

## 1. EDITORIALE

*Carissimi Soci,*

*sono riprese le attività associative più significative già il 4 settembre con la riunione del Consiglio Direttivo Nazionale a Roma dove sono state decise le linee associative per gli appuntamenti autunnali.*

*L'Associazione è stata rappresentata negli incontri del CoNAPS di metà settembre dove si stanno continuando le operazioni per portare a conclusione il problema ordinistico, negli incontri della Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie che si è riunita ad Ancona il 9-10-11 settembre.*

*La Conferenza Permanente ha, in questa occasione, rinnovato gli organismi e le cariche. Per la Commissione Nazionale del Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria sono stati rieletti, in qualità di Presidente, il prof. Francesco Donato, Ordinario di Igiene presso l'Università degli Studi di Brescia e Presidente, in quella Università, del CdL in Assistenza Sanitaria, e Vice Presidente Alessandro Macedonio, Coordinatore del CdL in Assistenza Sanitaria presso l'Università "La Sapienza" di Roma.*

*Sul tema della formazione e delle novità tratterò in seguito in un apposito punto. È stato un periodo molto intenso in quanto nelle Università si sono riscritti gli ordinamenti didattici sia per la Laurea che per la Laurea Magistrale. Ringrazio tutti coloro che sono stati presenti al Secondo Convegno Internazionale per Assistenti Sanitari che si è tenuto a Cremona il 29.09.2010. Appuntamento di aggiornamento molto importante. Il tema centrale è stata la "promozione della salute" con contributi di Relatori che hanno portato la loro esperienza internazionale e si è fatto un passo avanti nell'individuazione di figure professionali simili alla nostra in Paesi europei ed extraeuropei. La ricerca è stata fruttuosa e confortante e conferma ciò che abbiamo sentito: "l'esigenza di costruire qui in Italia corrisponde a pensieri che hanno concreto riscontro in molti Paesi con un certo grado di interesse per le forme della prevenzione".*

*Il lavoro dettagliato verrà poi messo a disposizione.*

*Ho partecipato poi al Congresso della Società Italiana di Igiene nella sempre bellissima cornice di una città come Venezia. Ho portato il pensiero dell'Associazione sul contributo che la nostra figura ha dato, dà e vuole dare alla prevenzione, promozione ed educazione alla salute.*

*Al termine di questo anno sociale desidero, anche a nome del Consiglio Direttivo Nazionale, ringraziarVi tutti, Dirigenti e non, per aver profuso energie a vantaggio della nostra Associazione, per la migliore difesa possibile e valorizzazione della nostra professione, ovunque, nei luoghi del lavoro, del sociale, della cultura, delle Istituzioni.*

*Come sapete benissimo, questa nostra professione ha corso, e ancora corre, rischi, ma siamo convinti che in prima fila, ad esorcizzarli, non possono che continuare ad esserci tutti gli Assistenti Sanitari d'Italia, tra questi Voi che date vita ed energia alla nostra Associazione, per portare il peso e la responsabilità della maggiore rappresentatività a livello nazionale.*

*È questo un tempo ricco di proposte di riforma, delle professioni in generale, del Servizio Sanitario Nazionale, del Sistema Universitario, dello stesso assetto costituzionale del nostro Paese, del mondo del lavoro, dell'economia e della finanza, un insieme che ognuno di noi valuta come crede, ma che a chiunque non può non richiedere conoscenza e partecipazione.*

*E per assicurare al primato e alla priorità della Prevenzione e promozione della salute, che a volte ci paiono bisognosi di scendere meglio e di più dai principi alla realtà dei bisogni, non si può non riconoscere alla nostra professione un ruolo significativo, non autoreferenziale, di punta, appunto "elettivo".*

*Con questa convinzione tra pochi giorni affronteremo il nuovo anno sociale che si sta per aprire.*

*A tutti Voi, carissimi Soci, personalmente e anche a nome del Consiglio Direttivo Nazionale, i migliori auguri di serene festività natalizie e di un nuovo anno portatore di soddisfazioni, personali e professionali.*

La Presidente Nazionale  
Giuliana Bodini



## IN QUESTO NUMERO

1- Editoriale	Pag. 1/2
2- Sviluppi della questione ordinistica	Pag. 3
3- Sviluppi in materia di formazione	Pag. 4
4- Il Piano Nazionale della Prevenzione 2010/2012	Pag. 4/5
5- Il Piano Sanitario Nazionale 2011/2013	Pag. 5
6- Lettera della Presidente Nazionale ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie italiane	Pag. 5/6
7- Presa di posizione della Regione Lombardia in materia di programmazione e organizzazione dei dipartimenti	Pag. 6
8- Opportunità occupazionali	Pag. 6
9- Circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in materia di valutazione del rischio da stress lavoro-correlato	Pag. 6/7
10- Posta Elettronica Certificata	Pag. 7
11- Notizie in breve	Pag. 7/8
<b>Allegato 1</b> – Intervento inviato a <a href="http://www.parlamentosalute.it">www.parlamentosalute.it</a> su “ddl 1142”	Pag. 9
<b>Allegato 2</b> – PNP 2010/2012: breve sintesi da fonte ministeriale	Pag. 10/11
<b>Allegato 3</b> – Lettera della Presidente Nazionale ai Direttori Generali delle ASL italiane	Pag. 12/13
<b>Allegato 4</b> – Lettera al Direttore Generale Sanità della Regione Lombardia ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali lombarde del 14/7/2010	Pag. 14/15
<b>Allegato 5</b> – Circolare MLPS prot. 15/SEGR/0023692 del 18/11/2010	Pag. 16/20

## 2. SVILUPPI DELLA QUESTIONE ORDINISTICA

Già a lungo, troppo, nelle precedenti NL ci siamo soffermati sulla “via crucis” ordinistica.

Anche sulla scorta di sollecitazioni provenute da Soci e non, rinviando al punto 3 della NL n. 72 anche perché, probabilmente, il periodo estivo non ha favorito la lettura.

La situazione illustrata nella NL 72 non ha, purtroppo, registrato passi avanti: il disegno di legge 1142 sen. Boldi è fermo presso la XII Commissione Igiene Sanità del Senato.

Ci sono stati nuovi interventi sollecitatori da parte del Coordinamento Nazionale delle Professioni Sanitarie (CoNAPS) al quale aderiamo come AsNAS, presso il Presidente del Consiglio dei Ministri e presso il Presidente della XII Commissione del Senato, mentre siamo informati di interventi presso membri del Parlamento Nazionale, e in particolare presso componenti della predetta Commissione, sviluppati da parte di nostri Dirigenti sezionali.

Come dicevamo nella NL 72 il problema ordinistico nostro e delle altre professioni sanitarie ancora non regolamentate sta compiendo un percorso complesso e difficile, appartenendo ad una materia - le professioni intellettuali- esposta a fermenti riformatori di varia fonte, natura e obbiettivo.

Non giova, certamente, alla nostra strategia, strutturata sul disegno di legge 1142, la complessa situazione politico-istituzionale che il nostro Paese sta vivendo.

E nonostante sul ddl 1142 si registri una convergenza bipartisan tra maggioranza e opposizione, com'era accaduto per tutte le leggi pilastri della riforma delle professioni sanitarie.

Non basta: la riforma ordinistica allo Stato non costerà nulla.

Vi facciamo avere copia del documento inviato -su richiesta- dalla Presidente nazionale, al sito [www.parlamentosalute.it](http://www.parlamentosalute.it) che riassume la posizione della nostra Associazione (allegato 1)

### **3. SVILUPPI IN MATERIA DI FORMAZIONE**

Le diverse Università italiane hanno avviato il processo attuativo del Decreto 19 febbraio 2009 applicativo del D.M. 270/2004. Stanno aggiornando perciò gli ordinamenti didattici secondo le indicazioni contenute nelle nuove norme.

Per le professioni sanitarie è un'occasione importante per rivalutare e ridefinire il percorso formativo alla luce delle esperienze maturate nella pratica formativa.

In particolare i Corsi di Laurea in Assistenza Sanitaria avviati nel 2001-2002 possono elaborare piani di studio giovandosi dell'esperienza decennale sul nuovo tipo di formazione universitaria.

Come anticipato in una nota rivolta ai Presidenti di Sezione, le Università hanno iniziato le consultazioni con le Associazioni di categoria, passaggio obbligatorio previsto dalla normativa appena approvata per un confronto sui contenuti dei nuovi piani di studio.

Nelle Regioni dove hanno sede i Corsi di Laurea in Assistenza Sanitaria, l'Associazione è stata convocata per esprimere parere sull'ordinamento didattico in fase di approvazione.

Le novità sono importanti: è ribadita, infatti, l'importanza del tirocinio a cui vengono assegnati 60 CFU (Crediti Formativi Universitari) minimi nei 3 anni.

Sono previsti laboratori annuali per integrare la didattica frontale con l'area esperienziale e quindi proporre una palestra protetta in cui maturare prerequisiti per il tirocinio

Novità anche sul numero degli esami che non possono essere più di 20 e sul numero di moduli all'interno dei singoli insegnamenti che dovranno evitare eccessive frammentazioni.

Non possono più essere previsti moduli per mezzo credito

Si sottolinea, in conclusione, l'aspetto saliente della riforma che ribadisce con forza il contributo della professione alla formazione per lo specifico profilo con la riserva di 15 CFU specifici per gli insegnamenti della professione indicati come MED/50. Nelle consultazioni deve essere perciò premura dei rappresentanti dell'Associazione il verificare che siano garantite le caratteristiche previste dalle nuove regole sorvegliando in particolare la specificità della preparazione secondo le competenze indicate dal nostro profilo.

Tutto ciò riconferma la necessità che tutti gli Assistenti Sanitari partecipino alla formazione dei nuovi Assistenti Sanitari in modo responsabile ed efficace sia per la parte esperienziale che per la didattica in aula. Anche chi non partecipa direttamente alla vita dei Corsi di Laurea può dare un prezioso contributo se saprà mettere nella pratica quotidiana meccanismi di osservazione e ricerca capaci di determinare produzione scientifica specifica per il nostro ambito professionale.

### **4. IL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012**

Il 29 aprile 2010 in Conferenza Stato-Regioni è stata sottoscritta l'intesa sul Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012.

Si compone di sei parti: 1) Introduzione; 2) Un nuovo approccio alla Prevenzione: la persona al centro del progetto di salute; 3) La prevenzione universale; 4) La prevenzione nella popolazione a rischio; 5) La prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia; 6) Modalità di stesura e adozione dei Piani Regionali Prevenzione.

Modalità di monitoraggio e valutazione. Una sintesi da fonte ministeriale. (allegato 2)

Si fa notare che, con Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 7.10.2010, il termine del 30 settembre 2010 di cui all'art. 1, comma 2, dell'Intesa Stato-Regioni del 29.4.2010, è sostituito dal termine del 31.12.2010.

Opinioni varie si leggono su questo importante testo della serie: a) sarà supportato, in sede di attuazione, da adeguati finanziamenti? (ad esempio, cfr "Società Italiana Medicina Preventiva e Sanità Pubblica - SItI, Igienisti on-line, 11 e 13/2010 SItI notizie luglio 2010); b) come si comporteranno le Regioni? Ecc...

Qualche osservazione: questa Redazione tra i molti punti interessanti di questo nuovo parto legislativo, ritiene sia da distinguersi nell'introduzione, al capitolo "Metodi e approccio del Piano

Nazionale Prevenzione”, riguardo alle priorità su cui attivare accordi o coordinamenti, che vale la pena di riportare, appunto perché priorità e perché porta acqua al mulino della “salvezza/scomparsa”, come da qualche parte si esprime, della nostra figura professionale: “La ricerca e l’approfondimento sulla necessità di individuare percorsi che riconoscano, nell’ambito degli assetti organizzativi (di pertinenza di Regioni e Province Autonome), così come nei meccanismi di reclutamento e contrattuali (di pertinenza nazionale) il ruolo di quei professionisti della prevenzione (in particolare tecnici della prevenzione e assistenti sanitari, ma anche infermieri e dietisti), che con legittima autonomia e responsabilità concorrono, con specifiche competenze, allo sviluppo degli interventi e delle politiche di prevenzione nel nostro Paese”.

C’è quel “ma anche”, ricco di significato, che va interpretato nel senso che altre professioni “partecipano” (sennò che senso avrebbe la distinzione?).

Ma non è questa la sede, nè il momento di stare sul “ma anche” (leggerete una “pillola” in coda a questa NL). Quello che, viceversa, preme sottolineare è che il ruolo strategico della nostra professione nella realizzazione delle politiche della e per la salute, viene ribadito (certo, “ribadito”, giacché il Legislatore nazionale a chiare lettere l’ha già detto, e da un bel pezzo), in questo punto del Piano dalla massima Istituzione nazionale in materia di Legislazione concorrente (art. 117 Cost.), la Conferenza Stato-Regioni-Province Autonome. Con buona pace di tutte le Cassandre, e purtroppo non sono poche, che per difetto di conoscenza e per partito preso, con irresponsabile disinvoltura, auspicano e predicano la scomparsa della nostra figura dalla faccia della Sanità di questo Paese. Per non dire che, per raggiungere un tale infausto scopo, occorrerebbe, sul piano giuridico, seguire un percorso che, forse, ai nostri molestatori, sfugge un po’.

Se necessario o utile torneremo su questo aspetto della vicenda. Per ora portiamoci a casa questo ribadito riconoscimento e: a) agiamo, come AsNAS nazionale, nel senso di portare al Legislatore nazionale, ogni utile contributo al dibattito che il nuovo Piano ha aperto; b) agiamo, come Sezioni AsNAS Regionali e Provinciali, nel senso di portare alle Regioni e alle Province Autonome, nonché, a cascata alle Aziende Sanitarie, Locali o ospedaliere, ogni utile contributo al dibattito locale, rapportato ai Piani Regionali e Provinciali e alle determinazioni programmatiche e organizzative di natura territoriale/aziendale.

## **5. IL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2011/2013**

Lo schema di Piano Sanitario Nazionale 2011/2013 ha ricevuto un primo assenso dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni.

Una delle dodici azioni previste dal Piano, la prima, è riservata alla Prevenzione: “Rilanciare la prevenzione”.

Vi si afferma: “tra le azioni per lo sviluppo del Sistema assume particolare importanza la promozione della salute, che contribuisce ad incrementare il numero dei cittadini coscienti del proprio stato di salute e sensibili al suo mantenimento e il suo miglioramento”.

Per quanto riguarda la definizione degli obiettivi e delle azioni necessarie per perseguirli, il P.S.N. rinvia alle scelte strategiche contenute nel Piano Nazionale della Prevenzione 2010/2012.

## **6. LETTERA DELLA PRESIDENTE NAZIONALE AI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE ITALIANE**

Di fronte alle numerose informazioni che, per ragioni varie, vengono diffuse riguardo alla nostra professione, una, in particolare, si distingue.

Le Aziende sanitarie tendono a non aprire le proprie dotazioni organiche alla nostra professione perché sarebbe di difficile reperimento sul mercato del lavoro italiano.

Conseguenza: si assumono altre figure, ad esempio l’infermiere con master di Sanità Pubblica.

Anche sulla scorta di sollecitazioni emerse a livello del nostro Consiglio Direttivo Nazionale nella riunione del 27 marzo 2010, o provenienti anche da Soci, la Presidente Nazionale con la mail del 01-09-2010 ha inviato ai nostri Presidenti di Sezione, un lettera standard da utilizzare nei confronti delle Direzioni Generali delle Azienda sanitarie e Aziende ospedaliere presenti nelle proprie realtà territoriali.

Il testo della lettera ai Direttori Generali è qui allegato al numero 3.

## **7. PRESA DI POSIZIONE DELLA REGIONE LOMBARDIA IN MATERIA DI PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEI DIPARTIMENTI**

Siamo venuti a conoscenza di una presa di posizione importante da parte della Regione Lombardia in merito alla programmazione e organizzazione dei dipartimenti di prevenzione.

Si tratta di una lettera inviata in data 14.7.2010 ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali lombarde da parte del Direttore Generale Sanità della Regione Lombardia, nella quale, sulla base del presupposto rappresentato dall'evoluzione delle professioni sanitarie della Prevenzione, tende a dare concreta attuazione alla valorizzazione, sotto il profilo organizzativo, delle "figure mediche e veterinarie e delle professioni di Assistente Sanitario e Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro".

In altri documenti, ad esempio in materia di vaccinazioni, come ripetutamente in precedenti NL abbiamo messo in rilievo, la Regione Lombardia si conferma coerentemente orientata a valorizzare la nostra professione.

Potete leggere la lettera all'allegato numero 4.

## **8. OPPORTUNITÀ OCCUPAZIONALI**

Pur frenate dalla crisi economica e dalle limitazioni in materia di assunzione di Personale, non mancano opportunità occupazionali per la nostra professione. È impegnato a rintracciarle e a diffonderle il Referente Informativo nazionale Marco Leone, Presidente della sezione Piemonte-Valle d'Aosta, il quale, per ogni informazione invita sia i Presidenti di Sezione, che i Soci a consultare il sito [www.asnas.it](http://www.asnas.it), sezione concorsi.

Ai Presidenti di Sezione è sollecitato l'impegno alla diffusione tra i propri Soci.

## **9. CIRCOLARE DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI IN MATERIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA STRESS LAVORO- CORRELATO**

L'art. 6, comma 8, lettera m-quarter e l'art. 28, comma 1-bis del Decreto Legislativo 9.4.2008 n. 81 e successive modificazione ed integrazioni, contengono disposizioni in materia di valutazione dello stress lavoro-correlato.

In data 17 novembre 2010 la Commissione Consultiva Permanente per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro presso il Ministero del Lavoro ha approvato indicazioni per tale valutazione.

In data 18 novembre 2010 la Direzione Generale della Tutela delle Condizioni di Lavoro ha diretto la Circolare Prot. 15/SEGR/0023692 a Ministeri, Regioni, organizzazioni rappresentative dei datori di lavoro e dei lavoratori contenente le indicazioni della Commissione Consultiva.

Potete leggere la Circolare all'allegato 5.

## **10. POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA**

Da parte di Soci, che si sono rivolti al Consulente, oltre che al Referente Informativo nazionale, Marco Leone, perviene il quesito se sussista per essi, professionisti sanitari iscritti all'Albo IPASVI, l'obbligo di comunicazione al Collegio del proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata.

L'art. 16, comma 7, del Decreto Legge 185, del 29.11.2008 (cosiddetto Decreto anticrisi, entrato in vigore il 29.11.2008), convertito nella legge n. 2 del 28.02.2009, così recita: "i professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato comunicano ai rispettivi Ordini, Collegi il proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata o analogo indirizzo di Posta Elettronica di cui al comma 6 entro un anno della data di è entrata in vigore del presente decreto. Gli Ordini e i Collegi pubblicano in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle Pubbliche Amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con i relativi indirizzi di Posta Elettronica Certificata."

Si osserva qui che la normativa sopra citata non prevede esplicitamente sanzioni per l'inadempimento dell'obbligo, né individua uno specifico soggetto preposto al controllo di detto adempimento.

Tuttavia, gli ordini professionali possono, di propria iniziativa, assumere provvedimenti volti a promuovere l'adempimento o a verificare il rispetto delle disposizioni di legge.

Poiché da quanto sopra emerge che l'iscrizione in Albi o elenchi sia l'unico presupposto necessario e sufficiente perché sussista l'obbligo di attivazione della casella di Posta Elettronica Certificata, si conclude che l'Assistente Sanitario, tuttora obbligato all'iscrizione all'IPASVI, è tenuto all'adempimento dell'obbligo.

## **11. NOTIZIE IN BREVE**

Ci vengono chieste notizie su vari provvedimenti normativi:

1) Il "Patto della salute 2010/2012"

La Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5/1/2010 ha pubblicato l'Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5/06/2003 n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, concernente il nuovo Patto della salute 2010/2012.

2) Revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

A che punto sono? Si è in attesa della formulazione definitiva del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM).

3) I LIVEAS (Livelli Essenziali di Assistenza Socio-Saniatria)

Sono stati emanati?

Previsti dalla legge "riforma dell'Assistenza" (128/2000) non sono mai nati.

Gravi conseguenze sull'attuabilità del principio dell'integrazione socio-saniaria.

4) A che punto è il provvedimento in materia di liste d'attesa?

Il "Piano Nazionale e di Governo delle liste d'attesa 2010/2012", approvato dalla Conferenza Stato/Regioni, risulta in via di definizione.

5) A che punto è il disegno di legge "Ammodernamento del Servizio Sanitario Nazionale" o "Governance Clinica", o altra definizione, ad esempio, da qualche parte, "riforma sanitaria numero quattro"?

Ad un punto molto incerto: vanno e vengono dagli Organi istituzionali.

Una novità: le Regioni chiedono, tra l'altro, presso di sé l'istituzione di Federazioni regionali degli Ordini delle professioni sanitarie.

6) E ora una curiosità, per divertirci un po'... è Natale

Come sapete, carissimi Soci, si è molto discusso di un attributo: “elettiva” applicato alla nostra professione ai fini della prevenzione, educazione alla salute, promozione.

Abbiamo, come AsNAS, in tutti i modi, cercato di spiegare perché tale applicazione sia corretta e rispondente al “campo di attività e responsabilità dell’Assistente Sanitario”, allo stesso modo e anche in senso rafforzativo di altre qualificazioni, pure esplicite ed eloquenti, “tipica”, ad esempio.

Collegi IPASVI della Regione Emilia Romagna, sempre come sapete, hanno fatto ricorso al TAR Emilia Romagna contro una delibera della Giunta Emiliana, che appunto “elettiva” definisce la nostra professione, riguardo alla prevenzione, e, ancora una volta, hanno perso il ricorso (Vi ricordate il ricorso contro lo stesso nostro profilo, D.M. 17/1/1997, n. 69?). Ma dove sta la curiosità? Per caso ci siamo imbattuti in quell’“elettiva” scorrendo per l’ennesima volta lo Statuto della nostra Associazione, che porta la data del 26/2/2002, all’articolo 2, lett. g) dove si dice, a proposito di finalità: “la prioritaria sollecitudine, in qualsiasi sede e momento, verso la valorizzazione del patrimonio storico, culturale e professionale della figura dell’Assistente Sanitario, tipica, *elettiva*, specifica della Prevenzione e Promozione della salute.

Morale: Statuto, Regolamenti, Codice Deontologico non sono mai letti abbastanza per conoscere e gestire al meglio l’Associazione.

---

Dalla redazione di AsNAS NL, per la loro collaborazione, in particolare per la ricerca di informazioni interessanti, un ringraziamento speciale a Francesca Cancellieri e Chiara Riva dello Staff della Segreteria Nazionale.

Per il confezionamento informatico delle NL ringraziamento altrettanto speciale allo studente Andrea Marchiselli e alla Dott.ssa Elena Nichetti della Sezione AsNAS Lombardia.

Infine, dalla Redazione auguri a tutti i Soci di un Natale buono e di un nuovo anno positivo, per la loro persona e per le loro aspettative personali e professionali.



## Disegno di legge 1142

### **Istituzione degli ordini e albi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico – sanitarie e della prevenzione**

La posizione dell'Associazione Nazionale Assistenti Sanitari (AsNAS), Associazione riconosciuta maggiormente rappresentativa a livello nazionale per la professione di Assistente Sanitario con i Decreti Ministeriali 14.04.2005 e 19.06.2006, in materia di Ordini per le professioni sanitarie "non mediche", è di condivisione del ddl 1142 Sen. Boldi, emendato con la previsione di un Ordine specifico della Prevenzione, per le due figure professionali appartenenti all'area della Prevenzione, secondo la L. 251/2000 e il D.M. 29.03.2001: Assistente Sanitario e Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro.

Il passaggio della nostra professione, dall'attuale Ordine infermieristico allo specifico e pertinente Ordine della Prevenzione, è già previsto dall'art. 4 comma 1, lettera a) della L. 43 del 1.06.2006, previsione non realizzatasi per scadenza del termine utile (4.03.2008).

Due, essenzialmente, le motivazioni della nostra posizione:

La prima di carattere generale. La necessità che, oltre alle professioni sanitarie già ordinate (Infermieri, Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, Ostetrica), anche le altre professioni riconosciute lo divengano a distanza ultradecennale dall'avvio della riforma avviata con l'art. 6, terzo comma, del D.Lgs. 502/92, dalla loro individuazione con Decreti Ministeriali e dalla relativa decretazione sui rispettivi Ordinamenti Didattici. Uniformità ordinistica tra i ventidue profili individuati, la cui attuale persistente assenza è priva di ragionevolezza. Da ricordare che la riforma ordinistica delle professioni sanitarie è stabilito che si realizzi senza oneri a carico dello Stato.

La seconda motivazione, di carattere del tutto speciale, riguarda la persistente incongrua anomalia rappresentata dall'appartenere ancora la nostra figura, sotto il profilo ordinistico, all'Ordine infermieristico (IPASVI), e viceversa, per legge, appartenere all'area professionale e alla Classe di formazione universitaria della Prevenzione. Tale anomalia ha comportato e comporta serie conseguenze estremamente dannose: perplessità identitarie, percezioni confuse da parte dell'interlocuzione istituzionale e della stessa pubblica opinione, piena riconoscibilità turbata e compromessa.

Per concludere, l'AsNAS considera il ddl Boldi, integrato con la previsione dell'Ordine della Prevenzione, innanzitutto come la conclusione naturale col tassello ordinistico, seppur assai tardivo, della riforma delle Professioni Sanitarie avviata col D.Lgs 502/92, e, nello specifico riferito alla professione come una autentica liberazione dall'assurda e anti-giuridica situazione di appartenere, per legge e di fatto, come profilo, attività professionale, responsabilità e formazione ad un'area, della Prevenzione, mentre sul piano ordinistico ad un'area, l'infermieristica, ormai da molto tempo, per legge e di fatto, abbandonata.

*Giuliana Bodini*  
Presidente Nazionale  
Associazione Nazionale Assistenti Sanitari

## **PNP 2010/2012**

### **Breve sintesi da fonte ministeriale**

Nella riunione di giovedì 29 aprile della Conferenza Stato-Regioni è stata sottoscritta l'Intesa sul Piano nazionale della prevenzione 2010-2012.

L'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano prevede che le Regioni si impegnino ad adottare, entro il 30 settembre 2010, il Piano regionale di prevenzione per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale (Pnp). Il coordinamento dell'attuazione del Pnp è affidato al ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria.

Alla completa attuazione del Pnp, come già previsto dall'articolo 4 dell'Intesa del 23 marzo 2005, Regioni e Province Autonome, per gli anni 2010-2012, hanno destinato 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale. La somma sarà impiegata per sostenere il raggiungimento degli obiettivi del Pnp 2010-2012, per lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e per l'armonizzazione delle attività di prevenzione negli ambiti territoriali.

Una apposita convenzione con il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps [Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità] ) dell'Istituto superiore di sanità (Iss [Istituto superiore di sanità] ) garantisce al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) il supporto per la progettazione e la valutazione dei documenti dei Piani regionali.

Ai fini della certificazione da parte della Direzione operativa del Ccm dell'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti dai Piani regionali di prevenzione (Prp), le Regioni sono chiamate a trasmettere annualmente alla Direzione l'idonea documentazione sulle attività svolte.

La scrittura dei Prp prevedrà:

- \* la continuità delle attività del Pnp 2005-2007 in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento ed estensione di quelli raggiunti
- \* lo sviluppo di attività in ciascuna delle macro-aree individuate
- \* la messa a regime delle attività di sorveglianza previste.

Il Coordinatore operativo di ciascun Piano regionale è individuato, con atto formale della Regione, entro 30 giorni dalla stipula dell'Intesa.

Queste le novità sostanziali del Piano nazionale della prevenzione:

- \* impostazione culturale mirata a una azione preventiva sempre più interdisciplinare e intersettoriale (il documento esplora tutte le aree operative sanitarie coinvolte in attività di prevenzione ed anche settori esterni al sistema sanitario)
- \* la persona al centro della programmazione, non più i servizi (attenzione alla domanda)
- \* evidenza alla medicina predittiva e alla prevenzione terziaria (argomenti sui quali la prevenzione si gioca molto rispetto ai progressi tecnico/scientifici ed alla transizione demografica)
- \* enfasi sulla necessità di un uso sistematico ed efficace dei dati (sorveglianze come strumento di programmazione e valutazione).

Le aree di intervento

Il Pnp 2010-2012, distingue, come macro-aree di intervento:

1. la medicina predittiva, che si rivolge agli individui sani, ricercando la fragilità o il difetto che conferisce loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia
2. i programmi di prevenzione collettiva che mirano ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale, sia con l'introduzione di politiche favorevoli alla salute o interventi di tipo regolatorio, sia con programmi di promozione della salute o di sanità pubblica (come programmi di sorveglianza e controllo delle malattie infettive), sia con interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro (come controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, ecc)
3. i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio e finalizzati a impedire l'insorgenza di malattie (per esempio i programmi di vaccinazione in gruppi a rischio) o a diagnosticare precocemente altre malattie (per esempio gli screening oncologici), o ancora a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di counselling o di diagnosi precoce e trattamento clinico (per esempio la prevenzione cardiovascolare)
4. i programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia e che promuovano il disegno e l'implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico, attraverso il miglioramento dell'integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali, di fasce di popolazione particolarmente fragili, come anziani, malati cronici, portatori di polipatologie, disabili, ecc.

La condivisione dei Piani regionali di prevenzione

Regioni e Province Autonome sono chiamate ad adattare obiettivi e finalità del Pnp alle proprie realtà locali elaborando un Piano regionale per i prossimi 3 anni. Per permettere un intenso scambio di conoscenze e di esperienze fra i numerosi tecnici che da anni lavorano e agiscono sul tema e sui servizi di prevenzione, il Cnesps dell'Iss, all'interno del progetto che fornisce al Ccm il supporto alla progettazione e alla valutazione dei documenti dei Piani regionali "Supporto al Piano nazionale della prevenzione e alla formazione per responsabili e operatori impegnati nei progetti dei Piani regionali di prevenzione 2009-2011", ha predisposto una Comunità di pratica per i Prp.

L'intento è attivare, entro la fine del 2010, una comunità di tecnici, esperti, dirigenti del servizio sanitario provenienti da tutto il territorio nazionale che, grazie alla condivisione di conoscenze ed esperienze su questa piattaforma, permetta alle singole Regioni di mettere a punto dei Piani di prevenzione centrati sul cittadino, solidi dal punto di vista metodologico ed efficaci rispetto agli obiettivi fissati.

La Comunità di pratica (CoP – Community of practice) mira, quindi, a coinvolgere 80-100 operatori regionali al fine di realizzare i Prp in modo coordinato e condividendo una comune metodologia di lavoro. Il primo dei corsi dedicati a questo scopo si è tenuto nei giorni 26-30 aprile 2010. Altre due edizioni sono previste entro la fine di maggio.



A s . N . A . S .  
Associazione Nazionale Assistenti Sanitari  
Presidenza Nazionale  
via Mirandola, 13 - 26100 Cremona  
tel: 3355931092  
E-mail: [presidenza@asnas.it](mailto:presidenza@asnas.it) - Sito web: <http://www.asnas.it>

*Associazione riconosciuta maggiormente rappresentativa a livello nazionale per la professione di Assistente Sanitario  
Decreti Ministero della Salute 14 aprile 2005 e 19 giugno 2006*

Ai Direttori Generali  
delle Aziende Sanitarie Italiane

**Oggetto: acquisizione lavorativa di assistenti sanitari**

Pervengono a questa Associazione notizie riportanti dichiarazioni di responsabili tecnici di Aziende Sanitarie Italiane di impossibilità all'acquisizione lavorativa di assistenti sanitari.

Si connettono a tali dichiarazioni comportamenti di varia natura, comunque riflettenti l'accentuata impossibilità: mancata attivazione di concorsi o selezioni per assunzioni, modificazioni di dotazione organica con la sostituzione alla figura dell'assistente sanitario di professionalità diverse, erroneamente considerate in grado di esercitare correttamente le competenze e le responsabilità della professione di assistente sanitario.

Non sono rari i casi, di assunzione di infermieri con l'impropria attribuzione di competenze dell'assistente sanitario, vuoti d'organico per la nostra figura, in definitiva una preoccupante sottovalutazione della nostra professione.

Stupisce che ad una così allarmante situazione corrisponda da parte dello Stato, delle Regioni e delle Province Autonome una cospicua produzione di provvedimenti normativi di carattere legislativo o amministrativo, giustamente esaltanti la priorità di politica socio-sanitaria di Prevenzione, Promozione ed Educazione alla salute, campo nel quale viene dato giusto rilievo alla partecipazione operativa del professionista assistente sanitario.

Semplice la ragione di questo stupore. Innanzitutto, i provvedimenti normativi prima citati prevedono in larga misura la partecipazione dell'assistente sanitario nell'organizzazione dei servizi dedicati alla prevenzione, così come, del resto, stabiliscono le leggi dello Stato che, a partire dal D.Lgs 502/92, hanno prodotto la riforma delle professioni sanitarie con precisa individuazione dei Profili e degli Ordinamenti Didattici; i primi per l'esercizio della professione e i secondi per l'acquisizione dei necessari saperi.

Alle dichiarazioni citate all'inizio, se ne aggiungono anche altre dalla motivazione difficilmente comprensibile secondo la quale la figura dell'assistente sanitario sarebbe difficile da trovare sul mercato del lavoro, per scarsità numerica.

Indubbiamente il Sistema formativo della nostra figura, come del resto di tutti i ventidue profili delle professioni sanitarie, non risulta molto propenso ad aprire nuovi corsi di laurea per assistente sanitario e questo motiva la scarsa presenza della figura in regioni nelle quali esistono università indisponibili all'apertura di corsi di laurea per la nostra professione.

Con questa nota, questa Associazione desidera informare che sul mercato di lavoro nazionale ci sono assistenti sanitari laureati e in attesa di lavoro, in larga maggioranza disponibili ad accettare l'offerta di lavoro da aziende sanitarie anche lontane.

Risultandoci questa disponibilità, ci rivolgiamo ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Italiane affinché:

1. Compiano sistematicamente la scelta di non trascurare la nostra professione in sede di definizione dei Piani Aziendali di Organizzazione, atteso che la figura stessa è "elettiva" per la prevenzione, come anche recentemente l'ha definita la sentenza del T.A.R. dell'Emilia Romagna 3041/2009;
2. In sede di indicazione alle regioni di riferimento dei fabbisogni formativi per le strutture organizzative dedicate alla prevenzione, segnalino la professione dell'assistente sanitario;
3. Aprano le proprie procedure di acquisizione nelle dotazioni organiche aziendali all'intero territorio nazionale;
4. In caso di difficoltà abbiano la cortesia di chiedere notizie a questa Associazione, che volentieri le fornirà come Associazione maggiormente rappresentativa della figura professionale dell'assistente sanitario a livello nazionale.

Questa Associazione ritiene di dover sollecitare la sensibilità della dirigenza non solo a tutela della professione che rappresenta ma anche per continuare il laborioso lavoro avviato per lo sviluppo di una cultura di prevenzione e promozione della salute su tutto il territorio nazionale.

Ringraziamo per l'attenzione, ci confermiamo disponibili a fornire eventuali ulteriori elementi, mentre, augurando buon lavoro, porgiamo le nostre migliori cordialità.

La Presidente Nazionale  
*Giuliana Bodini*



Regione Lombardia

Giunta Regionale  
Sanità  
U.O. Rapporti Istituzionali, Giuridico-Legislativo, personale e  
Medicina Convenzionata Territoriale  
Struttura Politiche del Personale del SSR e della Direzione  
Generale  
marco.paternoster@regione.lombardia.it

Via Pola 9/11 tel. 02.6766.2097 www.regione.lombardia.it  
20124 Milano fax 02.3936101

Il Dirigente

14 LUG. 2010

HA. 2010.002836

Ai Direttori Generali  
Aziende Sanitarie Locali

Loro Sedi

Oggetto: programmazione ed organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione.

Nell'ambito dei documenti di programmazione regionali è stata più volte sottolineata la necessità che la programmazione e organizzazione delle attività di prevenzione considerasse l'evoluzione delle professioni sanitarie della prevenzione, in modo tale che le competenze disponibili venissero adeguatamente valorizzate.

In particolare la Deliberazione n. VIII/0072289 del 19 maggio 2008 - " *Aggiornamento delle Linee guida regionali per l'adozione del Piano di organizzazione aziendale delle aziende sanitarie della regione Lombardia*" - prevede che le Aziende valorizzino, sotto il profilo organizzativo, le figure mediche e veterinarie e le professioni di assistente sanitario e tecnico della prevenzione nell'ambiente e luoghi di lavoro, incrementando il rapporto numerico delle stesse con le altre figure dirigenziali e individuando nella definizione delle tipologie degli incarichi dirigenziali connessi alle responsabilità di struttura anche figure dirigenziali con laurea magistrale in scienze delle professioni sanitarie della prevenzione.

Si ricorda inoltre che con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 gennaio 2008 - " *Recepimento dell'accordo 15 novembre 2007, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, concernente la disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica*" (GU n. 48 del 26-2-2008), si è concluso il percorso di pieno riconoscimento del personale in possesso della laurea magistrale in scienze della prevenzione, prevedendone il reclutamento nel ruolo dirigenziale: ciò significa che, coerentemente con gli indirizzi regionali, le Aziende Sanitarie dovranno prevedere l'inserimento di tali figure dirigenziali, valutando anche la possibilità di assegnazione ai Dirigenti con Laurea magistrale in scienze delle Professioni sanitarie della prevenzione di incarichi di struttura, come pure di tipo professionale.

A fronte delle suddette indicazioni, tuttavia, nelle richieste del piano assunzioni 2010 pervenute da codeste Aziende, figurano, nell'area della dirigenza e delle discipline della prevenzione (Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti Di Lavoro), esclusivamente dirigenti medici, senza alcuna richiesta per dirigenti delle professioni sanitarie della prevenzione, che invece potrebbero sia sotto il profilo formale, che di quello delle competenze specifiche, ricoprire a pieno titolo ruoli dirigenziali.

Nel richiedere pertanto le motivazioni di tale scelta, si invita a voler far pervenire proposte di integrazione e modifica che siano maggiormente conformi alle indicazioni regionali in materia.

Le integrazioni dovranno pervenire, entro il 28 luglio 2010, ai competenti uffici regionali al seguente indirizzo di posta elettronica:

RisorseUmaneSSRegione.lombardia.it

Cordiali saluti

Il Direttore Generale  
Dott. Carlo Lucchina



Referente per l'istruttoria della pratica: Angela Vinciguerra tel 02/67654350



**Ministero del lavoro e delle politiche sociali**

Direzione Generale della tutela delle condizioni di lavoro



**Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali**  
Partenza - Roma, 18/11/2010  
Prot. 15 / SEGR / 0023692

*Alla Presidenza del Consiglio dei Ministri -  
Dipartimento per le pari opportunità*

*Alla Presidenza del Consiglio dei Ministri -  
Ministero per la pubblica amministrazione e  
innovazione*

*Al Ministero dello sviluppo economico*

*Al Ministero dell'interno*

*Al Ministero della difesa*

*Al Ministero delle infrastrutture e dei trasporti*

*Al Ministero delle politiche agricole, alimentari e  
forestali*

*All'Ufficio della Consigliera Nazionale di parità*

*Alle Direzioni regionali e provinciali del lavoro*

*All'ispettorato regionale del lavoro di Palermo*

*All'ispettorato regionale del lavoro di Catania*

*Al Comando Carabinieri per la tutela del lavoro*

*Agli assessorati regionali alla salute*

*Alla provincia autonoma di Trento*

*Alla provincia autonoma di Bolzano*

*Alla CGIL*

*Alla CISL*

*Alla UIL*



*Alla CISAL*

*Alla CONFSAL*

*Alla CIU*

*Alla CIDA*

*Alla CONFINDUSTRIA*

*Alla CONFCOMMERCIO*

*Alla CONFAGRICOLTURA*

*Alla CONFARTIGLIANATO*

*Alla CNA*

*Alla CONFESERCENTI*

*Alla CONFAPI*

*Alla CONFSCOOPERATIVE*

*All'ABI*

LORO SEDI

**Oggetto: lettera circolare in ordine alla approvazione delle indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro-correlato di cui all'articolo 28, comma 1-bis, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, e successive modifiche e integrazioni.**

In attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 6, comma 8, lettera m-quater, e all'articolo 28, comma 1-bis, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, e successive modificazioni e integrazioni, la Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro di cui all'articolo 6 del medesimo provvedimento ha approvato, alla riunione del 17 novembre, le seguenti indicazioni per la valutazione dello stress lavoro-correlato.

**Indicazioni della Commissione consultiva per la valutazione dello *stress* lavoro-correlato (articoli 6, comma 8, lettera m-quater, e 28, comma 1-bis, d.lgs. n. 81/2008 e successive modificazioni e integrazioni)**

**Quadro normativo di riferimento, finalità e struttura del documento**

L'articolo 28, comma 1, del d.lgs. 9 aprile 2008, n. 81, di seguito d.lgs. n. 81/2008, prevede che la valutazione dei rischi debba essere effettuata tenendo conto, tra l'altro, dei rischi da *stress* lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004. In ragione delle difficoltà operative ripetutamente segnalate in ordine alla individuazione delle corrette modalità di attuazione di tale previsione legislativa, in sede di adozione delle disposizioni integrative e correttive al citato d.lgs. n. 81/2008, è stato introdotto all'articolo 28 il comma 1-bis, con il quale si è attribuito alla Commissione consultiva il compito di formulare indicazioni metodologiche in ordine al corretto adempimento dell'obbligo, finalizzate a indirizzare le attività dei datori di lavoro, dei loro consulenti e degli organi di vigilanza. Al fine di rispettare, entro il termine del 31 dicembre 2010, la previsione di cui all'articolo 28, commi 1 e 1-bis, del d.lgs. n. 81/2008, la Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro ha costituito un proprio comitato a composizione tripartita il quale, a seguito di ampio confronto tra i propri componenti, ha elaborato il presente documento, licenziato dalla Commissione consultiva nella propria riunione del 17 novembre 2010.

Le indicazioni metodologiche sono state elaborate nei limiti e per le finalità puntualmente individuati dalla Legge tenendo conto della ampia produzione scientifica disponibile sul tema e delle proposte pervenute all'interno alla Commissione consultiva e sono state redatte secondo criteri di semplicità, brevità e comprensibilità.

Il documento indica un percorso metodologico che rappresenta il livello minimo di attuazione dell'obbligo di valutazione del rischio da *stress* lavoro-correlato per tutti i datori di lavoro pubblici e privati.

**Definizioni e indicazioni generali**

Lo *stress* lavoro-correlato viene descritto all'articolo 3 dell'Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004 - così come recepito dall'Accordo Interconfederale del 9 giugno 2008 - quale "condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o aspettative riposte in loro" (art. 3, comma 1). Nell'ambito del lavoro tale squilibrio si può verificare quando il lavoratore non si sente in grado di corrispondere alle richieste lavorative. Tuttavia non tutte le manifestazioni di *stress* sul lavoro possono essere considerate come *stress* lavoro-correlato. Lo *stress* lavoro-correlato è quello causato da vari fattori propri del contesto e del contenuto del lavoro.

La valutazione del rischio da *stress* lavoro-correlato è parte integrante della valutazione dei rischi e viene effettuata (come per tutti gli altri fattori di rischio) dal datore di lavoro avvalendosi del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) con il coinvolgimento del medico competente, ove nominato, e previa consultazione del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS/RLST).

E', quindi, necessario preliminarmente indicare il percorso metodologico che permetta una corretta identificazione dei fattori di rischio da *stress* lavoro-correlato, in modo che da tale identificazione discendano la pianificazione e realizzazione di misure di eliminazione o, quando essa non sia possibile, riduzione al minimo di tale fattore di rischio.

A tale scopo, va chiarito che le necessarie attività devono essere compiute con riferimento a tutte le lavoratrici e a tutti i lavoratori, compresi dirigenti e preposti. La valutazione prende in esame non singoli ma gruppi omogenei di lavoratori (per esempio, per mansioni o partizioni organizzative) che risultino esposti a rischi dello stesso tipo secondo una individuazione che ogni datore di lavoro può autonomamente effettuare in ragione della effettiva organizzazione aziendale (potrebbero essere, ad esempio, i turnisti, i dipendenti di un determinato settore oppure chi svolge la medesima mansione, etc.).

### Metodologia

La valutazione si articola in due fasi: una necessaria (la valutazione preliminare); l'altra eventuale, da attivare nel caso in cui la valutazione preliminare riveli elementi di rischio da *stress* lavoro-correlato e le misure di correzione adottate a seguito della stessa, dal datore di lavoro, si rivelino inefficaci.

La valutazione preliminare consiste nella rilevazione di indicatori oggettivi e verificabili, ove possibile numericamente apprezzabili, appartenenti quanto meno a tre distinte famiglie:

- I. Eventi sentinella, quali ad esempio: indici infortunistici; assenze per malattia; turnover; procedimenti e sanzioni; segnalazioni del medico competente; specifiche e frequenti lamentele formalizzate da parte dei lavoratori. I predetti eventi sono da valutarsi sulla base di parametri omogenei individuati internamente alla azienda (es. andamento nel tempo degli indici infortunistici rilevati in azienda).
- II. Fattori di contenuto del lavoro, quali ad esempio: ambiente di lavoro e attrezzature; carichi e ritmi di lavoro; orario di lavoro e turni; corrispondenza tra le competenze dei lavoratori e i requisiti professionali richiesti.
- III. Fattori di contesto del lavoro, quali ad esempio: ruolo nell'ambito dell'organizzazione; autonomia decisionale e controllo; conflitti interpersonali al lavoro; evoluzione e sviluppo di carriera; comunicazione (es. incertezza in ordine alle prestazioni richieste).

In questa prima fase possono essere utilizzate liste di controllo applicabili anche dai soggetti aziendali della prevenzione che consentano una valutazione oggettiva, complessiva e, quando possibile, parametrica dei fattori di cui ai punti I, II e III che precedono.

In relazione alla valutazione dei fattori di contesto e di contenuto di cui sopra (punti II e III dell'elenco) occorre sentire i lavoratori e/o il RLS/RLST. Nelle aziende di maggiori dimensioni è possibile sentire un campione rappresentativo di lavoratori. La scelta delle modalità tramite cui sentire i lavoratori è rimessa al datore di lavoro, anche in relazione alla metodologia di valutazione adottata.

Ove dalla valutazione preliminare non emergano elementi di rischio da *stress* lavoro-correlato tali da richiedere il ricorso ad azioni correttive, il datore di lavoro sarà unicamente

Tanto si segnala, anche tenendo conto della rilevanza del documento ai fini degli adempimenti relativi alla valutazione dei rischi da lavoro, con invito a garantire la massima divulgazione delle indicazioni di cui all'oggetto.



Il Direttore Generale  
della tutela delle condizioni di lavoro  
(Dott. Giuseppe Umberto Mastropietro)

