



Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione

## **Considerazioni e proposte sulla normativa sulla Salute e Sicurezza sul lavoro a partire dal *Testo Unico*, D.Lgs. n. 81/2008**

### **PREMESSA**

L'Assemblea della CIIP, Consulta Interassociativa Italiana della Prevenzione, riunita in Milano, il 01 dicembre 2008, ha esaminato l'attuale normativa sulla salute e sicurezza sul lavoro, a partire dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81e smi.

**La normativa italiana si è evoluta significativamente negli ultimi 50 anni**, in termini sia qualitativi sia quantitativi e le integrazioni hanno rappresentato un **indubbio avanzamento sia culturale sia tecnico-scientifico**.

Tuttavia **permane un continuo ripetersi di incidenti e infortuni sul lavoro**, oltre 1.000 mortali ogni anno e alcuni gravissimi, anche in termini di ricadute sociali, con chiusura delle stesse aziende coinvolte e con conseguente perdita anche dei posti di lavoro, cui si devono **aggiungere le Malattie professionali**, che rimane, purtroppo, un **aspetto sempre insufficientemente esaminato**.

**La ricostruzione degli infortuni e delle M.P. dimostra che essi sono causati**, nella stragrande maggioranza dei casi, **dalla violazione, non applicazione o elusione di prescrizioni vigenti persino dagli anni 1955-56** (DPR n. 547/55 sulla prevenzione degli infortuni, n. 303/56 sull'Igiene del lavoro, n. 164/56 sui lavori nelle costruzioni).

**Ciò dimostra la necessità di dare *effettività* e piena *applicazione* a tre esigenze fondamentali e prioritarie:**

- 1. norme di tutela, di prevenzione e di protezione, che rappresentano un *tutt'uno prevenzionale*, pur nella ovvia gerarchia della loro applicabilità** (prima l'eliminazione dei rischi e – ove non possibile - loro riduzione alla fonte, poi DP collettivi, poi individuali, ecc.);
- 2. attività di informazione, formazione, addestramento ed equipaggiamento per tutte le figure deputate alla *line* della prevenzione, che sono tutti coloro – *nessuno escluso* – che partecipano al processo produttivo**, dalla progettazione, alla produzione, alla organizzazione del lavoro, al trasporto alle istruzioni per gli utilizzatori
- 3. valorizzazione dei contributi delle Associazioni tecnico-scientifiche e delle figure professionali della Prevenzione (RSPP/ASPP, M.C., RLS, ecc.)**
- 4. adeguamento**, in termini sia professionali sia quantitativi, e **coordinamento delle strutture pubbliche deputate alle attività di vigilanza e controllo**, sia centrali sia periferiche.

**La CIIP avanza alcune considerazioni, riflessioni e proposte di modifiche e di integrazione alla normativa sulla salute e sicurezza sul lavoro**, nazionale e regionale, che integrano quanto già presentato dalla CIIP nel Convegno di Milano del 14 gennaio 2008 e nelle iniziative promosse ad "*AmbienteLavoro*" a Modena, il 8 e 9 ottobre 2008.

**Le proposte si riferiscono *esclusivamente* alla parte tecnico-scientifica della normativa vigente, che rappresenta la *ratio* dell'attività delle Associazioni che costituiscono la CIIP.**

Le singole Associazioni sono libere di integrare le proposte, con ulteriori ipotesi frutto dell'attività propria di ogni singola Associazione.

## **Indicazioni generali: Documento CIIP di settembre 2008-12-01**

**Sugli aspetti generali del Titolo I, si ricordano tutte le indicazioni contenute nel documento CIIP di settembre 2008, che si intendono qui integralmente riportate.**

### **Altri aspetti prioritari**

#### **Mancato Completamento della normativa (decreti attuativi)**

**Si evidenzia in premessa che a tutt'oggi NON risultano emanati la quasi totalità dei decreti (oltre 50!) attuativi previsti dal D.Lgs. 81/2008.**

**Alcuni di essi sono decreti fondamentali e la loro mancata emanazione provoca una indubbia riduzione della *capacità prevenzionale* della nuova normativa.**

Tra essi, a titolo puramente esemplificativo si citano i:

- **decreti RLS per la creazione del Fondo (art. 52), per la elezione/nomina dei RLS territoriali e di sito e per l'aggiornamento dei RLS (art. 48, comma 7)**
- **decreti RSPP (art. 32) e per l'aggiornamento del datore di lavoro/RSPP (art. 34)**
- **indicazione dei modelli di organizzazione e di gestione aziendale di cui all'articolo 30 (art. 6, comma 6, lettera f)**
- **promozione e divulgazione della cultura della salute e della sicurezza in tutti i percorsi formativi scolastici, di ogni ordine e grado (art. 9, comma 2, lettera f)**

#### **Rinvii della normativa**

**Si evidenzia che molti decreti approvati hanno previsto un rinvio della nuova normativa, creando – tra l'altro – una *inevitabile* lettura di rinvio/riduzione dell'intera normativa e dei suoi obblighi.**

Tra essi, a titolo puramente esemplificativo si cita, come il più importante il **rinvio dei nuovi obblighi di valutazione dei rischi al 1.o gennaio 2009.**

#### **Scuole: rinvii della normativa e *cultura della prevenzione***

**La CIIP ha sempre sostenuto e promosso l'assoluta esigenza della diffusione della *cultura della prevenzione*, a partire da tutte le scuole di ogni ordine e grado, realizzando note iniziative in materia un progetto articolato e di concreta attuabilità (già consegnato al Ministero).**

**Inoltre, come da sempre denunciato dalla CIIP, negli ultimi anni, anzi fin dal 1994, si è registrato un continuo rinvio di alcuni obblighi, a partire dagli obblighi di adeguamento strutturale degli edifici scolastici.**

**I rinvii normativi sono ascrivibili a tutti i Governi e tutti i Parlamenti, nonché alle Giunte regionali, che si sono succeduti in questi ultimi 15 anni, nonchè ritardi attuativi ascrivibili ad alcune giunte provinciali e comunali.**

**Tra le poche voci che si sono opposte a questi continui rinvii, si ricordano e si apprezzano le innumerevoli iniziative dei Senatori Oreste Tofani e Carlo Smuraglia (Presidenti delle Commissioni d'indagine del Senato, che si sono susseguite negli ultimi 10 anni)**

## La questione della Informazione e della Formazione

La questione della informazione e della formazione per tutti i soggetti (lavoratori, dirigenti, preposti, RLS, datori di lavoro, RSPP/ASPP, medici competenti, ecc.) è un campo dove la responsabilità primaria spetta al datore di lavoro, obbligo già contenuto nel D.Lgs. 81/2008

Tuttavia va esplicitamente previsto che qualsiasi obbligo di formazione preveda una verifica dell'apprendimento, con particolare riferimento a:

- art. 37, comma 3: **formazione dei lavoratori** sui rischi specifici
- art. 37, comma 7: **formazione dei preposti**
- art. 28, comma 2, lettera d): **formazione di tutti i soggetti aziendali cui vengono affidati ruoli compiti** connessi alla salute e sicurezza (datore di lavoro/RSPP, Dirigenti, Progettisti, ecc.)

Occorre, inoltre, **dare rapida attuazione all'Accordo Stato-Regione del 20 novembre u.s., relativo allo stanziamento di 50 milioni di Euro per la In-Formazione sulla sicurezza** (di cui 20 milioni a livello nazionale e 30 milioni suddivisi a livello regionale).

**Andrebbero meglio indirizzati gli stanziamenti dei Fondi per la formazione.**

**Per la formazione degli operatori della PA. (Enti, ASL, DPL, ecc.): rinviamo al successivo capitolo sulla P.A.**

Comunque, ad oggi, è insufficiente e **va potenziato e meglio promosso il ruolo delle Regioni, con le ASL e i loro servizi territoriali**, pur in presenza di un ruolo importante, diretto o indiretto, degli **Enti Bilaterali**, delle forze sociali, il ruolo promozionale **delle istituzioni nazionali** (INAIL, ISPESL).

**Va potenziata l'azione di vigilanza sul rispetto dell'obbligo di formazione-informazione**, importante, ma che rischia di essere solo adempimento burocratico e notarile se l'esperienza professionale ultradecennale di tecnici e medici dei servizi è mortificata, sia con la previsione che non si possa nemmeno partecipare a corsi come "docenti esperti" (fuori orario di lavoro) con convenzioni Enti-ASL e associazioni datoriali e sindacali-ASL, sia perché questa attività mirata non viene incentivata ma anzi talora scoraggiata dalle ASL e dalle Regioni.

**Nel campo della Formazione e della Informazione il ruolo delle Associazioni scientifiche e professionali rappresentate nella CIIP può diventare strategico**, determinando un salto di qualità.

**Per quanto concerne le specifiche competenze affidate alla Conferenza STATO-REGIONI:** la raccomandazione, che rivolgiamo, è quella di non adottare un provvedimento per ogni articolo/Titolo del D.Lgs. 81/2008, ma verificare la possibilità di definire un Accordo quadro, almeno per i principi generali:

- individuazione dei soggetti formatori
- individuazione dei requisiti dei docenti
- metodologie didattiche
- valutazione e certificazione e attestazione delle verifiche degli apprendimenti.
- verifiche

Si tratta della **definizione univoca dei principi della formazione e della verifica degli apprendimenti**

## **Il finanziamento del sistema pubblico**

**Occorre destinare/riassegnare alla iniziative di prevenzione delle ASL:**

- **il 5% reale delle risorse sanitarie**
- **gli introiti ottenuti dalle sanzioni** (artt. 13, c. 6 e 14, c. 8 del D.Lgs 81/2008)

**La questione del finanziamento va posta con forza in tutto il sistema pubblico** (scuola, ricerca, forze dell'ordine e sanità) e i fatti degli ultimi mesi ne sono un esempio il continuo riferimento alla previsione di **nessun onere aggiuntivo** per la finanza pubblica confligge con le prevedibili necessarie risorse umane, formative e tecnologiche da collocare nel sistema di prevenzione e di controllo.

**Risulta difficile comprendere un'attenzione dei media centrata sulle carenze delle DPL** (Direzioni Provinciali del Lavoro) e **del tutto assente per quanto riguarda le gravi carenze del sistema delle ASL**, quando sono le ASL le uniche istituzioni che intervengono direttamente sul contrasto a infortuni e malattie professionali.

**Anche la previsione contenuta nel Testo Unico Decreto 81/2008 dell'utilizzo delle risorse economiche derivanti dalla applicazione del 758/94**, tema sostenuto da CIIP, da molte associazioni e dalle forze sindacali, non solamente è perlopiù disatteso (**nella nota allegata il punto della situazione a settembre 2008**) chiediamo al Coordinamento tecnico delle Regioni di rilevare questo dato conoscitivo), ma da fonti autorevoli è criticato e rischia, ancor prima di nascere, di defungere.

**Nel Testo Unico era previsto<sup>1</sup> infatti che le risorse economiche derivanti dalle sanzioni dovessero essere accantonate** (art. 13 comma 6 e articolo 14 comma 8 del D.Lgs 81/2008) **per incrementare l'apposito capitolo della Regione deputato a finanziare l'attività** di prevenzione nei luoghi di lavoro **svolta dai Dipartimenti di prevenzione delle ASL.**

Voci dell'ultima ora riferiscono invece che è **in previsione proprio l'opposto**, cioè di togliere il finanziamento alle attività di prevenzione basate anche sulle risorse derivanti dalle sanzioni.

Ma un altro punto importante: nella organizzazione "aziendale" delle ASL, la prevenzione deve diventare un **obiettivo di valutazione dei Direttori Generali**: organizzazione dei servizi, utilizzazione delle risorse, pianificazione e monitoraggio delle attività, trasparenza dei programmi, qualità e quantità dei controlli nei settori a rischio, etc

Così come **a livello superiore vanno valutate le Regioni**, quelle che a tutt'oggi non hanno pianificato, programmato, messo in piedi i Comitati di coordinamento, promosso queste attività, reso disponibili i fondi per il LEAP, le risorse derivate dalle sanzioni, posti gli obiettivi valutati i Direttori Generali, reso agevoli i concorsi per tutte le figure professionali.

**Senza questi obiettivi "misurabili" a livello nazionale, regionale e locale vincerà l'approssimazione e non si otterranno risultati tangibili.**

Non risulta comprensibile il permanere di una scarsa visibilità pubblica dell'attività istituzionale svolta dalle ASL nell'ambito della salute e sicurezza sul lavoro.

Occorre quindi che a livello del Coordinamento delle Regioni si corregga tale situazione, facendo il punto su tutte le forze in campo con il forte sostegno del Ministero del Welfare.

---

<sup>1</sup> In un punto della situazione che il Coordinamento delle Regioni ha fatto si evince che **la delibera di utilizzo delle risorse derivate dalle sanzioni del 758/94 esiste in 8 regioni e in 12 non esiste!**

Una attenzione alle carenze territoriali delle attività di Prevenzione è da ritenersi dovuta, e da sua insufficienza va posto immediato rimedio.

**Richiamiamo il concetto dei minimi etici dei LEAP** (Livelli Essenziali di Assistenza nella Prevenzione) , da pretendere qualitativamente e quantitativamente come presenza pubblica nei vari territori.

**Il fondo sanitario nazionale e regionale devono già oggi prevedere la quota per la Prevenzione e trasparente** deve essere la comunicazione su qualità e quantità dell'utilizzo .

Ugualmente i Ministeri coinvolti e gli Enti centrali possono contribuire a rappresentare qualità e quantità di risorse impegnate.

## **La questione della *vigilanza***

L'enfasi che si è evidenziata sulla necessità dell'incremento della vigilanza può essere condivisibile, se si fa riferimento alle realtà dove la presenza delle attività di controllo è relativamente ridotta se non assente, ma non può far perdere di vista che ai servizi pubblici di Prevenzione va richiesto di fare Prevenzione, oltre che vigilanza.

**Il modello dei Servizi ha dimostrato che la vigilanza programmata con l'assistenza, l'educazione e la formazione**, a partire da un corretto livello di conoscenza dei **rischi** e danni presenti nel territorio, **consente di fare programmazione per le finalità di Prevenzione**.

La direttiva quadro di cui al D.Lgs n. 626/94, e poi il D.Lgs. n. 81/2008 hanno introdotto nuovi soggetti e nuove responsabilità nei luoghi di lavoro:

- *dai precetti "slegati" contenuti nei decreti degli anni '50, al percorso dalla valutazione dei rischi alle soluzioni,*
- *dalla "estemporaneità", alla programmazione delle azioni per il miglioramento continuo*
- *dalle responsabilità legate a singole azioni, alle responsabilità collegate con il sistema "circolare" delle interrelazioni tra soggetti*
- *dalla tutela "passiva" del lavoratore al suo ruolo di co-protagonista della tutela*
- *dalla conflittualità tra le parti sociali al ruolo promotore della bilateralità*
- *dalla vigilanza sui prodotti alla vigilanza sui processi*

Per ovvie ragioni di opportunità tra **controllore/controllato** è auspicabile che la **vigilanza sulle ASL e sugli Ospedali sia sottratta ai servizi PSAL e affidata ad altro ente**, per esempio all'ISPESL, che ha le competenze necessarie ed è inoltre dotato di sedi periferiche.

## **Il coordinamento nella P.A e il sostegno sociale, culturale e finanziario alle azioni di prevenzione**

Il miglioramento della salute e sicurezza dei lavoratori, ma anche il modo di rapportarsi alle imprese deve rispondere all'esigenza per la Pubblica Amministrazione di operare in una logica di sistema e con trasparenza ed equità a livello nazionale, regionale e territoriale.

**Il D.Lgs. n. 81/2008 può rappresentare, pur con limiti, uno strumento di indirizzo funzionale ad un disegno omogeneo del sistema della prevenzione nei luoghi di lavoro i cui principi fondamentali** dovrebbero essere:

- integrazione tra tutte le istituzioni che si occupano di promozione e tutela della salute nei luoghi di lavoro
- coordinamento della vigilanza

- conoscenza dei fenomeni di salute legati alla attività lavorativa (infortuni, malattie professionali e da lavoro, indicatori sociali e di benessere...)
- centralità e circolazione delle informazioni nella costruzione di un adeguato sistema informativo nazionale per la prevenzione ( SINP)
- riqualificazione e rivisitazione del ruolo dei vari soggetti
- definizione di priorità, strategie, piani di intervento a livello nazionale , regionale e territoriale
- condivisione di indicatori di processo, esiti, efficacia e monitoraggio delle attività

### **Le forze in campo nella P.A. - la *multidisciplinarietà***

Il 7 marzo 2008 il *Sole24ore* pubblicava una **tabella sulle “forze in campo” sulla prevenzione**, basata su dati ufficiali degli Enti.

#### **La tabella riportava i seguenti dati:**

- ☞ **Aziende sanitarie locali: circa 3220 operatori**, di cui 2100 tecnici della prevenzione, 780 medici, 340 laureati tecnici ( tra ingegneri, chimici , biologi, etc)
- ☞ **DPL: circa 3400 Ispettori del lavoro**, di cui 3000 addetti a controlli amministrativi (regolarità contrattuali, retributive, etc) e 400 addetti anche di area tecnica per i cantieri edili
- ☞ **INPS: 1.500 ispettori** (addetti ai controlli sulla regolarità contributiva)
- ☞ **INAIL: 600 addetti**, si tratta in questo caso solamente degli operatori Contarp e tecnici dell’edilizia, ovvero dei soggetti che verificano le situazioni di rischio aziendali.

#### **Quindi tra ASL e parte degli altri Enti sono:**

- **circa 4.000 gli operatori** che vigilano su salute e sicurezza
- **circa 5.000 quelli che vigilano sulla regolarità contrattuale e retributiva**

**cui si aggiungono circa 1000 operatori ISPESL**, di cui circa 500 operatori tecnici professionali tra centro e territorio.

### **La CIIP considera sbagliato e riduttivo parlare genericamente di “*ispettori*”**

Nella prevenzione delle imprese vi sono molte figure professionali e nel sistema pubblico vi deve essere una interfaccia complessa.

Il modello di interdisciplinarietà e multidisciplinarietà che si richiede al sistema produttivo, sia un cantiere, un’azienda chimica, una RSA, deve avere come contraltare un modello di intervento e controllo della pubblica amministrazione di uguale complessità.

Parlare di controlli e di “*ispettori*” come spesso fa la politica, senza indicare quali figure professionali, quali controlli, significa semplificare la situazione senza capirla e tantomeno risolverla.

### **I compiti della ASL e del Servizio PSAL non sono intercambiabili con quelli delle altre forze ispettive in campo.**

Non a caso **nelle situazioni migliori vi è un coordinamento di sistema informativo e operativo tra i soggetti istituzionali che si occupano di contrasto al lavoro nero e illegale** ( DPL, INAIL. INPS, etc), e un lavoro su progetti, comparti e su singoli casi critici con la ASL.

### **Le forze in casa ASL**

I Servizi di prevenzione e sicurezza delle Regioni/ASL anche se variamente denominati hanno da sempre compiti chiari, integrando le funzioni di vigilanza a quelle di prevenzione e controllo.

Ne annotiamo le principali:

- vigilanza e controllo nei cantieri e nelle aziende ( su programmi regionali, territoriali e su richiesta)

- sistema informativo e valutazioni ( Nuovi insediamenti, notifiche aperture nuovi cantieri, infortuni, malattie professionali, relazioni sanitarie, esposti, piani di bonifica amianto, documentazioni su valutazioni di rischio, pareri edilizi su insediamenti produttivi, etc.)
- inchieste infortuni
- ricerca attiva delle patologie professionali e inchieste mirate
- controllo attività dei medici competenti
- informazione, formazione e assistenza alle figure della prevenzione ( incontri, sportello informativo, corsi, etc)
- autorizzazioni ( attività residuali dopo molte delibere regionali basate anche su EBP)

**I dati del Coordinamento delle Regioni e delle associazioni rappresentative degli operatori pubblici** (vedi tabella integrata allegata) **indicano una situazione di estrema criticità in molte regioni, con una povertà di figure tecniche laureate** che consideriamo per semplicità accorpate (ingegneri, chimici, biologi, psicologi), **insostenibile se pensiamo alla complessità dei rischi e dell'analisi dei sistemi e a fronte di una sempre maggiore complessità del mondo del lavoro.**

Occorre sempre tenere presente che attualmente, **quando parliamo di “tecnici della prevenzione”** (sicuramente il “core” dei servizi), parliamo e parleremo sempre di più per le ultime generazioni di “rivoluzione” attuata nel nostro settore con la realizzazione del percorso di studi universitario.

Ci sono **due questioni cui occorre dare risposta:**

1. **il potenziamento dei servizi**, che sono a livelli di risorse veramente *indegni* in troppe realtà. Per questo primo aspetto rileviamo che dalle tabelle come indicatore la distribuzione dei tecnici della prevenzione, figura chiave del sistema (ma ovviamente potremmo facilmente desumere tali carenze per le altre essenziali figure, medici del lavoro, ingegneri, chimici, etc).
2. **la valorizzazione della nuova figura professionale del tecnico della prevenzione**, vera grande innovazione nel panorama della prevenzione di questo Paese.

**Si evince una situazione piuttosto critica nella maggior parte delle regioni.**

- la **media nazionale rapporto Tecnici della Prevenzione/impres**e è **circa 1/3.100** (che in ogni caso é una cifra che comunque non permette una programmazione seria degli interventi).
- **vi sono Regioni come la Valle d'Aosta e la Toscana, dove il rapporto TdP/impres**e è **di poco superiore ad 1/1.000-1.100** (ma dove mancano altre figure)
- **vi sono regioni come la Puglia o la Sicilia dove il rapporto è 1/6000 o 1/8000**

**E dire che ogni anno si laureano 800/900 Tecnici della Prevenzione nei 37 atenei italiani** in cui esiste il corso di laurea in Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro. Vorremmo evitare che tutte queste preziose risorse umane vadano disperse (e con loro un patrimonio culturale unico al mondo per percorso formativo universitario) con l'istituzione di una fantomatica Agenzia Nazionale per la Sicurezza del Lavoro, o solamente disperse nel sistema privato e non valorizzate nel sistema pubblico.

Vanno, inoltre, **potenziati anche i corsi di laurea magistrale nel campo della Prevenzione**, i cui primi Corsi già attivati a Milano.

**Il Servizio della ASL deve avere quindi una gamma di figure professionali diversificate e qualificate:** medici specialisti in medicina del lavoro, tecnici della prevenzione, ingegneri, chimici, assistenti sanitarie... ma anche biologi, comunicatori psicologi, etc.

**Occorre quindi puntare sul potenziamento operativo dei Servizi delle ASL<sup>2</sup>**, anche in seguito alla rilevazione dell'assetto organizzativo e produttivo dei Servizi stessi, coerente e funzionale in rapporto ai LEA ed alle esigenze territoriali riguardo alla struttura produttiva/occupazionale, alle situazioni di rischio, ai dati epidemiologici sui danni alla salute della popolazione lavorativa.

Il potenziamento operativo, oltre che riguardare la consistenza numerica e professionale dei Servizi, si realizzerà attraverso l'**aggiornamento continuo degli operatori** al fine di adeguare l'attività di prevenzione alle esigenze di tutela della salute all'interno del mercato del lavoro in continua evoluzione.

## **Semplificazione e prevenzione integrata - il supporto alle aziende**

**Un altro tema cardine è la *semplificazione***, e qualche Regione come ad esempio la Lombardia e il Veneto hanno tentato di praticarla togliendo pareri inutili e visite mediche prive di valore epidemiologico, come quelle agli apprendisti e agli alimentaristi. Ma non è così in tante altre Regioni e le scarse forze in campo continuano a fare attività inutili.

**Ma come semplificare ?**

***Una ovvietà: la semplificazione deve essere correlata al livello di rischio e non al numero degli addetti.***

**La semplificazione deve essere:**

- strumento per liberare risorse ed attenzione
- non deve portare a minori tutele.

**Ogni semplificazione deve essere collegata alla *densità* dei rischi lavorativi e non alle dimensioni aziendali.**

**E' possibile semplificare anche in comparti come l'edilizia**, se si fa riferimento a lavori a basso rischio; per esempio, per l'esecuzione dei piccoli lavori edili non soggetti a permesso di costruire e con presenza anche non contemporanea di più ditte.

---

<sup>2</sup> Occorre tenere presente che ai servizi territoriali vanno aggiunti, per quanto riguarda il sistema ASL, i **SIS** Servizi impiantistici e di sicurezza che hanno funzioni di verifica e controllo degli impianti di sollevamento (gru, piattaforme elevabili, etc ), impianti elettrici, apparecchi a pressione.

Si tratta di circa 1000 operatori tra ingegneri e tecnici della prevenzione ( ma su questi servizi nemmeno il Coordinamento delle Regioni ha dati completi per tutte le realtà regionali), che tutt'oggi hanno un impiego importante ma limitato nelle tematiche affrontate.

Occorre anche che in ogni regione funzioni il Comitato Regionale di coordinamento ex art. 7 del Dlgs 81/08 così come era stato previsto dal DPCM del 17 dicembre 2007 pubblicato sulla G.U. n. 3 del 4 gennaio 2008 " Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro " , un importante provvedimento che delinea in maniera specifica le azioni che le Regioni devono attuare per dare luogo compiutamente al mandato che la legge stessa assegna a loro in questa materia.

**Le forze in casa INAIL.** La tabella del Sole 24 Ore del 5 ottobre 2008 assegna ad **INAIL circa 10.000 dipendenti**. Togliendo dalla operatività "sul campo" i **9.000 amministrativi** di vario livello ed i circa **550 medici legali e medici del lavoro INAIL**, che hanno il compito di valutare esiti e postumi di infortuni e riconoscimenti di malattie professionali , rimangono le figure operative tecniche. Si tratta di **circa 300 tecnici CONTARP** (196 professionisti laureati e 17 periti tecnici) , **circa 150 tecnici della CTE** ( edilizia). **Le forze in casa ISPESL:** complessivamente circa **1100** persone, di cui **800 definibili come personale strutturato e 300 non strutturato** Dei primi circa 600 sono tecnici che comprendono gli operatori della sede centrale a Roma che quelli dei Dipartimenti periferici che hanno compiti di vigilanza ed omologazione, strutture, queste ultime in molti casi in disarmo e fortemente deprivate di risorse.

Ad essi **si aggiungono i tecnici in carico al sistema ARPA.**

**Vi sono aziende molto grandi per fatturato e numero di lavoratori ma con rischi minimi per i quali alcuni processi possono essere molto semplificati, e viceversa microaziende dove i rischi sono ancora molto rilevanti.**

Riteniamo vadano recuperati riferimenti al rischio tipico dei differenti settori produttivi ed economici

**Il riferimento possibile è ai criteri con cui INAIL tipizza i vari settori produttivi** con indici complessivi di rischio per gli infortuni. Vanno, su questa strada, costruiti indicatori legati ai cicli produttivi, alla rischiosità dei cicli in sé e delle materie prime utilizzate

Per la Pubblica Amministrazione ed altre attività aperte al pubblico, va integrato il rischio per i lavoratori con quello **legato alla presenza di utenti.**

L'aumento del dato infortunistico nel settore dei "Servizi" va analizzato per quello che è: un addensamento del rischio nelle aziende di fornitura di lavoratori.

Si conferma la novità della **vulnerabilità delle forme del lavoro atipico.**

**Va affrontata la questione dei lavori stressanti e faticosi, dei lavori ad elevata responsabilità:** elenco a geometria variabile, che si profila sia se si parla di **lavori usuranti e anticipi di pensionamento**, sia se si parla di accertamenti per tossico-alcool-dipendenza.

Caso mai si tratta di trovare i modi per supportare le aziende che hanno poche competenze specifiche interne. **Fondamentale diviene il ruolo territoriale di ASL, associazioni datoriali e sindacali, così come quello delle associazioni professionali** nel costruire reti territoriali di supporto alle piccole aziende.

**La sicurezza e la tutela della salute devono fare parte della gestione normale delle attività aziendali.**

*Sono un "modo" di lavorare e non una serie di procedure e strutture che si aggiungono alle normali procedure di lavoro per porre vincoli più o meno determinati per legge.*

**Non esistono procedure di sicurezza, ma buone procedure di lavoro,** che consentono di perseguire le finalità di quella attività in sicurezza.

**In questo senso la formazione sui rischi e su come gestirli è parte inscindibile della formazione e addestramento continuo al lavoro** che si attua in azienda. Non ha senso una formazione alla sicurezza totalmente separata dall'addestramento al lavoro.

Questo concetto si scontra con la cultura attuale di molte aziende che vedono la sicurezza e la salute solo come vincolo e come costo, una *sovra-struttura.*

## La questione Agenzia

Ciclicamente e anche negli ultimi tempi da fonti autorevoli (oggi Ministero del Welfare ) si avanza l'ipotesi di una Agenzia unica per la prevenzione. La proposta emersa molti anni fa ancora prima del referendum che ha tolto le ARPA (e la tutela dell'ambiente esterno) dal sistema sanitario, oggi appare piuttosto centralistica e quasi militare, come se centralizzare a "Roma" tutto il sistema e la dipendenza degli operatori riuscisse a risolvere il problema degli infortuni.

Sicuramente la proposta della Agenzia nasce da una realtà di forte disomogeneità a livello regionale, come se anche la prevenzione fosse parte di una "malasanità", disomogeneità di applicazione delle norme, di utilizzo delle risorse; disomogeneità che ha visto da 33 anni la nascita a Milano (1975 - Convegno sui rischi in siderurgia) del Coordinamento degli Operatori della prevenzione e poi nel 1985 la storica loro associazione SNOP che tanto ha dato e tanto ha promosso per la omogeneizzazione territoriale, regionale e nazionale con incontri, seminari, rivista iniziative e poi la nascita di altre associazioni di operatori pubblici (AITEP, ANMELP, AIREPSA, ecc.).

Così come negli ultimi 10 anni il Coordinamento delle Regioni ha cercato di dare corpo a questi temi importanti: sistema informativo regionale, uso delle risorse, programmi, omogeneità di comportamenti, formazione.

Purtroppo le ultime sortite sulla vigilanza "ammorbida" per la DPL ci fanno pensare che a livello centrale non si voglia investire ma spegnere le iniziative.

**Crediamo invece che sia proprio nella conoscenza del territorio, nei rapporti con le forze sociali e le amministrazioni e le istituzioni locali, che possa nascere anche dal basso una partecipazione e un lavoro utile per la prevenzione.**

**Non possiamo confondere la vigilanza amministrativa sulla correttezza dei rapporti di lavoro, sul rispetto dei contratti e dei profili orari, con la vigilanza sui contenuti della prevenzione, complessa per la varietà dei temi tecnici, sanitari, scientifici in gioco.**

**Crediamo quindi che il punto di forza del sistema pubblico di prevenzione stia proprio nei suoi legami e conoscenza del territorio; come abbiamo cercato di spiegare in queste note si tratta di un sistema multi e interdisciplinare che ha i suoi cardini proprio nella presenza contemporanea di figure sanitarie e tecniche.**

**La questione dell'Agenzia prevede, comunque, la necessità di un ulteriore approfondimento, tenendo conto delle competenze costituzionali e degli orientamenti e delle esperienze a livello europeo, in tema sia di salute e sicurezza sul lavoro sia di tutela ambientale.**

## Le *Figure* professionali

### RSPP e ASPP

**I Responsabili e gli addetti al servizio di prevenzione e Protezione aziendale sono stimabili in circa 100.000 unità a livello nazionale.**

A questo proposito la CIIP ha elaborato proposte specifiche per armonizzare i contenuti professionali di RSPP/ASPP operanti nei due sistemi, pubblico e privato, così come delle altre figure professionali della prevenzione, presentate ai Ministeri competenti e in sede di Conferenza Stato-Regioni.

#### A) ASPETTI POSITIVI

- Modifica della definizione (Art. 2, comma 1, lettera f)), con riferimento alla diretta dipendenza (“*risponde*”) al datore di lavoro
- Mantenimento della funzione di coordinamento del servizio e, conseguentemente, assenza di sanzioni, limitatamente alla funzione di RSPP
- Mantenimento della funzione di interfaccia (*d’intesa*) del datore di lavoro per l’elaborazione del DVR e del DUVRI

#### B) ASPETTI MIGLIORABILI

- Ulteriore miglioramento della definizione (*e per assisterlo nell’eventuale implementazione dei Sistemi di Gestione della Sicurezza e Salute sul lavoro di cui all’articolo 30*)
- Modifica dei sinottici di cui all’accordo Stato Regioni del 26/01/2006
- Introduzione del cd. Modulo “B-0”
- Indicazione di un aggiornamento periodico annuale (es. minimo 8 ore/anno), indipendentemente dal macrosettore Ateco
- Istituzione del “*Registro RSPP*” (nazionale e a ripartizione regionale, sulla base della loro qualificazione, secondo le indicazioni contenute nell’articolo 32. Il registro riporta i codici ATECO di competenza e le eventuali ulteriori specializzazioni
- Revisione e precisazione degli obblighi formativi e di aggiornamento del datore di lavoro/RSPP

#### C) ASPETTI CRITICI

- Eliminare l’esonero per le lauree oggi previste (escluse quelle relative alla “*Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro*”)
- Reintrodurre l’obbligo di invio della nomina del RSPP e del relativo curriculum, almeno alla ASL e all’Ente gestore del già indicato “*Registro RSPP*”
- Eliminazione dell’obbligo di visitare i luoghi di lavoro, congiuntamente con il Medico competente.

## **PROGETTISTI (art. 22) e Qualificazione appalti (art. 26)**

All'art. 22, *Obblighi dei Progettisti*: prevedere il rispetto anche delle norme tecniche emanate dagli organismi di cui all'allegato IX.

All'art. 22, c. 1, lettera a), punto 2, *contratti d'appalto o d'opera o di somministrazione*: prevedere l'acquisizione dell'autocertificazione dell'impresa appaltatrice o dei lavoratori autonomi del possesso dei requisiti di idoneità tecnico professionale di cui all'Allegato XVII

All'art. 22, c. 5, *costi relativi alla sicurezza*: indicare quelli connessi allo *specifico appalto*.

## **MEDICO COMPETENTE e Sorveglianza sanitaria**

### **A) ASPETTI POSITIVI**

- Valorizzazione del ruolo del medico nel contesto aziendale e come attore della prevenzione
- Definizione dei titoli e requisiti necessari all'esercizio delle funzioni del medico
- Maggior coinvolgimento nel processo di Valutazione dei rischi
- Miglior definizione delle modalità di esecuzione della sorveglianza sanitaria
- Concetto di una cartella sanitaria e di rischio che può seguire il lavoratore in tutto l'arco della sua vita lavorativa

Le innovazioni positive sono tuttavia spesso inficiate dalle modalità applicative e burocratiche previste che vanno superate, per non vanificarne l'efficacia o costituire un vero e proprio ostacolo ad un corretto esercizio della professione.

### **B) ASPETTI MIGLIORABILI**

#### **B.1) Collaborazione del Medico Competente alla Valutazione dei Rischi**

Dalla lettura combinata delle varie norme che nel TU riguardano la valutazione dei rischi, emerge un ruolo ancora ambiguo del medico competente: **non in tutte le disposizioni è sancita la sua auspicata collaborazione con datore di lavoro e RSPP in tutto il processo di valutazione dei rischi e per tutti i rischi, sin dalle fasi di impostazione e in occasione dei successivi aggiornamenti.**

Auspichiamo al contrario un **ruolo attivo del medico in tutto il processo di valutazione dei rischi ed ancor più nelle fasi di analisi e di programmazione delle attività di monitoraggio dei rischi, in particolare quello ambientale** (rischio da agenti chimici, fisici e biologici).

Solo al termine del processo di valutazione sarà possibile individuare quelle situazioni che non richiedano una specifica sorveglianza sanitaria obbligatoria.

Solo in questo modo la figura del medico potrà essere pienamente integrata nei processi preventivi aziendali, con pari dignità, doveri e poteri delle altre figure di collaborazione al datore di lavoro previste dalla normativa.

Queste ambiguità, insieme a quanto espresso nel successivo punto 4, rischiano di confinare il medico nel ruolo di chi pedissequamente esegue le viste previste automaticamente per legge.

## B.2) Sorveglianza Sanitaria

Nel T.U. coesistono due definizioni di “sorveglianza sanitaria”: quella dell’art. 2, comma 1, lettera m) e quella dell’art. 222, comma 1, lettera f).

La definizione dell’art. 222, comma 1, lettera f) ci sembra più adeguata perché delinea meglio l’ambito e lo scopo della misura di tutela “sorveglianza sanitaria”. Per l’emendamento da proporre vedi documento 2.

La sorveglianza sanitaria è prevista solo nei casi previsti dalla normativa vigente, dalle direttive europee nonché dalle indicazioni fornite dalla Commissione consultiva di cui all’articolo 6 (art. 41 comma 1).

**E’ auspicabile superare il concetto che la sorveglianza sanitaria sia solo un obbligo normato per legge** e privilegiare una sorveglianza sanitaria intesa come misura di tutela e di prevenzione/protezione di tutti i rischi e quindi configurata sulla valutazione degli stessi.

**Si propone di ritornare alla formulazione proposta in precedenza in cui la sorveglianza sanitaria era consentita (e conseguentemente obbligatoria) a fronte di rischi valutati nell’apposito documento, anche se non specificamente citati dalla normativa, purché tecnicamente e professionalmente motivata come misura di prevenzione.**

## B.3) Alcolismo e Tossicodipendenza

L’attuazione dei controlli sanitari atti a determinare l’assenza di uso di sostanze alcoliche e stupefacenti o psicotrope risulta ancora quasi totalmente disattesa, con un livello di disorientamento, confusione e impossibilità di organizzare efficacemente tali disposizioni molto diffuso tra i datori di lavoro, i medici d’azienda e gli organi di vigilanza.

Ciò è dovuto non tanto al D.Lgs. 81/08 (*dove comunque un emendamento si impone*), ma piuttosto alle disposizioni attuative emanate dalla Conferenza Stato/Regioni che, specie per la tossicodipendenza, risultano praticamente impossibili da applicare, come del resto già ampiamente previsto dai medici del lavoro che hanno avuto modo di visionare i documenti preparatori preliminari.

## C) ASPETTI CRITICI E PROPOSTE

Individuazione dei punti più urgenti, qui solo riassunti.

### C.1) Gestione della Cartella Sanitaria

- Luogo di custodia
- Consegna alla cessazione del rapporto di lavoro
- Modello di cui all’allegato 3a

Gli argomenti sono ampiamente discussi nel citato documento 2, dove si riportano anche le proposte concrete di emendamento.

### C.2) La Trasmissione dei Dati per Via Telematica

Trasmissione ai servizi competenti per territorio delle informazioni sulla sorveglianza sanitaria  
(allegato 3b)

Vi è il rischio concreto che tra non molto i servizi territoriali siano sommersi da una mole imponente di dati totalmente difforni nella forma e nei contenuti, in condizioni di assoluta impossibilità di utilizzarli o di semplicemente riceverli.

**Si impone quindi un differimento dei termini previsti**, che consenta ad un apposito tavolo tecnico, ove siano rappresentati tutti gli operatori professionali e gli organi di vigilanza, di **elaborare un modello razionale su base nazionale**. Occorre inoltre **prevedere congrui tempi di sperimentazione** da attuarsi progressivamente, utilizzando dapprima alcuni ambiti territoriali

ristretti e privilegiando alcuni settori o comparti. Solo al termine di tale sperimentazione, validata dal consenso dei partecipanti, sarà possibile istituire un modello epidemiologico complessivo. Occorre ovviamente prevedere risorse umane e economiche sia per i “datori” che per i “riceventi” che consentano un minimo di possibilità di effettivo funzionamento del sistema

#### Trasmissione della documentazione sanitaria a ISPESL

Valgono analoghe considerazioni di cui al punto precedente

**C.4) Altri punti critici**, anche se al momento meno rilevanti e urgenti, sono:

- La nomina del medico competente, che dovrebbe essere obbligo non delegabile a carico del datore di lavoro
- La definizione di salute (art. 2 comma 2 lettera o)
- Primo Soccorso

## **Associazioni operanti nel settore della Sicurezza e Salute sul lavoro** (di rilevanza e livello nazionale)

Si propone di introdurre una **esplicita previsione** delle **Associazioni operanti nel settore della Sicurezza e Salute sul lavoro** (di rilevanza e livello nazionale), in forma omologa con quanto già esistente per le Associazioni operanti in campo ambientale (art. 13 della Legge n. 349/86).

**Tra i compiti affidabili alle Associazioni operanti nel settore della Sicurezza e Salute sul lavoro, si indicano, a titolo esemplificativo:**

- Possono promuovere richiesta di “interpello” (Art. 12) e contribuire alle azioni di promozione (art. 11) e del SINP (art. 8)
- collaborano con il sistema istituzionale le parti sociali, le università, gli ordini e i collegi, le associazioni professionali qualificate operanti nel settore della prevenzione dai rischi
- possono essere chiamate a fornire il loro contributo per la promozione delle normative e la redazione delle linee guida e buone prassi, e promuovere certificazioni volontarie dei professionisti anche in collaborazione con altre associazioni europee
- possono promuovere Corsi di Formazione per RSPP/ASPP e per tutte le figure della Prevenzione
- possono partecipare alla elaborazione e alla diffusione della cultura della prevenzione, a partire dalle scuole di ogni ordine e grado.

---

**In allegato:**

**1) dati degli operatori dei servizi di prevenzione delle ASL**

**2) proposte di modifica specifiche per:**

**- TITOLO II, luoghi di lavoro**

**- Titolo III, Attrezzature**

**- Titolo IV, Cantieri ed Edilizia**

**Seguono altri Titoli**