

MODULO DI SEGNALAZIONE DI “RAGIONEVOLE MOTIVO”

per l’invio del lavoratore a visita medica straordinaria ex art. 41, c. 2, D.lgs. 81/08, ai sensi del D.L. n. 159 del 31 ottobre 2025, convertito con modifiche con Legge n. 198 del 29/12/2025

1. DATI DEL LAVORATORE

- Nome e Cognome: _____
- Mansione: _____
- Reparto/Unità Operativa: _____
- Attività svolta rientrante tra quelle ad elevato rischio secondo accordo Stato-Regioni
Alcol ☐ Droghe ☐
specificare: _____

2. DATI DEL SEGNALANTE

- Nome e Cognome: _____
- Qualifica/Funzione aziendale: _____
- Data e ora della segnalazione: _____

3. CONTESTO DELL’EPISODIO

- Data e ora dell’evento osservato: _____
- Luogo: _____
- Attività lavorativa in corso: _____

4. ELEMENTI OGGETTIVI CHE COSTITUISCONO “RAGIONEVOLE MOTIVO”

(Barrare le voci rilevate e descrivere con precisione. Le voci sono formulate secondo criteri di osservabilità, oggettività e rilevanza per la sicurezza.)

A. Alterazioni del comportamento

- ☐ Andatura instabile, difficoltà di equilibrio
- ☐ Movimenti scoordinati o rallentati, esitanti
- ☐ Espressione del viso ipomimica, poco reattiva
- ☐ Stato di agitazione immotivata, irrequietezza marcata
- ☐ Tendenza a parlare eccessivamente o in modo inconcludente
- ☐ Sonnolenza marcata o ridotta vigilanza
- ☐ Difficoltà a comprendere istruzioni semplici
- ☐ Eloquio alterato (biacicismo, incoerenza, rallentamento)
- ☐ Risposte lente o ritardate a domande semplici
- ☐ Eloquio alterato (biacicismo, incoerenza, rallentamento)

B. Segni fisici osservabili

- ☐ Alito con odore compatibile con assunzione di alcol
- ☐ Occhi arrossati, lucidi o pupille anomale (dilate o ristrette)
- ☐ Tremori fini o grossolani delle mani
- ☐ Sudorazione profusa non giustificata
- ☐ Tachicardia, respirazione affannosa, agitazione
- ☐ Nausea, vomito o malessere improvviso

C. Errori operativi o situazioni di rischio legati alla Sicurezza

- ☐ Errori ripetuti nell'uso di macchinari/attrezzature
- ☐ Mancato rispetto di procedure di sicurezza
- ☐ Atti o comportamenti pericolosi per sé o per terzi
- ☐ Reazioni rallentate a segnali di allarme
- ☐ Difficoltà a mantenere l'attenzione su compiti critici
- ☐ Necessità di sostituzione immediata per inidoneità operativa

D. Segnalazioni o evidenze contestuali *(da usare con cautela, sempre come supporto e mai come prova autonoma)*

- ☐ Segnalazioni da parte di colleghi (non anonime)

- ☐ Rientro da pausa con comportamento alterato
- ☐ Presenza di contenitori sospetti o odori anomali nell'area di lavoro
- ☐ Precedenti episodi simili documentati

5. DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'EPISODIO

(Descrivere in modo chiaro, oggettivo e cronologico ciò che è stato osservato, evitando giudizi soggettivi.)

6. VALUTAZIONE FINALE

Alla luce degli elementi sopra riportati, si ritiene che sussista un ragionevole motivo per richiedere una visita medica straordinaria

- ☐ prima del turno lavorativo
- ☐ durante il turno lavorativo

ai sensi dell'art. 41, comma 2, D.lgs. 81/08 con contestuale sospensione cautelativa del lavoratore in attesa di accertamenti e comunicazione di tali provvedimenti allo stesso.

7. DISPOSIZIONE DI INVIO AL MEDICO COMPETENTE

Il lavoratore viene invitato a presentarsi alla visita medica di verifica presso:

- Medico Competente: _____
- Luogo della visita: _____
- Data e ora: _____

8. FIRME

- Firma del datore di lavoro: _____
- Firma del delegato / preposto segnalante: _____
- Firma per presa visione del lavoratore: _____

N.B.: la firma non implica condivisione del contenuto, ma solo conferma di avvenuta comunicazione