



Regione Toscana



Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025

Programma Predefinito PP7

Sorveglianza Sanitaria Efficace

Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 del D. Lgs 81/08)

Documento di buone pratiche inerenti la sorveglianza sanitaria efficace in edilizia

Rev. 1 - dicembre 2022



INDICE

Premessa

1. Buone pratiche per la Sorveglianza Sanitaria Efficace in edilizia

- 1.1 Organizzazione della Sorveglianza Sanitaria in edilizia
- 1.2 Sorveglianza Sanitaria in particolari categorie di lavoratori
 - a. Minori, apprendisti e studenti delle scuole edili
 - b. Titolari d'impresa, artigiani e lavoratori autonomi del settore edile

2. Buone pratiche per la Sorveglianza Sanitaria nell'ambito del Piano Mirato in Edilizia – Cadute dall'alto

- 2.1 Lavoro in quota
- 2.2 Rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute dei terzi

3. Ricognizione linee guida

- 3.1 Ricognizione linee guida per la Sorveglianza Sanitaria in edilizia e lavoro in quota
- 3.2 Riferimenti normativi in materia di alcol e droghe
- 3.3 Riferimenti utili presenti in letteratura

4. Bibliografia e sitografia



Premessa

Il presente documento, redatto nell'ambito del Piano di Prevenzione Regionale 2020-2025 - PP07 – Edilizia (1), intende fornire a tutti i protagonisti del sistema di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori del comparto edilizia della Toscana (Medici Competenti, Medici delle ASL, Datori di Lavoro, RSPP, RLS, Tecnici della Prevenzione, Lavoratori del settore) indicazioni per la sorveglianza sanitaria efficace, al fine di migliorare il processo di tutela della salute dei lavoratori considerando la prevalenza e l'incidenza delle malattie occupazionali e l'entità del fenomeno infortunistico che contraddistinguono il settore.

In Regione Toscana nel quinquennio 2015-2019, infatti, sono state registrate 5.174 denunce di malattia professionale riferibili al comparto costruzioni, di cui riconosciute 3.621 (63%), e 16.144 denunce di infortunio, di cui definite positivamente 13.955 (86%) e tra queste 5.079 (32%) sono risultate gravi, cioè con almeno quaranta giorni di prognosi o almeno un grado di inabilità permanente o mortali.

La distribuzione delle malattie professionali secondo la diagnosi mostra che oltre il 90% delle malattie riconosciute è legata a problemi muscolo-scheletrici; inoltre il 91% delle malattie professionali riconosciute riguarda lavoratori italiani, il 7% riguarda lavoratori extra comunitari e il 2% lavoratori di origine comunitaria.

Per quanto riguarda gli infortuni, un dato da segnalare è che anche in Toscana sono coinvolti prevalentemente lavoratori delle fasce di età più avanzate: oltre quarant'anni d'età nel 64% degli infortuni, nel 72% degli infortuni gravi e nel 84% dei casi mortali.

Tenendo ben presente che i programmi di sorveglianza sanitaria non possono essere applicati come protocolli rigidi, ma adattati alle singole specifiche situazioni e aggiornati sulla base della normativa e delle evidenze scientifiche più recenti, con tale documento si intende fornire al Medico Competente uno strumento agile e utile per promuovere e gestire al meglio una sorveglianza sanitaria efficace ed efficiente, in funzione dei rischi specifici che caratterizzano il cantiere edile, attraverso una ricognizione delle linee guida presenti in letteratura e utilizzate come principali riferimenti nazionali e internazionali.

Partendo proprio dal "Documento di buone pratiche inerenti la sorveglianza sanitaria efficace"(2), al quale si rimanda per un maggiore approfondimento, nel presente documento sono stati trattati i seguenti argomenti:

- nel Capitolo 1 vengono analizzati i punti principali di un programma di sorveglianza sanitaria in edilizia, considerando anche particolari categorie di lavoratori come i minorenni, gli apprendisti, gli artigiani, ecc.
- nel Capitolo 2 viene approfondita la sorveglianza sanitaria per i particolari rischi presenti in edilizia, quali il lavoro in quota e il rischio per la sicurezza, l'incolumità e la salute dei terzi al fine di integrare l'aspetto più propriamente sanitario con gli aspetti tecnici nel processo di riduzione del rischio da cadute dall'alto, così come previsto dal Piano Mirato in edilizia cadute dall'alto-PP7 del PRP 2020-2025 (3).
- nel Capitolo 3 viene fatta una ricognizione, puntuale ma non esaustiva, delle principali linee guida riconosciute a livello nazionale riguardo ai temi trattati e di alcuni riferimenti utili presenti in letteratura.



1. Buone pratiche per la Sorveglianza Sanitaria Efficace in edilizia

Il cantiere edile è un luogo di lavoro “temporaneo” caratterizzato da condizioni ambientali ed organizzative mutevoli, non sempre prevedibili e da fasi lavorative con alternanza di attività e compiti molto diversi fra loro che nel loro insieme condizionano l’esposizione ai pericoli e ai conseguenti rischi per la salute. Date le caratteristiche intrinseche di questo tipo di attività non sempre risulta agevole la valutazione dei rischi né la loro gestione, ma è dovere e obbligo del Datore di Lavoro tutelare la salute e la sicurezza attraverso un efficiente ed efficace sistema di prevenzione ed essendo un “lavoro critico per la sicurezza” è importante che il lavoratore abbia il pieno controllo delle proprie capacità tecniche e psico-fisiche (4).

È importante inoltre che le condizioni di idoneità vengano mantenute nel tempo e anche per questo devono essere valutate anche le alterazioni intercorrenti dello stato di salute che possono peggiorare a causa del lavoro od aumentare il rischio di infortunio (come ad esempio patologie cardiovascolari, epatopatie, neoplasie, disturbi dell’equilibrio, della funzione visiva ed uditiva, il consumo di farmaci con effetti sulla vigilanza, ecc.) anche se non sono una conseguenza diretta dell’esposizione ai fattori di rischio presenti nel luogo di lavoro.

In questo contesto, dunque, il Medico Competente deve fare una valutazione particolarmente approfondita, deve tenere conto delle effettive capacità lavorative residue e deve tenere in considerazione che il lavoratore svolge una mansione a rischio infortunistico, in cui ad esempio l’impegno fisico sovraccarica non solo l’apparato locomotore ma anche quello cardiovascolare e che malattie intercorrenti, acute o croniche possono limitare il giudizio di idoneità.

Per questi motivi è opportuno declinare correttamente l’obbligo del Medico Competente sancito dall’art.25 del D. Lgs.81/08, di collaborare con il Datore di Lavoro a partire dal controllo dell’esposizione fino alla valutazione del rischio, passando attraverso la effettuazione dei sopralluoghi, al fine di ampliare le sue conoscenze sui rischi del cantiere edile che sono la base indispensabile per la corretta programmazione della sorveglianza sanitaria. Ed è proprio in edilizia, dove i rischi per la salute e la sicurezza sono più elevati rispetto ad altri settori, che il Medico Competente deve assumere un ruolo di “Consulente Globale” (5).

Nella sorveglianza sanitaria in edilizia è auspicabile l’uso di protocolli sanitari validati con l’accortezza di adattarli alle specifiche condizioni di lavoro dell’impresa e di adeguarli nel tempo in funzione di eventuali nuovi rischi, delle condizioni di salute dei lavoratori e delle più aggiornate indicazioni scientifiche.

1.1 Organizzazione della Sorveglianza Sanitaria in edilizia

Il Medico Competente, nel programmare l’attività di sorveglianza sanitaria, dovrebbe sempre tener ben presente la finalità sia della visita medica preventiva, intesa a constatare l’assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato, sia delle visite mediche periodiche mirate a monitorare nel tempo le condizioni di salute dei lavoratori e la loro idoneità alla mansione specifica, in relazione ai rischi specifici evidenziati per quella mansione.

Il giudizio di idoneità deve stabilire se il lavoratore sia in grado o meno di eseguire i compiti che gli sono stati assegnati, in modo che ciò non comporti un rischio per la propria salute e sicurezza. Ciò significa anche conoscere gli stili di vita, le scelte individuali dei lavoratori e



indagare la percezione che questi hanno dei rischi per la loro salute (6).

L'espressione della idoneità per lo svolgimento di attività lavorative in edilizia rappresenta uno degli atti più complessi e delicati per il Medico Competente, sia a causa della presenza di elevati rischi per la salute sia perché non possono essere esclusi dalla valutazione anche i rischi infortunistici. Non può essere ignorata, inoltre, la difficoltà connessa alla valutazione di particolari categorie di lavoratori come i soggetti ipersuscettibili o i lavoratori con limitazioni sanitarie che devono essere reinseriti al lavoro in modo da essere adeguatamente protetti.

La predisposizione di un programma di sorveglianza sanitaria per i lavoratori in edilizia si può basare sul percorso metodologico utilizzato per tutti i comparti lavorativi (2) e di seguito riportato:

- 1) suddivisione dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria per mansione o gruppi omogenei
- 2) identificazione dei rischi per ciascuna mansione o gruppo
- 3) scelta degli accertamenti sanitari da eseguire per ciascuno dei rischi individuato
- 4) definizione di un piano di accertamenti per ciascuna mansione o gruppo in relazione a tutti i rischi a cui tali lavoratori sono esposti.

In questo percorso si dovrà tener conto dell'eterogeneità delle attività svolte nell'ambito dell'edilizia civile, industriale e delle grandi opere infrastrutturali, quali ad esempio: preparazione del calcestruzzo e del cemento armato, demolizioni, ristrutturazioni, lavorazioni di carpenteria metallica e in legno, impermeabilizzazione, intonacatura, tinteggiatura, montaggio ponteggi, conduzione macchine di cantiere, scavi e movimento terra, realizzazione di impianti termici, idraulici, elettrici ecc. [tale elenco è da considerarsi esemplificativo e non esaustivo di tutte le possibili attività presenti in edilizia].

Per ogni attività vanno successivamente considerati i rischi associati alla specifica attività svolta quali ad esempio: rumore, movimentazione manuale di carichi, sovraccarico biomeccanico arti superiori, agenti chimici, agenti cancerogeni (silice, amianto, IPA), vibrazioni trasmesse al sistema mano-braccio e a tutto il corpo, radiazioni ottiche artificiali (in caso di attività di saldatura), macroclima, posture incongrue, lavori in quota, lavori a turni, rischio per la sicurezza, l'incolumità e la salute dei terzi, ecc. [tale elenco è da considerarsi esemplificativo e non esaustivo di tutti i possibili rischi per attività specifiche svolte in edilizia].

Alla fine della valutazione delle mansioni e dei rischi ad esse connesse il Medico Competente predisponde il protocollo sanitario, in stretta coerenza con il Documento di Valutazione dei Rischi, e attua il programma di sorveglianza sanitaria che non può prescindere dalla visita medica e della compilazione della cartella sanitaria e di rischio, secondo il modello previsto dall'allegato 3A del D. Lgs. 81/08, e che può essere articolato in due fasi:

1) Prima fase - Livello Anamnestico:

Raccolta di tutte le informazioni necessarie alla valutazione dei principali organi bersaglio dei fattori di rischio professionali attraverso l'anamnesi con l'eventuale utilizzo di questionari specifici da allegare alla cartella (ad esempio: questionario CECA per i sintomi respiratori, questionario per la ricerca di sintomi indicativi di patologia muscolo-scheletrica, ecc.)

2) Seconda Fase – Livello Clinico:

Approfondimento clinico-strumentale e laboratoristico volto ad evidenziare eventuali alterazioni degli organi ed apparati bersaglio dei fattori di rischio professionali e che potrebbero peggiorare a causa del lavoro, favorire l'insorgenza di malattie professionali o aumentare il rischio di infortuni.



La scelta degli accertamenti sanitari strumentali integrativi da eseguire dipenderà, innanzitutto, dal loro stesso scopo, ossia quello di individuare le affezioni patologiche riferibili all'azione di quel fattore di rischio nelle reali condizioni di esposizione, oltre ad individuare quelle alterazioni dello stato di salute che costituiscono una condizione di ipersuscettibilità o rappresentano comunque una controindicazione all'esposizione. Tutti gli accertamenti integrativi devono adattarsi alle singole specifiche situazione oltre a essere aggiornati secondo la normativa vigente e le evidenze scientifiche più recenti, anche attraverso l'utilizzo di modelli condivisi e presi come riferimento a livello internazionale o nazionale, ossia attraverso l'aderenza a linee guida esistenti e validate a livello nazionale o regionale (vedi Capitolo 3).

Ad essi, inoltre, vanno aggiunti gli esami per il monitoraggio biologico, per esposizione a particolari agenti chimici (7), e devono essere tenute in considerazione le vaccinazioni, obbligatorie o consigliate per il settore: si ricorda in questo contesto l'obbligatorietà per la vaccinazione antitetanica (L. 292/63 e ss.mm.) e quanto espresso dall'art. 279 comma 2 D. Lgs. 81/08 in merito alla "messa a disposizione di vaccini efficaci" da parte del datore di lavoro, per tramite del medico competente, nella prevenzione del rischio biologico.

1.2 Sorveglianza Sanitaria in particolari categorie di lavoratori

a. Minori, apprendisti e studenti delle scuole edili

In considerazione della definizione di "lavoratore" presente nell'art. 2 del D. Lgs. 81/2008 anche gli apprendisti e gli studenti delle scuole edili rientrano nel campo di applicazione del suddetto decreto e pertanto per i maggiorenni valgono le stesse regole previste per tutti i lavoratori anche in ordine alla sorveglianza sanitaria.

Per i minorenni è necessario considerare la normativa specifica vigente di cui viene fatto di seguito un breve riassunto.

La legge 977/67 così come modificata dal D. Lgs. n. 345/1999 stabilisce che il datore di lavoro, prima di adibire i minori al lavoro e comunque in occasione di ogni modifica rilevante delle condizioni di lavoro, è tenuto ad effettuare la valutazione dei rischi specifica per i minori. Tale normativa, inoltre, tutela i giovani sul lavoro, ponendo divieti per l'impiego dei minori in processi e lavori – riconducibili anche all'attività edile - indicati nell'Allegato I. Il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale con Circolare 1/2000 fornisce ulteriori chiarimenti riguardo al D.Lgs. 345/99 che cita: "In deroga al divieto di cui al comma 1, le lavorazioni, i processi e i lavori indicati nell'allegato I possono essere svolti dagli adolescenti per motivi didattici o di formazione professionale e per il tempo necessario alla formazione stessa, purché siano svolti sotto la sorveglianza di formatori competenti anche in materia di prevenzione e di protezione e nel rispetto di tutte le condizioni di sicurezza e di salute previste dalla vigente legislazione".

Inoltre, il datore di lavoro deve fornire le necessarie informazioni al minore e agli esercenti la potestà genitoriale circa le normative di sicurezza, i rischi specifici e le procedure di emergenza connesse all'attività svolta dal minore all'interno della azienda (art. 7 comma 2 della L. 977/1967, come modificato dal D. Lgs. n. 345/1999).

L'articolo 42 del Decreto Legge n. 69 del 21/06/2013 ha soppresso l'obbligo di numerose certificazioni sanitarie, tra le quali anche l'idoneità lavorativa dei minorenni, limitatamente alle lavorazioni non a rischio. Rimane l'obbligo della visita medica preventiva (al momento



dell'assunzione) e periodica per valutare l'idoneità al lavoro di tutti quei minorenni adibiti a lavorazioni per le quali la Valutazione dei Rischi (art. 28 del D. Lgs. 81/08) ha evidenziato dei rischi per la salute e per le quali pertanto esiste l'obbligo della sorveglianza sanitaria, come nel comparto dell'edilizia.

b. Titolari d'impresa, artigiani e lavoratori autonomi del settore edile

Il D. Lgs. 81/08 all'art. 21 comma 2, stabilisce che i titolari di impresa, gli artigiani e i lavoratori autonomi, relativamente ai rischi propri delle attività svolte e con oneri a proprio carico hanno facoltà di beneficiare della sorveglianza sanitaria, secondo le previsioni dell'art.41, fermi restando gli obblighi previsti da norme speciali e di partecipare ai corsi di formazione specifica in materia di salute e sicurezza sul lavoro, secondo le previsioni di cui all'art.37, fermi restando gli obblighi previsti da norme speciali. Non risulta dunque obbligatoria la sorveglianza sanitaria per queste figure, se non in particolari situazioni e per particolari rischi normati specificatamente, fermi restando gli obblighi previsti dall'art. 94 ai fini della sicurezza. In considerazione della facoltà comunque concessa al lavoratore autonomo di beneficiare della sorveglianza sanitaria, si ritiene auspicabile che tale facoltà venga esercitata nella direzione di sottoporsi agli accertamenti a maggior tutela della salute e sicurezza dei luoghi di lavoro.

Storicamente l'impiego di lavoratori autonomi nei cantieri edili riguardava figure specializzate che garantivano l'esecuzione di opere specifiche; nel tempo il numero di questi lavoratori è aumentato notevolmente e contestualmente ne è stato modificato in parte l'impiego, che originariamente era dedicato alle opere più strettamente artigianali, in altre attività svolte normalmente dai lavoratori dipendenti. Le forme d'impiego, infatti, non sono sempre legittime e i lavoratori autonomi spesso operano in condizioni di precarietà, esposti a numerosi rischi e ad orari giornalieri elevati, diventando così di fatto dei lavoratori poco tutelati e che possono subire maggiormente gli effetti dei rischi per la salute oltre che di quelli infortunistici.

Allo scopo di mirare alla massima tutela della salute e sicurezza nei cantieri edili, appare dunque molto importante definire e distinguere correttamente il lavoratore autonomo dal lavoratore dipendente. L'art. 89 comma 1 lett. d) del D. Lgs. 81/08 definisce il lavoratore autonomo come "persona fisica la cui attività professionale contribuisce alla realizzazione dell'opera senza vincolo di subordinazione". E' implicito quindi che ci si riferisca a persona fisica che, con la propria specifica professionalità, esegue una lavorazione per la quale non deve possedere obblighi riconducibili al lavoro subordinato e risulta essere, dunque, un lavoratore che assume un incarico affidatogli da una committenza ed è in grado di portarlo a termine autonomamente, con le proprie forze ed utilizzando le attrezzature di lavoro proprie o a lui assegnate per lavorazioni specifiche. Per contro, il lavoratore autonomo ingaggiato dall'impresa che agisca da lavoratore subordinato nei confronti dell'impresa stessa, svolgendo le medesime mansioni degli altri dipendenti e subordinato per tempi e modalità agli ordini dell'azienda per cui è stato chiamato a lavorare, non può essere considerato giuridicamente lavoratore autonomo, bensì dipendente di fatto dell'azienda stessa su cui devono ricadere tutti gli obblighi inerenti la sicurezza dei luoghi di lavoro ivi compresa la sorveglianza sanitaria (8).



2. Buone pratiche per la Sorveglianza Sanitaria nell'ambito del Piano Mirato in Edilizia – Cadute dall'alto

2.1. Lavoro in quota

Quando si parla di “lavoro in quota” ci si riferisce alle attività lavorative che portano il lavoratore a dover operare a più di 2 metri di altezza, rispetto ad un piano stabile, e che espongono al rischio di caduta dall'alto; questo rischio dipende dal tipo di operazione lavorativa svolta, dalle modalità di esecuzione e dal tipo di protezioni utilizzate. Esso rappresenta una sfida per il Sistema di Prevenzione Aziendale e per il Medico Competente trattandosi di un rischio non normato, per il quale non esiste un articolato di legge che ne indica le modalità di valutazione, gestione e prevenzione, ma che ad oggi rappresenta una tra le più importanti fonti di rischio infortunistico spesso con esiti mortali ed invalidanti per i lavoratori, soprattutto nei cantieri edili.

Il D. Lgs. 81/08 tratta l'argomento nel Capo II del Titolo IV, nel quale, tra le altre indicazioni, vengono indicati gli obblighi del datore di lavoro di garantire e mantenere condizioni di lavoro sicuro e in cui si pone l'accento sulla necessità di dare priorità alle misure di protezione collettiva rispetto alle misure di protezione individuale oltre a prevedere ove necessario l'installazione di dispositivi di protezione contro le cadute.

Le cadute dall'alto, infatti, rappresentano ancora oggi in Italia la prima causa di infortunio mortale e la letteratura scientifica ha osservato che è presente un certo aumento del rischio di infortunio legato a lavori in altezza, con odds ratio da 1,5 a 2, in lavoratori affetti da diabete, epilessia, malattie psichiche, ipoacusia e che assumevano farmaci sedativi (9), oltre che in lavoratori cardiopatici (10). In letteratura, dunque, sono riportate evidenze che questo tipo di infortunio può essere anche causato o concausato dallo stato clinico e dalle intercorrenti condizioni di salute del lavoratore stesso; le patologie preesistenti ed interferenti con il lavoro in quota possono essere a carico di diversi organi e apparati e tra queste, oltre a quelle già menzionate, i disturbi dell'equilibrio devono essere considerati con particolare cura.

L'idoneità psico-fisica del lavoratore rappresenta, quindi, un elemento utile ad inquadrare anche la sua capacità di saper gestire e di poter utilizzare i sistemi di prevenzione e protezione contro la caduta dall'alto. L'attuazione della sorveglianza sanitaria mirata per i lavoratori che svolgono operazioni in altezza trova giustificazione se si considera che il lavoro in quota, indipendentemente dal contesto in cui viene eseguito, ha tali peculiarità di rischio, nonché gravità di danni potenzialmente derivanti che essa può, a ben diritto, essere ritenuta misura di tutela della sicurezza dei lavoratori. Tra gli obblighi del datore di lavoro, infatti, l'art.18, comma c) del D. Lgs. 81/08 prevede di tenere conto delle capacità e delle condizioni dei lavoratori in rapporto alla loro salute e sicurezza nell'affidare loro i rispettivi compiti e l'art.15 alla lettera m) prevede, tra le misure generali di tutela, l'allontanamento del lavoratore dalla esposizione a rischio per motivi inerenti la sua persona e l'attribuzione, ove possibile, di altra mansione.

La sorveglianza sanitaria per la prevenzione degli infortuni del lavoratore adibito a lavori in altezza, dunque, sebbene non espressamente richiamata da un obbligo di legge, come nel caso degli accertamenti in materia di alcol e droghe, rappresenta nella corrente operatività dei Medici Competenti e nelle interpretazioni degli organi giudicanti una importante misura di



tutela atta a scongiurare il verificarsi di eventi infortunistici (11). Inoltre, la disamina della normativa vigente, delle linee guida e della letteratura esistenti, nonché di alcune sentenze della Corte di Cassazione in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, porta a ritenere che la sorveglianza sanitaria per il lavoro in altezza ed il rischio infortunistico sia da considerare non solo lecita, ma anche dovuta, senza tuttavia derogare alla necessità di attivarla ed effettuarla secondo le indicazioni dell'art. 41 del D. Lgs. 81/08 (12). La sorveglianza sanitaria per un rischio non normato può essere considerata legittima, dunque, purché il rischio stesso sia inserito e valutato nel documento di valutazione dei rischi e il protocollo sanitario sia coerente con l'entità del rischio (13).

La finalità della sorveglianza sanitaria per i lavori in quota, dunque, è quella di individuare da un lato gli stati di ipersuscettibilità legati a patologie preesistenti che possono limitare questa attività lavorativa, dall'altro identificare condizioni di salute che controindichino lo svolgimento della mansione, quali ad esempio l'assenza di disturbi dell'equilibrio, l'assenza di controindicazioni all'uso di dispositivi di protezione individuale contro le cadute dall'alto, la presenza di corretti stili di vita, ecc. (14).

Per le principali linee guida di riferimento riguardo alla sorveglianza sanitaria si rimanda al Capitolo 3 e, per quel che riguarda la prevenzione primaria, la gestione dei rischi in edilizia e in particolare del rischio cadute dall'alto, si rimanda al documento "Linea guida generale per la vigilanza nei cantieri edili" (approvato con DGR 663 del 13/6/2022) (15) e al Piano Mirato di Prevenzione 2020-2025 in edilizia "cadute dall'alto" (3).

2.2 Rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute dei terzi

L'obbligo, previsto dal comma 4 dell'art. 41 del D. Lgs. 81/08, di verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti, attribuisce alla sorveglianza sanitaria anche il compito di tutelare la sicurezza, non solo del lavoratore, ma anche di soggetti terzi, che siano colleghi o soggetti estranei alla azienda. Tale obbligo riguarda due distinti elenchi di attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro, ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute di terzi. Gli elenchi sono stabiliti, come è noto, da specifici provvedimenti Stato-Regioni e non sono del tutto coincidenti, nel senso che, sebbene alcune attività siano presenti in entrambi gli elenchi, le norme sull'alcol si applicano anche ad altre attività diverse da quelle previste dalle norme sulle sostanze stupefacenti e viceversa. Gli elenchi inoltre sono considerati tassativi, ovvero l'accertamento non può essere effettuato nei confronti di un lavoratore che non sia addetto ad una delle attività in elenco, anche in presenza di comportamenti sul lavoro che inducano il sospetto di una condizione di abuso.

Ad oltre dieci anni dalla introduzione di questo obbligo permangono molte difficoltà applicative ed interpretative di detti accertamenti per cui a diversi livelli è emersa la necessità di un completo riordino della materia con un nuovo provvedimento Stato-Regioni, che attualmente si presenta in stato di bozza e di fatto non ancora in vigore e non utilizzabile. In attesa del nuovo Provvedimento, dunque, rimangono valide le attuali indicazioni fornite dal Provvedimento n.99/CU del 30 ottobre 2007 (GU n. 266 del 15/11/2007) in materia di rischio per terzi legato all'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope e le indicazioni fornite dal Provvedimento n. 2540/CU del 16/03/2006 (GU n.75 del 30/03/2006) per il rischio terzi legato al consumo di bevande alcoliche.

Sono sottoposti agli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di



sostanze stupefacenti o psicotrope i soggetti che svolgono le attività a rischio riportate nell'elenco dall'Allegato A del sopracitato Prov. n. 99/CU del 30/10/07. In particolare, nel comparto edilizia rientrano tra questi coloro che si occupano della conduzione dei mezzi (per i quali è richiesta la patente C, D o E), delle macchine movimento terra, delle gru o di altre macchine per la movimentazione delle merci. L'elenco dei lavoratori che svolgono tali mansioni deve essere compilato dal datore di lavoro e comunicato, per iscritto, al Medico Competente alla prima attivazione delle procedure e deve essere aggiornato dal datore di lavoro, e tempestivamente comunicato al Medico Competente, in caso di modifiche (nuove assunzioni, soggetti che cessano la mansione a rischio, ecc.). Gli accertamenti prevedono l'anamnesi mirata al riscontro di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti, la ricerca di segni e/o sintomi indicativi di assunzione occasionale, regolare e di tossicodipendenza e l'esecuzione di un test tossicologico-analitico di screening su matrice urinaria (accertamento di I livello). Le procedure diagnostico-accertative di II livello, effettuate esclusivamente nel caso di positività degli accertamenti di I livello, sono di pertinenza delle strutture sanitarie pubbliche competenti.

Per quanto riguarda l'attuazione degli obblighi relativi al consumo di bevande alcoliche e l'individuazione di stati di alcolodipendenza per le mansioni ad elevato rischio individuate dall'Allegato I del sopracitato Prov. n. 2540 del 16/03/2006 si rimanda alle "Linee di indirizzo per gli accertamenti sanitari di assenza di alcolodipendenza in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi" emanate con Delibera della Regione Toscana n. 1065 del 9/12/2013. Con tale deliberazione la Regione Toscana ha voluto in parte colmare le contraddizioni e il vuoto legislativo di cui si parlava all'inizio del paragrafo e allo stesso tempo fornire indicazioni pratiche in materia di consumo di bevande alcoliche a tutti gli attori che operano per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

In sintesi, le suddette linee di indirizzo prevedono che:

Il Datore di Lavoro:

- inserisca nel documento di valutazione dei rischi, con la collaborazione del medico competente, un apposito "capitolo relativo al rischio alcool"
- vengano individuate le mansioni (in base all'Allegato I) per cui vige il divieto dell'assunzione di alcolici
- sia stabilito un regolamento interno che disciplini il suddetto divieto
- siano definite le modalità di accertamento con etilometro ed i provvedimenti da adottare in caso di positività o rifiuto a sottoporsi al test
- siano individuate le mansioni alternative in caso di positività al test o alcolodipendenza
- sia individuato un piano formativo sui rischi relativi al consumo di alcolici

Il Medico Competente stabilisca un protocollo sanitario per la valutazione alcolemica con etilometro e per la valutazione dell'alcolodipendenza nell'ambito della sorveglianza sanitaria:

- Valutazione con etilometro: il valore del test alcolemico dovrà essere pari a **zero g/litro**. Tale limite è indice di un divieto di assunzione di sostanze alcoliche, sia durante il lavoro, che nelle ore precedenti. In caso di positività o un rifiuto del lavoratore a sottoporsi al test il medico competente avvisa il datore di lavoro o suo delegato in modo che siano attuati i provvedimenti previsti dal regolamento interno.



- Valutazione alcoldipendenza: nell'ambito della sorveglianza sanitaria, già definita, dovrà prevedere un prelievo di sangue con valutazione dell'emocromo, transaminasi, gamma-GT e trigliceridi e la somministrazione di un questionario (AUDIT-C/AUDIT test).

In caso di sospetta alcoldipendenza il medico competente invia il lavoratore al centro di Consulenza Alcolologica per la valutazione di 2° livello e può formulare un giudizio di temporanea inidoneità alla mansione specifica. In caso di esito negativo della suddetta valutazione il lavoratore sarà reintegrato nelle mansioni; in caso di esito positivo il lavoratore sarà inserito in un programma terapeutico al termine del quale sarà reintegrato nelle mansioni. In caso di ricaduta o non adesione al suddetto programma il lavoratore sarà dichiarato non idoneo alla mansione in via definitiva.

A completamento della suddetta delibera la Regione Toscana ha chiarito alcuni aspetti pratici relativi alla sorveglianza sanitaria, agli obblighi del Datore di Lavoro e ad altri aspetti con il documento di novembre 2014 "Delibera della Giunta Regionale 1065/2013: indirizzi operativi".

Si ricorda, infine, che tra le mansioni indicate nell'allegato I sono presenti "i lavoratori addetti ai comparti della edilizia e delle costruzioni e tutte le mansioni che prevedono attività in quota, oltre i due metri di altezza" e che la Delibera Regionale n. 1065 è attualmente vigente e deve essere pertanto applicata in tutti gli ambienti di lavoro interessati dell'intero territorio regionale.



3. Ricognizione linee guida

3.1 Ricognizione linee guida per la Sorveglianza Sanitaria in edilizia e lavoro in quota

- AA. VV. Linee Guida per la valutazione del rischio e la sorveglianza sanitaria in edilizia - SIMLII; vol. 22, 2008 -

Queste linee guida, partendo da informazioni scientifiche e tecniche complete ed aggiornate e tenendo conto delle peculiarità dei vari settori lavorativi presenti nelle costruzioni, hanno lo scopo di fornire raccomandazioni sul modo più corretto di svolgere i compiti del Medico Competente in veste di consulente globale per il datore di lavoro e nello svolgere una efficace sorveglianza sanitaria nel comparto edilizia.

- Linee guida regionali per la sorveglianza in edilizia, Regione Lombardia, 19.6.2012: aggiornamento del Decreto Direttore Generale Giunta Regionale del 31 ottobre 2002 – N. 20647

Lo scopo di queste linee guida è valutare la idoneità psicofisica del soggetto alla mansione specifica, alla luce dei rischi, compreso quello infortunistico. Nello specifico vogliono fornire al Medico Competente, in funzione dei rischi specifici che caratterizzano il cantiere edile e di evidenze scientifiche recenti, indicazioni utili a migliorare l'efficacia e l'efficienza della propria attività e indicare modelli per una corretta e idonea sorveglianza sanitaria nel comparto edilizia.

- Linee guida per l'esecuzione dei lavori temporanei in quota con l'impiego di accesso e posizionamento mediante funi – Ministero del Lavoro, Ministero della Salute, ISPSEL, 2003

Questa linea guida per l'esecuzione di lavori temporanei in quota, ove per l'accesso, il posizionamento e l'uscita dal luogo di lavoro si faccia uso di funi, fornisce indicazioni relative ai contenuti minimi del documento di valutazione dei rischi, ai criteri di esecuzione ed alle misure di sicurezza da adottare per lo svolgimento di questa particolare attività in cui l'operatore è esposto costantemente al rischio di caduta dall'alto. Scopo principale è quello di facilitare il compito del datore di lavoro in un particolare settore di attività, caratterizzato dalla presenza prevalente di piccole imprese, in cui la sicurezza e la salute dei lavoratori, esposti costantemente a rischi particolarmente elevati, dipendono principalmente dall'uso corretto di tali attrezzature.

- Linee guida per la Sorveglianza Sanitaria degli addetti ai lavori temporanei in quota con l'impiego di sistemi di accesso e posizionamento mediante funi, CIIP, 2007

In questo documento vengono definite sia le finalità, che le modalità di esecuzione della sorveglianza sanitaria che dovrà necessariamente comprendere una valutazione medica generale integrata da accertamenti specialistici tenendo conto della gravità dei rischi e delle loro possibili conseguenze (traumatismi, patologie da stasi del circolo ematico sia arterioso sia



venoso degli arti inferiori, compromissione delle funzioni vitali in caso di sospensione inerte, patologia da usura del sistema muscolo-scheletrico). Viene infine operata una sintetica valutazione dell'impegno economico ed organizzativo conseguente all'attuazione del piano di sorveglianza sanitaria.

- Linee guida per l'utilizzo di scale portatili nei cantieri temporanei e mobili, Regione Lombardia, 5.3.2014.

Scopo della presente linea guida è fornire ai diversi soggetti operanti nel cantiere uno strumento semplice ed operativo da consultare nel corso delle diverse tipologie di lavoro che di volta in volta richiedono l'utilizzo di scale portatili. La linea guida è strutturata in modo tale da consentire il rapido esame delle indicazioni in esso contenute con riguardo alle molteplici attività di cantiere censite. Si compone di una parte generale (comprendente anche concetti di base in materia di sorveglianza e sanitaria e idoneità) ed una specifica, redatta in forma di "schede di attività".

3.2 Riferimenti normativi in materia di alcol e droghe

- Legge 30-3-2001 n. 125 Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 18 aprile 2001, n. 90. - Art. 15 Disposizioni per la sicurezza sul lavoro.

La Legge quadro rappresenta uno strumento essenziale di orientamento delle politiche alcoliche del nostro Paese a livello nazionale e regionale per il contenimento dei danni derivanti dall'abuso di bevande alcoliche e per l'accrescimento della consapevolezza sui rischi alcol correlati.

- Provvedimento CU n. 2540 del 16-3-2006 - Pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 30 marzo 2006, n. 75." Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. (Repertorio atti n. 2540)"

Tale Provvedimento riporta nell'Allegato I l'elenco delle attività lavorative che comportano un elevato rischio infortunistico ovvero per l'incolumità o la salute di terzi e per le quali è possibile effettuare sorveglianza sanitaria da parte del medico competente al fine di ridurre il rischio contro terzi.

- Delibera Regione Toscana 9 dicembre 2013, n. 1065:" Linee di indirizzo per gli accertamenti sanitari di assenza di alcoldipendenza in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi."

La delibera, specifica esclusivamente per la Regione Toscana, individua i compiti del datore di lavoro in merito alle modalità di gestione del rischio in azienda, gli accertamenti di primo e secondo livello che il medico competente può fare ai lavoratori che rientrano nelle categorie del Prov. 16/03/2006 e le procedure da seguire per eventuale positività agli accertamenti.



- Provvedimento n. 99/CU 30/10/2007 (Gazzetta Ufficiale n. 266 del 15/11/2007)

Il provvedimento riporta sia le modalità di esecuzione dei test che le mansioni lavorative (vedi allegato A) per cui tali test devono essere applicati. Riporta inoltre i ruoli delle specifiche figure della sicurezza e delle istituzioni pubbliche coinvolte.

3.3 Riferimenti utili presenti in letteratura

- Occupational health standards in the construction industry – Health and Safety Executive (RR584-2007)

Lo scopo di questo report, redatto dall'osservatorio indipendente inglese sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, è di identificare gli standard minimi per la fornitura di salute sul lavoro nel settore edile e come questi possano costituire la base di una banca dati nazionale che mira a facilitare la fornitura di salute sul lavoro per i lavoratori che si spostano da un datore di lavoro all'altro. Questo tipo di report è stato utilizzato come fonte informativa scientifica a livello europeo.

- Edilizia criticità e tutela della salute - Mosconi G, Riva MM, Santini M. G. Ital Med Lav Erg 2012, 34:3, 268-277.

Articolo scientifico che tratta della problematica relativa ai rischi cui sono esposti i lavoratori edili e la tutela della loro salute

- Protocollo sanitario per la Sorveglianza Sanitaria di lavoratori edili - Gruppo di Lavoro: G. Mosconi, M. Santini, M. Marco Riva, G. De Vito, G. Di Leone, A. Cristaudo.

Studio prodotto da un gruppo di lavoro che identifica la necessità fondamentale per il medico competente di ricordare che il lavoratore svolge una mansione a rischio infortunistico, che l'impegno fisico sovraccarica non solo l'apparato locomotore ma anche quello cardiovascolare e che malattie intercorrenti, acute o croniche possono limitare il giudizio di idoneità. Si avverte quindi la necessità che la sorveglianza sanitaria in edilizia preveda l'uso di protocolli sanitari validati con l'accortezza di adattarli alle specifiche condizioni di lavoro dell'impresa.

- Linee di Indirizzo regionali per la protezione dei lavoratori dagli effetti del calore - Regione Toscana, 19/07/2022

<https://www.regione.toscana.it/emergenza-e-sicurezza/speciali/lavorare-sicuri/misure-general-di-tutela>

Rappresentano delle utili linee di indirizzo per il rischio microclima presente in modo trasversale in tutte le lavorazioni outdoor, come l'edilizia. Vengono descritte le patologie da calore e sono elencate disposizioni utili a prevenire malori dovuti al caldo, oltre ad essere presenti informazioni sui fattori che ne determinano l'insorgenza e su come intervenire per contrastare i malesseri psico-fisici che ne possono conseguire.

- Vademecum per il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori nelle opere di asfaltatura (Ddg n. 3933 del 3 maggio 2011 – RL)

In edilizia, durante le operazioni di stesura di guaine bituminose, di asfaltatura e di lavorazioni



simili ci può essere esposizione a Idrocarburi Policiclici Aromatici, per i quali si può prevedere il monitoraggio biologico. In questo Vademecum si affronta un approfondimento sul tema.

- Network Italiano Silice. La valutazione dell'esposizione professionale a silice libera cristallina (Edizione 2015) - https://www.inail.it/cs/internet/docs/ucm_220633.pdf

Al settore dell'edilizia affinisce un elevato numero di lavoratori coinvolti e potenzialmente esposti alle polveri contenenti silice cristallina respirabile (SCR) essendo presente in percentuali diverse in molti materiali e prodotti utilizzati per le costruzioni. Il documento offre spunti e supporto nella valutazione e gestione di un rischio che costituisce oggi un argomento di vivo interesse per la sanità pubblica, anche in ragione della recente conferma degli effetti cancerogeni e del conseguente aggiornamento legislativo, di cui al D. Lgs. 1° giugno 2020, n. 44, che ha stabilito inoltre un valore limite per gli ambienti di lavoro. Il volume, attualmente oggetto di revisione da parte del Network Italiano Silice (NIS), riporta i documenti tecnico-scientifici pubblicati in tema di epidemiologia, normativa, sorveglianza sanitaria e metodi di campionamento e analisi.

- Linee Guida sull'Amianto - Criteri e priorità per l'esercizio delle azioni della Regione Toscana (art.9 bis della L.R. 51/2013) – e sue modifiche con DR del 25/03/2019

<https://www.toscana-notizie.it/documents/735693/0/linee+guida+amianto/6c895925-3529-43bf-b34d-f7cde857015d>

Queste linee guida costituiscono un provvedimento di indirizzo che si rivolge alle imprese e ai cittadini, al fine di agevolare gli adempimenti necessari a tutelare la salute dei soggetti esposti al rischio di esposizione all'amianto.

Per i lavoratori esposti a fibre di amianto la sorveglianza sanitaria è stabilita dall'art. 259 del D.lgs. 81/08.

4. Bibliografia e Sitografia

1) Piano Regionale delle Prevenzione 2020-2025

http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5314160&nomeFile=Delibera_n.1406_del_27-12-2021-Allegato-A

2) Documento di buone pratiche inerenti la sorveglianza sanitaria efficace – RT-SST

3) Piano Mirato in edilizia - PP7 del PRP 2020-2025 - pagine 220-227

4) Health And Safety Laboratory - HSE "Occupational Health Standards In The Construction Industry" - 2007.

5) "Protocollo sanitario per la Sorveglianza Sanitaria di lavoratori edili" Gruppo di Lavoro: G. Mosconi, M. Santini, M.M. Riva, G. De Vito, G. Di Leone, A. Cristaudo.

6) La sorveglianza sanitaria dei lavoratori – F. D'Orsi, R. Narda, F. Scarlini, E. Valenti- EPC Libri, IV Edizione.

7) AA.VV. Linee Guida per il monitoraggio biologico SIMLI 2006 – Vol.18

8) Vademecum Il lavoratore autonomo in edilizia – A cura di Danilo G.M. De Filippo – Documento approvato dal Gruppo Nazionale Edilizia del Comitato Tecnico Interregionale PISLL.

9) La profilassi medica degli infortuni professionali, SUVA, aprile 2010: "Una revisione sistematica di K.T. Palmer et al. (Occup Environ Med doi: 10.1136/oem.2007.037440)



- 10) D'Ovidio Cristian, Rosato E., Rossi P., Carnevale Aldo: 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 1/2015.
- 11) Primo Documento di consenso sulla sorveglianza sanitaria – gennaio 2020 – Gruppo CIIP https://www.ciip-consulta.it/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=46:sorveglianza-sanitaria-eb&Itemid=609
- 12) Interpello 2/22.
<https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/interpelli/Documents/Interpello-Regione-Lazio-201022-signed.pdf>
- 13) Corso di aggiornamento ANMA – maggio 2013- Dott. Michele di Lecce (Procuratore Generale della Repubblica di Genova).
- 14) Elaborazione migliori pratiche operative BEP sul lavoro in quota - XXIX Congresso Nazionale ANMA – giugno 2016
- 15) Linea guida generale per la vigilanza nei cantieri edili – All. A della DGRT 663 del 13/06/2022

Redazione a cura dei Gruppi di Lavoro:

per il Gruppo Regionale Rischi per la Salute: Claudia Ferrero, Franca Luongo (Azienda USL Toscana Centro); Giulia Ficini, Monica Puccetti (Azienda USL Toscana Nord Ovest); Letizia Centi, Valentina Paolucci (Azienda USL Toscana Sud Est); Donatella Talini (CeRIMP);
per il Gruppo Regionale Edilizia: Claudia Ferrero (Azienda USL Toscana Centro);
per il Gruppo Dipartimentale Edilizia AUSL Toscana Centro: Enrico Luchetti (Azienda USL Toscana Centro).