rischi professionali, legati alla:

- non conoscenza dei locali, dell'ambiente, delle attività delle imprese, ecc...
- interferenza di attività, materiali, impianti
- mancanza di preparazione a causa dei tempi di intervento molto ravvicinati

S'impongono quindi delle misure di prevenzione per ridurre questi rischi specifici, anche con una concertazione preventiva allo svolgimento dei lavori. I datori di lavoro delle ditte devono pertanto cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione dai rischi sul lavoro incidenti sull'attività lavorativa oggetto dell'appalto e coordinare gli interventi di protezione e prevenzione dai rischi cui sono esposti i lavoratori, informandosi reciprocamente anche al fine di eliminare rischi dovuti alle interferenze tra i lavori delle diverse imprese coinvolte nell'esecuzione dell'opera complessiva.

È necessario:

- conoscere i modi operativi di ciascuna delle imprese
- informare l'impresa appaltatrice e i lavoratori impegnati nella prestazione, sugli eventuali rischi legati alle attività presenti sul luogo di lavoro, sulle misure preventive da porre in atto e sulle attrezzature da utilizzare
- cooperare nella valutazione dei rischi legati all'interferenza dell'attività
- coordinare le misure di prevenzione dei rischi generici o specifici connesse all'attività delle imprese
- informare i lavoratori dei pericoli specifici dei lavori da eseguire.



22. PERSONALE NON DIPENDENTE

Oltre al personale dipendente negli ospedali e nelle aziende sanitarie è presente anche altro personale non dipendente che a vario titolo svolge un'attività in modo più o meno continuativo (es. volontari, borsisti, lavoratori somministrati, liberi professionisti, studenti, tirocinanti, ecc.) Il D.Lgs. 81/2008 definisce come lavoratore la persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione. Al lavoratore così definito è equiparato: il socio lavoratore di cooperativa o di società, anche di fatto, il soggetto beneficiario delle iniziative di tirocini formativi e di orientamento; l'allievo degli istituti di istruzione ed universitari e il partecipante ai corsi di formazione professionale nei quali si faccia uso di laboratori, attrezzature di lavoro in genere, agenti chimici, fisici e biologici, ivi comprese le apparecchiature fornite di videoterminali limitatamente ai periodi in cui l'allievo sia effettivamente applicato alla strumentazioni o ai laboratori in questione; i volontari del Corpo nazionale dei vigili del fuoco e della protezione civile; il volontario che effettua il servizio civile.

Pertanto, sulla base delle indicazioni sopra esposte, tale personale, ai fini della sicurezza sui luoghi di lavoro deve fare riferimento al proprio Tutor o al Responsabile del Servizio e attenersi ai regolamenti del servizio e aziendali.

23. ESEMPI Fattori di rischio per la salute

(O.M.S = organizzazione mondiale della sanità. D = Donne. U = Uomini)

Esempio di Rischio Biologico

| Fattori di rischio (O.M.S) | Effetti negativi sulla salute | Altri effetti | Cause degli effetti negativi sulla salute di genere |
|--|-----------------------------------|---|---|
| A trasmissione attraverso liquidi biologici (virus epatiti, agenti | Aborto spontaneo Malformazioni | Difficoltà/impossibilità ad effettuare terapie in | Maternità D Apparato genitale |

| | | | |
|--|--|---|--|
| responsabili diarree) Da contatto con cute effetti letterici A trasmissione per via aerea dal paziente (tbc) da goccioline di acqua (legionella) | Basso peso alla crescita Infezioni specifiche interessanti vari organi compresi quelli genitali | gravidanza e durante l'allattamento al seno Iperattività alle terapie utilizzate -Iperattività alle terapie utilizzate | Possibile diversa reattività (maggiore o minore incidenza) dell'organismo agli agenti infettivi D/U |
|--|--|---|--|

Esempio di Rischio Chimico

| Fattori di rischio (O.M.S) | Effetti negativi sulla salute | Altri effetti | Cause degli effetti negativi sulla salute di genere |
|---|--|---|--|
| Prodotti per le pulizie – disinfettanti | Aborto spontaneo, malformazione del feto, basso peso alla nascita Possibili ustioni da sostanze causticanti | Fenomeni irritativi o allergie alla cute o alle vie respiratorie (dermatiti, asma, schok, congiuntiviti, iperattività bronchiale) | Per uso ripetuto o sinergico di agenti chimici (casa e al lavoro) D |

Esempio di rischio movimentazione manuale dei carichi

| Fattori di rischio (O.M.S) | Effetti negativi sulla salute | Altri effetti | Cause degli effetti negativi sulla salute di genere |
|--|--|--|--|
| Carichi di lavoro fisico Sforzo fisico Stazione eretta protratta Movimenti ripetuti | Stiramenti muscolari o tendinei Ernie discali Aborto spontaneo Malformazioni Basso peso alla nascita | Insufficienza venosa ed edemi agli arti inferiori Possibile maggiore incidenza di trombosi venose | Minore forza fisica D Eccessivo carico per maggiore forza fisica U Per maggiore vulnerabilità (differenze anatomiche e metaboliche) D Predisposizione per tunnel carpale Maternità D |

Esempio di Rischio Lavoro Notturno

| Fattori di rischio (O.M.S) | Effetti negativi sulla salute | Altri effetti | Cause degli effetti negativi sulla salute di genere |
|------------------------------|---|---|--|
| Alterazione cicli circadiani | Aumento dello stress psico fisico Diminuzione dell'attenzione Emicranie cefalee Alterazioni del ciclo mestruale Malattie psicosomatiche gastrointestinali o cardiovascolari Disturbi alimentari Ansia e depressione | Maggiore incidenza infortuni Effetti negativi sulla vita e relazione sociale | Sovraccarico di responsabilità D/U Superaffaticamento per carico di lavoro familiare e riduzione delle ore di sonno D |

Esempio di Rischio per la persona

| Fattori di rischio (O.M.S) | Effetti negativi sulla salute | Altri effetti | Cause degli effetti negativi sulla salute di genere |
|---|--|---------------|--|
| Carico di lavoro fisico Carico di lavoro mentale Lavoro in stanza da soli Molestie fisiche e verbali Ripetitività delle mansioni Rigidità nella gestione degli orari | Effetti negativi dello stress cronico (prevalgono nelle donne) Emicranie cefalee (prevalgono nelle donne) | | Minore forza fisica D Maggiore vulnerabilità per elevato coinvolgimento emotivo D Svalutazione del ruolo lavorativo svolto dalle Donne Richiesta prestazioni sessuali D Perdita autostima D Approccio eccessivamente confidenziale da stereotipo D |

Esempio di Rischio ambientale

| Fattori di rischio (O.M.S) | Effetti negativi sulla salute | Altri effetti | Cause degli effetti negativi sulla salute di genere |
|---|---|---------------|--|
| Microclima sfavorevole es. temperature elevate Rumore Aree di transito e spazi ristretti, possibilità di urti, scivolamenti, difficoltà di utilizzo ausili meccanici per movimentare i pazienti Scale o magazzini in spazi ristretti | Temperature elevate e ortostatismo favoriscono edemi agli arti inferiori, pressione arteriosa bassa e palpitazioni Affaticamento fisico Danni alla sfera riproduttiva | | Maggiore propensione per andare incontro a deficit venosi agli arti inferiori e a danni da sforzo fisico e movimenti scorretti D Varicocele U Peculiarità nella funzione riproduttiva D |

Esempio di Rischio da ufficio

| Fattori di rischio (O.M.S) | Effetti negativi sulla salute | Altri effetti | Cause degli effetti negativi sulla salute di |
|----------------------------|-------------------------------|---------------|--|
| | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | | | genere |
| Relazionale alla reception Aggressioni verbali Videoterminale Posture da lavoro fisse protratte nel tempo Responsabilità non riconosciute Scarsa possibilità di carriera | Stress mentale cronico Affaticamento fisico Cefalee Contratture muscolari croniche al rachide e mialgie Sindrome del tunnel carpale | | Maggiore risentimento della colonna cervicale D Più frequente risentimento lombare U |

24. ESEMPI Fattori di rischio per la Sicurezza

Esempio Rischio tecnico

| Fattori di rischio (O.M.S) | Effetti negativi sulla salute | Altri effetti | Cause degli effetti negativi sulla salute di genere |
|---|-------------------------------|---------------|--|
| Uso improprio di macchinari per la pulizia, Stiramenti, Distorsioni, Traumi Scarsa formazione, difficoltà nell'apprendimento della lingua possono aggravare i rischi | | | L'approccio e gli eventi possono avere dinamiche diverse tra uomini e donne ad es. per stereotipi verso la strumentazione tecnica D Per provenienza da paesi terzi D/U Bassa scolarizzazione |

Esempio Rischio Chimico

| Fattori di rischio (O.M.S) | Effetti negativi sulla salute | Altri effetti | Cause degli effetti negativi sulla salute di genere |
|--|---|---------------|---|
| Stravasato di basi forti (Soda) Incendi da alcool Incauto utilizzo con dispersione massiva di sostanze irritanti o allergizzanti per le vie respiratorie | Ustione chimica Ustione da calore Sindrome irritativa o ostruttiva acuta delle vie respiratorie | | |



25. LA TUTELA DELLE LAVORATRICI MADRI

Il decreto legislativo 81/2008 innova profondamente l'approccio alla valutazione dei rischi legati alle differenze di genere. La valutazione deve riguardare tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori, ivi compresi i rischi da stress da lavoro correlato, e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza e quelli connessi:

- alle differenze di genere
- età
- alla provenienza dei paesi
- alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro.

Le lavoratrici durante il periodo di gravidanza e fino a sette mesi di età del figlio sono soggette a particolare tutela della loro salute e sicurezza, in base a quanto stabilito dal decreto legislativo 26/03/2001 n. 151: "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità". Tale decreto prescrive le misure per la tutela della sicurezza e della salute delle lavoratrici, che hanno informato il datore di lavoro del proprio stato conformemente alle disposizioni vigenti

Le misure di tutela si applicano anche alle lavoratrici che hanno ricevuto bambini in adozione o in affidamento, fino al compimento dei sette mesi di età degli stessi.

La tutela si esplica con le seguenti modalità:

a) Le lavoratrici durante il periodo di gravidanza e fino a sette mesi di età del figlio non possono essere adibite al trasporto e sollevamento di pesi né a lavori faticosi, pericolosi ed insalubri; tali lavori sono quelli riportati nell'allegato A del decreto legislativo 151/2001, integrati con quelli che comportano il rischio di esposizione agli agenti ed alle condizioni di lavoro indicati nell'allegato B del medesimo decreto. Inoltre non possono essere adibite al lavoro notturno (dalle ore 24.00 alle ore 6.00), dall'accertamento dello stato di gravidanza fino al compimento di un anno di età del bambino. Le lavoratrici devono essere addette ad altre mansioni per il periodo per il quale è previsto il divieto.

b) Fatto salvo quanto indicato alla precedente lettera a), nell'ambito della valutazione effettuata ai sensi dell'articolo 17, comma 1 lettera a, del decreto legislativo 81/08, devono essere valutati anche i rischi per la

sicurezza e la salute delle lavoratrici e in particolare i rischi di esposizione ad agenti fisici, chimici o biologici, a processi o condizioni di lavoro, di cui all'allegato C del decreto legislativo 151/2001, individuando le misure di prevenzione e protezione da adottare. Se tale valutazione evidenzia un rischio per la sicurezza e la salute delle lavoratrici, devono essere adottate le misure necessarie affinché l'esposizione al rischio delle lavoratrici sia evitata, modificandone temporaneamente le condizioni o l'orario di lavoro. Qualora la modifica delle condizioni o dell'orario di lavoro non sia possibile per motivi organizzativi o produttivi, la lavoratrice deve essere adibita ad altre mansioni, che ovviamente non devono esporre a rischi per la sicurezza e la salute; tale fatto deve essere comunicato al servizio ispettivo del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale – Direzione Provinciale del Lavoro, competente per territorio (ex Ispettorato Provinciale del Lavoro).

c) E' previsto che la lavoratrice sia spostata ad altre mansioni anche nel caso in cui i servizi ispettivi del Ministero del lavoro, d'ufficio o su istanza della lavoratrice, accertino che le condizioni di lavoro o ambientali siano pregiudizievoli alla salute della donna.

d) Se non è possibile adottare le misure indicate in precedenza, il servizio ispettivo del Ministero del lavoro competente per territorio può disporre l'interdizione dal lavoro delle lavoratrici in stato di gravidanza.

Procedura per le lavoratrici in gravidanza

→ La lavoratrice, non appena accertato lo stato di gravidanza, deve informare il Direttore/ Responsabile e il coordinatore e/o referente della Struttura cui è assegnata.

→ Il personale sanitario del comparto deve informare anche la Direzione infermieristica, tecnica e riabilitativa aziendale (D.I.T.R.A.).

→ Lo stato di gravidanza deve essere documentato tramite certificato del ginecologo, da consegnare al Direttore/Responsabile o al coordinatore e/o referente della Struttura.

→ Il Direttore/Responsabile della Struttura cui è assegnata la lavoratrice, dopo avere effettuato la valutazione dei compiti assegnati alla stessa, comunicherà per iscritto alla lavoratrice le misure di tutela necessarie.

→ Qualora il Direttore/Responsabile ravvisi, nelle mansioni assegnate, compiti lavorativi incompatibili con lo stato di gravidanza, la lavoratrice dovrà attenersi alle disposizioni che prevedono l'eliminazione di tali compiti.

→ Se necessario per la tutela propria e del nascituro, alla lavoratrice potranno essere assegnate altre mansioni nell'ambito della Struttura di appartenenza o in un'altra Struttura.

→ Per alcuni rischi specifici, l'interdizione è prevista anche per il periodo di allattamento al seno e comunque fino a 7 mesi dopo la nascita del bambino; pertanto anche in questo periodo occorrerà astenersi dai compiti che, a giudizio del Direttore/Responsabile, possano costituire un rischio.

→ Alle lavoratrici che hanno ricevuto bambini in adozione o in affidamento di età inferiore a 7 mesi si applicano le misure di tutela previste per il periodo dopo il parto, fino al compimento del settimo mese di età del bambino.

→ Se per motivi organizzativi e/o ambientali dovesse risultare impossibile un'ideale collocazione lavorativa, l'Azienda inoltrerà istanza al servizio ispettivo del Ministero del Lavoro per l'interdizione dal lavoro, corredata dall'attestazione dell'impossibilità di idonea collocazione lavorativa.

→ La lavoratrice può inoltrare istanza al servizio ispettivo del Ministero del Lavoro, per chiedere lo spostamento ad altre mansioni o l'astensione dal lavoro anche:

- quando ritenga che le condizioni di lavoro o ambientali siano pregiudizievoli alla sua salute;
- nel caso di gravi complicanze della gravidanza o di preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza.

In caso di interruzione per qualsiasi motivo della gravidanza, la lavoratrice dovrà darne tempestiva comunicazione, anche verbale:

- al Direttore/Responsabile, al coordinatore e/o referente della Struttura cui è assegnata
- alla S.C. Gestione, formazione e sviluppo delle risorse umane
- alla Direzione infermieristica, tecnica e riabilitativa aziendale

Procedura per la tutela delle lavoratrici in gravidanza e fino a 7 mesi di età del figlio

La procedura deve essere applicata dal Responsabile di Struttura, Servizio, Ufficio, o, in caso di assenza del titolare, dal suo sostituto. Il Responsabile, non appena abbia avuto notizia, sotto qualsiasi forma, dello stato di gravidanza, deve immediatamente mettere la lavoratrice in condizioni di tutela (allontanandola dai compiti lavorativi incompatibili) e contestualmente attivare quanto previsto dalla procedura .

Nella tabella sono elencati i principali compiti lavorativi incompatibili, che devono essere integrati con quelli riportati nel documento di valutazione dei rischi. Nessuno dei compiti/attività indicati può essere svolto dalle lavoratrici in questione.

| Il compito lavorativo comporta | Azioni da intraprendere | Periodo di tutela |
|--|--|--|
| Esposizione a radiazioni ionizzanti | Eliminare i compiti in "zone classificate" (zona controllata e zona sorvegliata) | Gravidanza e fino a sette mesi di età del figlio |

| | | |
|--|--|--|
| | Eliminare i compiti lavorativi che potrebbero esporre il nascituro ad una dose superiore a un <u>millisivert</u> durante la gravidanza | Per attività comportanti un potenziale rischio di contaminazione: periodo di allattamento al seno |
| Esposizione a radiazioni non ionizzanti: laser di classe 3b o 4 risonanza magnetica | Eliminare il compito lavorativo che richiede la presenza nei locali durante l'uso del laser Eliminare il compito lavorativo che comporta esposizione | Gravidanza e fino a sette mesi di età del figlio Gravidanza, periodo di allattamento al seno e comunque fino a sette mesi di età del figlio |
| Rischio biologico/infettivo (per contatto con liquidi biologici o per via aerea, comprese le malattie esantematiche infantili) | Eliminare il compito lavorativo che comporta potenziale esposizione Vedi nota 1 | Per toxoplasma e virus della rosalia: lavoratrici in gravidanza (a meno che sussista la prova che la lavoratrice è sufficientemente protetta contro questi agenti dal suo stato di immunizzazione) |
| Utilizzo di sostanze o preparati etichettati come pericolosi e in particolare: -tossici o molto tossici -corrosivi -esplosivi -estremamente infiammabili -nocivi -irritanti | Eliminare il compito lavorativo che comporta rischio di esposizione, manipolazione di tali prodotti e dei loro contenitori | Gravidanza, periodo di allattamento al seno e comunque fino a sette mesi di età del figlio |
| Esposizione a gas anestetici | Eliminare il compito che comporta esposizione | Gravidanza, periodo di allattamento al seno e comunque fino a sette mesi di età del figlio |
| Preparazione di farmaci | Eliminare il compito che comporta esposizione | Gravidanza e fino a sette mesi di età del figlio |
| Preparazione e/o somministrazione di farmaci antitumorali, medicinali antimiotici o a base di mercurio o dei suoi derivati | Eliminare il compito operativo | Gravidanza, periodo di allattamento al seno e comunque fino a sette mesi di età del figlio |
| Rischio traumi (pazienti psichiatrici, ippoterapia) | Eliminare il compito operativo Degenze psichiatriche, CPS, Centri diurni, CRT, comunità protette o semi protette, comunità alloggio | Gravidanza e fino a sette mesi di età del figlio |
| Prolungata esposizione a vibrazioni (guida automezzi, interventi con trasporto in elicottero) | Eliminare il compito operativo | Gravidanza e fino a sette mesi di età del figlio |
| Stazione eretta per oltre 4 ore giornaliere | Modificare le condizioni di lavoro o l'orario di lavoro in modo da limitare il compito da svolgere in ortostatismo a non più di 4 ore | Gravidanza e fino a sette mesi di età del figlio |
| Movimentazione manuale dei carichi o di pazienti | Escludere compiti lavorativi che richiedono: -movimentazione manuale di pazienti -movimentazione manuale di carichi -operazioni di traino/spinta (In caso di dubbi consultare il medico competente o il SPP) | Gravidanza e fino a sette mesi di età del figlio |
| Lavoro in ambienti in sovrappressione (Camere imperbariche) | Eliminare il compito operativo | Gravidanza Vedi nota 2 |
| Lavoro in videoterminale per oltre 20 ore settimanali | Modificare le condizioni di lavoro o l'orario di lavoro, in modo da consentire cambiamenti frequenti delle posture | Gravidanza |
| Lavoro stressante, con pause fisse e predeterminate (centralino, | Organizzare il lavoro in modo da consentire di assentarsi a | Gravidanza e fino a sette mesi di età del figlio |

| | | |
|---|--|---|
| prenotazioni, accettazioni, cassa) | seconda delle necessità; se questo è impossibile assegnare ad altro compito lavorativo | |
| Turno notturno | Escludere dal turno notturno | Gravidanza e fino ad un anno di età del bambino |
| Altri potenziali rischi Specificare _____ | | |

Nota 1. Relativamente al rischio biologico/infettivo, devono essere evitati:

a) Lo svolgimento dell'attività lavorativa nelle aree sanitarie delle seguenti Strutture:

- Malattie infettive
- Pediatria (sezione infettivi)
- Pronto Soccorso
- laboratori di batteriologia/microbiologia
- ambulatori in cui si eseguono broncoscopia, broncolavaggio, induzione dell'espettorato
- blocchi operatori
- altre attività con livello di rischio analogo a quello delle situazioni sopra evidenziate.

b) I compiti lavorativi che possono comportare un rischio infortunistico (prelievi e/o attività con uso di aghi e taglienti; attività con rischio di schizzi di sangue o liquidi biologici; ecc.).

c) Le attività che esponano ad un rischio per via aerea (TBC, malattie esantematiche dell'infanzia o altro agente infettante per via aerea) ragionevolmente superiore a quello della popolazione generale. Per quanto riguarda questo aspetto, a parte le situazioni di rischio conclamato (reparti infettivi o a maggior rischio infettivologico per situazioni particolari in corso; stanze con degenti sicuramente infetti o con sospetto di patologia trasmissibile per via aerea), possono essere trovate delle soluzioni che permettano la permanenza della lavoratrice nella sua normale attività, come ad esempio, l'uso di un facciale filtrante di protezione di tipo FFP2 (per cui, ad esempio, sarà possibile compiere attività di supporto al medico durante la visita, distribuire il vitto e/o terapie orali, ecc.)

- domande che possono essere utilizzate come "filtro" per escludere il rischio biologico trasmissibile per via aerea nei pazienti che accedono alla Struttura (degenza, ambulatorio, day hospital)

1) Presenta, o ha presentato negli ultimi mesi, sintomi persistenti (per più di 2-3 settimane), quali: febbre, tosse, espettorato, sudorazione profusa, dimagrimento immotivato ?

2) Ha avuto contatti con malati di TBC o di altre malattie polmonari trasmissibili ?

3) Ha avuto recenti contatti con bambini (o adulti) malati di malattie esantematiche, quali: rosolia, morbillo, varicella, ecc.?

Nota 2. In caso di allattamento al seno, dovrà essere verificata col Medico competente l'eventuale incompatibilità dei compiti lavorativi.



26. STRUMENTI PER IL RAPPRESENTANTE ALLA SICUREZZA

Richiesta utilizzo Permessi

da inviare al datore di lavoro o preposto

Oggetto: richiesta utilizzo permessi ai sensi art. 50, D.Lgs. 81/2008.

Con la presente il/la sottoscritto/a _____ R.L.S. del _____, comunica che il/i giorno/i _____ sarà assente dalle _____ alle _____ in quanto impegnato in attività inerente l'incarico ricoperto.

Le ore di assenza andranno considerate come parte dei permessi retribuiti a disposizione dei R.L.S. così come previsto dalla normativa vigente

Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

Richiesta di partecipare al corso di formazione per R.L.S.

da inviare al datore di lavoro o preposto

Oggetto: richiesta di partecipare al corso di formazione per R.L.S.

Io sottoscritto _____, in applicazione dell'art.37,

comma 10, 11, 12 ,e dell'art. 50, lett.g), del D.Lgs. 81/2008, sulla formazione chiedo di essere inviato al più presto al corso di formazione previsto per RLS. L'art. 48, comma 7, del D.Lgs. 81/2008 prevede la formazione dell'RLST debba avvenire entro tre mesi dalla sua elezione . Analoga tempistica deve essere rispettata anche per gli RLS. Visto che il sottoscritto è stato eletto _____, vi sollecito all'adempimento delle disposizioni legislative richiamate.

Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

Richiesta di rimborso spese sostenute per corsi di formazione per RLS.

da inviare al datore di lavoro o preposto

E.p.c. R.S.P.P.

Oggetto: richiesta di rimborso spese sostenute per corsi di formazione per RLS.

Io sottoscritto/a _____ dipendente del _____ presso punto vendita/ufficio/attività, via _____ in _____ mi sono recato/a in data _____ per effettuare il corso di formazione/aggiornamento per RLS, e pertanto come previsto art. 37, comma 12, del D.Lgs. 81/2008

richiedo;

- il rimborso delle spese di viaggio sostenute consistente in Km _____ (dal _____ alla sede dove si è svolto il corso) o biglietto del mezzo pubblico del costo di euro _____ (come da ricevute allegate);
- il rimborso delle spese sostenute per _____ del costo di euro _____ (come da ricevute allegate).

Rappresentante/i dei Lavoratori per la Sicurezza

Richiesta della disponibilità dei mezzi necessari per l'esercizio dell'attività di Rappresentante per la Sicurezza dei Lavoratori.

da inviare al datore di lavoro o preposto

Oggetto: richiesta della disponibilità dei mezzi necessari per l'esercizio dell'attività di Rappresentante per la Sicurezza dei Lavoratori.

Con riferimento a quanto previsto dall'art.50, comma 2, del D.Lgs. 81/2008, allo scopo di esercitare le funzioni e le facoltà riconosciutemi/ci dal decreto legislativo, con la presente si richiede cortesemente:

- l'agibilità degli strumenti di comunicazione presenti in azienda (posta, telefono, fax, posta elettronica interna ed esterna) e le necessarie condizioni di tranquillità, riservatezza e supporto tecnico per il loro impiego corretto;
- gli strumenti, il materiale e i mezzi per archiviare registrare e organizzare corrispondenza, informazioni, dati, documenti, libri e riviste (personal computer,, armadi classificatori, ecc.);
- copia delle principali leggi e norme tecniche in materia di sicurezza e igiene del lavoro;
- l'abbonamento a riviste e/o strumenti d'aggiornamento in materia di sicurezza e igiene;
- locale idoneo dove visionare la documentazione;
- la possibilità di utilizzo di una bacheca per la affissione di comunicazioni ai lavoratori.

Rappresentante/i dei Lavoratori per la Sicurezza

Richiesta di visita congiunta agli ambienti di lavoro da parte del RLS.

da inviare al datore di lavoro o preposto;

R.S.P.P.

E.p.c. Medico Competente

Oggetto: richiesta di visita congiunta agli ambienti di lavoro da parte del RLS.

Con riferimento all'art. 50 comma 1, lettere a, h, m, n) del D.Lgs. 81/2008, in relazione alla situazione del reparto/ufficio/ _____ in cui sono avvenute modifiche dell'attività lavorative (specificare) _____.

Vi invito/invitiamo ad effettuare con noi una visita del luogo di lavoro perché si possa valutare la necessità o meno di aggiornare la valutazione dei rischi cui sono soggetti i lavoratori ivi operanti.

Vi invito/invitiamo pertanto a fissare al più presto una data.

Rappresentante/i dei Lavoratori per la Sicurezza

Sollecito visita ambienti di lavoro da parte del medico competente.

da inviare a Medico Competente R.S.P.P.

e.p.c datore di lavoro o preposto

Oggetto: sollecito visita ambienti di lavoro da parte del medico competente.

Con riferimento a quanto prevede l'art. 25 comma 1, lettera i, g, l, D.Lgs. 81/2008, sono/siamo cortesemente a chiederVi di effettuare la prevista visita di Sua competenza degli ambienti di lavoro, sollecitandola in tale occasione ad avere una particolare attenzione verso i seguenti:

settori/reparto/uffici _____;

aree/fasi di lavoro _____;

Vi invito/vi invitiamo pertanto a fissare al più presto una data, in attesa di riscontro Rappresentante/i dei Lavoratori per la Sicurezza

Richiesta di visita medica straordinaria.

Da inviare a Medico Competente Datore di lavoro o preposto

E p.c. R.L.S.

Oggetto: richiesta di visita medica straordinaria.

Io sottoscritto/a _____ dipendente della ditta codestinataria della presente missiva, sono a richiedere di essere sottoposto/a, ai sensi dell'art. 41, comma 1, lett. b), del D.Lgs. 81/2008, a visita medica per problemi di salute che ritengo doveroso sottoporre al medico competente aziendale.
Rappresentante/i dei Lavoratori per la Sicurezza

Richiesta di rimborso spese sostenute per la visita presso il Medico Competente retribuzione delle ore extra.

da inviare al datore di lavoro o preposto

Oggetto: richiesta di rimborso spese sostenute per la visita presso il Medico Competente e retribuzione delle ore extra.

Io sottoscritto/a _____ dipendente del _____ mi sono recato/a in data _____ per effettuare visita presso il medico competente aziendale e pertanto come previsto dall'art. 15, comma 2, e art.41, comma 2, del D.Lgs. 81/2008;

richiedo;

il rimborso delle spese di viaggio sostenute consistente in Km _____ (dal _____ allo studio del Medico Competente aziendale) o biglietto del mezzo pubblico del costo di euro _____ (come da ricevuta allegata);

avendo l'azienda disposto che la visita venisse effettuata fuori dal mio normale orario di lavoro, richiedo la retribuzione delle ore impiegate per recarmi presso l'ambulatorio del Medico Competente aziendale più il tempo della visita per un totale di ore _____.

Rappresentante/i dei Lavoratori per la Sicurezza

Ricorso avverso il giudizio di idoneità/inidoneità espressa dal Medico Competente.

da inviare a Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

E p.c. Direzione Aziendale

Oggetto: ricorso avverso il giudizio di idoneità/inidoneità espressa dal Medico Competente.

Con riferimento a quanto prevede l'art. 41, comma 9, del D.Lgs. 81/2008, il sottoscritto _____ nato il _____, a _____

residente a _____, in via _____

Premesso che il medesimo è dipendente con la qualifica di _____ presso _____

che in data _____ è stato comunicato per iscritto allo scrivente il giudizio allegato alla presente (allegato n. 1);

ritenuto che (esposizione dei motivi del ricorso)

(SI PUO' ALLEGARE OGNI DOCUMENTAZIONE DI CARATTERE SANITARIO RITENUTA UTILE)

Si allega: giudizio del M.C.; eventuale documentazione medica

FIRMA

Richiesta di cartella sanitaria e di rischio.

da inviare a Medico Competente

Oggetto: Richiesta di cartella sanitaria e di rischio.

Egregio Dottore, ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettera h), del D.Lgs. 81/08,

il/la lavoratore/lavoratrice _____

dipendente _____

dell'azienda _____

di _____

con la presente richiede che gli venga consegnata copia della cartella sanitaria e di rischio presente in azienda.
Rappresentante/i dei lavoratori per la sicurezza

Richiesta di documentazione sanitaria.

da inviare datore di lavoro o preposto

Oggetto: richiesta di documentazione sanitaria.

Il/ gli RLS richiedono che, ai sensi dell'art. 25 comma 1 lettera h) del D.Lgs. 81/08, venga consegnata al/alla lavoratore/lavoratrice _____ copia di tutti gli esami, accertamenti, radiografie, ecc. ai quali sia stato/a sottoposto/a a far data dalla sua assunzione. Il /la lavoratore/lavoratrice _____

Rappresentante/i dei lavoratori per la sicurezza

Consegna certificazione medica personale

Da inviare a Datore di lavoro; Medico Competente

e.p.c RSU

Oggetto: consegna certificazione medica personale

Alla fine del rapporto di lavoro il Medico Competente è tenuto a consegnare al lavoratore copia della cartella sanitaria e a fornirgli le informazioni necessarie alla conservazione della medesima (art. 25 comma 1, lettera e) D.Lvo 81/08). Il cambio di appalto è a tutti gli effetti, seppur con le garanzie previste, una cessazione di rapporto di lavoro e riassunzione presso un altro datore di lavoro. Ad oggi, però, il vostro Medico Competente non ha proceduto alla consegna di tale documentazione alla sottoscritta/o

dipendente sino al presso

appalto di

Vi richiedo quindi ai sensi dell'art. 18 comma 1, lettera g) D.Lgvo 81/08 di "richiedere al Medico Competente l'osservanza degli obblighi previsti a suo carico " tra i quali la consegna della documentazione sanitaria di cui sopra.

Rappresentante/i dei lavoratori per la sicurezza

Richiesta di nuova cartella sanitaria e di rischio per carenza di informazione.

Da inviare a Medico Competente; Datore di lavoro

e.p.c RSU

oggetto: richiesta di nuova cartella sanitaria e di rischio per carenza di informazione.

Egregio Dottore,

il/la lavoratore/lavoratrice ci ha mostrato copia della cartella sanitaria e di rischio da Lei consegnata all'interessato/a su richiesta del/la medesimo/a.

Dall'esame della documentazione fornita si rileva che benché la normativa vigente, art. 25 comma 1 lettera c) D.Lgs. 81/08 imponga al medico l'obbligo di redigere una cartella sanitaria e di rischio, la parte inerente i rischi è di fatto;

inesistente

incompleta.

La preghiamo pertanto di volere integrare la documentazione con la parte mancante ed in particolare con l'indicazione precisa di;

indice NIOSH

indice OCRA

elenco dettagliato sostanze utilizzate o aerodisperse

livello di rumore (Lep)

livello di vibrazioni arto superiore (HAV)

livello di vibrazioni corpo intero (WBW)

radiazioni ionizzanti

radiazioni non ionizzanti

agenti biologici

altro _____

La presente viene inviata anche a titolo di nuova richiesta di consegna della cartella sanitaria e di rischio ai sensi del art. 25 comma 1, lettera h) del D.Lgs. 81/08. distinti saluti

Rappresentante/i dei lavoratori per la sicurezza

Richiesta d'informazioni sul programma di sorveglianza sanitaria.

da inviare a Medico Competente

E p.c. al datore di lavoro o preposto RSSP)

Oggetto: richiesta d'informazioni sul programma di sorveglianza sanitaria.

In riferimento a quanto previsto dall'art. 50, comma 1, lettera e) ed art. 25, comma 1, lett. g), del D.Lgs 81/2008, si richiede la visione del programma di sorveglianza sanitaria e in particolare alle visite cui sono stati sottoposti i Lavoratori e della periodicità prevista in relazione alle diverse situazioni di rischio identificate in azienda.

A questo scopo vi chiedo/chiediamo di fissare un'apposita riunione.

Rappresentante/i dei Lavoratori per la Sicurezza

Richiesta di informazione sugli accertamenti sanitari anonimi collettivi.

da inviare al Medico Competente; datore di lavoro o preposto

Oggetto: richiesta di informazione sugli accertamenti sanitari anonimi collettivi.

Il/la sottoscritto/a _____, in qualità di Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza dell'Azienda/ _____ indirizzo

Chiede

le seguenti informazioni ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettere g, i,) del D.Lgs. 81/2008;

- in previsione della riunione periodica informazioni su quanto di significativo emerso dagli accertamenti sanitari anonimi collettivi a cui sono sottoposti i Lavoratori per quanto di pertinenza.

- Notizie sulla scaletta temporale di visite periodiche a cui gli stessi debbano essere sottoposti e sul suo corretto svolgimento.

Gradirei che i dati fossero forniti suddivisi per reparto/gruppo di rischi, con il dettaglio riguardante; le caratteristiche dei Lavoratori (sesso, età, anzianità, tipo di attività svolte, soggetti deboli).
Rappresentante/i dei Lavoratori per la Sicurezza

Richiesta di visione del registro infortuni.

da inviare al datore di lavoro o preposto

E p.c. R.S.P.P.

Oggetto: richiesta di visione del registro infortuni.

Con la presente, il/i Rappresentante/i dei Lavoratori per la Sicurezza in riferimento all'art. 50 comma 1, lettera e), del D.Lgs. 81/2008, richiedo/richiamo di poter visionare il registro degli infortuni.

Rappresentante/i dei Lavoratori per la Sicurezza

Richiesta di informazione sugli infortuni.

da inviare al datore di lavoro o preposto

E p.c. R.S.P.P.

E p.c. Medico Competente

Oggetto: richiesta di informazione sugli infortuni.

Dopo aver preso visione del registro infortuni, verificata l'incidenza degli stessi e con riferimento a quanto previsto all'art. 50, comma 1, lettera e), del D.Lgs. 81/2008, con la presente vi chiedo/i amo cortesemente;

il trend storico degli infortuni verificatosi in azienda nel periodo che va dal _____ al _____ articolati per tipologia attività/ruoli professionali, maschi e femmine, fasce di età e anzianità specifica dei lavoratori interessati;

le procedure che avete predisposto per la gestione dei casi d'infortunio e per la relativa registrazione.

Tutto ciò con la finalità di arrivare a una comune analisi delle cause d'infortunio e di verificare se tuttora sussistono in azienda situazioni che comportano il verificarsi di tali eventi.

A questo scopo chiedo/i amo di fissare un'apposita riunione con RSPP e Medico Competente.

Rappresentante/i per la Sicurezza dei Lavoratori

Richiesta dell'RLS di intervento dell'Organo di Vigilanza

Da inviare a: Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

Oggetto: richiesta dell'RLS di intervento dell'Organo di Vigilanza.

Con la presente, ai sensi dell'art. 50, comma 1, lett. o) del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81,

Vi segnalo/segnaliamo la situazione del reparto/attività/ambiente _____

_____, dell'Azienda _____

_____ che presenta a mio/nostro parere carenze di misure preventive ampiamente previste dalle norme di legge _____

(specificare quali/oppure con riferimento a inadempienze in materia di sorveglianza sanitaria, formazione e informazione dei lavoratori, designazione delle figure previste dalla legge, ecc.).

Vi segnalo/segnaliamo che su questo abbiamo già chiesto un Vostro parere e che l'azienda si è comunque rifiutata di adempiere alle azioni che conseguentemente avevamo richiesto. Alleghiamo copia delle lettere inviate all'azienda.

Rappresentante/i dei lavoratori per la sicurezza

Richiesta del R.L.S. di consultazione in merito alla nomina degli addetti al servizio prevenzione, primo soccorso, prevenzione incendi, evacuazione dei luoghi di lavoro

da inviare al datore di lavoro o preposto;

E p.c. Medico Competente

Oggetto: richiesta del R.L.S. di consultazione in merito alla nomina degli addetti al servizio di prevenzione, primo soccorso, prevenzione incendi, evacuazione dei luoghi di lavoro. Con riferimento all'art. 50, comma 1, lettera c) del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, con la presente . Vi chiedo/chiediamo cortesemente un incontro esplicativo circa la nomina degli addetti al servizio di prevenzione, primo soccorso, prevenzione incendi, evacuazione dei luoghi di lavoro, in modo tale che si possano esprimere osservazioni e proposte in merito.

Rappresentante/i dei lavoratori per la sicurezza

Richiesta di incontro sulla formazione dei lavoratori da parte del R.L.S.

da inviare al datore di lavoro o preposto

E p.c. R.S.P.P.

Oggetto: richiesta di incontro sulla formazione dei lavoratori da parte del R.L.S.
Facendo riferimento all'art. 50, comma 1, lettera d), riferendosi alla attività di formazione ed informazione di cui all' art.37, comma 1, lettere a) b), del D.Lgs. 81/ 2008, Vi sarei/saremmo grato/i se voleste cortesemente al più presto prendere contatto con me/noi per definire un programma per l'effettuazione della formazione e/o informazione per i lavoratori.
Rappresentante/i dei lavoratori per la sicurezza

Richiesta informazioni ditte di appalto

da inviare al datore di lavoro o preposto

E p.c. R.S.P.P

Oggetto: richiesta informazioni ditte di appalto

Il/la sottoscritto/a _____, in qualità di Rappresentante per la Sicurezza dei Lavoratori, in considerazione del fatto che, all'interno dell'azienda, sono stati affidati dei lavori ad imprese appaltatrici e/o a lavoratori autonomi, chiede se, in conformità all'art. 26 comma 1 D.lgs. 81/2008.

- sia stata accertata l'idoneità tecnico professionale dell'impresa appaltatrice e/o del lavoratore autonomo;
- siano state fornite agli stessi soggetti dettagliate informazioni sui rischi specifici esistenti nell'ambiente e sulle misure di prevenzione e di emergenza da adottare;
- il lavoro dell'impresa appaltatrice possa causare rischi aggiuntivi ai lavoratori della nostra azienda, ed in quale misura siano state programmate adeguate misure prevenzionistiche.

Rappresentante/i dei lavoratori per la sicurezza

Richiesta dell' RLS di consultazione sulle misure di prevenzione e sulla loro programmazione

da inviare al datore di lavoro; R.S.P.P

E p.c. Medico Competente

Oggetto: richiesta dell' RLS di consultazione sulle misure di prevenzione e sulla loro programmazione.

Con riferimento a quanto previsto dall'art. 50, comma 1, lettere b), del D.Lgs. 81/2008, con la presente Vi chiedo/chiediamo, cortesemente di definire un incontro per esaminare le misure di prevenzione e protezione che avete previsto di adottare in conseguenza del processo di valutazione dei rischi, del quale abbiamo ricevuto relazione in copia, in modo tale che si possano esprimere osservazioni e proposte in merito.

Rappresentante/i dei Lavoratori per la Sicurezza

Richiesta di documentazione sulle macchine e/o attrezzature.

da inviare al datore di lavoro o preposto

E p.c. R.S.P.P

Oggetto: richiesta di documentazione sulle macchine e/o attrezzature.

Con riferimento a quanto previsto dall'art. 50, comma 1, lett. e), del D.Lgs. 81/2008, con la presente si richiede copia della documentazione seguente:

- l'elenco delle macchine utilizzate o di possibile utilizzo presenti in azienda
- l'elenco delle attrezzature marcate CE

Si prega di segnalare:

- le modifiche apportate per le macchine entrate in azienda anteriormente al D.P.R. 459 del 24 luglio 1996 e successive integrazioni
- la presenza o meno de libretto di manutenzione previste, gli interventi di manutenzione effettivamente attuati e programmati e le principali anomalie riscontrate in passato
- la loro dislocazione in azienda.

Rappresentante/i dei Lavoratori per la Sicurezza

Richiesta di documentazione su sostanze e preparati pericolosi da parte dell'R.L.S.

da inviare al datore di lavoro o preposto

E p.c. R.S.P.P.

Oggetto: richiesta di documentazione su sostanze e preparati pericolosi da parte dell'R.L.S.

Con riferimento a quanto previsto dall'art. 50, comma 1, lett. e), e dal Titolo IX, del D.Lgs. 81/2008, con la presente si richiede copia della documentazione seguente:

- l'elenco delle sostanze e dei preparati impiegati nelle diverse attività, sia di produzione sia di servizio;
- le schede tecniche e tossicologiche delle sostanze e dei preparati pericolosi redatte secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- la valutazione del rischio chimico, di cui all'articolo 223, dello stesso Decreto

Rappresentante/i dei Lavoratori per la Sicurezza

Segnalazione e coinvolgimento R.S.U./R.S.A.

Alle R.S.U./R.S.A. aziendali

E, p.c. al Datore di lavoro

Oggetto: segnalazione e coinvolgimento R.S.U./R.S.A.

Il/la sottoscritto/a rappresentante dei lavoratori per la sicurezza dei lavoratori, ai sensi di quanto previsto dall' art. 50, comma 1, lettera h) del D.Lgs. 81/08, segnala i seguenti problemi inerenti l'ambiente, la salute e la sicurezza del lavoro :

..... e chiede pertanto la convocazione di un'apposita riunione per esaminare tali problematiche.

Rappresentante/i dei lavoratori per la sicurezza

Richiesta del R.L. S. di copia del documento di valutazione dei rischi

da inviare al datore di lavoro; R.S.P.P.

E.p.c. Medico Competente

Oggetto: richiesta del R.L. S. di copia del documento di valutazione dei rischi.

Conformemente a quanto previsto dagli art. 18, comma 1, lettere o) p) , art. 50 comma 1, lettera e), sono/siamo a richiedere copia del documento riguardante:

- la valutazione dei rischi da Voi effettuata, e i criteri metodologici che sono stati impiegati, contenente anche le misure di prevenzione e protezione tradizionalmente in atto comunque previste dalle normative preesistenti, non esplicitamente abrogate/superate;
- le misure di prevenzione individuate in conseguenza della valutazione e atte a migliorare la situazione esistente di prevenzione dei rischi per la salute dei lavoratori e per la sicurezza nei luoghi di lavoro ivi comprese le attrezzature di protezione di cui si prevede l'utilizzo;
- il programma d'attuazione delle misure da Voi previste.

Come previsto dal succitato articolo se ne richiede copia cartacea e su supporto informatico.

Rappresentante/i dei lavoratori per la sicurezza

Rinnovo richiesta del R.L.S. di copia del documento di valutazione dei rischi

da inviare al datore di lavoro; R.S.P.P.

Oggetto: rinnovo richiesta del R.L.S. di copia del documento di valutazione dei rischi.

Conformemente a quanto previsto dagli art. 18, comma 1, lettere o) p) , art. 50, comma 1, lettera e), del D.Lgs. 81/08 sono/siamo a richiedere copia del documento riguardante:

- la valutazione dei rischi da Voi effettuata, e i criteri metodologici che sono stati impiegati, contenente anche le misure di prevenzione e protezione tradizionalmente in atto e comunque previste dalle normative preesistenti, non esplicitamente abrogate/superate;
- le misure di prevenzione individuate in conseguenza della valutazione e atte a migliorare la situazione esistente di prevenzione dei rischi per la salute dei lavoratori e per la sicurezza nei luoghi di lavoro ivi comprese le attrezzature di protezione di cui si prevede l'utilizzo;
- il programma d'attuazione delle misure da Voi previste.

Rappresentante/i dei lavoratori per la sicurezza

Richiesta copia del DUVRI

da inviare al datore di lavoro

E p.c. R.S.P.P.

Oggetto: richiesta copia del DUVRI.

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di Rappresentante per la sicurezza dei lavoratori, chiede nell'ambito delle proprie attribuzioni di cui all'art. 50, comma 5, del D.Lgs. 81/2008, di ricevere copia del DUVRI, documento sulla valutazione dei rischi da interferenze, di cui all'articolo 26, comma 3, del medesimo Decreto Legislativo.

Rappresentante/i dei Lavoratori per la Sicurezza

Richiesta dati relativi al rischio chimico

inviare al datore di lavoro; R.S.P.P.

E p.c. Medico Competente

Oggetto: richiesta dati relativi al rischio chimico.

Il/la lavoratore/lavoratrice _____ dipendente di codesta ditta, è a richiedere, ai sensi dell'articolo 227, commi 1 e 2, del D.Lgs. 81/2008, che gli vengano forniti dati e informazioni scritte relativi alle sostanze chimiche dallo/a stesso/a utilizzate, nonché indicazione dei rischi a cui esse espongono.

Chiede inoltre, ai sensi medesimo articolo di avere accesso alle schede di sicurezza dei prodotti medesimi.

Tale richiesta deve intendersi relativa anche alle sostanze eventualmente utilizzate in passato.

il/la lavoratore/lavoratrice

Rappresentante/i dei lavoratori per la sicurezza

Richiesta convocazione riunione periodica.

da inviare al datore di lavoro

E.p.c. R.S.P.P.

Oggetto: richiesta convocazione riunione periodica.

Il/la sottoscritto/a _____, in qualità di Rappresentante per la Sicurezza dei lavoratori, chiede:

- che venga convocata la riunione periodica ai sensi dell'art.35, del DLgs 81/2008, non ancora programmata per l'anno in corso;
- che venga convocata la riunione periodica ai sensi dell'art.35, comma 4, del D.Lgs. 81/2008, per esaminare significative variazioni delle condizioni di esposizione al rischio, nello specifico segnala i seguenti punti che desidera affrontare in tale occasione:

.....

- che venga convocata una riunione specifica sui problemi della sicurezza, ai sensi dell'art. 35, del D.Lgs. 81/2008, dedicata ai seguenti argomenti:

.....

Rappresentante/i dei lavoratori per la sicurezza

Stress lavoro correlato – richiesta convocazione riunione periodica.

Da inviare Al datore di lavoro; Responsabile SPP; Medico Competente

e p.c. RSU

Oggetto: stress lavoro correlato – richiesta convocazione riunione periodica.

L'art 50 del D.lvo 81/08 indica tra le attribuzioni del RLS quella di essere consultato preventivamente e tempestivamente in ordine alla valutazione dei rischi, individuazione, programmazione, realizzazione della prevenzione nell'azienda o unità produttiva (comma 1 lettera b).

L'art 28 sempre del D.lvo 81/08 prevede che oggetto della valutazione del rischio siano anche i rischi di cui al comma 1 dello stesso articolo.

Il successivo comma 1 bis dell'art 28, indica nel 1 agosto 2010 la data entro la quale tale rischio deve essere oggetto di valutazione.

A fine 2009 la regioneha emanato linee guida operative sui metodi su come valutare tale rischio. Il 25 marzo 2010 il coordinamento tecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro ha emanato una guida operativa nazionale.

Entrambi i documenti indicano percorsi per l'individuazione e gestione di questo specifico rischio che vedono nel coinvolgimento di tutte le figure aziendali elemento essenziale.

Il Rappresentante dei lavoratori alla sicurezza è quindi una delle figure che va coinvolta nella scelta dei criteri e metodi di valutazione.

Per questo si richiede, ai sensi art 35 comma 4 D.lgvo 81/08, che venga indetta una riunione periodica sull'argomento di cui all'oggetto.

Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

Fp Cgil Nazionale