III EDIZIONE

vai alla scheda del libro

della stessa collana

SICUREZZA

IL MEDICO COMPETENTE

Guida pratica alla professione

Angelo Sacco

l'autore

Ruolo, compiti e responsabilità

Con una selezione di normativa e una pratica raccolta di modulistica direttamente scaricabile

EPC EDITORE

CONTENUTI IN DOWNLOAD

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

Come scaricare i contenuti digitali e gli eventuali aggiornamenti

EPC Editore ha deciso di mettere a disposizione gratuitamente una selezione di **modulistica ad uso del medico competente** e la **principale normativa di riferimento** con gli eventuali aggiornamenti che potrebbero intervenire dopo la pubblicazione del volume.
Potranno essere scaricati attraverso la seguente procedura:

1. accedi alla sezione **My EPC**
   nel sito www.epc.it (inserisci le credenziali utilizzate per l'acquisto o effettua una nuova registrazione)

2. attiva il tuo **contenuto digitale**
   a) entra nella sezione **Contenuti digitali** cliccando su **I tuoi contenuti digitali**
   b) inserisci il **codice etichetta** che si trova *in fondo a questa pagina* e premi **Attiva**
   c) ne **La mia libreria** saranno attivi i contenuti eventualmente disponibili, clicca su **Vedi contenuti** per visualizzarli o scaricarli

codice etichetta

etichetta su versione cartacea

EPC EDITORE

Per informazioni e chiarimenti
Servizio assistenza 06 33245273 - *tecnico@epclibri.it*

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

Angelo Sacco

Il medico competente

Guida pratica alla professione

Ruolo, compiti e responsabilità

Con una selezione di normativa e una pratica raccolta di modulistica direttamente scaricabile

III edizione

EPC EDITORE

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

IL MEDICO COMPETENTE - III EDIZIONE
ISBN: 978-88-9288-354-3

Copyright © 2012-2025 EPC S.r.l. Socio Unico

EPC S.r.l. Socio Unico - Via Clauzetto, 12 - 00188 Roma - *www.epc.it*
Servizio clienti: Tel. 06 33245277/271 - *clienti@epc.it*
Redazione: Tel. 06 33245264/205

La traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione o trasmissione in qualsiasi forma e/o con qualsiasi mezzo elettronico, meccanico o altro (compresi i microfilm, i film, le fotocopie), nonché la memorizzazione anche digitale su supporti di qualsiasi tipo (inclusi magnetici e ottici), i diritti di noleggio e di prestito, sono riservati per tutti i Paesi.
L'Editore si dichiara pienamente disponibile a soddisfare eventuali oneri derivanti da diritti di riproduzione del materiale protetto dai diritti d'autore, di cui non sia stato possibile reperire gli aventi diritto. Ci scusiamo per eventuali omissioni e saremo lieti di inserire gli opportuni riconoscimenti nelle edizioni successive.
L'Editore declina ogni responsabilità per eventuali errori, refusi o inesattezze nonché per eventuali danni risultanti dall'uso delle informazioni presenti nel volume, pur curato con la massima diligenza e attenzione.

Il codice QR che si trova sul retro della copertina, consente attraverso uno smartphone di accedere direttamente alle informazioni e agli eventuali aggiornamenti di questo volume.

Le stesse informazioni sono disponibili alla pagina:
https://www.epc.it/Prodotto/Editoria/Libri/Il-medico-competente-Guida-pratica-alla-professione-3ed/5622

Foto di copertina: *www.123rf.com*

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

SOMMARIO

PREFAZIONE ALLA TERZA EDIZIONE 17

PREFAZIONE ALLA SECONDA EDIZIONE..... 19

PREFAZIONE ALLA PRIMA EDIZIONE..... 21

capitolo 1

DAL MEDICO DI FABBRICA AL MEDICO COMPETENTE: EVOLUZIONE STORICA..... 23

1.1. Le norme storiche 23

1.2. Le norme di recepimento delle direttive comunitarie 24

capitolo 2

LA FIGURA DEL MEDICO COMPETENTE NELL'ATTUALE NORMATIVA PREVENZIONISTICA 27

2.1. Definizione 27

2.2. Il medico competente nel sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro..... 28

2.2.1. Le nuove figure dell'organigramma della sicurezza aziendale 28

2.2.2. Il sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (SGSL) 29

2.3. Titoli e requisiti 30

2.4. Svolgimento dell'attività di medico competente..... 33

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

2.4.1. I principi della medicina del lavoro e del codice etico 33

2.4.1.1 Promuovere la qualità in medicina del lavoro..... 35

2.4.2. Rapporto contrattuale col datore di lavoro 39

2.4.3. Incompatibilità..... 39

2.4.4. Rapporto col datore di lavoro e autonomia professionale 41

2.4.5. La "nomina" del medico competente 43

2.4.6. La collaborazione di medici specialisti..... 45

2.4.7. Il medico "con funzioni di coordinamento" 46

2.4.8. La sostituzione del medico competente 47

2.5. Rapporti del medico competente con il Servizio sanitario nazionale 49

2.5.1. La trasmissione dei dati sanitari e di rischio dei lavoratori (allegato 3B)..... 49

2.5.2. Osservazioni sull'allegato 3B 53

2.5.3. Indicazioni operative del Ministero sulla trasmissione dei dati dell'allegato 3B 56

capitolo 3

LE FUNZIONI DEL MEDICO COMPETENTE 59

3.1. La collaborazione con il datore di lavoro 59

3.1.1. La collaborazione alla valutazione dei rischi 60

3.1.2. La collaborazione alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute dei lavoratori..... 64

3.1.3. La collaborazione alle attività di informazione e formazione..... 64

3.1.4. La collaborazione all'organizzazione del servizio di primo soccorso..... 65

3.1.4.1 Il primo soccorso nelle miniere e nelle cave 81

3.1.4.2 Il primo soccorso nei lavori nei cassoni ad aria compressa 82

3.1.4.3 Il primo soccorso in ambito ferroviario 84

3.1.4.4 Il primo soccorso nell'autotrasporto 87

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

3.1.4.5 Il primo soccorso nelle irradiazioni accidentali 89

3.1.5. La collaborazione all'attuazione e valorizzazione dei programmi di promozione della salute 89

3.1.5.1 Il contrasto alla sedentarietà nel lavoro d'ufficio..... 94

3.1.5.2 Il counsellig breve..... 94

3.1.6. La collaborazione alla scelta dei dispositivi di protezione individuale 95

3.1.7. Le variabili "individuali" da considerare nella collaborazione alla valutazione del rischio..... 97

3.2. La visita degli ambienti di lavoro 101

3.2.1. La visita degli ambienti di lavoro nei cantieri 105

3.3. La partecipazione alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori..... 106

3.4. La comunicazione del possesso dei requisiti al Ministero della Salute 107

3.5. L'obbligo di nominare un sostituto in caso di impedimento 107

3.6. La programmazione e l'effettuazione della sorveglianza sanitaria 107

3.6.1. Ambiti e obbligatorietà della sorveglianza sanitaria 111

3.6.1.1 Visite mediche preventive/di idoneità previste da altre norme..... 117

3.6.1.2 La sorveglianza sanitaria in situazioni contrattuali peculiari..... 120

3.6.2. Tipologia delle visite mediche 122

3.6.3. Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti 132

3.6.3.1 Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza 133

3.6.3.2 Verifica di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti 140

3.6.4. Prospettive future della medicina occupazionale: eliminazione del rischio e medicina personalizzata..... 142

3.7. L'istituzione e l'aggiornamento della cartella sanitaria e di rischio 143

3.7.1. Documenti informatizzati..... 148

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

3.8. La restituzione della documentazione sanitaria alla cessazione dell'incarico 149

3.9. La consegna al lavoratore, alla cessazione del rapporto di lavoro, della copia della cartella sanitaria e di rischio 149

3.10. La richiesta al lavoratore di esibire copia della cartella sanitaria e di rischio 149

3.11. Le informazioni ai lavoratori del significato della sorveglianza sanitaria 150

3.12. Le informazioni al lavoratore dei risultati della sorveglianza sanitaria 151

3.13. Il giudizio di idoneità 151

3.13.1. L'Intelligenza Artificiale come supporto nella formulazione del giudizio di idoneità 156

3.14. Ricorso avverso il giudizio di idoneità formulato dal medico competente 158

3.15. Provvedimenti (del datore di lavoro) in caso d'inidoneità alla mansione specifica 159

3.16. La comunicazione dei dati anonimi collettivi 160

3.17. Il medico competente nell'ambito della Amministrazione della difesa 163

capitolo 4

FUNZIONI DEL MEDICO COMPETENTE NELLA GESTIONE DI PARTICOLARI AGENTI DI RISCHIO 167

4.1. Rischio da movimentazione manuale dei carichi 167

4.2. Rischio da esposizione a movimenti ripetitivi per gli arti 177

4.3. Rischio nel lavoro con videoterminali 180

4.3.1. I problemi connessi con i nuovi modelli organizzativi del lavoro al VDT 191

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

4.3.1.1 Il lavoro a distanza 191

4.3.1.2 Il lavoro agile (o smart working) 191

4.4. Rischio da altri compiti lavorativi che richiedono impegno visivo e muscolo-scheletrico prolungato 196

4.5. Rischio da agenti fisici 198

4.5.1. Rumore 202

4.5.2. Vibrazioni 207

4.5.3. Campi elettromagnetici 210

4.5.4. Radiazioni ottiche artificiali 221

4.5.5. Radiazioni ottiche naturali 226

4.5.6. Atmosfere iperbariche 228

4.5.7. Stress termico 233

4.6. Rischio da sostanze pericolose 237

4.6.1. Agenti chimici 237

4.7. Cancerogeni, mutageni e sostanze tossiche per la riproduzione 247

4.7.1. Amianto 263

4.7.2. Silice 270

4.7.3. Rischio da agenti biologici 275

4.7.4. La profilassi vaccinale 285

4.7.5. Gestione degli infortuni a rischio biologico 290

4.7.6. La prevenzione del rischio tubercolosi nelle strutture sanitarie 293

4.8. Rischi organizzativi 299

4.9. Rischi derivanti da attività nelle cave e nelle miniere 304

4.10. Il lavoro notturno 305

4.11. Il lavoro a turni 309

4.12. La tutela della lavoratrice madre 310

4.13. Il lavoro dei minori 318

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

4.14. Gli apprendisti 325

4.15. I lavoratori con contratto speciale 325

4.16. I lavoratori italiani all'estero 327

4.17. I lavoratori con disabilità 330

4.18. Ruolo del medico competente nella prevenzione degli infortuni stradali 333

capitolo 5

ASPETTI MEDICO-LEGALI DELL'ATTIVITÀ DEL MEDICO COMPETENTE 339

5.1. Definizione, nosografia ed epidemiologia delle malattie professionali 339

5.2. L'accertamento della malattia professionale 345

5.2.1. Anamnesi 345

5.2.2. Esame obiettivo ed eventuali approfondimenti diagnostici 347

5.2.3. Il nesso causale 347

5.3. Certificato medico di malattia professionale 347

5.4. Denuncia/segnalazione di malattia professionale ai sensi dell'art. 139 del T.U. 1124/65 e dell'art. 10 del D.Lgs. 38/2000 352

5.5. Referto all'Autorità Giudiziaria 354

5.6. Altri specifici adempimenti del medico competente 356

5.6.1. Denunce e segnalazioni a Enti e Istituti pubblici 356

5.6.2. Segnalazioni al datore di lavoro 358

5.7. Responsabilità del medico competente 360

5.7.1. Rapporti del medico competente con gli Organi di Vigilanza 360

5.7.2. Responsabilità civile 361

5.7.3. Responsabilità penale 363

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

capitolo 6

L'AMBULATORIO DEL MEDICO COMPETENTE 365

6.1. I locali di lavoro 365

6.1.1. L'ambulatorio 365

6.1.1.1 Gli ambulatori mobili 366

6.1.2. Le dotazioni tecnologiche 367

6.2. L'armadio dei dispositivi medici 369

capitolo 7

ORGANISMI DEDICATI ALLA PREVENZIONE
E SICUREZZA SUL LAVORO 371

7.1. Comitati e Commissioni previsti dal D.Lgs. 81/2008 371

7.1.1. Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro.....371

7.1.2. La Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro 372

7.1.3. Comitati regionali di coordinamento.....373

7.1.4. Sistema informativo nazionale per la prevenzione (SINP) nei luoghi di lavoro.....374

7.2. Enti nazionali 374

7.2.1. Il Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei Luoghi di Lavoro della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome 374

7.2.2. Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL).....375

7.2.3. Istituto Nazionale per le Assicurazioni contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL).....376

7.2.4. Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente (SINPA).....377

7.2.5. Ispettorato Nazionale del Lavoro 378

7.2.6. Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Unità Sanitarie Locali.....379

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

7.3. Enti internazionali 380

7.3.1. American Conference of Governmental Industrial Hygienists (ACGIH) 380

7.3.2. Environmental Protection Agency (EPA) 380

7.3.3. International Agency for Research on Cancer (IARC) 380

7.3.4. International Labour Organization (ILO) 380

7.3.5. National Institute of Occupational and Safety Health (NIOSH) 380

7.3.6. Occupational Safety and Health Administration (OSHA) 381

7.3.7. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) 381

7.4. Le società scientifiche e professionali nazionali 381

7.4.1. Associazione Italiana degli Igienisti Industriali (AIDII) 381

7.4.2. Associazione Italiana di Radioprotezione Medica (AIRM) 381

7.4.3. Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti (ANMA) 382

7.4.4. Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione (CIIP) 382

7.4.5. Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SITI) 383

7.4.6. Società Italiana di Medicina del Lavoro (SIML) 383

7.4.7. Società Italiana di Ergonomia e Fattori Umani (SIE) 383

7.4.8. Società Italiana Valori di Riferimento (S.I.V.R.) 383

7.5. Le società scientifiche internazionali 384

7.5.1. American Thoracic Society (ATS) 384

7.5.2. International Ergonomics Association (IEA) 384

7.5.3. International Commission on Occupational Health (ICOH) 384

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

ALLEGATI

Allegato A

LISTE DI CONTROLLO 387

Allegato B

APPROFONDIMENTI E RICERCHE 391

B.1 Riviste scientifiche 391

B.1.1 Riviste nazionali 391

B.1.2 Riviste internazionali 392

B.2 Linee guida della Società Italiana di Medicina del Lavoro (SIML) 392

Allegato C

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI CITATI
NEL TESTO (IN ORDINE ALFABETICO) 393

Allegato D

RIFERIMENTI NORMATIVI
(IN ORDINE CRONOLOGICO) 409

Allegato E

CONTENUTI DIGITALI 413

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

PREFAZIONE ALLA TERZA EDIZIONE

La nuova edizione (la terza) di questa monografia viene pubblicata dopo qualche anno dalla pandemia da COVID-19 e in un'epoca di grandi sommovimenti geopolitici e di risorse sempre più limitate.

In questo senso deve essere letto il tentativo del legislatore di adattare i precetti normativi sui temi della sicurezza sul lavoro ai consistenti cambiamenti dei rischi per la salute e del modo in cui essi vengono percepiti. Proprio con l'obiettivo di semplificare, razionalizzare e ottimizzare, il testo originario del D.Lgs. 81/2008 è stato ulteriormente e più volte rimaneggiato con variazioni sostanziali che coinvolgono l'intero impianto normativo e con esso la figura e l'attività del medico competente. Nonostante gli sforzi, la percezione rimane quella di un'azione legislativa ancora carente sotto l'aspetto tecnico si da rendere il Testo Unico 81/2008 talora generatore d'innumerevoli interpretazioni, e, di conseguenza, di possibile sterile contenzioso.

Di pari passo con la richiamata evoluzione normativa si è assistito, nel quinquennio appena trascorso, a un ulteriore sviluppo della nostra disciplina, sempre più alle prese con i rischi emergenti (tra questi spicca quello legato ai cambiamenti climatici) e orientata a promuovere la salute dei lavoratori secondo modelli operativi improntati sulla qualità delle buone pratiche in un'ottica evidence-based e col ricorso sempre più massiccio agli strumenti moderni (ma ancora scarsamente testati) di analisi e processamento delle informazioni come l'intelligenza artificiale.

Non sono però mutati gli orientamenti di parte dell'opinione pubblica, (e, dunque, di una parte degli stakeholder), non sempre pienamente convinta degli effetti benefici della prevenzione occupazionale (talo-

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

ra viceversa considerata come un ostacolo allo sviluppo), e, dunque, restia – specie in periodi di crisi economica come quello che stanno attraversando tutte le società post-industriali – a investirvi risorse.

Di qui l'esigenza di espletare la funzione di medico competente praticando la disciplina con tutta l'autorevolezza che proviene dalla esperienza e dalla conoscenza, con l'obiettivo di proporre soluzioni prevenzionistiche convincenti perché basate sulle evidenze scientifiche.

Considerato il consolidato interesse suscitato dalla seconda edizione dell'opera pubblicata nel 2020, ho pensato di riproporre gli argomenti già trattati alla luce degli aggiornamenti scientifici e normativi, in una veste ancora più pratica rispetto alla stesura originaria.

L'opera si compone di due parti: la prima è dedicata alla discussione delle funzioni del medico competente, mentre la seconda parte descrive l'approccio ai rischi specifici.

Anche in questa terza edizione, per scelta dell'Autore, non sono stati proposti protocolli sanitari preconfezionati perché già indicati nelle Linee Guida della Società Italiana di Medicina del Lavoro e oggetto di altre pubblicazioni (una delle quali pubblicata dall'Autore nel 2023).

Completano l'opera informazioni utili per il quotidiano cimento con la complessità dell'attività del medico competente e per l'approfondimento della disciplina: gli enti che si occupano di medicina del lavoro, le società scientifiche e professionali, le riviste scientifiche nazionali e internazionali.

Frosinone, maggio 2025 L'Autore

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

capitolo 1

DAL MEDICO DI FABBRICA AL MEDICO COMPETENTE: EVOLUZIONE STORICA

1.1. Le norme storiche

Analizzando l'evoluzione della normativa prevenzionistica nel tempo promulgata nel nostro Paese, possiamo arguire, contrariamente a quanto si sia soliti pensare, che l'aggettivazione "competente" alla figura del "medico di fabbrica" è stata utilizzata per la prima volta in epoca ben precedente alla emanazione del D.P.R. 303/1956. In effetti, la sorveglianza sanitaria dei lavoratori professionalmente esposti a sostanze tossiche o infettanti fu attribuita a un non meglio precisato "medico competente" già a partire dal 1927, con il Regio Decreto 14 aprile 1927, n. 530, il cosiddetto "Regolamento Generale dell'Igiene del Lavoro" [(1)]; l'articolo 6 della citata norma, nel definire i compiti del *medico di fabbrica*, letteralmente recitava: "… i lavoratori dovranno essere visitati da un medico competente…" [(2)].

Il D.P.R. 303/1956, all'articolo 33, nel confermare l'assunto normativo precedente, continuava a stabilire che "nelle lavorazioni industriali che espongono alla azione di sostanze tossiche o infettanti o che risultano comunque nocive, indicate nella tabella allegata al presente decreto, i lavoratori devono essere visitati da un medico competente"; la visita medica doveva essere svolta prima della ammissione dei lavoratori al

1. Cfr., al proposito, quanto riportato (a pagina 74) in: Carnevale F., Baldasseroni A.: *Mal da Lavoro. Storia della Salute dei lavoratori*. Editori Laterza, Bari, 1999.
2. L'utilizzo del termine "medico competente" viene fatto risalire dagli storici della medicina del lavoro a quanto riportato in un volantino diffuso dopo il 1910 dalla Clinica del Lavoro di Milano ove si affermava: "… un operaio, che soffre per ragione del suo mestiere, giova alla sua famiglia, a sé ed ai suoi compagni di lavoro ed all'industria stessa, facendosi studiare da un *medico competente*" (cfr. Riva e Carnevale, 2017).

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

lavoro per constatarne i requisiti di idoneità al lavoro di destinazione e successivamente, nei periodi indicati nella tabella, per controllarne lo stato di salute.

Dopo circa un decennio, nel 1965, il D.P.R. 1124, all'articolo 157, indicò l'obbligo della sorveglianza sanitaria per i lavoratori esposti a silice e amianto da effettuarsi dal *medico di fabbrica* (oppure da Enti a ciò autorizzati).

Nel 1980, in un parere del Ministero del Lavoro (Circolare n. 21054/16-4 del 09/04/1980), si sosteneva che la dizione di "medico competente" contenuta nell'articolo 33 del D.P.R. 303/1956 esprime necessariamente il "concetto di un medico professionalmente avente una specifica competenza e dotato altresì delle necessarie attrezzature, quale potrebbe essere il medico di fabbrica o, meglio ancora un sanitario appartenente ad un Ente organizzato o all'uopo utilizzato". La circolare, emanata due anni dopo la legge di istituzione del servizio sanitario nazionale (la L. n. 833 del 1978), e l'anno dopo lo scioglimento dell'Ente Nazionale Prevenzione Infortuni (E.N.P.I.) avvenuto con D.P.R. del 14/02/1979, nell'osservare che l'incombenza di "medico competente" competa legittimamente "al medico di fabbrica ovvero all'E.N.P.I.", auspicava (palesando, con ciò, l'idea di attribuire al medico occupazionale un profilo sostanzialmente "pubblico") che nella emananda legge di riforma potessero essere individuate "le strutture alle quali affidare in futuro la competenza ad effettuare le visite mediche in questione".

1.2. Le norme di recepimento delle direttive comunitarie

Nonostante il legislatore avesse intuito l'importanza di affidare la sorveglianza sanitaria dei lavoratori a un medico, auspicabilmente dipendente da enti pubblici, con specifica formazione e competenza, la figura del medico competente rimase priva di specifici connotati per un lungo periodo di tempo, sicché hanno avuto accesso alla funzione i medici con le più varie esperienze professionali, arricchendo così la disciplina di ampi e qualificati contenuti clinici, diagnostici e prevenzionistici.

La figura del "medico competente" ha assunto contorni professionali più definiti solo col recepimento delle direttive comunitarie, a partire dal 1982, quando fu emanato il D.P.R. n. 962 del 10/9/1982 (Attuazione della Direttiva CEE n. 78/610, sulla protezione sanitaria dei lavoratori esposti a *cloruro di vinile monomero – CVM*); si ricorderà come, per la prima volta, la norma affidò al "medico competente", medico in possesso del-

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

la specializzazione in medicina del lavoro o equivalente, l'incarico delle attività di sorveglianza sanitaria dei lavoratori professionalmente esposti a CVM operanti all'interno delle cosiddette "zone di lavoro" ovvero in quelle aree con concentrazione di CVM nell'aria superiore a 3 ppm [3].

La figura del medico competente venne ancor meglio definita dal D.Lgs. 277/1991. Questa norma – poi in parte abrogata e in parte confluita nel D.Lgs. 626/1994 – affidava per l'appunto al "medico competente" la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a piombo, amianto e rumore e, in linea con quanto prospettato dalla richiamata Circolare del Ministero del Lavoro del 1980 (vedi paragrafo 1.1), prescriveva, per lo svolgimento dell'attività, oltre al possesso del titolo di studio specialistico, anche – possibilmente – il rapporto di dipendenza dal Servizio Sanitario Nazionale [4]. La norma per la prima volta colmò le lacune circa il ruolo, i requisiti, le responsabilità e le funzioni del medico competente, fissando con chiarezza sia i titoli per l'attribuzione della "competenza", sia gli obblighi del medico nei confronti dei lavoratori e del datore di lavoro (articolo 7 [5]). Per quanto attiene ai requisiti, l'articolo 55 del

---

3. L'art. 2 del D.P.R. 962/1982 così definisce il medico competente: "il medico incaricato del controllo sanitario dei lavoratori esposti a cloruro di vinile monomero nelle zone di lavoro, in possesso di uno dei seguenti titoli: specializzazione o docenza in medicina del lavoro, o in medicina preventiva dei lavoratori, o in tossicologia industriale, o in igiene industriale o specializzazione in clinica del lavoro".
4. Il D.Lgs. 277/1991, all'art. 3, c. 1 lett. c) definisce il medico competente come un medico, "ove possibile dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, in possesso di uno dei seguenti titoli: specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o specializzazione equipollente; docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia ed igiene del lavoro; libera docenza nelle discipline suddette".
5. Si riporta integralmente di seguito il testo dell'art. 7 del D.Lgs. 277/1991.
   1. Lo stato di salute dei lavoratori esposti agli agenti di cui all'art. 1, c. 1 [lavoratori esposti a piombo metallico e suoi composti ionici, ad amianto e a rumore] è accertato da un medico competente a cura e spese del datore di lavoro. Gli eventuali esami integrativi sono anch'essi a cura e spese del datore di lavoro.
   2. Il medico competente esprime i giudizi di idoneità specifica al lavoro.
   3. Per ogni lavoratore di cui al comma 1 il medico competente istituisce ed aggiorna sotto la sua responsabilità, una cartella sanitaria e di rischio da custodire presso il datore di lavoro con salvaguardia del segreto professionale.
   4. Il medico competente fornisce informazioni ai lavoratori sul significato dei controlli sanitari cui sono sottoposti; fornisce altresì a richiesta informazioni analoghe ai loro rappresentanti.
   5. Il medico competente informa ogni lavoratore interessato dei risultati del controllo sanitario ed in particolare di quelli degli esami biologici indicativi dell'esposizione relativi alla sua persona.
   6. Il medico competente visita gli ambienti di lavoro almeno due volte l'anno e partecipa alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori, i cui risultati gli sono forniti con tempestività ai fini delle valutazioni e dei pareri di competenza.

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

suddetto decreto regolamentava l'esercizio dell'attività di medico competente, estendendo la possibilità dello svolgimento della stessa a quei medici che, sino alla data di entrata in vigore del decreto, avevano esercitato la medicina del lavoro per almeno quattro anni e avessero ricevuto dall'assessorato alla sanità della Regione territorialmente competente idonea autorizzazione dopo presentazione di specifica domanda [6].

Pochi anni dopo l'emanazione del D.Lgs. 277/1991 la figura del medico competente venne ancora più puntualmente delineata nell'art. 2, c. 1, lett. *d)* del D.Lgs. 626/1994, che definiva il sanitario come "medico in possesso di uno dei seguenti titoli: 1) specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia ed igiene del lavoro o in clinica del lavoro o in igiene e medicina preventiva o in medicina legale e delle assicurazioni ed altre specializzazioni individuate, ove necessario, con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica; 2) docenza o libera docenza, in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia ed igiene del lavoro; 3) autorizzazione di cui all'art. 55 del Decreto Legislativo 15 agosto 1991, n. 277".

Risultano evidenti gli elementi di novità rispetto al D.Lgs. 277/1991: tra questi, l'ampliamento delle specializzazioni che consentono l'esercizio della funzione di medico competente e, in netta discontinuità rispetto agli orientamenti precedenti, l'assenza del vincolo, per l'attribuzione dell'incarico, della dipendenza dal Servizio sanitario nazionale; al contrario, nell'art. 17, c. 7 del D.Lgs. 626/1994 è sancito il divieto per il dipendente di struttura pubblica che esplichi attività di vigilanza di svolgere l'attività di medico competente [7].

---

6. L'art. 55 del D.Lgs. 277/1991, così espressamente recita:
   1. I laureati in medicina e chirurgia che, pur non possedendo i requisiti di cui all'art. 3, c. 1, lett. *c)*, alla data di entrata in vigore del presente decreto abbiano svolto l'attività di medico del lavoro per almeno quattro anni, sono autorizzati ad esercitare la funzione di medico competente.
   2. L'esercizio della funzione di cui al comma 1 è subordinato alla presentazione, all'assessorato regionale alla sanità territorialmente competente, di apposita domanda corredata dalla documentazione comprovante lo svolgimento dell'attività di medico del lavoro per almeno quattro anni.
   3. La domanda è presentata entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. L'assessorato alla sanità provvede entro novanta giorni dalla data di ricezione della domanda stessa.
7. Art. 7 c. 7 del D.Lgs. 626/1994: "Il dipendente di una struttura pubblica non può svolgere l'attività di medico competente qualora esplichi attività di vigilanza".

Pagine omesse dall’anteprima del volume

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

capitolo 5

ASPETTI MEDICO-LEGALI DELL'ATTIVITÀ DEL MEDICO COMPETENTE

5.1. Definizione, nosografia ed epidemiologia delle malattie professionali

Come è noto, viene definita *malattia professionale* la patologia contratta a causa e nell'esercizio del lavoro, nella quale la causa agisce in maniera prolungata nel tempo. L'elemento caratterizzante la definizione di malattia professionale è la "diluizione cronologica" con la quale agisce la noxa patogena. È altresì noto che gli eventi fisiopatologici che conducono alla malattia professionale sono: a) l'esposizione (tipo, intensità, durata); b) la suscettibilità individuale; c) l'efficienza dei meccanismi di compenso e di riparazione.

Per le noxae patogene che agiscono con *meccanismo dose-effetto* (molti agenti chimici e fisici agiscono con il descritto meccanismo), all'aumentare dell'intensità e/o della durata dell'esposizione osserveremo una progressiva ingravescenza degli effetti e, al di sotto di una certa dose (*dose soglia*) non osserveremo alcun effetto. In genere, una medesima noxa può essere in grado, a seconda dell'intensità e della durata dell'esposizione, di causare *effetti acuti* (intense esposizioni per brevi periodi di tempo) o *effetti cronici* (moderate esposizioni per più lunghi periodi di tempo); del pari, un medesimo agente lesivo può causare danni a carico di uno o più organi o apparati. Per numerosi agenti lesivi è possibile individuare un *organo bersaglio*, che, per definizione, è *l'organo che per primo subisce gli effetti lesivi dell'agente tossico*.

Per i fattori che agiscono con *meccanismo dose-risposta* (come ad

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

esempio i cancerogeni), all'aumentare dell'intensità e/o della durata dell'esposizione si osserverà un incremento dei casi di malattia; per i cancerogeni *genotossici* non esiste una soglia al di sotto della quale non si osservano effetti, anche se per esposizioni molto piccole si riduce grandemente la probabilità dell'insorgenza della malattia nel gruppo dei lavoratori esposti.

Esistono vari modi per classificare le malattie da lavoro; una prima classificazione le vede distinte in tre principali gruppi:

- **I gruppo:** contiene le classiche malattie professionali, le *tecnopatie*; si tratta di patologie causate per lo più da un unico e ben identificabile agente eziologico (malattie a *genesi unifattoriale*), che solitamente si presentano con quadri clinici patognomonici; esse, con poche eccezioni, stanno progressivamente scomparendo nella maggior parte dei Paesi industrializzati grazie alla massiccia applicazione delle misure prevenzionistiche e all'eliminazione dai cicli produttivi di molti agenti nocivi.
- **II gruppo:** appartengono a questo gruppo le cosiddette *malattie correlate al lavoro* (*work related diseases*); si tratta di patologie cronico-degenerative a *eziologia plurifattoriale* che interessano in particolar modo gli apparati cardiovascolare (ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica), respiratorio (bronchite cronica ed enfisema polmonare), digerente (ulcera peptica), nervoso (psiconevrosi) e locomotore (artrosi, discopatia, malattie dei tendini, ecc.). Specifici lavori e, dunque, specifiche esposizioni professionali possono contribuire allo sviluppo di tali patologie, anticipandone la comparsa o accelerandone e aggravandone il decorso; nel nostro come in tutti gli altri Paesi industrializzati esse sono in continuo aumento e rappresentano la principale causa di assenza dal lavoro per malattia e invalidità.
- **III gruppo:** comprende gli effetti genotossici e i danni alla funzione riproduttiva che possono essere causati da alcuni fattori di rischio professionali (come ad esempio le radiazioni ionizzanti, molti agenti chimici e alcuni agenti biologici).

Le malattie professionali possono essere classificate anche sulla base della noxa patogena *(vedi tabella 5.1)* o dell'organo interessato dal danno *(vedi tabella 5.2)*.

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

Tab. 5.1 – *Classificazione delle malattie professionali in base alla noxa patogena*

PATOLOGIE DA AGENTI CHIMICI	PATOLOGIE DA AGENTI FISICI	PATOLOGIE DA AGENTI BIOLOGICI
Patologie da metalli - saturnismo - mercurialismo - p. da cromo - p. da cadmio - p. da arsenico - ..... **P. da solventi** **Miscellanea** – ossicarbonismo – patologia da pesticidi –	**Patologia da rumore** **Patologia da vibrazioni** **Patologia da lavoro ad alta pressione barometrica** **Patologia da elettricità** **Patologia da radiazioni ionizzanti** **Patologia da radiazioni non ionizzanti** **Patologia da calore**	**Malattie infettive professionali**

Tab. 5.2 – *Classificazione delle malattie professionali in base agli apparati interessati*

Epatopatie professionali
Nefropatie professionali
Cardiovasculopatie professionali
Broncopneumopatie professionali
Dermatosi professionali
Neuropatie professionali
Emopatie professionali
.....

Sono inoltre oggetto di crescente attenzione patologie e stati di discomfort emergenti (Sacco, 2014 c), come ad esempio le malattie muscoloscheletriche da sovraccarico biomeccanico o da movimenti ripetitivi dell'arto superiore (l'ernia discale, le tendiniti dell'arto superio-

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

re, la sindrome del tunnel carpale, ecc.), il discomfort visivo (*astenopia*) e muscolo scheletrico da esposizione a videoterminali [1], le malattie e i disturbi correlati alla permanenza in edifici "malati" (*Sick Building Syndrome* [2] e *Building Related Illnesses* [3]), le patologie e i disturbi associati al lavoro a turni e notturno, la sindrome da sensibilità chimica multipla (*Multiple Chemical Sensitivity o MCS* [4]), il *burn-out*, le conseguenze delle condizioni di *mobbing*, il *karoshi* [5].

---

1. Descritta da tempo, e specialmente negli anni immediatamente successivi all'introduzione del videoterminale, la cosiddetta *Video Operator Distress Syndrome* (VODS) è caratterizzata da un complesso di segni e sintomi da affaticamento, interessanti i sistemi *oculo-visivo*, *muscolo-scheletrico* e *neuropsichico*.
2. La *Sick Building Syndrome (o sindrome dell'edificio malato)*, descritta per la prima volta dal gruppo di studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO: *Indoor air pollutants: exposure and health effects*. EURO Reports and Studies 78, 1983) presso lavoratori del terziario occupanti edifici dotati di sistemi di condizionamento dell'aria, è caratterizzata da sintomi aspecifici e comuni nella popolazione generale (mal di testa, astenia, irritazione oculare, ecc.) associati a particolari condizioni dell'ambiente interno come ad esempio l'inadeguata ventilazione, la presenza di contaminanti di natura chimica o biologica nell'aria indoor, provenienti dall'esterno e/o generati dai materiali di costruzione e di rivestimento dell'edificio. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha classificato i sintomi in quattro principali gruppi: 1) irritazione cutanea e delle alte vie respiratorie; 2) percezione di cattivi odori; 3) sintomi generali, tra i quali stanchezza, nausea, prurito; 4) sintomi irritativi delle basse vie respiratorie e del sistema gastroenterico.
3. Si tratta di malattie "correlate alle permanenza in edifici", vere e proprie patologie work-related che trovano nell'ambiente indoor la loro causa (esempio: le neoplasie indotte dalla esposizione a fumo di tabacco ambientale (il c.d. fumo passivo), le malattie allergiche causate da allergeni indoor, alcune malattie infettive che si trasmettono attraverso l'aria).
4. Si tratta di una sindrome caratterizzata da reazioni di intolleranza dell'organismo ad agenti chimici e ambientali a concentrazioni generalmente tollerate dalla maggioranza degli individui. Il tema della Multiple Chemical Sensitivity (MCS) è oggetto di acceso dibattito nella comunità scientifica che si divide tra coloro che ne sostengono l'esistenza e coloro che, invece, adducono perplessità nel riconoscerla come entità nosografica definita. L'argomento è stato affrontato per la prima volta in Italia in occasione del Simposio internazionale su Salute umana e ambiente (Salsomaggiore, 25-30 settembre, 1994). La SIML ha predisposto un documento di consenso sull'argomento (Documento di Consenso sulla Multiple Chemical Sensitivity) approvato all'unanimità nel corso del Consiglio Direttivo della Società in data 09/5/2005. L'argomento è stato successivamente discusso nel corso del 68° Congresso della SIMLII tenutosi a Parma nel 2005 (Atti del 68° Congresso Nazionale SIMLII, Parma ottobre 2005. A cura di: A Mutti, M Goldoni Temi controversi in Medicina del Lavoro pp 51-63. MUP Editore, Parma) e il documento di consenso è stato pubblicato su La Medicina del Lavoro (2006, 97:4).
5. Il termine (che letteralmente significa "morte da iperlavoro") non viene utilizzato ai fini della espressione di una diagnosi medica, ma in Giappone indica i casi di indennizzo riconosciuti a causa della morte per eventi cerebrovascolari o cardiovascolari acuti legati all'eccessivo carico di lavoro.
   Il problema ha cominciato ad assumere un certo rilievo proprio in Giappone sin dagli anni '70 ed è stato associato all'eccessivo prolungamento del turno di lavoro per oltre 11 ore al giorno che si è visto è risultato correlato con l'ipertensione arteriosa e l'arterio-

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

Un campo di ricerca ampio e in continua evoluzione è quello dei **tumori professionali**; si tratta di neoplasie causate dalla esposizione ad agenti cancerogeni presenti nell'ambiente di lavoro, in crescente aumento tra i casi di malattia professionale segnalati all'INAIL. Il dato assume una consistenza ancora più preoccupante se si pensa che i tumori professionali portati all'attenzione dell'istituto assicuratore rappresentano soltanto una parte del reale fenomeno per via delle note difficoltà di sospettarne e accertarne la relazione causale con il lavoro; si tratta in effetti di patologie indistinguibili dai tumori "comuni" che spesso si manifestano decenni dopo l'inizio dell'esposizione. Tra le neoplasie professionali ricordiamo l'angiosarcoma epatico da esposizione a cloruro di vinile monomero [(6)], il tumore nasale e dei seni paranasali da inalazione di alcuni tipi di polveri di legno, la leucemia mieloide acuta da esposizione a benzene, il cancro della vescica negli esposti ad ammine aromatiche (benzidina, 2-naftilamina e 4-aminodifenile), i tumori del polmone da esposizione a cromo esavalente, berillio, cadmio e nickel, i tumori del polmone, della cute e della vescica da esposizione a idrocarburi policiclici aromatici (IPA), ecc. Tra i fattori di rischio professionali, un ruolo di rilievo continua a essere esercitato dall'amianto, un silicato fibroso responsabile di

---

sclerosi e con l'incremento del rischio di eventi cardiovascolari fatali (Uchiyama S. *et al.*, Job strain and risk of cardiovascular events in treated hypertensive Japanese workers: hypertension follow-up group study. J Occup Health, 2005; 47: 102-111). Gli studi di letteratura hanno dimostrato che esiste una associazione tra l'eccesso di lavoro e le malattie cardiovascolari per quanto il rischio di un eccesso di eventi fatali non sia stato ancora dimostrato. Gli effetti avversi per la salute sono peraltro correlati al sesso, all'età e alla percezione dello stress. Tali osservazioni hanno indotto il governo giapponese a emanare come misura anti-karoshi (nel 2002) il divieto per i lavoratori di svolgere oltre 45 ore di lavoro straordinario per mese (Hoshuyama T.: Overwork and its health effects – current status and future approach regarding Karoshi. Sangyo Eiseigaku Zasshi, 2003; 45(5): 187-193).

6. L'emangio-sarcoma epatico è considerato un tumore antropogenerato; esso è stato osservato esclusivamente nei lavoratori professionalmente esposti a *cloruro di vinile monomero* (CVM); nei paesi industrializzati, ove i livelli di esposizione dei lavoratori si sono ridotti negli ultimi decenni di diversi ordini di grandezza, questa neoplasia non si osserva più da molti anni.
   Il CVM è un gas, materia prima per la fabbricazione del PVC, la plastica sino a qualche anno fa più comunemente impiegata. Ritenuto in un primo tempo innocuo, aveva molti usi (ad es. propellente di spray, anestetico). Negli impianti industriali era usato senza alcuna precauzione e le sue concentrazioni negli ambienti di lavoro erano molto elevate.
   Nel 1975 l'italiano Viola dimostrò che il CVM causa il tumore delle ghiandole di Zymbal nei topi. Maltoni confermò negli anni successivi la cancerogenicità animale. Nell'uomo si osserva un rischio relativo addirittura pari a 400 per l'emangio-sarcoma epatico. Il CVM viene classificato come *cancerogeno certo* dallo IARC.

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

malattie non neoplastiche (come l'asbestosi [7] e le placche pleuriche), la cui incidenza è progressivamente diminuita da quando l'amianto è stato messo al bando grazie alla L. 257/1992 e di *malattie neoplastiche*, come il mesotelioma (pleurico, peritoneale, pericardico e della tunica vaginale del testicolo), il carcinoma del polmone, il tumore del laringe e dell'ovaio, la cui incidenza, dopo un progressivo aumento, rimane tuttora stabile ma ancora piuttosto elevata.

Il fenomeno delle malattie professionali è evidentemente assai mutevole nel tempo. I dati resi disponibili dall'Inail mostrano, alla fine degli anni '80, l'elevata frequenza di alcune tecnopatie come ad esempio l'ipoacusia da rumore [8], l'asbestosi, la malattia da strumenti vibranti [9]) e la drastica riduzione – rispetto a quanto osservato negli anni '60 – di altre malattie professionali, come la silicosi e l'asma allergico.

Molto tempo è trascorso da quelle osservazioni, quando ancora il lavoratore affetto da malattia professionale veniva osservato e trattato in ambiente clinico. Da allora il fenomeno ha subito un'ulteriore trasformazione e attualmente le *tecnopatie* hanno quasi del tutto lasciato il posto alle patologie *work-related*, malattie multifattoriali a evoluzione cronica e a patogenesi degenerativa.

Sul versante assicurativo, le cosiddette "malattie non tabellate", ovvero quelle patologie per le quali spetta al lavoratore l'onere di provare il nesso causale con la lavorazione svolta, costituiscono ormai da diversi anni la componente preponderante dell'intero fenomeno tecnopatico, rappresentando attualmente la gran parte delle malattie professionali denunciate nell'industria, nei servizi e nell'agricoltura. Tra queste, quelle più frequentemente certificate dai medici (sia nell'indu-

7. L'*asbestosi* è una *pneumoconiosi collagena*, definita come *fibrosi interstiziale diffusa del polmone derivante da esposizione a polvere di amianto.* Né le caratteristiche cliniche né quelle istologiche della patologia la differenziano da quelle di altre cause di fibrosi interstiziale; pertanto, non è possibile porre diagnosi certa di asbestosi in assenza di una storia di esposizione all'amianto o della identificazione di corpuscoli di amianto o di aumentati livelli di fibre di amianto nel tessuto polmonare o nel liquido di lavaggio bronco alveolare (BAL).
8. Come è noto l'*ipoacusia da rumore* è la sordità bilaterale causata dalla prolungata esposizione a rumori di livello otolesivo; essa interessa dapprima le alte frequenze del campo tonale, per poi colpire – se persiste l'esposizione a rumore – anche le basse frequenze, limitando la capacità di comprendere la voce ordinaria di conversazione.
9. La tecnopatia è causata dal prolungato utilizzo di strumenti vibranti (martello pneumatico, ecc.) e si caratterizza per la presenza di *angiopatia* (disturbi vascolari che interessano i piccoli vasi arteriosi della cute delle dita delle mani con fenomeni di vasospasmo), *neuropatia* (disturbi neurologici del sistema nervoso periferico degli arti superiori) e *osteoartropatia* (artrosi delle articolazioni delle mani e del polso e rarefazione ossea delle ossa della mano).

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

stria, sia nell'agricoltura) sono le malattie muscoloscheletriche.

In effetti, i dati pubblicati dall'Inail nelle relazioni annuali mostrano ormai da tempo che le patologie muscoloscheletriche (tendiniti, affezioni dei dischi intervertebrali, artrosi, sindrome del tunnel carpale, patologia, quest'ultima, che l'Inail ricomprende fra le "malattie del sistema nervoso") sono le malattie professionali più frequentemente segnalate e indennizzate, seguite dall'ipoacusia da rumore e dalle malattie respiratorie; al quarto posto si attestano i tumori professionali. Il fenomeno delle patologie muscoloscheletriche è peraltro in continuo notevole aumento, considerato che i casi segnalati all'Istituto assicuratore dal 2000 ai giorni nostri sono quadruplicati. Da qualche anno vengono certificati all'Istituto anche disturbi psichici correlati al lavoro; si tratta allo stato attuale di circa 300 – 400 casi/anno.

I dati disponibili nei rapporti e nelle relazioni annuali dell'Inail mostrano che solo una parte delle malattie denunciate (tra il 30% e il 40%) viene riconosciuta. Il *gap* è molto elevato. Evidentemente, medici certificatori e Istituto seguono percorsi diversi per la diagnosi delle malattie professionali, diverse modalità di accertamento della malattia, del rischio, e del nesso causale.

Il fenomeno si mostra in aumento nel 2023 con poco più di 72.500 malattie professionali segnalate e quasi 27.500 malattie professionali riconosciute (Relazione Annuale Inail 2023, pubblicata nel 2024).

L'analisi del fenomeno tecnopatico mostra per alcune malattie professionali una significativa differenza di genere; in particolare, le malattie muscoloscheletriche, quelle del sistema nervoso (tra le quali la s. del tunnel carpale) e le malattie della pelle interessano più frequentemente le donne, mentre le malattie dell'orecchio, del sistema respiratorio e le neoplasie vengono più frequentemente denunciate dagli uomini.

5.2. L'accertamento della malattia professionale

5.2.1. Anamnesi

Anamnesi lavorativa. È il caposaldo della diagnosi di malattia professionale. Considerata la frequente aspecificità dei sintomi lamentati dal lavoratore e dei segni clinici su di esso obiettivati, la raccolta anamnestica è essenziale per la diagnosi differenziale. Per tale ragione essa deve essere condotta con estremo rigore, senza trascurare gli elementi che potrebbero poi rivelarsi essenziali a dirimere il dubbio dia-

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

gnostico. Alla base di una buona raccolta anamnestica v'è senza dubbio la conoscenza dei fattori professionali e ambientali di rischio e dei loro effetti sulla salute. La raccolta dell'anamnesi lavorativa è un atto medico complesso che richiede la attiva collaborazione del lavoratore. Questi deve fornire al medico una precisa descrizione della propria mansione e dei compiti effettivamente svolti. Tali informazioni devono essere collocate il più precisamente possibile nel tempo, onde verificarne l'associazione temporale con i sintomi. In linea generale, la raccolta dell'anamnesi professionale si svolge in due fasi successive:

1) anamnesi lavorativa "esterna": si tratta della raccolta di informazioni circa le attività professionali svolte in precedenza;

2) anamnesi lavorativa "interna": è la raccolta di notizie che riguardano le attività svolte dal lavoratore presso l'attuale azienda.

Durante tali fasi è opportuno indagare sul tipo di lavoro svolto e tenere conto della anzianità lavorativa, dei fattori di rischio presenti nell'ambiente di lavoro e dell'eventuale utilizzo di dispositivi individuali di protezione. Fa parte dell'anamnesi lavorativa la raccolta delle informazioni sull'orario, i turni e i ritmi di lavoro e le caratteristiche dell'organizzazione del lavoro. Inoltre, lo stato di salute dei colleghi di lavoro diventa importante elemento di giudizio ai fini della diagnosi differenziale. Completa la raccolta anamnestica l'indagine su eventuali stati di invalidità e la presenza di altre malattie professionali e/o l'accadimento di infortuni sul lavoro.

I dati documentali (documento di valutazione del rischio, profilo individuale di rischio, giudizio di idoneità, dati provenienti dal monitoraggio ambientale e biologico, cartella sanitaria e di rischio), quando disponibili, sono elementi preziosi per ricostruire con obiettività la storia espositiva del lavoratore.

Anamnesi fisiologica. L'indagine su esiti della visita di leva, eventuali hobby/sport praticati, storia riproduttiva (numero di figli, numero di gravidanze, parti, eventuali aborti), abitudini alimentari, consumo di alcol, abitudine al fumo di tabacco, ecc. può fornire informazioni essenziali circa lo stato di salute del soggetto.

Anamnesi patologica. Attraverso l'a. patologica remota e l'a. patologica prossima è possibile ricercare direttamente l'eventuale nesso tra la sintomatologia riferita, i segni obiettivati e l'esposizione lavorativa.

Pagine omesse dall’anteprima del volume

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

allegato E

CONTENUTI DIGITALI

Potrà scaricare gratuitamente i contenuti extra di questo volume seguendo la procedura riportata alla prima pagina del volume. Il prodotto digitale contiene una selezione di modulistica ad uso del medico competente e la principale normativa di riferimento:

MODULISTICA

- **Modulo 1** - Domanda al Ministero della Salute contenente l'autocertificazione del possesso dei titoli e dei requisiti richiesti dall'art. 38 comma 1 (medici specialisti in medicina del lavoro e autorizzati ai sensi dell'art. 55 del D.Lgs. 277/91).
- **Modulo 2** - Domanda al Ministero della Salute contenente l'autocertificazione del possesso dei titoli e dei requisiti richiesti dall'art. 38 comma 1 d-bis (sanitari delle Forze armate).
- **Modulo 3** – Lettera incarico medico competente (fac simile).
- **Modulo 4** - Scheda per la raccolta delle informazioni relative ai dati aggregati e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria (modello 3B).
- **Modulo 5** - Schema di proposta di counseling alimentare e di counseling per smettere di fumare.
- **Modulo 6** - Scheda per la visita negli ambienti di lavoro.
- **Modulo 7** - Registro dei sopralluoghi negli ambienti di lavoro.
- **Modulo 8** - Percezione agenti di rischio.
- **Modulo 9** - Dati occupazionali.
- **Modulo 10** - Modello per l'istanza della "visita su richiesta del lavoratore"
- **Modulo 11** - Scheda per la valutazione di probabile condizione di alcol dipendenza

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

– **Modulo 12** - Cartella sanitaria e di rischio (modello unico proposto dall'Autore).
– **Modulo 13** - Schema di informativa scritta sul significato della sorveglianza sanitaria e degli accertamenti specialistici prescritti.
– **Modulo 14** - Modello di richiesta di copia della cartella sanitaria e di rischio e della documentazione allegata.
– **Modulo 15** - Modello di lettera al medico curante.
– **Modulo 16** - Modello per la visita oculistica.
– **Modulo 17** - Scheda per le visite mediche prevista dall'art. 35 del D.P.R. 321/1956 (lavoro in atmosfere iperbariche).
– **Modulo 18** - Cartella sanitaria e di rischio e modelli di giudizio di idoneità previsti dalla vigente normativa per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a silice.
– **Modulo 19** - Questionario anonimo su guida di autoveicoli e stili di guida.
– **Modulo 20** - Modello Inail 5 SS-*bis* (certificato medico di malattia professionale).
– **Modulo 21** - Istanza per il prolungamento dell'attività lavorativa fino al termine dell'ottavo mese di gravidanza o sino al termine della gravidanza.
– **Modulo 22** - Schema di modello per la segnalazione agli Enti competenti della malattia professionale ai sensi dell'art. 139 del T.U.
– **Modulo 23** - Schema di modello per il referto della malattia professionale all'Autorità Giudiziaria.
– **Modulo 24** - Giudizio di idoneità alla mansione specifica.
– **Modulo 25** - Prevenzione della tubercolosi.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

– **D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124**
Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

– **D.Lgs. 23 febbraio 2000, n. 38**
Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, a norma dell'articolo 55, comma 1, della legge 17 maggio 1999, n. 144.

– **D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151**
Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

della maternità e della paternità, a norma dell'art. 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53.

– **L. 30 marzo 2001, n. 125**
Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati.

– **D.M. 11 giugno 2001 n. 488 del Ministero della Salute**
Regolamento recante criteri indicativi per la valutazione dell'idoneità dei lavoratori all'esposizione alle radiazioni ionizzanti, ai sensi dell'articolo 84, comma 7, del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230.

– **D.P.R. del 7 novembre 2001, n. 465**
Regolamento che stabilisce le condizioni nelle quali è obbligatoria la vaccinazione antitubercolare.

– **D.Lgs. 8 aprile 2003, n. 66**
Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro.

– **D.M. 15 luglio 2003, n. 388**
Regolamento recante disposizioni sul pronto soccorso aziendale, in attuazione dell'articolo 15, comma 3, del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni.

– **Provvedimento 16 marzo 2006 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, e Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano**
Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125.

– **Provvedimento 30 ottobre 2007 della Conferenza Unificata**
Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza.

– **D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81**
Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

– **D.M. 9 aprile 2008**
Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura.

– **Provvedimento 18 settembre 2008 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, e Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano**
Accordo, ai sensi dell'articolo 8, comma 2 dell'Intesa in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza, perfezionata nella seduta della Conferenza Unificata del 30 ottobre 2007.

Pagine tratte da www.epc.it - Tutti i diritti riservati

- **D.M. 11 dicembre 2009**
  Aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del testo unico approvato, con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche e integrazioni.
- **D.M. del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti 24 gennaio 2011, n. 19**
  Regolamento sulle modalità di applicazione in ambito ferroviario, del decreto 15 luglio 2003, n. 388, ai sensi dell'art. 45, comma 1, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.
- **D.M. 9 luglio 2012**
  Contenuti e modalità di trasmissione delle informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, ai sensi dell'articolo 40 del decreto legislativo 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- **D.M. 10 giugno 2014**
  Aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modifiche e integrazioni.
- **L. 22 maggio 2017, n. 81**
  Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato.

Finito di stampare
nel mese di luglio 2025
presso la Tipografia Arti Grafiche La Moderna S.r.l. - Guidonia (RM)
per conto della EPC S.r.l. Socio Unico
Via Clauzetto, 12 - 00188 Roma (RM)