



Buone pratiche condivise per la sorveglianza sanitaria efficace

PP07 - Prevenzione in edilizia e agricoltura

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2021-2025



PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2021-2025

DGR 2144/2021

Programma Predefinito (PP) 07 – Prevenzione in edilizia e agricoltura
Buone pratiche condivise per la sorveglianza sanitaria efficace

Regione Emilia-Romagna

Direzione Generale cura della persona, salute e welfare

Giuseppe Diegoli Responsabile Settore Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Mara Bernardini Responsabile Area Tutela della Salute nei Luoghi di Lavoro

Maria Teresa Cella Area Tutela della Salute nei Luoghi di Lavoro, Responsabile PP07

Gruppo di lavoro Buona pratica Sorveglianza Sanitaria Edilizia

Fabiano Filippo Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti - ANMA

Formentin Paolo Associazione Italiana di Psicologia e Medicina del Lavoro - AIPMeL

Mazza Silvia Associazione Italiana di Psicologia e Medicina del Lavoro - AIPMeL

Modenese Alberto Società Italiana di Medicina del Lavoro - SIML

Cella Maria Teresa SPSAL Ausl di Piacenza

Guidi Loredana SPSAL Ausl di Reggio Emilia

Guglielmin Antonia Maria SPSAL Ausl di Bologna

Lacava Ilaria SPSAL Ausl di Imola

Olanda Sandra SPSAL AUSL della Romagna - Ravenna

Gruppo di lavoro Buona pratica Sorveglianza Sanitaria Agricoltura

Bellet Corrado Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti - ANMA

Bernardi Stefano Associazione Italiana di Psicologia e Medicina del Lavoro - AIPMeL

Iacino Antonio Associazione Italiana di Psicologia e Medicina del Lavoro - AIPMeL

Modenese Alberto Società Italiana di Medicina del Lavoro - SIML

Cella Maria Teresa SPSAL Ausl di Piacenza

Guidi Loredana SPSAL Ausl di Reggio Emilia

Guglielmin Antonia Maria SPSAL Ausl di Bologna

Nini Donatella SPSAL Ausl di Imola

Prima edizione

Stampa: Regione Emilia-Romagna, maggio 2023

Grafica e impaginazione: tracce.com

Sommario

Ambito di applicazione	3
La sorveglianza sanitaria	3
Criteri e periodicità della sorveglianza sanitaria	4
Organizzazione della sorveglianza sanitaria	4
Idoneità Lavorativa	4
Giudizio di idoneità lavorativa specifica	5
Adempimenti medico legali	5
Referto all’Autorità Giudiziaria	5
Denuncia di malattia da lavoro al Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro dell’Azienda Sanitaria Locale	6
Certificazione INAIL	6
La Sorveglianza sanitaria in edilizia finalizzata alla protezione dei lavoratori dal rischio di lavoro in quota	7
Il rischio e la sua valutazione	8
Gli infortuni da caduta dall’alto nel settore edile	8
Le patologie e condizioni di ipersuscettibilità	9
Gli accertamenti sanitari specifici per la sorveglianza sanitaria	12
Considerazioni sull’idoneità	13
Bibliografia	13
La sorveglianza sanitaria per i lavoratori agricoli stagionali	15
Il rischio e la sua valutazione	15
Il quadro epidemiologico delle patologie correlabili al rischio	16
Le patologie e condizioni di ipersuscettibilità	17
Gli accertamenti specifici per la sorveglianza sanitaria	19
Criteri organizzativi per la semplificazione della sorveglianza sanitaria degli stagionali	19
Informazione	20
Criteri per l’emissione del giudizio di idoneità	21
Bibliografia	21
Allegati	21



Premessa

Scopo delle presenti indicazioni è supportare l'attività del medico competente (MC) fornendo indicazioni utili, in funzione dei rischi specifici e delle evidenze scientifiche, per l'efficacia e l'efficienza della propria attività, indicando modelli per una sorveglianza sanitaria, appropriata o più specifica in particolare per valorizzare il contributo dei medici competenti ai Piani Mirati di Prevenzione (PMP) e ai programmi del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 della Regione Emilia-Romagna (PRP 2021-2025).

Il tema della appropriatezza e della efficacia della sorveglianza sanitaria risulta di particolare rilievo per l'emersione delle patologie professionali e per prevenirne l'insorgenza, attraverso la puntuale valutazione delle condizioni di salute del lavoratore, l'espressione del giudizio di idoneità e la valutazione della collocazione e dei compiti lavorativi assegnati ai lavoratori. L'analisi dei dati trasmessi ai sensi dell'art. 40 all. 3B del D.Lgs. 81/08 è uno strumento utile di conoscenza della sorveglianza sanitaria.

Queste indicazioni sono condivise dai medici competenti delle associazioni territoriali rappresentative della medicina del lavoro e dai medici dei servizi PSAL che operano nel territorio della regione Emilia-Romagna, sono state predisposte mediante specifici gruppi di lavoro e sono la base per confronti strutturati con i medici competenti.

Ambito di applicazione

Le presenti indicazioni sono rivolte in particolare a supportare i piani mirati di prevenzione e comunque ad affrontare le criticità individuate nel PRP 2021-2025 nel Programma predefinito PP7 "Prevenzione in edilizia ed agricoltura" e nel Programma predefinito PP8 "Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro".

Sono sviluppati in particolare i seguenti temi:

Edilizia: sorveglianza sanitaria finalizzata alla protezione dei lavoratori che operano in altezza.

Agricoltura: sorveglianza sanitaria per i lavoratori stagionali.

Prevenzione del rischio cancerogeno professionale: sorveglianza sanitaria per esposizione a gas di scarico diesel in officine di riparazione veicoli.

Prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico: sorveglianza sanitaria per il sovraccarico biomeccanico in attività di assistenza domiciliare a persone non autosufficienti.

Prevenzione del rischio stress correlato al lavoro: il contributo del medico competente per la promozione del benessere organizzativo e prevenzione del rischio psicosociale nelle strutture residenziali di assistenza per anziani anche per le problematiche legate a possibili violenze e aggressioni.

La sorveglianza sanitaria

Il medico competente è nominato dal datore di lavoro per "effettuare la sorveglianza sanitaria" e per tutti gli altri compiti previsti dal D.Lgs 81/08. La sorveglianza sanitaria è "insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa". È il medico competente che "programma ed effettua la sorveglianza sanitaria" attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati" e la stessa comprende la "visita medica" nelle varie modalità di attivazione. Le visite mediche "comprendono gli esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio ritenuti necessari dal medico competente." L'allegato 3A individua i "contenuti della cartella sanitaria e di rischio" fra cui sono elencati l'anamnesi (lavorativa, familiare, fisiologica, patologica remota e prossima), esame obiettivo, accertamenti integrativi.

L'attivazione di un programma di sorveglianza sanitaria ha finalità essenzialmente preventive, che riguardano sia i singoli lavoratori, che il gruppo di lavoratori considerato nel suo complesso.

Le finalità, a *livello individuale*, sono:

- identificazione dei soggetti portatori di condizioni di ipersuscettibilità ai rischi presenti, al fine dell'adozione delle misure cautelative idonee per evitare l'insorgenza della patologia;
- individuazione di eventuali patologie nella fase precoce, preclinica, al fine di evitare l'aggravamento della patologia stessa;
- individuazione di soggetti con patologie conclamate, al fine di adottare le misure protettive adeguate e di procedere agli eventuali adempimenti medico legali;
- collaborazione alla individuazione di postazioni/mansioni/operazioni compatibili con lo stato di salute di lavoratori ipersensibili e portatori di patologie e monitoraggio degli interventi di reinserimento.

Le finalità, a *livello collettivo* sono:

- contributo del MC ad una più approfondita ed accurata valutazione del rischio, anche mediante il confronto con i dati di occorrenza delle patologie da lavoro e dei disturbi nei diversi gruppi di lavoratori esposti;
- bilanci di salute collettiva nelle aziende, ove è possibile (es. con almeno 50 dip), utili al fine di verificare l'efficacia degli interventi di prevenzione adottati e di programmare eventuali ulteriori interventi preventivi;
- contributo alla conoscenza delle patologie da lavoro prese in esame, con possibilità di confronti anche con altri gruppi di lavoratori. L'utilizzo dei dati collettivi permette, infatti, l'effettuazione di analisi comparative al fine di evidenziare eventuali significativi eccessi nel gruppo dei lavoratori presi in considerazione;
- contributo nelle riprogettazioni di compiti, mansioni ed attività e individuazione (con la collaborazione di tutti i soggetti della prevenzione aziendali) di adattamenti/accomodamenti ragionevoli in un'ottica di miglioramento delle condizioni di lavoro per tutti i lavoratori esposti a rischi di sovraccarico (con la finalità di includere e non escludere i soggetti più fragili).

Come per tutte le attività cliniche il percorso diagnostico si articola in anamnesi, esame obiettivo ed eventualmente accertamenti strumentali e/o esami ematochimici, logica di riferimento anche per queste linee d'indirizzo.

Criteri e periodicità della sorveglianza sanitaria

Sono sostanzialmente due i criteri che, separatamente o in combinazione tra loro, orientano la periodicità e le modalità della sorveglianza sanitaria mirata in un particolare gruppo di soggetti:

- a) esistenza di un potenziale rischio lavorativo;**
- b) prevalenza dei disturbi superiore a quella dei lavoratori non esposti.**

Organizzazione della sorveglianza sanitaria

Il MC ha il diritto-dovere di attivare (nei limiti della deontologia professionale, delle norme di legge e delle finalità della sorveglianza sanitaria) le procedure cliniche a suo parere più adeguate privilegiando se possibile esami meno invasivi. In questa sede verranno forniti degli orientamenti utili ad uniformare i criteri di comportamento e a rendere confrontabili i dati raccolti in contesti diversi.

Idoneità lavorativa

L'idoneità lavorativa esprime l'adeguatezza dell'attività lavorativa rispetto a potenziali rischi professionali ed in tal senso può essere interpretata come indicatore della presenza di uno specifico rischio del posto di lavoro, prima che espressione delle capacità del lavoratore. Pertanto, il giudizio di idoneità lavorativa specifica che il MC formula, a completamento

dell'attività di sorveglianza sanitaria ed in relazione alle mansioni svolte dai soggetti interessati, rappresenta oltreché una "misura relativa" dello stato di salute dei lavoratori esposti, una verifica delle azioni preventive messe in atto per governare la presenza di potenziali rischi professionali.

In tal senso appare fondamentale porre l'accento su un sistema di gestione delle idoneità lavorative condiviso fra gli attori della prevenzione: MC/DdL/RSPP/RLS. In aggiunta, affinché i pareri formulati risultino coerenti ed applicabili all'interno del contesto lavorativo, è necessario che siano condivisi e compresi dai diversi soggetti chiamati a gestire la risorsa rappresentata dal personale, figure identificabili nei preposti e dirigenti (capi reparto, ufficio personale/ risorse umane...) che intervengono nell'organizzazione e programmazione dell'attività sia del singolo soggetto che del gruppo dei lavoratori interessati.

Giudizio di idoneità lavorativa specifica

Il MC, a completamento degli accertamenti previsti dalla sorveglianza sanitaria, formula un giudizio di idoneità lavorativa, specifico per la mansione svolta e per ciascun lavoratore esaminato.

Tale giudizio definisce:

- a) idoneità;
- b) idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;
- c) inidoneità temporanea;
- d) inidoneità permanente.

La presenza di eventuali limitazioni comporta l'identificazione del rischio lavorativo correlato, nonché la descrizione delle occasioni (operazioni/compiti lavorativi) che, all'interno della specifica mansione svolta, devono essere precluse all'interessato e nel caso di una valenza "temporanea" la precisazione della durata di tale limitazione nel tempo.

Adempimenti medico legali

Nei casi in cui venga evidenziata e diagnosticata nel corso della sorveglianza sanitaria periodica una franca patologia di sospetta origine professionale, si determina di conseguenza la necessità di provvedere a tre tipi di adempimenti "medico legali".

Referto all'Autorità Giudiziaria

In forza degli articoli 365, 590 del Codice Penale e 334 del Codice di Procedura Penale chiunque eserciti una professione sanitaria ha l'obbligo di "referto" all'Autorità Giudiziaria o agli Ufficiali di Polizia Giudiziaria della Azienda Sanitaria Locale qualora abbia prestato la propria opera o assistenza nei casi che "possono" presentare i caratteri di un delitto, per il quale si debba procedere d'ufficio e pertanto, anche del delitto di lesione personale colposa grave o gravissima per causa di lavoro. Si ricorda che la lesione è considerata grave se ha prognosi di oltre 40 giorni o causa indebolimento permanente di un organo o di un senso. La prognosi di 40 giorni non va necessariamente intesa come assenza dal lavoro ma come effettiva durata clinica della malattia, desumibile dagli accertamenti clinici e/o strumentali che documentano la permanenza di segni o sintomi indicativi della persistenza della patologia oltre tale limite.

Denuncia di malattia da lavoro al Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro dell'Azienda Sanitaria Locale

In forza del combinato disposto dell'art. 139 del DPR 1124/65 e del D.M. 10/06/2014 (che ha aggiornato, per gli aspetti qui trattati, in modo non rilevante il D.M. 27.4.2004), è previsto l'obbligo, per qualsiasi medico, di notificare all'Organo di vigilanza (Servizio PSAL dell'Ausl competente) ed alla sede INAIL territorialmente competente tutti i casi di malattie da lavoro comprese in un apposito elenco. L'elenco in questione è costituito da una lista I, contenente malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità, dalla lista II, contenente malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità e dalla lista III, contenente malattie la cui origine lavorativa è possibile.

L'obbligo di denuncia ai sensi dell'articolo 139 del DPR 1124/65 e dell'articolo 10 del D.Lgs 38/2000, prevede che il medico trasmetta la denuncia al Registro Nazionale delle malattie da lavoro gestito dall'INAIL e alla Azienda Sanitaria Locale competente.

Certificazione INAIL

Il decreto legislativo n. 151 del 14 settembre 2015 ha introdotto l'obbligo di invio esclusivamente per via telematica del primo certificato di malattia professionale all'INAIL. L'invio del primo certificato (art. 53 DPR 1124/65 come modificato dall'articolo 21 comma 1 del D.LGS. 151/2015) assolve all'obbligo di denuncia all'INAIL, previsto dall'articolo 139 del DPR 1124/65 e dall'articolo 10 del D.Lgs 38 del 2000.

Da ultimo si evidenziano alcune note di rilievo in merito agli adempimenti medico legali:

- le procedure sopra indicate si applicano limitatamente ai casi nei quali è disponibile una diagnosi clinica suffragata da riscontri oggettivi, evitando certificazioni, denunce o referti basati esclusivamente o prevalentemente sui disturbi soggettivi;
- a tal fine il medico competente deve provvedere ai necessari approfondimenti clinico - diagnostici negli esposti a rischio evitando di indurre il lavoratore a ricorrere in alternativa al medico di medicina generale e/o a patronati;
- i provvedimenti medico-legali di cui sopra, devono essere assunti in tutti i casi in cui è ragionevole presumere la presenza di cause o concause professionali;
- i provvedimenti possono essere assunti anche per lavoratori dimessi o che hanno abbandonato l'occupazione a rischio stante la possibile persistenza della patologia anche a distanza di tempo dalla cessazione dell'esposizione al rischio;
- la certificazione di malattia va trasmessa all'INAIL per il riconoscimento dell'inabilità temporanea (analogamente a quanto già avviene nei casi di abnorme assorbimento di metalli e solventi) in caso di astensione temporanea dal lavoro a causa di patologie da sovraccarico biomeccanico lavoro-correlate.

La sorveglianza sanitaria in edilizia finalizzata alla protezione dei lavoratori dal rischio di lavoro in quota

L'articolo 41, comma 1, lettera a) del D.Lgs 81/08 prevede che la sorveglianza sanitaria venga effettuata dal medico competente nei casi previsti dalla normativa vigente e dalle indicazioni fornite dalla Commissione consultiva di cui all'articolo 6. La normativa in materia di igiene e sicurezza del lavoro non prevede l'obbligo di sottoporre i lavoratori a sorveglianza sanitaria qualora adibiti a lavori in quota.

Tale rischio, infatti, non compare tra quelli specificamente normati dal D.Lgs 81/08, quali movimentazione manuale di carichi, sovraccarico biomeccanico degli arti superiori, rumore, vibrazioni, rischio chimico e cancerogeno, né è presente nell'elenco delle attività a rischio per le quali è prevista la sorveglianza sanitaria finalizzata alla verifica di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti.

Il lavoro in quota è citato al punto 10 ("lavoratori addetti ai comparti della edilizia e delle costruzioni e tutte le mansioni che prevedono attività in quota, oltre i due metri di altezza") dell'allegato 1 dell'Intesa 16 marzo 2006 "*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*".

La sola presenza in tale elenco non è, tuttavia, condizione sufficiente a determinare l'obbligo di sorveglianza sanitaria (previsto dall'articolo 41, comma 4, del D.Lgs 81/08), come precisato nelle indicazioni contenute negli Orientamenti regionali per Medici Competenti della Regione Emilia-Romagna, secondo i quali la verifica dell'assenza di alcol dipendenza deve avvenire solo per i lavoratori già sottoposti a visite mediche perché esposti a rischi professionali per i quali vige l'obbligo di sorveglianza sanitaria.

Poste queste considerazioni, va osservato che di norma, in relazione all'esposizione agli altri rischi specificamente normati (movimentazione manuale di carichi, sovraccarico biomeccanico degli arti superiori, rumore, vibrazioni, rischio chimico e cancerogeno ecc.), gran parte dei lavoratori del comparto delle costruzioni è soggetta alla sorveglianza sanitaria.

In questi casi, pertanto, si ritiene che il medico competente debba tenere conto anche della presenza di eventuali condizioni cliniche o precliniche emerse dagli accertamenti effettuati, che possono rappresentare una condizione di aumentata suscettibilità e quindi costituire elementi fondamentali di giudizio nella protezione dei lavoratori dal rischio di lavoro in quota. La letteratura scientifica ha evidenziato infatti che il rischio di infortunio, in particolare legato a lavori in quota, può raddoppiare o aumentare del 50% in lavoratori affetti da alcune patologie, quali diabete, epilessia, malattie psichiche, ipoacusia, nell'assunzione di farmaci sedativi, nonché in lavoratori cardiopatici.

Per i lavoratori che sono esposti solo al rischio di lavoro in quota vale quanto previsto dall'articolo 18, comma 1, lettera c del D.Lgs 81/08 secondo il quale il datore di lavoro, nell'affidare i compiti ai lavoratori deve "*tener conto delle loro capacità e condizioni in rapporto alla loro salute e sicurezza*": in assenza di un obbligo di sorveglianza sanitaria tale mandato si intende soddisfatto con la scrupolosa adozione di tutte le misure di prevenzione e protezione individuate nella valutazione dei rischi, nonché garantendo efficaci attività di informazione, formazione e addestramento.

Infine, va sottolineato che la sorveglianza sanitaria è prevista anche qualora il lavoratore ne faccia richiesta e il medico competente la ritenga correlata ai rischi lavorativi (art.41, comma 1, lettera b) D.Lgs 81/08).

Di tale possibilità il datore di lavoro deve informare adeguatamente il lavoratore.

Il rischio e la sua valutazione

Si intende per lavoro in quota un'attività lavorativa che espone il lavoratore al rischio di caduta da un'altezza minima di 2 m rispetto ad un piano stabile (art. 107 del D.Lgs 81/08). Le attrezzature utilizzate per i lavori in quota possono essere scale, impalcati, passerelle, funi. Il campo di applicazione della norma viene specificato dall'art. 105 del D.Lgs 81/08, il quale stabilisce che quanto disposto in materia di sicurezza per i lavori in quota deve essere rispettato in caso di:

- costruzione, demolizione, riparazione, manutenzione e risanamento di stabili o strutture;
- trasformazione, rinnovamento o smantellamento di opere fisse, sia permanenti che temporanee, comprese le linee e gli impianti elettrici;
- scavi, montaggio e smontaggio di elementi prefabbricati utilizzati per la realizzazione di lavori edili o di ingegneria civile;
- opere stradali, ferroviarie, idrauliche, marittime, idroelettriche, di bonifica, sistemazione forestale e di sterro.

I rischi dei lavoratori impiegati in lavori in quota possono essere:

- **Caduta dall'alto:** caduta dall'alto in seguito alla perdita di equilibrio del lavoratore e/o all'assenza di adeguate protezioni (collettive o individuali).
- **Sollecitazioni trasmesse al corpo dall'imbracatura:** nella fase di arresto della caduta le decelerazioni devono essere contenute entro i limiti sopportabili senza danno del corpo umano.
- **Sospensione inerte del lavoratore:** nel lavoro su fune, la sospensione inerte, a seguito di perdita di coscienza, può indurre la cosiddetta "patologia causata dalla imbracatura", che consiste in un rapido peggioramento delle funzioni vitali in particolari condizioni fisiche e patologiche. Per ridurre il rischio da sospensione inerte è fondamentale che il lavoratore sia staccato dalla posizione sospesa al più presto.
- **Oscillazione del corpo con urto contro ostacoli (effetto pendolo):** quando esiste il rischio di caduta, può accadere che il lavoratore, sottoposto al cosiddetto "effetto pendolo", possa urtare contro un ostacolo o al suolo.

Per l'esecuzione dei lavori in altezza devono essere adottate tutte le misure previste, ivi compresa la scelta di attrezzature più idonee a garantire e mantenere condizioni di lavoro sicure (art.111 D.Lgs 81/08).

I dispositivi di protezione collettiva hanno la funzione di ridurre o eliminare il rischio di caduta dall'alto. Quando dall'esito della valutazione del rischio permangano rischi residui, deve essere previsto oltre all'uso di protezioni collettive anche l'uso di sistemi di protezione idonei per l'uso specifico, composti da diversi elementi, non necessariamente presenti contemporaneamente, conformi alle norme tecniche (art.115 del D.Lgs 81/08).

I dispositivi di protezione anticaduta sono dispositivi di terza categoria, è pertanto obbligatoria la formazione e l'addestramento (art. 77, comma 4, lettera h) e comma 5) lettera a) del D.Lgs 81/08).

Gli infortuni da caduta dall'alto nel settore edile

Nel settore delle costruzioni, dal 2015 al 2019 si registra una media di 4.914 infortuni denunciati all'anno di cui 4.298 in occasione di lavoro e di questi ultimi 1.281 con esito definito "grave" ovvero mortale o con postumi permanenti uguali o superiori all'1% e/o durata dell'inabilità temporanea superiore a 40 giorni. Nello stesso periodo, ovvero nel 2019 rispetto al 2015, gli infortuni denunciati sono diminuiti del 9%. L'anno 2020, particolare in quanto interessato dalla pandemia e dalle conseguenti interruzioni delle attività produttive, presenta una significativa riduzione degli infortuni denunciati che sono 3.579.

Tra le cause che hanno determinato gli infortuni gravi la caduta dall'alto (anche collegata allo sprofondamento) è ancora particolarmente rilevante, rappresentando il 12,6% dei casi, accanto ad altre tipologie di caduta conseguenti a movimento su superfici pericolose: 10,2% passo falso, torsione di gamba o caviglia, scivolamento; 9,8% scivolamento o inciampo con caduta allo stesso livello; 8,6% movimenti scoordinati, gesti intempestivi o inopportuni.

Limitando l'analisi storica agli infortuni mortali avvenuti in regione nel periodo 2015-2018 (InforMo), si rileva come le cadute dall'alto rappresentino circa il 22% degli infortuni mortali nei luoghi di lavoro e il settore maggiormente colpito sia quello delle costruzioni con il 50% degli eventi accaduti, seguito dall'agricoltura con circa il 30% dei casi.

Il "luogo" in cui si verificano più frequentemente le cadute dall'alto è il "cantiere" - con circa il 50% degli incidenti registrati - ed in particolare da "tetti o coperture" (41,6%), da attrezzature per lavori in quota quali scale portatili, trabattelli, ponteggi

(25%), da parti di edificio quali terrazzi, parapetti, aperture (16%).

L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche della popolazione lavorativa del settore costruzioni coinvolta nel fenomeno infortunistico mostra che gli infortuni interessano prevalentemente soggetti di sesso maschile, in linea con la distribuzione per sesso degli occupati; la fascia di età maggiormente coinvolta è quella 45-54 anni (34,6% sul totale); la nazionalità è prevalentemente italiana (79,4%) seguita da quella albanese (5,5%), marocchina (3,0%) e romena (2,8%) per citare le più rappresentative.

Le patologie e condizioni di ipersuscettibilità

Alcune condizioni cliniche sono in grado di incidere negativamente sulla capacità lavorativa e sul rischio aggiuntivo di incorrere in un evento infortunistico ed anche sul rischio di caduta/precipitazione da varia altezza.

Le patologie più frequentemente chiamate in causa sono le malattie vascolari (cerebrali, cardiache, periferiche); il diabete; malattie neurologiche periferiche o centrali; le morbosità psichiche di varia natura; l'utilizzo abituale di alcuni farmaci che possono interferire con la soglia di veglia e di attenzione; deficit di organi di senso (sordità, deficit visivi gravi) e, infine, l'obesità. Da ricordare anche la condizione di dipendenza da alcol o sostanze psicotrope o stupefacenti.

Di seguito si riportano alcune delle condizioni di ipersuscettibilità.

Patologie dell'equilibrio

Le vertigini sono un sintomo, piuttosto che una condizione patologica. In genere, sono provocate da problemi dell'equilibrio che coinvolgono il funzionamento dell'orecchio interno, ma possono anche essere determinate da problemi che insorgono in alcune parti del cervello.

Esistono due tipi di vertigini, note come periferiche e centrali a seconda della causa. La vertigine periferica è il tipo più comune ed è causata da una alterazione dell'orecchio interno, mentre la vertigine centrale è determinata da problemi in una parte del cervello, ad esempio il cervelletto o il tronco cerebrale.


Tra le cause di vertigini periferiche più comuni vi sono la vertigine posizionale parossistica benigna e la Sindrome di Ménière. La vertigine posizionale parossistica benigna si caratterizza per brevi episodi di vertigini che durano circa 15-30 secondi, provocati dai cambiamenti di posizione della testa. Si ritiene che si scateni quando gli otoliti, si spostano verso la parte posteriore e interna del canale auricolare. Gli attacchi di vertigini possono essere ripetuti e, spesso, sono accompagnati da nausea, sebbene il vomito sia raro. Durante questo tipo di vertigini gli occhi si muovono in modo ritmico e incontrollabile (nistagmo).

La Malattia di Ménière colpisce l'orecchio interno. Un episodio tipico può iniziare con una sensazione di pressione nell'orecchio, con la percezione di ronzii (acufeni) e con diminuzione dell'udito, seguiti da vertigini gravi, spesso accompagnate da nausea e vomito. Gli episodi di vertigini possono durare due o tre ore e ripetersi nel tempo, intervallati da lunghi periodi di benessere.

Patologie cardiovascolari

Particolare rilievo assumono in questo ambito le patologie cardiovascolari, per le quali il rischio di disabilità improvvise con possibili conseguenze negative sulla sicurezza del lavoratore e/o di terzi può essere rilevante per la elevata probabilità di eventi acuti improvvisi di natura ischemica/anginosa, aritmica, ipertensiva e/o ipotensiva, cerebrovascolare che seppur transitoriamente potrebbero costituire la causa iniziale dell'evento infortunistico, e quindi anche di caduta dall'alto.

È stato stimato che dopo l'evento infartuale cardiaco, il tasso d'insorgenza di insufficienza cardiaca congestizia ed ictus sia da 3 a 6 volte superiore rispetto a quello della popolazione generale. I meccanismi che possono predisporre all'insorgenza di ictus in tali condizioni sono variabili, si ritiene infatti che nella maggior parte dei casi, gli episodi acuti siano di natura cardio-embolica derivanti da anomalie cardiache (atriali e ventricolari), si pensi ad esempio alla formazione di trombi murali come fonte di embolia, chiaramente possibile anche un meccanismo aterotrombotico legato alla contemporanea sussistenza di stenosi aterosclerotiche cerebrovascolari avanzate.



Oltre alla cardiopatia ischemica vanno ricordate la sindrome di WPW (Wolff-Parkinson-White), la sindrome di Brugada e la sindrome del QT lungo che ugualmente possono determinare un rischio di perdita di coscienza con conseguenze sulla sicurezza dei lavoratori o di terzi.

Diabete

Il diabete è una malattia molto comune. In Italia circa 3 milioni di persone hanno avuto una diagnosi di diabete e accanto a questi si stima che un altro milione e mezzo abbia la malattia senza saperlo (SID).

L'aumento della glicemia è l'alterazione biochimica che svolge un ruolo importante nella genesi delle complicanze acute e croniche, altre alterazioni metaboliche sono rappresentate da dislipidemia, ipertensione arteriosa (90% dei casi), oltre a trombofilia, infiammazione cronica. Sono complicanze acute del diabete la chetoacidosi nel diabete tipo 1 e la sindrome iperosmolare non chetosica nel diabete tipo 2. Tali complicazioni, per quanto abbastanza rare, sono temibili perché mettono a repentaglio la vita del paziente. Un'altra complicanza acuta del diabete, tanto più frequente quanto più il paziente è trattato in maniera intensiva, è l'ipoglicemia. Una severa ipoglicemia, nel soggetto fragile e con altre malattie, può risultare fatale. Le complicanze croniche sono rappresentate da danni a vari organi e tessuti. Danni più o meno gravi, sono osservabili nell'occhio (retinopatia), nel rene (nefropatia), nei nervi (neuropatia), nelle arterie (vasculopatia) e nel cuore (cardiopatia), ma anche in altri organi e tessuti. Da questo punto di vista il diabete può essere definito una malattia sistemica.

Nella maggioranza dei casi il diabete mellito non rappresenta una controindicazione assoluta allo svolgimento dell'attività lavorativa in quota, purché sia presente un buon compenso glico-metabolico conseguito grazie ad idoneo programma terapeutico (ipoglicemizzanti orali e/o insulina, dieta ed esercizio fisico).

La complessità della patologia diabetica, la presenza di complicanze ed i differenti interventi terapeutici impongono comunque un'approfondita valutazione delle singole situazioni patologiche rapportate alle attività e alle condizioni lavorative in cui il soggetto diabetico si trova ad operare.

Anche se "Una persona affetta da diabete, trattato o non trattato con insulina, dovrebbe essere in grado di svolgere qualsiasi impiego per il quale essa sia qualificata" (American Diabetes Association - ADA - Position Statement 2016) tra le condizioni ostative all'idoneità specifica al lavoro in quota viene indicato il diabete in mediocre compenso o con storia di crisi ipoglicemiche ripetute.

Epilessia

È una delle malattie neurologiche più frequenti che colpisce circa l'1% della popolazione italiana (500.000 persone circa), caratterizzata da sintomi che vanno da una improvvisa sospensione della coscienza a crisi convulsive localizzate o generalizzate. Nei periodi intercritici il lavoratore appare in buone condizioni di salute e spesso, in assenza di una attenta ricostruzione anamnestica, è difficile sospettare la malattia. Per le forme lievi e per quelle in compenso farmacologico non occorre intervenire con particolari limitazioni nel formulare il giudizio di idoneità lavorativa. Deve essere attentamente valutata l'idoneità al lavoro in altezza nelle forme scarsamente compensate o che richiedono importanti interventi terapeutici.

Sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS)

È riportato in letteratura come lavoratori che dormono in modo scorretto abbiano un rischio due volte più alto di avere un infortunio sul lavoro.

La sonnolenza, infatti, non determina solo il classico «colpo di sonno», ma anche una riduzione della capacità di mantenere la concentrazione, di valutare il rischio, un aumento del tempo di reazione al pericolo, una maggiore propensione alla disattenzione, situazioni tutte che possono comportare un maggior rischio di infortunio.

Tra le diverse patologie del sonno riveste particolare rilievo la sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS), che si associa frequentemente ad una eccessiva sonnolenza diurna. Tale sindrome si caratterizza per la presenza di russamento abituale (tutte le notti) e persistente (da almeno 6 mesi), pause respiratorie nel sonno riferite dai familiari, risvegli con sensazione di soffocamento, sonnolenza diurna e cefalea mattutina.

L'OSAS, per i meccanismi fisiopatologici che si innescano, si associa frequentemente ad altre patologie come obesità, diabete tipo 2, ipertensione arteriosa farmaco-resistente (richiedente l'associazione di più farmaci), patologie cerebrovasco-

lari, deficit della memoria e dell'attenzione, cardiopatie, broncopneumopatie, influenzandone l'evoluzione e la prognosi.

Consumo di alcolici

L'alcol rappresenta un fattore di rischio per la salute essendo una sostanza tossica, cancerogena, psicoattiva e induttiva di una dipendenza.

L'alcol può determinare effetti a breve o a lungo termine su vari organi e apparati, anche a basse dosi, e l'utilizzo prolungato di alcol può aumentare il rischio di sviluppare varie patologie più o meno gravi.

L'alcol è una sostanza tossica, con una elevata capacità di indurre dipendenza. Inoltre, in particolari contesti lavorativi, l'interazione con solventi, pesticidi, metalli ed altri fattori quali rumore, basse temperature e stanchezza, aumenta il rischio di sviluppare malattie professionali.

Gli effetti acuti dell'alcol si manifestano a carico del sistema nervoso centrale e sono dose-dipendenti. Se infatti a basse dosi si manifestano stati di euforia e perdita dei freni inibitori, alterazione della coordinazione motoria e della capacità di ragionamento, ad alte dosi prevale l'azione depressiva (Tabella 1).

Tabella 1 – Valori di alcolemia ed effetti indicativi sul sistema nervoso centrale:

Alcolemia (g/l)	Effetti sul SNC
0,2-0,4	Lieve euforia, loquacità, lieve incoordinazione motoria ed eventuale moderata riduzione della capacità di giudizio e dell'attenzione
0,5-0,8	Aggravamento dell'incoordinazione motoria, riduzione della capacità percettiva, ulteriore riduzione della capacità di giudizio, tendenza alla guida pericolosa
0,8-1,0	Sopravvalutazione delle proprie capacità di reazione ed evidente ritardo nei tempi di reazione
1,0-2,0	Instabilità emotiva, alterazione della memoria, perdita della capacità di giudizio, atassia (incoordinazione motoria), disartria (difficoltà nell'articolazione della parola)
2,0-4,0	Ubriachezza profonda, confusione mentale, disorientamento, apatia, marcate alterazioni percettive, midriasi (dilatazione della pupilla), vomito, incontinenza, incapacità di mantenere la stazione eretta
4,0-5,0	Alcolemia potenzialmente letale: coma, ipotermia, ipoventilazione

Per tali motivi l'alcol può esporre a forti rischi di incidenti o infortuni, anche in conseguenza ad un singolo o occasionale episodio di consumo, spesso erroneamente valutato come non rischioso per la salute.

Gli accertamenti sanitari specifici per la sorveglianza sanitaria

Considerando che il medico competente vede i lavoratori del settore edile - ed ha quindi già predisposto un protocollo sanitario mirato - per i rischi che determinano l'obbligatorietà della sorveglianza sanitaria, si ritiene che gli elementi che emergono dagli accertamenti sanitari indicati vadano valutati nell'ottica di ricercare le eventuali ipersuscettibilità al lavoro in quota.

Eventuali ulteriori accertamenti integrativi dovranno essere scelti dal medico competente sulla scorta dei risultati emersi, per i casi dubbi o meritevoli di approfondimento.

Gli elementi che sono di rilievo nella ricerca di condizioni potenzialmente in grado di aumentare il rischio di caduta per i lavoratori che operano in quota comprendono:

Visita medica

1. accurata anamnesi fisiologica che indaghi la presenza di eventuali disturbi del sonno, abitudini voluttuarie (in particolare assunzione di alcolici, sostanze psicotrope e stupefacenti) e assunzione di farmaci (ad esempio antiepilettici, antiaritmici, psicofarmaci, ipoglicemizzanti, etc.);
2. anamnesi patologica ed esame obiettivo mirato ai disturbi neurologici. Andranno in particolare indagati il raggiungimento e mantenimento della stazione eretta; la deambulazione; la forza, il trofismo e il tono muscolare;
3. anamnesi patologica ed esame obiettivo volti ad indagare eventuali patologie dell'udito e disturbi dell'equilibrio, con effettuazione delle prove vestibolari (prova di Romberg, esame del nistagmo);
4. determinazione della acuità visiva per lontano, con utilizzo della tavola optometrica;
5. anamnesi patologica prossima e remota ed esame obiettivo dell'apparato cardiovascolare.

L'utilizzo di questionari anamnestici mirati e di schede di rilevazione delle patologie possono rendere espliciti e confrontabili nel tempo gli elementi di attenzione.

In particolare, si raccomanda l'utilizzo:

- Audit C per la rilevazione dei consumi a rischio di alcol
- Scala di Epworth, considerata una delle migliori metodiche per la valutazione della sonnolenza e, in casi selezionati, il questionario di AIMS destinato ad una valutazione più ampia dei disturbi del sonno
- Carta del rischio cardiovascolare, utilizzabile su donne e uomini di età compresa fra 40 e 69 anni che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari. Serve a stimare la probabilità di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia
- Questionario per la rilevazione dei disturbi vascolari e nervosi agli arti inferiori

Accertamenti integrativi alla visita medica

Gli accertamenti diagnostici a corredo della visita medica già presenti nei protocolli sanitari mirati ad altri fattori di rischio, quali la spirometria e l'audiometria, si considerano appropriati alla valutazione delle rispettive funzioni d'organo al fine di individuare gravi insufficienze che potrebbero essere condizioni critiche per l'idoneità al lavoro in quota.

Altri accertamenti aggiuntivi, da inserire solo per i casi che il medico competente ritiene vadano approfonditi, comprendono:

- Esami di laboratorio: esame emocromocitometrico comprensivo di conta piastrinica, transaminasi e gamma GT sieriche, colesterolemia, trigliceridemia, creatininemia, glicemia a digiuno, esame urine
- Transferrina decaroidrata (CDT), che riflette l'assunzione dell'alcol nelle due settimane precedenti e che aumenta con un consumo medio di 50-80 gr die per 7 giorni
- ECG soggetti di età superiore ai 50 anni e per quelli con patologie cardiovascolari pregresse/strumento standardizzato per la rilevazione di segni e sintomi cardiologici per tutti a periodicità annuale
- Determinazione dell'acuità visiva per lontano, con tavola optometrica con periodicità biennale

Ovviamente le condizioni dubbie per patologia vestibolare, neurologica, presenza di rischio coronarico (sulla base della

contemporanea presenza di più fattori di rischio quali fumo, sovrappeso, spiccate turbe del metabolismo lipidico e glicidico, ipertensione e anomalie del ritmo cardiaco); OSAS; abuso alcolico; necessitano di valutazioni specialistiche di secondo livello, con eventuale invio a centri specializzati, a discrezione del medico competente e in base alla sua necessità di confronto con gli specialisti al fine della determinazione dell'idoneità alla mansione che prevede lavoro in quota.


Considerazioni sull'idoneità

Le seguenti patologie sono da considerare con particolare attenzione ai fini dell'idoneità specifica ad attività lavorativa in quota con sistemi di accesso e posizionamento su funi:

- tutte le gravi insufficienze d'organo, comunque determinate;
- grave obesità (BMI > 40);
- le alterazioni del senso dell'equilibrio e le turbe della coordinazione motoria, l'epilessia (vedi linee guida in bibliografia) e le alterazioni dello stato di coscienza (di natura organica e/o psichica);
- le forme gravi di ipertensione arteriosa non controllata dalla terapia farmacologica;
- gli episodi sincopali;
- le aritmie cardiache (malattie del nodo del seno con blocco seno atriale, disturbi dell'eccitabilità atriale, turbe del ritmo giunzionale, blocchi A-V, turbe dell'eccitabilità ventricolare, sindrome W.P.W.); le coronaropatie e le valvulopatie emodinamicamente rilevanti;
- le patologie del circolo periferico arterioso, e venoso, quali tromboflebiti e gravi patologie del plesso emorroidario (legate prevalentemente all'uso delle imbracature che se indossate in modo scorretto possono peggiorare la patologia progressa);
- linfedemi importanti e varicocele (rischio di peggioramento legato all'uso scorretto di imbracature);
- l'asma non controllata dalla terapia farmacologica;
- pneumotorace con evidenza di distrofia bollosa del parenchima;
- le forme gravi di reumoartropatie e di osteoartrosi;
- il diabete in mediocre compenso o con storia di crisi ipoglicemiche ripetute (vedi linee guida in bibliografia);
- la Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno non controllata mediante trattamento con ventilazione notturna (CPAP, Continuous Positive Airway Pressure) e misure comportamentali (significativo calo ponderale, variazioni del decubito, etc.).

Bibliografia

1. Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 – Regione Emilia-Romagna, DGR n. 2144 del 20/12/2021
2. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Interpello n.2/2022: Interpello ai sensi dell'articolo 12 del d.Lgs n. 81/2008 e successive modificazioni, in merito all' "obbligo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex art. 18 comma 1 lettera c) ed art. 41 Dlgs 81/08 e smi". Seduta della Commissione del 20 ottobre 2022
3. Cannistraro V; Canal E; Tedeschi N; Petracca M; Fanfulla F; La Manna A; Scafa F; Candura SM. "Sindrome delle apnee notturne ed idoneità alla mansione" *Atti 75° Congresso Nazionale Società Italiana Medicina Lavoro Igiene Industriale, 2012, Vol. 34 (3, suppl. 2) pp. 129-131*
4. *Coordinamento tecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro "Linee guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ai lavori temporanei in quota con impiego di sistemi di accesso e posizionamento mediante funi"* ultima versione del 03 ottobre 2007
5. D'Ovidio C, Rosato E, Rossi P, Carnevale A. "Casi osservati di morte per precipitazione di lavoratori cardiopatici: Review della letteratura medico-legale sui fattori di rischio" *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali - fascicolo n. 1/2015*
6. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, ISPSEL "Linea guida per il lavoro temporaneo in quota con l'impiego di sistemi di accesso e posizionamento mediante funi" Settembre 2003
7. Ministero della Salute Decreto 3 febbraio 2016 "Indirizzi medico-legali da osservare per l'accertamento dell'idoneità alla guida dei soggetti affetti da disturbi del sonno da apnee ostruttive notturne, o sospettati di essere affetti da tale malattia."
8. Rastenyte Daiva et al. "Long-term risk of stroke after a first-ever myocardial infarction" in *Medicina*, 2002; Vol. 38, No. 5
9. Regione Emilia Romagna "Orientamenti regionali per medici competenti in tema di prevenzione, diagnosi e cura dell'alcol dipendenza" novembre 2009

- 
10. Regione Lombardia, Decreto N. 5408 del 19.06.2012 *Linee guida regionali per la sorveglianza sanitaria in edilizia: Aggiornamento del decreto direttore generale della Giunta Regionale 31 ottobre 2002 N. 20647*
 11. Regione Lombardia, Decreto N. 1819 del 5.3.2014 *Linee guida per l'utilizzo di scale portatili nei cantieri temporanei e mobili*
 12. Roscelli F; Spaggiari MC. "Un questionario sui disturbi del sonno per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori" *G Ital Med Lav Erg* 2008; 30:3, Suppl, 10-18
 13. SIMLII "Linee guida per la valutazione del rischio e la sorveglianza sanitaria in edilizia", Pavia 2008
 14. SIMLII - Diabete Italia "Diabete e lavoro. Documento di consenso" Nuova Editrice Berti, anno 2014
 15. Regione Toscana: "Alcol e lavoro: scegli la sicurezza...più sai meno rischi!"
 16. Epicentro ISS - Alcohol prevention day XIII edizione 2014: "alcol e lavoro"
 17. Ministero della salute: decreto 30 luglio 2008, allegato 1 "tabelle tasso alcolemico"
 18. IARC (1988). Alcohol drinking. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum*, 44:1-378. PMID:3236394;
 19. Baan R, Straif K, Grosse Y *et al.*; WHO IARC Monograph Working Group (2007). Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol*, 8:292-293. [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(07\)70099-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(07)70099-2) PMID:17431955
 20. IARC (2010). Alcohol consumption and ethyl carbamate. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum*, 96:1-1428. PMID:21735939)
 21. LICE - "L'occupazione delle persone con epilessia - position paper per la condivisione delle direttive e buone pratiche di integrazione, mantenimento e supporto lavorativo per le persone con epilessia e loro familiari"

La sorveglianza sanitaria per i lavoratori agricoli stagionali

La sorveglianza sanitaria in agricoltura presenta due tipologie di applicazione:

1. lavoratori a tempo indeterminato che sono esposti a rischi per i quali vi è l'obbligo di sorveglianza sanitaria secondo quanto previsto dall'art. 41, comma 1 del D.Lgs 81/08;
2. lavoratori stagionali e a tempo determinato rientranti nell'art. 3 comma 13, del D.Lgs 81/08 che usufruiscono delle misure di semplificazione contenute nel Decreto Ministeriale del 27.03.2013 modificato, proprio con riferimento alla sorveglianza sanitaria, dalla legge n. 27 del 24.04.2020 di conversione del D.L. n.18 del 17 marzo 2020.

Per i lavori non esposti a rischi – indipendentemente dal tipo di contratto – non corre l'obbligo di sorveglianza sanitaria. Il D.Lgs 81/08 all'art. 3 comma 13 riporta la necessità di emanare disposizioni per semplificare l'attività di informazione, formazione e sorveglianza sanitaria *"...limitatamente alle imprese del settore agricolo che impiegano lavoratori stagionali ciascuno dei quali non superi le 50 giornate lavorative"*.

Il comma 13 ter dell'art. 3 del D.Lgs 81, inserito a seguito della L. 98 del 9.8.13, prevede di definire con ulteriore Decreto le misure di semplificazione degli adempimenti relativi all'informazione, formazione, valutazione dei rischi e sorveglianza sanitaria per le imprese agricole, con particolare riferimento a lavoratori a tempo determinato e stagionali e per le imprese di piccole dimensioni.

Con questo aggiornamento la semplificazione della valutazione dei rischi è stata estesa a tutti i lavoratori e alle piccole imprese agricole.

È con il Decreto Interministeriale del 27 marzo 2013 che si sono definite le modalità semplificate di sorveglianza sanitaria e di formazione per lavoratori stagionali con rapporto di lavoro per un numero di giornate non superiore a 50 nella stessa azienda addetti a lavorazioni generiche e semplici e lavoratori occasionali di cui all'art. 48 e seguenti del D.Lgs 81/2015.

Per tali lavoratori, il decreto prevedeva l'effettuazione di una visita medica preventiva a validità biennale, valida anche in caso di cambio del datore di lavoro, con esonero dell'obbligo di sopralluogo da parte del medico competente qualora la sorveglianza sanitaria avvenga nell'ambito di convenzioni tra aziende, con enti bilaterali e con le Aziende Sanitarie.

Il comma 2-sexies dell'art. 78 del D.L. n.18 del 17 marzo 2020 coordinato con la legge di conversione n. 27 del 24/04/2020 modifica la validità della visita medica da biennale ad annuale, prevede che la semplificazione operi in presenza di lavoratori a tempo determinato e stagionali a prescindere dal numero di giorni di lavoro prestati, mentre rimangono valide le altre previsioni (esonero da obbligo di sopralluogo, validità della visita anche in caso di cambio di datore di lavoro).

Il rischio e la sua valutazione

Le disposizioni di semplificazione definite con il Decreto Interministeriale del 27 marzo 2013 ed a seguito della ulteriore successiva modifica operata dalla L. 27 del 24/04/2020, prevedono, *limitatamente a lavorazioni generiche e semplici non richiedenti specifici requisiti professionali*, di effettuare una visita medica preventiva a validità annuale, valida anche in caso di passaggio ad altra impresa agricola in presenza di lavorazioni che presentano i medesimi rischi.

Nel caso in cui la sorveglianza sanitaria da parte del medico competente avvenga in presenza di una convenzione tra gli Enti Bilaterali e gli organismi paritetici, le imprese agricole e i lavoratori aderenti al sistema di bilateralità, è previsto l'esonero dall'obbligo di sopralluogo da parte del medico.

Le lavorazioni generiche e semplici, non richiedenti specifici requisiti professionali, che vengono svolte dai lavoratori agricoli a tempo determinato o stagionali, sono quelle di raccolta di frutta e verdura, attività per lo più effettuate nel periodo compreso tra la primavera e l'autunno.

Nel lavoro di raccolta i rischi maggiormente rappresentati sono la movimentazione manuale di carichi ed i movimenti ripetitivi, radiazioni solari, microclima e per i quali i dati di letteratura evidenziano un rischio.

Si sottolinea che le lavorazioni che prevedono la guida di macchinari o l'utilizzo di prodotti chimici fanno perdere alla lavorazione svolta la qualifica di "generica e semplice, non richiedente specifici requisiti professionali", portandola quindi fuori dal campo di applicazione del decreto interministeriale.

Al fine di valutare la sussistenza dell'obbligo di sorveglianza sanitaria per i lavoratori a tempo determinato o stagionali, che lavorano - e pertanto sono esposti a rischio - per un periodo limitato nel corso dell'anno, particolare rilievo assume una corretta valutazione del rischio che dovrà stabilirne l'entità in base alla tipologia colturale e alle diverse fasi di attività.

Anche per la valutazione del rischio, l'art. 3 comma 13-ter del D.Lgs 81/08 prevede l'emanazione di un decreto interministeriale contenente procedure semplificate applicabili per le aziende agricole che impiegano lavoratori a tempo determinato e/o stagionali e per le imprese di piccole dimensioni.

La ripetitività delle lavorazioni agricole e il fatto che esse presentino caratteristiche assai simili, tali da portare, per alcune di esse, all'individuazione dei medesimi pericoli, rischi e misure di prevenzione e protezione, consente di applicare efficacemente le procedure di semplificazione al processo di valutazione.

Possono essere utilmente prese a riferimento schede di valutazione degli indici di sollevamento e degli indici di sovraccarico biomeccanico relative ad alcune attività agricole presenti in letteratura.

Per i gravi effetti alla salute che ne possono derivare, nella valutazione e nelle conseguenti misure di prevenzione devono essere presi in considerazione anche altri rischi, per i quali non vige l'obbligo di sorveglianza sanitaria, quali le posture incongrue, le condizioni climatiche e l'esposizione a radiazioni solari.

Il quadro epidemiologico delle patologie correlabili al rischio

Nel periodo 2015-2019 i casi di malattia professionale riconosciuti in agricoltura rappresentano il 32,1 % del totale regionale pur avendo subito una riduzione del 15% nel quinquennio.

Interessano prevalentemente soggetti di sesso maschile (76%) e di età più avanzate: il 39% ha un'età compresa fra i 55 e i 64 anni, a seguire il 32% con età superiore ai 64 anni. Coerente con il dato relativo alla nazionalità prevalente degli occupati - italiana al 98% - il 99% delle malattie professionali riconosciute interessa lavoratori italiani.

Il gruppo di patologie più rappresentate è riferito all'apparato muscoloscheletrico con oltre l'87% dei casi riconosciuti, seguito dalle ipoacusie (10%). Entrando nel dettaglio, le entesopatie periferiche e sindromi similari rappresentano la maggioranza con il 45,6% dei casi, seguite dai disturbi dei dischi intervertebrali (27,5% dei casi).

I casi di tumore riconosciuti nell'intero periodo sono 49, pari al 2,15% del totale delle malattie professionali riconosciute, di questi 1/3 (33 casi) sono rappresentati da tumori della cute, inoltre sono stati riconosciuti 2 casi di melanoma. Infine, le patologie riconosciute a carico dell'apparato respiratorio sono nell'ordine di pochi casi, così come le dermatopatie ed è presente 1 solo caso di Morbo di Parkinson, patologia per la quale si sta evidenziando una correlazione con l'esposizione a pesticidi.

Anche per il 2020, in regione Emilia-Romagna, il trend di malattie professionali riconosciute in agricoltura è in diminuzione (761 denunce contro 1480 dell'anno precedente). Il primato rimane alle patologie osteomuscolari in quanto sul totale delle malattie denunciate (761 denunce pari al 19,2% del totale di malattie professionali denunciate in regione) il 78% (594 denunce) riguarda le suddette patologie. All'interno della categoria si attestano al primo posto le patologie a carico del rachide (162 casi) seguite da quelle a carico dell'arto superiore (77 casi) e arto inferiore (13 casi). Seguono poi le malattie del sistema nervoso periferico (84 denunce pari al 2,12% di cui 79 casi pari al 94% sono riferiti a sindrome del tunnel carpale) e le ipoacusie da rumore (61 denunce pari al 1,54%). I casi di tumore sono 10, pari allo 0,3%, di cui più della metà (6 casi) sono rappresentati da tumori della cute. Inoltre, sono stati riconosciuti 2 casi di mesotelioma. Rari i casi di patologie a carico dell'apparato respiratorio, 1 caso, così come per le dermatopatie, 2 casi.

A livello nazionale, i dati tratti dagli archivi Banca Dati Statistica di INAIL, aggiornata al 31/10/2021, evidenziano che nel quinquennio le malattie professionali sono state codificate come patologie a carico del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo per ben il 75,6% dei casi. Tra queste il 50% sono relative a patologie a carico della colonna vertebrale mentre, tra i disturbi dei tessuti molli, oltre il 65% è rappresentato da lesioni alla spalla che, con 6.958 casi, rappresenta la patologia più frequente (oltre il 24% dei casi totali). Seguono le malattie del sistema nervoso, 17,6%, la cui quasi totalità è rappresentata dalle sindromi da tunnel carpale (4.686 casi su 4.942 complessivi), e le ipoacusie, 4,7%. I tumori, con 286 casi nei 5 anni, rappresentano l'1% del complesso dei casi.

Le patologie e condizioni di ipersuscettibilità

Patologie da rischio biomeccanico

Le attività agricole, anche laddove le operazioni sono altamente meccanizzate, comportano numerose e diverse mansioni che implicano movimentazione manuale dei carichi, movimenti ripetuti, posture incongrue, utilizzo di attrezzature vibranti e possono causare negli agricoltori malattie dell'apparato muscolo-scheletrico, incluse tendiniti e sindromi del tunnel carpale. In agricoltura le principali lavorazioni generiche e semplici che possono comportare un rischio per la schiena sono la movimentazione di sacchi di terriccio, sementi, concime, prodotti fitosanitari, lo spostamento balle di fieno, la raccolta di frutta e ortaggi da terra e il relativo stoccaggio (con movimentazione di sacchi, ceste, cassette o bins).

Tutte queste attività – in particolare se non svolte in condizioni ergonomicamente accettabili – portano ad un significativo incremento dei casi di dolore lombare e alla colonna, ma anche a discopatie ed ernie discali, in particolare del tratto lombare. Inoltre, non di rado, a parità di peso movimentato, l'agricoltore è esposto a rischi aggiuntivi per le condizioni in cui le attività sono svolte (terreni sconnessi o non pianeggianti, posizioni incongrue, impegno asimmetrico).

La movimentazione di carichi può anche causare danni al sistema mano-braccio, in particolare alla cuffia dei rotatori e anche all'arto inferiore, in particolare alle anche.

Le principali attività che possono comportare un rischio per gli arti superiori e inferiori sono le operazioni di potatura, legatura delle viti, raccolta manuale e cernita della frutta e della verdura.

Patologie da radiazioni solari

Nei luoghi di lavoro che prevedono mansioni svolte all'aperto l'esposizione a Radiazione Solare (RS) costituisce un fattore di rischio per i lavoratori. Le componenti della RS che giungono sulla superficie terrestre e che hanno degli effetti per la salute dei lavoratori esposti si collocano nell'intervallo di spettro elettromagnetico della radiazione ottica che comprende le tre bande spettrali: ultravioletta (UV), visibile ed infrarossa (IR).

Tutte le attività di coltivazione e di raccolta che avvengono in campo aperto, la frutticoltura, la floricoltura, l'orticoltura ecc. comportano un elevato rischio di esposizione a radiazioni solari.

Gli effetti sanitari avversi riconosciuti sono prevalentemente a carico della cute e degli occhi e possono essere con insorgenza sia a breve termine (effetti acuti) che a lungo termine (effetti cronici): questi ultimi sono dovuti a esposizioni protratte anche per anni, non infrequenti nei lavoratori con mansioni all'aperto. Tra gli effetti a lungo termine va sottolineato che la radiazione solare è stata classificata già dal 1992 nel Gruppo 1 degli agenti cancerogeni per gli esseri umani dall'International Agency of Research on Cancer (IARC), agenzia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) deputata alla valutazione di cancerogenicità di sostanze, agenti e circostanze di esposizione. Tale valutazione è stata riconfermata nel 2012.

Gli effetti acuti a livello della cute sono rappresentati da eritema solare, induzione o esacerbazione di quadri clinici nei soggetti affetti da fotosensibilità (fotodermatosi), fotodermatiti da agenti fototossici, dermatiti foto allergiche da contatto, immunosoppressione.

Gli effetti a lungo termine a livello della cute sono rappresentati dalla cancerogenicità e dal fotoinvecchiamento (cheratosi attinica). La RS è un cancerogeno certo per l'uomo (gruppo 1 IARC). Può infatti causare sia carcinomi (ovvero epitelomi) baso-cellulari (BCC) e squamo-cellulari (SCC) sia il melanoma maligno (MM).

La suscettibilità individuale è molto variabile. A scopi principalmente medico preventivi, sono stati proposti vari metodi per classificare le persone in funzione della fotosensibilità. Uno dei più noti è certamente quello di Fitzpatrick (Fitzpatrick TB, 1975).

Classificazione dei fototipi in funzione della suscettibilità alla luce solare secondo Fitzpatrick		
Fototipo	Sensibilità agli UV	Comportamento in conseguenza dell'esposizione solare
I	Molto Elevata	Si scotta sempre con facilità, non si abbronzia mai
II	Elevata	Si scotta sempre con facilità, si abbronzia poco
III	Media	Si scotta sempre moderatamente, si abbronzia gradualmente
IV	Scarsa	Si scotta minimamente, si abbronzia sempre e con rapidità
V	Minima	Raramente si scotta, si abbronzia intensamente con rapidità
VI	Nulla	Non si scotta mai, sempre intensamente pigmentato

Gli effetti di tipo acuto a livello dell'occhio comprendono la fotocongiuntivite e la fotocheratite. A livello retinico il quadro clinico acuto è quello della maculopatia fototossica (interessa la macula, area centrale della retina deputata alla visione distinta) correlata perlopiù ad osservazione diretta della luce solare.

Effetti di tipo cronico a livello dell'occhio comprendono la pinguecola, lo pterigio, la cataratta, e i rarissimi carcinomi squamo-cellulari della cornea e della congiuntiva (equivalenti a livello delle cellule epiteliali della superficie oculare del carcinoma squamocellulare della cute), per i quali l'associazione con l'esposizione cronica ad UV solari è dimostrata, ed il melanoma oculare.

Le malattie causate da radiazioni solari (cheratosi attiniche, epiteliomi cutanei delle sedi fotoesposte, altre malattie causate dalla esposizione professionale alle radiazioni solari) sono riportate nel Decreto Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 9 aprile 2008 "Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura".

Patologie da clima caldo

I lavoratori agricoli stagionali sono particolarmente esposti a problemi di salute correlati al caldo in quanto effettuano un lavoro fisico pesante con un ritmo di lavoro intenso in ambienti aperti, dove vi può essere esposizione diretta al sole. A queste condizioni frequentemente si associano uno scarso consumo di liquidi/impossibilità di procurarsi da bere e pause di recupero insufficienti.

Diverse sono le condizioni patologiche che si possono manifestare nel lavoro all'aperto in condizioni climatiche estreme, quali il collasso da calore, i crampi da calore, la sincope da calore e il colpo di calore.

Revisioni sistematiche della letteratura epidemiologica disponibile evidenziano, inoltre, che l'incremento della temperatura media e l'aumento della frequenza ed intensità delle ondate di calore possono determinare un aumento del rischio di infortunio sul lavoro. Il meccanismo viene ricondotto ad una minore capacità di rispondere agli stimoli e ai pericoli imprevisti e ad un aumento della disattenzione e della deconcentrazione dovute al caldo. I lavoratori di età inferiore ai 25 anni sono maggiormente soggetti ad infortunarsi in presenza di situazioni climatiche estreme in conseguenza di una molteplicità di fattori, fra i quali lo svolgere mansioni che richiedono un maggior sforzo fisico, l'aver avuto un training inadeguato sulle misure di sicurezza e le minori competenze rispetto ai lavoratori più anziani. Si assocerebbe inoltre una minor propensione a riconoscere il rischio da esposizione ad alte temperature e ad utilizzare misure preventive.

Le patologie cardiovascolari e respiratorie possono rappresentare condizioni di ipersuscettibilità, così come l'obesità e le malattie metaboliche, l'abuso di sostanze, farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale e patologie neurologiche (come ad esempio la sclerosi multipla).

Pur non rappresentando di per sé situazioni di inidoneità alla mansione, vanno attentamente indagate nel corso della visita medica, così come vanno attentamente valutate le condizioni di salute dei lavoratori di età più avanzata.

Di concerto con gli Enti della bilateralità vanno incentivate le imprese a mettere a punto misure di prevenzione del rischio attraverso modifiche organizzative dell'attività, ad esempio mediante variazione degli orari di lavoro si da evitare le ore più calde della giornata, l'introduzione di pause in ambiente ombreggiato, e attraverso la messa a disposizione di acqua e di DPI quali copricapo a falda larga, guanti, occhiali o visiere, tute da lavoro e altri dispositivi a seconda della mansione ricoperta.

Gli accertamenti specifici per la sorveglianza sanitaria

La normativa attuale, riportata nel paragrafo che segue nei suoi elementi fondamentali e specificamente rivolti al settore agricolo, prevede che i lavoratori stagionali e a tempo determinato siano sottoposti a sorveglianza sanitaria con visita annuale.

Nell'ambito di questo accertamento il medico competente si troverà a valutare l'idoneità in termini ampi, compatibili con le diverse lavorazioni che lo stagionale potrà incontrare nell'arco del periodo di validità della visita.

Per rispondere a criteri di appropriatezza e di efficacia è opportuno che la visita medica si focalizzi soprattutto su determinati elementi:

1. anamnesi fisiologica volta ad indagare la presenza di eventuali abitudini voluttuarie (in particolare assunzione di alcolici, sostanze psicotrope e stupefacenti) e assunzione di farmaci (ad esempio antiaritmici, ipoglicemizzanti...);
2. anamnesi patologica ed esame obiettivo mirato ai disturbi muscolo-scheletrici a carico del rachide e degli arti superiori e inferiori (vedi schede allegate);
3. anamnesi patologica volta a rilevare eventuali fattori di rischio, costituzionali ed acquisiti, per le neoplasie cutanee ed esame obiettivo della cute, necessario per valutare la presenza di alcuni fattori di rischio individuali (fototipo, fenotipo, familiarità, pregressi tumori della cute, numero e tipo di nevi) ed eventuali lesioni precancerose e/o cancerose nella fase il più iniziale possibile in modo da intervenire precocemente con gli atti medici dovuti, inclusi gli adempimenti medico legali del caso. L'esame della cute sarà quindi mirato alla valutazione dei nevi, degli elementi di foto-invecchiamento precoce o di lesioni sospette, con particolare attenzione alle sedi fotoesposte;
4. anamnesi patologica prossima e remota, nonché familiare, volta a rilevare eventuali patologie oculari del lavoratore o familiari e di altre condizioni di particolare suscettibilità per gli organi bersaglio;
5. anamnesi patologica prossima e remota ed esame obiettivo dell'apparato respiratorio;
6. anamnesi patologica prossima e remota ed esame obiettivo dell'apparato cardiovascolare;
7. anamnesi patologica prossima e remota ed esame obiettivo mirato ai disturbi neurologici;
8. anamnesi allergologica volta ad identificare eventuali patologie allergiche (orticaria, asma allergico, rinite allergica), dermatite atopica e la presenza di allergie al veleno di insetti;
9. verifica del livello di copertura antitetanica ed eventuale vaccinazione.

Nei soggetti di età superiore ai 50 anni e per quelli con patologie cardiovascolari pregresse può essere opportuno valutare l'effettuazione di un elettrocardiogramma.

L'utilizzo di questionari anamnestici mirati e schede di rilevazione delle patologie ha l'obiettivo di rendere espliciti e confrontabili nel tempo gli elementi di attenzione.

Al termine degli accertamenti è auspicabile che sia rilasciata al lavoratore documentazione contenente gli esiti riscontrati, anche in modo schematico come allegato (Scheda sanitaria di sintesi Lavoratori agricoli stagionali), con la raccomandazione di conservarla e presentarla alla visita successiva.

Ovviamente il medico competente ha anche l'obbligo di trasmettere telematicamente sul portale dell'INAIL i dati collettivi aggregati all. 3B previsto all'art. 40 del D.Lgs 81/08.

Ogni datore di lavoro è tenuto ad acquisire copia dell'idoneità del lavoratore.

Criteri organizzativi per la semplificazione della sorveglianza sanitaria degli stagionali

Secondo i dati ISTAT contenuti nel 6° censimento svolto nel 2010 il 94% delle aziende agricole dell'Emilia-Romagna è a conduzione diretta e il 6% circa a conduzione con salariati.

La maggior parte della popolazione agricola presente nel territorio regionale è rappresentata da lavoratori autonomi, coltivatori diretti e collaboratori familiari, per i quali non vige l'obbligo di sottoporsi a sorveglianza sanitaria, ma relativamente ai rischi propri delle attività svolte e con oneri a proprio carico, è prevista la facoltà di beneficiare della sorveglianza sanitaria secondo le previsioni di cui all'articolo 41, fermi restando gli obblighi previsti da norme speciali (art. 21, comma 2, lettera a) del D.Lgs 81/08).

Nei periodi di raccolta è frequente che le aziende si avvalgano della presenza di lavoratori stagionali.

L'organizzazione della sorveglianza sanitaria presenta quindi una serie di difficoltà e può essere di difficile attuazione per ogni singola impresa, considerata la necessità di organizzare in tempi stretti un sistema di sorveglianza sanitaria che risponda ai bisogni anche di grandi numeri di lavoratori, con inizio del rapporto di lavoro concentrato in breve arco di tempo, con la difficoltà anche di effettuare la visita preventiva all'atto dell'assunzione.

Allo scopo di facilitarne la realizzazione, si possono ipotizzare diverse soluzioni:

- la singola azienda gestisce attraverso il proprio medico competente anche la sorveglianza sanitaria dei lavoratori stagionali;
- l'attività è svolta con il sostegno degli Enti della Bilateralità.

Per garantire ai lavoratori l'effettuazione della visita di sorveglianza sanitaria ed ai medici competenti un contesto organizzativo strutturato, può essere adottata la strategia, prefigurata nel DM del 27.03.2013, ripreso nella L. n.27 del 24/4/2020 che prevede la stipula di convenzioni tra Aziende ed Ente Bilaterale e tra questi ed i medici competenti.

Andrà particolarmente curata l'attività di informazione e formazione dei datori di lavoro perché adibiscano i lavoratori alle rispettive attività solo dopo aver effettuato la visita preventiva.

Informazione

Non esistono dati ufficiali sugli infortuni mortali avvenuti a seguito di esposizioni a condizioni microclimatiche estreme durante l'effettuazione di attività agricole, né sul fenomeno infortunistico "da calore" in generale. Alcuni spunti di riflessione, tuttavia, ci giungono dalla cronaca, senza tralasciare il fatto che l'esposizione a calore eccessivo può rappresentare un fattore concausale anche nell'ambito di infortuni apparentemente riconducibili ad altre cause (ad es. in caso di incidenti con mezzi di trasporto od in caso di cadute). Oltre al caldo intenso, l'esposizione a radiazione solare porta con sé i cancerogeni raggi ultravioletti, responsabili di cheratosi attiniche ed epitelomi cutanei, malattie professionali riconosciute. Nell'ultimo triennio, la banca dati statistica INAIL rileva per il settore agricolo 73 denunce di tumori cutanei (escludendo i melanomi) nel 2019, 35 nel 2020 e 39 nel 2021. Le cheratosi attiniche denunciate sono state 68 nel 2019, 19 nel 2020 e 28 nel 2021 (da Banca Dati Statistica INAIL, <https://bancadaticsa.inail.it/>)

La visita medica rappresenta l'occasione per informare i lavoratori sui rischi a cui potrebbero essere esposti e sulle misure di prevenzione da adottare; andranno anche fornite tutte le informazioni necessarie su comportamenti a rischio sia sul lavoro che fuori dell'ambito lavorativo e sulla pratica dell'auto-esame della cute.

Il medico potrà dare indicazioni generiche ai lavoratori, tra le quali:

- bere in abbondanza acqua fresca a prescindere dallo stimolo della sete per prevenire la disidratazione;
- alimentarsi con cibi ricchi di sali minerali (frutta e verdura) e poveri di grassi;
- evitare bevande alcoliche e gassate;
- rinfrescarsi di tanto in tanto bagnandosi con acqua fresca;
- non lavorare da soli, se possibile.

Nei lavori all'aperto:

- non lavorare a torso nudo, ma indossare abiti chiari e leggeri, e un copricapo leggero;
- usare copricapo a falda larga e indumenti leggeri e traspiranti; sconsigliati cappello con sola visiera (non protegge collo e nuca) e indumenti a maniche corte o pantaloni corti;
- riposarsi in zone ombreggiate e fresche, aumentando la frequenza delle pause in caso di affaticamento;
- utilizzare repellenti cutanei a uso topico sulla cute scoperta, compreso il cuoio capelluto (per prevenire puntura da zanzara).

A tale scopo si rendono disponibili materiali informativi elaborati dalla regione Emilia-Romagna che possono essere consegnati al lavoratore al termine della visita medica di sorveglianza sanitaria (vedi schede allegate).

Criteria per l'emissione del giudizio di idoneità'

Ai fini della emissione del giudizio di idoneità nel caso di lavoratori agricoli stagionali è opportuno che il medico competente non si basi sulla valutazione dei rischi di una singola azienda, ma che valuti l'idoneità in termini più ampi, compatibili con le diverse lavorazioni che lo stagionale potrà incontrare nell'arco del periodo di validità della visita.

Le condizioni di cui tenere conto ai fini dell'espressione nel giudizio di eventuali prescrizioni e/o limitazioni sono rappresentate da quelle medesime condizioni di ipersuscettibilità che vengono indagate durante la visita medica:

- disturbi muscolo-scheletrici a carico del rachide e degli arti superiori e inferiori;
- eventuali fattori di rischio per neoplasie cutanee ed eventuali lesioni precancerose e/o cancerose;
- patologie oculari;
- patologie dell'apparato respiratorio;
- patologie cardiovascolari;
- disturbi neurologici;
- patologie allergiche (orticaria, asma allergico, rinite allergica), dermatite atopica e allergie al veleno di insetti.

Bibliografia

1. Avviso Comune Recante indicazioni per l'attuazione dell'art. 3, c. 13, del D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81, 16 settembre 2011. **Confagricoltura, Coldiretti, Cia, Fedagri-Confcooperative, Legacoop-Agroalimentare, Agci-Agrital e Flai-Cgil, Fai-Cisl, Uila-Uil**
2. Colosio C et al. "Linee guida per la sorveglianza sanitaria in agricoltura" SIMLII 2013
3. Coordinamento Tecnico per la sicurezza nei luoghi di lavoro delle Regioni e delle Province autonome Gruppo Tematico Agenti Fisici - Indicazioni operative per la prevenzione del rischio da Agenti Fisici ai sensi del Decreto Legislativo 81/08 - Rev. 01 anno 2021
4. Coordinamento Tecnico per la sicurezza nei luoghi di lavoro delle Regioni e delle Province autonome - Sottogruppo sorveglianza sanitaria del Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura: "La sorveglianza sanitaria in Agricoltura e Selvicoltura: procedure semplificate e prospettive organizzative ed operative per i lavoratori stagionali" - agosto 2016
5. INAIL - Le Malattie Professionali nel settore agricoltura - 2021
6. INAIL - Schede di rischio da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori nei comparti della piccola industria, dell'artigianato e dell'agricoltura - 2012
7. Peruzzi M, Gobbi M, Ferro B, Dolci S, Gaburro I, Florio A. "Il rischio da sovraccarico biomeccanico in agricoltura: dalla valutazione del rischio alle misure di prevenzione e buone prassi ergonomiche" febbraio 2013
8. Bonafede M, Marinaccio A, Asta F, Schifano P, Michelozzi P, Vecchi S. "The association between extreme weather conditions and work-related injuries and diseases. A systematic review of epidemiological studies" Ann Ist Super Sanità 2016 | Vol. 52, No. 3: 357-367
9. Regione Emilia-Romagna - Comitato Regionale di Coordinamento ex Art. 7 D.Lgs 81/08 "La prevenzione del rischio da stress da calore negli ambienti di lavoro" dicembre 2021
10. Regione Veneto - Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei luoghi di lavoro - Strumenti di supporto per la valutazione dei rischi nelle attività stagionali in Agricoltura - Anno 2020
11. Regione Veneto Buone pratiche ergonomiche in agricoltura edilizia e selezione dei rifiuti - Dicembre 2016
12. www.prevenzioneagricoltura.it

Allegati

- Scheda sanitaria di sintesi Lavoratori agricoli stagionali
- Infografica colpo di calore



Blank white space for content.



Allegato - Scheda sanitaria di sintesi Lavoratori agricoli stagionali

<p>Dott.</p> <p><i>Medico Competente per il Controllo Sanitario dei lavoratori agricoli esposti a rischi professionali</i></p> <p>Studio:</p>	<p>SCHEDA SANITARIA DI SINTESI</p> <p><u>LAVORATORI AGRICOLI</u></p> <p><u>STAGIONALI</u></p>
--	--

Lavoratore Nato il a

Azienda Agricola: Data di assunzione.....

Precedenti esposizioni lavorative rilevanti _____

ANAMNESI FISILOGICA

- Nulla di rilevante
- Da segnalare _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

- Nulla di rilevante
- Da rilevare _____

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

- Soggettivo benessere
- Criticità riferite _____

ESAME OBIETTIVO

- Non rilievi patologici
- Da segnalare _____

GIUDIZIO DI IDONEITA'

- IDONEO
- Idoneo con prescrizioni/limitazioni _____

Data visita

Medico Competente: Dott.....

Da conservare a cura del lavoratore e da esibire solo al medico competente alla visita successiva

PREVIENI IL COLPO DI CALORE!

Segui queste indicazioni quando lavori all'aperto



Adopera un copricapo possibilmente a falda larga
non lavorare a capo scoperto



Indossa abiti leggeri e traspiranti di colore chiaro,
non lavorare a torso nudo



Riposa in zone ombreggiate e fresche
aumenta le pause in caso di affaticamento



Rinfrescati di tanto in tanto bagnandoti con acqua



Evita, se possibile, di rimanere da solo



In caso di malessere sospendi il lavoro, avvisa i colleghi
e spostati in un luogo fresco



Chiedi informazioni per imparare a riconoscere i sintomi
da esposizione a calore

colpo di sole



crampi da calore



esaurimento da calore



colpo di calore



Per approfondimenti





