

PROCEDURE DA ADOTTARE NEL CASO SI VERIFICHI INFORTUNIO SUL LAVORO O INSORGA MALATTIA PROFESSIONALE.

INFORTUNI SUL LAVORO

Attività aziendale e procedure di legge

Premessa

Il Titolare dell'Azienda ha l'obbligo di denuncia all'Inail dell'infortunio con prognosi superiore a tre giorni. La denuncia va fatta entro due giorni da quello in cui ne ha avuto notizia. Se si tratta di infortunio mortale o con pericolo di morte, la denuncia deve essere fatta a mezzo telegramma entro 24 ore dall'intervento. L'infortunio, se ha provocato la morte del lavoratore o la sua inabilità al lavoro per più di tre giorni, va inoltre denunciato all'autorità locale di Pubblica Sicurezza (o, in mancanza, al Sindaco), sempre nel termine di due giorni.

Procedura

In caso di infortunio mortale o se l'assenza del lavoratore si protrae per oltre 30 giorni, si configura il reato di omicidio colposo o di lesioni colpose e pertanto la Magistratura, avvertita dall'autorità di P.S., attiva un'indagine affidandola ai tecnici della Polizia giudiziaria (normalmente facenti capo all'A.S.S.), la quale ha lo scopo di individuare le responsabilità connesse con eventuali violazioni delle norme di legge. Le risultanze dell'indagine vengono inviate al Pubblico Ministero il quale deciderà il rinvio o meno a giudizio delle persone indagate.

Ipotesi di linea difensiva dell'Azienda

a) Nomina del difensore di fiducia

E' necessario che abbia esperienza nel campo della sicurezza ed igiene del lavoro. Avrà il compito di svolgere la funzione di coordinare i rapporti seguenti e di decidere sulle procedure processuali

b) Perizia tecnica

E' opportuno effettuare una ricognizione dei luoghi in cui è avvenuto l'infortunio, eseguendo anche delle foto che riproducano lo stato dei fatti. Tale operazione va condotta valutando tutti gli aspetti significativi che hanno concorso a determinare l'infortunio. Rilevante appare quindi l'esperienza e la competenza della persona incaricata

c) Raccolta di testimonianze

E' opportuno raccogliere e far sottoscrivere una dichiarazione da parte dei testimoni all'infortunio, in modo che sia possibile far riferimento, anche a distanza di molto tempo, a tali deposizioni.

d) Raccolta di documentazione

E' costituita dalla formazione di un fascicolo che raggruppi elementi di prova sulle misure adottate dal

datore di lavoro per assolvere agli obblighi di legge, in particolare conterrà tutte le notizie riguardanti l'adozione dei provvedimenti tecnici, organizzativi e procedurali da parte dell'azienda per limitare l'insorgenza di eventi infortunistici

Conclusioni

Le azioni precedenti sono finalizzate alla valutazione del nesso di causalità tra l'infortunio e l'eventuale mancato rispetto delle norme di prevenzione e sicurezza e costituiranno supporto all'azione difensiva del legale di fiducia. Prescindendo dall'esito finale del procedimento penale, l'Azienda è tenuta comunque ad adottare immediatamente i provvedimenti di tutela da definirsi caso per caso.

MALATTIE PROFESSIONALI

Attività aziendale e procedure di legge

Premessa

Il titolare dell'azienda ha l'obbligo di denuncia all'Inail della malattia professionale entro i cinque giorni successivi a quello nel quale ne è venuto a conoscenza. I referti medici relativi a casi di malattia professionale di probabile contrazione di attività lavorativa devono essere notificati, da parte del medico, all'A.S.S. competente per territorio.

Procedura

A giudizio del Magistrato, viene affidata ai tecnici dell'A.S.S. un'indagine con lo scopo di individuare le cause che hanno provocato la malattia professionale e responsabilità connesse con la violazione delle norme di legge. Sulla base delle risultanze dell'indagine, il Magistrato deciderà il rinvio o meno a giudizio delle persone indagate.

Ipotesi di linea difensiva dell'Azienda

a) Nomina del difensore di fiducia

E' necessario che abbia esperienza nel campo della sicurezza ed igiene del lavoro.

Avrà il compito di svolgere la funzione di coordinare i rapporti seguenti e di decidere sulle procedure processuali.

b) Perizia medico-legale

Non appena disponibile la documentazione sui soggetti affetti da malattia professionale, d'intesa con il medico di fabbrica, è opportuno raccogliere tutti i dati storici, clinici e di anamnesi relativi agli stessi (precedenti attività lavorative, malattie, attività extralavorative, uso di farmaci, difetti congeniti, ecc.). E' opportuna una verifica della corretta effettuazione degli esami clinici secondo gli standard ed eventualmente (sempre nei limiti di quanto previsto dall'art. 5 della Legge 300/70) è bene richiedere ai soggetti di sottoporsi spontaneamente ad ulteriori accertamenti.

c) Perizia tecnica

E' opportuno effettuare rilievi analitici relativi ai reparti ove operano o hanno operato gli interessati. I rilievi vanno condotti valutando tutti i parametri significativi per una puntuale determinazione dei valori di esposizione, riguardanti sia l'esposizione attuale che quella pregressa. Rilevante appare quindi l'esperienza e la competenza del tecnico incaricato, in relazione al ciclo produttivo e all'organizzazione del lavoro. aspetto primario per dimostrare l'adozione di "cautele" al fine di salvaguardare la salute dei

lavoratori.

d) *Raccolta di documentazione*

E' costituita dalla formazione di un fascicolo che raggruppi elementi di prova sulle misure adottate dal datore di lavoro per assolvere agli obblighi di legge; in particolare conterrà tutte le notizie riguardanti l'adozione dei provvedimenti tecnici, organizzativi e procedurali da parte dell'azienda per salvaguardare la salute dei lavoratori

Conclusioni

Le perizie, medica e tecnica, sono finalizzate alla valutazione del nesso di causalità tra la patologia accertata e l'esposizione al rischio del lavoratore in Azienda e costituiranno supporto all'azione difensiva del legale di fiducia. Prescindendo dall'esito finale del procedimento penale, l'Azienda è tenuta comunque ad adottare immediatamente i provvedimenti di tutela da definirsi caso per caso.

Ditta	DENUNCIA INFORTUNIO uso interno	N. _____
Cognome _____ Nome _____ Mansione _____ Reparto _____ Diretto Supervisore _____	1° Turno <input type="checkbox"/> 2° Turno <input type="checkbox"/> 3° Turno <input type="checkbox"/> Giornata <input type="checkbox"/>	Ora dell'infortunio _____ Data _____ L M M G V S D Giorno dell'infortunio dopo il riposo ②° ③° ④° ⑤° ⑥° ⑦° ⑧° Esatto luogo dell'infortunio _____
Nuovo addetto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Trasferito recente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Spostato dal suo lavoro abituale? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Testi	Nome	Indicare il punto della lesione con ● ∇□+	Tipo di lesione
Oculari Solo sentito Prima persona informata	_____		<input type="checkbox"/> Corpo estraneo ● <input type="checkbox"/> Altro tipo di lesione agli occhi
Elementi materiali causa dell'infortunio <input type="checkbox"/> Macchine o attrezzat. in movimento <input type="checkbox"/> Utensili meccanici utilizzati a mano <input type="checkbox"/> Utensili manuali <input type="checkbox"/> Materiali corrosivi, caustici,tossici <input type="checkbox"/> Vapori e gas nocivi, polveri <input type="checkbox"/> Corrente elettrica <input type="checkbox"/> Forno, materiale rovente <input type="checkbox"/> Disp. per maneggiare o alzare materiali <input type="checkbox"/> Disp. per legare (assicurare), alzare mater.			<input type="checkbox"/> Trauma ∇ <input type="checkbox"/> Contusione <input type="checkbox"/> Distorsione <input type="checkbox"/> Lussazione <input type="checkbox"/> Strappo muscolare <input type="checkbox"/> Lesione fondo schiena
<input type="checkbox"/> Oggetti trasportati manualmente <input type="checkbox"/> Oggetti manipolati sul posto di lavoro <input type="checkbox"/> Oggetti di qualunque dim. mossisi accid. <input type="checkbox"/> Qggetti o mater. non in mov. fuori posto <input type="checkbox"/> Caduta da un altro piano/livello <input type="checkbox"/> Altri _____			<input type="checkbox"/> Lesione superficiale + <input type="checkbox"/> Ferita da puntura <input type="checkbox"/> Abrasione <input type="checkbox"/> Bruciatura <input type="checkbox"/> Frattura <input type="checkbox"/> Amputazione
			Tipo intervento <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Ospedaliero <input type="checkbox"/> Infermeria interna

Protezione individuale in atto	Voci apparenti che interessano l'infortunio
--------------------------------	---

<input type="checkbox"/> Calzature protettive	<input type="checkbox"/> Occhiali protettivo	<input type="checkbox"/> Nessuna lesione
<input type="checkbox"/> Elmetto antinfortunistico	<input type="checkbox"/> Cintura di sicurezza	<input type="checkbox"/> Di lieve entità
<input type="checkbox"/> Cuffia antirumore	<input type="checkbox"/> Ghette	<input type="checkbox"/> Seria
<input type="checkbox"/> Guanti	<input type="checkbox"/> Altri _____	<input type="checkbox"/> Grave
Primo soccorso: data _____ alle ore _____		<input type="checkbox"/> Danno ad attrezzature
L'infortunato ha abbandonato il lavoro il _____ alle ore _____		<input type="checkbox"/> Danno a prodotti
		<input type="checkbox"/> Lesione trascurata

DESCRIVERE CHIARAMENTE LE CIRCOSTANZE IN CUI E' AVVENUTO L'INFORTUNIO NELL'ORDINE SEGUENTE

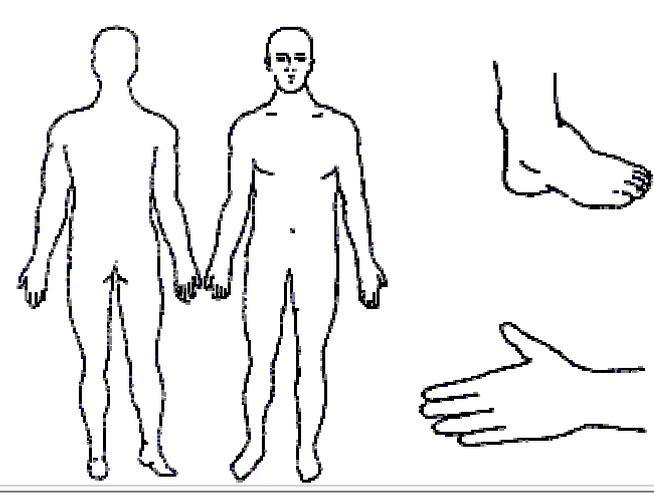
1. Prima dell'infortunio (tipo di lavoro che si stava eseguendo)
2. Al momento dell'infortunio (circostanze che lo causarono)
3. Dopo l'infortunio (che cosa fu fatto)

EVENTUALI MISURE PROPOSTE DAL DIRETTO SUPERIORE

Data di compilazione	Firma infortunato	Il capo turno	Il capo reparto
A cura dell'Ufficio Data di nascita _____ Data di assunzione _____ Livello <input type="checkbox"/>			
Diagnosi		Prognosi	
Tot. giorni di assenza di calend. _____	Totale giorni di assenza lavorativi _____	Data di ripresa lavoro _____	
REGISTRO INFORTUNI N. _____ DATA INOLTRO DENUNCIA _____ VISTO: _____			

SCHEDA INDIVIDUALE D'INFORTUNI

COGNOME: _____ Data di nascita: _____ Naz: _____
 NOME: _____ Pos. di lavoro: _____ Data di assunzione: _____
 Qualifica: _____ Rientro il: _____

<p align="center">LEGENDA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Punto nero</i> INFORTUNIO AGLI OCCHI ▽ <i>Triangolo verde</i> DOLORI - STRAPPI MUSCOLARI DISTORSIONI - CONTUSIONI + <i>Croce rossa</i> PIAGHE - BRUCIATURE FRATTURE - PUNTURE 									
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">L</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">G</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">V</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">S</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">D</td> </tr> </table>		L	M	M	G	V	S	D	<p><i>Indicare la localizzazione delle lesioni</i></p>
	L	M	M	G	V	S	D		

