

**PROMOZIONE DELLA SALUTE E
SORVEGLIANZA SANITARIA GENERALE**

***MANUALE OPERATIVO
PER IL PERSONALE SANITARIO***



Polizia di Stato

DIREZIONE CENTRALE DI SANITÀ

INDICE

PREMESSA	.....	Pag.	4
CAPITOLO 1	PROMOZIONE DELLA SALUTE	.....	Pag. 5
1.1	Obiettivi generali	.....	Pag. 5
1.2	Destinatari	.....	Pag. 5
1.3	Modalità dell'accertamento sanitario	.....	Pag. 5
1.4	Stratificazione del rischio	.....	Pag. 6
1.5	Giudizi di idoneità	.....	Pag. 6
1.6	Periodicità dei controlli	.....	Pag. 8
1.7	Interventi correttivi	.....	Pag. 8
CAPITOLO 2	SORVEGLIANZA SANITARIA GENERALE	.....	Pag. 9
2.1	Obiettivi generali	.....	Pag. 9
2.2	Destinatari	.....	Pag. 9
2.3	Modalità dell'accertamento sanitario	.....	Pag. 10
2.4	Stratificazione del rischio	.....	Pag. 11
2.5	Giudizi di idoneità	.....	Pag. 11
2.6	Periodicità dei controlli	.....	Pag. 12
2.7	Interventi correttivi	.....	Pag. 13
CAPITOLO 3	ATTIVAZIONE DEL PIANO	.....	Pag. 14
CAPITOLO 4	STRUMENTI OPERATIVI	.....	Pag. 15
4.1	Cartella sanitaria	.....	Pag. 15
4.2	Strumenti di valutazione	.....	Pag. 19
4.2.A	Identificazione dei fattori di rischio cardiovascolari	.....	Pag. 19
4.2.B	Carta del rischio cardiovascolare	.....	Pag. 20
4.2.C	Classificazione dell'ipertensione arteriosa	.....	Pag. 25
4.2.D	Classificazione del peso corporeo secondo l'Indice di Massa Corporea (BMI)	.....	Pag. 25
4.2.E	Diagnosi di sindrome metabolica	.....	Pag. 26
4.2.F	Questionario di valutazione della sonnolenza Epworth Sleepness Scale (ESS)	.....	Pag. 26

4.2.G	Questionario di Berlino	.....	Pag.	27
4.2.H	Esame psichico con colloquio	.....	Pag.	29
CAPITOLO 5 INTERVENTI CORRETTIVI		.....	Pag.	30
5.1	Prevenzione cardio-vascolare in relazione al gruppo di rischio	.....	Pag.	30
CAPITOLO 6 CRITERIOLOGIA PER I GIUDIZI DI IDONEITA'		.....	Pag.	32
6.1	Aspetti generali	.....	Pag.	32
6.2	Indicazioni per la formulazione del giudizio di idoneità in talune condizioni morbose	.....	Pag.	33
6.2.A	Malattie dell'apparato cardio-vascolare	.....	Pag.	33
6.2.B	Obesità	.....	Pag.	34
6.2.C	Diabete mellito	.....	Pag.	35
6.2.D	Neoplasie	.....	Pag.	35
6.2.E	Malattie psichiatriche	.....	Pag.	36
6.2.F	Malattie neurologiche	.....	Pag.	36
6.2.G	Malattie dell'apparato locomotore	.....	Pag.	37
6.2.H	Malattie dell'apparato digerente	.....	Pag.	37
ALLEGATI		.....	Pag.	38
Dichiarazione di consenso informato – Promozione della Salute		.....	Pag.	39
Cartella Sanitaria		.....	Pag.	40
Programma di Sorveglianza Sanitaria Generale – Giudizio di idoneità		.....	Pag.	44
Programma di Sorveglianza Sanitaria Generale – Giudizio di idoneità ad attività specialistiche		.....	Pag.	45
Modulo informativo di visita a richiesta del lavoratore		.....	Pag.	45
Statistica sanitaria bimestrale – Promozione della Salute e Sorveglianza Sanitaria Generale		.....	Pag.	47

PREMESSA

La vigente normativa sulla salute e sicurezza degli ambienti di lavoro (D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81 coordinato con il D.Lgs 3 agosto 2009, n. 106) stabilisce specifici profili di rischio che sono apparsi, alla luce di studi condotti nell'ambito dell'attività dei Corpi di Polizia ed illustrati nelle *Linee Guida per la sorveglianza sanitaria degli operatori dei corpi di polizia*, emanate dalla Società Italiana di Medicina del Lavoro e di Igiene Industriale (SIMLII) nel settembre 2016, quanto meno meritevoli di integrazione, in considerazione delle specificità e peculiarità dell'attività stessa.

Il Decreto n. 850/A.A12-71, datato 2 gennaio 2017, a firma del Sig. Capo della Polizia - Direttore Generale della Pubblica Sicurezza, ha disposto un nuovo ed articolato modello di tutela della salute degli operatori della Polizia di Stato. Il piano, di seguito dettagliatamente illustrato, deve fondarsi, innanzitutto, sull'acquisizione della consapevolezza, da parte di tutto il personale, sulla necessità di perseguire il migliore benessere psico-fisico, attraverso l'adozione di specifiche norme igieniche di vita e l'esecuzione periodica di controlli sanitari.

L'azione che il medico della Polizia è chiamato a svolgere interessa più livelli: un aspetto educativo e motivazionale, volto a sensibilizzare il personale sulla centralità del mantenimento e del perseguimento di una condizione ottimale di salute; un'attività di formazione e informazione, finalizzata ad illustrare i fattori di rischio per le malattie e gli stili di vita idonei alla tutela dello stato di salute; accertamenti sanitari, tesi prioritariamente a stratificare il rischio, ad identificare le condizioni premorbose e gli stadi precoci delle malattie; interventi correttivi personalizzati, da adottare con l'inevitabile concorso del medico curante, che possano contrastare l'evoluitività di patologie che, nei rischi del servizio (turni, stress, fatica), possono trovare fattori favorenti.

Le possibili implicazioni di carattere idoneativo, laddove dovessero emergere condizioni incompatibili con l'attività lavorativa, devono essere prese in considerazione solo dopo l'adozione di tutte le misure finalizzate a consentire il recupero del dipendente.

Può essere previsto l'impiego in forme protette, considerando il giudizio di permanente non idoneità quale *extrema ratio*, in presenza di quadri patologici inemendabili, tali da compromettere l'efficienza psico-fisica dell'operatore e/o non garantirne la sicurezza nello svolgimento della prestazione lavorativa.

Nei paragrafi successivi verranno tracciate le linee di intervento necessarie a perseguire tali obiettivi.

1. PROMOZIONE DELLA SALUTE

1.1 Obiettivi Generali

L'attività di *Promozione della Salute*, così come stabilita dal presente piano di intervento, è finalizzata alla tutela ed al perseguimento del benessere psico-fisico del personale dipendente.

Gli accertamenti non prevedono la formulazione del giudizio di idoneità; qualora, tuttavia, emergano particolari condizioni morbose, è possibile l'adozione di giudizi limitativi nei compiti di istituto, sempre nell'ottica del pieno recupero della validità dell'operatore.

1.2 Destinatari

L'attività è rivolta a tutti gli operatori della Polizia di Stato appartenenti alla fascia d'età compresa fra i 40 ed i 49 anni compiuti.

L'adesione al programma è su base volontaria e richiede il consenso esplicito del dipendente (da redigersi su apposito modulo allegato alla Circolare n. 555-DOC/C/DIPPS/FUN/CTR/114-17 della Segreteria del Dipartimento della Pubblica Sicurezza, datata 5 gennaio 2017).

Al fine di consentire la più ampia partecipazione del personale, le finalità del programma vanno chiaramente illustrate, in tutte le realtà territoriali, attraverso note ed incontri divulgativi, di concerto con i dirigenti degli uffici.

È opportuno sensibilizzare i dipendenti circa l'importanza della tutela dello stato di salute, non solo con riferimento all'attività lavorativa, ma a tutti gli aspetti relazionali.

Le modalità di convocazione dei dipendenti presso l'Ufficio Sanitario, al fine di consentire le previste valutazioni, sono da concordarsi con gli uffici di appartenenza degli operatori.

1.3 Modalità dell'accertamento sanitario

Gli accertamenti clinico-strumentali sul personale sono demandati ai medici della Polizia di Stato assegnati ai singoli Uffici Sanitari sul territorio, che operano, anche per

quest'ambito di attività, seguendo le direttive del funzionario medico responsabile dell'ufficio.

Tali accertamenti, ai quali il dipendente è sottoposto presso la sala medica, prevedono:

1. anamnesi ed esame obiettivo generale;
2. esame dell'acuità visiva;
3. esame della funzione uditiva;
4. misurazione dei tempi di reazione;
5. esami ematochimici tramite *minilab*;
6. esame psichico con colloquio.

In presenza di situazioni cliniche meritevoli di ulteriori indagini (c.d. accertamenti di II livello), queste vanno segnalate all'attenzione del medico di medicina generale.

Nella fattispecie, il medico accertatore della Polizia di Stato consegna al dipendente una breve relazione riportante le problematiche emerse ed eventuali valutazioni cliniche, che lo stesso dipendente può far pervenire al suo medico di fiducia per ulteriori approfondimenti diagnostici o protocolli terapeutici a carico del S.S.N., ove si rendano necessari.

1.4 Stratificazione del rischio

L'accertamento comporta anche la stratificazione del rischio cardiovascolare del dipendente, la sua classificazione ponderale e l'identificazione di situazioni indicative della presenza di una sindrome metabolica.

Le modalità operative relative a tali valutazioni vengono descritte nella successiva sezione dedicata alla compilazione della "Cartella Sanitaria".

1.5 Giudizi di idoneità

Come premesso, l'attività di *Promozione della Salute* non implica giudizi sull'idoneità lavorativa del dipendente; l'evidenza, tuttavia, di condizioni incompatibili con l'idoneità ai compiti di istituto può comportare, come già accade per le visite o gli accertamenti sanitari effettuati con differenti finalità (visite per il rilascio/rinnovo delle patenti di guida ministeriali, visite domiciliari o ambulatoriali per le certificazioni di malattia, presa visione dei certificati

del medico di famiglia, etc.), l'adozione da parte del medico accertatore di provvedimenti medico-legali incidenti sull'idoneità al servizio.

Nella fattispecie, possono essere formulati giudizi di idoneità condizionata di durata limitata e **giudizi** di temporanea non idoneità, finalizzati a consentire il ripristino dello stato di salute del dipendente.

A tal proposito, si ricorda che, come rappresentato nelle circolari n. 850/AA25-2914 del 03.05.2010 e n. 850/AA8-1160 del 03.03.2011 emanate da questa Direzione Centrale, il giudizio di idoneità condizionata non può precludere lo svolgimento dei generici compiti di servizio e non può costituire condizione ostativa all'espletamento di quelle mansioni di istituto ritenute indispensabili e minimali per la prosecuzione del rapporto di impiego.

Il medico della Polizia di Stato non deve, pertanto, adottare generici provvedimenti di "esenzione dai servizi esterni", ma attenersi ai provvedimenti di idoneità condizionata temporanea che riguardano specifiche attività di servizio.

In particolare, occorre fare riferimento alle disposizioni fornite al paragrafo 6 (Criteriologia dei giudizi di idoneità), anche in merito alla tipologia dei provvedimenti di idoneità condizionata.

Laddove emergano importanti fattori di rischio individuali e/o infermità a carattere evolutivo, in atto compatibili con lo svolgimento degli ordinari compiti di istituto, ma suscettibili di un possibile peggioramento, come previsto al paragrafo 1.3 dell'allegato A al Decreto del Capo della Polizia del 2 gennaio 2017, il dipendente è informato, con apposito modello allegato al presente manuale operativo, della possibilità di essere ammesso alla *Sorveglianza Sanitaria Generale*, su sua specifica richiesta, ai sensi dell'art. 41 del D.Lgs 81/2008.

Solo quale *extrema ratio*, ed in presenza di condizioni non suscettibili di miglioramento clinico ed incompatibili con il servizio di istituto, può essere disposto l'invio del dipendente presso i competenti organi collegiali (Collegio dei Sanitari della Polizia di Stato ex art. 44, comma 1, lettera "a" del DPR 334/2000 e Commissioni Mediche Ospedaliere) per la valutazione definitiva sull'idoneità.

Per un corretto approccio valutativo nella formulazione dei provvedimenti sull'idoneità al servizio, si rimanda all'apposita sezione esemplificativa di questo manuale.

1.6 Periodicità dei controlli

La *Promozione della Salute* non prevede visite periodiche, ma il medico esaminatore può proporre al dipendente, a seconda del caso, ulteriori controlli sanitari con periodicità da determinare.

Dopo l'adesione da parte del dipendente al protocollo, la successiva convocazione va comunicata all'ufficio di appartenenza dello stesso, al fine di consentire l'effettuazione della visita in orario di servizio.

1.7 Interventi correttivi

In presenza di stili di vita inadeguati e/o di alterazioni dei parametri ematochimici misurati, il medico promuove interventi di natura correttiva, che possano consentire l'adozione di idonee misure igienico-comportamentali e la correzione dei fattori di rischio modificabili.

Per l'adozione dei principali interventi correttivi finalizzati alla tutela della salute dell'operatore, si rimanda a quanto riportato, a titolo orientativo, nell'apposita sezione "Interventi Correttivi" di questo manuale (Capitolo 5).

In presenza di condizioni richiedenti il ricorso a terapie, dette situazioni, analogamente a quanto previsto per gli accertamenti di II livello, vanno segnalate al medico curante per il tramite del dipendente, con le modalità precisate al paragrafo 1.3.

2. SORVEGLIANZA SANITARIA GENERALE

2.1 Obiettivi generali

Obiettivo prioritario della *Sorveglianza Sanitaria Generale* è la tutela e la promozione della salute del dipendente.

La presenza di rischi intrinseci ai contenuti dell'attività lavorativa, ineliminabili o difficilmente contenibili, la loro complessa valutazione, la maggiore incidenza di condizioni morbose concorrenti che aumentano con l'età, con particolare riferimento alle patologie da stress lavoro-correlate, implicano la necessità di accertamenti preventivi e periodici finalizzati alla tutela della salute, comprensivi del giudizio di idoneità del dipendente allo svolgimento della prestazione lavorativa.

Va infatti ribadito come, nella *policy* del programma, la medicina del lavoro sia da intendersi quale strumento attraverso il quale la conoscenza medica è posta al servizio del lavoratore, al fine di consentirgli di espletare in modo ottimale, senza pregiudizi per la salute, la prestazione lavorativa.

2.2 Destinatari

La *Sorveglianza Sanitaria Generale* è destinata a tutto il personale dai 50 anni in su, è obbligatoria ed è a cura del Medico Competente.

Possono esservi inseriti anche operatori di età inferiore ai 50 anni, che presentino particolari condizioni di ipersuscettibilità individuale o infermità che, pur non rendendoli inidonei ai compiti di istituto, possano comportare una compromissione dello stato di salute, per un'evoluitività sia intrinseca alla patologia sia in rapporto ai fattori di rischio lavorativi.

In tali casi, il monitoraggio periodico dello stato di salute assicura una maggiore tutela dell'operatore, attraverso la verifica dell'efficacia degli interventi correttivi intrapresi e la modulazione del giudizio di idoneità.

Le modalità di convocazione dei dipendenti presso l'Ufficio Sanitario sono da concordarsi con il Datore di Lavoro, nel rispetto della periodicità stabilita per i controlli, in relazione al gruppo di appartenenza degli operatori (ai sensi dell'Allegato A di cui al citato Decreto n. 850/A.A12-71 del 2 gennaio 2017).

Laddove il Medico Competente, al fine della valutazione, ritenga utile l'acquisizione di elementi conoscitivi circa le modalità di espletamento del servizio da parte del dipendente, può farne richiesta al responsabile dell'ufficio d'appartenenza del dipendente medesimo.

2.3 Modalità dell'accertamento sanitario

La normativa vigente in tema di sicurezza e salute dei lavoratori pone in capo al Medico Competente l'effettuazione della sorveglianza sanitaria e la formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica (artt. 25 e 41 D.Lgs 81/2008).

Anche la *Sorveglianza Sanitaria Generale* rientra, quindi, nell'attività del Medico Competente. Questi può avvalersi della collaborazione dei medici specialisti della Polizia di Stato, ove presenti, ai fini dell'esecuzione di accertamenti diagnostici, nonché della collaborazione degli altri medici della Polizia di Stato assegnati agli Uffici Sanitari dei singoli Enti/Reparti che, in ragione delle attribuzioni dei dirigenti e direttivi medici previste dall'art. 44 lett. d del D.Lgs n. 334/2000, possono comunque svolgere "l'attività di medico nel settore del lavoro nell'ambito delle strutture dipendenti dal Ministero dell'Interno".

È cura del Datore di Lavoro e del Dirigente dell'Ufficio Sanitario mettere a disposizione del Medico Competente le risorse umane e strumentali necessarie alla effettuazione degli accertamenti.

Sono previsti accertamenti di base, o di I livello, consistenti in:

1. anamnesi ed esame obiettivo generale;
2. esame dell'acuità visiva;
3. esame della funzione uditiva;
4. misurazione dei tempi di reazione;
5. esami ematochimici tramite *minilab*;
6. esame psichico con colloquio.

Gli accertamenti di I livello possono essere integrati da esami di II livello, solo nel caso in cui questi si rendano necessari per la formulazione del giudizio di idoneità lavorativa.

Tali accertamenti, con oneri a carico dell'Amministrazione, vanno eseguiti presso strutture della Polizia di Stato, ovvero presso strutture sanitarie pubbliche o private accreditate.

Tutti gli accertamenti effettuati per la *Sorveglianza Sanitaria Generale* possono essere utilizzati per i giudizi, di competenza dei medici della Polizia di Stato degli Uffici Sanitari territoriali, sull' idoneità del dipendente all'impiego in particolari attività (assegnazione a servizi speciali, conseguimento di speciali qualifiche, idoneità alle missioni all'estero, idoneità alla guida di auto-motomezzi in servizio di polizia).

I certificati di idoneità emessi a tali fini ed inoltrati agli uffici di appartenenza, devono contenere esclusivamente l'informazione relativa all' idoneità del dipendente, priva dei dati sanitari relativi allo stesso, attraverso i moduli allegati alla Circolare n. 555-DOC/C/DIPPS/FUN/CTR/114-17 della Segreteria del Dipartimento della Pubblica Sicurezza, datata 5 gennaio 2017.

Per le certificazioni di idoneità alla guida di auto-motomezzi in servizio di polizia rimane in vigore l'attuale modulistica.

Restano ferme le procedure previste per l'ammissione e la permanenza nel Nucleo Operativo Centrale di Sicurezza (NOCS), nelle Unità Operative di Pronto Intervento (UOPI) ed i giudizi di idoneità al volo ed all'attività quale sommozzatore.

2.4 Stratificazione del rischio

L'accertamento comporta anche la stratificazione del rischio cardiovascolare del dipendente, la sua classificazione ponderale e l'identificazione di situazioni indicative della presenza di una sindrome metabolica.

2.5 Giudizi di idoneità

La *Sorveglianza Sanitaria Generale* implica, necessariamente, la formulazione da parte del Medico Competente di giudizi sull' idoneità lavorativa del dipendente.

Come dettagliatamente illustrato nella sezione relativa alla compilazione della "Cartella Sanitaria", questi possono essere di idoneità, di idoneità condizionata (con limitazioni e/o prescrizioni), di temporanea o permanente non idoneità.

I giudizi di idoneità lavorativa vanno comunicati al Datore di Lavoro del dipendente, nelle forme previste per gli accertamenti di sorveglianza sanitaria già in atto.

Avverso i giudizi di idoneità formulati dal Medico Competente, è ammesso il ricorso presso l'Organo di Vigilanza territorialmente competente entro trenta giorni.

Per un corretto approccio valutativo, nella formulazione dei provvedimenti sull'idoneità al servizio, si rimanda all'apposita sezione esemplificativa di questo manuale.

2.6 Periodicità dei controlli

La *Sorveglianza Sanitaria Generale* prevede una periodicità delle visite stabilita sulla base dell'operatività del dipendente.

In accordo a quanto previsto dalle citate *Linee Guida per la Sorveglianza Sanitaria degli operatori dei corpi di polizia*, sono stati identificati i seguenti tre gruppi di lavoratori:

- Gruppo I Soggetti destinati ad attività esclusiva o preminente di tipo operativo.
- Gruppo II Soggetti destinati ad attività tecnica e/o burocratico-amministrativa preminente ed occasionalmente operativa.
- Gruppo III Soggetti destinati ad attività tecnica e/o burocratico-amministrativa preminente ed eccezionalmente operativa.

La periodicità delle visite di controllo è triennale per gli operatori appartenenti al Gruppo I, quadriennale per quelli del Gruppo II e quinquennale per quelli del Gruppo III.

La cadenza dei controlli stabilita dall'appartenenza del dipendente ad uno dei tre gruppi descritti può essere variata dal Medico Competente, che può disporre una frequenza più ravvicinata delle visite in presenza di condizioni di ipersuscettibilità individuale o di patologie dell'operatore che ne consiglino un più stretto monitoraggio.

La vigente legislazione in materia di tutela della salute dei lavoratori già prevede, per talune categorie di dipendenti esposti a rischi lavorativi specifici, programmi di sorveglianza sanitaria periodica. La cadenza dei controlli, ai sensi del D.Lgs 81/2008, può essere di 1, 2 o 5 anni, salvo le variazioni ritenute necessarie dal Medico Competente.

L'adozione del piano di *Sorveglianza Sanitaria Generale* implica, per parte sua, la programmazione di visite periodiche ogni 3, 4 o 5 anni, salvo quanto disposto dal Medico Competente.

Si ravvisa, pertanto, l'opportunità di far coincidere, per quanto possibile, la scadenza delle visite, così da ridurre il numero delle convocazioni dei dipendenti presso gli Uffici Sanitari ed ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili.

A tal fine, qualora siano indicate periodicità inferiori a quelle previste dalla *Sorveglianza Sanitaria Generale*, gli accertamenti saranno limitati a quelli previsti per il profilo di rischio specifico.

2.7 Interventi correttivi

In presenza di stili di vita inadeguati da accertata esposizione del soggetto a fattori di rischio per la propria salute, vanno promossi, da parte del Medico Competente, interventi di natura correttiva, che possano consentire al soggetto l'adozione di adeguate misure igienico-comportamentali e l'eliminazione o l'attenuazione dei fattori di rischio suscettibili di essere modificati.

Per una descrizione, comunque a carattere non vincolante per il medico che effettua la visita, dei principali interventi correttivi finalizzati alla tutela della salute dell'operatore, si rimanda all'apposita sezione "Interventi Correttivi" di questo manuale (Capitolo 5).

In presenza di condizioni richiedenti l'introduzione di specifici regimi terapeutici, dette situazioni vanno segnalate al medico curante con le stesse modalità previste al paragrafo 1.3.

3. ATTIVAZIONE DEL PIANO

Le attività correlate alla *Promozione della Salute* ed alla *Sorveglianza Sanitaria Generale* sono operative a partire dal 1 marzo 2017 e prevedono inizialmente le operazioni volte alla pianificazione e programmazione delle visite, compatibilmente anche con l'espletamento delle altre incombenze dell'Ufficio Sanitario.

In questa fase è prioritaria l'attività di informazione del personale.

Con riferimento alla *Sorveglianza Sanitaria Generale*, l'applicazione estensiva del piano a tutto il personale interessato è prevista in un arco di tempo pari a tre anni.

Rimane a carico dei Datori di Lavoro l'onere della suddivisione in gruppi e la segnalazione del personale da sottoporre a visita.

Al fine di monitorare, soprattutto nell'attuale fase di attivazione, l'andamento del piano e programmare gli interventi correttivi che dovessero eventualmente rendersi necessari, questa Direzione Centrale ha predisposto un'apposita scheda di rilevazione statistica delle attività svolte, allegata al presente manuale, da inoltrare con cadenza bimestrale all'indirizzo dipps.dirsan.salute@pecps.interno.it

Allo stesso indirizzo possono pervenire proposte o quesiti in merito alle procedure esposte.

4. STRUMENTI OPERATIVI

La necessità di uniformare le procedure di valutazione del personale inserito nel programma di tutela della salute, i provvedimenti medico-legali e gli eventuali interventi di natura clinica, ha indotto questa Direzione Centrale a dotare gli Uffici Sanitari di strumenti operativi idonei ed a prevederne l'implementazione nel tempo.

In particolare, sono state predisposte una specifica cartella sanitaria ed una modulistica relativa all'adozione degli eventuali conseguenti provvedimenti.

Vengono, di seguito, indicate le modalità di utilizzo di tali strumenti, con particolare riferimento ai contenuti dell'accertamento sanitario ed alle direttive generali da seguire nell'adozione dei provvedimenti. Sono, inoltre, forniti i riferimenti per gli eventuali interventi di carattere clinico.

4.1 Cartella Sanitaria

E' composta da quattro facciate e deve essere usata sia per la *Sorveglianza Sanitaria Generale* sia per la *Promozione della Salute*.

Nella cartella sanitaria devono essere inseriti:

- i dati anagrafici e la qualifica del dipendente;
- i dati relativi all'ufficio di appartenenza;
- la data di svolgimento della visita (inizio dell'accertamento);
- il gruppo (I, II, III) stabilito in base al livello di operatività del dipendente;
- il recapito telefonico del dipendente;
- il nome del medico di medicina generale ed il relativo recapito telefonico;
- eventuali ed ulteriori fattori di rischio (es. VDT, rumore, etc.).

Successivamente va riportata l'anamnesi (familiare, fisiologica, lavorativa, remota, prossima), in modo esplicito, dettagliato e ben leggibile.

Nella sezione *Anamnesi Fisiologica* vanno riportate anche le indicazioni relative alle abitudini di vita (fumo, caffè e alcolici) ed all'attività fisica svolta, anche a livello ludico-amatoriale.

Con riferimento alla pratica sportiva, laddove presente, andrà annotata anche la data dell'ultima certificazione di idoneità agonistica, che potrà essere acquisita in cartella.

Nella *Anamnesi Lavorativa* vanno riportate tutte le notizie inerenti le attività lavorative svolte dal dipendente, anche precedenti all'immissione in servizio, con particolare riferimento a mansioni specifiche individuate come "a rischio" secondo i dettami della vigente normativa in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, specificandone anche la durata.

E' altresì prevista l'esplicita indicazione dell'eventuale impiego in lavori a turni, con riferimento al tipo di turno (esplicitare se notturno) ed al periodo di svolgimento.

A completamento, va indicata la presenza di eventuale sonnolenza ed attribuito lo specifico punteggio ESS, risultante dall'applicazione della tabella relativa al questionario di valutazione della sonnolenza (Epworth Sleepiness Scale – ESS), di seguito descritta nella sezione dedicata agli "Strumenti di Valutazione" (paragrafo 4.2).

La sezione è completata dalla compilazione delle voci inerenti l'*Anamnesi Patologica Remota* e l'*Anamnesi Patologica Prossima*.

La sezione *Esame Obiettivo* comprende l'indicazione dei dati antropometrici: peso, altezza, circonferenza addominale (misurata sul bordo superiore della cresta iliaca o, nel caso di irreperibilità delle creste, all'altezza dell'ombelico), BMI (kg /m²).

Segue l'annotazione dei valori di pressione arteriosa e di frequenza cardiaca.

L'esame dei principali organi ed apparati va svolto in modo accurato.

Sono altresì previste la valutazione della funzione visiva, uditiva e la misurazione dei tempi di reazione semplici e complessi.

È importante il corretto inserimento di questi dati, anche perché gli stessi possono essere utilizzati per il rilascio di idoneità specifiche (guida auto-motomezzi, abilitazioni speciali, etc.).

La sezione dedicata agli *Esami Clinico Strumentali* prevede esami di I e di II livello.

Quelli di I livello comprendono, di norma, esami ematochimici di base (glicemia e assetto lipidico) effettuati con apposito *minilab*.

Nel caso in cui il dipendente esibisca, all'atto della visita, documentazione sanitaria o accertamenti strumentali recenti (ad es. recente test ergometrico), gli elementi rilevati potranno essere riportati in cartella, in sostituzione o ad integrazione di quanto previsto.

Si rammenta che, per la valutazione del rischio cardiovascolare tramite le tabelle del Progetto Cuore, gli esami non potranno essere antecedenti a tre mesi.

Per esami di II livello sono da intendersi tutti gli accertamenti clinico-strumentali ritenuti necessari all'eventuale approfondimento diagnostico.

Questi, nel caso si rendano indispensabili per la definizione dell'idoneità lavorativa, sono interamente a carico dell'Amministrazione; diversamente, vanno rimessi, tramite il dipendente, alla valutazione del medico di medicina generale (cfr. paragrafo 1.3).

La valutazione del rischio cardiovascolare è uno degli obiettivi di maggiore importanza sia nella *Promozione della Salute* sia nella *Sorveglianza Sanitaria Generale*.

Fra gli accertamenti di II livello vanno considerati innanzitutto i dosaggi su sangue venoso dei parametri relativi a colesterolemia e glicemia, utilizzabili per la definizione del gruppo di rischio attraverso l'uso della Carta del Rischio Cardiovascolare, laddove i valori evidenziati all'esame su sangue capillare mediante minilab siano risultati superiori ai limiti di normalità (cfr. paragrafo 4.2.B); per quanto riguarda gli esami strumentali, la valutazione approfondita eventualmente riservata alle fasce di rischio più elevato dovrà prevedere, se necessario, l'esame ECG da sforzo, molto più significativo rispetto al semplice ECG.

A completamento della sezione, è previsto l'*esame psichico con colloquio*, che scaturisce dalla normale interlocuzione del medico esaminatore con il dipendente sottoposto a visita, ponendo attenzione alle informazioni anamnestiche che riguardano l'area delle relazioni familiari, sociali e l'ambito lavorativo, nonché pregresse patologie ed eventuale assunzione di farmaci, rimandando ad ulteriori valutazioni (psicologo, psichiatra), laddove dovessero emergere particolari problematiche.

Allo scopo di agevolare ed uniformare l'esecuzione di tale accertamento, è stato realizzato uno specifico questionario, per il quale si rimanda alla successiva sezione dedicata agli "Strumenti di Valutazione" (paragrafo 4.2.H).

Sono presenti poi i dati relativi ai *Fattori di Rischio Cardiovascolare* dell'operatore divisi in:

- *modificabili* (fumo, abuso di alcol, dieta ricca di grassi saturi, dieta ipercalorica, inattività fisica);
- *parzialmente modificabili* (ipertensione arteriosa, diabete mellito, ipercolesterolemia, basso livello di HDL, ipertrigliceridemia, obesità, OSAS, fibrillazione atriale, aritmie);
- *non modificabili* (età, sesso, fattori genetici e predisposizione familiare, storia personale di malattie cardiovascolari).

I fattori di rischio vengono identificati sulla base delle risultanze della valutazione anamnestico-clinica e degli accertamenti effettuati. A tal fine sono utilizzabili anche le tabelle (tabella ipertensione, classificazione del peso secondo l'indice di massa corporea, questionario di Berlino), descritte nella successiva sezione relativa agli “Strumenti di Valutazione” (paragrafo 4.2).

La definizione del *Gruppo di Rischio Cardiovascolare* avviene attraverso l'uso della Carta del Rischio Cardiovascolare (cfr. sezione “Strumenti di Valutazione” – paragrafo 4.2.B).

In essa, secondo il Progetto Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità, si prendono in considerazione sei fattori di rischio:

1. Sesso;
2. Diabete;
3. Fumo;
4. Età;
5. Pressione arteriosa sistolica;
6. Colesterolemia totale.

L'uso della Carta prevede il dosaggio della colesterolemia totale e della glicemia su sangue venoso; tali accertamenti vanno riservati ai casi in cui l'esame su sangue capillare, mediante *minilab*, abbia evidenziato valori superiori ai limiti di normalità.

Le voci *Pressione Arteriosa* e *Classificazione Ponderale* vanno compilate riportando rispettivamente gruppo e classe di appartenenza, secondo quanto previsto dall'applicazione delle apposite tabelle riportate nella sezione dedicata agli “Strumenti di Valutazione” (paragrafi 4.2.C e 4.2.D).

L'item *Sindrome Metabolica* viene compilato con riferimento alla tabella relativa alla diagnosi della sindrome metabolica, descritta di seguito nella sezione relativa agli “Strumenti di Valutazione” (paragrafo 4.2.E), riportando le caratteristiche presenti.

Il *giudizio di idoneità*, formulato soltanto in ambito di *Sorveglianza Sanitaria Generale*, prevede le seguenti cinque voci relative alla idoneità alla mansione espresse nel D.Lgs 81/2008:

1. Idoneo;
2. Idoneo con limitazioni;
3. Idoneo con prescrizioni;
4. Inidoneo temporaneamente;
5. Inidoneo permanentemente.

Nelle note andranno descritte le eventuali prescrizioni e/o limitazioni.

Alla fine della cartella clinica viene riportata la data della successiva visita, stabilita secondo quanto indicato relativamente alla periodicità degli accertamenti in ambito di *Sorveglianza Sanitaria Generale*, la data di completamento della visita e la firma per presa visione del dipendente.

4.2 Strumenti di valutazione

Allo scopo di uniformare la valutazione sullo stato di salute del dipendente, si propongono, quale riferimento, le seguenti tabelle.

4.2.A IDENTIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE		
Modificabili	Parzialmente modificabili	Non modificabili
Fumo	Iperensione arteriosa	Età
Abuso di alcool	Diabete mellito	Sesso
Dieta ricca di grassi saturi, ipercalorica	Ipercolesterolemia, Basso HDL, Ipertrigliceridemia	Fattori genetici, Predisposizione familiare
Inattività fisica	Obesità	Storia personale di malattie cardio-vascolari
	OSAS	
	Fibrillazione atriale ed aritmie	

4.2.B CARTA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

DONNE DIABETICHE

NON FUMATRICI		Colesterolo mg/dl					
Età 40-49	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291 - 320
		170 - 200	I	I	I	I	I
		150 - 170	I	I	I	I	I
		130 -150	I	I	I	I	I
		90 - 130	I	I	I	I	I

FUMATRICI		Colesterolo mg/dl					
Età 40-49	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291 -320
		170 - 200	II	II	II	II	II
		150 - 170	I	I	I	I	I
		130 -150	I	I	I	I	I
		90 - 130	I	I	I	I	I

NON FUMATRICI		Colesterolo mg/dl					
Età 50-59	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	II	II	II	II	II
		150 - 170	I	I	I	I	II
		130 -150	I	I	I	I	I
		90 - 130	I	I	I	I	I

FUMATRICI		Colesterolo mg/dl					
Età 50-59	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	III	III	III	III	IV
		150 - 170	II	II	II	II	III
		130 -150	II	II	II	II	II
		90 - 130	I	I	I	I	II

NON FUMATRICI		Colesterolo mg/dl					
Età 60-69	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	III	III	IV	IV	V
		150 - 170	II	II	III	III	III
		130 -150	II	II	II	II	II
		90 - 130	I	II	II	II	II

FUMATRICI		Colesterolo mg/dl					
Età 60-69	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	V	V	V	VI	VI
		150 - 170	IV	IV	IV	V	V
		130 -150	III	III	III	III	IV
		90 - 130	II	III	III	III	III

DONNE NON DIABETICHE

NON FUMATRICI		Colesterolo mg/dl					
Età 40-49	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	I	I	I	I	I
		150 - 170	I	I	I	I	I
		130 -150	I	I	I	I	I
		90 - 130	I	I	I	I	I

FUMATRICI		Colesterolo mg/dl					
Età 40-49	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	I	I	I	I	I
		150 - 170	I	I	I	I	I
		130 -150	I	I	I	I	I
		90 - 130	I	I	I	I	I

NON FUMATRICI		Colesterolo mg/dl					
Età 50-59	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	I	I	I	I	II
		150 - 170	I	I	I	I	I
		130 -150	I	I	I	I	I
		90 - 130	I	I	I	I	I

FUMATRICI		Colesterolo mg/dl					
Età 50-59	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	II	II	II	II	III
		150 - 170	I	I	II	II	II
		130 -150	I	I	I	I	I
		90 - 130	I	I	I	I	I

NON FUMATRICI		Colesterolo mg/dl					
Età 60-69	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	II	II	II	III	III
		150 - 170	II	II	II	II	II
		130 -150	I	I	I	I	II
		90 - 130	I	I	I	I	I

FUMATRICI		Colesterolo mg/dl					
Età 60-69	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	IV	IV	IV	IV	V
		150 - 170	III	III	III	III	IV
		130 -150	II	II	II	II	III
		90 - 130	II	II	II	II	II

UOMINI DIABETICI

NON FUMATORI		Colesterolo mg/dl					
Età 40-49	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	II	II	II	III	IV
		150 - 170	II	II	II	II	III
		130 -150	I	I	I	II	II
		90 - 130	I	I	I	I	II

FUMATORI		Colesterolo mg/dl					
Età 40-49	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	III	III	III	IV	V
		150 - 170	II	II	III	III	IV
		130 -150	II	II	II	II	III
		90 - 130	I	I	II	II	III

NON FUMATORI		Colesterolo mg/dl					
Età 50-59	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	II	II	III	III	V
		150 - 170	II	II	II	III	IV
		130 -150	I	II	II	II	III
		90 - 130	I	I	I	II	II

FUMATORI		Colesterolo mg/dl					
Età 50-59	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	V	V	V	VI	VI
		150 - 170	IV	IV	V	V	VI
		130 -150	III	III	IV	IV	V
		90 - 130	III	III	III	III	V

NON FUMATORI		Colesterolo mg/dl					
Età 60-69	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	VI	VI	VI	VI	VI
		150 - 170	V	V	VI	VI	VI
		130 -150	IV	IV	V	V	VI
		90 - 130	III	III	IV	V	V

FUMATORI		Colesterolo mg/dl					
Età 60-69	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291- 320
		170 - 200	VI	VI	VI	VI	VI
		150 - 170	VI	VI	VI	VI	VI
		130 -150	V	V	VI	VI	VI
		90 - 130	V	V	V	VI	VI

UOMINI NON DIABETICI

NON FUMATORI		Colesterolo mg/dl					
Età 40-49	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	I	I	II	II	II
		150 - 170	I	I	I	I	II
		130 -150	I	I	I	I	II
		90 - 130	I	I	I	I	I

FUMATORI		Colesterolo mg/dl					
Età 40-49	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	II	II	II	II	IV
		150 - 170	I	II	II	II	III
		130 -150	I	I	I	II	II
		90 - 130	I	I	I	I	II

NON FUMATORI		Colesterolo mg/dl					
Età 50-59	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	II	II	III	III	V
		150 - 170	II	II	II	III	IV
		130 -150	I	II	II	II	III
		90 - 130	I	I	I	II	II

FUMATORI		Colesterolo mg/dl					
Età 50-59	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	III	IV	IV	V	VI
		150 - 170	III	III	III	IV	V
		130 -150	II	II	II	III	IV
		90 - 130	II	II	II	II	III

NON FUMATORI		Colesterolo mg/dl					
Età 60-69	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	IV	V	V	V	VI
		150 - 170	III	IV	IV	V	VI
		130 -150	III	III	III	IV	V
		90 - 130	II	II	III	III	IV

FUMATORI		Colesterolo mg/dl					
Età 60-69	P.A. mm Hg		130-174	174-213	213-252	252-291	291-320
		170 - 200	VI	VI	VI	VI	VI
		150 - 170	V	V	V	VI	VI
		130 -150	IV	IV	V	V	VI
		90 - 130	III	III	IV	IV	V

L'appartenenza ad uno dei sei gruppi di rischio individua la probabilità statistica di andare incontro ad un evento cardiovascolare nei successivi 10 anni, secondo il seguente schema.

Gruppo di rischio	Rischio di evento cardiovascolare
VI	>30%
V	20% - 30%
IV	15% - 20%
III	10% - 15%
II	5% - 10%
I	<5%

La Carta del Rischio Cardiovascolare, secondo le indicazioni del Progetto Cuore:

- deve essere usata dal medico;
- è valida se i fattori di rischio vengono misurati seguendo la metodologia standardizzata;
- è utilizzabile su donne e uomini di età compresa fra 40 e 69 anni, che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari;
- non è utilizzabile nelle donne in gravidanza;
- non può essere applicata per valori estremi dei fattori di rischio: pressione arteriosa sistolica superiore a 200 mm Hg o inferiore a 90 mm Hg e colesterolemia totale superiore a 320 mg/dl o inferiore a 130 mg/dl.

La standardizzazione della metodica prevede che:

- i valori di glicemia e colesterolemia totale siano determinati su sangue venoso. Tuttavia, considerando le evidenze scientifiche dell'affidabilità delle metodiche su sangue capillare, con i dispositivi attualmente in uso, laddove i valori di glicemia e colesterolemia determinati con *minilab* risultino nell'ambito della normalità, gli stessi sono considerati validi per la stratificazione del rischio cardiovascolare; quando un parametro risulta alterato, la determinazione va confermata su sangue venoso ai fini dell'eventuale diagnosi di diabete e della stratificazione del rischio;
- si definisce fumatore chi fuma regolarmente ogni giorno (anche una sola sigaretta) oppure ha smesso da meno di 12 mesi, mentre si considera non fumatore chi non ha mai fumato o ha smesso da più di 12 mesi;

- i valori pressori sono espressi con riferimento alla sola pressione sistolica.

Il calcolo del rischio cardiovascolare si realizza operativamente nel seguente modo: si seleziona il sesso dell'operatore; si procede a scegliere se diabetico o meno; si valuta se fumatore o meno; si sceglie la fascia di età corrispondente a quella dell'operatore e, su questa, si va ad incrociare il livello di colesterolo totale con la pressione arteriosa, ricavando il gruppo di rischio di appartenenza.

Il Progetto Cuore consiglia di eseguire la valutazione del rischio cardiovascolare attraverso la carta:

- almeno ogni sei mesi per persone a elevato rischio cardiovascolare (rischio superiore o uguale al 20%);
- almeno ogni anno per persone a rischio da tenere sotto controllo attraverso l'adozione di uno stile di vita sano (rischio superiore o uguale al 5% e inferiore al 20%);
- almeno ogni 5 anni per persone a basso rischio cardiovascolare (rischio inferiore al 5%).

A tal fine deve essere data informazione al medico di medicina generale secondo le modalità indicate al paragrafo 1.3.

4.2.C	CLASSIFICAZIONE DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA		
	Pressione arteriosa		
	Massima	Minima	
	Ottimale	< 120	<80
	Normale	<130	<85
	Normale alta	130 – 139	85 – 89
	Ipertensione lieve	140 – 159	90 – 99
	Ipertensione moderata	160 – 179	100 – 109
	Ipertensione grave	>180	>110
	Ipertensione sistolica isolata	>140	<90

4.2.D	CLASSIFICAZIONE DEL PESO CORPOREO SECONDO L'INDICE DI MASSA CORPOREA (BMI)	
	Classi ponderali	BMI
	Sottopeso	<18,5
	Normale	18,5 – 24,9
	Sovrappeso	25 – 29,9
	Obesità lieve	30 – 34,9
	Obesità moderata	35 – 39,9
	Obesità Patologica	≥ 40

4.2.E	DIAGNOSI DI SINDROME METABOLICA (se presenti 3 o più delle seguenti caratteristiche)
	1. circonferenza addominale >102 cm per uomo, >88 cm per donna
	2. trigliceridemia >150 mg/dl
	3. colesterolo HDL < 40 mg/dl per uomo, <50 mg/dl per donna
	4. pressione arteriosa >130/85 mmHg
	5. glicemia > 110 mg/dl

4.2.F	QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA SONNOLENZA EPWORTH SLEEPINESS SCALE (ESS)
--------------	--

✓ **Che probabilità ha di appisolarsi o di addormentarsi nelle seguenti situazioni, indipendentemente dalla sensazione di stanchezza?**

La domanda si riferisce alle usuali abitudini di vita nell'ultimo periodo. Qualora non si sia trovato di recente in alcune delle situazioni elencate sotto, provi ad immaginare come si sentirebbe.

✓ **Usi la seguente scala per scegliere il punteggio più adatto ad ogni situazione:**

0	Non mi addormento mai
1	Ho qualche probabilità di addormentarmi
2	Ho una discreta probabilità di addormentarmi
3	Ho un'alta probabilità di addormentarmi

Situazioni

- | | |
|---|--|
| <p>a. Seduto mentre leggo</p> <p>b. Guardando la TV</p> <p>c. Seduto, inattivo in un luogo pubblico (a teatro, ad una conferenza)</p> <p>d. Passeggero in automobile, per un'ora senza sosta</p> <p>e. Sdraiato per riposare nel pomeriggio, quando ne ho l'occasione</p> <p>f. Seduto mentre parlo con qualcuno</p> <p>g. Seduto tranquillamente dopo pranzo, senza aver bevuto alcoolici</p> <p>h. In automobile, fermo per pochi minuti nel traffico</p> | <p>Somma <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> |
|---|--|

Se il punteggio totalizzato è superiore a 10 ciò è indicativo di una sonnolenza diurna eccessiva.

CATEGORIA 1**Punto 1. E' solito russare ?**

- A Si
- B No
- C Non so

Punto 2. Se russa: il suo russare è

- A Leggermente più forte della respirazione
- B Come il parlare
- C Più forte del parlare
- D Molto alto - può essere ascoltato in stanze adiacenti

Punto 3. Le capita di russare:

- A Quasi ogni giorno
- B 3-4 volte a settimana
- C 1-2 volte a settimana
- D 1-2 volte al mese
- E Mai o quasi mai

Punto 4. Il suo russare disturba altre persone?

- A Si
- B No
- C Non so

Punto 5. Qualcuno ha notato che interrompe la respirazione durante il sonno?

- A Quasi ogni giorno
- B 3-4 volte a settimana
- C 1-2 volte a settimana
- D 1-2 volte al mese
- E Mai o quasi mai

CATEGORIA 2**Punto 6. Quante volte si sente stanco o affaticato dopo il sonno notturno?**

- A Quasi ogni giorno
- B 3-4 volte a settimana
- C 1-2 volte a settimana
- D 1-2 volte al mese

Punto 7. Durante il giorno, si sente stanco, affaticato o svogliato?

- A Quasi ogni giorno
- B 3-4 volte a settimana
- C 1-2 volte a settimana
- D 1-2 volte al mese
- E Mai o quasi mai

Punto 8. Si è mai appisolato o addormentato durante la guida di un veicolo?

- A Si
- B No

Punto 9. In caso affermativo, con quale frequenza si verifica il problema?	
A	Quasi ogni giorno
B	3-4 volte a settimana
C	1-2 volte a settimana
D	1-2 volte al mese
E	Mai o quasi mai

CATEGORIA 3	
Punto 10. Ha la pressione alta?	
A	Si
B	No
C	Non so
<i>(Calcolare anche il BMI)</i>	

PUNTEGGI

Il questionario si compone di 3 categorie. Ogni categoria si articola in punti. Le risposte ai punti portano all'attribuzione di un punteggio. Sulla base dei punteggi totalizzati per ogni categoria, questa può risultare positiva.

La positività per 2 o più categorie comporta alto rischio per OSAS; la positività per una (o nessuna) categoria comporta un basso rischio.

Le modalità di calcolo vengono di seguito illustrate.

CATEGORIA 1 – Punti 1,2,3,4,5
Punto 1: se 'si', assegnare 1 punto Punto 2: se 'c' o 'd', assegnare 1 punto Punto 3: se 'a' o 'b', assegnare 1 punto Punto 4: se 'a', assegnare 1 punto Punto 5: se 'a' o 'b', assegnare 2 punti
La Categoria 1 è positiva se il punteggio totale è di 2 o più punti

CATEGORIA 2 – Punti 6, 7, 8 (il punto 9 va valutato separatamente)
Punto 6: se 'a' o 'b', assegnare 1 punto Punto 7: se 'a' o 'b', assegnare 1 punto Punto 8: se 'a', assegnare 1 punto
La Categoria 2 è positiva se il punteggio totale è di 2 o più punti

CATEGORIA 3 – Punto 10
La Categoria 3 è positivo se la risposta al punto 10 è 'si' o se il BMI del soggetto è > 30 Kg/m ²

Alto rischio OSAS	2 o più categorie positive
Basso rischio OSAS	1 o nessuna categoria positiva

4.2.H	ESAME PSICHICO CON COLLOQUIO
--------------	-------------------------------------

<i>Cognome</i>	_____
<i>Nome</i>	_____
<i>Età</i>	_____
<i>Sesso (M/F)</i>	_____

INFORMAZIONI ANAMNESTICHE	
Area relazioni familiari	_____ _____
Area affettivo-sentimentale	_____ _____
Area relazioni sociali	_____ _____
Area lavorativa	_____ _____
Anamnesi psico-patologica	_____ _____ _____ _____

ESAME OBIETTIVO PSICHICO	
Aspetto e cura di sè	Curato/ Stravagante/ Trascurato
Atteggiamento al colloquio	Collaborativo/ Manipolativo/ Incongruo/ Difensivo
Eloquio/linguaggio	Fluidò/ Accelerato/ Rallentato/ Balbuzie
Attenzione/concentrazione	Attento/ Ipervigile/ Distraibile/ Apatico
Capacità critica/giudizio	Sufficiente/ Buono/ Scarso/ Assente
Umore	Eutimico/ Ipertimico/ Deflesso
Ulteriori osservazioni	_____ _____ _____

CONCLUSIONI	_____ _____
--------------------	----------------

<i>Data</i>		<i>Medico Esaminatore</i>	
-------------	--	---------------------------	--

5. INTERVENTI CORRETTIVI

Obiettivo principale del progetto è il perseguimento della tutela della salute dell'operatore da conseguire, oltre che attraverso i controlli sanitari periodici, anche con l'indicazione ad attenersi a corretti stili di vita (sana alimentazione, attività fisica, igiene del sonno, etc.).

Di seguito sono riportate le indicazioni del Progetto Cuore sulla prevenzione del rischio cardiovascolare, correlate al gruppo di rischio.

Gli interventi descritti, pur avendo un significato orientativo e lo scopo di uniformare le valutazioni, non intendono, in alcun modo, limitare ulteriori iniziative che il medico intenda intraprendere.

5.1 Prevenzione cardiovascolare in relazione al gruppo di rischio

Gruppo I

In questo gruppo sono inseriti coloro i quali, con l'applicazione dei criteri di valutazione riportati in cartella (riferiti alla Carta del Rischio Cardiovascolare), sono sostanzialmente al livello più basso di rischio (<5%).

Per tali soggetti ci si può limitare a ribadire la necessità di curare una sana alimentazione, un buon sonno ed una sana e costante attività fisica.

Gruppo II

A differenza del gruppo I, si è in presenza di un incremento della percentuale di rischio (5-10%) che, seppur minimo, implica comunque la necessità di interventi finalizzati a ricondurre il soggetto nel gruppo I.

Generalmente i soggetti appartenenti a questo gruppo presentano fattori di rischio isolati, riconducibili in gran parte allo stile di vita. L'intervento è ovviamente mirato alla correzione dei fattori di rischio modificabili.

Gruppo III

In questo gruppo il rischio di un evento cardiovascolare diventa più significativo (10-15%). I possibili interventi, in questo caso, consistono nell'adozione più incisiva di adeguate misure di igiene di vita e nella correzione dei fattori di rischio modificabili.

E' inoltre indicato un controllo nel tempo, allo scopo di monitorare l'efficacia degli interventi e l'auspicabile riduzione del profilo di rischio. A tale scopo, risulta indispensabile la collaborazione con il medico di medicina generale del dipendente (cfr. paragrafo 1.3) , anche per valutare la necessità di una terapia farmacologica, nel caso in cui la sola correzione del regime di vita non sia sufficiente a conseguire il risultato.

Gruppo IV-V

L'elevato rischio cardiovascolare (15-30%) implica la necessità di incrementare il livello di attenzione. Oltre a porre in essere quanto previsto per il gruppo precedente, occorre intensificare la collaborazione con il medico di medicina generale (cfr. paragrafo 1.3), per la prescrizione di ulteriori accertamenti e per l'attuazione degli interventi terapeutici.

In questa fascia si possono prevedere, se ritenuti necessari, periodi di non idoneità temporanea al servizio di istituto o di temporaneo impiego protetto.

Il dipendente va sottoposto a controlli più frequenti, per monitorare l'efficacia degli interventi terapeutici e la possibilità di un suo reinserimento in un gruppo di rischio più basso.

Gruppo VI

Il rischio assai elevato (>30%) può far prendere in maggiore considerazione un provvedimento di non idoneità temporanea o di un'idoneità con limitazioni (esenzione dalle attività più gravose, es. turni).

Risulta fondamentale la collaborazione con il medico curante (cfr. paragrafo 1.3) per gli approfondimenti diagnostici, l'istituzione di terapie idonee, il monitoraggio del soggetto nel tempo.

La sorveglianza sanitaria deve essere ravvicinata per verificare se le misure di igiene di vita e/o i trattamenti terapeutici intrapresi possano ricondurre il soggetto entro limiti di rischio più accettabili, tali da restituirlo al servizio attivo.

6. CRITERIOLOGIA PER I GIUDIZI DI IDONEITÀ

6.1 Aspetti generali

L'attività di sorveglianza sanitaria implica la formulazione di giudizi di idoneità lavorativa, con riferimento alle attività di polizia svolte nell'ambito dello specifico gruppo di appartenenza del dipendente (I-II-III), definito in base all'operatività, come precedentemente illustrato.

L'adozione del provvedimento comporta la valutazione contemporanea di tre aspetti:

- a. la capacità lavorativa, ovvero l'efficienza psico-fisica ad espletare quel determinato tipo di attività;
- b. la verifica che la prestazione d'opera non comporti un danno alla salute;
- c. la non sussistenza di pericolosità per terzi.

Tolti i casi di condizioni assolutamente incompatibili con l'assolvimento della prestazione lavorativa e l'idoneità al servizio, per i quali devono essere necessariamente instaurati i relativi procedimenti medico-legali, il nuovo modello di sorveglianza offre una maggiore flessibilità valutativa consentendo, all'occorrenza, l'adozione di giudizi di idoneità condizionata, anche a carattere permanente, pur in assenza del requisito della dipendenza da causa di servizio dell'infermità.

Il Medico Competente, infatti, può adottare giudizi di idoneità con limitazioni e/o prescrizioni, temporanei o permanenti.

In particolare, i provvedimenti di esenzione temporanea possono includere:

- a. servizi esterni operativi;
- b. servizi auto e motomontati operativi ;
- c. lavoro a turni (anche con possibilità di distinguere tra turnazioni notturne e diurne).

I provvedimenti di esenzione permanente, che comprendono le medesime limitazioni, possono anche implicare una diversa inclusione del dipendente nel gruppo operativo omogeneo (ad esempio da gruppo I a gruppo III).

Si raccomanda di evitare formulazioni generiche delle esenzioni (ad esempio "servizi esterni") e, naturalmente, di non estendere la proscrizione a compiti irrinunciabili per l'espletamento del servizio di un qualsivoglia operatore di polizia (ad esempio le esercitazioni

di tiro, l'uso dell'uniforme, trasferimenti automontati da un ufficio all'altro, limitazioni assolute dell'orario di impiego).

Le presenti disposizioni sostituiscono la Circolare n.850/OSS.8/25-9/4 (*“Idoneità condizionata al servizio. Considerazioni medico-legali”*), datata 14 febbraio 2003 del Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale di Sanità ed integrano quella n.850/A8/25-765 (*“Esonero dai servizi automontati. Indicazioni procedurali”*), datata 8 febbraio 2005, del Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale di Sanità.

6.2 Indicazioni per la formulazione del giudizio di idoneità in talune condizioni morbose

6.2.A Malattie dell'apparato cardiovascolare

Condizioni di frequente riscontro sono generalmente rappresentate dall'ipertensione arteriosa e dalla cardiopatia ischemica.

Una condizione di ipertensione arteriosa ben controllata dalla terapia ed in assenza di apprezzabili segni di danno d'organo non pone particolari problemi ai fini dell'idoneità lavorativa.

Nel caso in cui l'ipertensione non sia adeguatamente controllata e possa costituire un rischio in relazione alla specifica attività svolta dall'operatore, è preferibile un periodo di temporanea non idoneità al servizio o la formulazione di giudizi di idoneità lavorativa condizionata (esenzione temporanea dai servizi esterni operativi e dalle turnazioni), in attesa della stabilizzazione dei valori pressori.

Relativamente alla cardiopatia ischemica è opportuna la formulazione di giudizi di temporanea non idoneità al servizio, in attesa della stabilizzazione del quadro clinico o dell'inquadramento diagnostico.

In presenza di un danno d'organo, laddove questo risulti irreversibile e possa incidere sull'assolvimento della prestazione lavorativa, sono comunque da adottare, preferenzialmente, provvedimenti che consentano l'utilizzo dipendente in un impiego protetto. Sono dunque indicati giudizi di idoneità lavorativa condizionata, con esenzioni dai servizi più gravosi (servizi esterni operativi e turnazioni) e conseguente inserimento in un gruppo di controllo a

minore connotazione operativa. La *Sorveglianza Sanitaria Generale*, in tali circostanze, può avere una cadenza più ravvicinata, indipendentemente dal gruppo di appartenenza.

Qualora la capacità lavorativa risulti significativamente ed irreversibilmente compromessa o non sia compatibile con una nuova collocazione lavorativa nei ruoli della Polizia di Stato, sono ipotizzabili giudizi di permanente non idoneità lavorativa, con le previste procedure in ordine all'accertamento dell'idoneità al servizio di istituto.

E' opportuno considerare che il reinserimento in servizio di un operatore di polizia con cardiopatia è un processo molto delicato, in cui vanno valutati sia i contenuti dell'attività concretamente svolta, sia quelli più generali dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro (turnazioni, lavoro non o poco programmabile ed impreveduto, necessità di missioni, etc.).

A prescindere dai giudizi formulati dalla Commissione Medica Ospedaliera (che fornisce indicazioni limitative solo allorché adotta provvedimenti di idoneità parziale al servizio, ai sensi del DPR 738/81), il Medico Competente, a tutela della salute dell'operatore, può modulare ed integrare i suoi giudizi con specifici contenuti limitativi, tenendo in debito conto sia gli aspetti motivazionali sia i possibili effetti negativi ambientali, organizzativi ed ergonomici della specifica mansione svolta, in grado di interferire con l'evoluzione della patologia cardiovascolare.

L'obiettivo prioritario rimane, comunque, il reinserimento "protetto" dell'operatore.

6.2.B Obesità

Il principale riferimento valutativo è rappresentato dall'indice di massa corporea (Body Mass Index – BMI), che consente di definire condizioni di evidente sovrappeso (BMI superiore a 25 nelle donne ed a 27 negli uomini) e di obesità (BMI superiore a 28 nelle donne ed a 30 negli uomini).

Va inoltre accertato se l'innalzamento dell'indice di massa corporea sia imputabile ad una struttura muscolare particolarmente sviluppata o dipenda da un eccesso di massa grassa.

Una condizione di sovrappeso, specie se in assenza di altri rilevanti fattori di rischio cardiovascolare, non richiede provvedimenti limitativi sull'idoneità lavorativa. Vanno comunque intrapresi gli interventi necessari al ripristino del corretto peso corporeo e programmati controlli sanitari con una frequenza superiore rispetto a quanto previsto per il gruppo operativo di appartenenza.

Una condizione di obesità può porre il problema dell'idoneità lavorativa.

La correzione dell'eccesso ponderale è graduale e comporta l'adozione di provvedimenti limitativi o ostatici all'impiego del dipendente per la durata del trattamento. Il giudizio di temporanea non idoneità è da riservare, comunque, ai casi più gravi ed in presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare.

Sono preferibili provvedimenti di idoneità lavorativa condizionata. Oltre ai servizi operativi esterni ed alle turnazioni notturne, possono essere proscritti i servizi di vigilanza interni effettuati dal dipendente quale singolo operatore.

La cadenza dei successivi controlli, ai fini della *Sorveglianza Sanitaria Generale*, va stabilita con riferimento alla possibilità di riscontro di un effettivo miglioramento dello stato ponderale del soggetto. E' necessario comunque attivare interventi correttivi, anche indirizzando il soggetto a centri specializzati, e monitorare l'efficacia dei trattamenti intrapresi. La protratta persistenza della condizione di obesità (e non il semplice sovrappeso), specie se associata alla presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare, implica valutazioni a carattere permanente sull'idoneità lavorativa e sull'idoneità al servizio del dipendente.

6.2.C Diabete mellito

Dopo l'inquadramento diagnostico, la valutazione delle possibili complicanze ed in caso di buon controllo glicemico, l'utilizzo degli strumenti idoneativi introdotti dalle procedure di *Sorveglianza Sanitaria Generale*, può consentire l'impiego del dipendente attraverso una modulazione delle attività di servizio (si segnala una particolare attenzione nell'impiego in turnazioni). Opportuno, anche in tali casi, uno stretto monitoraggio, tramite visite ravvicinate.

6.2.D Neoplasie

La valutazione dell'idoneità, in presenza di patologia tumorale, non può ovviamente far riferimento al solo fattore prognostico, tantomeno l'adozione del giudizio può essere procrastinata al momento dello scioglimento della prognosi della malattia.

Nella maggior parte dei casi è possibile ed auspicabile un giudizio di idoneità al servizio al termine del periodo di trattamento, qualora le condizioni fisiche lo consentano.

In tal caso, dopo il giudizio medico-legale di idoneità, vanno formulate in ambito di *Sorveglianza Sanitaria Generale*, le relative controindicazioni e limitazioni all'impiego, in modo da consentire, per un periodo corrispondente al follow-up della malattia, l'impiego protetto del dipendente.

In tali circostanze, oltre alle problematiche di carattere fisico, va necessariamente valutato il vissuto psichico dell'operatore (correlato all'elevato impatto traumatico della diagnosi e dei trattamenti) e la sua motivazione a riprendere il servizio.

Nelle remissioni complete, considerati gli aspetti sopra detti, appare quasi sempre indicata l'adozione di un giudizio di idoneità al servizio che può naturalmente essere modulato sia in termini temporali che nei contenuti.

6.2.E Malattie psichiatriche

I quadri psicopatologici costituiscono sempre *idoneità difficili* per gli operatori di polizia. La possibilità di ricadute e di cronicizzazione, l'uso di farmaci che interferiscono con lo stato di vigilanza e di attenzione, la necessità di garantire l'incolumità di terzi rappresentano infatti condizioni che rendono estremamente problematico il giudizio di idoneità al servizio.

Di contro, non può negarsi come quadri reattivi, inevitabili per lo stress che l'operatore di polizia può necessariamente subire nelle occasioni più varie, non devono essere letti come condizioni pregiudizialmente compromettenti l'idoneità al servizio. In taluni casi è infatti più preoccupante l'assenza di reazioni emotive rispetto alla persistenza temporanea di alcuni sintomi.

Per quel che attiene ai disturbi di maggiore intensità, restano valide le previgenti modalità di accertamento dell'idoneità al servizio (giudizi collegiali presso la CMO, sorveglianza neuropsichiatrica periodica) che, ove possibile, vanno armonizzate con le procedure di *Sorveglianza Sanitaria Generale*.

6.2.F Malattie neurologiche

A prescindere dai casi di patologie conclamate, incompatibili con il servizio, le tecniche di *imaging* consentono spesso di cogliere alterazioni strutturali (quadri

demielinizzanti, siringomielia, etc.) in assenza di segni clinici di malattia. Tali forme possono presentare un andamento evolutivo o comportare dei rischi aggiuntivi in caso di traumatismi. E' opportuno, al fine della tutela della salute dell'operatore, la predisposizione, in questi casi, di un piano di sorveglianza sanitaria con controlli ravvicinati nel tempo e l'eventuale adozione di provvedimenti limitativi all'impiego.

6.2.G Malattie dell'apparato locomotore

Generalmente, il decorso delle patologie osteoarticolari croniche è caratterizzato da lunghi intervalli liberi da manifestazioni sintomatologiche importanti e da periodi di riesacerbazione che possono limitare anche le più semplici attività della vita di relazione. Per tale motivo l'idoneità al servizio è adeguatamente gestibile con provvedimenti di temporanea non idoneità e, in casi particolari, a persistente rilevanza funzionale, con esenzioni temporanee dai servizi esterni operativi, in modo da ridurre le riacutizzazioni e migliorare il decorso della patologia.

6.2.H Malattie dell'apparato digerente

Per quanto riguarda la malattia peptica, di gran lunga prevalente rispetto ad altre forme morbose, la curabilità della patologia e la rapida risposta ai farmaci rendono sufficiente, nella maggior parte dei casi, brevi periodi di temporanea non idoneità al servizio.

Le epatopatie croniche (positività per virus epatotropi in assenza di significative manifestazioni cliniche), qualora non inficino l'idoneità al servizio, devono essere monitorate nel tempo.

ALLEGATI

- **Dichiarazione di consenso informato – Promozione della Salute**
- **Cartella Sanitaria**
- **Programma di Sorveglianza Sanitaria Generale – Giudizio di idoneità**
- **Programma di Sorveglianza Sanitaria Generale – Giudizio di idoneità ad attività specialistiche**
- **Modulo informativo di visita a richiesta del lavoratore**
- **Statistica sanitaria bimestrale – Promozione della Salute e Sorveglianza Sanitaria Generale**

BOLZA

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PROMOZIONE DELLA SALUTE

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ dichiara di aver fornito al dipendente un'informazione completa ed esauriente relativamente all'atto sanitario proposto.

Le informazioni sono state fornite tramite colloquio personale.

Data _____

Timbro e firma del medico

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io, sottoscritto/a _____ dichiaro:

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:
- sul tipo di procedura diagnostica propostami;
- sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta;
- sui vantaggi, sui rischi e sui limiti degli esami diagnostici;
- sulle eventuali alternative diagnostiche;
- di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi Momento durante la procedura proposta;
- di **ACCETTARE** **NON ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, l'atto sanitario proposto;
- di **ACCETTARE** **NON ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, di essere sottoposto all'indagine radiologica richiesta, in quanto pienamente consapevole dei benefici e dei rischi connessi all'esame.

Data _____

Firma del dipendente _____

Timbro e firma del medico

CARTELLA SANITARIA

UFFICIO SANITARIO

SORVEGLIANZA SANITARIA GENERALE

- preventiva
- periodica
- a richiesta

PROMOZIONE DELLA SALUTE

Ufficio di appartenenza _____

Data _____

Gruppo

- I
- II
- III

Nome _____

Data di nascita _____

Qualifica _____

Cognome _____

Sesso _____

Telefono _____

Medico curante _____

Tipo di rischio _____

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI FISIOLÓGICA

Fumo sì n/die _____ da quanti anni _____ no

Caffè sì n/die _____ no

Alcolici si tipo _____ quantità/die _____ no

Sport praticati

Agonismo frequenza _____ mesi/anni di pratica _____
attività _____
ultima certificazione idoneità agonistica _____

ANAMNESI LAVORATIVA

Lavoro a turni si tipo di turno _____ da quanti anni _____ no

Sonnolenza diurna negli ultimi 6 mesi si punteggio ESS _____ no

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

ESAME OBIETTIVO

Peso (Kg) _____ **Altezza (cm)** _____

Circonferenza addome (cm) _____ **BMI (peso/altezza²)** _____

Pressione arteriosa (mmHg) _____ **Frequenza cardiaca (bpm)** _____

ORGANI ED APPARATI

ESAME VISIVO

	OD	OS
Visus naturale	_____	_____
Visus corretto	_____	_____
Correzione	_____	_____
Senso cromatico	_____	_____
Visione binoculare	_____	_____
Campo visivo	_____	_____
Forie	_____	_____

ESAME Uditivo

(percezione voce di conversazione e voce sussurrata)

Orecchio dx, a m	Orecchio sx, a m
_____	_____

TEMPI DI REAZIONE

(in decili)

	rapidità	regolarità
Stimoli luminosi semplici	_____	_____
Stimoli acustici semplici	_____	_____
Stimoli visivi di allerta	_____	_____
Stimoli acustici di allerta	_____	_____
Stimoli visivi di vigilanza	_____	_____
Stimoli acustici di vigilanza	_____	_____

ESAMI CLINICO STRUMENTALI

I LIVELLO

II LIVELLO

COLLOQUIO PSICOLOGICO

FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE

modificabili

parzialmente modificabili

non modificabili

GRUPPO DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE

PRESSIONE ARTERIOSA (gruppo di appartenenza)

CLASSIFICAZIONE PONDERALE

BMI

Classe

SINDROME METABOLICA

(caratteristiche presenti)

GIUDIZIO DI IDONEITA'

- Idoneo
- Idoneo con prescrizioni
- Idoneo con limitazioni
- Inidoneo temporaneamente
- Inidoneo permanentemente

Note

Da sottoporre a nuova visita medica il _____

Data _____

Avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'Organo di vigilanza territorialmente

competente ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del DLgs 81/2008, entro il termine di 30 giorni

Il dipendente per presa visione

Il medico

PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA GENERALE
Giudizio di idoneità

UFFICIO SANITARIO

VISITA

- Preventiva
- Periodica
- A richiesta

Nome
Qualifica

Cognome
Ufficio

Data di nascita
Gruppo

Tipo di rischio

GIUDIZIO DI IDONEITÀ

- Idoneo
- Idoneo con prescrizioni
- Idoneo con limitazioni
- inidoneo temporaneamente
- Inidoneo permanentemente

Note

Da sottoporre a nuova visita medica
il _____

Data _____

Avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'Organo di vigilanza territorialmente

competente ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del DLgs 81/2008, entro il termine di 30 giorni

Il dipendente per presa visione

Il medico competente

PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA GENERALE
Giudizio di idoneità ad attività specialistiche

UFFICIO SANITARIO

VISITA

- Preventiva
- Periodica
- A richiesta

Nome _____ **Cognome** _____ **Data di nascita** _____
Qualifica _____ **Ufficio** _____ **Gruppo** _____

GIUDIZIO DI IDONEITÀ

- Idoneo
- Non idoneo

All'attività di _____

Data _____

Il dipendente per presa visione

Il medico

SORVEGLIANZA SANITARIA GENERALE

FATTORI DI RISCHIO/ INFERMITA' RISCONTRATE

Tipologia		Numero
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

PROVVEDIMENTI SULL'IDONEITA' LAVORATIVA

Tipologia		Numero
Idoneità	_____	_____
	_____	_____
Idoneità con prescrizioni	_____	_____
	_____	_____
Idoneità con limitazioni	_____	_____
	_____	_____
Temporanea non idoneità	_____	_____
	_____	_____
Permanente non idoneità	_____	_____
	_____	_____

PROVVEDIMENTI SULL'IDONEITA' AL SERVIZIO

Tipologia		Numero
Idoneità condizionata	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Temporanea non idoneità	_____	_____
	_____	_____
Invio in CMO	_____	_____