

CIRCOLARE N° 27 DEL 30 LUGLIO 2012

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DELLE INFORMAZIONI RELATIVE AI DATI AGGREGATI SANITARI E DI RISCHIO DEI LAVORATORI

Decreto 9 luglio 2012: *contenuti e modalità di trasmissione delle informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, ai sensi dell'articolo 40 del decreto legislativo 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (G.U. n. 173 del 26-7-2012)*

L'art. 40 D.Lgs. 81/08 prevede che entro il primo trimestre dell'anno successivo all'anno di riferimento il medico competente trasmetta, **esclusivamente per via telematica**, ai servizi competenti per territorio le informazioni, elaborate evidenziando le differenze di genere, relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, secondo il modello in allegato 3B. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano a loro volta sono tenute a trasmettere all'ISPEL le informazioni aggregate dalle Aziende sanitarie locali.

Lo scopo di questo flusso informativo è quello di permettere ai Servizi pubblici competenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro, di avere una mappatura dei rischi occupazionali del territorio, che rappresenta una delle attività inserite nei LEA relativi alla tutela della salute e sicurezza sul lavoro, ma anche per implementare la mappatura dei danni da lavoro, in particolare relativamente alle malattie professionali e alle differenze di genere.

Il successivo D.Lgs. 106/09 ha modificato l'allegato 3B citato, eliminando le informazioni relative ai giorni di assenza che avevano suscitato molti dubbi e perplessità.

Inoltre, lo stesso disposto legislativo aveva annunciato l'emanazione, entro la fine del 2009, di un disposto legislativo esplicativo sui contenuti e modalità di trasmissione di tali dati.

Il decreto pubblicato porta ad adempiere a tale necessità legislativa

Nelle pagine allegate sono riportati i format previsti dal decreto per la trasmissione delle informazioni

CONTENUTI MINIMI della cartella sanitaria e di rischio:**ANAGRAFICA DEL LAVORATORE:**

Cognome e Nome
Sesso
Luogo di nascita
Data di nascita
Domicilio¹
Nazionalità
Codice Fiscale

DATI RELATIVI ALL'AZIENDA:

Ragione Sociale o codice conto (nel caso di natanti)
Unità Produttiva sede di lavoro / numero certificato unità navale
Indirizzo Unità produttiva
Attività svolta²

VISITA PREVENTIVA

REPARTO³ E MANSIONE SPECIFICA DI DESTINAZIONE

FATTORI DI RISCHIO⁴

ANAMNESI LAVORATIVA⁵

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI FISIOLOGICA

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA⁶

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA⁶

PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA (protocollo sanitario)

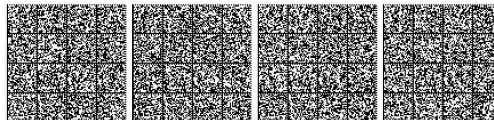
ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio)

ACCERTAMENTI INTEGRATIVI⁷

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE⁸

GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA⁹

SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA¹⁰



DATA

FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE

VISITE SUCCESSIVE¹¹

REPARTO¹ E MANSIONE SPECIFICA

FATTORI DI RISCHIO (se diversi o variati rispetto ai precedenti controlli¹²)

RACCORDO ANAMNESTICO

VARIAZIONI DEL PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA

ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio)

ACCERTAMENTI INTEGRATIVI⁹

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE⁸

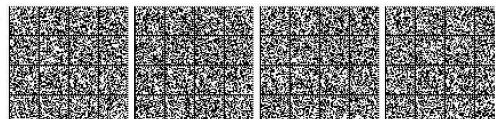
GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA⁹

SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA¹⁰

DATA

FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE

— 40 —



CONTENUTI MINIMI DELLA COMUNICAZIONE SCRITTA DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE :

GENERALITA' DEL LAVORATORE
RAGIONE SOCIALE DELL'AZIENDA
REPARTO³, MANSIONE E RISCHI
GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA
DATA DELLA ESPRESSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA'
SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA (*periodicità*)
FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE
INFORMAZIONI SULLA POSSIBILITÀ DI RICORSO
DATA DI TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO AL LAVORATORE
FIRMA DEL LAVORATORE¹³
DATA DI TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO AL DATORE DI LAVORO

NOTE:

Le pagine della cartella sanitaria e di rischio devono essere numerate in ordine progressivo.

¹ Indicare Comune e Provincia, indirizzo, recapito telefonico.

² riferita a comparto/lavorazione/ codice categoria naviglio.

³ da non indicare in caso di reparto unico.

⁴ Specificare quali fattori di rischio, indicando anche, nei casi previsti dalla normativa vigente, i livelli di esposizione individuale.

⁵ Specificare, con riferimento all'intera storia lavorativa del soggetto, comparti/lavorazioni svolte, relativo periodo e principali rischi riferiti dal lavoratore e tipologia contrattuale.

⁶ Indicare sempre tipologia di invalidità (lavorativa o civile), malattie professionali riconosciute, tipologia e anno infortuni riferiti dal lavoratore.

⁷ Elencare gli accertamenti eseguiti riportando in forma sintetica i risultati e allegando alla cartella i relativi referti.

⁸ Indicare gli eventuali provvedimenti adottati dal medico competente quali ad esempio 1° certificato di malattia professionale ai sensi dell'art. 53 D.P.R. 1124/65, segnalazione di malattia professionale ex art. 139 D.P.R. 1124/65, lettere al curante, ecc...

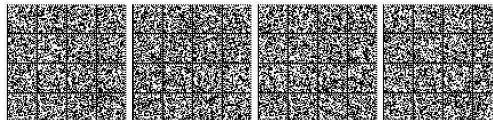
⁹ Ai sensi dell'art. 41 c 6.

¹⁰ Da indicare solo se diversa da quella riscontrabile dal protocollo sanitario.

¹¹ Specificare la tipologia di visita di cui all'art.41 comma 2.

¹² Specificare quali con riferimento alla valutazione dei rischi, indicando anche, nei casi previsti dalla normativa vigente, i livelli di esposizione individuale.

¹³ La firma del lavoratore dovrà attestare l'informazione circa il significato e i risultati della sorveglianza sanitaria, la corretta espressione dei dati anamnestici, l'informazione circa la possibilità di ricorrere contro il giudizio di idoneità.



1	Anno di riferimento della Comunicazione				
INFORMAZIONI FORNITE DAL DATORE DI LAVORO AL MEDICO COMPETENTE					
DATI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA					
2	Regione Sociale o Codice Conto (nel caso di natanti)				
3	Partita IVA della Regione Sociale/codice fiscale				
4	Codice Fiscale della Regione Sociale				
5	Indirizzo Sede Legale (via e numero civico)				
6	Denominazione attività produttiva o codice certificato (nel caso di natanti)				
7	Indirizzo Unità produttiva (via e numero civico)				
8	Codice attività economica (ATECO)/Codice categoria naviglio nel caso di natanti				
NUMERO LAVORATORI OCCUPATI					
9	N. totale lavoratori occupati al 30/6		Maschi		Femmine
10	N. totale lavoratori occupati al 31/12		Maschi		Femmine
Media annuale lavoratori occupati (CALCOLATA IN AUTOMATICO DAL SISTEMA)					
INFORMAZIONI FORNITE DAL MEDICO COMPETENTE					
DATI IDENTIFICATIVI DEL MEDICO COMPETENTE					
11	Cognome e nome del Medico Competente				
12	Luogo e data di nascita del medico competente				
13	Codice Fiscale del Medico Competente				
14	Email del Medico Competente				
PROBABILI POSSIBILI MALATTIE PROFESSIONALI SEGNALATE ex art. 139 DPR 1124/65					
15	N. M. segnalate		Maschi		Femmine
16	Tipologia M. segnalate (codifica DM 11.12.09) (SCELTA MULTIPLA)		Maschi		Femmine
DATI RELATIVI ALLA SORVEGLIANZA SANITARIA					
Maschi					
Femmine					
17	n. totale lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria				
18	n. totale lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria (visitati) nell'anno di riferimento				
19	n. lavoratori idonei alla mansione specifica				
20	n. lavoratori con idoneità parziale temporanea (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)				
21	n. lavoratori con idoneità parziale permanente (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)				
22	n. lavoratori temporaneamente idonei alla mansione specifica				
23	n. lavoratori permanentemente idonei alla mansione specifica				
ESPOSIZIONE A RISCHI LAVORATIVI DEI LAVORATORI					
			lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno di riferimento		
			lavoratori visitati		
RISCHI LAVORATIVI			Maschi		Femmine
24	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI		Maschi		Femmine
25	SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI		Maschi		Femmine
26	AGENTI CHIMICI		Maschi		Femmine
27	AG. CANCEROGENI E MUTAGENI		Maschi		Femmine
28	AMIANTO		Maschi		Femmine
29	SILICE LIBERA CRISTALLINA		Maschi		Femmine
30	AGENTI BIOLOGICI		Maschi		Femmine
31	VIDEOTERMINALI		Maschi		Femmine
32	VIBRAZIONI CORPO INTERO		Maschi		Femmine
33	VIBRAZIONI MANO BRACCIO		Maschi		Femmine
34	RUMORE		Maschi		Femmine
35	CAMPI ELETTROMAGNETICI		Maschi		Femmine
36	RADIAZIONI OTTICHE ARTIFICIALI		Maschi		Femmine
37	RADIAZIONI ULTRAVIOLETTE NATURALI		Maschi		Femmine
38	MICROCLIMA SEVERO		Maschi		Femmine
39	INFRASONI		Maschi		Femmine
40	ULTRASUONI		Maschi		Femmine
41	ATMOSFERE IPERBARICHE		Maschi		Femmine
42	LAVORO NOTTURNO (D.Lgs. n. 68 del 2003 e 2113/2004) > 80gg/anno		Maschi		Femmine
43	ALTRI RISCHI EVIDENZIATI DA V.R.		Maschi		Femmine
Adempimenti ai sensi dell'art. 41 co 4 - D.Lgs.81/08					
			n. lavoratori sottoposti alle verifiche ex art. 41 co 4 D.Lgs.81/2008 nell'anno		N. di lavoratori positivi ai test di conferma
			Maschi		Femmine
44	SOSTANZE PSICOTROPE E STUPEFACENTI		Maschi		Femmine
45	ALCOLDIPENDENZA		Maschi		Femmine
			Lavoratori risultati idonei alla mansione		
			Maschi		Femmine

12A08194

