

SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO NELL'OSPEDALITA' E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

di Francesco Gismondi

1. Introduzione

La spinosità dell'argomento relativo alla tutela delle condizioni di lavoro è necessariamente da ricondursi all'esigenza di contemperamento di due categorie di interessi: *privati* (del soggetto protetto e di quello garante rispettivamente di tutela della sua integrità psicofisica e di efficienza di un sistema produttivo con il minor dispendio in termini economici e di costi "immateriali") e *pubblici* di tutela della salute del lavoratore nell'ambito di un processo produttivo di beni e servizi anche in favore di un bene sociale sovraordinato.

Ed allora, lungi dall'approntare una disciplina troppo e lacunosamente dettagliata, il legislatore ha predisposto, da una parte, una regolamentazione generale della materia e, dall'altra, normative per macroaree di rischi (onde elettromagnetiche, agenti fisici ecc.) demandando a soggetti di volta in volta investiti di pubblici poteri (nonchè di deleghe di responsabilità) la disciplina aziendale degli strumenti a tutela del lavoratore.

Tale discorso assume maggior pregnanza nell'ambito delle strutture sanitarie destinate ad accogliere, anche solo transitoriamente, soggetti

utenti la cui salute risulta essere, già prima di accedere al luogo di lavoro, compromessa e che pertanto richiedono diversi strumenti di sicurezza.

In tale ambito trova naturale spazio d'azione la strategia di *clinical risk management*, ossia il controllo dinamico del rischio residuo associato alle attività produttive di una struttura sanitaria, con naturale impatto sull'organizzazione della sicurezza negli ambienti di lavoro e minor ricaduta sui rischi prettamente clinici (*malpractice, clinical risk management*), sebbene il verificarsi degli "errori medici" sia fortemente dipendente dalla corretta e concreta applicazione di una razionale pianificazione del lavoro.

Pertanto il *risk management*, inteso come insieme delle attività coordinate per la gestione di una organizzazione con riferimento alla totalità dei rischi, nella specifica accezione della sicurezza del lavoro affronta e vuole risolvere le problematiche affini presenti nelle strutture sanitarie, in termini di minimizzazione e controllo dei soli rischi puri (e non speculativi o clinici).

È opinione condivisa che ogni struttura sanitaria debba adottare un Sistema di Gestione della Sicurezza (SGSL) che, partendo da una

valutazione iniziale della situazione di fatto esistente, adotti una politica finalizzata alla promozione dell'uso sistematico dell'analisi del rischio e del ridisegno dell'organizzazione e, allo stesso tempo, il ricorso alla ricerca, al confronto, alla raccolta e allo studio dei dati allo scopo di progettare, avviare e mantenere processi che aumentino l'efficienza e la qualità delle prestazioni dell'ente, riducendo i costi complessivi legati alla salute e sicurezza sul lavoro, compresi i costi della "non sicurezza".

2. Il quadro legislativo sulla sicurezza nei luoghi di lavoro previgente alle direttive comunitarie

La *prevenzione* in generale è una funzione *integrata* e *interdisciplinare* che dipende soprattutto dall'alta direzione aziendale e si riconduce all'attività di ricerca - progettazione - organizzazione - regolamentazione - controllo e verifica.

La sicurezza rappresenta così un obiettivo primario raggiungibile solo se: incorporato nei progetti e nei programmi generali dell'impresa (livello direzionale);

proiettato nell'impostazione generale e concreta dell'attività produttiva (livello gestionale);

perseguito nella fase della realizzazione degli obiettivi di produzione (livello della sovrintendenza);

compreso, attuato, osservato e migliorato dalle stesse maestranze, quali protagoniste del processo evolutivo della qualità del lavoro (livello integrato).

Questi presupposti trovano, inoltre, conferma e validità con l'avvento del mercato unico europeo e con il conseguente recepimento delle direttive europee da parte dello Stato italiano (ne sono un esempio il D.P.R.

n. 175/88, il D. Lgs. n. 277/91, il D. Lgs n. 626/94, il D.P.R. n. 459/96 e il D. Lgs. n. 494/96). Tali norme comunitarie impongono nuovi comportamenti e sollecitano maggiori responsabilità a carico delle aziende corrispondentemente alla diminuzione di vincoli normativi stringenti o iter certificativi obbligatori.

In particolare, il D. Lgs. n. 626/94 propone un "nuovo approccio" per affrontare le problematiche connesse alla sicurezza ed alla tutela della salute dei lavoratori e definisce un sistema innovativo di organizzazione e gestione delle attività di prevenzione e protezione dai rischi paragonabile alle metodologie tipiche della *produzione*.

La tutela della salute dei lavoratori è un bene istituzionalmente protetto che trova negli articoli 32 e 41 della Costituzione le solenni affermazioni dell'integrità della salute e del diritto alla sicurezza sul lavoro. Tali articoli conferiscono rilevanza alla tutela della salute come diritto primario e assoluto dell'individuo e come interesse della collettività, obbligando lo Stato a garantire il diritto ad ambienti di vita e di lavoro salubri, lo stato di benessere psicofisico nonché l'esercizio di attività lavorative non in contrasto con la sicurezza della salute della collettività.

L'interesse costituzionalmente sancito alla tutela della salute ha trovato specificazione, relativamente al rapporto di lavoro, nella legislazione ordinaria ed in particolare negli articoli 2087 del c.c. (che impone al datore di lavoro l'adozione di tutte le misure che secondo la particolarità del lavoro, dell'esperienza e della tecnica, sono necessarie a tutelare completamente il lavoratore, qualunque ne sia il costo economico) e 437 del c.p. (che sanziona le condotte di coloro che pongono in essere situazioni di reale pericolo per i lavoratori).

Quest'ultima fattispecie, per la sua integrazione, non richiede che l'evento dannoso si verifichi realmente, ma è applicabile anche se, con dolo, sia causata la sola situazione di pericolo.

Il datore di lavoro è obbligato ad adottare non solo le misure di sicurezza previste dalla legislazione vigente in materia, ma tutte quelle di ordinaria prudenza, diligenza, perizia, ritenute necessarie per salvaguardare l'incolumità dei lavoratori, alla luce delle cognizioni della scienza e dell'esperienza acquisita. Per tali motivi, il datore di lavoro deve tenersi aggiornato ed acquisire esperienze di aziende similari; deve tenere conto, altresì, delle caratteristiche oggettive dell'attività lavorativa e delle eventuali esigenze particolari dei lavoratori, evitando forme di lavoro alienante e ripetitivo.

L'articolo 2087 del c.c., oltre a garantire l'adeguamento automatico della prevenzione all'evoluzione tecnologica, evitandone l'obsolescenza, consente di colmare eventuali lacune della legislazione speciale antinfortunistica che non può prevedere tutti i fattori di rischio.

Si rileva, però, che la norma pone a carico del datore di lavoro un obbligo, di fatto indeterminato, in quanto gli si chiede di adottare ogni mezzo necessario ed utile per la sicurezza dei lavoratori, rimettendo così alle indagini del magistrato la valutazione della responsabilità di costui.

Dunque l'articolo 2087 del Codice Civile, se sul piano teorico svolge il ruolo fondamentale di norma generale, sul piano concreto non stabilisce quali debbano essere i criteri organizzativi per predisporre un adeguato sistema di prevenzione in azienda, fallendo effettivamente nella finalità di prevenire gli infortuni.

Pertanto, l'eccessiva ampiezza dell'articolo 2087 del Codice Civile ha indotto il legislatore della seconda metà degli anni '50 a formulare una serie di disposizioni più specifiche e tecniche in tema di sicurezza sul lavoro.

Tali interventi sono:

il D.P.R. n. 547 del 1955, recante norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro;

il D.P.R. n. 302 del 1956, recante norme integrative delle precedenti per situazioni con elevato grado di pericolosità;

il D.P.R. n. 303 del 1956, recante norme per l'igiene del lavoro.

La tecnica normativa utilizzata nei suddetti provvedimenti consiste nell'individuare i fattori di rischio, le sostanze pericolose e ogni altro elemento che possa determinare un danno alla salute dei lavoratori, per disciplinarne l'uso, ad esempio proibendo o regolamentando l'utilizzazione dei prodotti pericolosi, stabilendo quali misure di prevenzione debbono essere attuate.

Va puntualizzato che la legislazione antinfortunistica, pur essendo finalizzata alla protezione della sicurezza fisica del lavoratore dipendente, trova applicazione anche a favore delle persone che stazionano nell'ambiente di lavoro; ed è proprio in virtù di tale considerazione che una siffatta disciplina trova una sua peculiare applicazione nell'ambito dell'ospitalità.

Le disposizioni di carattere specifico contenute nelle regolamentazioni di settore non sempre risultano, tuttavia, facilmente implementabili nella realtà.

Le norme che impongono il rispetto di misure tecniche specifiche, infatti, sono divenute obsolete in seguito all'evoluzione tecnologica, mentre altre

norme ancorate a parametri indeterminati, quali la "sufficienza" e "l'idoneità", sono rimaste inapplicate per l'ampia discrezionalità concessa nella loro interpretazione.

Tuttavia, anche se talvolta superate dalle profonde trasformazioni tecnologiche intervenute sull'ambiente di lavoro in quest'ultimo trentennio, queste normative sono tuttora operanti e mostrano ancora la loro efficacia.

In base all'articolo 98 del D. Lgs n. 626/94 "restano in vigore, in quanto non specificatamente modificate dal presente decreto, le disposizioni vigenti in materia di prevenzione degli infortuni e igiene del lavoro".

Tuttavia è opportuno specificare che gli interventi legislativi degli anni '90 hanno arricchito di ulteriori punti di efficacia le norme prevenzionali già impostate: è riconosciuto, infatti, che la disciplina del 1996 ha l'importante merito di colmare la lacuna più vistosa della legislazione tecnica degli anni '50, quella cioè di essere tarata sul parametro degli infortuni da causa violenta e subitanea e di trascurare pertanto le "tecnopatie" che, invece, con gli anni ed il mutare dell'organizzazione del lavoro e della realtà produttiva, sono divenute essenziali nella programmazione della prevenzione sui luoghi di lavoro.

Le innovazioni tecnologiche, l'utilizzazione di nuove sostanze nella produzione e i progressi della medicina del lavoro hanno imposto e consentito la sostituzione di disposizioni dal contenuto elastico e generico, con norme e misure di prevenzione ben più articolate.

Di rilevante importanza è stato lo Statuto dei lavoratori (Legge n. 300 del 1970) che, con l'articolo 9, ha previsto l'ingresso dei medici del lavoro e degli igienisti industriali nelle imprese; il predetto articolo prescrive infatti che "i

lavoratori mediante loro rappresentanze, hanno diritto di controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di promuovere la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di tutte le misure idonee a tutelare la loro salute e la loro integrità fisica".

Al di là dell'attribuzione di diritti soggettivi in capo al prestatore di lavoro, sotto il profilo funzionale tale disposizione consente da una parte ai lavoratori di poter controllare le condizioni di rischio lavorativo realmente esistenti e, dall'altra, ai tecnici l'acquisizione di una vasta serie di informazioni di carattere pratico al fine di proporre nuove misure di sicurezza e controllare l'efficacia di quelle esistenti.

Con la Legge di Riforma Sanitaria (L. n. 833/78) si completava l'indirizzo normativo fornendo un quadro della sicurezza del lavoro entro cui innestare una serie di provvedimenti attuativi dello stesso indirizzo normativo della medesima normativa di riferimento.

La legge n. 833/78 unificava nel Sistema sanitario i momenti tecnici e sanitari della prevenzione, consentiva la partecipazione attiva dei lavoratori attraverso l'informazione e la formazione, affidava i sistemi di vigilanza alla struttura di base del sistema sanitario (la USL) proponendo, in sostanza, di realizzare un assetto globale e unitario di interventi sanitari, con specifico riguardo alla fase della prevenzione e dell'interazione tra ambienti di vita e lavoro.

In ossequio ai principi generali della normativa comunitaria sulla sicurezza nei luoghi di lavoro e su impulso della crescente attenzione nutrita dalla Comunità Europea nei confronti delle problematiche della sicurezza, tradotta in una vasta produzione normativa, la

legislazione italiana in materia ha conosciuto, a partire dagli anni '90, numerosi interventi, tesi, appunto, ad armonizzare le condizioni di sicurezza e salute dei lavoratori sul luogo di lavoro a quelle previste dalle direttive comunitarie.

Così il Governo ha emanato fra gli altri il D. Lgs. n. 277/1991 in materia di protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici durante il lavoro, il D. Lgs. n. 626/1994 che ha recepito la direttiva quadro comunitaria n. 391/1989 e sette direttive particolari, il D. Lgs. n. 459/96 in materia di macchine, il D. Lgs. n. 494/1996 in materia di cantieri temporanei o mobili.

Negli ultimi anni, in virtù delle apposite leggi comunitarie, sono state recepite nuove direttive comunitarie in materia di prevenzione e protezione.

Le numerose direttive sono state adottate in attuazione di tre obiettivi principali: a) miglioramento degli ambienti di lavoro sotto il profilo tecnico-prevenzionale, igienico, sanitario, psicologico e sociale; b) approfondita conoscenza delle modalità di accadimento degli incidenti sul lavoro; c) analisi del comportamento umano.

Inoltre, alla luce dell'intervenuta legislazione comunitaria, è doveroso garantire a tutti i lavoratori della comunità un eguale livello di tutela per non dare luogo a una concorrenza tra imprese di diversi Paesi della Comunità Europea a scapito della sicurezza e della salute. Il ruolo fondamentale delle direttive richiamate è quello di dettare le prescrizioni minime funzionali al miglioramento dell'ambiente di lavoro, le quali, peraltro, non operano a fronte di disposizioni nazionali o comunitarie più

favorevoli alla protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori.

Le novità dei principi generali di prevenzione riguardano:

l'immissione sul mercato di prodotti che siano esplicitamente dichiarati sicuri;

la programmazione delle attività di sicurezza aziendale;

i modelli partecipativi proposti; la rilevanza attribuita alla formazione e informazione permanente dei lavoratori;

il principio dell'adeguamento del lavoro all'uomo;

la complessiva filosofia di gestione della sicurezza.

Si sottolinea, inoltre, che il miglioramento della sicurezza non può dipendere da considerazioni di carattere puramente economico che hanno certamente il loro rilievo; così pure, i datori di lavoro sono tenuti a informarsi circa i progressi tecnici e le conseguenze scientifiche per garantire un miglior livello di protezione che rappresenti il miglior livello tecnologicamente realizzabile.

Le direttive comunitarie introducono un modello caratterizzato da una spiccata tendenza a privilegiare un tipo di normativa dettagliata e specifica limitando al massimo i precetti a contenuto più elastico e generico; esse introducono un'accentuazione dell'importanza della conoscenza dell'informazione e del controllo dei rischi nella convinzione che un pericolo diventa "accettabile" se conosciuto e controllato; ed infine una maggiore considerazione delle compatibilità economiche nel fissare i traguardi di sicurezza perseguibili.

Le legislazione introdotta negli anni '90 ha, quindi, determinato l'evoluzione del modello prevenzionale e della filosofia di lotta ai fattori di rischio con la consapevolezza che la prevenzione

vada effettuata in riferimento non a "specifici rischi", secondo la ratio tipica dei decreti degli anni ' 50, ma in relazione all'insieme dei rischi presenti sui luoghi di lavoro e al modello da attuarsi per fronteggiarli e abatterli. Questi vengono considerati in una visione di tipo sistemico e dunque richiedono complesse operazioni di programmazione preventiva e l'individuazione del collegamento fra ambiente di lavoro e ambiente esterno, al fine di evitare che i rischi tipici del primo si riflettano anche sul secondo. Il rischio di danni alla salute non deve essere concepito come imponderabile e ineluttabile, ma ancorato al concetto della probabilità di accadimento; inoltre, la fissazione dei valori limite e la loro osservanza non escludono una certa probabilità di danno per una quota della popolazione lavorativa, relativamente a frequenza e gravità.

I valori limite stabiliti non devono essere considerati un obiettivo di sicurezza assoluta, ma solo un mezzo operativo per tendere, alla luce della dinamica delle conoscenze scientifiche e delle possibilità tecnologiche, a una tutela sempre più ampia della salute e della sicurezza dei lavoratori.

Le otto direttive della Comunità Europea in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro recepite dal D. Lgs. n. 626 del 1994 sono:

- 391/1989 Misure per migliorare salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- 654/1989 Prescrizioni minime nei luoghi di lavoro;
- 655/1989 Requisiti minimi per le attrezzature di lavoro;
- 656/1989 Requisiti minimi dei mezzi di protezione individuale dei lavoratori;
- 269/1990 Movimentazione carichi pesanti;

- 270/1990 - Prescrizioni minime per le attività videoterminali;
- 394/1990 - Protezione da esposizione ad agenti cancerogeni;
- 679/1990 - Protezione da esposizione ad agenti biologici.

Il D.Lgs n. 626/94, attuativo delle suddette direttive, è normazione complessa, componendosi di 98 articoli e 13 allegati.

Esso integra la preesistente legislazione italiana introducendo interessanti innovazioni e proponendosi di superare le insufficienze conseguenti alla vecchia normativa (approccio deterministico, prevenzione da realizzare esclusivamente attraverso misure tecniche, salute e incolumità da garantire indipendentemente dai comportamenti dei lavoratori) per conseguire elevati livelli di prevenzione dei rischi professionali *"nel rispetto della salute della popolazione e dell'integrità dell'ambiente esterno"*.

Il D. Lgs. n. 626/94 ha, così, un ambito applicativo più ampio di quello del D.P.R. n. 547/55 e del D.P.R. n. 303/56, applicandosi a tutti i settori di attività privati o pubblici. Esso può ritenersi il testo base dell'intera legislazione prevenzionistica, in ragione della sua completezza e analiticità.

Pur non abrogando norme generali sulla sicurezza e igiene del lavoro, il decreto costituisce un nuovo inquadramento giuridico della materia, modificando profondamente il profilo operativo degli adempimenti e delle responsabilità dei vari soggetti coinvolti nel processo produttivo.

I provvedimenti emanati prima del D. Lgs. n. 626 contengono norme specifiche legate a tutte le particolari tipologie e condizioni di lavoro considerate a rischio, mentre il D. Lgs.

n. 626 ha, tra le sue principali finalità, la regolamentazione della gestione organizzativa della sicurezza anziché la definizione e la descrizione dei particolari modi di "lavorare in sicurezza".

La principale lacuna dei precedenti provvedimenti è risultata essere proprio quella di concentrarsi su situazioni molto particolari e specifiche e, quindi, di considerare gli infortuni come fatti isolati e indipendenti dal contesto tecnico-organizzativo e da azioni gestionali più strutturate.

I concetti basilari per la prevenzione sul lavoro si possono così riassumere:

- principi ispiratori che privilegiano l'informazione, la formazione e la partecipazione attiva dei lavoratori, quali attori di una prevenzione organica e moderna con l'obbligo di garantire la propria sicurezza e quella degli altri lavoratori;

- priorità alla valutazione dei rischi, all'individuazione e alla programmazione degli interventi necessari alla riduzione e al controllo del rischio, per la realizzazione di ambienti di lavoro sicuri;

- responsabilizzazione dell'imprenditore nel determinare le condizioni di sicurezza, con il compito di redigere il documento sulla valutazione dei rischi, aggiornato periodicamente e contenente le misure di prevenzione e di protezione conseguenti e tempi di realizzazione delle misure da apportare. Tutto ciò in coerenza a principi e criteri predeterminati;

- organizzazione del Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP); introduzione di nuove figure professionali obbligatorie: il responsabile del SSP, il medico

competente, il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza;

- obblighi per i datori di lavoro, dirigenti, medici competenti, preposti e lavoratori, ciascuno in relazione alle rispettive competenze e al ruolo esercitato all'interno dell'azienda;

- ridefinizione di precise competenze delle Regioni, dei Ministeri interessati, nonché degli Enti di patronato per lo svolgimento di attività di informazione, conoscenza e assistenza in materia di sicurezza e salute;

- prescrizione di circa 200 sanzioni penali, dall'ammenda all'arresto, per le inadempienze in materia di prevenzione e sicurezza.

3. Il decreto legislativo n. 626/94 e il Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro (SGSL)

Dall'analisi fin qui effettuata si evince come la tutela della salute, della sicurezza e dell'ambiente sia stata oggetto di una serie di normative che si sono andate evolvendo lungo direttrici abbastanza precise:

- dai controlli "end of pipe" alla prevenzione degli effetti sull'uomo e sull'ambiente delle attività produttive e dei prodotti industriali;

- dalla ricerca di soluzioni particolari a problemi settoriali alla considerazione complessiva di insiemi di problemi;

- dall'approccio quasi esclusivamente "tecnico" al coinvolgimento responsabile dell'intera organizzazione aziendale per una gestione sempre più sistematica di tale insieme di problemi.

Va da sé, quindi, che la prevenzione non può essere lasciata al caso o alla semplice iniziativa dei singoli, ma deve essere inserita in uno specifico progetto, denominato Sistema di

Gestione della Sicurezza sul Lavoro (SGSL).

La sicurezza e la tutela della salute dei lavoratori, oltre al rispetto per l'ambiente, devono diventare elementi strategici all'interno di un più ampio processo di "miglioramento continuo" dell'azienda. In particolare, la sicurezza deve entrare a far parte integrante del sistema di qualità. Infatti, una corretta gestione del problema, attraverso l'implementazione di un SGSL, comporta rilevanti vantaggi anche dal punto di vista del miglioramento della qualità, riassumibili in termini di: abbattimento dei costi di produzione, attraverso la riduzione degli incidenti, dei premi assicurativi, delle spese legali, della conflittualità interna ed esterna, delle sanzioni. Si tratta in sostanza di recuperare i costi della "non qualità" dovuti a una cattiva gestione/applicazione delle norme di sicurezza-igiene-ambiente.

Il SGSL, divenuto ormai strumento indispensabile e insostituibile all'interno delle aziende più evolute, dovrebbe quindi operare nell'ottica del sistema della "qualità totale" nella consapevolezza che sicurezza ed efficienza sono assolutamente indivisibili. Sarebbe perciò auspicabile l'implementazione parallela del "sistema qualità" e del SGSL; ciò consentirebbe di ottenere notevoli vantaggi, correlati alla soddisfazione del cliente, alle prestazioni aziendali, alla capacità competitiva, e, di conseguenza di raggiungere, prima e meglio, gli obiettivi di redditività prefissati.

Dalla recente normativa emerge con chiarezza come l'efficacia della prevenzione passa necessariamente attraverso una piena responsabilizzazione di tutti i lavoratori, dal vertice aziendale ai conduttori dei processi e delle attività

più operative, integrate con le nuove figure preposte all'organizzazione della sicurezza (RSPP, addetti SPP, MC, RRLSS eccetera). Ne consegue che l'ottica dei protagonisti delle attività di sicurezza non è più rivolta all'attesa di istruzioni e disposizioni tecniche di sicurezza, bensì a creare una metodologia corretta nell'espletamento delle proprie attività, tramite l'istituzione di procedure preventive del lavoro nelle funzioni omogenee aziendali praticamente attraverso la creazione di un sistema di sicurezza aziendale.

Quest'ultimo deve essere strutturato e adattato al particolare tipo di attività aziendale ed ai rischi connessi. Una gestione sistematica dell'organizzazione aziendale parte dal presupposto che si sia definito "chi fa" e "che cosa fa", nonché come ci si interfacci; ovvero, non si potranno avere azioni distinte, ma si dovrà curare un interscambio di notizie fra i vari reparti, un coordinamento delle attività in modo che il processo globale sia un insieme armonico.

Gli elementi, richiesti dalla legge, che permettono di strutturare un sistema gestionale permanente per l'attuazione della prevenzione e della protezione aziendale sono i seguenti:

- le misure generali di tutela;
- i soggetti obbligati ed i relativi compiti;
- le funzioni e le figure professionali di supporto interne e/o esterne all'azienda;
- gli strumenti per l'individuazione, la misurazione ed il controllo delle situazioni oggettive di rischio;
- l'indirizzo ed il controllo dei comportamenti dei dipendenti;
- l'indirizzo ed il controllo delle attività e dei comportamenti delle imprese terze e dei lavoratori autonomi;

- gli strumenti per attuare il coinvolgimento e la partecipazione equilibrata dei lavoratori;
- gli strumenti per la programmazione ed il controllo all'interno dell'azienda dell'avanzamento delle attività di sicurezza.

Oggi, alla luce del D. Lgs. n. 626/94, è posta in essere una serie di indicazioni che presuppongono una revisione dell'organizzazione del lavoro nella quale l'attività prevenzionale è parte integrante dei processi produttivi e dell'erogazione dei servizi.

Dalla recente normativa si evidenzia come l'efficacia della prevenzione passi necessariamente attraverso la piena responsabilizzazione della linea, dal vertice aziendale ai conduttori dei processi e delle attività più operative, con l'intento di sviluppare un'azione di coinvolgimento globale degli stessi.

Si constata che tutto quello che nel passato era riferito all'addetto alla sicurezza ora risulta responsabilità dei dirigenti.

L'attuazione di misure di sicurezza presuppone che i soggetti incaricati di tali compiti abbiano capacità idonee, nonché competenze derivate dalle professionalità acquisite.

Dalle considerazioni sopra esposte, si deduce che il nuovo approccio alla sicurezza voluto dall'Unione Europea vede in tutti i ruoli aziendali i protagonisti della prevenzione secondo le politiche e le strategie preordinate dai vertici aziendali, allo scopo di raggiungere gli obiettivi di sicurezza prefissati.

Ne consegue che l'ottica dei protagonisti delle attività di sicurezza non è più rivolta all'attesa di istruzioni e disposizioni tecniche di sicurezza, ma è rivolta, invece, a creare una maniera di operare corretta, attraverso la

procedimentalizzazione preventiva del lavoro nelle funzioni omogenee aziendali.

L'obiettivo è quello di assicurare che tutti i rischi siano ridotti al più basso livello possibile e quelli residui siano adeguatamente gestiti impegnandosi al miglioramento continuo; si potrà così garantire l'efficacia e l'efficienza, nel tempo, dei provvedimenti adottati nella loro composizione tecnica, organizzativa e procedurale.

Per conseguire l'obiettivo di un'efficace conduzione aziendale ogni impresa deve svolgere attività che: soddisfino ben definite esigenze, impieghi o scopi; siano conformi alle norme e alle specifiche applicabili; siano conformi ai requisiti delle leggi e regolamenti interni ed esterni vigenti; soddisfino ben definite esigenze, impieghi o scopi; siano conformi alle norme e alle specifiche applicabili; siano conformi ai requisiti delle leggi e regolamenti interni ed esterni vigenti.

Un SGSL è costituito da struttura organizzativa, responsabilità, procedure, procedimenti di lavoro e risorse messi in atto per attuare, con approccio sistematico e pianificato, la conduzione aziendale in tema di sicurezza.

È compito della direzione elaborare, stabilire e applicare tale sistema quale mezzo per garantire l'effettività alla realizzazione di condizioni sicure concretizzando le politiche e gli obiettivi fissati.

Tutte le parti, gli aspetti e gli elementi di un sistema di gestione della sicurezza devono essere periodicamente verificati e valutati dall'azienda, eventualmente utilizzando risorse esterne. Verifiche ispettive devono essere pianificate per determinare se i vari elementi del

sistema sono efficaci in relazione agli obiettivi di sicurezza stabiliti.

Nella definizione e attuazione dell'appropriato piano si prendono in considerazione i seguenti punti: attività e aree particolari da analizzare; qualifica del personale che esegue le verifiche; ragioni che motivano le indagini (per esempio, ispezioni degli organi di vigilanza, normali controlli periodici, identificazione di carenze, cambiamenti organizzativi, sorveglianza eccetera); modalità di verbalizzazione delle risultanze, delle conclusioni e delle azioni raccomandate.

La valutazione oggettiva degli elementi del sistema di gestione della sicurezza, da parte del personale competente, può riferirsi ai seguenti aspetti: strutture organizzative; procedure operative e gestionali; risorse umane, apparecchiature e materiali impiegati; aree di lavoro, impianti, operazioni e processi (per accertare il grado di conformità a norme specifiche); documenti, verbali e loro archiviazione.

Risulta fondamentale poter disporre di personale che esegua verifiche ispettive su elementi del SGSL indipendentemente dalle particolari attività o aree verificate. Le risultanze delle verifiche ispettive, le conclusioni e le eventuali azioni correttive sono sottoposte, in forma documentale, ai responsabili aziendali per i provvedimenti conseguenti e devono comprendere:

- descrizioni specifiche e documentate delle anomalie, delle non conformità e delle carenze rilevate;
- valutazione dell'applicazione ed efficacia delle azioni correttive risultanti da precedenti verifiche ispettive;
- eventuali proposte di azioni correttive e relative priorità.

4. I rischi ospedalieri: identificazione, valutazione e gestione del rischio eterogeneo

In ambito ospedaliero, in cui coesiste uno scenario complesso di rischi convenzionali ed emergenti (infortunistici-espositivi-trasversali), è opportuno valutare l'impatto che i vari servizi erogati hanno in termini di rischio sia sulle risultanze economico-gestionali sia sulla qualità percepita dal paziente e dal lavoratore.

Questo obiettivo è raggiungibile attraverso una costante attenzione, da parte del datore di lavoro e dell'intero management aziendale, verso tutte le problematiche che ingenerano rischi; tale interesse deve essere poi supportato sia da innovative strategie organizzative che da metodologie operative adatte a valorizzare pienamente le risorse umane, strutturali e tecnologiche in ogni caso funzionali alla *mission* dell'assistenza prestata.

La fase di identificazione dei pericoli rappresenta il fulcro intorno al quale opereranno le successive attività di gestione e mitigazione dei rischi: qui il processo di *risk management* deve essere in grado di elencare opportunamente tutte le minacce da fronteggiare e le risorse che possono essere negativamente colpite, con particolare riguardo alla presenza di specifiche vulnerabilità che inaspriscono l'impatto e le conseguenze dell'evento dannoso.

È necessario allora avviare un'analisi dettagliata di tutte le attività ospedaliere finalizzate alla produzione di un insieme di informazioni utili per le valutazioni successive. Per essere efficace, il processo d'individuazione deve essere dinamicamente aggiornato in coerenza con l'evoluzione e la complessità delle attività svolte e

dell'ambiente preso di volta in volta in esame.

La fase d'identificazione fornisce, in tal modo, un elenco indistinto e solo parzialmente aggregato delle minacce che possono colpire lavoratori e pazienti, senza valorizzare in termini di rischio assoluta un evento o l'altro.

Questa attività viene invece svolta nella fase successiva di valutazione dei rischi: dall'elenco indistinto di minacce fronteggiate si passa a una valorizzazione e quantificazione dei possibili eventi dannosi, coerentemente con una scala solitamente qualitativa e ordinale, che lascia spazio alle valutazioni aziendali.

Si può comprendere la delicatezza e la criticità del momento, poiché un errore di individuazione o un rischio trascurato comportano l'esposizione dell'azienda a una situazione di rischio non calcolato e pertanto senza difesa, anche in termini delle conseguenze giuridiche dell'evento indesiderato.

Quindi il processo d'identificazione dei rischi sarà dato da:

- definizione delle unità di rischio (le tipologie di rischio e le risorse aziendali che verranno impiegate nell'esame delle minacce);
- identificazione delle minacce per ogni unità di rischio;
- identificazione delle vulnerabilità;
- descrizione qualitativa delle conseguenze del verificarsi della minaccia:
 - effetti indiretti;
 - effetti consequenziali.

L'insieme dei rischi si distingue, come da linee-guida ISPESL (valutazione del rischio da parte del D. Lgs. n. 626/94: applicazione alle strutture del SSN), in tre macrocategorie come di seguito rappresentate:

1) Rischi per la sicurezza

I rischi per la sicurezza sono quelli responsabili del potenziale verificarsi di incidenti o infortuni, Ovvero di danni o menomazioni fisiche subite dalle persone addette alle varie attività lavorative, in conseguenza di un impatto fisico-traumatico di diversa natura (meccanica, elettrica, chimica, termica ecc.). Le cause di tali rischi sono da ricercare, almeno nella maggioranza dei casi, in un non idoneo assetto delle caratteristiche di sicurezza inerenti all'ambiente di lavoro, alle macchine e/o alle apparecchiature utilizzate, alle modalità operative, all'organizzazione del lavoro.

Lo studio delle cause e dei relativi interventi di prevenzione e protezione nei confronti di tali tipi di rischi deve mirare alla ricerca di un idoneo equilibrio bio-meccanico tra uomo e struttura, macchina, impianto sulla base dei più moderni concetti ergonomici.

In ambito ospedaliero appartengono a questa categoria di rischio: il rischio da ustioni (termiche e chimiche), i rischi connessi con le attività di preparazione del medicamento e di medicazione (le punture con aghi, le ferite da taglio), il rischio di implosione, esplosione e incendio, i rischi da impianti elettrici, i rischi connessi con l'impiego di dispositivi medici, i rischi dovuti al contatto con componenti sotto tensione (elettrici), con parti meccaniche in movimento, con componenti ad alta temperatura, i rischi strutturali (compatibilità dell'ambiente con la destinazione d'uso).

2) Rischi per la salute

I rischi per la salute sono quelli responsabili della potenziale compromissione dell'equilibrio biologico del personale addetto a operazioni o a lavorazioni che comportano l'emissione

nei luoghi di lavoro di fattori ambientali di rischio, di natura chimica, fisica e biologica, con seguente esposizione del personale addetto. Le cause di tali rischi sono da ricercare nella insorgenza di non idonee condizioni igienico-ambientali dovute alla presenza di fattori generati dalle lavorazioni (caratteristiche del processo e/o delle apparecchiature), da modalità operative (esposizione e/o movimentazione manuale dei pazienti e dei carichi, rischi legati all'uso dei videoterminali), da condizioni nocive (eccessivo rumore, temperature elevate, radiazioni ionizzanti, illuminazione scarsa o eccessiva, inadeguate condizioni igieniche) e da materiali nocivi (farmaci antiblastici, glutaraldeide, metalli e composti, solventi, gas, sostanze allergizzanti e microrganismi patogeni).

Questi fattori si concretizzano specificatamente nel rischio espositivo fisico, chimico, e biologico. Lo studio delle cause, e dei relativi interventi di prevenzione e protezione nei confronti di tal tipo di rischi, deve mirare alla ricerca di un idoneo equilibrio tra uomo e ambiente di lavoro trovando soluzioni di compromesso tra la garanzia di efficacia e qualità della prestazione assistenziale e la tutela della salute del personale.

3) Rischi per la sicurezza e la salute

Tali rischi, detti anche di tipo "trasversale", sono individuabili all'interno della complessa articolazione che caratterizza il rapporto tra l'operatore e l'organizzazione del lavoro in cui è inserito. Il rapporto è peraltro immerso in un "quadro" di compatibilità e interazioni che è di tipo, oltre che ergonomico, anche psicologico e organizzativo.

La coerenza di tale "quadro", pertanto può essere analizzata anche

all'interno di possibili trasversalità tra rischi per la sicurezza e rischi per la salute.

Una particolare attenzione meritano tali rischi, dal momento che poco si è fatto sia in termini di analisi e valutazione sia in termini di gestione nell'ambito dell'azienda sanitaria non per carenza normativa, bensì per negazione del problema in quanto generalmente associato esclusivamente a componenti intrinseche alla personalità del lavoratore.

L'analisi del rischio può essere condotta concretamente attraverso un triplice approccio:

- per area funzionale (uffici amministrativi, laboratori, unità operative, sale operatorie, centri e servizi di diagnosi ecc.);
- per profilo professionale (medici, infermieri ecc.);
- per tipologia di rischio (biologico, chimico, apparecchiature biomedicali).

Ovviamente la scelta del criterio si ripercuote inevitabilmente sull'utilizzo di una differente metodologia di valutazione e, ancor di più, sulla organizzazione del SPP preposto al controllo del rischio integrale e complessivo.

L'ultimo approccio è senz'altro da preferirsi in quanto suddividendo le fonti di pericolo in sezioni afferenti a competenze professionali distinte (biologo, chimico, fisico eccetera) aumenta sensibilmente la possibilità di una valutazione gestibile e fortemente specifica e quindi affidabile nei riscontri qualitativi e quantitativi da fornire al Top Management; d'altronde alcune tipologie di rischio potrebbero essere accorpate per livello di omogeneità e/o bassa complessità oppure per la indisponibilità (motivata dall'inadeguatezza di personale interno all'ospedale e dalle limitate risorse

economiche per eventuali consulenti esterni) di competenze specifiche.

Sulla base del criterio di suddivisione individuato come migliore per la propria realtà ospedaliera si potrà poi formulare un criterio di priorità di intervento di mitigazione basato sul grado di criticità di ogni rischio valutato.

È opportuno specificare che l'intensità di ogni tipo di rischio è fortemente dipendente dal luogo di lavoro considerato e dal tipo di attività praticata; quindi, esisterà una priorità di intervento per tipo e grado di rischio in riferimento alla peculiarità di ogni classe di ambiente di lavoro piuttosto che alla criticità intrinseca dello stesso.

La difficoltà maggiore, pertanto, è data dall'analisi individuale di rischi specifici a causa di una stretta correlazione esistente tra le diverse fonti di pericolo. Poiché i vari rischi si associano e si potenziano in un singolo ambiente, perciò, l'analisi globale del rischio eterogeneo assume una notevole complessità di valutazione.

Solo un modello integrato può scomporre l'azione combinata dei molteplici rischi e individuare quanto ognuno di questi influisca sulla qualità del servizio erogato e quanto sia preponderante rispetto agli altri.

Una volta determinati i segmenti di valutazione, si procederà a elaborare il modello di indagine di ogni rischio che comunque dovrà senz'altro essere caratterizzato:

dalla considerazione della rispondenza a tutte le disposizioni legislative pertinenti l'ambito di interesse;

dalla scelta di un metodo di valutazione tarato sul rischio specifico attraverso criteri idonei alla peculiarità dello stesso, completo nei contenuti e il più obiettivo possibile

nell'elaborazione di un risultato numerico;

dalla scelta di classi di priorità, per l'espletamento dei provvedimenti correttivi idonei, in numero adeguato alle risorse umane ed economiche di cui si dispone e alla strategia politica adottata dai vertici aziendali, in modo da determinare un giusto equilibrio tra risorse economiche ed esigenze di sicurezza.

La fase di gestione del rischio, sulla base della valutazione effettuata avvia un processo decisionale che seleziona le priorità, analizza gli strumenti e, infine, elabora e adotta i piani di azione.

Considerate le numerose tipologie di rischio e le altrettanto elevate possibilità di intervento per limitarli o annullarli, si rende inevitabile definire, per ogni singola realtà ospedaliera, il grado di "rischio accettabile", stabilendo di conseguenza la priorità di intervento compatibile con il piano economico dei finanziamenti.

Una volta identificate e valutate le tipologie delle fonti di pericolo ospedaliero resta da quantificare il loro impatto. In termini generali, alla base della valorizzazione della criticità di una minaccia c'è la considerazione di due possibili dimensioni: la gravità delle conseguenze arrecate e la probabilità di accadimento.

Ponendo su un grafico bidimensionale tutti gli eventi dannosi fronteggiati, suddivisi per ogni rischio, è possibile costruire la mappa dei rischi aziendali: gli eventi più lontani dall'origine sono quelli più rischiosi, perché a più alta probabilità di accadimento e con conseguenze più pericolose per la stabilità dell'attività aziendale; possono essere invece connotati da un pari livello di rischiosità eventi più dannosi in termini di conseguenze, ma meno

probabili, ed eventi più probabili ma meno dannosi.

Queste considerazioni si sintetizzano nella costruzione degli isorischii aziendali, le curve ordinali che uniscono tutti gli eventi a pari livello di rischiosità in cui i livelli di rischio più elevati appartengono a curve più alte sull'origine.

La costruzione degli isorischii è tecnica più teorica che operativa: nella pratica aziendale viene spesso utilizzata solamente una valutazione sintetica, che si affianca alla matrice dei rischi individuati e che si risolve in un'attività di assegnazione di un punteggio su tre dimensioni: (1) probabilità del rischio (basso medio, alto); (2) impatto del rischio (basso, medio, alto); (3) livello di gestione dell'azienda nella mitigazione del rischio (basso, medio, alto).

Questa fase permette, quindi, di riclassificare l'elenco individuato durante la valutazione in base al livello di criticità gestionale ed evidenziare i rischi a cui dare la priorità nel momento decisionale. Non sarebbe giusto affermare, tuttavia, che è possibile tralasciare la gestione dei rischi la minore criticità, in quanto anche la decisione di "ritenzione" di tali rischi deve essere comunque consapevole.

Le tecniche di risk management possono utilizzare una gamma molto ampia di strumenti di minimizzazione del rischio tra i quali è possibile identificare:

- elusione: eliminazione del rischio per mezzo dell'abbandono dell'attività e delle operazioni che lo determinano;
- prevenzione: insieme delle misure di sicurezza finalizzate a impedire il prodursi di un accadimento indesiderato;

- protezione: insieme delle misure di sicurezza volte a minimizzare il danno.

Le ultime due tipologie hanno la finalità comune di portare la minaccia dell'evento dannoso su una curva di isorischio più bassa, agendo sulla diminuzione della probabilità del danno (prevenzione) o sulla riduzione delle conseguenze (protezione).

5. Modelli organizzativi per l'implementazione del sistema di gestione della sicurezza sul lavoro in una struttura sanitaria

Il D. Lgs. n. 626/94 individua il fattore strategico del processo di miglioramento nella collaborazione sistematica tra datore di lavoro e personale aziendale, a qualsivoglia titolo e livello per lo stimolo di processi di coordinamento e gestione centralizzata.

Facendo riferimento all'articolo 4 del succitato decreto: "*il datore di lavoro designa gli addetti al Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) e il relativo responsabile*" e alle successive linee-guida, si è andata definendo una struttura con funzioni di indirizzo e coordinamento metodologico per il perseguimento ed il monitoraggio continuativo della sicurezza in ambito aziendale.

Il SPP si configura, quindi, come organo tecnico multidisciplinare preposto allo studio delle problematiche di sicurezza mediante l'individuazione delle misure di protezione più opportune e delle soluzioni gestionali più adatte all'organizzazione della prevenzione in azienda, all'interno di una proposta complessiva (Piano di attuazione delle misure di prevenzione e protezione) fornita annualmente da questi al datore di lavoro.

Emerge da subito, in tale contesto, il ruolo cruciale del SPP, in quanto momento di integrazione di innumerevoli esigenze e interessi non sempre "convergenti" sotto il profilo tecnico e relazionale: deve contemperare esigenze di promozione della sicurezza, coinvolgimento degli attori-chiave, supervisione e controllo delle regole, realismo nell'implementazione delle proposte di miglioramento eccetera.

Il SGSL, perciò, definisce le modalità per individuare, all'interno della struttura organizzativa ospedaliera, le responsabilità, le procedure, i processi e le risorse per la realizzazione della politica aziendale di prevenzione, nel rispetto delle norme di salute e sicurezza vigenti.

L'adozione di un SGSL in una grande struttura ospedaliera permetterà il puntuale monitoraggio delle attività correlate alla sicurezza aziendale e il raggiungimento degli obiettivi che il Top Management si prefigge in un'efficace prospettiva costi/benefici.

Tale sistema, infatti, si propone di:

- ridurre progressivamente i costi complessivi della salute e sicurezza sul lavoro, compresi quelli derivanti da incidenti, infortuni e malattie professionali minimizzando i rischi cui possono essere esposti i lavoratori (dipendenti o di ditte esterne), i pazienti, i visitatori, i tirocinanti/specializzandi di corsi universitari/ricercatori/borsisti/eccetera;

- recuperare gli investimenti in qualità/sicurezza a medio-lungo periodo sia in termini di costi diretti (riduzione dei premi assicurativi, decremento delle spese legali, diminuzione in numero e importo delle sanzioni degli organi di vigilanza eccetera) sia in termini di costi indiretti (diminuzione della degenza

media per minori infezioni ospedaliere, decremento dei costi per il turn-over del personale esposto a rischi specifici, riduzione dei conflitti aziendali eccetera);

- aumentare l'efficienza complessiva e la qualità delle prestazioni assistenziali dell'ospedale (maggior competitività, raggiungimento degli obiettivi prefissati sia sotto il profilo cronologico sia sotto quello di budget, soddisfazione del paziente, riconoscimento di un costo/DRG correlato realmente alle risorse impiegate eccetera);

- migliorare l'immagine interna ed esterna dell'organizzazione.

Una forma di SGSL è già implicita in modo più o meno sviluppato nello svolgimento degli adempimenti del D. Lgs. n. 626/94; il decreto, infatti, indica esplicitamente (si confronti l'articolo 3) fra "le misure generali di tutela" la strutturazione di un sistema inteso come: "programmazione della prevenzione mirando a un complesso che integra in modo coerente nella prevenzione le condizioni tecniche, produttive e organizzative dell'azienda, nonché l'influenza dei fattori dell'ambiente di lavoro".

Sotto questo profilo, quello che manca al decreto succitato per costituirsi come vero e proprio SGSL è un approfondimento della formalizzazione e codificazione degli elementi costituenti (convinta assunzione di una politica del datore di lavoro orientata alla sicurezza sul lavoro, all'ottimizzazione delle risorse, all'espletamento effettuale di procedure anche organizzative e gestionali, verifiche, audit, controlli).

Implementare efficacemente un SGSL comporta coordinare razionalmente tutti gli attori della sicurezza nei loro compiti e nei loro ruoli istituzionali.

Appare, così, evidente, data la complessità dei rischi da gestire e dei rapporti istituzionali e professionali da intrecciare e consolidare, come il SGSL, vero elemento organizzativo della sicurezza aziendale, necessità di adeguate risorse per attuare programmi di informazione e formazione dei lavoratori e, quindi, sviluppare un efficace sistema prevenzionale.

In estrema sintesi, le esigenze non più volontaristiche (si confrontino gli articoli 21 e 22 del D. Lgs. n. 626/94 oggi parzialmente riformati) di informazione e formazione del personale sono elementi concatenati del sistema prevenzionale, concorrono alla valorizzazione delle risorse umane, sono finalizzate al mutamento dei comportamenti e contribuiscono al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni assistenziali erogate ai pazienti.

È importante, infine, rilevare come l'effettiva idoneità della variegata gamma di interventi formativi potrà essere valutata, migliorata e ottimizzata soltanto attraverso verifiche di apprendimento e controlli della preparazione dei lavoratori.

6. I soggetti coinvolti

Il datore di lavoro è il primo garante della sicurezza in azienda definito, dall'a. 2 del D. Lgs. n. 626/94 (modificato dal successivo D. Lgs. n. 242/96), come: "*il soggetto titolare del rapporto di lavoro, o comunque responsabile dell'impresa stessa, ovvero dell'unità produttiva in quanto titolare dei pieni poteri decisionali e di spesa*". L'obbligo generale di sicurezza posto dall'articolo 2087 del c.c. in capo al datore di lavoro trova nel D. Lgs. n. 626/94 una puntuale specificazione degli elementi essenziali a lui destinati, vale a dire l'eliminazione dei rischi alla fonte, l'aggiornamento continuo delle

misure prevenzionali alla luce delle nuove conoscenze tecnologiche, della ragionevole praticabilità (forme di protezione oggettiva) nonché della tutela della personalità fisica e morale del lavoratore (forme di protezione soggettiva), da attuarsi con una politica che utilizzi in via primaria l'informazione e la formazione dei lavoratori esposti ai rischi specifici.

Tra gli obblighi non delegabili del datore di lavoro (si confronti l'a. 4 del D. Lgs. n. 626/94) assume primaria importanza quello della valutazione dei rischi, che deve essere riportata in un documento (il Documento Aziendale della Valutazione dei Rischi, identificato dall'acronimo DAVR) e deve altresì indicare i criteri adottati, le misure prevenzionistiche collegate e la proposta del programma attuativo.

Il datore di lavoro può, attraverso aggiornamenti organizzativi e mezzi destinati a porre in atto i provvedimenti necessari, proporsi di eliminare i rischi e, dove non sia possibile, ridurli al minimo secondo il principio della massima sicurezza tecnologicamente fattibile.

Al datore di lavoro spetta, oltre all'organizzazione della prevenzione incendi e del pronto soccorso, l'istituzione del SPP e la relativa nomina delle figure istituzionalmente preposte alla gestione della sicurezza (RSPP e MC), ma soprattutto il ruolo politico di impostazione strategica dei propri obiettivi manageriali.

Questi costituiranno il fulcro su cui modulare la pianificazione e l'attuazione delle misure di sicurezza.

Il SPP costituisce la vera funzione innovativa introdotta dal D. Lgs. n. 626/94; è definito all'a. 2 come "*l'insieme delle persone, sistemi e mezzi esterni o interni all'azienda finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali*

nell'azienda ovvero nell'unità produttiva".

Il datore di lavoro, quindi, nell'attuazione dei suoi compiti, è coadiuvato dal SPP per presidiare, stimolare e integrare la gestione della sicurezza.

Di fondamentale rilevanza è la centralità che il legislatore europeo prima e italiano dopo ha voluto configurare per lo staff prevenzionale circa i soli compiti di carattere consultivo e propositivo, garantendogli il libero esercizio nonché il diritto di disporre di mezzi e tempi adeguati per l'espletamento del delicato incarico.

Il Responsabile del SPP, soggetto nominato dal datore di lavoro in possesso di attitudini e capacità adeguate (D. Lgs. n. 626/94, aa. 4 e 8), sulla base delle informazioni ricevute dallo stesso (D. Lgs. n. 626/94, a. 9), deve provvedere:

all'individuazione dei fattori di rischio e dei soggetti esposti al rischio, alla valutazione dei rischi e all'individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente sulla base dell'esperienza aziendale;

a elaborare le procedure di sicurezza per le varie attività aziendali;

a proporre programmi di formazione e informazione atti a fornire la consapevolezza di dover lavorare in sicurezza;

a partecipare alle consultazioni in materia di tutela della salute e di sicurezza.

La ratio della normativa è quella di garantire una più oculata gestione della prevenzione, mediante il coinvolgimento e la partecipazione attiva di una molteplicità di soggetti qualificati ed esperti. In altre parole, il SPP si configura come organo tecnico a disposizione del datore di lavoro

preposto allo studio delle problematiche di sicurezza mediante l'individuazione delle misure di protezione più opportune e delle soluzioni gestionali più adatte all'organizzazione della prevenzione in azienda.

Nelle aziende che svolgono attività industriali particolarmente pericolose, in quelle con oltre 200 addetti e nelle strutture di ricovero e cura sia pubbliche sia private, il datore di lavoro deve, necessariamente, provvedere a organizzare un SPP di tipo "interno".

Il SPP deve essere adeguato nel numero degli addetti e nelle capacità degli stessi ma il datore di lavoro può avvalersi di persone esterne all'azienda, in possesso delle conoscenze professionali necessarie per integrare l'azione del personale dipendente, reclutando professionisti esterni solo nel caso di indisponibilità di risorse interne adeguate allo scopo e/o al rischio specifico (spesso, infatti, nelle strutture assistenziali italiane non è possibile disporre di talune competenze specialistiche quali l'esperto qualificato, il tecnico antincendio, l'ingegnere clinico, ecc.).

Il SPP interno, infatti, è senz'altro, preferibile in virtù del fatto che il personale dipendente è in grado, meglio di chiunque altro, di individuare i rischi propri dell'organizzazione produttiva nella quale è inserito ed opera quotidianamente.

Sono anche evidenti i vantaggi di una presenza continua nell'azienda e della rapidità con la quale può affrontare i problemi routinari e di emergenza a supporto delle scelte gestionali dei vertici aziendali.

Con riferimento allo schema di decreto (31 gennaio 2003) per l'individuazione delle capacità e dei requisiti professionali richiesti agli

addetti e ai RSPP interni ed esterni, si impone innanzitutto la loro adeguatezza alla natura dei rischi presenti sul luogo di lavoro e alle attività lavorative svolte.

Questi presupposti, come ipotizzato dallo stesso schema di decreto, sono perseguibili attraverso il conseguimento di laurea o di diplomi di maturità tecnica o professionale nelle materie corrispondenti alla tipologia del rischio specifico, ulteriormente integrati da corsi di formazione organizzati dalle Regioni, dalle Università, dal Dipartimento dei Vigili del Fuoco, del soccorso pubblico e della difesa civile, dagli ordini professionali, dalle associazioni sindacali dei datori di lavoro e dei lavoratori o dagli organismi paritetici (anche in collaborazione con l'ISPESL, l'INAIL, l'Istituto Italiano di Medicina Sociale), nonché con istituti di ricerca e formazione specializzati.

Per svolgere la funzione di RSPP è necessario, oltre a possedere una delle lauree o diplomi di maturità citati nello schema di decreto, aver frequentato specifici corsi di formazione in materia di prevenzione e protezione da rischi anche di natura ergonomica e psico-sociale, di organizzazione e gestione delle attività tecnico amministrative, di tecniche di comunicazione in azienda e di relazioni sindacali.

I modelli in cui si può strutturare un SPP sono molteplici e caratterizzati non solo dalla tipologia dei professionisti (addetti SPP per aree omogenee di rischio) specialisti nelle differenti categorie di rischio, ma soprattutto dalle modalità operative degli stessi; infatti, oltre al numero di risorse umane necessarie per controllare dinamicamente tutte le fonti di pericolo, è fondamentale definire come e quanto i singoli addetti siano impegnati nell'espletare le loro funzioni di responsabilità.

La scelta del tipo di organizzazione, evidentemente, impatta in modo rilevante sulle attività svolte dal servizio e sull'eventuale auspicabile integrazione con gli altri organi e servizi aziendali (Direzione Sanitaria, Ingegneria clinica, Fisica Sanitaria, Area Tecnica, Comitato di Controllo delle Infezioni Ospedaliere).

Il SPP si inserisce nell'ambito del SGSL descritto in precedenza nel ruolo di staff alla direzione generale (in quanto, nelle strutture pubbliche, datore di lavoro) e deputato all'organizzazione ed alla misura delle prestazioni relative alla sicurezza erogata. In quest'ottica si configura come:

- raccordo tra datore di lavoro/alta direzione aziendale e dirigenti/preposti/RRLSS/Lavoratori;
- punto di riferimento per la consulenza nell'ambito dell'attività aziendale;
- promotore e verificatore del SGSL e della comunicazione trasversale;
- promotore di procedure di coinvolgimento delle funzioni aziendali incentivando il cambiamento organizzativo per la genesi di meccanismi di autorganizzazione periferici (osmosi della "cultura della sicurezza" nei reparti/servizi/unità operative assistenziali).

È utile evidenziare, a tal scopo, che l'unica regione italiana che ha disciplinato in maniera vincolante il modello organizzativo di riferimento per la sicurezza nelle strutture sanitarie è stata il Piemonte (si veda il D.G.R. n. 38/1998, direttiva contenente indicazioni metodologiche in merito alla organizzazione del SPP presso le aziende sanitarie locali e ospedaliere della Regione Piemonte).

Si indica, in tal caso, l'adozione di un SPP totalmente interno con

personale di norma a tempo pieno col seguente dimensionamento minimale: RSPP, laureato del ruolo professionale o sanitario, dirigente medico per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere, assistenti tecnici, personale amministrativo eccetera.

Ancora più utili, in quanto più dettagliate e con maggiore libertà della direzione generale rispetto ai vincoli aziendali specifici, possono essere le linee-guida adottate dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome per l'applicazione del D. Lgs. n. 626/94 nelle ASL e aziende ospedaliere, indipendentemente dal modello interno o misto adottato. In particolare, si fa riferimento alle competenze e conoscenze minimali dei componenti il SPP: sicurezza e igiene del lavoro, ergonomia e organizzazione aziendale, tecniche di comunicazione, legislazione nazionale e comunitarie, normativa tecnica.

Le stesse linee guida, infine, suggeriscono la dotazione organica per un ospedale di 1000 posti letto costituita dalle seguenti figure professionali:

personale laureato: 1 ingegnere, 1 chimico, 2 medici, 1 fisico sanitario;

personale diplomato: 4 periti, 4 diplomati, 1 tecnico sanitario radiologia medica;

personale amministrativo: 2 risorse; RSPP scelto tra il personale laureato tecnico.

Tuttavia, dall'analisi delle esperienze nazionali nel settore, il percorso ottimale che il top management può perseguire, pur nella specificità della propria struttura assistenziale, circa il modello organizzativo del SPP, è cronologicamente schematizzabile nelle seguenti fasi:

- fase iniziale: istituzionalizzazione di un SPP di tipo misto e part-time, con RSPP a tempo pieno (preferibilmente laureato di area tecnica o tecnologica) e consulenti per singoli rischi, o aree omogenee di rischi con grande esperienza e capacità analitica dei processi lavorativi e organizzativi interni alla struttura; tale soluzione permette di ottenere immediate risultanze specialistiche in termini di analisi del rischio e proposte di miglioramento;

- fase intermedia: consolidamento del SPP con l'inserimento di personale diplomato per la stabilizzazione delle valutazioni del rischio, l'informatizzazione del DAVR, la standardizzazione dei processi di formazione e informazione del personale, l'affronto di talune emergenze aziendali eccetera.

Contestualmente, in funzione delle criticità interne, si potranno diminuire le energie di taluni singoli professionisti addetti al SPP in termini di impegno consulenziale destinandole all'inizializzazione di attività di supporto all'intero staff prevenzionale svolte direttamente dal personale interno (misure su impianti, verifiche su tecnologie, rilevazioni fonometriche, monitoraggio ambientale, predisposizione di un laboratorio della sicurezza, organizzazione autonoma delle attività formative eccetera);

- fase finale: consolidamento del modello full-time per parte del personale laureato (nel range 30-40% degli ex addetti SPP della fase di startup) e contributo dei singoli specialisti (interni e/o esterni all'azienda) per problematiche di reale specificità e/o difficoltà; in tal modo, si sarà seguito un percorso graduale di osmosi culturale tra gli specialisti senior di singoli rischi verso i giovani junior che potranno sovrintendere aree

omogenee di rischio, ottimizzando i costi del servizio a regime che rimarrà vero patrimonio dell'azienda sanitaria - ospedaliera in quanto fulcro tecnico-organizzativo del SGSL.

Un ulteriore soggetto al quale vengono attribuiti specifici compiti e conseguenti responsabilità in materia di sicurezza è il Medico Competente che, in possesso di specifici requisiti e titoli (specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro o in medicina legale e altre specializzazioni individuate, ove necessario, con decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro dell'Istruzione, Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica) viene liberamente scelto dal datore di lavoro.

Il responsabile della sorveglianza sanitaria dei lavoratori affianca il datore di lavoro e il RSPP nella valutazione dei rischi, nella predisposizione e realizzazione dei programmi d'informazione e formazione, nell'organizzazione del pronto soccorso e, soprattutto, risponde dei seguenti compiti:

effettuazione di accertamenti sanitari preventivi e periodici per il personale esposto ai rischi ospedalieri;

espressione di giudizi di idoneità a specifiche mansioni;

redazione della cartella sanitaria e di rischio di ogni lavoratore sottoposto a controllo.

Deve, altresì, analizzare l'uso di nuove sostanze ed effettuare una visita degli ambienti di lavoro almeno due volte l'anno sempre col RSPP.

Di particolare rilievo è il significato rinvenibile nel D. Lgs. n. 25/02 concernente il rischio chimico circa il

mutamento del ruolo del Medico Competente.

Quest'ultimo, infatti, oltre a occuparsi di sorveglianza sanitaria e dei compiti emarginati, deve anche assumersi la corresponsabilità, ancora una volta in sinergia con il RSPP, di individuare il valore di "rischio moderato" per i lavoratori esposti a preparati pericolosi e sostanze chimiche; ciò a sostegno del sentore di molti operatori ed esperti di sicurezza circa la volontà del legislatore europeo nel progressivo coinvolgimento del Medico Competente nel processo di valutazione del rischio e nell'interazione con le attività precipe del SPP.

Il Medico Autorizzato è, ai sensi del D. Lgs. n. 230/1995, il medico, individuato dal datore di lavoro, responsabile della sorveglianza medica del personale maggiormente esposto al rischio da radiazioni ionizzanti (classificato come lavoratori esposti di categoria A). La qualifica di Medico Autorizzato viene conferita dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

La sorveglianza medica sui lavoratori esposti classificati in Categoria B, oltre che dal Medico Autorizzato, può essere effettuata anche dal Medico Competente (art. 83, D. Lgs. n. 230/1995).

Il Medico Autorizzato si occupa prevalentemente (a. 89, D. Lgs. n. 230/1995) delle seguenti attività:

- analisi dei rischi individuali connessi alla destinazione lavorativa e all'attività per la programmazione di indagini specialistiche e di laboratorio (anche attraverso accessi diretti negli ambienti di lavoro);

- istituzione e aggiornamento dei documenti sanitari personali (dati raccolti nelle visite mediche; ambiente di lavoro, rischi connessi e successivi

mutamenti; dosi ricevute, da esposizioni normali, accidentali o di emergenza, sui dati trasmessi dall'esperto qualificato) e della loro consegna all'Ispettorato medico centrale del lavoro;

- consulenza al datore di lavoro per la messa in atto di infrastrutture e procedure idonee a garantire la sorveglianza medica dei lavoratori esposti, in condizioni di lavoro normale e per esposizioni accidentali o di emergenza.

Destinatari delle norme infortunistiche in azienda sono anche i Dirigenti e i Preposti; i primi incaricati di predisporre le specifiche misure di sicurezza, di organizzare, coordinare le attività lavorative; i secondi di sovrintendere, sorvegliare e controllare le stesse attività segnalando comportamenti scorretti o disfunzioni del sistema prevenzionale.

In particolare il Dirigente è il soggetto delegato dal datore di lavoro per gli adempimenti in materia di sicurezza e che non siano allo stesso riservati.

Può assumere iniziative in questo ambito, pur nei limiti del potere effettivo (con o senza poteri di spesa), sostituendo sostanzialmente e in parte il datore di lavoro nelle responsabilità connesse alla sicurezza.

Il Preposto è, invece, la persona tenuta a eseguire le direttive impartite dai Dirigenti, in particolare per la vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione e protezione con il potere di dare istruzioni per regolarne l'esecuzione.

Sebbene attualmente non vi sia alcun vincolo legislativo che limiti e/o imponga precisi criteri di nomina per le funzioni di Dirigente e Preposto, sembrerebbe rientrare nella discrezionalità del datore di lavoro, l'individuazione di questi ruoli

scegliendoli in relazione non troppo disomogenea rispetto alle loro funzioni istituzionali nella struttura ospedaliera.

Ciò consente di pervenire a una corrispondenza diretta tra compiti reali precipui di ogni figura aziendale e compiti relativi alla sicurezza sui luoghi di lavoro: in quest'ottica è auspicabile che i responsabili di macrostrutture (Direttori Sanitari di Presidio Ospedaliero), i Capi Dipartimento, i Dirigenti di strutture complesse (Direttori) e semplici (titolari di moduli), nonché i dirigenti tecnico-amministrativi ricoprano il ruolo di Dirigente ai fini del D. Lgs. 626/94; d'altronde i clinici (comunque dirigenti di primo livello) a cui non competono poteri gestionali (i cosiddetti Professional), i Caposala, le figure di coordinamento tecnico risultano più confacenti al ruolo di Preposti.

Va sottolineata, inoltre, l'importanza, come indice di maggiore responsabilità e capacità gestionale e organizzativa, di prevedere per i Dirigenti una quota parte del budget assegnatogli destinata alle attività attinenti alla sicurezza.

Un'ulteriore figura sicuramente utile (ma non tassativa ai sensi di legge) in un SGSL applicato al mondo della sanità è il Referente dei servizi/reparti che operativamente e routinariamente si relaziona con il SPP per l'espletamento e la maggiore organizzazione delle attività in tema di sicurezza aziendali (sopralluoghi del Medico competente e/o addetti SPP; trasmissione documentale per rischi specifici; organizzazione riunioni e/o incontri monotematici per il personale dell'unità operativa, interfaccia privilegiata dell'UO con gli RLLSS, ecc.).

Il datore di lavoro in base all'a. 4 del D.Lgs. n. 626/94 deve designare preventivamente i lavoratori incaricati

dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio, di pronto soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza: trattasi di alcuni dipendenti scelti per far parte degli Addetti alla Gestione delle Emergenze (AGE).

L'obiettivo perseguito è quello di pianificare l'emergenza, evitando così, quando l'evento rischioso si verifica, sovrapposizioni di direttive che generano confusione e ritardano le operazioni di soccorso.

Il legislatore non quantifica gli addetti, non definisce la qualifica, ma ne impone la presenza.

L'obbligo di effettuare tale nomina e i criteri ad essa associati rimangono a carico del datore di lavoro che deve individuare gli AGE attraverso un atto formale per il cui incarico non è previsto il rifiuto se non per giustificato motivo.

Essi devono essere statisticamente presenti nella struttura ospedaliera (24 ore su 24 per 365 giorni all'anno), tenendo conto dell'organizzazione del lavoro (turni, ferie, festività e assenze a vario titolo) e della tipologia strutturale (padiglioni, monoblocco, compartimentazioni eccetera). In particolare trattasi di individuare dei dipendenti (personale infermieristico, personale tecnico, qualche medico per ogni Unità Operativa) che, istruiti da apposito Corso di formazione per strutture sanitarie ad alto rischio possa intervenire secondo il Piano di emergenza nelle prime fasi della crisi aziendale (uso di estintori, attivazione delle comunicazioni interne, organizzazione dell'evacuazione ecc.).

Il fronteggiare l'emergenza, in riferimento ad eventi critici, non più gestibili dagli AGE dopo le prime fasi della crisi aziendale, può coinvolgere

una Squadra di Emergenza Interna (SEI) costituita da personale qualificato con competenze paragonabili a quelle dei Vigili del Fuoco o della Protezione Civile.

La SEI, indispensabile e consolidata in realtà industriali critiche (impianti petrolchimici, siderurgici, raffinerie, ecc.), costituisce per le strutture sanitarie più complesse un'ambizione auspicabile per concretizzare il miglioramento continuo superando così i requisiti minimi vincolanti previsti dalla normativa vigente.

Tuttavia, l'esistenza di una Squadra di Emergenza è, purtroppo, obiettivamente antieconomica in termini di impiego di risorse umane dedicate a tempo pieno in funzione della probabilità di accadimento di rilevanti crisi aziendali (terremoti, incendi, scoppi, atti terroristici, ecc.).

Un ragionevole compromesso tra la razionalizzazione delle risorse e l'esigenza di massimizzare la tutela di lavoratori, pazienti e strutture, è rappresentata dall'impiego di personale già operante in ospedale nell'intero arco della giornata ma con mansioni non appartenenti al processo produttivo in senso stretto.

L'unica funzione che possiede tali requisiti e può essere coinvolta nella gestione delle emergenze è la Vigilanza, generalmente affidata a società private esterne all'AO/ASL.

A tal scopo, perciò, occorrerà prevedere un'esplicita clausola contrattuale nell'appalto del servizio reso al fine di garantire al personale della ditta appaltatrice del servizio sia la formazione adeguata sia l'intervento in caso di segnalazione di emergenza interna da parte degli AGE. Questa soluzione, oltre all'evidente vantaggio economico, garantirebbe il controllo delle emergenze risultando particolarmente indicata nel caso di

strutture sanitarie complesse e geograficamente decentrate rispetto ai Comandi - UU.OO. Vigili del fuoco

Il D. Lgs. n. 626/94 (si confrontino gli aa. 18 e 19) attraverso i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RRLSS) coinvolge il personale dipendente nei processi decisionali afferenti la funzione prevenzionale. In particolare, tale soggetto, nominato dall'assemblea dei lavoratori, rappresenta l'anello di congiunzione tra datore di lavoro e lavoratori e dev'essere consultato, preventivamente e tempestivamente, in occasione di tutte le decisioni organizzative sulla sicurezza del lavoro.

I RRLSS hanno diritto a essere informati, a ricevere la documentazione riguardante la valutazione dei rischi e le misure di prevenzione relative nonché a ricevere una formazione specifica in materia di sicurezza e di salute adeguata alle funzioni di rappresentanza svolte. Possono formulare, altresì, proposte in merito all'attività di prevenzione ed alla organizzazione della formazione per la sicurezza anche in funzione delle informazioni ricevute dal datore di lavoro (contenuti del piano di sicurezza, schede di rischio di sostanze pericolose, specifiche tecniche afferenti le attrezzature, le macchine, gli impianti e i dispositivi di sicurezza).

In base all'a. 5 del D. Lgs. n. 626/94 anche i lavoratori sono destinatari delle norme in tema di sicurezza e, quindi, responsabili della loro eventuale inosservanza e/o violazione. In particolare:

osservano le disposizioni e le istruzioni ai fini della protezione individuale e collettiva;

utilizzano correttamente gli strumenti di lavoro e i dispositivi di protezione (DPI e DPC);

segnalano immediatamente deficienze dei mezzi di cui dispongono nonché eventuali condizioni di pericolo di cui vengono a conoscenza;

non compiono di propria iniziativa operazioni o manovre su dispositivi di sicurezza o su altro che non è di loro competenza;

si sottopongono a controlli sanitari previsti nei loro confronti.

In quest'ottica il lavoratore, inteso in senso lato quale dipendente del datore di lavoro, si pone contestualmente come oggetto e soggetto dell'obbligo di sicurezza.

I lavoratori, a tal fine, devono acquisire una cultura della sicurezza mediante opportuni programmi di formazione concernenti tutti i fattori di rischio e le relative misure di prevenzione in linea con l'evoluzione tecnologica e organizzativo-gestionale dell'azienda.

Principio fondamentale del provvedimento legislativo in esame è quello per cui il lavoratore deve prendersi cura non solo della propria salute, ma anche di quella degli altri lavoratori su cui possono ricadere gli effetti delle sue azioni od omissioni (analogamente a danni causati a soggetti estranei ma presenti in azienda quali pazienti, visitatori ecc.).

Il D. Lgs. n. 626/94 prevede un Sistema di Vigilanza, ovviamente esterno al SGSL, in materia di igiene e prevenzione degli infortuni sul lavoro, purtroppo composto da molteplici autorità competenti (assenza di figura istituzionalmente unica preposta alla vigilanza nel settore) e non "terza parte" indipendente rispetto alle strutture pubbliche e private del territorio.

Le principali funzioni di consulenza, vigilanza e prevenzione sono attribuite agli organismi di seguito specificati:

Azienda Sanitaria Locale (ASL);

Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco (CNVVF);

Direzione Provinciale del Lavoro (DPL);

Nucleo Antisofisticazione dei Carabinieri (NAS);

Agenzia Regionale Protezione Ambientale (ARPA);

Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro (ISPESL)

Nuclei Operativi Ecologici dei Carabinieri (NOE).

Tali Enti provvedono, quindi, a verificare la rispondenza alle leggi delle misure di prevenzione e protezione attuate nel luogo di lavoro e sanzionare l'eventuale inadeguatezza, effettuando prescrizioni al datore di lavoro/Dirigenti/Preposti/Lavoratori per le eventuali inadempienze riscontrate.

Gli Organi di Vigilanza hanno compiti, oltre che di monitoraggio e controllo, anche di informazione, consulenza e assistenza; pertanto, le strutture sanitarie possono richiedere un loro contributo sia per riferimenti a linee-guida, norme tecniche e procedure operative sia nella fase di individuazione delle più idonee misure di prevenzione fornendo indirizzi attuativi e di coordinamento.

7. L'adeguamento della disciplina del 1996 alle recenti novelle

L'assetto normativo appena descritto è stato riformato in parte da interventi legislativi succedutisi tra la fine del 2006 e tutto il 2007.

Al riguardo, senza sconfinare nel merito dell'opportunità di una riforma dell'impianto normativo introdotto con il D. Lgs. n. 626/94, si ritiene che i recenti interventi normativi nascano, almeno in un momento embrionale, da una volontà diffusa di novellare un sistema che in definitiva logoro non è.

Ed invero, al di là di una mera dichiarazione di intenti rilevabile dagli interventi parlamentari e governativi alla nascita del nuovo impianto legislativo e di quello futuro delegato-regolamentare, l'impianto della pregressa normativa di riferimento resta sostanzialmente invariato.

Tale aspetto risulta quantomeno confortante: introdurre una nuova disciplina della sicurezza dei lavoratori avrebbe senz'altro significato un fallimento ed una lacunosità endogena del sistema previdente, ma soprattutto avrebbe prodotto l'effetto, più mediatico che giuridico, dell'esonero di responsabilità politiche-amministrative di coloro i quali, pur essendo deputati ad una corretta applicazione della disciplina, hanno ommesso di controllarne l'implementazione.

Ciò premesso in merito ad alcune considerazioni di sistema, si riassumono gli interventi rinnovatori della disciplina appena sopra descritta:

Legge Finanziaria 2007 in materia di appalto: art. 7 D.Lgs. n. 626/94, co. 1, 3 bis e ter.

Come noto, il settore degli appalti e dei subappalti è da tempo segnalato tra quelli maggiormente esposti a pericolo e fonte di gravi incidenti.

Il D. Lgs. n. 626/1994 prevede un più penetrante coinvolgimento del datore di lavoro committente nell'attività di prevenzione a favore, oltre che dei propri dipendenti, dei lavoratori autonomi e dei dipendenti delle imprese appaltatrici. Ai sensi dell'art. 7 comma 1, il datore di lavoro ha innanzitutto l'obbligo di verificare *“anche attraverso l'iscrizione alla camera di commercio, industria e artigianato, l'idoneità tecnico-professionale delle imprese appaltatrici o dei lavoratori autonomi in relazione ai lavori da affidare in appalto o contratto d'opera”* (lett. a) e

di fornire agli stessi *“dettagliate informazioni sui rischi specifici esistenti nell’ambiente in cui sono destinati ad operare e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate in relazione alla propria attività”* (lett. b).

Il primo obbligo menzionato non è altro che uno sviluppo del principio della c.d. *culpa in eligendo*, propria del datore di lavoro, in cui la verifica dell’iscrizione alla camera di commercio, industria e artigianato, è solo uno dei possibili strumenti identificativi dell’affidabilità dell’impresa appaltatrice o del lavoratore autonomo (in tal senso depone l’utilizzo della congiunzione anche).

Altri e forse più penetranti elementi possono risultare: la conoscenza dei requisiti tecnico-professionali delle maestranze impiegate; i mezzi e le attrezzature disponibili per l’esecuzione dei lavori; l’elenco dei lavori simili eseguiti in precedenza.

Tutte informazioni necessarie per realizzare quel coordinamento di interventi a cui il committente è tenuto in base ai comma successivi.

Il possesso di informazioni *“dettagliate”* sui rischi specifici esistenti nell’ambiente di lavoro e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate (ad esempio sui cicli lavorativi, le macchine ed impianti, le sostanze ed i preparati pericolosi, nonché circa la presenza o meno dei lavoratori del committente durante l’esecuzione dei lavori) dovrebbe peraltro consentire ai lavoratori autonomi o ai dipendenti delle imprese appaltatrici, a loro volta appropriatamente informati, di operare con la necessaria prudenza in un ambiente che non è conosciuto.

La naturale collocazione di tale documentazione può essere il capitolato di appalto, documento che contiene le norme che regolano il contratto d’appalto.

In merito agli obblighi di informazione del datore di lavoro committente la giurisprudenza ha escluso che destinatari, oltre all’appaltatore (e ai lavoratori autonomi) siano anche i singoli dipendenti del medesimo, che dovranno invece essere adeguatamente informati dal loro datore di lavoro con le rigorose modalità stabilite dall’art. 21, del D. Lgs. n. 626/1994.

Entrambi i datori di lavoro (committente e impresa appaltatrice) devono poi cooperare all’attuazione delle misure di prevenzione dai rischi sul lavoro incidenti sull’attività lavorativa oggetto dell’appalto e coordinare gli interventi di protezione e prevenzione dai rischi cui sono esposti i lavoratori, informandosi reciprocamente anche al fine di eliminare i rischi dovuti alle interferenze tra i lavori delle diverse imprese coinvolte nell’esecuzione dell’opera complessiva, ad esempio in caso di pluralità di appalti o di subappalto (art. 7, co. 2), dove *“coordinare significa senza dubbio collegare razionalmente le varie fasi dell’attività in corso (...) - mentre - cooperare è qualcosa di più, perché vuol dire contribuire attivamente, dall’una e dall’altra parte, a predisporre ed applicare le misure di prevenzione e protezione necessarie”*.

Si precisa, peraltro, che spetta al datore di lavoro committente l’onere di promuovere la cooperazione e il coordinamento, non potendo estendersi tale obbligo solo ai rischi specifici propri dell’attività delle imprese appaltatrici o dei singoli lavoratori autonomi, rispetto ai quali non si può

attribuire una responsabilità al committente (art. 7, co. 3).

L'obbligo di cooperazione e di coordinamento riguarda, dunque, i rischi comuni a cui possono andare incontro i dipendenti delle due parti per effetto dell'esecuzione dell'appalto.

E' dunque il ribaltamento dell'ottica precedente: da un onere di non ingerenza si passa infatti ad un vero e proprio obbligo di iniziativa, penalmente sanzionato, a carico del committente.

Non hanno alcuna rilevanza in materia, dovendosi considerare nulle, le eventuali clausole contrattuali di trasferimento del rischio e di responsabilità trattandosi di norme di diritto pubblico che non possono essere derogate da determinazioni pattizie.

E' da sottolineare che la giurisprudenza ha esteso i principi posti dall'art. 7, D. Lgs. n. 626/1994, anche ai casi di subappalto, dal momento che la condizione dell'appaltatore rispetto a quella del subappaltatore è sostanzialmente equivalente a quella del committente.

Una notevole estensione dell'ambito di applicazione dell'art. 7, D. Lgs. n. 626/1994, non limitata, come in precedenza, ai soli "appalti interni", è stata operata dalla legge Finanziaria 2007. Ai sensi infatti dell'a. 1, comma 910, l'alinea dell'art. 7, comma 1, D. Lgs. n. 626/1994 è stata sostituita nel modo seguente: *"il datore di lavoro, in caso di affidamento dei lavori ad imprese appaltatrici o a lavoratori autonomi all'interno della propria azienda, o di una singola unità produttiva della stessa, nonché nell'ambito dell'intero ciclo produttivo dell'azienda medesima"*.

Si mette dunque in rilievo la responsabilità del datore di lavoro committente rispetto a tutta la catena

dell'appalto e del subappalto, anche sul versante "esterno", dovendosi intendere in tal senso il riferimento "all'intero ciclo produttivo". Si dà risalto pertanto al profilo funzionale più che topografico dell'appalto, venendo ad interessare tutte le lavorazioni collegate all'organizzazione produttiva del committente, a prescindere dalla collocazione fisica delle stesse.

Con l'aggiunta del comma 3-bis, all'art. 7, D. Lgs. n. 626/1994, si prevede inoltre la responsabilità in solido dell'imprenditore committente con l'appaltatore, nonché con ciascuno degli eventuali ulteriori subappaltatori *"per tutti i danni per i quali il lavoratore dipendente dall'appaltatore o dal subappaltatore, non risulti indennizzato ad opera dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro"*. Ci si è interrogati sull'effettiva portata della previsione, dal momento che in base al principio c.d. "di automaticità" delle prestazioni, di cui all'art. 2116 c.c., il lavoratore rientrante nell'obbligo assicurativo, in caso di infortunio o di malattia professionale, è comunque tutelato dall'INAIL, anche nel caso in cui il proprio datore di lavoro non abbia provveduto al pagamento del premio.

A ben vedere la norma non è priva di rilievo. Essa infatti innanzitutto trova applicazione per quelle attività, pur residuali, tuttora escluse dall'ambito di estensione dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali; in relazione poi al c.d. danno biologico, ai sensi dell'art.13, del D. Lgs. n. 38/2000, l'INAIL indennizza, sotto forma di rendita in capitale, solo le menomazioni di grado pari o superiore al 6% e, sotto forma di rendita, i gradi di invalidità superiori al 16%. La responsabilità solidale del

committente, appaltatore e subappaltatore, di conseguenza, rimane inoperante sia per la risarcibilità di quelle lesioni di lieve entità (inferiore al 6%) estranee alla copertura assicurativa nonché e soprattutto, per le ipotesi in cui l'ammontare del danno, liquidato secondo gli ordinari criteri civilistici, ascenda ad una somma superiore all'indennità corrisposta dall'INAIL (c.d. "danno differenziale"). E' infine risarcibile per intero il c.d. "danno morale", per il quale non è previsto alcun tipo di indennizzo da parte dell'Istituto assicuratore.

Il DM 12 luglio 2007 n. 155

Con Decreto del Ministro della Salute del 12 luglio 2007 n. 155 si è adottato il Regolamento attuativo dell'art. 70, co. 9, del D. Lgs. n. 626/94 regolando la materia dei registri e cartelle sanitarie dei lavoratori esposti durante il lavoro ad agenti cancerogeni.

Il decreto stabilisce la tipologia del registro degli esposti a sostanze cancerogene (utilizzando quello proposto dall'ISPESL e che noi tutti utilizziamo già) e della cartelle sanitarie e di rischio.

Vengono così stabilite modalità di registrazione come ad esempio firme da apporre da parte del datore di lavoro o del medico competente su registro e cartelle e di invio agli organi competenti (ISPESL e ASL).

Il registro dei lavoratori esposti ad agenti cancerogeni è istituito dal datore di lavoro, conformemente al modello presente all'allegato 1 del D.M. n. 155/2007.

Il registro è costituito da fogli legati e numerati progressivamente.

Il datore di lavoro invia in busta chiusa, siglata dal medico competente, la copia del registro all'ISPESL e all'organo di vigilanza competente per

territorio entro 30 giorni dalla sua istituzione.

Il datore di lavoro istituisce il registro apponendo la propria sottoscrizione sulla prima pagina del registro stesso.

Le cartelle sanitarie e di rischio sono compilate in conformità al modello di cui all'allegato 2 del D.M. n. 155/2007.

E' consentita l'adozione di cartelle sanitarie e di rischio diverse dal modello di cui all'allegato 2, sempre che vi siano comunque inclusi i dati e le notizie indicati nell'allegato stesso.

Il medico competente istituisce la cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore da sottoporre a sorveglianza sanitaria, sottoscrivendo la prima pagina della cartella, debitamente compilata. Il datore di lavoro appone la data e la propria sottoscrizione sulla prima pagina di tali documenti e il numero di pagine di cui si compongono.

Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 162 del D.P.R. n. 1124/1965, le cartelle sanitarie possono essere utilizzate anche per la sorveglianza sanitaria prevista dall'articolo 16 del D. Lgs. n. 626/94.

Nel caso di lavoratori esposti contemporaneamente a radiazioni ionizzanti e ad agenti cancerogeni per i quali è istituito il documento sanitario personale ai sensi dell'a. 90 del D. Lgs. n. 230/1995, il predetto documento va integrato con le informazioni previste nel modello di cui all'allegato 2.

Gli esiti degli accertamenti integrativi indicati nella cartella sanitaria e di rischio, vistati e numerati dal medico competente, devono essere allegati alla cartella stessa, di cui costituiscono parte integrante.

L'articolo 10 del D.M. n. 155/2007, indica le modalità con le quali possono essere impiegati sistemi di elaborazione

automatica dei dati per la tenuta informatizzata dei registri e delle cartelle sanitarie e di rischio.

La conservazione dei dati sanitari raccolti deve essere assicurata per 40 anni dalla cessazione del lavoro comportante esposizione ad agenti cancerogeni.

La conservazione dei dati raccolti deve essere assicurata per 30 anni dalla cessazione del lavoro comportante esposizione a radiazioni ionizzanti e dovranno essere cancellati successivamente a tale termine dalla cartella sanitaria solo nel caso in cui tali dati non risultano indispensabili, quale fonte d'informazione polivalente in relazione alla relativa esposizione anche ad agenti cancerogeni.

I datori di lavoro ed i medici competenti devono provvedere ad istituire i registri e le cartelle sanitarie e di rischio dei lavoratori esposti durante il lavoro ad agenti cancerogeni entro il 3 aprile 2008 (art. 11, comma 1).

In caso di cessazione del rapporto di lavoro o di passaggio del lavoratore ad un'altra azienda, il datore di lavoro trasmette all'ISPEL le variazioni delle annotazioni individuali contenute nel registro e le cartelle sanitarie e di rischio entro trenta giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro o nel caso di passaggio o trasferimento.

In caso di cessazione dell'attività dell'azienda, di trasferimento o conferimento di attività, svolte da pubbliche amministrazioni ad altri soggetti, pubblici o privati, ovvero di soppressione di pubblica amministrazione, il datore di lavoro trasmette il registro e le cartelle sanitarie e di rischio all'ISPEL, entro 30 giorni. Le cartelle sanitarie e di rischio vanno trasmesse in busta chiusa, siglata dal medico competente.

L'articolo 9 del D.M. n. 155/2007 indica gli obblighi del datore di lavoro che assuma lavoratori che dichiarino di essere stati esposti, presso precedenti datori di lavoro, ad agenti cancerogeni.

D. Lgs 19 novembre 2007 n. 257

Con D. Lgs 19 novembre 2007, n. 257, il quale recepisce la Direttiva 2004/40/CE, il legislatore ha introdotto un nuovo articolato normativo in materia di protezione del lavoratore da onde elettromagnetiche. La disposizione normativa integra il D. Lgs. n. 626/1994 introducendo il Titolo V-ter composto di otto articoli: dall'art. 49 *terdecies*, che ne indica il campo di applicazione, all'art. 49 *vicies*.

La normativa in esame individua i requisiti minimi per la protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti dall'esposizione ai campi elettromagnetici da 0 Hz a 300 GHz.

Le disposizioni riguardano la *"protezione dai rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori dovuti agli effetti nocivi a breve termine conosciuti nel corpo umano derivanti dalla circolazione di correnti indotte e dall'assorbimento di energia, nonché da correnti di contatto"* rimanendone esclusa dalla loro applicazione la protezione da eventuali effetti a lungo termine e i rischi risultanti dal contatto con i conduttori in tensione.

L'articolo 49-*quindicies*, oltre a indicare i valori limiti di esposizione e i valori di azione (riportati nell'allegato VI-*bis*), grava il datore di lavoro di puntuali obblighi come, ad esempio, quello di valutare con cadenza almeno quinquennale - e quando necessario, calcolare in conformità alle norme europee - i rischi derivanti dalla esposizione dei lavoratori ai campi elettromagnetici mediante personale competente nell'ambito del servizio di prevenzione e protezione.

“Nel documento di valutazione del rischio il datore di lavoro può includere una giustificazione, per la quale data la natura e l'entità dei rischi connessi con i campi elettromagnetici non è stata necessaria una valutazione dei rischi più dettagliata”.

L'articolo 49-septidécies indica le misure di prevenzione e protezione, sia misure tecniche che di tipo organizzativo, da adottare nel caso vengano superati i valori limite indicati.

Il nuovo Titolo del D. Lgs. n. 626/1994 e, nell'ambito nell'ambito degli obblighi di cui agli articoli 21 e 22, obbliga il datore di lavoro a provvedere *“affinché sia i lavoratori esposti ai rischi derivanti da campi elettromagnetici che i loro rappresentanti vengano informati e formati in relazione al risultato della valutazione dei rischi effettuata”.*

L'articolo 49-noviesdecies prescrive la sorveglianza sanitaria per i lavoratori per i quali è risultata una esposizione superiore ai valori limite. Dovrà essere effettuata *“periodicamente, di norma una volta l'anno o con periodicità inferiore decisa dal medico competente con particolare riguardo ai lavoratori particolarmente sensibili al rischio, tenuto conto dei risultati della valutazione dei rischi di cui all'articolo 49-sexiesdecies”.*

All'articolo 3 il Decreto n. 257 fissa, infine, anche le sanzioni per gli inadempienti.

Legge 3 agosto 2007 n. 123

La legge n. 123 del 3 agosto 2007, dagli artt. 2 al 12 si occupa di una immediata modificazione di alcune discipline tra le più rilevanti nel panorama prevenzionistico; modifiche dettate, nelle intenzioni del legislatore, da un'esigenza di maggior tutela della sicurezza e salute dei

lavoratori in conseguenza di una recrudescenza del fenomeno infortunistico nel periodo che va dal giugno 2006 al marzo 2007; incremento degli infortuni riscontrato anche dalle statistiche dell'INAIL.

Nell'art. 1 della legge 123 del 2007 il legislatore individua i principi ai quali il governo dovrà attenersi per definire, in uno o più decreti legislativi ed entro nove mesi dalla pubblicazione in gazzetta ufficiale (a far data dal 10 agosto 2007), la razionalizzazione delle norme in materia di sicurezza e quindi la realizzazione del testo unico.

Tra le norme introdotte dalla n. 123 del 2007, di portata immediatamente efficace è la disposizione di cui all'art. 9.

L'art. 9, L. n. 123/2007 introduce l'art. 25-septies nel D. Lgs. n. 231/2001, inserendo quindi il reato di *“omicidio colposo e di lesioni colpose gravi o gravissime commessi con violazione delle norme infortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro”*, nell'ambito dei quali reati l'azienda è direttamente corresponsabile con la o le persone che hanno commesso direttamente il reato.

Per gli infortuni sul lavoro sono puniti penalmente non solo i legali rappresentanti delle società, o i loro delegati, ma anche e soprattutto le imprese stesse, alle quali possono essere applicate ingenti sanzioni pecuniarie ed interdittive.

La possibilità per le società di non rispondere dell'illecito è strettamente connessa all'adozione di modelli di organizzazione e di gestione diretti alla prevenzione dei reati sanzionati mediante il D. Lgs. n. 123/2001 e all'adozione di appositi sistemi di vigilanza e di controllo sull'applicazione dei modelli stessi.

Di fatto l'adozione di un Sistema di Gestione per la Sicurezza diviene

obbligatoria se si vuole beneficiare dell'esonero alla sanzione, essendo l'unico strumento idoneo a dimostrare il rispetto di tutte le norme applicabili in materia di sicurezza e a identificare le responsabilità ad ogni livello organizzativo, decisionale e gestionale interno all'azienda.

D.D.L. 6 marzo 2008

Infine, si segnala come in attuazione della delega contenuta nella Legge 3 agosto 2007, n. 123, l'intera normativa si appresta ad essere organizzata in un unico *corpus* secondo i principi di delega.

Con provvedimento del 6 marzo 2008, il Governo ha licenziato il proprio Disegno di Legge il quale ha ricevuto parere favorevole in sede di lettura e votazione presso le Commissioni Permanenti Lavoro e Affari Sociali della Camera dei Deputati. In data 18 marzo 2008 la Commissione lavoro, previdenza sociale del Senato ha espresso parere positivo con osservazioni sul testo dello schema di decreto legislativo recante attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro presentato dal Governo.

Il 4 aprile 2008 è stato approvato in via definitiva dal Consiglio dei Ministri il T.U. sulla Sicurezza e Salute sul Lavoro.

BIBLIOGRAFIA

Il *risk management* nelle aziende sanitarie, a cura di Mario Del Vecchio, Lisa Cosmi, Milano - 2003

La normativa essenziale di sicurezza e salute sul luogo di lavoro di Michele Lepore - 2006

Codice della sicurezza. Disciplina della prevenzione e dell'igiene sui luoghi di lavoro a cura di P. Soprani - 2005 Sicurezza lavoro. L'informazione di Giovanbattista Di Pietrantonio - 2001 Sistema sicurezza lavoro. Guida pratica per la gestione degli adempimenti. 2002

Ambiente e sicurezza. Nuove figure professionali. Nuove opportunità di lavoro di Nicola G. Grillo, Roberta Ronco - 2003 Fattore umano e sicurezza sul lavoro: aspetti psicosociali e interventi di Carlo Bisio - Industrial safety - 2003

Il Codice della sicurezza sul lavoro: illustrato con la giurisprudenza di Italy, Stefano Maglia, Vittorio Colombani - Industrial safety - 2002

Codice di sicurezza del lavoro di Remo Zucchetti, Deborah Zucchetti - Industrial hygiene - 2000

La repressione delle contravvenzioni e dei delitti in materia di sicurezza e igiene di Giuseppe De Falco - Industrial safety - 2000

Le responsabilità penali in materia di sicurezza sul lavoro di Giorgio Tacconi - 2005

La sicurezza del lavoro tra legge e contrattazione collettiva di Marco Lai - Industrial safety - 2002

La tutela penale della sicurezza del lavoro di Vittorio Masia - Università degli studi di Bergamo, Facoltà di giurisprudenza - 2006

Salute, sicurezza e condizioni di lavoro: un'indagine tra le iscritte e gli iscritti di Fulvio Perini, Vittorio Rieser - 2004 CGIL, Confederazione generale italiana del lavoro.

La sicurezza del lavoro e la sua tutela penale di Carlo Smuraglia - Industrial safety - 1967

Manuale di sicurezza del lavoro di Giancarlo Ferrara - 1997

Diritto comunitario della sicurezza del lavoro di Antonio Salerno - Industrial safety - 1990

Profili giuridici della sicurezza nei luoghi di lavoro di Fulvio Bianchi D'Urso - Industrial safety - 1980

Manuale di diritto del lavoro e della sicurezza sociale di Antonio Palermo - Labor laws and legislation - 1957

Sicurezza sul lavoro e lesioni colpose: principi interpretativi di Daniela Spirito - Labor laws and legislation - 1983

Tutela civile e penale della sicurezza del lavoro di Adriano Padula - 1996

Ambiente, salute e sicurezza: per una gestione integrata dei rischi da lavoro di Luigi Montuschi - 1997

La sicurezza del lavoro: commento ai decreti legislativi 19 settembre 1994, n. 626 di Luisa Galantino - Industrial safety - 1996

Salute, sicurezza, lavoro in condizioni tecnologiche avanzate di Letizia Beltrame - 1999

Progetto sicurezza lavoro a cura di IBM, Inail - 1996 - 32 pagine

Sicurezza e salute dei lavoratori sul luogo di lavoro di Centro Studi Ope, Gianbattista Di Pietrantonio - 1997

Sicurezza sul lavoro e lesioni colpose: principi interpretativi di Daniela Spirito - Labor laws and legislation - 1983

Sicurezza e prevenzione nei luoghi di lavoro di Pierguido Soprani - 1998

Le nuove norme di sicurezza sul lavoro di Marco Vinci - 1996

La sicurezza globale sul lavoro: Decreto legislativo n. 626/94 di Enrico Innocenti - Industrial hygiene - 1995

Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: una lettura critica delle disposizioni di Antonio Delussu - Industrial safety - 1988

Sicurezza e igiene del lavoro: raccolta normativa di Italia, Marco Vinci - 1998

La sicurezza sul lavoro: : guida pratica ai D.Lgs. 626-1994 e 242-1996 di Alberto Petitta, Giuseppe Carbone - 1996

La politica del lavoro e della sicurezza sociale del centro sinistra di Gino Giugni - Labor policy - 1973

Prontuario della sicurezza nell'ambiente di lavoro: adempimenti legislativi di Leonardo Corbo - 1997

Sicurezza sul lavoro di Marco Vigone - 1985

Le innovazioni legislative in materia di tutela della salute e della di Salvatore Pagano, Bruno Caruso - Industrial hygiene - 1997

Sicurezza e salute dei lavoratori sul luogo del lavoro: i soggetti passivi di Francesco Bacchini - 1998

Commentario alla sicurezza sul lavoro: commentario alla sicurezza del lavoro a cura di Inail