

Safety Security Card **rivolta a tutti i lavoratori ASM**

«**Lavoratore**»: *“persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un’attività lavorativa nell’ambito dell’organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un’arte o una professione, ...”*
(art. 2, comma 2, lettera a), del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.).

INFORTUNIO LAVORATIVO

L’infortunio è un incidente avvenuto per **“causa violenta in occasione di lavoro”** dal quale derivi la morte, l’inabilità permanente o l’inabilità assoluta temporanea per più di tre giorni; si differenzia dalla malattia professionale poiché l’evento scatenante è improvviso e violento; nella malattia professionale le cause sono lente e diluite nel tempo.

“Una causa violenta è ogni aggressione che dall’esterno danneggia l’integrità psico-fisica del lavoratore”.

In caso di infortunio il lavoratore deve immediatamente avvisare o far avvisare, nel caso in cui non potesse, il proprio datore di lavoro.

Il lavoratore può:

- ⇒ recarsi o farsi accompagnare al pronto soccorso;
- ⇒ rivolgersi al proprio medico curante.

Qualunque medico presti la prima assistenza a un lavoratore infortunato sul lavoro è obbligato a rilasciare

il certificato medico, nel quale sono indicati la diagnosi e il numero dei giorni di inabilità temporanea assoluta al lavoro, e a trasmetterlo per via telematica all’istituto assicuratore.

La denuncia dell’infortunio ed il certificato medico devono indicare, oltre alle generalità del lavoratore, il giorno e l’ora in cui è avvenuto l’infortunio, le cause e le circostanze di esso, la natura e la precisa sede anatomica della lesione, il rapporto con le cause denunciate, le eventuali alterazioni preesistenti.

“Il lavoratore è obbligato a dare immediata notizia al datore di lavoro di qualsiasi infortunio gli accada, anche se di lieve entità” (art. 52, D.P.R. n. 1124/1965 e s.m.i.); per assolvere a tale obbligo il lavoratore deve fornire al datore di lavoro il numero identificativo del certificato medico, la data di rilascio e i giorni di prognosi indicati nel certificato stesso, nonché compilare, sottoscrivere e trasmettere tempestivamente la scheda allegata alla presente.

I dati forniti dal lavoratore sono trattati, dai soggetti obbligati a effettuare la denuncia, nel pieno rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e del Regolamento UE 2016/679.

Nel caso in cui il lavoratore non disponga del numero identificativo del certificato, dovrà fornire al datore di lavoro copia del certificato medico.

Il datore di lavoro ha l’obbligo di inoltrare la denuncia/comunicazione di infortunio entro 48 ore dalla ricezione dei riferimenti del certificato medico; in caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta, è prevista l’applicazione di una sanzione amministrativa (art. 53, Testo Unico n. 1124/1965 e s.m.i.).

Il mancato rispetto dei termini previsti per l’invio della comunicazione d’infortunio superiore ad un giorno, escluso quello dell’evento, a fini statistici e informativi (art. 18, co. 1, lett. r), D.Lgs. n.81/2008 e s.m.i.), determina l’applicazione della sanzione amministrativa pecuniaria da € 614,25 a € 2.211,31 (art. 55, co. 5, lett. h), D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.).

Nel caso di infortuni superiori ai tre giorni il mancato rispetto dei termini previsti per l’invio della comunicazione di infortunio (art. 18, co. 1, lett. r), D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.) comporta l’applicazione della sanzione amministrativa pecuniaria da € 1.228,50 a € 5.528,28 (art. 55, co. 5, lett. g), D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.).

Se dopo la ripresa dell’attività lavorativa il lavoratore si sente male per motivi conseguenti all’infortunio e torna al pronto soccorso o dal proprio medico, nel certificato rilasciato deve essere specificato che si tratta di ricaduta dall’infortunio già comunicato.

Sono esclusi dalla tutela gli infortuni conseguenti ad un comportamento estraneo al lavoro, quelli simulati dal lavoratore o le cui conseguenze siano dolosamente aggravate dal lavoratore stesso.

Diversamente da quanto previsto per la malattia, il lavoratore che rientra al lavoro, a seguito di infortunio, deve presentare il certificato medico di chiusura dell’evento.

A seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi il lavoratore è sottoposto a visita medica precedente alla ripresa del lavoro, al fine di verificare l’idoneità alla mansione (art. 41, co. 2, lett. e-ter), D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.).

In caso di infortunio da contaminazione con liquidi biologici, da ferita o puntura accidentale, il protocollo di sorveglianza sanitaria prevede l'esecuzione di un prelievo ematico basale (tempo zero), per determinare e documentare la situazione sierologica dell'infortunato al momento dell'evento, nonché controlli ematici successivi la cui periodicità è stabilita, sulla base di linee guida, dal medico competente.

INFORTUNIO IN ITINERE

L'I.N.A.I.L. tutela i lavoratori nel caso di infortuni avvenuti durante il normale tragitto di andata e ritorno tra l'abitazione e il luogo di lavoro. Il cosiddetto **infortunio in itinere** può verificarsi anche durante il normale percorso che il lavoratore deve fare per recarsi da un luogo di lavoro ad un altro, oppure durante il tragitto abituale per la consumazione dei pasti, in assenza di una mensa aziendale. Qualsiasi modalità di spostamento è ricompresa nella tutela (mezzi pubblici, a piedi, ecc.) a patto che siano verificate le finalità lavorative, la normalità del tragitto e la compatibilità degli orari. Al contrario, il tragitto effettuato con l'utilizzo di un mezzo privato, compresa la bicicletta, è coperto dall'assicurazione solo se tale uso è necessitato; l'utilizzo dell'automobile o dello scooter può considerarsi necessario solo se il luogo di lavoro è irraggiungibile con i mezzi pubblici oppure raggiungibile ma non in tempo utile rispetto al turno di lavoro; i mezzi pubblici obbligano ad attese eccessivamente lunghe e comportano un rilevante dispendio di tempo rispetto all'utilizzo del mezzo privato; la distanza della più vicina fermata del mezzo pubblico deve essere percorsa a piedi ed è eccessivamente lunga.

MISSION

Espletamento di procedure in tempi brevi, diffusione di informazioni uniformi, punto di riferimento in caso di necessità, riduzione al minimo di errori o inadempienze che possono essere causa per il datore di lavoro e l'intera équipe aziendale di gravose sanzioni amministrative pecuniarie.

Collaborazione continua per una programmazione e una pianificazione dettagliata delle strategie di prevenzione e sicurezza sul lavoro.

Azioni tempestive, omogenee e di qualità e al fine di ridurre i costi aziendali.

REFERENTI

- **Datore di Lavoro Delegato:**
Ing. Girolamo DARAIO
datoredilavorodelegato@asmbasilicata.it
- **Medico Competente:**
Dott.ssa Brunella LICCHELLI
medicinadellavoro.matera@asmbasilicata.it
- **IdF Gestione Presenze Personale e Adempimenti INPS/INAIL**
Dott. Giovanni RONDINONE
giovanni.rondinone@asmbasilicata.it
- **IdF Gestione Sistemi di Salute e Sicurezza sul Lavoro:**
Dott.ssa A. Maria Domenica SARUBBI
anna.sarubbi@asmbasilicata.it
Ufficio 0835/252182
Personale 339/7299045
- **Supporto Amministrativo:**
Sig.ra Concetta RIPOLI
concetta.ripoli@asmbasilicata.it

Scheda Infortunio

Il presente documento è a cura del lavoratore, deve essere compilato, sottoscritto e trasmesso tempestivamente al datore di lavoro, nonché al suo delegato e al suo incaricato, esclusivamente ai recapiti indicati, al fine di consentire l'inoltro della denuncia/comunicazione di infortunio entro i termini stabiliti per legge, evitando una pratica inesatta o incompleta.

Il lavoratore è responsabile ai sensi di legge dei dati forniti; gli stessi sono trattati nel pieno rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003 e al Regolamento UE 2016/679, esclusivamente dai soggetti obbligati a effettuare la denuncia.

NOME: _____

COGNOME: _____

C.F.: _____

RECAPITO TELEFONICO: _____

E-MAIL: _____

(consentono un'istruttoria più tempestiva e sono necessari per eventuali richieste di chiarimenti sull'evento lesivo denunciato)

Parente del datore di lavoro: [] SI [] NO

Persone a carico: [] SI [] NO

Part time: [] SI [] NO

In caso di SI, indicare se:

Orizzontale ☐ Verticale ☐ Misto ☐

Percentuale di part time _____ , _____ %

Orario di lavoro previsto per il giorno dell'evento

dalle ore _____ : _____ alle ore _____ : _____

Data assunzione _____ / _____ / _____

Data fine rapporto di lavoro _____ / _____ / _____

(per coloro che concludono il rapporto di lavoro prima del termine della prognosi di infortunio)

LUOGO DELL'EVENTO: _____

INDIRIZZO: _____

Infortunio in Itinere: [] SI [] NO

Incidente con mezzo di trasporto: [] SI [] NO

Incidente stradale: [] SI [] NO

Presso altra azienda: [] SI [] NO

DENOMINAZIONE ALTRA AZIENDA:

Data evento _____ / _____ / _____

Giorno festivo [] SI [] NO

Ora evento _____ : _____

Durante quale ora di lavoro (01, 02, ...) _____

Durante il turno di notte [] SI [] NO

L'infortunato ha abbandonato il lavoro [] SI [] NO

Alle ore _____ : _____

IN CHE MODO E' AVVENUTO L'INFORTUNIO?

DOVE ERA AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO?

CHE TIPO DI LAVORO STAVA SVOLGENDO AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO?

CHE COSA E' SUCCESSO DI IMPREVISTO PER CUI E' AVVENUTO L'INFORTUNIO?

IN CONSEGUENZA DI CIÒ, COSA E' AVVENUTO AL LAVORATORE?

TESTIMONE

Cognome _____

Nome _____

Indirizzo _____

Recapito Telefonico _____

IN CASO DI INFORTUNIO CAUSATO DALLA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE

Targa _____

Compagnia Assicurativa _____

Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta per i rilievi

Dati e Recapiti del conducente

Dati e Recapiti del proprietario, se diverso dal conducente

DATA _____

FIRMA _____

REFERENTI



- **Datore di Lavoro Delegato:**
Ing. Girolamo DARAIO
datoresdilavorodelegato@asmbasilicata.it
- **Medico Competente:**
Dott.ssa Brunella LICHELLI
medicinadellavoro.matera@asmbasilicata.it
- **IdF Gestione Presenze Personale e Adempimenti INPS/INAIL**
Dott. Giovanni RONDINONE
giovanni.rondinone@asmbasilicata.it
- **IdF Gestione Sistemi di Salute e Sicurezza sul Lavoro:**
Dott.ssa A. Maria Domenica SARUBBI
anna.sarubbi@asmbasilicata.it
Ufficio 0835/252182
Personale 339/7299045
- **Supporto Amministrativo:**
Sig.ra Concetta RIPOLI
concetta.ripoli@asmbasilicata.it