



Piano Mirato di Prevenzione “Edilizia”

“Rischio caduta dall’alto”

Buone pratiche sulla Sorveglianza Sanitaria

Indice generale

1-MOTIVAZIONE PER L’AVVIO DEL PIANO MIRATO.....	1
2-CONTESTO NAZIONALE, REGIONALE, LOCALE.....	1
3- LA SORVEGLIANZA SANITARIA: RIFERIMENTI NORMATIVI E FINALITÀ.....	2
4- LA SORVEGLIANZA SANITARIA NEGLI ADDETTI A RISCHIO CADUTA DALL’ALTO.....	5
5- BIBLIOGRAFIA.....	14
6- ALLEGATI.....	16

Le seguenti buone pratiche saranno oggetto di adeguamento periodico anche in relazione ad eventuali mutamenti normativi e nuovi documenti nazionali e regionali (anche relativi alle recenti modifiche del D.Lgs 81/08), pubblicazioni INAIL e linee guida di società scientifiche accreditate.

Edizione maggio 2024



1-MOTIVAZIONE PER L'AVVIO DEL PIANO MIRATO

Il Piano Mirato di Prevenzione (PMP) edilizia, come indicato nel Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2020- 2025 e nel Piano Regionale di Prevenzione (PRP) della Regione Piemonte prevede un percorso strutturato che coinvolge le figure strategiche della sicurezza relative a:

quelle per committenza: committenti, responsabili dei lavori, professionisti, coordinatori della sicurezza sia in fase di progettazione che di esecuzione dei lavori (CSP/CSE);

quelle azienda: Datore di Lavoro (DDL), Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), Medico Competente (MC), Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS), ecc. e i lavoratori stessi

al fine di mettere in atto azioni preventive tramite l'utilizzo di pratiche raccomandate che si basino su linee guida accreditate, evidenze di efficacia e criteri di sostenibilità economico-organizzativa, in tema di prevenzione degli infortuni ed emersione delle malattie professionali; da attuarsi secondo un principio di equità che non escluda le piccole e microimprese, molti frequenti in edilizia .

2-CONTESTO NAZIONALE, REGIONALE, LOCALE

Nel 2021 (dati INAIL) il settore edile con la crescita degli occupati (+7,7%) è stato caratterizzato dall'incremento di infortuni (+17,7%) e patologie denunciate (+28,2%). La "caduta dall'alto", nel comparto edile, rappresenta una delle principali cause di infortuni mortali, che si verificano durante lo svolgimento di attività lavorative nel comparto edili. Tale condizione prevede l'attuazione di azioni mirate che si pongono come obiettivo la riduzione dell'esposizione al rischio laddove non è possibile eliminarlo del tutto, e conseguentemente la riduzione degli infortuni per i lavoratori esposti. La distribuzione per dimensione dell'azienda (intesa come l'unità locale dove si è verificato l'evento) cui appartiene l'infortunato evidenzia il fenomeno della frammentazione delle imprese italiane, in particolar modo nel comparto edile dove spesso si ricorre a forme di contratto in appalto e subappalto, con noti problemi sui piani della legalità e della sicurezza. Il 64% degli infortuni sono infatti avvenuti in aziende fino a 9 addetti (microimprese), che devono essere incluse con particolare attenzione nei piani di prevenzione per il principio di equità.

Per lavoro in quota si intende l'attività lavorativa che espone il lavoratore al rischio di caduta da altezza superiore a 2 m rispetto ad un piano stabile (art. 107 D.lgs. 81/2008) e che lo espone ad



importanti rischi per la salute e sicurezza. Il rischio prevalente è la caduta dall'alto che, secondo dati recenti rappresenta circa un terzo degli infortuni mortali nei luoghi di lavoro; per tale motivo è stato predisposto uno specifico piano mirato.

3- LA SORVEGLIANZA SANITARIA: RIFERIMENTI NORMATIVI E FINALITÀ

COLLABORAZIONE ALLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Il Datore di Lavoro (DDL) deve coinvolgere il medico competente (MC), che collabora alla valutazione del rischio ai sensi dell'art. 25 c. 1 l. a del dlgs 81/08 e s.m.i.; in assenza di tale coinvolgimento, il MC dovrà sottoporre comunque al DDL le sue riflessioni e i suoi suggerimenti auspicabilmente in forma scritta al fine di dimostrare l'accuratezza del lavoro svolto.

Il DDL deve garantire al MC idonee condizioni logistiche, di tempo e il supporto necessario per l'espletamento della sua attività.

SOPRALLUOGO

La collaborazione del MC alla valutazione del rischio si completa con l'effettuazione del sopralluogo previsto dalla norma.

L'osservazione in campo consente una visione diretta delle modalità di svolgimento delle attività lavorative e dell'ambiente di lavoro e, anche nell'ambito della sorveglianza sanitaria, permette di formulare giudizi di idoneità alla mansione specifica più coerenti con le reali condizioni di rischio.

GESTIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA

La sorveglianza sanitaria è un atto clinico effettuato dal Medico competente, definito dall'art. 41 comma 1 del D. Lgs. 81/08 e comprende diversi tipi di accertamenti, come definito all'art. 41 comma 2.

In particolare gli accertamenti preventivi sono volti ad identificare eventuali alterazioni congenite o acquisite che possono rappresentare una condizione clinica di maggiore suscettibilità di organi ed apparati, che saranno bersaglio dei fattori di rischio professionali.

Gli accertamenti periodici sono intesi a controllare, alla luce delle condizioni di effettiva esposizione, l'insorgenza di eventuali modificazioni precoci e reversibili in senso peggiorativo dello stato di salute, causati dall'esposizione a specifici fattori professionali di rischio durante lo svolgimento



dell'attività lavorativa.

L'art. 39, comma 5, chiarisce che "il medico competente può avvalersi, per accertamenti diagnostici, della collaborazione di medici specialisti scelti in accordo con il datore di lavoro, che ne sopporta gli oneri".

Il medico competente è tenuto a stilare un protocollo sanitario e di rischio per ciascuna mansione. Tale protocollo discende dalla valutazione del rischio per quella mansione a cui il Medico competente deve collaborare fattivamente per quanto di competenza (art. 25 D.lgs 81/2008). Nel protocollo dovrebbe essere riportato: la mansione, i fattori di rischio con i relativi livelli di esposizione, il periodismo delle visite mediche e degli accertamenti complementari alle visite preventive e periodiche, secondo le indicazioni scientifiche più aggiornate.

I programmi di sorveglianza sanitaria devono basarsi, per raggiungere lo scopo di tutelare la salute del lavoratore in senso generale, su determinati principi. Secondo l'International Labour Organization (ILO) una adeguata sorveglianza sanitaria deve rispettare i principi di **necessità, attinenza, validità scientifica** ed **efficacia**. In particolare per necessità si intende l'applicazione di programmi di prevenzione in caso di presenza di un rischio professionale tale da rendere necessari specifici interventi sanitari atti a tutelare la salute del lavoratore. Per attinenza si intende una attività di sorveglianza sanitaria specifica per i rischi presenti nei luoghi di lavoro ed idonea a una corretta formulazione del giudizio d'idoneità alla mansione specifica nella globalità.

Inoltre la sorveglianza sanitaria deve essere svolta tenendo conto dell'evidenza scientifica dei risultati e deve essere in grado di predire, per quanto possibile, l'effetto degli agenti di rischio professionali.

Gli accertamenti integrativi devono essere sensibili, specifici, predittivi, non invasivi ed eticamente ammissibili.

Sono specifici i test che esitano in un basso numero di falsi positivi e sensibili quelli associati a un basso numero di falsi negativi. La situazione ideale è quindi rappresentata dall'utilizzazione di test che siano al contempo specifici e sensibili. Nei casi in cui ciò non risulta attuabile è necessario privilegiare gli accertamenti caratterizzati da elevata sensibilità, correggendo eventualmente la possibilità di falsi positivi con accertamenti di II livello caratterizzati da maggiore specificità.

Idonei programmi di sorveglianza sanitaria devono essere finalizzati all'identificazione di precoci effetti sulla salute dei lavoratori e alla valutazione dell'efficacia delle misure preventive attuate.



Si ricorda inoltre l'obbligo di compilazione, da parte del medico competente, della relazione annuale sul portale dell'INAIL entro il 31 marzo di ogni anno (art. 40, comma 1, D.lgs 81/2008).

GIUDIZIO DI IDONEITÀ

Il giudizio di idoneità alla mansione specifica, rappresenta un “processo valutativo attuato al fine di verificare la compatibilità individuale tra le condizioni di rischio per la salute o sicurezza relativi alla specifica mansione in relazione alla esposizione ad agenti chimici, fisici, organizzativi o ambientali, così come definiti e normati dal D. Lgs. 81/08 e dalla Valutazione del Rischio (VdR) e lo stato di salute di un lavoratore o una lavoratrice, mirato alla tutela della salute e sicurezza dello stesso lavoratore o lavoratrice e, in specifici ambiti previsti per legge, anche alla salute di terzi”.

Quindi, nel formulare il giudizio di idoneità, il MC deve prendere in considerazione tanto i “fattori di rischio”, quanto l’ “ambiente di lavoro” e le “modalità di svolgimento dell'attività lavorativa”.

Pertanto il giudizio di idoneità espresso dal MC è riferito alla mansione specifica alla quale il lavoratore è destinato.

Dall'esame della compatibilità tra profilo di rischio e stato di salute può emergere la necessità di un adattamento della mansione legittimato da un giudizio di idoneità parziale. Quest'ultimo come definito dall'art. 41 comma 6 lett. b) del D. Lgs. 81/08 potrà essere espresso con limitazioni e/o prescrizioni. Un giudizio di idoneità parziale con limitazioni esprime la necessità di non adibire il/la lavoratore/lavoratrice ad alcune attività/compiti associati ad uno o più rischi incompatibili con lo stato di salute. Con le prescrizioni s'intende invece preservare un peggioramento o l'insorgenza di una condizione patologica attraverso l'adozione di particolari accorgimenti tecnici/operativi/organizzativi . Affinché i pareri formulati siano coerenti ed applicabili nei contesti lavorativi specifici, si sottolinea come sia fondamentale che la gestione delle idoneità lavorative sia un'attività condivisa fra tutti i soggetti deputati alla Gestione della Prevenzione (MC, DDL, Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione, etc). Il MC dovrebbe ricoprire il ruolo di facilitatore per la stesura di un piano di lavoro personalizzato.

Avverso il giudizio del medico competente, il datore di lavoro e/o il lavoratore, possono presentare ricorso all'organo di vigilanza competente per territorio, entro 30 giorni dalla data di comunicazione del giudizio stesso, ai sensi dell'art. 41, comma 9.

DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE

La denuncia di malattia professionale (ex art. 139 DPR 1124/65 e art. 10 comma 4 D.Lgs. 38/2000



e D.M. 14 gennaio 2008) e il referto (art. 365 C.P. e art. 334 C.P.P.) sono obbligatori in presenza di patologia oggettivamente documentata con ragionevole e dimostrata relazione causale o concausale con l'attività lavorativa svolta sulla base della specifica valutazione dei rischi. La sola presenza dei sintomi non è sufficiente per procedere alla compilazione del primo certificato di malattia professionale e agli altri adempimenti medico-legali. È necessario il supporto di esami strumentali specialistici e/o referti di conferma ai fini di una diagnosi certa di patologia del distretto oggetto di studio.

L'individuazione di un nesso di correlazione fra attività lavorativa e patologia (che sta alla base dell'individuazione dell'esistenza di una tecnopatia) può risultare difficoltosa soprattutto nel caso di affezioni ampiamente diffuse anche tra la popolazione generale, indipendentemente da fattori lavorativi. La valutazione del nesso causale potrà desumersi quindi da una puntuale e dettagliata valutazione del rischio per mansione e dai dati epidemiologici raccolti sul campo e supportati dalla letteratura scientifica più aggiornata.

4- LA SORVEGLIANZA SANITARIA NEGLI ADDETTI A RISCHIO CADUTA DALL'ALTO

Viste le peculiarità del settore edile e in particolare il rischio caduta dall'alto, si ritiene opportuno fare le seguenti premesse.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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

- caduta dall'alto in seguito alla perdita di equilibrio del lavoratore e/o all'assenza di adeguate protezioni (collettive o individuali).
- sollecitazioni trasmesse al corpo dall'imbracatura
- sospensione inerte del lavoratore che può indurre la cosiddetta "patologia causata dalla imbracatura con un rapido peggioramento delle funzioni vitali.
- oscillazione del corpo con urto contro ostacoli (effetto pendolo)

ESECUZIONE DEI LAVORI IN ALTEZZA

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



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

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

I SISTEMI DI ARRESTO-CADUTA E QUELLI DI TRATTENUTA

Sono costituiti da:

- un solido punto di ancoraggio;
- un dispositivo di presa per il corpo (imbracatura nei sistemi di arresto-caduta o cintura nei sistemi di trattenuta);
- un sistema di collegamento tra i primi due

RISCHI PER LA SALUTE E SICUREZZA NEL LAVORO IN ALTEZZA

Nelle attività lavorative svolte in quota oltre al rischio prevalente, ovvero caduta dall'alto, si rende necessario analizzare le condizioni che possono essere concausa di tale rischio e i rischi che ne derivano. Si individuano le seguenti tipologie di rischio:

a) rischio conseguente alla caduta derivante da:

- caduta dall'alto
- sollecitazioni trasmesse al corpo
- sospensione inerte del lavoratore
- oscillazione del corpo con urto contro ostacoli

b) rischio connesso al DPI anticaduta derivante da:

- non perfetta adattabilità del DPI, ovvero non rispondente alla tipologia di lavoro da eseguire; intralcio alla libertà dei movimenti causata dal DPI stesso;
- inciampo su parti del DPI;

c) rischio innescante la caduta derivante da:

- insufficiente aderenza delle calzature;
- insorgenza di vertigini;



- abbagliamento degli occhi;
- scarsa visibilità;
- colpo di calore o di sole;
- rapido abbassamento della temperatura;

d) rischio specifico dell'attività lavorativa:

- di natura meccanica (bordi spigolosi, attrezzi taglienti, caduta di oggetti, ecc.);
- natura termica (scintille, fiamme libere, ecc.);
- natura chimica;
- natura biologica (imenotteri, ecc);
- natura elettrica;
- rischio di natura atmosferica derivante da: vento, pioggia o ghiaccio su superfici di calpestio, ecc.

Il rischio inoltre può' essere aumentato da fattori predisponenti per incidenti correlati a:

- attività specifica e modalità di esecuzione;
- ambiente (es indoor/outdoor, caldo/freddo/vento/pioggia/neve. Per outdoor, illuminazione, ecc)
- caratteristiche individuali come ad esempio condizioni cliniche in grado di incidere negativamente sulla capacità lavorativa e sul rischio antinfortunistico.

Nell'ambito del cantiere edile rivestono importanza oltre alle classiche figure previste dal D.Lgs 81/08 e s.m.i. anche ai ai fini di una corretta gestione della sicurezza, due figure: il responsabile di cantiere, con funzioni dirigenziali sull'attività dello stesso, ed il capocantiere, con funzione di preposto .Il MC deve favorire lo sviluppo di una rete di relazioni tra le figure della prevenzione presenti in cantiere per migliorare la qualità della Valutazione del Rischio (VdR) e promuovere iniziative idonee ad adeguare l'organizzazione del lavoro e gli interventi di prevenzione e sicurezza.

SOPRALLUOGHI

L'art 104 comma 2 del D.lgs 81/08 e s.m.i precisa che *"...i cantieri la cui durata presunta dei lavori è inferiore ai 200 giorni lavorativi, e ove sia prevista di cui all'articolo 41, la visita del medico competente degli ambienti di lavoro in cantieri aventi caratteristiche analoghe a quelli già visitati dallo*



stesso medico competente e gestiti dalle stesse imprese, è sostituita o integrata, a giudizio del medico competente, con l'esame di piani di sicurezza relativi ai cantieri in cui svolgono la loro attività i lavoratori soggetti alla sua sorveglianza”.

Si ricorda che gli obblighi previsti dal Titolo II (Luoghi di lavoro) e dal Titolo IV (Cantieri temporanei e mobili) sono in capo al DDL ma durante gli accessi in azienda/cantiere il MC deve evidenziare eventuali criticità in materia.

Il medico competente in edilizia rispetto ad altri ambiti lavorativi incontra spesso maggiori difficoltà gestionali causate dalla scarsa dimensione delle aziende, dalla difficoltà di eseguire i sopralluoghi per la coesistenza di più imprese nei cantieri e della non stanzialità degli stessi.

In edilizia come già detto, il MC deve acquisire conoscenze sull'organizzazione del lavoro in cantiere in quanto gli accertamenti sanitari da programmare devono essere:

- attinenti ai rischi specifici presenti nel cantiere;
- svolti tenendo conto delle evidenze scientifiche dei risultati;
- in grado di predire precocemente l'effetto degli agenti di rischio professionali.

In un cantiere, un ambiente di lavoro ad elevato rischio infortunistico, con un impegno fisico intenso, orari di lavoro prolungati, una esposizione a più fattori di rischio spesso non stimabili in termini di entità e durata questa attività è complessa.

La Sorveglianza sanitaria (SS) stessa può essere utilizzata come indicatore di efficacia preventiva in occasione della riunione ex art. 35 ; ove è possibile sarebbe opportuno il confronto tra medici competenti per gruppi omogenei aziendali per la raccolta e analisi dati (in rete con altri medici competenti anche tramite le società scientifiche e le associazioni di categoria) .

Le attività svolte in quota, rientrando al punto 10 dell'allegato 1 della “*Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006*” (lavoratori addetti ai comparti della edilizia e delle costruzioni e tutte le mansioni che prevedono attività in quota, oltre i due metri di altezza), comportano obbligatoriamente l'attivazione della sorveglianza sanitaria ad opera del medico competente. Questo per effetto del combinato disposto della Legge 30.3.2001 n. 125 “*Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati*” con il successivo allegato 1 della “*Intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 16 marzo 2006*” e del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i che prevede all'art. 41, comma 4 che la sorveglianza sanitaria sia effettuata dal medico competente anche con la finalità di “ *verifica*



di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti”.

Il MC nei confronti di coloro che svolgono lavori in quota, deve :

- effettuare controlli alcolimetrici finalizzati a verificare il rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche e superalcoliche;
- accertare assenza di condizioni di alcol-dipendenza di cui all'art. 41;

Per l'applicazione si fa riferimento alla DGR 29-2328 del 26/10/2015 “Atto di indirizzo per la verifica del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e super alcoliche e per la verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di attività lavorative ai sensi dell'allegato I dell'Intesa stato regioni del 16/03/2006” della Regione Piemonte.

La sorveglianza sanitaria non si può esaurire nella semplice esclusione dell'alcol-dipendenza ma deve necessariamente tenere conto del possesso dei requisiti psicofisici necessari per lo svolgimento della mansione, e deve comprendere :

- accurata anamnesi fisiologica;
- anamnesi patologica ed esame obiettivo mirato ai disturbi neurologici;
- anamnesi patologica ed esame obiettivo volti ad indagare eventuali patologie dell'udito e disturbi dell'equilibrio, con effettuazione delle prove vestibolari;
- determinazione della acuità visiva per lontano, con utilizzo della tavola optometrica;
- anamnesi patologica prossima e remota ed esame obiettivo dell'apparato cardiovascolare.

Si suggerisce l'utilizzo di alcuni questionari anamnestici mirati e si raccomanda a questo proposito l'adozione di cartella informatizzata.

In particolare il medico competente può valutare l'opportunità di adottare :

- Audit C per la rilevazione dei consumi a rischio di alcol
- Scala di Epworth (allegato 1), per la valutazione della sonnolenza e, in casi selezionati, il questionario di AIMS (allegato 2) destinato ad una valutazione più ampia dei disturbi del sonno
- Carta del rischio cardiovascolare (allegato 3), utilizzabile su donne e uomini di età compresa fra 40 e 69 anni che non hanno avuti o precedenti eventi cardiovascolari per stimare il rischio di sviluppare una malattia cardiovascolare (<https://www.cuore.iss.it/valutazione/calc-rischio>).

Accertamenti diagnostici

A titolo esplicativo e non necessariamente esaustivo e/o vincolante si annoverano tra gli esami utili:

- esami ematochimici: emocromo con formula, indici di funzionalità epatica e renale,



assetto lipidico (colesterolemia totale e frazionata, trigliceridemia), glicemia a digiuno (o emoglobina glicosilata) ed esame completo urine;

- prove di funzionalità respiratoria, eseguite secondo gli standard ATS/ERS, da integrare, al bisogno, con studio della diffusione alveolo-capillare (DLCO)
- esame audiometrico, con via aerea e via ossea, ed otoscopia
- ECG.

Ovviamente il MC può avvalersi di accertamenti ulteriori di secondo livello strumentali e consulenze specialistiche a carico del datore di lavoro

FORMAZIONE e INFORMAZIONE

Il lavoratore deve essere adeguatamente informato e formato sui rischi lavorativi e sulle modalità di tutela della propria salute; questo in edilizia rappresenta una criticità, per la frammentazione dei luoghi di lavoro, la frequente bassa scolarità una scarsa specializzazione degli addetti ed una diversa percezione dei rischi sia lavorativi che extra lavorativi, legata ad alcune culture di provenienza e a barriere linguistiche.

Il MC può offrire il suo supporto nella pianificazione della formazione e nella produzione del relativo materiale; può anche svolgere egli stesso il ruolo di docente quando sia in possesso dei criteri richiesti dal D.l. 6 marzo 2013. Tale attività può vantaggiosamente essere effettuata in sinergia con le associazioni dei medici di categoria.

Il MC deve informare i lavoratori nel corso delle visite mediche illustrando la correlazione tra i rischi valutati ed i danni attesi per i vari organi bersaglio, l'eventuale effetto combinato dei vari fattori di rischio sugli stessi, e la funzione e gli esiti degli accertamenti predisposti attraverso il protocollo sanitario.

Si ricorda inoltre che datore di lavoro e i lavoratori che effettuano attività in sospensione devono essere informati sulla necessità di:

- non intraprendere attività in sospensione se non si è in perfette condizioni di salute;
- fare attenzione alle condizioni atmosferiche;
- se si svolge attività in sospensione, aver cura di muovere continuamente gli arti inferiori per evitare la stasi e di conseguenza la perdita di coscienza;
- non effettuare l'attività in corda in modo continuativo: effettuare turni di 8 ore al massimo con almeno due interruzioni una ogni 4 ore;



- idratarsi abbondantemente;
- in caso del manifestarsi dei primi sintomi riportarsi subito in zona di riposo in posizione semi seduta o tornare a terra.

L'avvenuta formazione e informazione devono essere sempre documentabili

PRIMO SOCCORSO

Si ricorda che in merito all'organizzazione del primo soccorso l'Articolo 104 - Modalità attuative di particolari obblighi del Dlgs 81/08 e s.m.i. recita "I datori di lavoro, quando è previsto nei contratti di affidamento dei lavori che il committente o il responsabile dei lavori organizzati apposto servizio di pronto soccorso, antincendio ed evacuazione dei lavoratori, sono esonerati da quanto previsto dall'articolo 18, comma 1, lettera b).

E' inoltre compito del MC pianificare e collaborare ad organizzare i servizi di emergenza sanitaria in caso di lavoratore sospeso e incosciente i tempi del soccorso devono essere estremamente brevi e le manovre di soccorso necessitano di personale addestrato e fornito di idonei dispositivi di protezione individuale (DPI). Per questo è fondamentale effettuare le attività in sospensione in presenza di un altro operatore ed avere sempre con sé un dispositivo per la segnalazione di emergenza per il 112/118 e togliere prima possibile l'infortunato dalla sospensione dopo un'attenta valutazione dell'ambiente e con i necessari DPI .

Il datore di lavoro, tenendo conto della natura dell'attività e delle dimensioni del cantiere, interpellato MC, deve adottare i provvedimenti necessari in materia di primo soccorso e di assistenza medica di emergenza, tenendo conto delle altre eventuali persone presenti sui luoghi di lavoro e stabilendo i necessari rapporti con i servizi esterni, anche per il trasporto degli eventuali lavoratori infortunati.

Il primo adempimento del datore di lavoro è quello di nominare gli addetti al primo soccorso e conseguentemente quello di garantire loro un'adeguata formazione teorico-pratica in materia, deve essere aggiornata con cadenza triennale .

Le caratteristiche minime delle attrezzature di primo soccorso, i requisiti del personale addetto e la sua formazione, individuati in relazione alla natura dell'attività, al numero dei lavoratori occupati ed ai fattori di rischio sono individuati dal decreto ministeriale 15 luglio 2003, n. 388.

Il Decreto classifica le aziende in tre gruppi in funzione dell'attività svolta, dei fattori di rischio e del numero di lavoratori impiegati.



Il datore di lavoro con l'aiuto del medico competente individua la categoria di appartenenza della propria azienda. Per ulteriori approfondimenti si rimanda alla lettura puntuale del D.Lgs 81/08 e s.m.i ed al recente documento di indirizzo operativo SIML per il medico del lavoro Il primo soccorso nei luoghi di lavoro.

PROMOZIONE DELLA SALUTE

Gli accertamenti periodici costituiscono l'occasione per attuare programmi finalizzati alla promozione della salute dei lavoratori edili attraverso un controllo dei fattori di rischio non professionali, in particolare quelli legati alle abitudini alimentari e voluttuarie (fumo, alcolici ecc) ed alla prevenzione, in tal modo, di alcune patologie a genesi multifattoriale (ipertensione arteriosa, diabete mellito, cardiopatia ischemica), che oltre ad incidere negativamente sulla salute dei lavoratori e ad interagire con i fattori di rischio professionali, possono inoltre ripercuotersi sul fenomeno infortunistico, che in questo settore si configura come uno specifico rischio.

Anche alcuni esami ematochimici possono fare parte di piani di promozione salute /per es. trigliceridemia e colesterolemia; Il counselling breve in sede di visita, sarebbe molto utile, in alternativa così come la predisposizione di materiale informativo semplice e fruibile

Il MC può aderire alla rete ai progetti della rete WHP e al Programma Regionale di Prevenzione PP3 (Luoghi di lavoro che promuovono salute) sul Portale della Regione Piemonte anche con l'ausilio delle associazioni di categoria specialmente in caso di micro aziende.

IL GIUDIZIO DI IDONEITÀ

Nel settore delle costruzioni l'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica è molto delicato a fronte della gravosità della mansione e spesso devono essere formulate delle limitazioni rilevanti. La determinazione della tolleranza allo sforzo assume quindi un rilievo particolare nei soggetti patologici, per i quali può diventare difficile identificare in cantiere mansioni congrue al loro stato di salute.

Sono da considerare con particolare attenzione ai fini dell'idoneità specifica ad attività lavorativa :

- le aritmie, le coronaropatie e le valvulopatie emodinamicamente rilevanti
- le malattie vascolari (cerebrali, cardiache, periferiche)
- le malattie neurologiche periferiche o centrali



- le patologie psichiatriche
- l'assunzione di farmaci che possono interferire con la soglia di veglia e di attenzione;
- il deficit di organi di senso (sordità, deficit visivi gravi)
- la grave obesità (BMI > 40);
- l'abuso alcolico; la dipendenza da alcol e/o sostanze psicotrope o stupefacenti, che non consentono lo svolgimento di attività a rischi per terzi (Elenchi Provv, 16/3/2006 e 30/10/2007).
- IL'Osas non controllata
- le gravi insufficienze d'organo, comunque determinate;
- le alterazioni del senso dell'equilibrio e le turbe della coordinazione motoria
- l'epilessia
- le alterazioni dello stato di coscienza (di natura organica e/o psichica);
- le forme gravi di ipertensione arteriosa non controllata dalla terapia farmacologica; gli episodi sincopali;
- le patologie gravi del circolo periferico arterioso e venoso (legate prevalentemente all'uso delle imbracature che se indossate in modo scorretto possono peggiorare la patologia pregressa);
- l'asma non controllata dalla terapia farmacologica
- il diabete scompensato o in mediocre compenso o con storia di crisi ipoglicemiche ripetute .

In caso di lavoratori con giudizio di idoneità limitata o di non idoneità il DDL deve individuare postazioni e/o modalità di lavoro adeguate tra quelle esistenti. Ove non fossero reperibili in azienda postazioni o modalità di lavoro adeguate il DDL deve adottare degli accomodamenti ragionevoli (comma 3-bis, art.3, D.lgs. 216/03); in queste evenienze il MC nei limiti delle sue competenze potrà collaborare sia alla individuazione o alla progettazione delle nuove o modificate postazioni, sia alla elaborazione del progetto di reinserimento lavorativo senza attività in quota .

Si raccomandano i MC di documentare per iscritto ogni azione e scelta per poter dimostrare l'accuratezza del lavoro svolto.



5- BIBLIOGRAFIA

1. Coordinamento Tecnico Interregionale Attività delle Regioni per la prevenzione nei luoghi di lavoro: linea guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti a lavori temporanei in quota con impiego di sistemi di accesso e posizionamento mediante funi (ultima versione del 03 ottobre 2007).
2. Atto di indirizzo per la verifica del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche e per la verifica di assenza di condizioni di alcoldipendenza nelle attività lavorative ai sensi dell'Allegato "1" dell'Intesa Stato- Regioni del 16 marzo 2006. Revoca della D.G.R. n. 21-4814 del 22.10.2012. Deliberazione della Giunta Regionale 26 ottobre 2015, n. 29-2328
3. Legge 30 marzo 2001, N. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati" G.U. n. 90 del 18-04-2001.
4. Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. "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'art. 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125 " G.U. 75 del 30.3.2006
5. Provvedimento della Conferenza Permanente Stato-Regioni del 16 marzo 2006 "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".
6. D.Lgs. 81 del 9 aprile 2008 e s.m.i
7. Nadhim EA, Hon C, Xia B, Stewart I, Fang D. Falls from Height in the Construction Industry: A Critical Review of the Scientific Literature. Int J Environ Res Public Health. 2016 Jun 28;13(7):638.
8. Linee di indirizzo per la prevenzione delle cadute dall'alto - Regione Umbria <https://www.regione.umbria.it/documents/18/1261595/Bollettino+linee+cadute+dall%27alto.pdf/c1726f87-3412-45c1-9809-2404ff52b479>
9. Linee guida per la scelta, l'uso e la manutenzione di dispositivi di protezione individuale contro le cadute dall'alto <http://www.unipd-org.it/rls/Lineeguida/DPI/Linee%20guida%20cadute%20dallalto.pdf>
10. Linee guida per l'esecuzione di lavori temporanei in quota con sistemi di accesso e posizionamento mediante ponteggi metallici fissi di facciata <https://www.inail.it/cs/internet/docs/linee-guida-ponteggi.pdf?section=attivita>



11. 5.10 Guida Tecnica INAIL “Reti di sicurezza” <https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-> L’approccio sistemico e l’appropriatezza della sorveglianza sanitaria in edilizia “Il ruolo del medico del lavoro nella prevenzione degli infortuni in edilizia” https://www.safersrl.it/media/1232/091030_gimle_medico_prevenzione_infortuni_edilizia.pdf
12. I dispositivi di protezione individuale per il rischio agenti chimici nel settore dell’edilizia, Sito INAIL
13. Dharmarajan TS, Avula S, Norkus EP. Anemia increases risk for falls in hospitalized older adults: an evaluation of falls in 362 hospitalized, ambulatory, long-term care, and community patients. J Am Med Dir Assoc. 2007 Mar;8(3 Suppl 2):e9-e15.
14. Ylitalo KR, Karvonen-Gutierrez CA. Body mass index, falls, and injurious falls among U.S. adults: Findings from the 2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System. Prev Med. 2016 Oct;91:217-223.
15. IMLII – Diabete Italia “Diabete e lavoro. Documento di consenso” Nuova Editrice Berti, anno 2014
16. SIMLII “linee guida per la valutazione del rischio e la sorveglianza sanitaria in edilizia” 2008
17. “INAIL INFOR.MO 2022 “INFORTUNI IN EDILIZIA: caratteristiche, fattori causali, misure preventive
18. www.prevenzionecantieri.it.
19. Regione Emilia Romagna
20. SIML Documento di indirizzo operativo per il medico del lavoro Il primo Soccorso nei luoghi di lavoro . www.siml.it 2022
21. SIML Documento di orientamento professionale per il medico competente: la collaborazione alla valutazione dei rischi www.siml.it 2023



6- ALLEGATI

Allegato 1 – Scala di Epworth

Studio Medico _____

Nome _____

Data _____

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

- | | |
|--|----|
| a. Seduto mentre leggo | __ |
| b. Guardando la TV | __ |
| c. Seduto, inattivo in un luogo pubblico (a teatro, ad una conferenza) | __ |
| d. Passeggero in automobile, per un'ora senza sosta | __ |
| e. Sdraiato per riposare nel pomeriggio, quando ne ho l'occasione | __ |
| f. Seduto mentre parlo con qualcuno. | __ |
| g. Seduto tranquillamente dopo pranzo, senza avere bevuto alcoolici | __ |
| h. In automobile, fermo per pochi minuti nel traffico | __ |
| SOMMA | __ |

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

ESS: Stanford University of California. Vers. Ital di Vignatelli et al. 2002



Allegato 2 – disturbi del sonno e della veglia; questionario di screening per il medico del lavoro



**QUESTIONARIO SUI DISTURBI DELLA VIGILANZA
PER IL MEDICO DEL LAVORO**

Cognome Nome Data di nascita

Sesso F M Età Peso kg Altezza m BMI^A

Azienda

Settore lavorativo Mansione

Orario di lavoro^B giornaliero turnista

1. Quante ore deve dormire la notte per stare bene durante la giornata? >8
 6-8
 <6
2. Potendo scegliere, preferirebbe: dormire presto la sera ed alzarsi presto al mattino
 coricarsi a tarda notte e dormire fino a mattino inoltrato
 dormire agli orari convenzionali
3. Nel complesso si ritiene soddisfatto della qualità del suo sonno? molto
 abbastanza
 poco
 per nulla
4. In passato dormiva meglio? no
 si fino a quando (in anni)
perché: eventi di vita
 orari di lavoro
 altro
5. Riesce abitualmente a dormire il numero di ore di cui ha bisogno?
 si
 no perché ?
quante ore dorme ?
6. Fa abitualmente pisolini? si perché: recupero sonno
 altro
 no perché: non posso
 non ne ho bisogno
7. Russa abitualmente di notte? no
 si
 non so
8. Presenta abitualmente pause respiratorie in sonno (riferite dal partner o percepite come risveglio con soffocamento) ?
 no
 si
 non so
9. Al risveglio del mattino si sente generalmente stanco? no
 si



10. Generalmente durante il giorno si sente stanco e assomato? no
 si
11. Durante il giorno ha spesso colpi di sonno? no
 si
12. Ha avuto in passato incidenti stradali e/o infortuni probabilmente dovuti a sonnolenza?
 no
 si
13. Patologie note (specificare se pregresse o in atto)
- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| Patologie del sonno | <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> insonnia
<input type="checkbox"/> sindrome delle apnee notturne (OSAS)
<input type="checkbox"/> eccessiva sonnolenza diurna
<input type="checkbox"/> mioclono periodico notturno (PLM) e/o
sindrome delle gambe senza riposo (RLS)
<input type="checkbox"/> altro..... |
| Patologie neuropsichiatriche | <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> sindrome ansioso-depressiva
<input type="checkbox"/> epilessia
<input type="checkbox"/> trauma cranico maggiore
<input type="checkbox"/> cefalea
<input type="checkbox"/> altro..... |
| Patologie internistiche (in atto) | <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> BPCO
<input type="checkbox"/> diabete mellito
<input type="checkbox"/> ipertensione arteriosa
<input type="checkbox"/> cardiopatie
<input type="checkbox"/> anemia
<input type="checkbox"/> patologie muscolo-scheletriche
<input type="checkbox"/> altro..... |
14. Assume farmaci che possono interferire con la vigilanza (a scopo ipnotico o altro)?
 no
 si antistaminici
 antipertensivi
 cortisonici
 psicofarmaci (uso abuso franco)
 antidepressivi
 benzodiazepine
 neurolettici
 ipnotici non-benzodiazepinici
 melatonina
 altro
15. Quanti caffè beve nelle 24 ore?
 Nessuno
 1-3
 > 3



16. Quanto alcool beve abitualmente nelle 24 ore (vino, birra, superalcolici)?
(espresso in Unità Alcoliche^C)

- non bevitore
- bevitore moderato (1-2 U.A. / die)
- bevitore medio (3-5 U.A. / die)
- bevitore forte (> 5 U.A. / die)

17. Nel suo lavoro vi può essere esposizione a neurotossici?:

- no
- si
 - solventi (trielina, toluene, stirene, acetone, ecc.)
 - gas anestetici
 - antiparassitari
 - ossido di carbonio
 - mercurio
 - altro

Circonferenza del collo^D cm
(misurare se il paziente risponde positivamente ad almeno una delle domande n. 7, 8, 9, 10 o 11)

Se il paziente risponde positivamente alla domande 10 e/o 11, è possibile somministrare la Epworth Sleepiness Scale, per quantificare l'entità della sonnolenza diurna.

Note.....
.....
.....
.....

CONCLUSIONI non disturbi della vigilanza
 da inviare a Specialista^E
 da controllare nel tempo^F

Data Firma del Medico

LEGENDA

- ^A Il BMI (da calcolare solo in caso di sospetto valore patologico) si calcola dividendo il peso (in kg) per il quadrato dell'altezza (in metri)
- ^B Si considera lavoro a turni anche il lavoro notturno fisso e il lavoro a orari insoliti ma stabili (p.e. fornaio, che lavora dalle 3 alle 11 a.m.)
- ^C Una Unità Alcolica = 12 gr di alcol puro = 1 bicchiere 125 ml di vino = 1 lattina 330 ml di birra = 1 bicchierino 40 ml di superalcolico (semplificato da "Istituto Superiore Sanità" e "Società Italiana Alcolologia").
- ^D La circonferenza del collo è considerata patologica se superiore a 43 cm (maschi) e a 41 cm (femmine).
- ^E Sospetto di OSAS che richiede invio allo specialista nei seguenti casi:
 - presenza di almeno due dei seguenti segni: SI alla domanda n. 7; SI alla domanda n. 8; BMI \geq 30
 - presenza di sonnolenza diurna (SI alla domanda 10 e/o 11) e positività di uno dei sintomi del punto precedente.Sospetto di un disturbo primario del sonno, che richiede invio allo specialista in caso di risposta positiva alle domande 10 e/o 11, in assenza di causa nota (deprivazione di sonno, depressione, uso di psicofarmaci, abuso di sostanze stupefacenti, ecc.).
- ^F Controllare periodicamente per possibile OSAS in presenza di uno solo dei seguenti segni: SI alla domanda n. 7; SI alla domanda n. 8; BMI \geq 30, non accompagnato da sonnolenza diurna.



Allegato 3 – Carta del rischio cardiovascolare



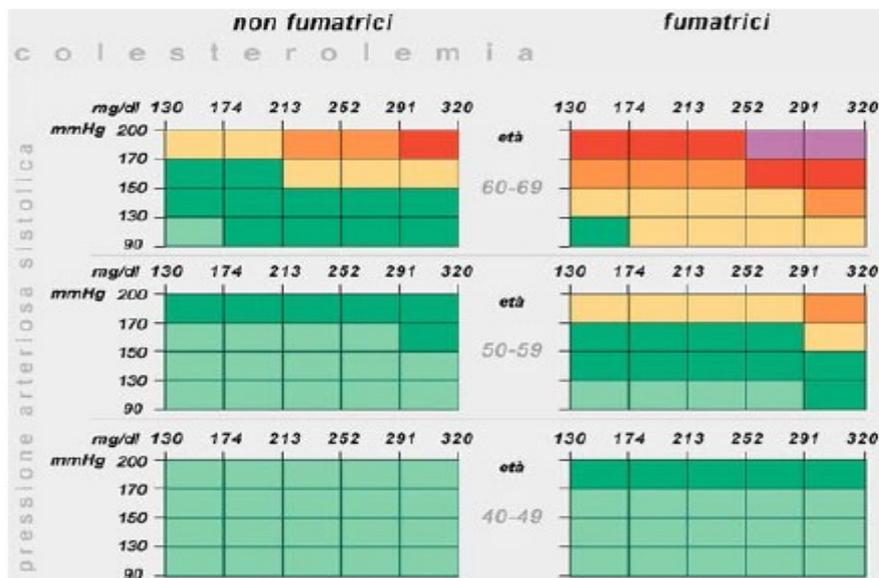
Carta del rischio cardiovascolare

donne diabetiche
rischio cardiovascolare a 10 anni

Come utilizzare la carta

- Posizionarsi nella zona fumatore / non fumatore.
- Identificare il decennio di età.
- Collocarsi sul livello corrispondente a pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.
- Identificato il colore, leggere nella legenda a fianco il livello di rischio.

livello di rischio a 10 anni	
rischio MCV VI	oltre 30%
rischio MCV V	20% - 30%
rischio MCV IV	15% - 20%
rischio MCV III	10% - 15%
rischio MCV II	5% - 10%
rischio MCV I	meno 5%



Le carte del rischio sono on-line sul sito del Progetto Cuore www.cuore.iss.it



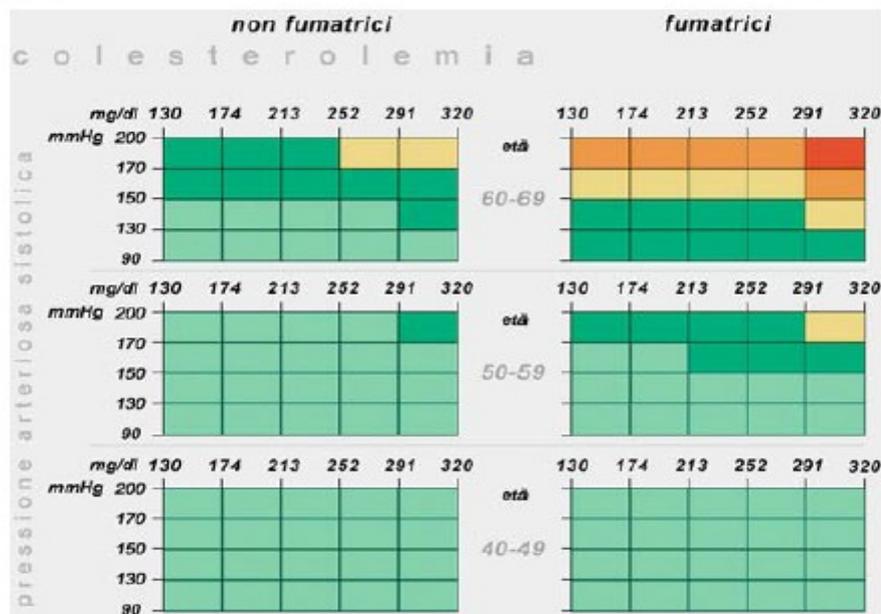
Carta del rischio cardiovascolare

donne non diabetiche
rischio cardiovascolare a 10 anni

Come utilizzare la carta

- Posizionarsi nella zona fumatore / non fumatore.
- Identificare il decennio di età.
- Collocarsi sul livello corrispondente a pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.
- Identificato il colore, leggere nella legenda a fianco il livello di rischio.

livello di rischio a 10 anni		
rischio MCV VI		oltre 30%
rischio MCV V		20% - 30%
rischio MCV IV		15% - 20%
rischio MCV III		10% - 15%
rischio MCV II		5% - 10%
rischio MCV I		meno 5%



Le carte del rischio sono on-line sul sito del Progetto Cuore www.cuore.iss.it



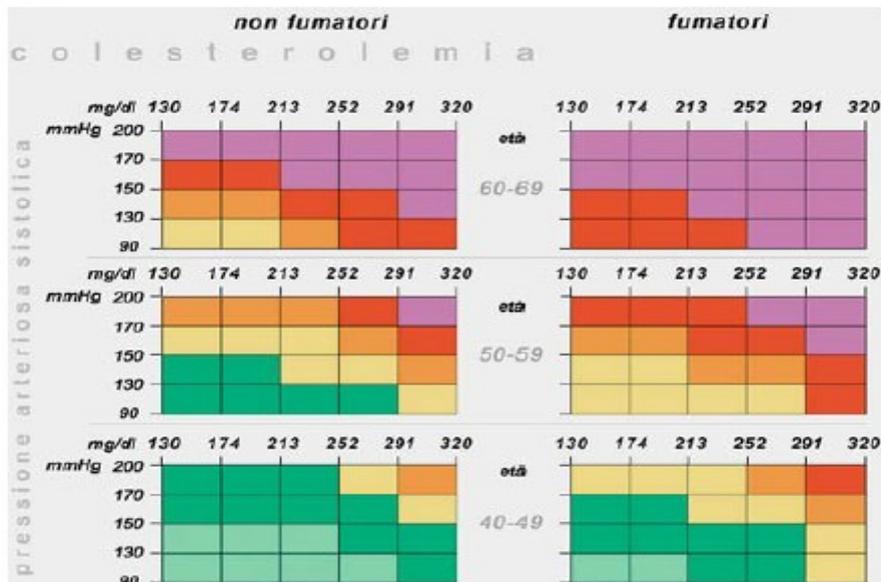
Carta del rischio cardiovascolare

uomini diabetici
rischio cardiovascolare a 10 anni

Come utilizzare la carta

- Posizionarsi nella zona fumatore / non fumatore.
- Identificare il decennio di età.
- Collocarsi sul livello corrispondente a pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.
- Identificato il colore, leggere nella legenda a fianco il livello di rischio.

livello di rischio a 10 anni		
rischio MCV VI		oltre 30%
rischio MCV V		20% - 30%
rischio MCV IV		15% - 20%
rischio MCV III		10% - 15%
rischio MCV II		5% - 10%
rischio MCV I		meno 5%



Le carte del rischio sono on-line sul sito del Progetto Cuore 'www.cuore.iss.it'



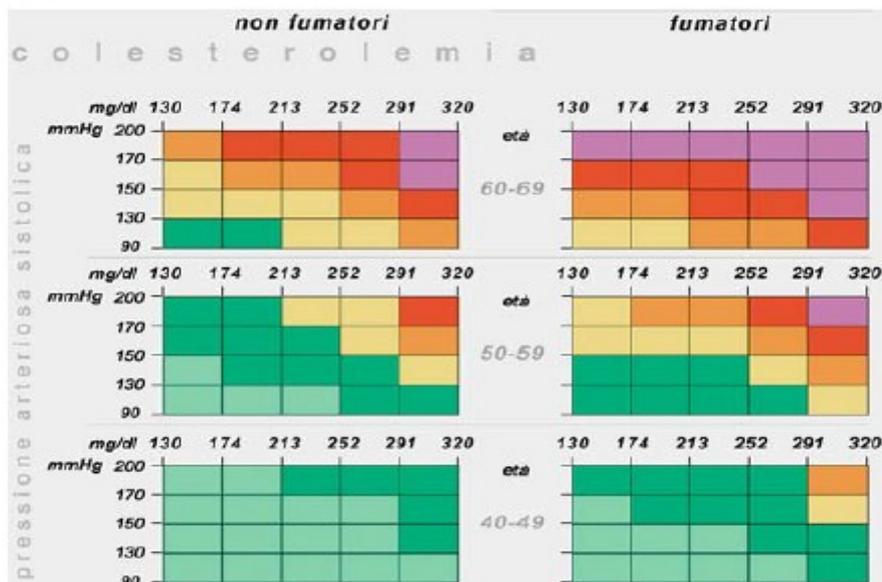
Carta del rischio cardiovascolare

uomini non diabetici
rischio cardiovascolare a 10 anni

Come utilizzare la carta

- Posizionarsi nella zona fumatore / non fumatore.
- Identificare il decennio di età.
- Collocarsi sul livello corrispondente a pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.
- Identificato il colore, leggere nella legenda a fianco il livello di rischio.

livello di rischio a 10 anni	
rischio MCV VI	oltre 30%
rischio MCV V	20% - 30%
rischio MCV IV	15% - 20%
rischio MCV III	10% - 15%
rischio MCV II	5% - 10%
rischio MCV I	meno 5%



Le carte del rischio sono on-line sul sito del Progetto Cuore www.cuore.iss.it



Metodologia per la misurazione dei fattori di rischio

Per la valutazione del rischio cardiovascolare sono necessarie misure standardizzate dei fattori di rischio. Qui di seguito vengono illustrate le metodologie per raccogliere i valori di pressione arteriosa, diabete, colesterolemia e fumo. Al fine della valutazione del rischio cardiovascolare gli esami clinici di colesterolemia sono utilizzabili se eseguiti da non più di tre mesi.

Diabete

1. La determinazione della glicemia a digiuno deve essere eseguita nei laboratori sottoposti a periodici controlli di qualità;
2. il prelievo di sangue deve essere eseguito a digiuno da almeno 12 ore;
3. il prelievo deve essere venoso, non capillare;
4. viene definita diabetica la persona che presenta, in almeno 2 misurazioni successive nell'arco di una settimana, la glicemia a digiuno uguale o superiore a 126 mg/dl o è sottoposta a trattamento con ipoglicemizzanti orali o insulina oppure presenta storia clinica personale di diabete.

Pressione arteriosa

La pressione arteriosa sistolica deve essere misurata due volte, a distanza di qualche minuto l'una dall'altra. Il valore della pressione da utilizzare per la valutazione del rischio è la media delle due misure.

Procedura

1. Prima dell'applicazione del bracciale è necessario rimuovere tutti gli indumenti che costringono il braccio. La misura va effettuata per due volte di seguito al braccio destro.
 2. Applicato il bracciale, la persona deve essere lasciata tranquilla in posizione seduta e deve rilassarsi per circa cinque minuti prima della misurazione.
 3. Il braccio destro deve trovarsi a 45 gradi rispetto al tronco; il bracciale deve essere posizionato all'altezza del cuore.
 4. Durante la misurazione, sia la persona che l'operatore devono stare seduti.
 5. Palpare il polso dell'arteria radiale e insufflare nel bracciale fino a 20-30 mmHg sopra la scomparsa del polso. Questo è il livello massimo a cui deve essere mandata la colonnina di mercurio durante la misurazione. Sgonfiare il manicotto attendere qualche secondo.
 6. Gonfiare il manicotto. Posizionare il diaframma dello stetoscopio sull'arteria brachiale nella fossa antecubitale e sgonfiare lentamente il bracciale, facendo scendere la colonnina di mercurio alla velocità di 2 mmHg al secondo. Non posizionare la membrana del fonendoscopio sotto il manicotto.
 7. Registrare il primo tono udibile seguito da uno identico, corrispondente al livello della pressione arteriosa sistolica; registrare l'ultimo tono udibile, corrispondente alla pressione arteriosa diastolica. La misura della pressione arteriosa deve essere effettuata con l'approssimazione di 2 mmHg.
 8. Dopo aver sgonfiato completamente il manicotto, eseguire una seconda misurazione a distanza di qualche minuto; ripartire dal punto "6". Utilizzare come valore la media fra due misure successive.
- Lo sfigmomanometro a mercurio è da preferirsi rispetto agli strumenti anaeroidi, che sono difficili da standardizzare e possono deteriorarsi.

Comuni cause di imprecisione

- 1- apparecchiatura difettosa
- 2- mancato azzeramento della colonna di mercurio
- 3- intasamento dello scarico dell'aria
- 4- perdite dai tubi di connessione
- 5- inadeguate dimensioni del bracciale



Tecnica difettosa

- 1- bracciale non a livello del cuore, cioè in posizione non corretta
- 2- tubicini schiacciati dal braccio
- 3- posizione scomoda
- 4- sgonfiamento troppo rapido del bracciale
- 5- ipoacusia (sordità) del misuratore
- 6- preferenza per le cifre (in particolare per lo zero): imprecisione legata all'osservatore, in quanto la scala dello sfigmomanometro a mercurio è tarata di 2 mmHg in 2 mmHg

Colesterolemia totale e HDL

1. Il prelievo di sangue deve essere eseguito a digiuno da almeno 12 ore.
2. Il prelievo deve essere venoso, non capillare.
3. La determinazione della colesterolemia totale e HDL va effettuata nei laboratori sottoposti a periodici controlli di qualità.

Fumo

Si definisce fumatore chi fuma regolarmente ogni giorno (anche una sola sigaretta) oppure ha smesso da meno di 12 mesi. Si considera non-fumatore chi non ha mai fumato o ha smesso da più di 12 mesi.