

Regione Umbria

Deliberazione della Giunta Regionale 22 dicembre 2014, n. 1722

"Linee di indirizzo e standard di qualità per la sorveglianza sanitaria": approvazione

[B.U.R. 28 gennaio 2015, n. 6](#)

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta della Presidente Catuscia Marini;

Preso atto:

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal dirigente competente;
- c) della dichiarazione del dirigente medesimo che l'atto non comporta oneri a carico del bilancio regionale;
- d) del parere favorevole del direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il regolamento interno di questa Giunta;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- 1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta dell'assessore, corredati dei pareri prescritti dal regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
- 2) di approvare il documento "Le modalità di collaborazione alla valutazione e gestione del rischio in azienda" allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
- 3) di stabilire che il Servizio Prevenzione sanità veterinaria e sicurezza alimentare dovrà garantire la massima diffusione del documento ai medici competenti attraverso le loro rappresentanze, alle rappresentanze datoriali, sindacali, agli ordini e collegi professionali;
- 4) di inserire nel nuovo Piano regionale della prevenzione 2014-2018 un progetto per sperimentare e validare un set di indicatori che verranno utilizzati dai Servizi PSAL della USL Umbria 1 e Umbria 2 per l'attività di vigilanza;
- 5) di pubblicare il presente atto nel *Bollettino Ufficiale* della Regione.

La Presidente
MARINI

(su proposta della Presidente Marini)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: **"Linee di indirizzo e standard di qualità per la sorveglianza sanitaria": approvazione.**

In occasione del workshop dal titolo "Lavoro e salute: ancora un tema attuale?" che si è tenuto a Perugia il 26 e il 27 giugno del 2013, nell'ambito della Commissione che ha trattato l'argomento "La salute dei lavoratori: il ruolo del medico competente tra sorveglianza sanitaria e promozione della salute", medici competenti, imprenditori, consulenti, operatori della vigilanza e gli stessi lavoratori si sono confrontati sulle criticità rispetto all'attività di sorveglianza sanitaria, intesa nel senso più ampio.

Le considerazioni emerse in quell'occasione sono state la base per la stesura di un manifesto programmatico, approvato dalla Giunta regionale con DGR 1138/2013, che dedicava una specifica scheda a tale tematica. Fra i diversi obiettivi esplicitati nel manifesto, vi era quello di mettere in campo azioni per il miglioramento della qualità della sorveglianza sanitaria. A tal fine, i Servizi PSAL della regione hanno prodotto un documento che, oltre a precisare il ruolo del medico competente e i suoi ambiti di competenza, propone un set di indicatori di effettività e di efficacia per valutare l'attività dei medici competenti al di là della mera verifica del rispetto della norma fornendo uno strumento utile all'attività di vigilanza.

Il documento è stato quindi presentato ai rappresentanti delle tre associazioni dei medici competenti (SIMLII, ANMA, CONAMECO) e successivamente è stato illustrato ai medici competenti del territorio invitati dalle stesse Associazioni ad una riunione, che si è tenuta il 19 giugno 2014 presso la sede della Regione. Il documento è stato revisionato secondo le indicazioni ricevute ed è allegato al presente atto (allegato 1 - "Linee di indirizzo e standard di qualità per la sorveglianza sanitaria").

Tali indicatori verranno validati attraverso un percorso di sperimentazione che verrà formalizzato in un progetto del nuovo Piano regionale di Prevenzione 2014-2018 in un campione di 100 aziende del territorio con il coinvolgimento dei medici competenti aziendali, per giungere alla definizione di uno strumento utile all'attività di vigilanza svolta sul territorio umbro.

Si propone pertanto alla Giunta regionale:

Omissis

(Vedasi dispositivo deliberazione)

Allegato 1
Linee di indirizzo e standard di qualità per la sorveglianza sanitaria

I complessi e profondi mutamenti del mondo socio produttivo intervenuti nell'ultimo trentennio, tra le altre cose, hanno drasticamente modificato i bisogni preventivi dei lavoratori e tra questi anche quelli inerenti il controllo medico. Sostanzialmente scomparsi, infatti, alcuni contesti di rischio che hanno caratterizzato il nostro paese fino agli anni 80, si sta delineando una nuova realtà dove i temi degli effetti, anche cancerogeni, legati alle microesposizioni protratte e/o reiterate, ai rischi di natura biomeccanica, allo stress lavoro correlato, alle interazioni tra vita e lavoro, stanno emergendo come questioni importanti e come tali largamente percepite dai lavoratori.

Di ciò, peraltro, fornisce ampia dimostrazione l'andamento delle stesse denunce di malattia professionale INAIL relative agli ultimi decenni, dove accanto ad una più o meno forte riduzione di alcune tradizionali patologie (silicosi, asbestosi, intossicazioni, ipoacusie..) ed ad una sostanziale stazionarietà di altre (malattie respiratorie, della pelle, sistema nervoso...), è apprezzabile una crescente emersione di patologie dell'apparto muscolo scheletrico e, sebbene con minor entità, di neoplasie e di malattie psichiche e da stress lavoro correlato ed un tale mutamento non può non investire anche la Sorveglianza Sanitaria (SS) dei lavoratori ed il suo principale interprete e cioè il Medico Competente (MC), chiamato a rispondere anche a queste nuove esigenze preventive.

Da qui la necessità anche di rivedere i profili di applicazione dell'obbligo di "Controllo Sanitario dei Lavoratori" di cui all'art. 15, lettera I, DL 81/08 e che trovano nella Sorveglianza Sanitaria di cui agli artt. 2 e 41 e negli obblighi del MC di cui all'art. 25, i principali momenti attuativi.

Lo spartiacque è certamente costituito dall'art. 41 c. 1 del D.Lvo 81/08; articolo che riconduce l'applicazione della SS a due ambiti: quello in cui (lettera a) la misura di tutela sia **"..prevista dalle norme vigenti o dalle indicazioni fornite dalla Commissione.."** e quello in cui (lettera b)

"..il lavoratore ne faccia richiesta.."

. Prescindendo da quest'ultimo caso, di interpretazione relativamente agevole, è evidente come una lettura dell'art. 41 c.1, lettera a) coerente con le finalità preventive della norma e con il suo dettato complessivo, possa prefigurare che il MC abbia la potestà, sulla base della Valutazione dei Rischi e delle proprie conoscenze scientifiche, nonché a norma dell'art. 20 comma 2 lett. i, di proporre al DL ed al lavoratore un'attività di sorveglianza sanitaria anche in situazioni di rischio non espressamente normate dall'art. 41. In tal caso, sarà cura del MC informare adeguatamente il lavoratore su significato, finalità e possibili conseguenze di tali SS, in modo da consentire al lavoratore stesso di esprimere un convinto consenso informato, ovvero di rifiutare, sulla base del principio costituzionale di autodeterminazione, di sottoporsi agli accertamenti proposti dal MC. In questa occorrenza, il DL potrà avvalersi dell'art. 5 della legge 300/1970, richiedendo alla ASL la valutazione dell'idoneità del proprio dipendente.

D'altronde in questa direzione va anche il c. 1, c) dell'art. 18 del DL 81/08, dove si prevede che il Datore di Lavoro (DdL) **"nell'affidare i compiti ai lavoratori, tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza"**

; obbligo dai contorni attuativi alquanto indeterminati e che profila possibili spazi di intervento sanitario anche irrivalenti e diversi da quelli strettamente inerenti i rischi lavorativi specifici. Il tutto, ovviamente, nell'intento di perseguire non solo una collocazione occupazionale del lavoratore armonica con il suo stato di salute, ma anche il suo benessere lavorativo.

Anche in un tale contesto, tuttavia, resta fermo il rispetto dei principi e dei vincoli, anche deontologici, che regolano le possibilità di accertamento sanitario su ogni individuo ed in particolare sui lavoratori. Vincoli peraltro incombenti su tutti i medici, e

che (tranne casi particolari ed estranei all'ambito in trattazione) prevedono sempre e comunque il consenso informato dell'interessato, nonché la possibilità di sottrarsi all'accertamento, ancorché obbligatorio, accedendo a conseguenti scenari normativi.

E se l'attività di SS svolta dal MC è un'attività giuridicamente determinata, imposta dalla norma (al DdL ed al Lavoratore) e da attuare secondo precise regole, non si può neanche dimenticare che trattasi comunque di un esercizio che ha come oggetto prioritario la salute delle persone e che pone, quindi, anche delicatissime questioni sanitarie, di efficacia preventiva, di riservatezza, di dignità, equità, etica e così via. Proprio in questa prospettiva il legislatore ha prestato particolare attenzione a fissare regole di garanzia che riguardano i requisiti del medico, le attività da svolgere, i momenti di intervento, gli aspetti formali ed altro. E così come non appare auspicabile un'attività del MC che, ancorché tecnicamente valida, non tenga conto dei relativi vincoli di natura giuridica, altrettanto non auspicabile appare quell'attività di MC che, nell'assoluto rispetto della norma, perda totalmente i suoi contenuti di qualità tecnica ed efficacia preventiva.

Non a caso il DL 81/08, attraverso reiterati richiami generali e particolari, collega indissolubilmente la norma all'evoluzione delle conoscenze scientifiche colmando quel "vuoto" di tutela che tanto è costato in passato ai lavoratori (basti pensare alla vicenda amianto) e che spesso si crea quando il lento modificarsi delle norme di legge non va di pari passo con la rapida evoluzione della tecnologia e delle conoscenze. Norme che, d'altro canto e per loro intrinseche caratteristiche, non sempre riescono ed entrare nel merito delle infinite situazioni di rischio riscontrabili all'interno dei sistemi produttivi, né a stare al passo con le loro continue e rapide trasformazioni.

In tal senso appare persino esemplificativo l'art. 18 c. 1 z), che, chiamando il DdL ad **"..aggiornare le misure di prevenzione in relazione ai mutamenti organizzativi e produttivi che hanno rilevanza ai fini della salute e sicurezza del lavoro, o in relazione al grado di evoluzione della tecnica della prevenzione e della protezione"**

, impone un simile atteggiamento anche rispetto alle misure di controllo sanitario.

Lo stesso obbligo, peraltro, è esplicitamente imposto al MC con l'art. 25, c. 2 b), laddove si stabilisce 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"**, ancorando così indissolubilmente la sua azione e la sua responsabilità ai modelli tecnici di controllo sanitario più evoluti.

Superati, quindi, gli anacronistici schemi tabellari degli anni 50-80, oggi il controllo sanitario del lavoratore solo in parte viene a configurarsi come adempimento predefinito sulla base di specifiche norme di legge (lavoro notturno, minore, in parte lavoratore addetto al VDT..), mentre una quota sempre più ampia viene, invece, a discendere da esigenze di tutela del lavoratore imposte dai risultati della valutazione del rischio.

E questo sia laddove la norma individui esplicitamente tale misura come adempimento da applicare in corrispondenza di determinati livelli o condizioni di esposizione a rischio (Rumore, Vibrazioni, Agenti Chimici, Cancerogeni..), sia laddove, pur in assenza di espliciti riferimenti, il controllo sanitario si presenti comunque, alla luce delle conoscenze scientifiche, come necessario strumento di prevenzione e tutela del lavoratore. Ciò, peraltro, alla stessa stregua di tante altre misure di prevenzione (tipologia di DPI, procedure, misure di bonifica tecnico ambientale..) di cui la norma non declina ad ante il dettaglio, subordinandone le modalità di attuazione, attraverso l'art. 28 c. 2 lettere b) e c) del DL 81/08, ai risultati della valutazione del rischio.

Pienamente coerente con quanto sopra è anche il richiamo alla collaborazione del MC alla valutazione dei rischi **"..anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria"** di cui art. 25, lettera a); richiamo che rende ragione dell'autonomia di tale figura nel definire spazi di sorveglianza sanitaria anche derivanti da sue specifiche inferenze valutative. Non diverso è l'orientamento dell'art. 41, lettera b), dove si afferma che la frequenza delle visite mediche periodiche può assumere una cadenza anche diversa da quella annuale **"..stabilita dal medico competente in funzione della valutazione del rischio"**

. E lo stesso dicasi per l'art. 29, c. 3, che imponendo di aggiornare la valutazione del rischio anche in relazione ai

".. risultati della sorveglianza sanitaria.."

, viene a fissare un feed-back non solo tecnico, ma anche normativo, tra le due attività.

Va anche osservato come la definizione di sorveglianza sanitaria proposta dall'art. 2 del DL 81/08 **"..insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute.. in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività.."**, imponga al MC di esprimere il suo contributo professionale non solo sul piano prettamente clinico, ma anche su piani diversi e che riguardano sia il contesto fisico e tossicologico, che quello organizzativo relazionale. Un contributo, quindi, che può assumere forme e contenuti diversi e prendere origine da esigenze altrettanto variabili, anche non codificabili ad ante dalla norma.

Sul piano più prettamente operativo l'attività del MC viene ad articolarsi, quindi, in due grandi sfere, ampiamente comunicanti tra loro, quali:

- *la sfera delle attività medico specialistiche ed ambientali: che tra le altre cose prevede la programmazione e la effettuazione dei controlli sanitari, l'espressione dei giudizi di idoneità, l'allestimento, aggiornamento e gestione della documentazione sanitaria, il controllo periodico dell'ambiente di lavoro, la partecipazione ai programmi di controllo dell'esposizione e l'interpretazione dei loro risultati, l'informazione dei lavoratori, la produzione di dati anonimi collettivi e così via.*

- *La sfera delle attività collaborative: che, tra le altre cose, trova riscontro in fase di valutazione del rischio, nell'organizzazione delle misure di prevenzione, nell'attività di informazione, nell'allestimento delle misure di primo soccorso, dei programmi volontari di promozione della salute aziendale ed altro ancora.*

Anche se non esplicitato dalla norma, appare evidente come un simile ruolo non possa che essere sostenuto da una complessa ed articolata rete di relazioni, formali ed informali, articolate e coinvolgenti DdL, SPP, RLS, Lavoratore (individuale e collettiva), Organi di Vigilanza, altri interlocutori (consulenti aziendali, medico famiglia, specialisti, tecnici, INAIL..). Il che significa il possesso da parte del MC di un requisito di fondamentale importanza per lo svolgimento del proprio ruolo e cioè l'elevata capacità relazionale e di comunicazione; requisito ovviamente non citato dalla norma, ma in assenza del quale tutta la sua azione viene a subire un grave pregiudizio in termini di efficacia preventiva.

In sostanza al MC si chiede di saturare due vincoli fondamentali. Da un lato c'è il vincolo tecnico, che si esprime attraverso elementi clinico-specialistici, di tossicologia, di igiene industriale, di tecnologia del lavoro, epidemiologici e di comunicazione e che, in definitiva, sostanzia la capacità professionale del MC. Dall'altro lato c'è il vincolo normativo, che impone al MC precisi requisiti, un determinato rapporto di lavoro, determinate attività, il rispetto di particolari tempi di attuazione e di particolari procedure, con previsione di sanzioni in caso di

inadempienza e che, in definitiva, sostanzia la capacità del MC di operare nel rispetto della legge. Ed è proprio un adeguato bilanciamento tra questi due aspetti che, verosimilmente, produce i migliori risultati preventivi.

Tanto premesso ed a fronte di una misura preventiva così ampia, articolata e piena di contenuti appare del tutto evidente come non ci si possa porre solo in termini strettamente normativi e tecnici, ma sia necessario allargare il punto di vista al tal punto di considerare anche quelle che possono essere le "aspettative" dei diversi soggetti a vario titolo coinvolti nella sua applicazione, in primis evidentemente i lavoratori, ma anche i DdL, gli organi di controllo e gli stessi MC.

Ed al riguardo quanto emerso nel corso del seminario del giugno 2013 ha consentito di mettere in evidenza come rispetto alla sorveglianza sanitaria le aspettative dei soggetti coinvolti siano ampie, molteplici e vadano ben oltre il suo significato strettamente legale per sconfinare in ambiti diversi da quelli strettamente previsti dalla normativa.

Visto dal lato dei lavoratori, infatti, il controllo sanitario assume evidenti significati di strumento di tutela del diritto alla salute non solo lavorativa, ma anche generale, di azione finalizzata sia ad una collocazione lavorativa coerente con lo stato di salute, che ad una più ampia tutela dell'occupazione, di strumento per il riconoscimento anche assicurativo o previdenziale di eventuali danni, una opportunità per un controllo medico di elevata qualità in grado di andare oltre il lavoro, una garanzia contro eventuali discriminazioni basate sullo stato di salute, una fonte documentale certa e utilizzabile circa il rapporto tra proprie condizioni di salute e lavoro, una occasione anche di ascolto e sostegno. Non meno interessanti sono le attese dei DdL che dal controllo sanitario e dal MC sembrano aspettarsi elementi "specialistici" per comprendere il rapporto tra salute e lavoro, una miglior gestione dei "problemi" derivanti da questioni riguardanti la salute dei lavoratori, una agevolazione nei rapporti con ASL e INAIL laddove necessario, una garanzia, anche giuridica, di congrua utilizzazione dei lavoratori, una maggior autonomia in caso di spostamento/dimissione di lavoratori il cui stato di salute non sia compatibile con la mansione, una più agevole gestione complessiva della documentazione sanitaria, una riduzione dei costi complessivi, una comprensibilità ed applicabilità dei giudizi di idoneità.

Evidentemente anche il MC ha le sue aspettative e tra queste, informazioni tempestive e specifiche da parte di DdL e RSPP, adeguata organizzazione aziendale rispetto alla sua attività (spazi, mezzi...), compensi adeguati e stabilità del rapporto di lavoro, maggior riconoscimento di ruolo e dignità professionale, autonomia nella gestione delle attività e degli accertamenti sanitari, collaborazione e disponibilità dei referenti aziendali, momenti di inserimento nella rete di prevenzione pubblica, adeguato coinvolgimento nella valutazione del rischio e nelle azioni di inf/formazione, piena osservanza delle limitazioni/prescrizioni impartite, riconoscimento del ruolo, realtà concorrenziale da parte dei colleghi, miglioramento della condizione di salute e di lavoro dei dipendenti.

Infine, anche l'Organo di Vigilanza, vede nell'attività del MC elementi che vanno al di là del rapporto controllore-controllato, quali: un'attività coerente con le indicazioni scientifiche e metodologiche più evolute, maggior produzione di informazioni in tema di rischi e danni, collaborazione per lo sviluppo di attività e progetti integrati anche di promozione della salute, funzione di consulenza aziendale in tema di salute, funzione regolatrice aziendale rispetto agli obblighi, riduzione di aspetti di danno lavorativo specifico, rapporto di lavoro idoneo, indipendenza ed autonomia tecnica, aumento delle "competenze" del lavoratore in tema di salute.

Quanto sopra lascia chiaramente intendere, come oggi parlando di MC, di SS e di relative opportunità e significati preventivi, non ci si possa più limitare alla "norma", ma si debba andare alla ricerca di quei contenuti, in parte anche innovativi, che rispondono alle nuove esigenze imposte dalla evoluzione della realtà socio produttiva nelle sue varie componenti. Una realtà, peraltro, dove le esigenze di mantenimento e difesa della salute sono ormai da ritenere patrimonio comune e dove anche l'importanza del rapporto tra lavoro e qualità della vita è percepita con maggiore consapevolezza. Una tale evenienza deve portare il MC ad affrancarsi gradatamente da connotazioni della propria attività basata su modelli troppo formali, per non dire "notarili", per approdare a modalità di intervento, anche basati su azioni irrituali, ma sempre coerenti con i bisogni di salute del lavoratore/persona. Modelli volti a migliorare il suo rapporto professionale non solo con il lavoratore, ma anche con il DdL e con l'Organo di Vigilanza ed in definitiva a migliorare la qualità complessiva del suo lavoro.

Vi è quindi la necessità di definire anche i due elementi che possono essere utili nel configurare e valutare il rapporto complessivo tra MC e realtà lavorativa oggetto della sua azione e cioè:

- **Effettività del ruolo:** intendendo con tale termine la reale e concreta interazione tra professionista e contesto lavorativo di riferimento. In sintesi connota la sua capacità di influire su specifiche variabili del contesto stesso.

- **Efficacia del ruolo:** intendendo con tale termine il riscontro di specifici segni di miglioramento, correlati alla sua azione, del contesto lavorativo di riferimento. In sintesi connota la sua capacità di modificare "in meglio" specifiche variabili del contesto.

Fissati detti elementi di valutazione, sorge immediatamente la necessità di definire indicatori che consentano di misurare, in qualche modo, effettività ed efficacia. Ciò non già in termini di vigilanza sull'operato del MC, attività che fa riferimento a criteri diversi e norme ben definite dal D.Lvo 81/08 al quale si rimanda, ma in termini ed in contesti di più ampia valutazione di qualità complessiva dell'attività professionale del sanitario. Evenienza che può rendersi utile o necessaria in corso di approfondimento conoscitivo sulla qualità della sorveglianza sanitaria in corso di interventi di comparto, di audit di verifica tecnico professionale, di audit di sistema preventivo, di accertamenti finalizzati ad individuare criticità preventive o anche il grado di coerenza tra operato del sanitario e modelli proposti dall'evoluzione delle conoscenze; ciò sia su base di singola azienda e MC che di insieme di essi (comparti, gruppi omogenei di rischio, ecc.).

E' anche prevedibile che in alcuni casi l'intervento si realizzi seguendo criteri di partecipazione su base volontaria del MC o che, invece, possa rendersi utile a latere di altre attività di controllo poste in essere dall'organo di vigilanza. Il tutto, senza chiamare in causa aspetti sanzionatori, ma nell'intento di pervenire, nel contesto oggetto di studio o accertamento, ad una valutazione aziendale o complessiva del grado di conformità tra attività svolta dal MC ed uno standard atteso predefinito e variabile in relazione al tipo di realtà lavorativa in osservazione. Uno standard che, al di là di quanto proposto attraverso il presente documento, potrà anche essere rimodulato in relazione a particolari esigenze conoscitive e preventive con i MC, con i RLS, con i DdL e/o con le loro organizzazioni o associazioni. Il tutto ovviamente senza alcun pregiudizio in tema di procedure di vigilanza sulle attività del MC e sulla sorveglianza sanitaria e con il solo scopo di individuare possibili elementi utili al miglioramento della qualità complessiva della sorveglianza sanitaria.

Al riguardo si ritiene che le attività indicate nella tabella che segue, in parte a contenuto prevalentemente tecnico - sanitario ed in parte organizzativo - relazionale, possano risultare

utili nella costruzione di un sistema di analisi e valutazione dell'azione del MC e più in generale della sorveglianza sanitaria

Ciò ricorrendo ad un sistema di indicatori che, attraverso il confronto tra attività svolte dal MC e standard, anche numerici, ritenuti ottimali per la situazione in esame, possa consentire valutare, in termini di graduazione ordinale qualitativa e quantomeno a grandi linee, l'effettività e l'efficacia dell'azione del professionista e di individuare eventuali spazi di miglioramento.

VALUTAZIONE DI EFFETTIVITÀ: *riscontro di elementi (riunioni, incontri, relazioni, disposizioni, pareri.), che testimoniano una concreta interazione tra MC ed organizzazione aziendale.*

(scala articolata su 3 gradi di giudizio: nessun elemento 1= (attività assente), 2=almeno un elemento (attività presente), 3=più di un elemento (attività ricorrente))

1 - Produzione di iniziative o atti autonomi e riscontrabili, diversi da quelli già previsti dalla norma, riguardanti le condizioni di lavoro e lo stato di salute dei lavoratori

(INDICATORE: n. di iniziative/anno/azienda)

2 - Proposta attiva di modelli procedurali e gestionali specifici della sorveglianza sanitaria

(INDICATORE: n. proposte/anno/azienda)

3 - Intervento diretto o indiretto nei programmi di formazione

(INDICATORE: riscontro di specifiche indicazioni circa temi di approfondimento di competenza, docenza)

4 - Livello di relazione con altre figure

(INDICATORE: n. incontri, riunioni, comunicazioni/anno)

VALUTAZIONE DI EFFICACIA: *riscontro di elementi che testimoniano una interazione positiva tra azione del MC processo di prevenzione aziendale.*

(scala qualitativa articolata su 2 gradi di giudizio: 1=attività adeguata, 2=attività migliorabile)

1 - Non comparsa di danni rischio specifici e non aggravamento di quelli già eventualmente esistenti

(INDICATORE: n. nuovi danni e n. aggravamenti / n. lavoratori controllati / anno)

2. Applicabilità dei giudizi di idoneità all'interno del ciclo

(INDICATORE: n. giudizi con riferimento a sottrazione di mansioni-compiti-operazioni non applicabili alla mansione svolta + n. giudizi con riferimenti fisiopatologici) / N° di giudizi totali /due anni.)

3. Ricollocazione di lavoratori con limitazioni

(INDICATORE: n. lavoratori con prescrizioni / n. dimessi per incollocabilità / anno o periodo)