

Atti del Convegno di studi su:

# **La sicurezza in ambito ospedaliero nell'ottica della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali**

*(Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" FBF - Benevento, 25 ottobre 2002)*

a cura di **FERNANDO PANARESE**



LA SICUREZZA IN AMBITO OSPEDALIERO NELL'OTTICA DELLA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI E DELLE MALATTIE PROFESSIONALI





ATTI DEL CONVEGNO DI STUDI SU:

**LA SICUREZZA IN AMBITO OSPEDALIERO  
NELL'OTTICA DELLA PREVENZIONE DEGLI  
INFORTUNI E DELLE MALATTIE PROFESSIONALI**

(Benevento, Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" FBF , 25 ottobre 2002)

a cura di FERNANDO PANARESE



Roma, dicembre 2003



# INDICE

## SEDUTA INAUGURALE

Prolusione di ADRIANA SORRENTINO .....	Pag.	11
Saluto di Fra ALBERTO ANGELETTI .....	»	13
Introduzione di VINCENZO MARTIGNETTI .....	»	15

## I<sup>a</sup> SESSIONE LA GIURISPRUDENZA E LA NORMATIVA IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LAVORO ALLA LUCE DELLA PIÙ RECENTE LEGISLAZIONE

GIOVANNI TARTAGLIA POLCINI .....	»	21
La responsabilità in tema di Sicurezza sul lavoro		
FRANCESCO PALLOTTA .....	»	39
Ruolo della vigilanza in ambito ospedaliero		
RAFFAELE PENNAROLA .....	»	45
La sorveglianza sanitaria nella radioprotezione		

## II<sup>a</sup> SESSIONE GLI INFORTUNI E LE MALATTIE PROFESSIONALI IN AMBITO OSPEDALIERO

ADRIANA SORRENTINO .....	»	59
L'evento infortunistico quale spia dello stato di benessere del lavoratore e della sicurezza in ambiente di lavoro		
BRUNO GRIECO .....	»	67
Il giudizio di idoneità alle mansioni specifiche		
VINICIO LOMBARDI .....	»	85
Mansione lavorativa e giudizio di idoneità con prescrizione nell'ospedale "Sacro Cuore di Gesù" di Benevento nel biennio 2001-2002		
UMBERTO BOLOGNESI, LUCIANO BOLOGNESI, MERCEDES ROMANO .....	»	93
Indagine sull'incidenza di patologie muscolo-scheletriche su un gruppo di infermieri: problematiche inerenti l'idoneità specifica alla mansione e la valutazione del danno biologico in ambito INAIL		
PIETRANTONIO RICCI, FERNANDO PANARESE .....	»	99
Infortunati e malattie professionali in ambito ospedaliero. Un aspetto particolare: il <i>mobbing</i>		

## RELATORI E MODERATORI

### **Bruno Grieco**

Professore Associato  
Docente di Medicina del Lavoro  
Università “Federico II” Napoli

### **Vinicio Lombardi**

Medico competente  
Dottore di Ricerca in Scienze Biologiche Forensi  
Università “Federico II” Napoli

### **Vincenzo Martignetti**

Presidente Ordine dei Medici Benevento

### **Maria Vittoria Montemurro**

Dirigente Agenzia Regionale Sanitaria

### **Francesco Pallotta**

Dirigente Medico  
Servizio di Medicina del Lavoro ASL BN1

### **Raffaele Pennarola**

Professore Associato  
Docente di Radioprotezione e Medicina del Lavoro  
Università “Federico II” Napoli

### **Ruggero Pilla**

Procuratore della Repubblica in Benevento

### **Pietrantonio Ricci**

Presidente dell’Istituto Italiano di Medicina Sociale  
Prof. Ordinario di Medicina Legale  
Università Magna Grecia - Catanzaro

### **Goffredo Sciaudone**

Prof. Ordinario di Medicina Legale  
Direttore delle scuole di specializzazione  
di Medicina Legale e Medicina del Lavoro  
Seconda Università di Napoli

### **Adriana Sorrentino**

Direttore Sanitario  
Ospedale “Sacro Cuore di Gesù” FBF, Benevento

### **Giovanni Tartaglia Polcini**

Sostituto Procuratore della Repubblica, Benevento

PROGRAMMA

Ore 9.00

Apertura dei lavori

- **Dr.ssa Adriana Sorrentino**

Ore 9.15

Saluto

- **Fra Alberto Angeletti**  
Primo Ospedale "Sacro Cuore di Gesù"  
Falconara di Stabia - Brindisi

Ore 9.30

Introduzione

- **Dr. Vincenzo Martignetti**  
Presidente Ordine dei Medici Brindisi

**I SESSIONE**

**La giurisprudenza e la normativa  
in materia di sicurezza sul lavoro  
alla luce della più recente legislazione**

Moderatore:

- **Prof. Goffredo Sciaudone**

Ore 9.45

- **Dr. Giovanni Tartaglia Polcini**  
*La responsabilità in tema di sicurezza sul lavoro*

Ore 10.05

- **Dr. Francesco Pallotta**  
*Ruolo della vigilanza in ambito ospedaliero*

Ore 10.25

- **Prof. Raffaele Pennarola**  
*La sorveglianza sanitaria di radioprotezione*

Ore 10.45

Discussione

Ore 11.00

Coffee Break

**II SESSIONE**

**Gli Infortuni e le malattie professionali  
in ambito ospedaliero**

Moderatore:

- **Prof. Pietrantonio Ricci**

Ore 11.30

- **Dr.ssa Adriana Sorrentino**  
*L'evento infortunistico quale spia  
dello stato di benessere del lavoratore  
e della sicurezza in ambiente lavorativo  
"Ospedale Sacro Cuore di Gesù FBF"*

Ore 11.50

- **Prof. Bruno Grieco**  
*Il ruolo del Medico competente nel giudizio d'idoneità  
dell'operatore sanitario*

Ore 12.10

- **Dr. Vinicio Lombardi**  
*Manuale lavorativo e giudizio di idoneità: stato  
dell'arte presso l'Ospedale Sacro Cuore di Gesù*

Ore 12.30

Discussione

Ore 13.00

Break

Ore 14.30

TAVOLA ROTONDA:

**L'Ospedale è un ambiente sicuro?**

Presidente:

- **Dr. Ruggero Pilla**  
Procuratore della Repubblica

Moderatori:

- **Prof. G. Sciaudone - Prof. P. Ricci**  
Dr.ssa M.V. Montemurro  
Sost. Proc. G. Tartaglia Polcini  
Dr. F. Pallotta - Dr.ssa A. Sorrentino

Ore 16.30

Discussione e conclusioni

- **Dr. Ruggero Pilla**



## **SEDUTA INAUGURALE**



## PROLUSIONE

di **Adriana Sorrentino**,

*Direttore Sanitario dell'Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" - FBF, Benevento*

L'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro, organo dell'Unione Europea, ha organizzato una settimana comune per tutti i paesi membri per la divulgazione delle problematiche inerenti alla sicurezza e alla tutela della salute sui luoghi di lavoro. La Presidenza del Consiglio dei Ministri con circolare 10 Settembre 2002 ha individuato dal 21 al 25 ottobre 2002 la "settimana europea" che si articolerà in una serie di iniziative e manifestazioni su tutto il territorio nazionale.

Il convegno, sul tema "La sicurezza in ambito ospedaliero nell'ottica della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali" ricade proprio nella giornata conclusiva di tale importante iniziativa.

Tale incontro - dibattito si avvale della partecipazione di illustri relatori e rappresenta un'occasione propizia per dare massima diffusione alle tematiche sulla sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro.

La sicurezza oggi è un tema imprescindibile per qualunque attività lavorativa e ancorpiù per quella sanitaria e quindi ospedaliera.

Fare "la sicurezza" in Azienda vuol dire usare le proprie competenze tecnico-scientifiche mediante sistemi di comunicazione adeguati; avere la capacità di trasformare in risorsa un tema che spesso è stato trattato esclusivamente come un costo cioè un problema.

Il fine ultimo è individuare i rischi che il lavoratore può incontrare nello svolgimento delle proprie attività, e questo potrà essere di aiuto nell'adottare metodi e procedure di lavoro per la difesa della salute di tutta la popolazione ospedaliera

Obiettivo del convegno odierno è quello di fornire elementi di riflessione e di valutazione dei rischi nell'ambiente di lavoro ospedaliero e di confermare che la sicurezza è al centro di qualunque attività professionale e dirigenziale oltre a rappresentare, allo stato, anche una importante prospettiva di lavoro derivante

dalla Legge 1/2002 che riconosce anche agli igienisti ed ai medici legali, come già ai medici del lavoro la funzione di Medico Competente.

L'Ospedale è un contesto molto particolare, ove il problema sicurezza è più sentito e complesso proprio perché vi lavorano tantissime persone che fanno le cose più diverse, oltre che curare molte persone contemporaneamente, perciò riteniamo necessario coinvolgere sempre più il personale nella formazione e nell'informazione, ciascuno per il proprio livello di responsabilità.

# SALUTO

di **Fra Alberto Angeletti,**

*Priore dell'Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" - FBF, Benevento*

Da sempre l'ambito del lavoro costituisce – insieme alla sfera delle relazioni familiari, sociali e spirituali – una delle dimensioni fondamentali dell'esistenza. Spesso percepito come una “condanna” (anche sulla scia di una malfondata esegesi biblica) o come semplice strumento con cui appagare i bisogni vitali primari, esso costituisce in realtà un luogo essenziale in cui l'uomo esprime se stesso, si realizza e contribuisce al progresso e alla crescita della società.

Nell'ottica cristiana poi, il lavoro umano che nella *Laborem Exercens* il Santo Padre definisce specifica vocazione dell'uomo (cf. *LE* n.6) costituisce una vera e propria partecipazione all'atto creativo di Dio. Egli, infatti, pone l'uomo nel simbolico giardino del mondo perché “lo custodisca e lo coltivi” (cf. *Gen* 2, 15). Non solo ma Dio stesso, secondo l'arcaico antropomorfismo della Genesi, “lavora” alla Creazione tanto che il settimo giorno si riposa.

Purtroppo, però, una concezione così elevata del lavoro umano si scontra spesso con una ben diversa realtà esistenziale fatta di precarietà, di disoccupazione, di sotto-occupazione, di sfruttamento, ecc. che rendono il lavoro o la sua inadeguatezza un peso difficile da sopportare. Tale disagio si estremizza ulteriormente quando il lavoro diventa addirittura causa di malattia per un infortunio o per una malattia professionale.

Se esiste un generico dovere di prevenire la malattia, tale dovere si fa ancora più urgente per tutte quelle patologie, come quelle a vario titolo indotte dal lavoro, che possono essere prevenibili.

Dice un luogo comune (che tuttavia ha un suo fondamento) che “prevenire è meglio che curare”. Tale superiorità della prevenzione riconosce molti fattori. Innanzitutto quello di ordine generale per cui lo star bene in salute deve ritenersi sempre condizione preferibile al recuperare una salute persa, anche ove ciò sia possibile. In secondo luogo perché ogni patologia comporta un carico di sofferenze personali, familiari e sociali che bisogna con ogni sforzo evitare. E, infine,

ma non di secondaria importanza, per i costi della cura enormemente superiori a quelli della prevenzione, basti pensare a un'adeguata campagna di stampa contro il fumo rispetto alla cura dei tumori polmonari e allo screening di massa del PAP test rispetto alla terapia dei tumori uterini.

Si è soliti suddividere la prevenzione in tre tipologie: primaria, secondaria e terziaria che è possibile delineare anche nell'ambito delle problematiche che verranno discusse in questo Congresso.

*La prevenzione primaria* persegue il fine di impedire l'insorgenza delle malattie: la sfera di intervento si esplica quindi in una fase antecedente al determinarsi delle stesse. Tale forma di prevenzione si attua non solo nei confronti dell'uomo ma anche dell'ambiente inteso nel significato più ampio dell'accezione, come il complesso di condizioni caratterizzanti l'esistenza di una determinata collettività. Quindi interessano a pieno titolo questo settore i problemi dei tempi e dei ritmi di lavoro, della radio-protezione, degli infortuni e degli incidenti lavorativi, dell'azione patogena della convivenza, dei rumori, degli assetti posturali rispetto alle risorse informatiche, ecc.

*La prevenzione secondaria* si riferisce essenzialmente alla cosiddetta *diagnosi precoce*. Anche se i suoi ambiti applicativi si orientano prevalentemente alle malattie neoplastiche o dismetaboliche anche in ambito lavorativo possono esserci condizioni in cui una diagnosi precoce della patologia può costituire certamente una valida forma di prevenzione.

*La prevenzione terziaria* infine si identifica in pratica con i concetti di recupero e riabilitazione, anch'essi di particolare importanza, in ambito infortunistico soprattutto per ciò che riguarda il recupero della motilità o di altri aspetti della vita di relazione.

Come si vede da questa sommaria elencazione, che certamente avrete modo di approfondire nell'ambito dei vostri lavori si tratta di un settore che giustamente è ormai di pertinenza non solo del sanitario ma anche del legislatore, del magistrato, del medico-legale per gli importanti risvolti giuridici che esso assume e che fanno della "Infortunistica" e della "Medicina del lavoro" specifiche branche della Medicina odierna.

Proprio per questo come Fatebenefratelli non possiamo che compiacerci di questa iniziativa augurandoci che da questa giornata possano scaturire nuove acquisizioni e stimoli per servizio all'uomo (e in questo caso all'uomo-lavoratore) sempre più conforme al carisma di San Giovanni di Dio e, in ultima analisi, allo spirito evangelico.

# INTRODUZIONE

di **Vincenzo Martignetti**

*Presidente dell'Ordine dei Medici di Benevento*

Ho il piacere di portare il saluto dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Benevento agli organizzatori, ai relatori ed ai partecipanti di questo interessante convegno dedicato alla prevenzione dei rischi in ambito ospedaliero.

L'Ospedale Fatebenefratelli di Benevento ha avviato da molti anni una serie di iniziative dedicate all'aggiornamento scientifico degli operatori sanitari. L'aggiornamento è per il medico una necessità derivante dal sempre più incessante divenire delle conoscenze, che corrisponde anche ad un preciso obbligo deontologico. L'obbligo deontologico è recentemente divenuto anche obbligo giuridico. Il medico dipendente e convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a partecipare ai programmi di educazione medica continua acquisendo crediti formativi, dieci per l'anno in corso, fino a 150 nell'arco dei prossimi cinque anni.

Ecco quindi che l'odierno incontro, dedicato a temi di grande interesse, assume rilievo anche nell'ottica dell'ECM.

Non voglio sottrarre tempo alle relazioni che, in una prospettiva interdisciplinare, tratteranno gli aspetti sanitari, giuridici e pratici della prevenzione dei rischi in ambito ospedaliero. Mi limiterò ad introdurre il tema tratteggiando brevemente il profilo storico ed evolutivo della prevenzione dei rischi da lavoro nel nostro paese, a sottolineare alcuni aspetti del rischio connesso all'organizzazione del lavoro in ospedale, e a delineare i nuovi compiti che la legge ha recentemente attribuito ai medici-legali e agli igienisti.

Il Decreto legislativo n. 626 del 19 settembre 1994 recepisce in Italia otto direttive della CEE finalizzate a promuovere la salute e la sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro. La prima direttiva riguarda le misure necessarie in generale per la prevenzione durante il lavoro mentre le altre sette direttive riguardano invece rischi e aspetti specifici del lavoro stesso.

Il Decreto 626/94 ha rappresentato l'approdo di un percorso evolutivo non sempre lineare della legislazione in materia di prevenzione.

Le prime norme in materia di igiene del lavoro risalgono agli anni 50. Nel 1955 e nel 1956 furono emanati due DPR, in piccola parte ancora vigenti, che affrontavano il problema della prevenzione in un modo, per così dire, guardingo e pieno di cautele, anche lessicali. In definitiva, abbondavano nell'articolato locuzioni che rimettevano alcune azioni alle concrete possibilità dell'azienda. La prevenzione entrava nel nostro ordinamento "per quanto possibile". Questa impostazione derivava, chiaramente, dall'esigenza di non gravare sui costi delle imprese in un particolare periodo storico e sociale che oggi ricordiamo come "boom economico". Ciononostante, alcuni principi irrinunciabili della prevenzione vennero chiaramente enunciati. Ad esempio furono introdotte le visite preventive e periodiche dei lavoratori addetti ad attività rischiose. Ciò che restava in secondo piano era l'idoneità degli ambienti di lavoro.

Le lotte sindacali degli anni settanta rappresentarono un punto di svolta. I lavoratori e la società nel suo complesso divennero consapevoli di quanto fosse importante tutelare la salute sui luoghi di lavoro. Le esigenze della produzione non potevano essere sacrificate al benessere economico. Nel 1978 la Corte Costituzionale scriverà che la salute è un bene prioritario ed assoluto che deve valere anche nei rapporti tra privati, e nello stesso anno la riforma sanitaria, la legge 833, sancirà questa rinnovata attenzione per la salute sui luoghi di lavoro.

La salute non può essere sacrificata agli interessi economici. La prevenzione, quindi, deve riguardare non solo l'idoneità dei lavoratori, ma anche e soprattutto l'idoneità dei luoghi di lavoro.

La legge 633 del 1978 affidava ai servizi di Medicina del Lavoro delle USL i compiti di individuare i rischi in ambito lavorativo, ferme restando le responsabilità dei datori di lavoro, tenuto al rispetto delle norme, già obsolete, in materia di igiene del lavoro.

Anche la sorveglianza sanitaria, vale a dire ciò che oggi fa il medico competente, era devoluto alle USL.

Questo modello organizzativo ha dato risultati non sempre brillanti e, soprattutto non ha dato risultati omogenei su tutto il territorio nazionale.

Il Dlgs 626 attribuisce, invece, autonomia e responsabilità alle aziende e agli stessi lavoratori, che diventano i protagonisti di un circuito virtuoso rivolto alla prevenzione, operante in una cornice normativa meno vaga rispetto a quella degli anni 50. Allo Stato viene restituito un compito di vigilanza attiva che mira più alla prevenzione che alla repressione delle violazioni.

Ed infatti, quando l'organo di vigilanza accerta una violazione, non adotta immediatamente le sanzioni, ma pone al datore di lavoro l'obbligo di adempiere entro un tempo prestabilito. Solo il perdurante inadempimento viene sanzionato.

Il secondo tema sul quale vorrei richiamare la vostra attenzione è relativo ad un aspetto particolare del rischio in ambiente ospedaliero.

Accanto ai rischi più noti e studiati, il rischio biologico e il rischio chimico,

sta assumendo sempre maggiore rilevanza negli ultimi anni il cosiddetto rischio organizzativo. Ai temi ben noti all'igiene del lavoro, riguardanti il lavoro a turni, il lavoro notturno e lo stress da lavoro nelle strutture sanitarie, si aggiunge oggi il burn out e il mobbing in tutte le sue variegate articolazioni.

La moderna organizzazione del lavoro, anche nelle strutture sanitarie, può risultare nociva per la salute e il benessere dei lavoratori, così come lo era il lavoro industriale alla catena di montaggio,

La conoscenza e la prevenzione di questi fenomeni può essere ottenuta con specifiche azioni che rendano l'organizzazione più a misura d'uomo. Non va trascurato il fatto che il benessere del lavoratore si traduce in migliori performance per l'azienda e in migliore qualità del servizio sanitario offerto al cittadino.

Un ultimo cenno, avviandomi a concludere, vorrei dedicare al ruolo che la legge ha attribuito recentemente agli specialisti in igiene e in medicina legale.

Dopo circa dieci anni questi sanitari vengono equiparati al medico del lavoro. Essi possono, quindi, svolgere funzioni di medico competente. L'invito che rivolgo a questi specialisti, che certamente posseggono le basi culturali e scientifiche per affrontare i nuovi compiti, è quello di curare in modo particolare l'aggiornamento e la formazione. Ciò in quanto la legge attribuisce rilevanti responsabilità al medico competente, alle quali deve corrispondere una preparazione professionale elevata ed appropriata.

Rinnovo a voi tutti il caloroso saluto dei medici sanniti con i migliori auguri di buon lavoro.



I<sup>a</sup> SESSIONE

**LA GIURISPRUDENZA E LA NORMATIVA  
IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LAVORO  
ALLA LUCE DELLA PIÙ RECENTE LEGISLAZIONE**



# LA RESPONSABILITÀ IN TEMA DI SICUREZZA SUL LAVORO

**Giovanni Tartaglia Polcini**

*Sostituto Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Benevento*

## Premessa

E' ormai trascorso un decennio dall'entrata in vigore dei principali decreti legislativi di recepimento delle direttive comunitarie in materia di prevenzione della sicurezza e dell'igiene nei luoghi di lavoro (<sup>1</sup>).

---

<sup>1</sup> Con il recepimento delle direttive sociali, e cioè delle tredici direttive comunitarie che fanno riferimento all'articolo 118A del Trattato istitutivo delle Comunità Europee, l'Italia ha difatti aggiornato il quadro normativo interno in tema di sicurezza e di igiene sui luoghi di lavoro.

Il recepimento delle direttive comunitarie rappresenta un onere particolarmente impegnativo in quanto comporta che, accanto all'applicazione dei provvedimenti comunitari, venga effettuato anche il loro coordinamento con la legislazione interna preesistente, con la conseguente modificazione ed abrogazione delle norme contrastanti.

A tale scopo lo strumento normativo fondamentale è costituito dalla legge 9 marzo 1986 (c.d. legge La Pergola). Questa legge prevede che entro il 31 gennaio di ogni anno il Ministro per il coordinamento delle politiche comunitarie verifichi lo stato di conformità dell'ordinamento interno a quello comunitario e proponga la presentazione di un disegno di legge avente ad oggetto "Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee" (c.d. legge comunitaria). Tale legge consente la modificazione o la abrogazione di norme contrastanti con provvedimenti delle Comunità europee alla cui attuazione lo Stato è tenuto, l'emanazione delle disposizioni (compresa la delega legislativa al Governo) occorrenti per dare esecuzione agli atti del Consiglio o della Commissione delle Comunità e l'autorizzazione al Governo ad attuare direttive o raccomandazioni in via regolamentare.

Ai nostri fini rileva in particolare l'attuazione delle direttive 89\391\CEE, 89\654\CEE, 89\655\CEE, 89\656\CEE, 90\269\CEE, 90\270\CEE, 90\394\CEE, 90\679\CEE, 93\88\CEE, 97\42\CE e 1999\38\CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro. (Il D. lgs 626 del 1994 è stato pubblicato in G.U. 12.11.1994, n. 265, s.o., n. 141). In ottica sistematica e per completezza, occorrerà rammentare che, in precedenza, in esecuzione rispettivamente della legge-delega 30 luglio 1990, n. 212 e della legge 29 dicembre 1990, n. 428 (legge comunitaria per il 1990), sono stati emanati il D. Lgs. 15 agosto 1991, n. 277 ed il D. lgs.

Nondimeno, la pratica quotidiana degli operatori di settore induce ancora oggi ad affermare che è mancata una vera e propria svolta culturale in detta materia.

---

25 gennaio 1992, n. 77, entrambi sulla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici durante il lavoro, in attuazione di parte delle direttive comunitarie in materia.

Soltanto in seguito, le leggi 19.2.92, n. 142 e 22.2.94, n. 146 hanno previsto il recepimento della direttiva-quadro 89/931 e di quelle emanate in sua attuazione, conferendo nel contempo delega al Governo di procedere, oltre che alla loro applicazione, anche ai necessari coordinamenti con la disciplina previgente. Proprio in esecuzione di tale delega è stato emanato il d. lgs. 19/9/94 n. 626. La direttiva 92/57 CEE è stata poi recepita con il decreto legislativo 494/96, più comunemente conosciuto come “*decreto cantieri*”. La direttiva 89/392 (c.d. *direttiva macchine*) e le successive modifiche sono poi state attuate con il D.P.R. 24.7.96, n. 459, sotto forma di regolamento, emanato ai sensi dell’art. 4 della l. 22.2.94, n. 146. Suddetto decreto è indirizzato ai costruttori di macchine ed individua tutti i requisiti di sicurezza che debbono essere posseduti dalle stesse ai fini della commercializzazione negli Stati membri della Comunità. Con il recepimento della direttiva 89/392/CEE, modificata successivamente dalla 91/368/CEE, dalla 93/44/CEE e dalla 93/68/CEE, avvenuto con il DPR 459/96, si è quindi inserita nel nostro ordinamento giuridico una serie di dati giuridici che consentono una più appropriata e definita valutazione del quadro normativo in tema di tecnologia applicabile ai luoghi di lavoro. Ancora, successivamente, la direttiva 96/82 CE relativa al controllo dei pericoli di incidenti rilevanti connessi con determinate sostanze pericolose è stata attuata nel nostro ordinamento con il d. lgs. 334 del 1999.

La produzione normativa comunitaria in materia di igiene e sicurezza del lavoro può ricondursi a due diverse parti del Trattato istitutivo della Comunità Europea.

Sul piano generale, difatti, si allude al capo terzo del titolo primo concernente le modalità di avvicinamento delle legislazioni nazionali, per la parte che produca “un’incidenza sull’instaurazione o sul funzionamento del mercato comune” (art. 100, come successivamente modificato ed aggiornato).

Sul piano specifico, invece, si richiama quanto previsto in sede di politiche sociali perseguite dalla Comunità, la quale tra i suoi scopi ha quello di “promuovere il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro della manodopera che consenta la loro parificazione nel progresso” (art. 117, primo comma, Trattato).

In esecuzione di tale principio, la Commissione esecutiva << ha il compito di promuovere una stretta collaborazione tra gli Stati membri nel campo sociale, in particolare per le materie riguardanti: ... il diritto al lavoro e le condizioni di lavoro, ... la protezione contro gli infortuni e le malattie professionali, l’igiene del lavoro >> (art. 118, primo comma del Trattato).

L’ intensità di tale politica è stata indubbiamente rafforzata con l’Atto unico europeo. E con l’inserimento nel Trattato dell’articolo 118 A secondo cui << gli Stati si adoperano per promuovere il miglioramento in particolare dell’ambiente di lavoro per tutelare la sicurezza e la salute dei lavoratori >>.

PADOVANI, Il nuovo volto del diritto penale del lavoro, in Riv. Trim. dir. pen. dell’economia, 1996. Sul punto v. anche BIAGI, L’ambiente di lavoro e la politica sociale comunitaria: il caso italiano, in Lav. dir., 1992, n. 2, pag. 242 e segg.; CERRETA-ORAZI, Profili evolutivi della tutela prevenzionistica, in Dir. lav., 1990, II, pag. 430; CULOTTA, Il sistema prevenzionale italiano dopo il recepimento in legge delle direttive comunitarie sui rischi lavorativi da piombo amianto e rumore, in Riv. crit. dir. lav., 1992, pag. 348,

GHERA, Appunti di diritto del lavoro, Bari, 1977, pag. 75. LAURIA, Manuale di diritto delle comunità europee, Torino, 1992, pag. 211, SARESELLA, Alcune riflessioni in tema di d. lgs. 626/94, di direttiva macchine e di fattibilità tecnologica, in Riv. crit. dir. lav, 1997, 9; SCIARRA, Diritti dei lavoratori e mobilità aziendale: la normativa europea, in AA. VV., Verso un diritto del lavoro europeo, Milano, 1993, 29.

In altri termini, la tanto pubblicizzata rivoluzione copernicana della prevenzione antinfortunistica, con la creazione di un nuovo diritto penale del lavoro, non ha pienamente sviluppato le proprie potenzialità <sup>(2)</sup>.

Le cause di siffatta parziale sconfitta sono molteplici. Esse risiedono soprattutto nella mancanza di cultura della prevenzione, più che in limiti di carattere tecnico degli strumenti normativi messi a disposizione dal sistema <sup>(3)</sup>.

In buona sostanza, l'impianto normativo è potenzialmente efficiente <sup>(4)</sup>: esso tuttavia rimane ancora frenato da alcune vischiosità e resistenze più culturali che burocratiche.

Non è revocabile in dubbio, di contro, che numerosi e consistenti successi siano stati raggiunti.

Le analisi dei dati statistici depongono in tal senso.

Orbene, proprio le resistenze di tipo informativo e culturale da un lato, così come i consistenti successi raggiunti dall'altro, inducono gli operatori di settore a approfondire ogni sforzo al fine di contribuire alla diffusione della cultura della prevenzione come valore in sé, come forma di manifestazione di diritto e di civiltà, che deve essere avvertita dai destinatari delle norme, più che come un inutile orpello, appesantimento ed ostacolo al raggiungimento degli utili di impresa, come un valore oggettivo ampiamente condiviso.

La divulgazione delle problematiche inerenti alla sicurezza ed alla tutela della salute sui luoghi di lavoro costituisce e deve integrare, quindi, ancora oggi, obiettivo primario in tutti e ciascuno i settori lavorativi, sia pubblici sia privati <sup>(5)</sup>.

Non è un caso, quindi, che il Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri abbia disposto con circolare del 10 settembre, n. 4 l'organizzazione di una settimana europea per la sicurezza e la salute sul lavoro per i giorni 21-25 ottobre 2002.

---

<sup>2</sup> L'esposizione ai rischi e il livello di infortuni sul lavoro testimoniano che le norme emanate non hanno modificato concretamente le abitudini organizzative nelle aziende. In questi ultimi dieci anni il quadro riguardante salute e sicurezza sul lavoro è stato notevolmente migliorato, ma contemporaneamente sono ancora diffusi infortuni e malattie derivanti soprattutto nel settore delle costruzioni, seguito da quello chimico e metalmeccanico. La legge 626 tutela il lavoratore dai pericoli che incontrerebbe in azienda, imponendo una serie di norme e regole da rispettare. Nonostante ciò, tali norme non vengono ancora applicate in molte realtà aziendali.

<sup>3</sup> Anzi, molti discorrono addirittura di esportabilità del modulo accertativo ed amministrativo soprattutto con riguardo al meccanismo sanzionatorio di cui al d. lgs. 758 del 1994.

<sup>4</sup> Anche se non mancano voci dissonanti, che discorrono della legge 626 come di uno strumento applicato più nel senso della repressione che della prevenzione. Cfr. De Albertis Claudio, in "Il", bimestrale di informazione Inail, 2/2002.

<sup>5</sup> Cultura ed informazione devono dunque rappresentare valori cui tendere e dai quali dipende, in concreto, il raggiungimento del vero fine dell'impianto normativo di riferimento, e cioè la prevenzione in senso sostanziale. La prevenzione, difatti, deve essere inquadrata come limite promozionale all'attività di impresa ed alla libertà ad essa sottesa.

## IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

### 1. L'evoluzione storica ed il vigente codice penale.

Prima di affrontare le problematiche attuali della prevenzione, con particolare riguardo alla fondamentale questione della attribuzione delle responsabilità penali nelle strutture complesse, tra le quali figurano le realtà ospedaliere, appare opportuno tentare una sintetica ricostruzione delle fonti normative di riferimento, sia sotto il profilo storico sia sotto l'aspetto sistematico.

La storia del diritto penale del lavoro e l'attuale complesso sistema normativo di riferimento, difatti, contribuiscono in modo significativo alla lettura della prevenzione come valore in sé e come limite promozionale all'attività di impresa<sup>(6)</sup>.

E' noto, invece, che la prima dottrina giuslavorista riconduceva la questione della prevenzione antinfortunistica all'esigenza di garantire in qualche modo l'integrità fisica del lavoratore durante l'espletamento della prestazione, in ottica contrattualistica.

Suddetta ricostruzione empirica ed economica, prima che sociale, originò sul piano normativo i primi interventi in materia di assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro e di tutela della sicurezza dei lavoratori<sup>(7)</sup>.

L'esonero dalla responsabilità del datore di lavoro sotteso, quale scopo ultimo, all'intero primordiale assetto normativo, incontrava nondimeno un limite nell'art. 3 del R. D. 91 del 1904, che prevedeva esplicitamente che questo adottasse tutte le misure prescritte da leggi e regolamenti che fossero utili a prevenire gli infortuni ed a proteggere l'integrità fisica dei lavoratori.

---

<sup>6</sup> Tutte le disposizioni di settore, inquadrate sistematicamente, tendono ad evitare il verificarsi di infortuni sul lavoro ovvero l'insorgere di malattie professionali. Come avremo modo di vedere, la tecnica di normazione, ancor prima di qualsivoglia approccio interpretativo, persegue l'obiettivo di anticipare la soglia di punibilità e di tutela dei valori in gioco. Il sistema, difatti, consente l'estinzione in sede amministrativa di contravvenzioni antinfortunistiche sempre in vista del principale fine di tutela della salute del lavoratore. E' la stessa legislazione, in sintesi, a promuovere la prevenzione come valore in sé (cfr., di seguito, il breve commento del decreto legislativo 758 del 1994).

In argomento cfr. MAMMONE, Il diritto alla salute negli ambienti di lavoro: storia ed evoluzione del quadro legislativo, in *Dir. lav.*, 1985, I, pag. 113; in tema vedi anche PADOVANI, *Diritto penale del lavoro. Profili generali*, Milano, 1983, pag.156 e SMURAGLIA, *Igiene (Igiene e sicurezza del lavoro)*, voce in *Enc. giur.*, Roma.1989, XV, pag. 2.

<sup>7</sup> Si allude alle leggi 12 marzo 1898, n. 30 e 29 giugno 1903, n. 243 sull'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro, nonché al R. D. 18 giugno 1899, n. 230 contenente il regolamento generale sulla prevenzione degli infortuni, al R. D. 31 gennaio 1904, n. 51, contenente il T. U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

Suddetto impalcato normativo si completava con il regolamento n. 230 del 1899, che sanzionava le più gravi violazioni richiamando le pene dell'art. 434 del codice penale all'epoca vigente. Con il R.D. 23 agosto 1927, n. 1450 fu poi esteso un regime assicurativo al settore dell'agricoltura.

In questa prima fase, in ogni caso, si pensò più alla riparazione delle conseguenze degli infortuni che alla prevenzione degli stessi.

Nel 1927, il R. D. 14 aprile n. 530 introdusse, per la prima volta, una legislazione organica in materia di igiene sul lavoro formando, così, il primo vero e proprio nucleo di diritto prevenzionistico <sup>(8)</sup>.

Nel primo dopoguerra, anche in sede di diritto internazionale, si diffusero testi e disposizioni a tutela della salute e dell'igiene dei lavoratori sui luoghi di lavoro <sup>(9)</sup>.

Nel codice penale del 1930, dal punto di vista strettamente storico, furono introdotte una serie di norme specificamente volte alla tutela del lavoratore ovvero applicabili, in sede interpretativa, anche in materia prevenzionistica <sup>(10)</sup>.

Accanto a queste, nel codice sostanziale, campeggiano alcune disposizioni cardine con specifiche previsioni in tema di violazione della normativa per gli infortuni sul lavoro, quali l'art. 590, secondo cpv. seconda ipotesi e l'art. 589 cpv., seconda ipotesi.

Le fattispecie incriminatrici delle lesioni colpose e dell'omicidio colposo integrano norme di sistema unitamente alla disciplina di cui agli artt. 40 cpv. e 113 della parte generale del codice penale.

L'inasprimento di pena derivante dal meccanismo della circostanza aggravante denota chiaramente l'intenzione legislativa di ricollegare un maggiore disvalore alla lesione dei beni giuridici protetti, allorquando la stessa derivi da violazione di norme antinfortunistiche.

Le clausole estensive di cui agli artt. 40 cpv. c.p. e 113 c.p. completano il sistema, mediante l'effetto moltiplicatore delle fattispecie sotteso alle fattispecie di reato omissivo improprio e con la previsione di una speciale figura di concorso in materia di reato colposo.

---

<sup>8</sup> E cioè di quel complesso di norme di carattere pubblico-amministrativo avente ad oggetto la tutela dell'integrità fisica del lavoratore che traduce in precetto normativo i principi di comune esperienza e prudenza ricavabili dalla tecnica e direttamente rivolti a limitare i rischi corsi dalla persona del lavoratore nell'ambito della prestazione di lavoro. Cfr. LEGA, Introduzione al diritto prevenzionistico, Milano, 1965.

<sup>9</sup> Quali la Carta internazionale del lavoro, le raccomandazioni dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro del 21 giugno 1929, n. 31, per la prevenzione degli infortuni sul lavoro, e n. 32, per la sicurezza delle macchine industriali mosse da forza meccanica.

<sup>10</sup> Si tratta, invero, di due fattispecie di reato chiaramente previste dagli artt. 437 (che punisce la rimozione od omissione dolosa di cautele contro gli infortuni sul lavoro) e 451 (che sanziona l'omissione colposa di cautele o difese contro disastri o infortuni sul lavoro). Nell'ambito del diritto sanzionatorio in sede penale, con riferimento alla prevenzione antinfortunistica, si era soliti ricondurre anche l'art. 650 dello stesso codice il quale, riproducendo sostanzialmente la norma incriminatrice dell'art. 434 del codice Zanardelli, poteva trovare applicazione anche per l'inosservanza dei provvedimenti dell'autorità, concernenti disposizioni emanate dagli organi di soggetti pubblici o dello Stato in materia di prevenzione degli infortuni sul lavoro.

Eppure, discorrere diffusamente di lesioni e di omicidio, in un settore come quello che ci occupa, equivarrebbe ad accettare come evenienza normale il mancato funzionamento della legislazione antinfortunistica.

Nel sistema penale disegnato anche grazie all'entrata in vigore dei fondamentali decreti 626 e 758 del 1994, invece, come buon senso impone, le lesioni e gli omicidi dovuti a colpa per violazione delle disposizioni antinfortunistiche devono costituire eventi eccezionali.

Il diritto penale della prevenzione è disegnato proprio per ottenere un simile scopo.

Il verificarsi, ovvero il perpetuarsi, di fatti gravi come le ricorrenti morti bianche costituirà e continuerà ad integrare un vero e proprio fallimento del sistema nel suo complesso.

Riprendendo le fila del nostro discorso sulle fonti occorre ora occuparsi della Costituzione Repubblicana.

## **2. La Costituzione**

La ricostruzione della prevenzione come valore in sé, cioè quale principio cardine della società immaginata dai Costituenti, si evince in modo chiaro e lampante da numerose disposizioni della nostra Carta fondamentale.

Difatti la scelta di sanzionare penalmente le violazioni antinfortunistiche anticipando la soglia di tutela di beni di rango costituzionale con tecnica normativa potenzialmente efficiente deve la sua origine immediata proprio alla Carta fondamentale <sup>(1)</sup>.

Il fondamento del diritto penale del lavoro, quindi, risiede nella rilevanza degli interessi che si riconnettono al rapporto di lavoro e dunque nella necessità di rafforzare la tutela di tali interessi mediante la configurazione di un apparato di norme penali che valga a fungere da deterrente rispetto all'eventuale violazione delle disposizioni precettive attraverso le quali trovano esplicazione gli interessi stessi.

---

<sup>11</sup> L'avvento della Costituzione repubblicana ha indubbiamente comportato un ampliamento di prospettiva della problematica della tutela della salute nell'ambiente di lavoro. Ed invero, già gli articoli 1-3 identificano il contenuto dell'azione della Repubblica nell'ambito dei rapporti sociali con la ricerca dell'effettivo raggiungimento da parte di tutti i cittadini di una eguale libertà e dignità, per mezzo di tutti gli strumenti idonei ad eliminare gli ostacoli che ad esso si frappongono.

Il principio di tutela del lavoro, in tutte le sue forme e manifestazioni, confrontato con il generale compito di tutela della salute dell'individuo e con il principio di contemperamento dell'iniziativa privata con le esigenze della libertà, sicurezza e dignità dell'individuo, rappresenta il punto di partenza di un sistema in cui la tutela della salute del lavoratore, intesa come tutela della personalità fisica, morale e psichica, costituisce un onere della collettività stessa nella dimensione più ampia, quale si esprime nella Repubblica. Il problema della sicurezza delle condizioni di lavoro travalica, dunque, i limiti del particolare e dell'individuale e viene trasferito nel campo dei rapporti sociali, ove l'aspirazione alla tutela della salute è propria di tutta la collettività.

Invero, la regolamentazione alla cui tutela presiede il diritto penale del lavoro rinviene il proprio fondamento in principi di ordine generale fissati dalle norme costituzionali. Le norme di rango costituzionale in proposito rilevanti sono tradizionalmente individuate negli articoli 2, 32, 35 e 41, alla cui lettura si rinvia.

Un diritto penale del lavoro di ispirazione costituzionale non può che inquadrare la prevenzione come limite promozionale all'attività di impresa e presidio di beni giuridici primari ed essenziali. I valori in gioco giustificano le scelte di politica criminale adottate successivamente nel nostro ordinamento.

Avremo in seguito modo di soffermarci diffusamente sulla portata che ha in concreto, nel diritto penale della prevenzione, il fondamentale principio di cui all'art. 27 Cost., sulla personalità della responsabilità penale, norma cardine del nostro ordinamento.

### **3. Il diritto prevenzionistico degli anni '50.**

Le sopra accennate linee di sviluppo dell'ordinamento portarono nel campo specifico della igiene e sicurezza del lavoro, alla legge delega 12 febbraio 1955 n. 51, con cui il Governo fu delegato ad emanare una normativa generale sulla prevenzione degli infortuni sul lavoro e sull'igiene del lavoro, che si concretizzò con l'emanazione del D.P.R. 27 aprile 1955, n. 547 e dei D.P.R. 19 marzo 1956, n. 302 e 303, contenenti, rispettivamente, i primi due, norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e, il terzo, norme generali per l'igiene del lavoro.

Oltre questa normativa generale, in esecuzione della delega, furono emanati anche il D.P.R. 7 gennaio 1956, n. 164, per la prevenzione degli infortuni sul lavoro nelle costruzioni, il D.P.R. 20 marzo 1956, n. 320, per la prevenzione degli infortuni e l'igiene del lavoro nel sottosuolo, il D.P.R. 20 marzo 1956, n. 321, per la prevenzione degli infortuni e l'igiene del lavoro nei cassoni ad aria compressa, il D.P.R. 20 marzo 1956, n. 322 per la prevenzione degli infortuni e l'igiene del lavoro nell'industria della cinematografia e della televisione, il D.P.R. 20 marzo 1956 n. 323, per la prevenzione degli infortuni sul lavoro negli impianti telefonici.

Elemento essenziale di tale sistema era la predisposizione di un vasto settore di norme sanzionatorie volte ad approntare la reazione dell'ordinamento rispetto alla violazione degli interessi di rilevanza costituzionale sottesi alla materia.

Con l'emanazione di questo organico corpo legislativo, che formò il nucleo principale del già menzionato diritto prevenzionistico, fu creato un sistema di norme diretto alla salvaguardia delle condizioni di sicurezza nello svolgimento dell'attività lavorativa in generale, con la cui nascita può ritenersi chiusa una fase dello sviluppo del tema della sicurezza del lavoro nel nostro ordinamento.

La scelta del legislatore, come accennato, è stata nel senso di qualificare la

suddetta reazione in senso penalistico, cosicché le diverse leggi speciali nella materia in questione configurano al loro interno, di solito tra gli ultimi articoli, numerosissime fattispecie incriminatrici contravvenzionali.

Il sistema complessivo che ne deriva appare quanto mai variegato, tanto da evidenziare chiaramente l'esigenza di ricondurre lo stesso ad una migliore coerenza interna e razionalità.

Alla tassatività delle previsioni non poteva che conseguire una vasta congerie di problematiche interpretative risolta dalla giurisprudenza <sup>(12)</sup>.

E' bene sottolineare che, con il recepimento delle direttive europee sopra menzionate, il legislatore italiano ha fatto, però, una scelta facoltativa e non necessaria, sancendo che «restano in vigore, in quanto non specificatamente modificate dal presente decreto, le disposizioni vigenti in materia di prevenzione degli infortuni ed igiene del lavoro» <sup>(13)</sup>.

Vengono, dunque, mantenuti in vigore, tra gli altri, il D.P.R. 547/55 in tema di sicurezza sul lavoro e il DPR 303/56 in tema di igiene sul lavoro.

Tali D.P.R. contengono già un modello organizzativo basato sulla individuazione delle funzioni del datore di lavoro, del dirigente e del preposto e sulle responsabilità previste a carico dei lavoratori.

Si tratta dunque di verificare se il precedente modello normativo risulti modificato alla luce del D.Lgs. 626/94.

## **I DECRETI LEGISLATIVI 626 E 758 DEL 1994: IL NUOVO SISTEMA DI DIRITTO PENALE DEL LAVORO.**

### **1. La ripartizione degli obblighi di sicurezza e i nuovi soggetti del sistema sicurezza; il meccanismo delle deleghe. Il rapporto tra poteri e responsabilità.**

Il decreto legislativo 626 del 1994 ha certamente portata più vasta di altre fonti delegate pur emanate in attuazione di direttive comunitarie ed aventi ad oggetto la salute nell'ambiente di lavoro <sup>(14)</sup>.

---

<sup>12</sup> In questo come in altri settori la legislazione successiva finirà per recepire, sia a livello nazionale sia in ambito comunitario, gli orientamenti giurisprudenziali maggiormente accreditati.

<sup>13</sup> Lo stesso legislatore, sul piano più generale, ha fissato criteri di coordinamento tra la vecchia e la nuova disciplina: cfr. art. 98. E' bene, comunque, accennare che la scelta del legislatore italiano - cioè quella di mantenere nella normativa pregressa le previste sanzioni penali, tra l'altro aggiornate dal D.Lgs. 758/94, contestualmente con quelle nuove contenute nel d. lgs. 626/94, - ha creato una serie di problemi giuridici degni di analisi.

<sup>14</sup> Cfr. nota n.1 in calce alla Premessa.

Esso, infatti, mira non solo alla protezione dei lavoratori da una serie di specifici agenti fisici, chimici o biologici potenzialmente dannosi per la salute, ma anche alla generale prescrizione di misure minime di sicurezza, a tale scopo prevedendo la creazione di una struttura di sicurezza all'interno dei luoghi di lavoro, articolata in risorse materiali, umane e di conoscenza tecnica, destinata al perseguimento del raggiungimento di livelli di tutela della salute ritenuti ottimali.

Il decreto, quindi, oltre a prevedere la tutela da specifici rischi ed agenti (movimentazione manuale dei carichi, tit. V, uso di attrezzature munite di video-terminali, tit. VI, agenti cancerogeni, tit. VII, agenti biologici, tit. VIII), prevede più generali disposizioni circa la metodologia di raggiungimento della sicurezza aziendale (disposizioni generali, tit. I) e le misure concretamente attinenti alla sicurezza del luogo di lavoro (tit. II), l'uso delle attrezzature di lavoro (tit. III) e l'uso dei dispositivi di protezione individuale (tit. IV).

Del decreto esamineremo le norme maggiormente significative per il sistema di prevenzione degli infortuni sul lavoro inteso nella sua interezza

\* \* \* \* \*

Proporre nuovi modelli di sistema, auspicando svolte culturali, significa forgiare disposizioni confacenti al sentire comune, facilmente comprensibili o interpretabili anche dai non addetti ai lavori, suscettibili, quindi, di applicazione anche per essere frutto di valori condivisi.

In questi termini si pone forse la questione più significativa del moderno diritto penale del lavoro e cioè quella dell'individuazione delle responsabilità soggettive, soprattutto all'interno delle strutture complesse.

Con il passare del tempo, il completamento della rivoluzione industriale e l'affermarsi dell'economia di mercato, le aziende hanno visto progressivamente mutare le proprie forme soggettive.

Anche le diverse figure che compongono il complesso organizzatorio della Pubblica amministrazione hanno subito profonde modificazioni.

Ed invero, accanto ad aziende piccole o medie, vi sono grandi industrie con diversi stabilimenti e settori produttivi.

La Pubblica amministrazione, in particolare, presenta organizzazioni burocratizzate di notevole complessità.

A questo riguardo è necessario sottolineare come possano porsi, in concreto, all'organo accertatore delle violazioni, rilevanti problemi in ordine alla precisa individuazione del soggetto responsabile della violazione riscontrata; e ciò soprattutto allorché, trattandosi di violazione di obblighi imposti dalle norme al datore di lavoro, non sia agevole accertare a quale soggetto tale qualifica compete, sulla base della concreta organizzazione e ripartizione delle attribuzioni nell'ambito della singola impresa o del singolo ente.

Del resto, una volta accertata la contravvenzione, e soprattutto quando dalla stessa derivi una situazione di pericolo, l'emanazione delle prescrizioni deve essere immediata e non può essere subordinata all'esito di un complesso accertamento in ordine a più specifiche responsabilità soggettive.

Prima del decreto legislativo 626 gli attori in campo erano solo due: il datore di lavoro (con i suoi collaboratori dirigenti e preposti) e i lavoratori.

Lo spazio intermedio tra queste due figure era vuoto, mentre oggi è riempito da altre tre entità: due completamente nuove (il servizio di prevenzione e protezione ambientale e il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza) e una non nuova in assoluto (il medico competente), ma profondamente ridefinita nelle sue funzioni e responsabilità.

Permane indubbiamente la centralità del datore di lavoro <sup>(15)</sup>; la novità consiste, peraltro, nel fatto che il datore di lavoro è tenuto ed obbligato a dotarsi di una rete organizzativa e gestionale che prescinde dai livelli di sicurezza esistenti in azienda <sup>(16)</sup>.

E' chiaro, dunque, che la legislazione antinfortunistica si pone quale limite all'attività di impresa: il datore di lavoro, difatti, non ha la piena discrezionalità di adottare i moduli gestionali che ritenga più opportuni.

L'art. 4 del Decreto 626 gli impone, al contrario, di procedere preventivamente alla valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute in relazione alla natu-

---

<sup>15</sup> Anche nelle norme precedenti il Decreto 626, nella gerarchia dei soggetti tenuti per legge ad attuare le norme di prevenzione, il datore di lavoro occupava sicuramente il primo posto.

<sup>16</sup> Suddetta rete organizzativa della sicurezza deve esistere, anche se l'azienda è perfettamente in regola con le norme di prevenzione. Altrettanto deve dirsi per quanto riguarda le modalità di gestione della sicurezza.

Tutto ciò dimostra che la libertà d'impresa, che certamente caratterizza il nostro ordinamento, non si estende fino alla adozione di un modello di organizzazione del lavoro che subordini la tutela della salute ad altri interessi. Queste numerose ragioni stanno a fondamento della nuova centralità del datore di lavoro; il legislatore vuole che il datore di lavoro sia il regista del sistema di sicurezza, il promotore e il controllore dei processi di attuazione della sicurezza in una concezione dinamica e attenta ai mutamenti delle condizioni aziendali.

In tema di svolta culturale ed in materia di responsabilità si deve sottolineare un'altra importante novità contenuta nel Decreto 626 che incide fortemente anche sulle responsabilità di un altro dei soggetti obbligati: il lavoratore. Questo risultava tradizionalmente inquadrato più come creditore della sicurezza che come soggetto obbligato a collaborare alla sicurezza medesima.

L'art. 5 del decreto propone un quadro diverso ed esordisce sancendo un obbligo a carico dei lavoratori che, per quanto privo di sanzione, costituisce un vero e proprio principio generale interpretativo; <<Ciascun lavoratore deve prendersi cura della propria sicurezza e della propria salute conformemente alla sua formazione ed alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro>>. La norma indica i binari sui quali corre il rapporto tra lavoratori e datori di lavoro in ordine alla sicurezza: da un lato dovere di partecipazione e di collaborazione, dall'altro diritto ad essere formati ed informati. Se si opera il confronto con gli artt. 4 dei D.P.R. 547 e 303, il mutamento di indirizzi appare ancor più evidente.

ra dell'attività dell'azienda, nella scelta delle attrezzature di lavoro, delle sostanze o dei preparati chimici impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro (<sup>17</sup>).

Trovano, quindi, conferma le precedenti considerazioni sulla natura complessiva dell'impalcatura normativa che postula in capo ai datori di lavoro una svolta culturale informandone l'attività anche sotto il profilo organizzativo.

Completano, poi, il sistema degli obblighi principali imposti dal decreto legislativo gli art. 21 e 22 del Decreto 626, che pongono a carico del datore di lavoro altre importanti modalità di gestione della sicurezza (<sup>18</sup>).

---

<sup>17</sup> E a questo fondamentale obbligo gestionale, sanzionato penalmente, non può sottrarsi nessuna azienda, neppure quelle che hanno un numero di addetti inferiore a dieci, che sono invece esonerate dal redigere il cosiddetto "documento di valutazione" e possono sostituirlo con l'autocertificazione di aver proceduto, comunque, alla valutazione dei rischi.

Il perno attorno al quale ruota il sistema di prevenzione è dunque la valutazione dei rischi. Infatti, l'art. 4 del D.Lgs. 626/94, così come aggiornato dal D.Lgs. 242/96, sancisce: il datore di lavoro, in relazione alla natura dell'attività dell'azienda ovvero dell'unità produttiva valutata, nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o dei preparati chimici impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro, i rischi per la sicurezza e per la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari. Il secondo comma distingue fra valutazione e documento, evidenziando che trattasi di due concetti diversi, e così recita: «all'esito della valutazione di cui al comma 1, il datore di lavoro elabora un documento contenente ....». Non deve, dunque, essere concettualmente confusa la sostanza con la forma: il documento è, infatti, il «contenitore» di una valutazione che deve sussistere come presupposto. Siffatto dato si rende evidente soprattutto nelle piccole aziende, che possono ricorrere all'autocertificazione: possono, cioè, evitare la redazione del documento, ma non possono giammai esimersi dall'obbligo di effettuare la valutazione del rischio. L'atto documentale deve contenere una relazione sulla valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, nella quale siano specificati i criteri in base ai quali è stata effettuata la valutazione. Si richiede, poi, l'individuazione delle misure di prevenzione e protezione.

Ma ciò che è estremamente importante precisare è che l'art. 4, secondo comma, lettera c, del D.Lgs. 626/94 richiede il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza, contribuendo in modo significativo ad inquadrare il problema della sicurezza in azienda come questione dinamica. Lo stesso art. 4, poi, indicando il datore di lavoro, ne parla come dell'unico destinatario dell'obbligo della valutazione del rischio, tenuto conto che tale incombenza non può essere delegata a nessun altro soggetto, come recita espressamente l'articolo 1, comma quattro *ter* («nell'ambito degli adempimenti previsti dal presente decreto, il datore di lavoro non può delegare quelli previsti dall'art. 4, commi 1, 2, 4, lettera a, e 11, primo periodo»).

<sup>18</sup> Il datore di lavoro deve infatti assicurare che ciascun lavoratore riceva una formazione sufficiente in materia di sicurezza e salute e un'adeguata informazione sui rischi e pericoli esistenti all'interno del luogo di lavoro.

Abbiamo avuto modo di discorrere del problema della prevenzione come problema culturale. Accanto a tale considerazione deve porsi proprio la tematica dell'informazione. Il datore di lavoro, come accennato, deve infatti fornire a ciascun lavoratore un'adeguata informazione sui rischi per la sicurezza e la salute e sui pericoli connessi all'uso di particolari sostanze o preparati; egli deve quindi assicurare a ciascun lavoratore una formazione sufficiente in materia di sicurezza e salute, con particolare riferimento al proprio posto di lavoro e alle proprie mansioni.

Come per altre disposizioni, non si tratta di un obbligo nuovo in assoluto. Invero, nel vecchio art.

Il decreto legislativo 626 prospetta anche un'altra importante novità: si allude all'istituzione del servizio di protezione aziendale, interno od esterno all'azienda.

Accanto alla rete gestionale ed organizzativa, che comprende le tradizionali figure del datore di lavoro, del dirigente e del preposto, chiamate ad attuare gli obblighi di sicurezza attraverso l'adozione di misure, cautele ecc., infatti, si pone oggi una linea consultiva che si realizza attraverso l'istituzione del servizio di protezione aziendale, interno o esterno all'azienda<sup>(19)</sup>.

E' evidente, tuttavia, che la irresponsabilità del servizio in ordine all'applicazione delle norme all'interno dell'azienda, non esonera i componenti dall'obbligo di diligenza professionale<sup>(20)</sup>.

Resta quindi centrale la figura del datore di lavoro.

E' lecito, pertanto, interrogarsi sulla natura di tale soggetto e sulla sua identità<sup>(21)</sup>.

---

4 del D.P.R. 547/55 già si prevedeva che il datore di lavoro dovesse rendere edotti i lavoratori sui rischi specifici esistenti nel luogo di lavoro.

Eppure il legislatore della 626, avvertendo una carenza diffusa nelle aziende italiane per la scarsissima preparazione soggettiva dei lavoratori in materia di sicurezza e igiene del lavoro, ha inteso rimarcare i doveri di informazione trasformandoli in obblighi espliciti e specifici, rafforzando l'aspetto della protezione soggettiva, nella quale il lavoratore non è più concepito come mero creditore della sicurezza, ma come soggetto responsabile che si prende cura della propria salute e collabora nella strutturazione di un ambiente di lavoro sicuro.

<sup>19</sup> Il servizio di prevenzione e protezione, in virtù della sua natura di consulente, non ha obblighi penalmente sanzionati, come può agevolmente ricavarsi dal fatto che nel titolo IX, dedicato alle sanzioni, nessuna norma prevede la responsabilità degli appartenenti al servizio. A riprova della particolare collocazione che il legislatore ha riservato a questo servizio vi è il contenuto dell'art. 9 che già dal titolo esclude che in capo ai membri del servizio di protezione si configurino obblighi penalmente sanzionati. Il titolo infatti discorre di "compiti (e non obblighi) del servizio di prevenzione e protezione". Caratteristica comune di questi compiti è che essi sono svolti a beneficio del datore di lavoro, per consentirgli di affrontare al meglio gli obblighi di sicurezza. Sono compiti di studio, di valutazione, di elaborazione, di proposta e simili, ma non sono mai compiti operativi di attuazione degli strumenti o dei sistemi di tutela dei lavoratori.

<sup>20</sup> Si allude alla possibile responsabilità a titolo di colpa professionale.

<sup>21</sup> Si tratta di un soggetto apparentemente ben definito; anzi, già nel testo originario del D.Lgs. 626/94, ne veniva data una definizione dettagliata: «qualsiasi persona fisica o giuridica o soggetto pubblico titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore, che fosse responsabile dell'impresa ovvero dello stabilimento». Tale definizione, superata dal nuovo testo del D.Lgs. 626/94, contiene la descrizione di situazioni giuridiche che riguardano tutta l'attività d'impresa. Come persona fisica, difatti, si intende l'imprenditore individuale, oppure il socio amministratore di una società di persone (che non ha personalità giuridica). Quando si fa riferimento alla persona giuridica, ci si riferisce sostanzialmente ad una «fictio» riconducibile o ad una società di capitali iscritta, oppure ad una associazione o ad una fondazione che abbiano avuto il riconoscimento della personalità giuridica. Quando, poi, si parla di ente pubblico si ritiene sostanzialmente una persona giuridica pubblica, che è regolata dalle norme ad essa riferite. Queste definizioni sarebbero però esaurienti in relazione ad ipotesi di responsabilità civile, ma siccome questa normativa ha un'impronta di carattere penale e poiché la responsabilità penale è personale, il problema vero è che anche nella persona giuridica si rende necessario individuare quella o quelle persone fisiche che hanno la funzione di datore di lavoro ai sensi del D. lgs. 626/94.

Senza addentrarci in complesse analisi di diritto civile ed amministrativo, sarà sufficiente, ai nostri fini, affermare che datore di lavoro non può essere altri che colui che anche sul piano economico abbia il potere di perseguire al meglio gli obiettivi della sicurezza.

Il legislatore italiano con il D.Lgs. 242/96, in sostanza, dà la possibilità di determinare chi svolge la funzione di datore di lavoro senza collocarlo necessariamente in determinate figure formali all'interno di una società: lo indica, però, nel soggetto che abbia, se non altro, l'obbligo di effettuare la valutazione del rischio nei tempi e nei modi previsti dall'art. 4, compreso il potere di darsi un programma di misure per migliorare il livello della sicurezza all'interno dell'azienda. Non può, quindi, essere allocato troppo in basso in un organigramma aziendale, pubblico o privato, ma deve avere il potere di incidere sul ciclo produttivo per destinare a quest'ultimo determinate risorse. Deve, quindi, disporre di poteri gestionali ed economici al punto tale da rispettare quel parametro di miglioramento tecnologico del ciclo produttivo, che, investendo il problema della destinazione delle risorse per la sicurezza, è il riscontro di molte delle questioni relative alla responsabilità all'interno della azienda, soprattutto in sede penale.

Nella materia in esame, l'unico criterio di giudizio che può reggere è quello del rapporto fra poteri e responsabilità. Ne consegue che si può affermare che responsabile è unicamente colui il quale, potendo o dovendo agire, agisce male o non agisce.

Non c'è dunque nessuna responsabilità se non vi è potere e la responsabilità risiede solo in capo ai titolari di funzioni effettive; essa segue e tiene conto del limite dei poteri.

Sulla scorta di questi principi si può dunque ricostruire la teoria delle responsabilità dei soggetti impegnati nell'attività di prevenzione nei luoghi di lavoro con specifico riferimento al meccanismo delle deleghe.

Nel nostro sistema si è sempre riconosciuto che, per una più efficace opera di prevenzione, il datore di lavoro potesse delegare ai suoi collaboratori alcuni compiti, anche rilevanti, in materia di sicurezza.

Unica condizione è sempre stata considerata quella della validità della delega nel rispetto dei principi e dei requisiti a lungo elaborati dalla giurisprudenza <sup>(22)</sup>.

---

<sup>22</sup> A partire dai D.P.R. degli anni '50 ( cfr. DPR 547/55, DPR 164/56, DPR 303/56 ecc.), il legislatore ha individuato il datore di lavoro, il dirigente ed il preposto, come i soggetti forniti di determinati poteri all'interno dell'azienda. Il datore di lavoro (prima del D.Lgs. 626/94, come modificato dal D.Lgs. 242/96) veniva allocato, in modo molto scontato dalla giurisprudenza della Suprema Corte, al vertice dell'azienda, come *alter ego* del datore di lavoro. Il preposto è stato considerato, poi, il soggetto con il potere ed il dovere di dare attuazione alle norme di legge ed a quelle elaborate dal vertice aziendale, nonché di controllarne il rispetto. Da questo modello normativo dobbiamo trarre una conseguenza: il soggetto responsabile all'interno di un'azienda non è solo il datore di lavoro, ma ci sono anche altri responsabili.

Ci si deve chiedere, allora, quale sia il meccanismo che governa la distribuzione delle responsabilità fra questi soggetti.

La Suprema Corte di Cassazione ha sempre affermato che una delega, per essere valida, deve essere giustificata. Ciò avviene quando ricorrano almeno quattro condizioni.

La prima è la dimensione aziendale: la delega difatti non è un beneficio, ma uno strumento di organizzazione del lavoro nell'azienda.

In secondo luogo, la delega non deve essere un mezzo per deresponsabilizzarsi; in tal senso il delegato deve essere soggetto tecnicamente e professionalmente adeguato alle incombenze affidategli.

Il datore di lavoro può rispondere di *culpa in eligendo*.

La terza condizione, poi, chiude il quadro relativo agli obblighi connessi con l'organizzazione aziendale: il datore di lavoro deve creare anche un sistema di controllo sul delegato, pena la responsabilità per *culpa in vigilando*.

Il quarto requisito, perché una delega sia ritenuta valida, è che i poteri delegati siano effettivi, anche sotto il profilo economico, quando se ne ponga la necessità.

La Suprema Corte di Cassazione ha elaborato una giurisprudenza costante.

In forma schematica, ma efficace, è stato elaborato un cosiddetto decalogo della delega, elencando in dieci punti sintetici la giurisprudenza elaborata dal Supremo Collegio.

- 1) La delega deve essere esplicita e inequivoca.
- 2) La delega deve essere formalmente accettata dal delegato.
- 3) La delega vale per gli specifici compiti indicati.
- 4) Il delegato deve essere una persona qualificata e tecnicamente capace.
- 5) Il delegato deve avere poteri di iniziativa e di organizzazione autonomi.
- 6) Il delegato deve essere impiegato per i compiti esclusivi della delega.
- 7) Il delegante non deve ingerirsi negli affari oggetto di delega, limitando si alla sorveglianza dei medesimi.
- 8) Il delegante non deve conoscere le carenze occasionali della sicurezza.
- 9) Il datore di lavoro deve organizzare un sistema di controlli sul delegato.
- 10) La delega deve essere effettiva ed effettivi i poteri delegati anche sotto il profilo economico.

Il decalogo, sostanzialmente recepito nei principi del decreto 626, conferma che la responsabilità sussiste là dove sono i poteri, anche a seguito della loro distribuzione fra i protagonisti aziendali mediante deleghe.

Questo sistema organizzativo, codificato dalla giurisprudenza, regge ancora alla luce della normativa di recepimento delle direttive comunitarie, pur con la precisazione che sono previsti atti non delegabili per legge.

## 2. Il nuovo sistema sanzionatorio in materia di sicurezza ed igiene sul lavoro

Tutte le disposizioni antinfortunistiche in ambito penale ruotano, poi, nella pratica quotidiana, intorno ad un nuovo sistema sanzionatorio ed accertativo <sup>(23)</sup>.

Si allude, in particolare, al meccanismo per l'eliminazione delle violazioni e l'estinzione delle contravvenzioni in materia di sicurezza ed igiene del lavoro.

Proprio con riferimento a queste ultime, il legislatore <sup>(24)</sup> è intervenuto a tracciare un sistema operativo nuovo e razionale, inteso a compulsare il contravventore all'applicazione esatta e corretta della disposizione violata, nella prospettiva di conseguire l'estinzione del reato.

Si tratta di un vero e proprio autonomo modulo procedimentale imperniato sull'emanazione delle prescrizioni cui fa da contraltare un ulteriore modulo organizzativo che riconosce soltanto in capo ad alcuni soggetti, professionalmente preparati, le funzioni di operatori di Polizia di vigilanza, titolari del potere di prescrizione.

Il sistema si può agevolmente sintetizzare richiamando i momenti maggiormente significativi della procedura

L'organo di vigilanza che ha accertato la violazione impartisce la prescrizione e ne verifica l'adempimento.

Al successivo pagamento, in via amministrativa, di una somma ridotta da parte del contravventore consegue l'estinzione del reato.

Tale meccanismo, oltre ad un'evidente portata deflattiva sul carico dei procedimenti penali, raggiunge altresì il pregevole risultato di sollecitare la regolizzazione delle situazioni che si pongono in contrasto con i dettami normativi e quindi l'attuazione, seppure coartata, delle disposizioni di prevenzione.

Dall'irrogazione di una sanzione di per sé non esaustiva per la tutela degli

---

<sup>23</sup> CULOTTA, Il nuovo sistema sanzionatorio in materia di sicurezza ed igiene del lavoro e le responsabilità penali in caso di attività date in appalto, in Riv. It. Dir. proc. pen., 1996, 970; DANTONI, La legge delega e la prospettiva di un assetto definitivo della riforma dell'apparato sanzionatorio in materia di lavoro, in Mass. Giur. Lav., 1994, p. 275; GRILLO, Unità sanitaria locale e tutela della salute nei luoghi di lavoro: i "superpoteri" dell'ufficiale di polizia giudiziaria in Giust. Pen., 1991, III, 654; LEACI, La sistematica attuativa per l'eliminazione delle contravvenzioni in materia di igiene e sicurezza del lavoro, in Mass. Giur. Lav. 1995, p. 307; LORUSSO, La riforma dell'apparato sanzionatorio in materia di lavoro: dalla legge n. 689 del 1981 al decreto legislativo n. 758 del 1994, in Mass. Giur. Lav., 1995, 508; MORANDI, Interventi di modifica della disciplina sanzionatoria in materia di lavoro, in Riv. trim. dir. pen. dell'economia, 1996, con ampi richiami di ulteriore bibliografia; ORIGLIO, La nuova disciplina in materia di sicurezza ed igiene del lavoro. Il D.Lgs. n. 758/94. Aspetti processuali e sanzionatori, relazione presentata all'incontro di studio "Paolo Borsellino" per l'aggiornamento professionale dei magistrati promosso dal CSM e tenutosi il 5.12.95; PADOVANI, Nuovo apparato sanzionatorio in materia di lavoro, in Diritto penale e processo, n.4/95, p. 506; PULITANO, Quale riforma del diritto penale del lavoro?, in Riv. It. Dir. lav., 1994, p. 205.

<sup>24</sup> Dapprima quello delegante e poi quello delegato, con il D.Lgs. n.758 del 1994

interessi sottesi alla sicurezza del lavoro, si cerca di pervenire all'eliminazione delle situazioni di pericolo, sia esso presunto dalla legge o concreto, e quindi al raggiungimento dell'obiettivo di una sicurezza effettiva.

Da questa sintesi di massima appare chiaro il valore posto a base del meccanismo accertativo e sanzionatorio. Si tende alla prevenzione più che alla sanzione e alla repressione.

Ad una tale conclusione, poi, è lecito pervenire anche alla luce di alcune semplici considerazioni sul medesimo dettato normativo. Si discorre infatti di oblazione, ma si consente l'estinzione del reato addirittura con il pagamento di una somma corrispondente ad un quarto del massimo dell'ammenda prevista per la violazione riscontrata.

Anche quando il pagamento è tardivo, rispetto al generale sistema del procedimento di oblazione, si assiste all'applicazione di un criterio di favore con il riconoscimento della possibilità di obolare penalmente pagando sempre ? del massimo dell'ammenda.

I vantaggi che conseguono al modulo procedimentale in questione appaiono indubbi e tali da lasciarne ipotizzare l'impiego, in futuro, anche in altri settori normativi (si pensi, esemplificativamente, al settore dell'urbanistica e a quello dell'ambiente) caratterizzati da analoghe esigenze di tutela.

Nonostante numerose discussioni sul punto, legate all'infelice lettera delle disposizioni normative successive al D. lgs. 758 del 1994, si tende ad interpretare l'intento legislativo in modo da ritenere sempre applicabile, sia pure in assenza di un esplicito richiamo, la disciplina di cui al capo secondo del decreto alle fattispecie contravvenzionali che concernono la sicurezza e la salute dei lavoratori. Tale conclusione appare, d'altronde, coerente con l'esigenza di disegnare un unico meccanismo procedurale per tutte le violazioni riconducibili al medesimo settore normativo e poste a tutela di interessi della medesima natura.

In conclusione è possibile affermare, ancora una volta, che anche il sistema procedimentale speciale conferma l'intento legislativo di promuovere, mediante un peculiare meccanismo, più che la repressione di condotte anti-giuridiche, la tutela sostanziale e concreta della salute dei lavoratori.

## **Bibliografia**

Si vedano in particolare

- DE FALCO G., "Il nuovo sistema sanzionatorio in materia di sicurezza ed igiene sul lavoro e le responsabilità penali in caso di attività data in appalto ed in subappalto", Incontro di studio del Consiglio Superiore della Magistratura Frascati 1999;
- DEIDDA B., La ripartizione degli obblighi di sicurezza... Incontro di studio del Consiglio Superiore della Magistratura Frascati 1999;

- MAMMONE G., Diritto alla salute ed ambiente di lavoro, Incontro di studio del Consiglio Superiore della Magistratura Frascati 1999;
- SARESELLA W., “I nuovi soggetti del sistema sicurezza: il responsabile del servizio di prevenzione e protezione, il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, il medico competente”, Incontro di studio del Consiglio Superiore della Magistratura Frascati 1999;

nonché, in generale

- BIAGI, L'ambiente di lavoro e la politica sociale comunitaria: il caso italiano, in *Lav. dir.*, 1992, n. 2.
- CERRETA-ORAZI, Profili evolutivi della tutela prevenzionistica, in *Dir. lav.*, 1990, II.
- CULLOTTA, Il sistema prevenzionale italiano dopo il recepimento in legge delle direttive comunitarie sui rischi lavorativi da piombo amianto e rumore, in *Riv. crit. dir. lav.*, 1992.
- Id., Il nuovo sistema sanzionatorio in materia di sicurezza ed igiene del lavoro e le responsabilità penali in caso di attività date in appalto, in *Riv. It. Dir. proc. pen.*, 1996.
- DANTONI, La legge delega e la prospettiva di un assetto definitivo della riforma dell'apparato sanzionatorio in materia di lavoro, in *Mass. Giur. Lav.*, 1994.
- DE ALBERTIS, in “Il”, bimestrale di informazione Inail, 2/2002.
- GHERA, *Appunti di diritto del lavoro*, Bari, 1977.
- GRILLO, Unità sanitaria locale e tutela della salute nei luoghi di lavoro: i “superpoteri” dell'ufficiale di polizia giudiziaria, in *Giust. Pen.*, 1991, III.
- LAURIA, *Manuale di diritto delle comunità europee*, Torino, 1992, pag. 211.
- LEACI, La sistematica attuativa per l'eliminazione delle contravvenzioni in materia di igiene e sicurezza del lavoro, in *Mass. Giur. Lav.*, 1995.
- LEGA, *Introduzione al diritto prevenzionistico*, Milano, 1965.
- LORUSSO, La riforma dell'apparato sanzionatorio in materia di lavoro: dalla legge n. 689 del 1981 al decreto legislativo n. 758 del 1994, in *Mass. Giur. Lav.*, 1995.
- MAMMONE, Il diritto alla salute negli ambienti di lavoro: storia ed evoluzione del quadro legislativo, in *Dir. lav.*, 1985, I.
- MORANDI, Interventi di modifica della disciplina sanzionatoria in materia di lavoro, in *Riv. trim. dir. pen. dell'economia*.
- ORIGLIO, La nuova disciplina in materia di sicurezza ed igiene del lavoro. Il D.Lgs. n. 758/94. Aspetti processuali e sanzionatori, relazione presentata all'incontro di-studio “Paolo Borsellino” per l'aggiornamento professionale dei magistrati promosso dal CSM e tenutosi il 5.12.95.
- PADOVANI, Il nuovo volto del diritto penale del lavoro, in *Riv. Trim. dir. pen. dell'economia*, 1996.
- Id. Nuovo apparato sanzionatorio in materia di lavoro, in *Diritto penale e processo*, n.4/95, p. 506.

- PULITANO', Quale riforma del diritto penale del lavoro?, in Riv. It. Dir. lav., 1994, p. 205.
- SARESELLA, Alcune riflessioni in tema di D.Lgs. 626/94, di direttiva macchine e di fattibilità tecnologica, in Riv. crit. dir. lav, 1997, 9.
- SCIARRA, Diritti dei lavoratori e mobilità aziendale: la normativa europea, in AA. VV., Verso un diritto del lavoro europeo, Milano, 1993, 29.
- SMURAGLIA, Igiene (Igiene e sicurezza del lavoro), voce in Enciclopedia giuridica Treccani, XV, Roma.1989, pag. 2.

## **RUOLO DELLA VIGILANZA IN AMBITO OSPEDALIERO**

**Francesco Pallotta,**

*Direttore Servizio Igiene e Medicina del Lavoro - ASL Benevento I*

Il D.Lgs 626/94 e successive integrazioni e modifiche ha avuto il merito di richiamare l'attenzione non solo dei lavoratori ma anche dell'opinione pubblica sull'importanza di garantire livelli di sicurezza sui luoghi di lavoro al fine di tutelare la salute di chi lavora, agendo anche da volano per l'applicazione delle altre norme di igiene e sicurezza sul lavoro già presenti nel nostro ordinamento giuridico sin dalla metà degli anni '50.

La vera innovazione di questo decreto consiste da un lato nell'obbligo imposto al datore di lavoro di organizzare la prevenzione nella propria azienda, avvalendosi se necessario di tecnici, a partire dalla valutazione dei rischi presenti in azienda fino all'adozione di idonee misure di prevenzione che prevedono anche l'istituzione dei servizi di emergenza, pronto soccorso e antincendio e dall'altro nell'obbligo imposto ai lavoratori di cooperare al raggiungimento di livelli di sicurezza validi, anche attraverso la loro partecipazione attiva ai servizi sopra citati.

Ne deriva l'obbligo dell'informazione e formazione periodica dei lavoratori sui rischi a cui possono andare incontro durante la prestazione lavorativa, altro elemento che contribuisce a rendere ancor più attivo il ruolo dei lavoratori.

Naturalmente il decreto individua anche i soggetti che dovranno verificare l'attuazione delle norme di prevenzione da parte del datore di lavoro di ciascuna azienda, individuandoli soprattutto nei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione e nell'Ispettorato del Lavoro.

L'attività di vigilanza consta di varie fasi che possiamo schematicamente elencare:

- 1) sopralluogo ispettivo presso la sede produttiva;
- 2) esame della documentazione prodotta dall'azienda inerente le misure di prevenzione adottate;
- 3) provvedimenti adottati dall'organo di vigilanza.

---

## Attività di vigilanza

---

<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Sopralluogo ispettivo presso l'azienda</li> <li><input type="checkbox"/> Esame della documentazione inerente le misure di prevenzione adottate</li> <li><input type="checkbox"/> Eventuali prescrizioni a carico del datore di lavoro</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Verifica della salubrità degli ambienti di lavoro</li> <li><input type="checkbox"/> Verifica della sicurezza di impianti e attrezzature e delle misure antincendio</li> <li><input type="checkbox"/> Verifica dei DPI</li> <li><input type="checkbox"/> Piano di valutazione dei rischi</li> <li><input type="checkbox"/> Certificazioni attestanti la conformità di impianti e attrezzature</li> <li><input type="checkbox"/> Cartelle sanitarie di rischio dei lavoratori</li> <li><input type="checkbox"/> Informazione / formazione dei lavoratori</li> <li><input type="checkbox"/> Applicazione del D.Lgs 758/94 in caso di violazione di norme in materia</li></ul>
--	---

Relativamente al punto 1), il sopralluogo presso la sede produttiva ha lo scopo di verificare:

- a) gli ambienti di lavoro, sia sotto il profilo igienico-sanitario (dimensioni, condizioni di aerazione, illuminazione, pulizia ecc.) che per quel che concerne le condizioni di sicurezza degli impianti, delle attrezzature, delle misure antincendio;
- b) il ciclo produttivo per valutare l'efficacia delle misure di prevenzione adottate, sia di carattere generale e che specifiche per i lavoratori con particolare riferimento alla fornitura e all'utilizzazione dei DPI (dispositivi di protezione individuale).

Riguardo al punto 2) la normativa prevede che il datore di lavoro proceda alla valutazione dei rischi presenti in azienda e, qualora il numero di dipendenti sia superiore alle dieci unità, lo obbliga ad elaborare il documento di valutazione dei rischi.

Tale documento si compone di una parte iniziale nella quale vengono individuati i rischi specifici e per la cui determinazione possono essere necessarie misurazioni strumentali come ad es. la valutazione del rumore, la valutazione dell'esposizione a polveri, gas e vapori, la valutazione dell'esposizione ad agenti biologici.

Vi è poi la seconda parte relativa alle misure di prevenzione adottate tenendo conto anche delle conoscenze tecnico-scientifiche del momento. E le misure preventive adottate devono essere indicate con chiarezza e messe in correlazione al rischio che si vuole prevenire.

L'adozione di DPI appropriati in grado di ridurre il rischio conseguente all'esposizione del lavoratore ad una determinata noxa patogena, così come l'utilizza-

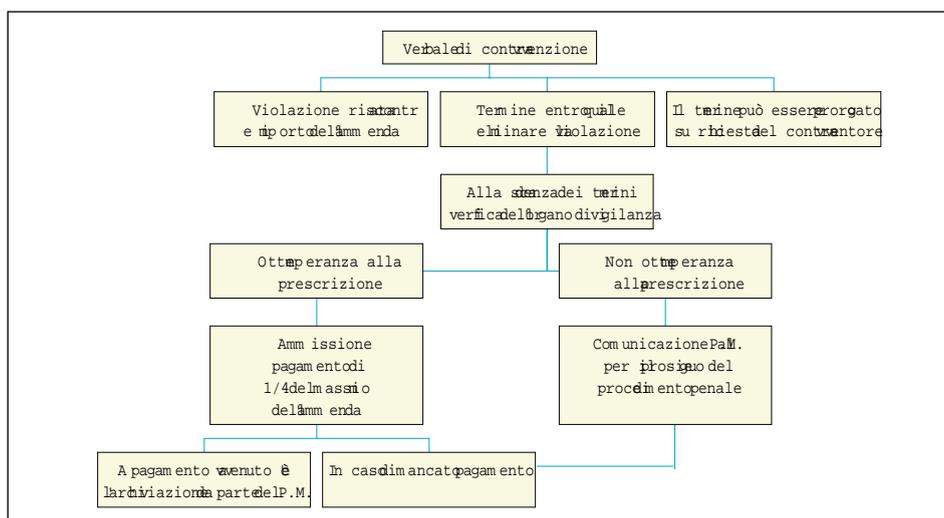
zione di impianti e/o macchinari che vengano sottoposti alle verifiche periodiche di legge e ancora l'esecuzione delle visite mediche periodiche, la corretta informazione e formazione sui rischi lavorativi sono tutti esempi di misure di prevenzione che il datore di lavoro deve adottare per ridurre i rischi in azienda.

La valutazione dei rischi è dinamica nel senso che va verificata periodicamente così come il documento di valutazione va aggiornato ogni qualvolta vi sia una modifica del ciclo produttivo o l'utilizzazione di nuove attrezzature e/o impianti

Nel caso in cui dall'ispezione risulta che il datore di lavoro ha messo in atto quanto stabilito dalla normativa vigente, chiaramente la verifica ha esito positivo e l'azione dell'organo di vigilanza si esaurisce al termine del sopralluogo.

Se invece emergono violazioni della normativa vigente l'organo di vigilanza adotta i provvedimenti di cui al punto 3), impartendo al datore di lavoro le prescrizioni, secondo quanto previsto dal D.Lgs 758/94 - Tab. 2 -, e informa il P.M. che dà inizio al procedimento penale e amministrativo.

**Tab. 2 - Iter procedurale ai sensi del D.Lgs 758/94**



Come si desume dalla tabella, al contravente viene imposto, dall'Organo di vigilanza, un termine entro il quale egli dovrà eliminare le violazioni riscontrate; la durata di tale termine varia in base al tipo di violazione e alla complessità degli interventi necessari per eliminare la stessa e comunque, in prima istanza, non può essere superiore a mesi sei. Il contravente può chiedere all'Organo di vigilanza la proroga del termine di prescrizione, laddove ricorrano

validi motivi e questi ne dà notizia al P.M. Nel primo semestre dalla notifica del verbale di contravvenzione può essere richiesta più di una proroga, ma dopo i primi sei mesi può essere richiesta solo un'ulteriore proroga del periodo massimo di sei mesi.

Alla scadenza, poi, del termine di prescrizione, l'Organo di vigilanza esegue un sopralluogo ispettivo per verificare l'eliminazione delle violazioni riscontrate e se ciò è avvenuto ammette il contravventore al pagamento dell'ammenda che sarà pari ad 1/4 del massimo previsto dalla norma.

Una volta avvenuto il pagamento dell'ammenda, entro 30 gg dalla notifica di pagamento, l'Organo di vigilanza informa il P.M. che procede all'archiviazione del procedimento.

Nel caso in cui, invece, il sopralluogo evidenzia la mancata ottemperanza alle prescrizioni impartite, l'Organo di vigilanza informa il P.M. per il prosieguo del procedimento penale.

Parimenti si procede nel caso di ottemperanza alle prescrizioni senza pagamento dell'ammenda.

### **Vigilanza in ambito ospedaliero**

L'applicazione del D.Lgs 626/94 negli ospedali ha comportato difficoltà pari a quelle riscontrate in altri comparti lavorativi ma, fatta eccezione per alcune realtà effettivamente carenti, le Aziende si sono date subito una buona organizzazione con la creazione dei Servizi di Prevenzione e Protezione che hanno avuto ampia delega dai Direttori Generali per gli interventi in materia.

L'ospedale è un'azienda complessa nella quale vi sono varie unità operative, in collegamento funzionale fra loro, con compiti specifici differenti e di conseguenza con rischi variabili.

Ciò significa che il piano di valutazione dei rischi deve essere articolato e prevedere una parte generale nella quale vanno indicati i rischi comuni a cui sono esposti tutti i lavoratori e una parte specifica relativa ai rischi specifici delle singole mansioni e per singola mansione quelli legati ai compiti espletati.

Le attività lavorative di una qualsiasi struttura ospedaliera possono essere suddivise in attività di:

- Ambulatorio;
- Reparto clinico di degenza;
- Sala operatoria;
- Laboratorio;
- Farmacia;
- Camera mortuaria e sala settoria;
- Gestione reflui e rifiuti;
- Progettazione e manutenzione;
- Uffici amministrativi.

**Tab. 3 - Rischi più comuni a cui sono esposti i lavoratori ospedalieri:**

---

Rischio fisico per esposizione a:	Radiazioni ionizzanti Radiazioni non ionizzanti Rumore Vibrazioni
Rischio chimico per esposizione a:	Anestetici Antiblastici Composti marcati Mezzi di contrasto Detergenti Sostanze utilizzate per lavori di officina Fumi di saldatura
Rischio biologico per esposizione a:	Virus Batteri Miceti
Rischio trasversale:	Organizzazione del lavoro Condizioni di lavoro difficile Stress Mobbing
Altri	Movimentazione manuale dei carichi Utilizzo di apparecchiature elettromedicali

---

Dalle voci elencate in tabella risulta, quindi, in maniera chiara che non ci sono solo rischi per gli operatori sanitari ma anche per le altre figure professionali.

Di conseguenza, le misure di prevenzione da adottare saranno mirate al rischio a cui ciascun operatore può andare incontro.

Volendo fare un accenno ai rischi più frequenti in ambito ospedaliero non si può non iniziare dal rischio dell'esposizione agli agenti biologici. E' risaputo che chi opera nella sanità può contrarre malattie trasmesse dai propri pazienti, ma l'esperienza e gli studi epidemiologici ci insegnano che l'adozione di misure di prevenzione spesso semplici come l'utilizzo di un paio di guanti o di una visiera o di un paio di occhiali idonei possono preservare l'operatore da gravi malattie.

Altra aspetto di rilievo negli ultimi anni è la diffusione dell'utilizzo degli apparecchi elettromedicali. In questo caso ad essere esposti al rischio da mal-funzionamento di detti apparecchi sono non solo gli operatori ma anche i pazienti con le ripercussioni medico-legali ormai note. Eppure la misura preventiva che viene richiesta è di una semplicità estrema: assicurarsi che le appa-

recchiature utilizzate siano corredate del certificato di conformità alle norme vigenti, che le stesse siano periodicamente revisionate da tecnici abilitati all'uso e che naturalmente l'impianto elettrico da cui traggono alimentazione sia costruito a regola d'arte, certificato e verificato anch'esso periodicamente da un tecnico abilitato.

Il rischio da esposizione da gas anestetici va prevenuto in primo luogo adeguando le sale operatorie e/o progettandone e realizzandone di nuove seguendo la normativa vigente sia in tema di sicurezza che di igiene del lavoro e successivamente effettuando la misurazione periodica nell'ambiente, con la verifica periodica delle apparecchiature ecc.

Il rischio da agenti cancerogeni/mutageni può essere legato in ospedale all'utilizzo degli antitumorali. Anche in questo caso è necessaria l'adozione di protocolli operativi di sicurezza compreso l'utilizzo dei DPI.

Il rischio da movimentazione manuale dei carichi, appena accennato nel D.P.R. 303 del 1956, ma inquadrato in maniera chiara ed inequivocabile dal D.Lgs 626/94, si materializza in ospedale, nel momento in cui si mobilita il paziente con scarsa autonomia fisica. La movimentazione di un paziente ha tutto per rientrare nella categoria suddetta: peso, dimensioni irregolari, mobilitazione resa difficoltosa anche dall'applicazione di eventuali presidi terapeutici tipo flebotomi, medicazioni, protesi ecc.

Per questo rischio, la misura preventiva più semplice consiste nell'utilizzare sollevatori meccanici e/o movimentare il paziente in più persone in base al suo peso corporeo e agli altri fattori già citati.

Infine, non bisogna dimenticare gli operatori che non appartengono al ruolo sanitario come il personale amministrativo (rischio VDT soprattutto) e il personale appartenente all'area tecnica manutentiva che è esposto ai rischi specifici della propria mansione che viene svolta in un ambiente a rischio come quello ospedaliero.

Infine, il D.Lgs 626/94 ci invita a valutare i cosiddetti rischi trasversali che in ospedale assumono la massima importanza proprio per le condizioni di lavoro difficili in cui si trovano gli operatori alle prese con problemi organizzativi, quali turnazioni, eccesso di lavoro e difficoltà relazionali con i colleghi e soprattutto con i pazienti.

Questa illustrazione in breve dei possibili rischi presenti nell'ambiente ospedaliero sta a dimostrare la complessità delle misure preventive che devono essere adottate; tuttavia, il perseguimento di questo obiettivo ha portato nel tempo ad una diminuzione degli infortuni e delle malattie professionali e quindi va incoraggiato e perfezionato.

## **LA SORVEGLIANZA SANITARIA NELLA RADIOPROTEZIONE**

**Raffaele Pennarola,**

*Responsabile Servizio Radioprotezione Medica - Università degli Studi di Napoli  
"Federico II"*

### **Sviluppo storico della radioprotezione**

Quando si scoprirono i raggi X e la radioattività, non ci si rendeva conto che questi agenti potevano avere effetti nocivi. Gli apparecchi per raggi X e gli operatori non avevano protezioni. Poi incominciarono a manifestarsi i primi danni (anemie, lesioni cutanee, tumori) nei pazienti e anche negli operatori. Le prime vittime furono i medici che operavano in prima persona. Lo stesso Roentgen notava la caduta dei capelli 21 giorni dopo l'esecuzione di una radiografia del cranio con tempo di esposizione di un'ora. Già Roentgen in una comunicazione del 9.3.1896 riferiva di aver fatto costruire a fini di protezione una cassa di zinco e piombo dove trovava posto insieme agli strumenti di misura.

La produzione dei raggi X era spesso misurata sulla cute del medico e la mano era frequentemente usata come test per dimostrazioni. Si aggiunsero poi ai primi medici "radiologi" che si servivano delle fonti radiogene per usi diagnostici e terapeutici altre figure professionali come tecnici ed altri operatori sanitari tra cui chirurghi, ortopedici, fisiologi, ecc.

Intanto si faceva strada quindi - collateralmente allo sviluppo e uso di sorgenti di radiazioni - il concetto della radioprotezione, finalizzata alla prevenzione e sicurezza nelle operazioni che espongono al rischio.

### **Prime applicazioni della Radioprotezione**

Nel 1928 in occasione del 2° Congresso Internazionale di Radiologia a Stoccolma si costituiva la International Commission of Radiological Protection (ICRP) Commissione Scientifica Internazionale che ha avuto un ruolo fonda-

mentale nello sviluppo della radioprotezione e che periodicamente emana provvedimenti in tema di sicurezza e protezione dalle radiazioni.

Tali disposizioni vengono di regola recepite dai governi e organizzazioni internazionali. In Europa vengono recepite e trasmesse ai Paesi della Comunità come Direttive. A livello nazionale sono poi i singoli Paesi a legiferare in relazione alle Direttive Comunitarie.

La Radioprotezione ha conosciuto un periodo iniziale di studio approssimativamente compreso tra inizio del secolo e la seconda guerra mondiale. Definite in tale periodo le grandezze fisiche associate all'irradiazione e approfondito lo studio degli effetti biologici si sono poste le basi della disciplina.

Fino all'epoca della seconda guerra mondiale era opinione comune che dosi modeste fossero tollerabili e veniva proposta una "dose di tolleranza" alle radiazioni da non superare tranne che per i pazienti. Tale dose corrispondeva alla esposizione di 1 roentgen a settimana al corpo intero. Fino a tale periodo infatti gli effetti noti erano solo quelli da dosi elevate.

Dopo Hiroshima e Nagasaki emerse con evidenza il potenziale distruttivo dell'energia nucleare e il rischio genetico e oncogeno delle radiazioni.

Nel 1946 fu costituita la Atomic Bomb Casualty Commission con l'obiettivo di eseguire ricerche sugli effetti delle bombe atomiche sull'organismo umano. Nel 1955 le Nazioni Unite costituirono lo Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation (UNSCEAR) nell'intento di raccogliere dati sulla radioattività ambientale e sugli effetti delle radiazioni.

## **Evoluzione del pensiero protezionistico**

La difficoltà dell'esplorazione epidemiologica degli effetti stocastici o probabilistici di piccole dosi di radiazioni indusse negli esperti l'ipotesi cautelativa che - per il campo inesplorabile delle piccole e piccolissime dosi - la relazione tra dose ed effetti fosse lineare e senza soglia, con una funzione rappresentata da una retta passante per l'origine delle coordinate.

Cadeva quindi il concetto della dose di tolleranza, cui subentrava la ricerca di una dose con piccolo rischio biologico accettabile.

Venivano proposte delle dosi massime ammissibili, corrispondenti ai rischi biologici di effetti stocastici per i lavoratori, gli individui componenti la popolazione e la popolazione nel suo insieme.

Nel 1958 la dose massima ammissibile al corpo intero fu fissata in 5 rem (50mSv) all'anno e 0,5 rem (5mSv) all'anno per individui della popolazione.

Veniva pure affermato il principio della eliminazione di ogni dose indebita non necessaria e motivata.

Negli anni successivi si è cercato di stabilire il livello accettabile di rischio e nel 1965 dalla ICRP è stato formulato il noto principio ALARA espresso dalla raccomandazione che qualsiasi esposizione non necessaria debba essere evitata e

che tutte le dosi siano tenute tanto basse quanto è concretamente ottenibile (“as low as readily achievable”), facendo luogo a considerazioni di ordine economico e sociale.

## **Gli attuali orientamenti**

La ulteriore elaborazione della filosofia della radioprotezione poggia su tre principi base.

### 1) Il Principio di GIUSTIFICAZIONE

Nessuna attività con radiazioni deve essere accolta a meno che produca un beneficio netto e dimostrabile.

L’analisi dei benefici e dei costi, poggiata su valutazioni tecniche, sanitarie, economiche e sociali si deve concludere con un giudizio di prevalenza dei benefici sui costi.

### 2) Il Principio di OTTIMIZZAZIONE

L’attività giustificata e di fatto adottata deve essere realizzata in condizioni di ottimizzazione della protezione. Secondo la ICRP: “Ogni esposizione alle radiazioni deve essere tenuta tanto bassa quanto è ragionevolmente ottenibile, facendo luogo a considerazioni economiche e sociali”.

### 3) Principio della LIMITAZIONE DELLE DOSI

Il limite di dose per le singole persone deve assicurare una protezione adeguata

Secondo la ICRP: “La dose agli individui non deve superare i limiti raccomandati per le varie circostanze”.

Tali limiti fissati per qualsiasi lavoratore e individuo della popolazione (in rapporto tra loro di uno a un decimo) non devono essere superati nelle condizioni di vita e di lavoro.

Il sistema di radioprotezione raccomandato e aggiornato dalla ICRP nelle pubblicazioni succedutesi nel tempo è stato accolto nei recenti provvedimenti di legge di recepimento delle Direttive comunitarie (D.Lgs. 230/95, D.Lgs. 241/00, D.Lgs. 257/01).

Per la protezione del paziente il D.Lgs. 187/00 sviluppa analiticamente la tematica dando indicazioni precise e di riferimento.

Inoltre a norma del D.Lgs. 230/95 art.59 comma 4, nei luoghi di lavoro con rischio da radiazioni l’osservanza delle leggi di protezione radiologica non esaurisce gli obblighi cui sono tenuti i datori di lavoro, i dirigenti, i preposti i lavoratori e i medici competenti ai sensi del D.Lgs. 626/94 di sicurezza del lavoro.

## **La revisione critica del sistema di protezione radiologica**

E' del tutto recente una revisione critica del sistema di protezione radiologica enunciato e tuttora riconosciuto sul piano internazionale. La Commissione Internazionale di Protezione Radiologica sta considerando la revisione delle proprie raccomandazioni riguardanti il sistema di radioprotezione in sostituzione di quelle presentate nel 1990/91 nella Pubblicazione 60. Tale revisione critica è in corso ed espressa secondo il concetto della "Dose controllabile" introdotto dal Prof Roger H. Clarke, Direttore del NRPB e presidente della ICRP, intendendosi per Dose controllabile la Dose o la Somma di dosi a un individuo da una sorgente particolare che può ragionevolmente essere controllata con qualsiasi mezzo.

E' un concetto nuovo avanzato nel contesto del dibattito intorno alla ipotesi della relazione lineare senza soglia tra dosi ed effetti per quanto concerne gli effetti stocastici. Potrebbe rappresentare la base di un nuovo approccio dell'ICRP alla protezione mirante ad un sistema di protezione radiologica semplificato e alternativo al sistema attuale considerato talora complesso e di difficile applicazione. Emerge dalla Commissione una impostazione tendente ad evitare formalismi matematici nell'applicazione dei principi di giustificazione e di ottimizzazione, facendo leva su stime qualitative basate sul buon senso. Il processo di ottimizzazione dovrebbe avvenire mediante il raggiungimento del consenso delle parti interessate, lavoratori o popolazione, determinando o contrattando il miglior livello di protezione nei singoli casi. Per quanto riguarda la limitazione delle dosi individuali si sostituirebbero ai limiti di dose dei livelli di azione protettiva. Tale impostazione di revisione sta suscitando ampi dibattiti ed anche alcune perplessità scontrandosi con impostazioni e metodologie di studio e ricerca ormai consolidate.

### **Obiettivi pratici**

Nella pratica la protezione e prevenzione nel rischio da radiazioni ionizzanti mira a questi obiettivi:

- a) il non accadimento di effetti deterministici per la cui comparsa è necessario il superamento di una dose soglia;
- b) l'accadimento di effetti stocastici (probabilistici) cioè tumori e danni genetici, a livelli estremamente bassi e trascurabili.

Il primo obiettivo viene normalmente raggiunto con l'osservazione delle regolari misure di radioprotezione.

Per il secondo obiettivo, nel rispetto delle norme di radioprotezione e in normali condizioni operative l'accadimento degli effetti stocastici è a frequenza tanto bassa da confondersi con gli stessi effetti dovuti a cause naturali.

L'orientamento preventivo più moderno della sorveglianza sanitaria in radioprotezione mira a svolgere una accurata opera di vigilanza clinico - anamnestica e col ricorso agli accertamenti del caso per la prevenzione di questi effetti, specie delle neoplasie, i cui fattori eziologici sono ubiquitari e aspecifici. In questo contesto di alta finalità sociale il personale esposto viene sottoposto alle misure preventive di controllo e sorveglianza medica mirata.

La sorveglianza medica dei lavoratori esposti alle radiazioni ionizzanti deve fare riferimento allo stato di salute delle persone. E la salute va intesa non più come assenza di malattia ma come stato di benessere fisico - psichico - sociale.

Nei paesi progrediti non si superano i livelli di dose del danno deterministico a soglia (radiodermiti, cataratte, ecc.). Resta la difesa dal danno stocastico o probabilistico per il quale l'orientamento protezionistico pone l'ipotesi che anche una piccola dose possa essere responsabile di danno mutageno o genotossico. Esiste, tuttora, comunque un vivace dibattito e certe tendenze di pensiero ritengono che piccole dosi di radiazioni possano giovare (ormesi da radiazioni). Mentre secondo talune linee di ricerca in certe condizioni si può assistere alla riparazione enzimatica del danno atomico e molecolare da radiazioni. E la impostazione della radioprotezione su base molecolare potrebbe portare a grossi risultati in un futuro non lontano.

## **Strutture operative di radioprotezione**

Nel nostro Paese, nei grossi Presidi Ospedalieri e dove esiste una maggiore densità di rischio radiologico sono in finzione apposite strutture di Sorveglianza sanitaria del personale esposto o Servizi di Radioprotezione di cui Responsabile della struttura è il Medico Autorizzato al quale è affidata la sorveglianza medica con finalità essenzialmente preventiva e protezionistica. Tali strutture svolgono una funzione di riferimento sul territorio in caso di eventi accidentali e come osservatori epidemiologici.

Il Servizio di Radioprotezione medica dell'Università di Napoli Federico II, istituito nel 1984 dispone di attrezzature per gli accertamenti strumentali e di laboratorio relativi ai rischi derivanti da esposizioni a radiazioni ionizzanti e non ionizzanti. In particolare sono in dotazione apparecchiature per l'esecuzione degli esami su organi e strutture biologiche più radiosensibili (ematologia e citogenetica, microcircolo e cute, oftalmologia). Il Servizio è inoltre collegato con i reparti di Radiologia, Medicina Nucleare, Analisi chimico - cliniche, Ematologia, Immunologia, Oncologia, Dermatologia, Oculistica, ecc. secondo le esigenze particolari dell'intervento in rapporto ai diversi problemi di radiopatologia e radioprotezione che si possono presentare. I locali assegnati al Servizio

consentono una organica articolazione delle diverse prestazioni ambulatoriali e analisi praticate. Gli ambienti sono così ripartiti:

- 1 Sala visita medica
- 2 Sala prelievi
- 3 Laboratorio ematologico e citogenetico
- 4 Laboratori prove funzionali (cardiologia e microcircolo, termografia, capillaroscopia, oftalmologia)
- 5 Dosimetria, Tossicologia, Test sensitivo-motori
- 6 Archivio informatico e segreteria.

Il Servizio di Radioprotezione medica dell'Università Federico II di Napoli cura corsi di formazione e perfezionamento nel campo della radioprotezione, sia in rapporto alle radiazioni ionizzanti che non ionizzanti e nella Regione Campania svolge attività sia ambulatoriale che di Day - Hospital nel campo della prevenzione, diagnosi e protezione sanitaria dai rischi derivanti dalle radiazioni.

A tale struttura per le competenze acquisite nel settore si rivolgono per quesiti specifici enti pubblici e privati, Ospedali, ecc. e sono in corso collaborazioni e ricerche comuni con l'ISPESL, l'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare, l'Istituto Curie di Parigi, l'Ispettorato del Lavoro.

## **La sorveglianza medica**

La sorveglianza medica dei lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti è effettuata dal Medico Autorizzato e comprende visite mediche preventive, periodiche, straordinarie, eccezionali. Il personale esposto alle radiazioni ionizzanti viene distinto a norma del D.Lgs. 230/95 in Categoria A e Categoria B. Appartengono alla Categoria A i lavoratori suscettibili di ricevere in un anno una dose superiore a uno dei seguenti valori:

- a) 6 mSv per esposizione globale;
- b) 3/10 di uno qualsiasi dei limiti di dose fissati per il cristallino (150 mSv); per la pelle (500 mSv); per le estremità (500 mSv).

Gli altri lavoratori esposti sono classificati in Categoria B.

Gli attuali livelli di sicurezza e protezione sanitaria negli ambienti di lavoro con rischio da radiazioni ionizzanti hanno pressoché escluso la possibilità di manifestazioni di radiopatologia deterministica a soglia e reso così basso il rischio oncogeno radioinducibile da confondersi col rischio tumorale da cause comuni.

La sorveglianza medica dei lavoratori esposti prende in considerazione, a norma di legge, lo stato generale di salute del lavoratore. In sintesi s'individua- no i seguenti momenti della sorveglianza sanitaria:

### 1) *Visita medica preventiva*

La prima visita medica (visita preventiva) viene richiesta a norma dell'art. 84 del D.Lgs. 230/95.

In base alle risultanze della visita il lavoratore è classificato:

- a) idoneo;
- b) idoneo a determinate condizioni;
- c) non idoneo.

### 2) *Visite mediche periodiche*

Per i lavoratori di categoria A vengono effettuate a periodicità almeno semestrale e almeno annuale per i lavoratori di categoria B e comunque ogni qualvolta venga variata la destinazione lavorativa o aumentino i rischi connessi a tale destinazione. La frequenza delle visite mediche può essere aumentata in tutti i casi in cui le condizioni di esposizione e lo stato di salute lo esigano.

### 3) *Visite straordinarie*

Vengono effettuate in caso di variazioni di destinazione lavorativa o aumento del rischio (art. 85, comma 1): a richiesta del lavoratore; a richiesta del datore di lavoro; dopo rientro da aspettativa, per esempio per maternità, servizio militare, malattia, ecc.; prima della cessazione del rapporto di lavoro (art. 85 comma 5).

In base alle risultanze delle visite periodiche e straordinarie i lavoratori sono classificati in:

- a) idonei;
- b) idonei a determinate condizioni;
- c) non idonei;
- d) lavoratori sottoposti a sorveglianza medica dopo la cessazione del lavoro che li ha esposti alle radiazioni ionizzanti.

### 4) *Sorveglianza medica eccezionale*

In caso di superamento del valore di 20 mSv/anno (per esposizione globale) o superamento dei limiti per esposizione parziale (sempre con riferimento ai limiti annuali).

Essa comprende gli interventi diagnostico - terapeutici e valutativi, nonché le prescritte denunce e segnalazioni, eventuale referto all'A.G..

### 5) *Esposizioni soggette ad autorizzazione speciale*

In situazioni eccezionali lavoratori di categoria A possono essere sottoposti ad esposizioni superiori ai limiti di dose, a norma del disposto del par. 9, All. III del D.Lgs. 241/2000. In tali casi si deve far ricorso a lavoratori scelti tra quelli preventivamente indicati dal Medico Autorizzato.

### 6) *Registrazione delle dosi.*

I dati dosimetrici derivanti sia da esposizioni normali che accidentali o di

emergenza, utilizzando i dati trasmessi dall'esperto qualificato (art. 90, comma 1/c) che si riferiscono alle dosi ricevute o impegnate, vengono trascritti nel documento sanitario personale; la valutazione medica dei dati dosimetrici e delle condizioni di esposizione richiede la stretta collaborazione del medico con l'esperto qualificato nonché con il servizio di prevenzione e protezione (art. 90 commi 2 e 3).

7) *Formulazione e trasmissione del giudizio di idoneità*

Viene comunicato per iscritto al datore di lavoro precisando i limiti di validità (art. 84, commi 5 e 6).

8) *Sopralluoghi per analisi dei rischi individuali*

Ai fini della programmazione di indagini specialistiche e di laboratorio atte a valutare lo stato di salute del lavoratore (art. 89, comma 1/a).

9) *Informazione del lavoratore sui rischi*

Ad ogni visita il medico illustrerà al lavoratore il significato delle dosi ricevute, dell'introduzione di radionuclidi, degli esami medici e radiotossicologici (art. 84, comma 6).

10) *Prosecuzione sorveglianza medica*

Per i lavoratori allontanati dal rischio perché non idonei o per altro motivo il medico stabilisce la periodicità e modalità della eventuale prosecuzione della sorveglianza (art. 85, comma 4).

11) *Cessato rapporto del lavoratore*

Consegna al lavoratore di copia del documento sanitario personale (art. 90 comma 2); consegna dei documenti sanitari personali all'ISPESL. I datori di lavoro, dirigenti e preposti comunicano tempestivamente la cessazione del rapporto di lavoro con il lavoratore esposto (art. 13 comma 1/b).

12) *Malattia professionale accertata o sospetta*

Compilazione del certificato medico per l'INAIL; comunicazione entro 3 gg. all'Ispettorato provinciale del Lavoro; agli organi di vigilanza del Sistema Sanitario Nazionale; del referto alla A.G.; trasmissione di documentazione clinica o anatomo - patologica e della anamnesi lavorativa all'ISPESL in caso di neoplasie ritenute causate da esposizione lavorativa alle radiazioni ionizzanti (art. 92, comma 2 e 3).

13) *Consulenza al datore di lavoro*

Per la messa in atto di infrastrutture e procedure idonee a garantire la sorveglianza medica dei lavoratori esposti, sia in condizioni di lavoro normale che in

caso di esposizioni accidentali o di emergenza (art. 89, comma 1/d); segnalazione entro 3 gg. all'ANPA, all'Ispettorato provinciale del lavoro, agli organi di vigilanza del Sistema Sanitario Nazionale di incidenti e di superamenti di dose (art. 92 comma 1).

#### *14) Documento Sanitario Personale*

Il Medico addetto alla sorveglianza medica istituisce, tiene aggiornato e conserva il documento sanitario personale. Il modello fissato dal D.Lgs. 241/2000 tiene conto della necessaria compatibilità con il D.Lgs. 626/94 in concomitanza di rischi dovuti ad altri agenti nocivi per i quali la normativa vigente prevede un giudizio di idoneità. Si evita la necessità in tali casi di istituire due documenti sanitari per lo stesso lavoratore.

Il datore di lavoro, a norma di legge, appone la firma in calce alla prima pagina del Documento.

#### *15) Accertamenti integrativi*

A norma di legge la visita medica preventiva deve essere completata da adeguate indagini specialistiche e di laboratorio.

Presso l'Università di Napoli Federico II per il personale esposto a radiazioni ionizzanti di regola si suggerisce di praticare a integrazione della visita preventiva:

- profilo ematologico (emocromo con formula e piastrine) e controllo dell'emocoagulazione (APTT, PT, fibrinogeno)
- profilo biochimico (glicemia, creatininemia, sideremia, uricemia, bilirubinemia, colesterolo HDL, transaminasi, cGT, protidogramma elettroforetico)
- esame delle urine
- test di funzione tiroidea
- esame oculistico
- videocapillaroscopia

Sulla base delle risultanze clinico - anamnestiche e in rapporto ai rischi si potranno eseguire ulteriori indagini integrative, test di tipizzazione linfocitaria, ecc.. Anche le visite periodiche e straordinarie a norma di legge "ove necessario sono integrate da adeguate indagini specialistiche e di laboratorio" (art.85, comma 1, D.Lgs. 230/95).

In relazione al rischio oncogeno, si tiene conto delle raccomandazioni della American Cancer Society riprese dall'Associazione Italiana di Radioprotezione Medica (AIRM) con riferimento ai coefficienti di radioinducibilità tumorale ("ICRP 60") secondo lo schema seguente:

## Scheda personale di oncoprevenzione

### LAVORATORE

ESAMI RACCOMANDATI	DATA E RISULTATO	FREQUENZA CONSIGLIATA PER ETA' DI RIFERIMENTO
Rettosigmoidoscopia		>50 o 3-5 anni
Sangue occulto feci		>50 annuale
Esplorazione rettale		>40 annuale
Esame prostata		>50 annuale
Esami clinici		variabile

### LAVORATRICE

ESAMI RACCOMANDATI	DATA E RISULTATO	FREQUENZA CONSIGLIATA PER ETA' DI RIFERIMENTO
Rettosigmoidoscopia		>50 ogni 3-5 anni
Sangue occulto feci		>50 annuale
Esplorazione rettale		>40 annuale
Pap-test		>18 variabile
Esame pelvico		>18 variabile
Biopsia endometrio		Alla menopausa variabile
Autopalpazione seno		>20 mensile
Esame clinico seno		>20 variabile
Mammografia		>40 variabile
Esami clinici		variabile

### Conclusioni

La Radioprotezione è materia interdisciplinare relativa alla protezione e prevenzione degli effetti delle radiazioni. Essa mira alla salute e sicurezza globale dei lavoratori, popolazione e ambiente in rapporto alle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti. Essa si avvale dell'apporto di conoscenze derivanti da più discipline (fisica, biologia, medicina) in una costruzione integrata dai contributi venuti negli anni e conseguenti alle esperienze maturate e alle ricerche cliniche e sperimentali succedutesi nel tempo. Nella radioprotezione operano insieme fisici (sorveglianza fisica), medici (sorveglianza medica) datori di lavoro e operatori a vario titolo. La sicurezza poggia su questo rapporto interdisciplinare tra competenze distinte ma collegate, bene evidenziate dalle leggi presenti nel settore, per-

ché ci sia un sinergismo nelle competenze e nelle funzioni e perché nel rapporto con il rischio prevalga la sicurezza e la minimizzazione del rischio. La sorveglianza sanitaria opera in tale contesto con l'obiettivo di salvaguardare la salute di lavoratori, popolazione, ambiente. Considerato il ricorso sempre più diffuso alle radiazioni in applicazioni numerose e crescenti nei diversi settori della ricerca, dell'industria, della medicina il ruolo della sorveglianza sanitaria nella radioprotezione assume un significato di grande importanza, garantendo il progresso scientifico e tecnologico nella sicurezza e nella tranquillità operativa.

## **Bibliografia**

- AIRM: Spettro elettromagnetico ed effetti sanitari: la sorveglianza medica. Atti XVII Congresso Nazionale AIRM. Pubblicazione AIRM n. 35, Tipar Ed., Roma 2002.
- R. PENNAROLA, L. CAVALIERE, E. PENNAROLA, C. RONCORONI, F. RUSSO. - Valutazione di rischi associati in radioprotezione Acta Medica Mediterranea, 13 S, 543-545, 1997
- R. PENNAROLA - Aspetti medici della radioprotezione in rapporto ai rischi da radiazioni ionizzanti e non ionizzanti. In Atti del Corso di Aggiornamento in radioprotezione Medica dell'Università degli Studi di Napoli, a cura di L. Rossi e R. Pennarola, pagg. 113-179. Ed. Idelson. Napoli, 1992.
- R. PENNAROLA, - Il Servizio di Radioprotezione Medica dell'Ateneo. Notiziario dell'Università degli Studi di Napoli. 2, 101-110, 1996.
- E RIGHI, Il giudizio di idoneità all'esposizione alle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti. Atti Convegno Nazionale "Il giudizio di idoneità al lavoro", Venezia 20 maggio 1994, Istituto Italiano di Medicina Sociale: 33-90, Roma 1995.
- R. PENNAROLA, F. SCHILLIRÒ. Lineamenti di Radioprotezione medica. Ed. Liviana Medicina, Napoli 1992.



II<sup>a</sup> SESSIONE

**GLI INFORTUNI E LE MALATTIE PROFESSIONALI  
IN AMBITO OSPEDALIERO**



## **L'EVENTO INFORTUNISTICO QUALE SPIA DELLO STATO DI BENESSERE DEL LAVORATORE E DELLA SICUREZZA IN AMBITO DI LAVORO**

**Adriana Sorrentino,**

*Direttore Sanitario dell'Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" - FBF, Benevento*

Sono stati analizzati, in un recente studio, tutti i casi di infortunio avvenuti nel periodo 1998–2001, nell'Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli di Benevento.

Obiettivo dello studio è stato quello di monitorare l'andamento dell'evento infortunistico, quale spia di benessere del lavoratore e della sicurezza nell'ambiente di lavoro ospedaliero.

Sono stati rilevati un totale di 214 eventi infortunistici su una popolazione sanitaria costituita da 577 unità con età media pari a  $41,3 \pm 9,5$  anni ed anzianità lavorativa pari a  $14,1 \pm 8,9$  anni.

Dall'esame dei dati si è riscontrato che le tipologie di rischio preponderanti sono quelle riconducibili all'esposizione ad agenti biologici.

Il rischio biologico è il rischio di infezione nel quale l'operatore sanitario può incorrere qualora venga a contatto con patogeni a trasmissione ematica o con liquidi biologici nei quali sono potenzialmente presenti.

Esso è particolarmente rilevante per gli operatori addetti all'attività di laboratorio ed alle colture virali.

Vengono di seguito riportati i liquidi di origine biologica che hanno la capacità di produrre effetti dannosi sull'uomo.

Liquidi a rischio:

- Sperma
- Secrezioni vaginali
- Liquido pleurico
- Pericardico
- Peritoneale
- Sinoviale
- Amniotico
- Cerebrospinale

Liquidi a rischio in particolari condizioni :

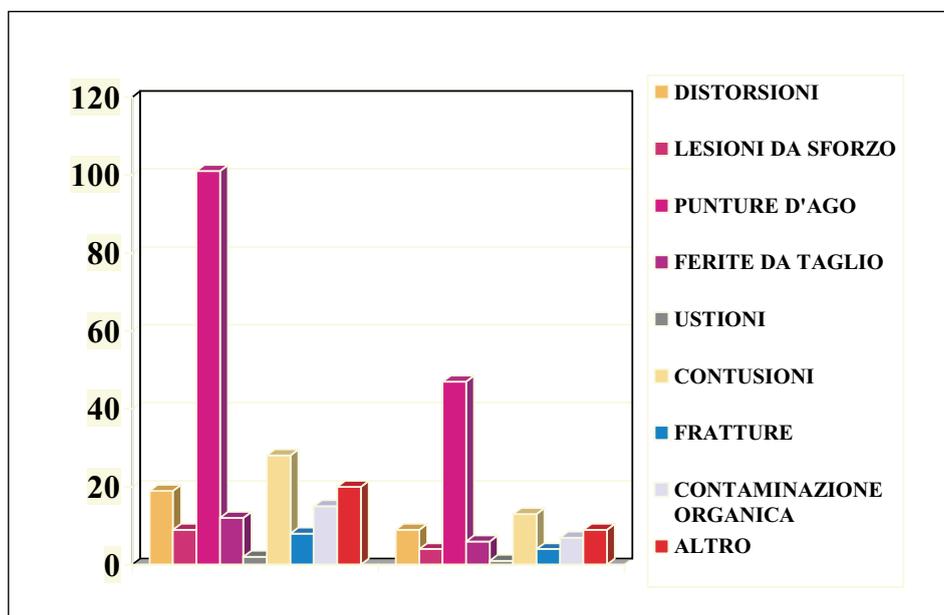
- Saliva
- Lacrime
- Feci
- Latte
- Sudore
- Vomito

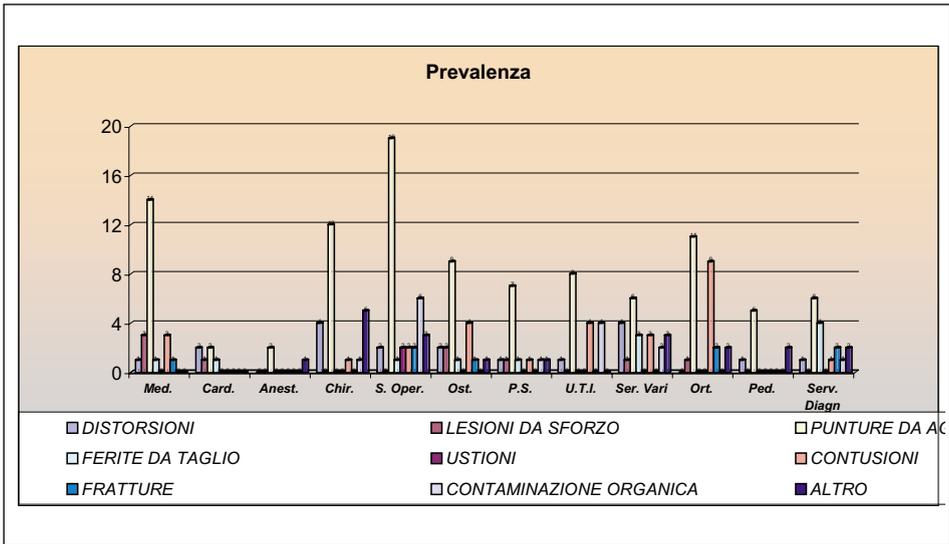
Tra i dati riportati sul registro infortuni, si è dato particolare rilievo alle mansioni espletate dagli infortunati, ai loro reparti di provenienza ed alla natura dell'infortunio, al fine di conoscere categorie lavorative e realtà operative cui ulteriormente indirizzare gli sforzi dei programmi di prevenzione, già in atto ai sensi del D.Lgs. 626/94 ed in accordo al recente DPCM del 29/11/2001 che individua tra i L.E.A. la tutela del rischio infortunistico in ambiente di lavoro.

I dati ottenuti hanno permesso di valutare l'incidenza e la prevalenza dell'infortunio in relazione alla sua tipologia ed alle mansioni ed alle sedi lavorative dell'infortunato.

#### CONFRONTO FRA DUE BIENNI 1998-1999 / 2000-2001

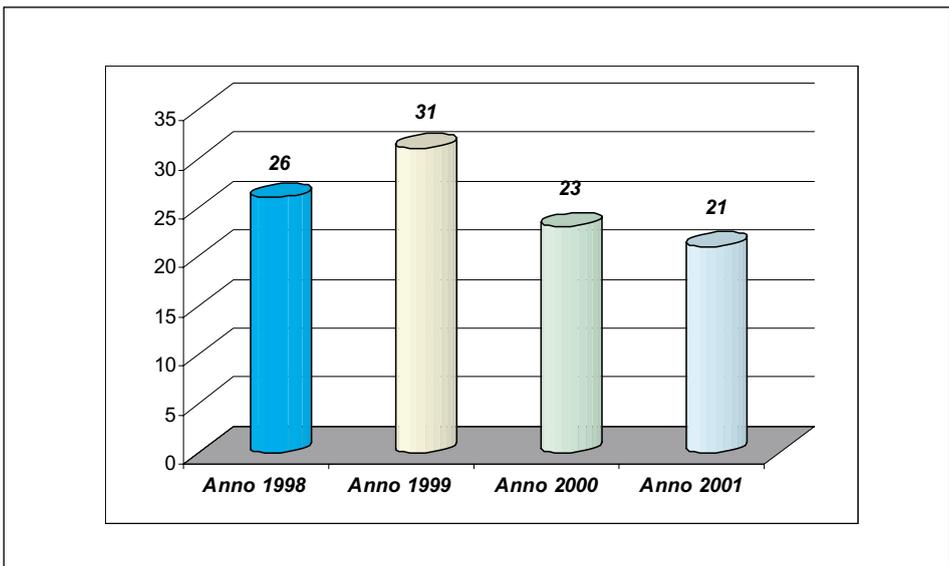
##### *Andamento dell'evento infortunistico in relazione alla sede lavorativa*



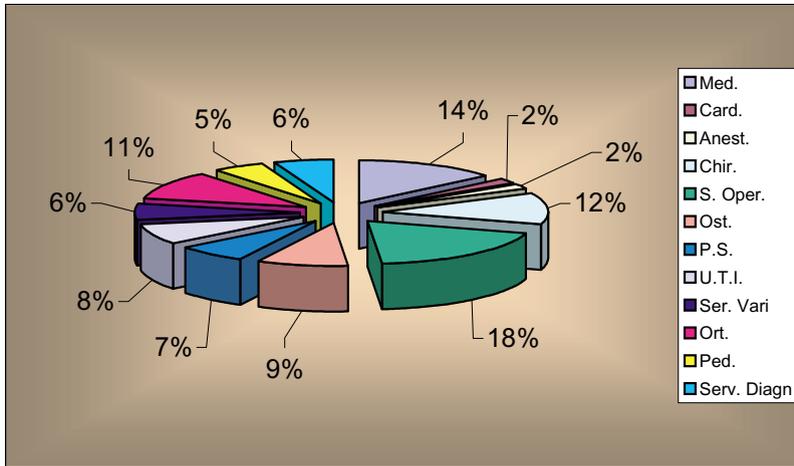


Dall'analisi dei dati, si è constatata una riduzione del fenomeno infortunistico nell'anno 2001 (pari al 21%), a fronte di un progressivo incremento negli anni precedenti (pari al 23% nel 1998, al 27% nel 1999 e al 29% nel 2000) e una prevalenza dell'infortunio costituito da puntura con ago contaminato da sangue.

***Puntura d'ago (Incidenza)***

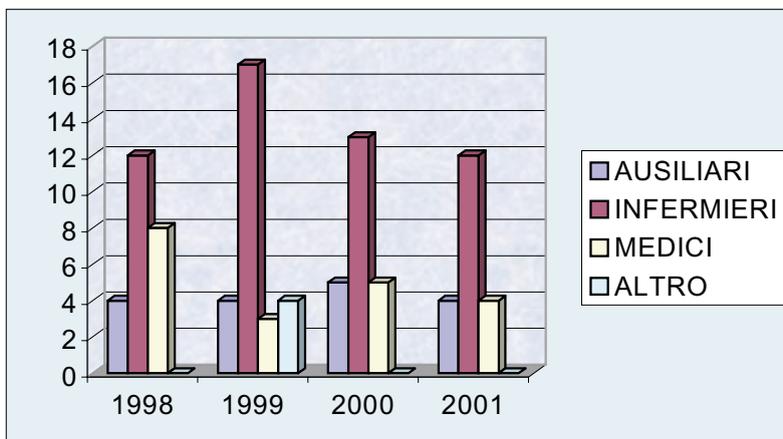


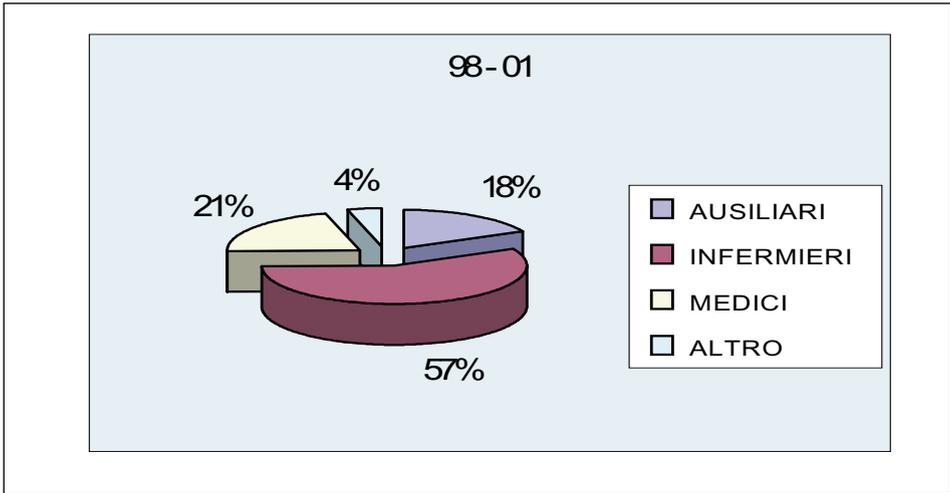
### Percentuale punture d'ago per reparto



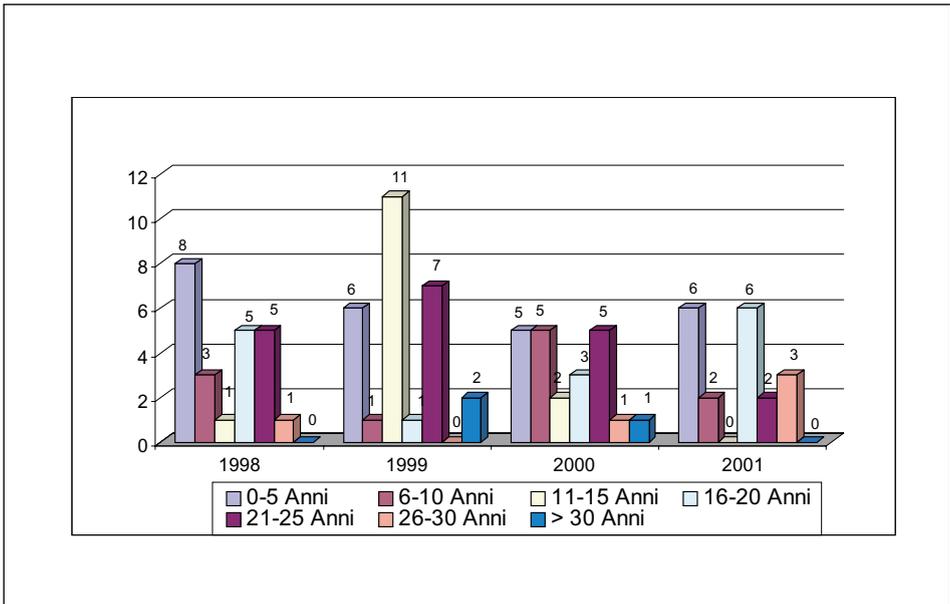
Lo studio ha messo in evidenza inoltre, come già segnalato da altri autori, che l'infermiere è la figura professionale più colpita (121 casi su 214 pari al 57%) e che le sale operatorie sono le sedi lavorative più interessate dal fenomeno, in particolare dalle punture da ago contaminato da sangue.

### Diffusione della puntura d'ago in relazione alla qualifica





*Punture d'ago per anzianità di servizio*



L'analisi del fenomeno infortunistico a carico del personale operante nella struttura ospedaliera ha permesso di individuare i tipi di intervento da effettuare per aumentare la sicurezza sul luogo di lavoro.

Livelli d'intervento su:

## STRUTTURA

- Spazi, attrezzature, tecnologie, dotazioni di mezzi di protezione individuale.

## PROCEDURE

- Organizzazione del lavoro, adozione di protocolli o linee guida, identificazione dei ruoli, comunicazione tra gli operatori.

La definizione delle dimensioni del problema ha consentito di identificare:

- le aree dove la frequenza del fenomeno infortunistico è più elevata;
- le procedure operative a rischio;
- le qualifiche e le mansioni del personale maggiormente colpito;
- una più corretta gestione del rischio;
- riduzione dell'esposizione;
- formazione ed informazione degli operatori sanitari.

La minore incidenza di infortuni riconducibili al rischio biologico nell'anno 2001, rispetto agli altri anni, si ritiene sia la diretta conseguenza della ripresa della formazione avvenuta con specifici corsi rivolti al personale, che pertanto deve essere costante per poter operare un miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza del lavoratore in accordo alla normativa vigente.

Inoltre, dal momento che è risultata rilevante l'esposizione del lavoratore a rischio biologico da epatite, risulta indispensabile praticare la profilassi preventiva vaccinale anti epatite al lavoratore non vaccinato e non immune.



Inoltre, dal momento che è risultata rilevante l'esposizione del lavoratore a rischio biologico da epatite, risulta indispensabile praticare la profilassi preventiva vaccinale anti epatite al lavoratore non vaccinato e non immune.

La conclusione del presente lavoro ci porta ad affermare che

NON PUÒ ESSERCI QUALITÀ SENZA SICUREZZA



## IL GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLE MANSIONI SPECIFICHE

**Bruno Grieco,**

*Associato di Medicina del Lavoro, Università degli Studi "Federico II", Napoli*

Con decreto legge del 12 novembre 2001, n. 402, convertito con L. 8 gennaio 2002, n° 1, le funzioni di Medico Competente possono essere svolte anche da specialisti in igiene e medicina preventiva o in medicina legale e delle assicurazioni.

Sarebbe perciò opportuno che queste Scuole di specializzazione dessero più spazio culturale e pratico alle materie inerenti alla Medicina del Lavoro, la quale, peraltro, non può non trarre grandi vantaggi dalla esperienza dottrinale e giurisprudenziale del Medico – Legale, così come non può non trarre vantaggi dalla preparazione epidemiologica dell'Igienista.

Un errato giudizio di idoneità sia in termini di tempestività della diagnosi sia in termini di precise prescrizioni al datore di lavoro di allontanamento dalla fonte di rischio, oltre a causare danni, a volte gravi, a carico della salute del lavoratore può ritorcersi contro il medico competente che l'ha emesso in quanto responsabile di lesioni colpose, con ripercussioni in sede penale e civile.

Qualsiasi atto strettamente sanitario del M.C. deve necessariamente concludersi con il giudizio di idoneità alle mansioni specifiche; in esso si concretizzano esperienza, preparazione clinica e buon senso, non disgiunti dalla conoscenza puntuale delle reali condizioni di salute del lavoratore, delle mansioni espletate, del ciclo tecnologico, che a sua volta prevede la conoscenza delle schede di sicurezza dei prodotti impiegati, delle quantità impiegate e dei tempi di esposizione.

Quindi il Medico Competente nell'emettere il giudizio di idoneità diventa il "gestore" della salute psico – fisica del lavoratore, ma questa gestione deve riguardare soltanto il *rischio residuo o rischio ineliminabile*, cioè di quella quota di rischio che rimane anche dopo la applicazione di validi mezzi di prevenzione tecnica ed individuali sicchè egli è tenuto a conoscere le sostanze impiegate nel ciclo tecnologico attraverso lo studio delle schede di sicurezza e a prendere diretta visione della postazione di lavoro.

Ma il ruolo del M.C. ed è bene precisarlo subito, non si esaurisce con l'emissione del giudizio di idoneità, che pure ha grandissimo rilievo sotto differenti profili, in quanto l'evoluzione della normativa in materia di igiene del lavoro - dal D.P.R. 303/56 al recente D.Lgs 25 del 2002 sul rischio chimico, ultimo esempio di intervento di lifting del 626 / 94 - ne amplia i compiti sicché egli assume una *centralità* nella gestione della salvaguardia della salute psico - fisica del lavoratore non meno importante di quella del datore di lavoro che rimane, come ripetutamente detto, il vero attore della sicurezza in azienda. La Suprema Corte obbliga il datore di lavoro a far sottoporre il lavoratore alle visite mediche ed infatti una sua sentenza (III pen. 11871/88) così recita "*Qualora sia obbligatorio l'accertamento sanitario periodico sui lavoratori esposti a rischio professionali il datore di lavoro non deve limitarsi a invitare il personale alle visite mediche, ma è tenuto altresì ad assicurarsi che il personale abbia effettivamente osservato tale invito.*"

Se il lavoratore rifiuta ed il rifiuto è persistente il datore di lavoro deve attuare le procedure sanzionatorie previste dall'art.7 dello statuto dei lavoratori fino al suo licenziamento<sup>1</sup>: egli cioè non può assumersi la responsabilità di far lavorare un dipendente in un situazione a rischio che può comportare l'insorgere di una tecnopatia ovvero l'aggravarsi di un'infermità già costituita.

Risulta altresì chiaro che se non sussiste rischio per malattie professionali o per infortuni legati alle condizioni proprie del lavoratore o del tipo di mansione - e non tutte le mansioni presenti in una data realtà aziendale sono a rischio - il Medico Competente deve astenersi dalle visite "*obbligatorie*" e tanto meno dall'emettere il giudizio di idoneità, pena incorrere nelle sanzioni previste dallo statuto dei lavoratori (L. 300 /70) per violazione dell'art. 5.

Nella visita "*obbligatoria*" previste dalle norme sull'igiene del lavoro il concetto informatore che il M.C. deve tener presente è che egli è chiamato ad esprimere un giudizio sulla idoneità del lavoratore ad espletare quella data mansione nel senso che i rischi legati alla stessa non possano far ammalare o far peggiorare una situazione clinica e non sulla capacità dello stesso. Recentemente la Suprema Corte, riprendendo un vecchia e ormai famosa sentenza ( giugno, 1980 ric. Dal Negro III pen. giust. Pen. 1981. II) così si è espressa <sup>2</sup> in un caso in cui Medici Competenti di una nota industria del settore automobilistico, all'insaputa degli assumendi praticavano accertamenti tendenti ad evidenziare uno stato di gravidanza o di uso di oppiacei: "*... proprio con riguardo agli accertamenti sanitari, anche la giurisprudenza di legittimità, evidenziando che l'art. 5 dello statuto dei lavoratori tutela la libertà e la dignità del lavoratore, in modo da impedire che gli imprenditori possano ricorrere ad accertamenti sanitari diretti, per*

---

<sup>1</sup> "*Risponde del reato di cui all'art. 33 del d.p.r. 303/56 il datore di lavoro che non imponga ai dipendenti di sottoporsi alle visite mediche periodiche obbligatorie fino a giungere al licenziamento per giusta causa.*" Cass. III pen. 3160/93)

<sup>2</sup> Cass. Pen. III n° 3389/98 ric. Dambrée.

*mezzo di loro fiducia, per soddisfare interessi ultronei alla verifica dell'idoneità fisica dei lavoratori, con conseguente offesa appunto alla dignità e libertà di costoro.....”*

Orbene, premesso che nel caso di specie si trattava di visite di assunzione, come si deve comportare il M.C. che durante le visite periodiche “*obbligatorie*” il fondato sospetto che il lavoratore sia dedito a droghe ovvero sia alcolista? E' vero che l'accertamento della compatibilità dello stato psico fisico del lavoratore alcolista o tossicodipendente è rispettivamente regolata dalla L. 300/70 e dall'art. 100 della L. 162 /1990 , ma è pur vero che le condizioni di salute potrebbero essere tali, in quel momento, da esporre il lavoratore a rischi pe se stesso e per gli altri. E allora in attesa del lungo iter burocratico per una visita da far espletare presso le strutture ad hoc (senza poi voler tenere conto dell'obbiettivo difficoltà di motivare al paziente la richiesta di tale accertamento che peraltro potrebbe essere non accettata o addirittura dare adito a querela da parte del lavoratore) che fare? Ritengo che al quesito (che sul piano pratico non è di scarsa importanza attese le problematiche che questi lavoratori creano a se stessi, ai colleghi e a volte all'intera collettività aziendale) si possa rispondere scindendo il problema in due : nulla il M.C. può e deve fare in ordine alla prevenzione delle tecnopatie di tipo cronico, mentre certamente diverso può essere il discorso se le condizioni psico fisiche del lavoratore sono effettivamente tali da far ipotizzare come possibili se non addirittura come probabili eventi infortunistici. In questi casi se ad un attento esame neurologico si dovessero rilevare segni clinici, magari confermati da esami strumentali, di “*interessamento*” del sistema nervoso e della psiche, il giudizio di idoneità a mansioni che comportano particolare rischio infortunogeno deve essere espresso con le limitazioni e/o le prescrizioni che il caso richiede.

Un altro annoso e irrisolto problema sia sul piano legislativo che giurisprudenziale e, credo anche etico, riguarda i lavoratori ospedalieri (sanitari e parasanitari) che rifiutino di sottoporsi al prelievo ematico per l'accertamento della sieropositività per HIV, adducendo l'art. 5 della L. 135/90<sup>3</sup> ovvero ai portatori di epatite B e C.

Infatti se è chiaramente sancito che il lavoratore ospedaliero che è, per le sue mansioni, esposto ai più differenti rischi (biologici, chimici, psichici) è sotto la sorveglianza sanitaria dettata dal 626 /94, non altrettanto chiaro è chi debba proteggere la salute del paziente sottoposto a manovre invasive (a manovre quindi effettuate in un campo anatomico – chirurgico ristretto) da un operatore affetto da malattia infettiva in fase contagiosa

Il problema della trasmissione di malattie infettive emotrasmesse dagli operatori sanitari al paziente è uno degli argomenti, che negli ultimi anni è stato molto dibattuto con argomentazioni diametralmente opposte.

---

<sup>3</sup>L'art. recita al 3. C. che “*nessuno può essere sottoposto senza il suo consenso all'esame per l'accertamento per l'infezione da HIV se non motivi di necessità clinica nel suo interesse*”.

Alcune organizzazioni professionali, come ad esempio i Center for Disease Control (CDC), l'American Medical Association (AMA) hanno elaborato linee – guida o emanato raccomandazioni nelle quali la soluzione del problema è affidata al senso etico del lavoratore, il quale avendo il sospetto o la certezza di essere ammalato, dovrebbe rivolgersi al medico del lavoro e seguirne le limitazioni da questi imposte alla sua condotta professionale.

Il danno economico che deriva al lavoratore per l'esclusione da alcune mansioni per le quali riceve l'indennità di rischio, rappresenta, indubbiamente, il limite di questa soluzione.

Anche in Italia la questione è stata affrontata e dibattuta da un gruppo di esperti – medici del lavoro, igienisti, infettivologi, virologi, psicologi - che hanno concluso che gli operatori sanitari che svolgono mansioni invasive, devono sottoporsi a test sierologici e alla valutazione dei markers di infettività virale e in caso di loro positività devono essere esonerati dalle attività invasive in prima persona.

Non ha precisato però, il gruppo di studio, chi debba effettuare lo screening dei lavoratori a rischio, chi debba poi emettere il giudizio di idoneità, chi, insomma, debba gestire la questione.

Questo è un problema che va affrontato sia perché di rilevante importanza medico – legale sia perché di frequente riscontro nella pratica quotidiana.

Dunque come si deve comportare il M. C. che si trovi al cospetto di un Sanitario o di un Parasanitario che rifiutino l'accertamento della sieropositività per l'AIDS?

In pratica, può accadere e di solito accade con estrema frequenza, che nell'anamnestico dei lavoratori di strutture sanitarie ricorre il ricordo di episodi di lesioni cutanee, anche importanti, dovute a punture con aghi o a fatti accidentali, quali la rottura di raccordi di infusori etc. sulla cui innocuità non si è certi, sicché sarebbe logico e perfettamente aderente a criteri di “ buon mestiere” che il M.C. decida di aggiungere al routinario protocollo di indagini anche la ricerca di un' eventuale sieropositività al virus HIV e quanto meno dei markers per l'epatite B e C, almeno per quei lavoratori addetti a manovre invasive.<sup>4</sup>

Quali conseguenze possono ricadere sul M.C. nell'ipotesi che il lavoratore rifiuti di sottoporsi al prelievo e quindi in seguito al mancato accertamento egli diventi il vettore di infezioni ai pazienti?

Al M.C. si apre un bivio cioè scegliere tra la non emissione del giudizio di idoneità alle mansioni specifiche a causa della mancanza di un esame che gli permette di esprimere un sereno giudizio, avvalendosi, di quanto affermato nella

---

<sup>4</sup> Secondo le linee guida del ministero della sanità del 1994 per manovra invasiva deve intendersi quella in cui si effettua a) un controllo digitale della punta di un ago nelle cavità corporee ovvero b) esiste una presenza simultanea di dita, aghi e altri strumenti taglienti in un campo anatomico-scarsamente visibile o molto ristretto.

nota sentenza n. 218/ 94 della Corte Costituzionale secondo la quale “ è illegittimo per violazione dell’art. 32 della Costituzione, l’art. 5 terzo comma, della legge 5 giugno 1990, nella parte in cui non prevede accertamenti sanitari dell’assenza di sieropositività all’infezione di HIV come condizione per l’espletamento di attività che comportano rischi per la salute di terzi,” ovvero emettere il giudizio di idoneità non tenendo conto del dato anamnestico. Questa ultima scelta, però, potrebbe rivelarsi estremamente pericolosa !! Ma la mancata emissione del giudizio di idoneità comporta necessariamente la sospensione del lavoratore dalle sue mansioni.

A me sembra che alla luce di questa sentenza non si dovrebbero avere dubbi in proposito.

Il mancato accertamento della sieropositività potrebbe misconoscere casi di *immunodepressione* che in sostanza renderebbero il lavoratore più fragile alle aggressioni di quelle sostanze tossiche presenti negli specifici luoghi di lavoro.

Tutta la nostra legislazione in materia di prevenzione da rischi professionali è giustamente molto severa perché la salute è un bene costituzionalmente protetto ma la tutela come si legge nella predetta sentenza “non si esaurisce nell’affermazione che le condizioni di vita, di ambienti e di lavoro devono essere tali da non porre a rischio questo bene essenziale” ma anche “che la tutela implica e comprende il dovere dell’individuo di non ledere né porre a rischio, con il proprio comportamento, la salute altrui, in osservanza al principio generale che vede il diritto di ciascuno trovare un limite nel reciproco riconoscimento e nell’eguale protezione del coesistente diritto degli altri”.

D’altra parte non è dato sapere perché il test è obbligatorio nelle visite di assunzione per il personale delle forze di Polizia e dei Vigili del fuoco (art.15 D.L. 04/10/90 n° 276, successivamente convertito in legge 30/11/90 n° 359) che certamente non sono lavoratori a maggior rischio rispetto al personale sanitario, sia nel senso di ricevere che di trasmettere l’infezione.

Forse la Francia ha saputo trovare un discreto punto di equilibrio stabilendo che il soggetto sieropositivo asintomatico non viene considerato a rischio e pertanto conserva la sua mansione, mentre nel caso di manifesti segni di deficit immunitari il giudizio viene emesso nel caso concreto sulla base del livello della immunodeficienza.

Inoltre bisogna prendere in considerazione un’altra ipotesi e cioè che il lavoratore all’atto della visita riveli spontaneamente al M.C. il suo stato di malattia affermandone, magari, anche lo stato di infettività virale.

### **Quale dovrà essere il comportamento del M.C.?**

A mio avviso il M.C non potrà esimersi dalla “ denuncia “ al sindaco a norma dell’art. 254 del T.U. delle leggi sanitarie che stabilisce “il sanitario che nell’esercizio della sua professione sia venuto a conoscenza d’un caso di malat-

*tia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, pericolosa per la salute pubblica, deve immediatamente farne denuncia al sindaco ...".* Venivano precisate con D.M. 5 luglio 1975 le malattie oggetto di denuncia alle quali con D.M. 7 febbraio 1983 veniva aggiunta la legionellosi e con D.M. 28 nov 1986 e Circ. 13/2/87 n. 5 l' AIDS (solo se accertata) l'epatite A, B e non A e non B, nonché la rosolia congenita e il tetano neonatale.

Ovviamente questa pratica non potrà influire sul giudizio di idoneità.

Altra evenienza è quella relativa a lavoratori portatori di anticorpi antiepatiti. Ma l'interrogativo è un altro: se, cioè, il lavoratore è in fase contagiosa ma il suo enzimogramma epatico è nei limiti della norma quale deve essere o dovrebbe essere il giudizio del M.C? E' bene ricordare che il D.Lgs 626 /94 si prefigge il compito di salvaguardare la salute del lavoratore e non del cittadino come tale, e allora ciò premesso, in questo caso, il giudizio dovrebbe essere di idoneità assoluta alle mansioni specifiche.

Siamo sicuri, però che in caso di infezione virale con un enzimogramma epatico normale, il fegato di questo lavoratore sia veramente sano? Lo proteggiamo veramente emettendo un giudizio di idoneità? Lo stress fisico cui è sottoposto il chirurgo non può far evolvere negativamente le sue condizioni epatiche?

Un enzimogramma epatico patologico potrebbe, invece, comunque giustificare un giudizio di non idoneità, sia pure temporaneo, anche in assenza di infezione virale, in quanto è risaputo che lo stress che coinvolge tutti gli operatori chirurgici, così come la possibile presenza di gas anestetici negli ambienti specifici di lavoro, rappresentano condizioni di aggravamento per le epatopatie e quindi sarebbe più che giustificata la temporanea inidoneità lavorativa.

Ancora un problema si pone nei riguardi degli atopici da adibire a lavori nei quali si impiegano agenti allergizzanti. Secondo A. Innocenti, la cui opinione condivido in pieno, *“ la semplice presenza di atopia non può assolutamente essere causa di non idoneità al lavoro. Anche pregresse crisi asmatiche (nell'infanzia o in gioventù) non possono essere in alcun caso, motivo di esclusione dal lavoro. Diversa potrebbe essere la situazione di un lavoratore che riferisse in sede di visita preventiva una sintomatologia asmatica nel corso dell'ultimo anno, ma anche in questo caso l'idoneità non dovrà essere negata per principio. Una precisa valutazione dovrà necessariamente essere effettuata caso per caso (con prescrizioni, limitazioni ed in particolare con un più frequente controllo sanitario.)”*

Anche l'emissione del giudizio per soggetti da esporre a lavorazioni rumorose pone qualche problema. Secondo la Merluzzi poiché allo stato attuale non esiste un test che audiologico che consenta di poter riconoscere con certezza l'esistenza di una suscettibilità al danno da trauma acustico *“tutti i soggetti con udito normale all'audiometria tonale devono essere considerati idonei alle mansioni che comportano un rischio da rumore da 85-90 LEP/d ad eccezione degli operati di stapedectomia in quanto la protesi di staffa è piuttosto fragile per cui può essere danneggiata anche da singoli rumori impulsivi.”*

Secondo la Merluzzi una patologia trasmissiva pura, senza alcun interessamento delle strutture cocleari deve essere considerata protettiva rispetto al trauma acustico in quanto riduce la quantità di energia sonora che raggiunge la coclea. Prosegue la Merluzzi *“tuttavia, qualora tale patologia abbia interessato i meccanismi che stanno alla base dei riflessi dello stapedio, l’effetto protettivo si realizzerà soltanto in presenza disolo in presenza di rumore a livello stabile, mentre per quanto quelli di tipo impulsivo si potrà avere una predisposizione al trauma.”*

Secondo ancora la predetta A., un’otite cronica labirintizzata e gli esiti di intervento di otite cronica possono predisporre al trauma sonoro, mentre una patologia percettiva potrebbe predisporre al trauma acustico qualora sussistesse una cocleopatia (vascolare, degenerativa, virale etc.) poiché il trauma acustico agisce su un organo già leso, mentre se il danno interessa il nervo questa evenienza è meno probabile.

L’emissione del giudizio di idoneità in portatori di anomalie del metabolismo glucidico è irto di insidie non solo diagnostiche, ma anche per i risvolti umani che a volte esso comporta.

diabete mellito, come è noto, non è una singola malattia bensì una sindrome determinata da diversi fattori etiopatogenetici ognuno responsabile dei diversi sintomi (poliuria, polidipsia, polifagia, dimagrimento etc.) che definiscono la malattia.

Il diabete mellito tipo I (insulinodipendente) o tipo II (non insulinodipendente) si riscontra con una certa frequenza tra i lavoratori sia per le migliorate condizioni di lavoro - impiego di strumenti di lavoro servoforniti – sia per le migliorate condizioni alimentari, fatti questi che hanno comportato un minor dispendio energetico e quindi la slatentizzazione di situazioni metaboliche border – line, sicchè la ridotta attività fisica riduce l’utilizzazione periferica del glucosio e la sensibilità dell’insulina a livello del tessuto muscolare ed adiposo. E’ da tener presente, però, che anche un esercizio fisico eccessivo può essere causa di peggioramento del controllo metabolico: questi tipi di lavoro comportano un grande dispendio energetico cui l’organismo diabetico non può far fronte a causa della carente azione insulinica.

Anche le modalità dell’attività muscolare vanno tenute presenti nell’emissione del giudizio in quanto attività ancorchè pesanti ma regolari nel ritmo comportano un adattamento duraturo del metabolismo glucidico, un’attività discontinua, come nel caso della turnazione, è causa di squilibri che richiedono opportune e non sempre efficaci terapie dietetiche e farmacologiche, nonché la facile insorgenza, sia pure a lungo termine, delle complicanze cardiocircolatorie che con molta frequenza si riscontrano nei diabetici.

In conclusione una idoneità totale può essere riconosciuta per quei lavoratori portatori di ridotta tolleranza ai carboidrati e per i non insulinodipendenti con glicemia a digiuno inferiore ai 150mg% e con valori compresi tra i 180 mg e i 200 mg% dopo 2 ore dai pasti. E’ però da precisare che in questi casi mansioni

con grosse responsabilità verso terzi (conduttori di treni, pulman, aerei) vanno escluse.

Per i soggetti con valori glicemici a digiuno intorno ai 180 mg% e ai 250 mg 2 ore dopo i pasti sono da proscrivere tutte le attività a grande impegno psicofisico, così come vanno controindicate in quei soggetti insulinodipendenti con glicemia a digiuno aggirantesi intorno ai 150 mg% a digiuno e con valori di 180-200 mg% 2 ore dopo i pasti.

Ai soggetti insulinodipendenti con glicemia a digiuno superiore ai 200 mg% può essere data un' idoneità per lavori prevalentemente se non esclusivamente sedentari ovvero medio dispendio energetico.

Per tutti i lavoratori diabetici, tipo I e II con difficile controllo metabolico rilevabile anche dal dosaggio dell' emoglobina glicosilata può comunque essere data un' idoneità in squadra in maniera tale da poter assicurare un aiuto in caso di malore. A tutti i diabetici va comunque negata la possibilità di lavori in quota.

Si ricorda che esiste anche un diabete traumatico secondario a traumi cranici ovvero a traumi addominali interessanti il pancreas.

A questo punto c'è un quesito da porsi e lo porgo perché non infrequentamente mi è accaduto di imbattemi in lavoratori che opponevano un netto rifiuto a sottoporsi non solo alla visita medica ma anche agli accertamenti collaterali. Allora come deve comportarsi, in questa evenienza il M.C.? Deve comunicare immediatamente il rifiuto al datore di lavoro per gli opportuni provvedimenti ed infatti la sentenza della III Sez. pen. della Suprema Corte n° 3160 / 93 afferma *“risponde del reato di cui all'art. 33 del DpR 303 /56 il datore di lavoro che non imponga ai dipendenti di sottoporsi alle visite mediche periodiche obbligatorie mediante sanzioni disciplinari adeguate fino al licenziamento per giusta causa”*.

A questo proposito la Suprema Corte in una sentenza del 1993<sup>5</sup> riconferma il principio sopra riportato ed aggiunge che esso *“non è in contrasto con l'art 5 dello Statuto dei lavoratori che vieta al datore di lavoro di accertare l' idoneità o l' infermità del lavoratore dipendente se non tramite l' intervento delle USL, né con l'art. 32 della coartituzione che assoggetta i trattamenti obbligatori a riserva di legge ...”* giacché *“il sistema dei controlli periodici sul personale a contatto con sostanze tossiche non è posto nel solo interesse del singolo, bensì in quello superiore della collettività, anche sotto il profilo economico, essendo noto il peso degli invalidi sull' economia nazionale.”*

Il giudizio di idoneità, va espresso sia in sede di visita preventiva<sup>6</sup> che periodica e deve essere correlato alle reali condizioni di lavoro, nel senso che che il

---

<sup>5</sup> Cfr Cass. 6.4.93, facchini in Dir, prat. Lav. 1993, 23, pag. 1543

<sup>6</sup> Qualche pretore ha eccepito che la visita medica preventiva e cioè prima dell' assunzione effettuata dal medico “ aziendale” sarebbe in contrasto con l'art. 5 dello statuto dei lavoratori perché esso vieta gli accertamenti ad ogni lavoratore sia dipendente che in via di possibile o probabile assunzione. La

Medico Competente deve essere edotto sul carico di lavoro, oltre che sui rischi cui sarà esposto (rischi che peraltro egli deve conoscere avendo partecipato alla valutazione del rischio) e va richiesto al medico competente dal datore di lavoro ogni qualvolta che il lavoratore viene adibito a mansioni con rischio diverso da quello per il quale aveva ottenuto il precedente giudizio di idoneità e qualora la visita sia stata richiesta dal lavoratore (art.17, c.1, lett. c) e sia correlata ai rischi professionali.

La richiesta del cambio di mansioni deve scaturire soltanto, se nonostante tutte le misure sopra accennate, il rischio permane sicchè esso è dovuto alle peculiari condizioni (malattie, predisposizione) del lavoratore che rendono per lui pericoloso ciò che non lo è per gli altri lavoratori di quel reparto.

E' bene che il M.C tenga presente che le malattie professionali (per le innegabili migliori condizioni degli ambienti di lavoro) si presentano oggi con segni clinici, strumentali e di laboratorio molto sfumati sicchè non a caso ho detto che il M.C. deve possedere quelle caratteristiche tecniche e umane innanzi accennate. Non esistono infatti criteri metodologici standardizzati per la semplice considerazione che la conoscenza del binomio uomo – ambiente, che necessariamente è alla base del giudizio, è materia fluida sia perché l'uomo non è un insieme di costanti biologiche sia perché la tecnologia è altrettanto mutevole in quanto legata alle varie e mutevoli esigenze del ciclo tecnologico; vi sono delle situazioni limite nelle quali, ad esempio, l'applicazione rigida dei TLV può non essere giusta.

I TLV non possono essere considerati come una linea che separa il bene dal male perché piccole oscillazioni sono possibili nella pratica aziendale e vanno correlate allo stato biologico del lavoratore.

Il giudizio di idoneità al lavoro deve essere inviato al datore di lavoro (in busta chiusa sulla quale deve essere impressa la dicitura "Documento sanitario coperto da segreto professionale" art. 622 C.P.) senza i risultati delle indagini strumentali e di laboratori e/ o dalla diagnosi (art. 23 della L. 31.12.96, n° 675,<sup>7</sup> c.d. legge sulla privacy e art. 622 c.p.- segreto professionale.) - mentre al lavoratore, a sua richiesta - art. 17 D.Lgs 626/94 - insieme al giudizio va consegnata copia degli esami complementari.

---

Corte Suprema III Sez. pen. con sent. n° 43 / 98 ha affermato che deve farsi una netta distinzione tra lavoratori già dipendenti e lavoratori in attesa di lavoro, in quanto " il lavoratore è colui che presta un'attività volta al conseguimento di un risultato determinato, " laddove 2 coloro che chiedono di essere assunti o hanno in corso la relativa assunzione, sono futuri lavoratori ma non lo sono ancora" e pertanto per essi non si può applicare quanto disposto dall'art. 5 della L. 300/70.

<sup>7</sup>L'art. 23 della legge 675/96 stabilisce che " *gli esercenti le professioni sanitarie e gli organismi sanitari pubblici possono, anche senza l'autorizzazione del garante, trattare i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, limitatamente ai dati e alle operazioni indispensabili per il perseguimento di finalità di tutela dell'incolumità fisica e della salute dell'interessato.*

Il giudizio di idoneità può essere di *idoneità assoluta*: esso deve essere emesso allorchè non esiste alcuna patologia a carico degli organi critici. Il giudizio può prevedere la prescrizione di idonei dispositivi di protezione individuali (DPI);

di *idoneità parziale*: viene emesso allorchè esistono alterazioni di organi o apparati che potrebbero ricreare un ulteriore danno a causa dell'esposizione al rischio. Esso pertanto può prevedere limitazioni al normale svolgersi delle mansioni o l'uso di DPI adeguati;

di *inidoneità permanente o temporanea*: devono cioè sussistere condizioni patologiche a carico degli organi deputati alla biotrasformazione di quei tossici con i quali il lavoratore viene a contatto o allorquando la patologia, da cui il lavoratore è affetto, può essere aggravata dall'esposizione al rischio.

L'art. 17, comma 3 del 626 /94 afferma che qualora il M.C. a seguito degli accertamenti di cui all'art. 16, comma 1, lettera b) esprima giudizio di idoneità parziale o temporanea o totale ne informa il per iscritto il datore di lavoro e il lavoratore.

Il mancato ovvero errato accertamento dell'idoneità specifica del lavoratore, ospedaliero o meno, a compiere correttamente mansioni inerenti alla sua qualifica, dalle quali sia derivata una lesione a se stesso o a colleghi, comporta la responsabilità del M.C. la quale sussiste anche nell'ipotesi che dalle manovre eseguite dal sanitario o dal parasanitario ad un paziente, a questi derivino danni dovuti alla inidoneità del lavoratore.

L'errato giudizio sull'idoneità alle mansioni specifiche può derivare anche da una non corretta individuazione del protocollo di esami clinici e strumentali – che devono essere mirati al rischio - la cui positività avrebbe potuto evidenziare la presenza nel ciclo lavorativo di fattori di rischio.

In questo caso, se da una parte può, in parte, sollevare il datore da specifiche responsabilità, nessuna scusante, purtroppo, può invocarsi per il M.C.

La *centralità* del Medico Competente è ancor più rimarcata dal D.Lgs. 25 /2002 allorchè all'art. 60-*sexies*, prevede *misure specifiche di protezione e di prevenzione* stabilendo che il datore di lavoro, sulla base della valutazione dei rischi, abbia l'obbligo di eliminare o ridurre il rischio “*mediante la sostituzione, qualora la natura dell'attività lo consenta, con altri agenti o con processi che, nelle condizioni di uso, non sono pericolosi o sono meno pericolosi per la salute del lavoratore.*”

E chi se non il M.C. può attuare tali misure?

In via alternativa, detto decreto, prevede, allorchè non è possibile agire alla fonte, una serie di misure che in ordine prioritario vanno a) dalla progettazione di appropriati processi lavorativi e controlli tecnici, nonché l'uso di adeguate attrezzature, b) da appropriate misure organizzative e di protezione alla fonte del rischio, c) da misure di protezione individuali, qualora la prevenzione dal rischio non sia possibile con misure di ordine generale, d) dalla sorveglianza sanitaria dei lavoratori a norma degli artt. 60 – *decies* e 60 – *undecies*.

A questo punto il mio pensiero non può non andare alla salubrità delle sale operatorie, soprattutto a quelle di non recente costruzione.

Dunque la sorveglianza sanitaria rappresenta l'ancora di salvezza per quel datore di lavoro che non può abbattere o ridurre il rischio ed infatti detto articolo precisa che *“sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria di cui all'art. 16 i lavoratori esposti agli agenti chimici pericolosi per la salute che rispondono ai criteri per la classificazione come molto tossici, tossici, nocivi, sensibilizzanti, irritanti, tossici per il ciclo riproduttivo.”*

Sarebbe il caso, avendo più tempo a disposizione, di addentrarsi nella disamina del cosiddetto rischio moderato, ed ecco che il concetto innanzi espresso sui TLV appare più chiaro.

Ma non posso esimermi dal notare come ancora una volta il nostro legislatore sia stato estremamente superficiale nella definizione di questo concetto, superficialità che rende ancora più problematica l'emissione del giudizio di idoneità.

Cosa deve fare il M.C. per stabilire se trattasi di rischio moderato o meno?

Deve applicare quanto suggerito dal Foà e cioè determinare l'algoritmo (tenendo quindi conto del tipo e della quantità di sostanza chimica impiegata) ovvero tenendo conto dei livelli di esposizione cui sono esposti i lavoratori?

Ciò comporta, evidentemente, strategie aziendali diverse in rapporto ai costi dell'operazione.

Si profila, a questo punto, un grosso problema di ordine pratico : il citato art. 60 – *decies* (sorveglianza sanitaria) prevede al comma 2 che essa debba essere effettuata a) *prima di adibire il lavoratore alla mansione che comporta esposizione; b) periodicamente, di norma una volta l'anno o con periodicità diversa decisa dal medico competente con adeguata motivazione riportata nel documento di valutazione dei rischi e resa nota ai rappresentanti per la sicurezza dei lavoratori, in funzione della valutazione del rischio e dei risultati della sorveglianza sanitaria.*

La considerazione è questa: è noto a tutti gli operatori sanitari che la suscettibilità individuale, specie per alcuni agenti chimici presenti in maniera pressochè ubiquitaria e a volte in quantità veramente notevole nelle strutture ospedaliere (si pensi ai laboratori di ricerca e di routine etc.) varia in rapporto a differenti fattori non solo individuali ma anche ambientali, intendendo per tali anche quelli legati al microclima, sicchè un lavoratore, esposto ad un agente chimico identificato nella valutazione del rischio come appartenente alla scala più bassa di nocività, con conseguente incasellamento del lavoratore nella periodicità di visita annuale, che a causa di una variata sua sensibilità alla sostanza, dovesse sviluppare una tecnopatia, necessariamente diagnosticata con ritardo dal M.C. e quindi con possibile compromissione degli organi critici?

Cosa succede? Saremo oggetto dell'attenzione del Magistrato?

Non dimentichiamo quanto il D.Lgs. 25 /2002 dispone all'art. 60 novies in deroga all'utilizzo di 4 ammine aromatiche (benzidina, b naftalamina, nitrodifenile, amminodifenile).

Queste sostanze, come è noto, sono ampiamente usate nell'industria dei coloranti e la loro certa azione cancerogena sulle vie urinarie era stata drasticamente ridotta dalle circolari ministeriali 41/78 e 61/81. Oggi, invece, con la deroga al loro utilizzo ridiventano un grosso problema per il M.C.

Ciò è veramente sorprendente, a dir poco!!!

Ancora un quesito: può il medico competente sottoporre a visita il lavoratore che riprende il lavoro dopo ripetute o prolungate assenze per malattia o dopo altri eventi che abbiano potuto far sorgere il dubbio sull'integrità fisica o psichica dello stesso?

Mi è capitato di leggere articoli pubblicati su Riviste mediche specializzate a firma di autorevoli Autori secondo i quali questa pratica sarebbe in contrasto con l'art. 5 dello statuto dei lavoratori.

A mio avviso non è così.

*L'art. 5 della legge 300 /1970 afferma che "sono vietati accertamenti da parte del datore di lavoro sulla idoneità e sulla infermità per malattia o infortunio del lavoratore dipendente.*

*Il controllo delle assenze per infermità può essere effettuato soltanto attraverso i servizi ispettivi degli istituti previdenziali competenti , i quali sono tenuti a compierlo quando il datore di lavoro lo richieda. ...etc.*

L'art. 5, dunque, riguarda l'accertamento delle infermità che hanno dato luogo alle assenze dal lavoro e non al rientro in azienda.

I tempi dell'accertamento sono diversi: quelli che deve compiere il M.C. sono successivi a quelli che evidentemente, a richiesta del datore di lavoro deve compiere un sanitario di un istituto previdenziale.

D'altra parte se un lavoratore venisse demandato a compiere un lavoro a rischio per il quale non è più idoneo a seguito dei postumi della malattia patita e a cagione di ciò andasse incontro ad un infortunio chi sarebbe il colpevole inescusabile se non il M.C.?

E' però altrettanto evidente che il M.C. non può compiere, in quella sede, accertamenti tendenti ad accertare la veridicità dello stato di malattia che dette origine alle assenze dal lavoro.

L'ASL competente per territorio è, come si sa, l'organo che può confermare, revocare o modificare il giudizio di idoneità. Ma se il giudizio è di idoneità e non è condiviso da una delle parti in causa a chi fare ricorso ? Non certamente all'ASL in quanto il D.Lgs 626 /94 afferma che il ricorso all'organo di vigilanza è ammesso in caso di inidoneità.

Il ricorso all'ASL in effetti è un rapido mezzo di tutela accordato al lavoratore e deve essere inteso come un rimedio eccezionale proprio in considerazione dell'importanza degli interessi giuridici coinvolti. Ma proprio la natura di rimedio eccezionale e, quindi di norma eccezionale da attribuirsi all'art. 17, c. 4 del D.Lgs. 626 /94 impedisce l'estensione di esso oltre l'ambito fissato dal legislatore, stante l'ineludibile divieto previsto dall'art.14 delle disposizioni sulla legge in generale.

E allora bisogna rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Ci sono forse gli estremi per ipotizzare una questione di legittimità costituzionale per diversi motivi, ma il più pregnante è quello della violazione del principio di uguaglianza sancito dall'art. 3 della Cost. nella misura in cui appare irragionevole non assicurare anche al lavoratore ritenuto idoneo gli stessi mezzi di difesa, conferiti al lavoratore giudicato inidoneo.

E' evidente quindi che anche il giudizio di idoneità, che sembrerebbe privo di problematiche medico legali deve essere ben ponderato dal M.C. In particolare mi riferisco alle visite di assunzione nelle quali vengono riconosciute situazioni di atopia, per così dire generica, verso prodotti chimici allergizzanti, così spesso presenti nelle strutture ospedaliere.

Io ritengo che la semplice presenza di atopia non può essere assolutamente causa di non idoneità al lavoro. In accordo con numerosi autori ( Innocenti e Al.) che "anche pregresse crisi asmatiche, nell'infanzia o in gioventù, non possono essere in nessun caso, motivo di esclusione dal lavoro. Diversa potrebbe la situazione di un lavoratore che riferisse in sede di visita preventiva una sintomatologia asmatica nel corso dell'ultimo anno. Ma anche in questo caso l'idoneità non dovrà essere negata per principio. Una precisa valutazione dovrà essere effettuata caso per caso (con prescrizioni, limitazioni ed in particolare con un più frequente controllo sanitario."

Ma come la mettiamo con il D.Lgs. 25/2002 ?

E per ultimo non posso non ricordare i pericoli insiti nel giudizio di idoneità per i tanti lavoratori ospedalieri addetti alla movimentazione manuale dei carichi - si pensi a tutto il personale parasanitario addetto alle sale operatorie, alle sale gesso - pochissime essendo le strutture che oggi sono provviste delle idonee attrezzature meccaniche, sicchè soltanto una buona anamnesi non disgiunta da un approfondito esame dell'apparato muscolo - scheletrico del lavoratore e la conoscenza della metodica per il calcolo dell'indice di sollevamento (I.S.) può mettere il M.C. al riparo da errori di giudizio che inevitabilmente si tramuteranno in un danno per l'operatore.

Ricordo che il titolo V del D.Lgs 626 /94, dedicato appunto alla movimentazione manuale dei carichi, precisa che le norme di quel titolo "*si applicano alle attività che comportano la movimentazione manuale dei carichi con rischi, tra l'altro, di lesioni dorso-lombare per i lavoratori durante il lavoro*".

Appare subito chiaro che il danno può interessare, oltre il rachide, anche tutti gli organi chiamati in causa dallo sforzo non solo per la movimentazione del peso ma anche per il suo trasporto.

Il comma 2 dell'art. 47 precisa che "*si intendono per movimentazione manuale dei carichi le operazioni di trasporto o di sostegno di un carico ad opera di uno o più lavoratori, comprese le azioni di sollevare, deporre, spingere, tirare o spostare un carico che, per le loro caratteristiche o in conseguenza delle condizioni ergonomiche sfavorevoli, comportano, tra l'altro, rischi di lesioni dorso - lombari*".

Per finire quali indagini diagnostiche deve richiedere il M.C. nelle visite mediche preventive e periodiche senza oltrepassare i limiti del suo mandato e quindi incorrere in sanzioni? Soprattutto non creare problemi che investono la libertà personale del lavoratore con i relativi risvolti negativi che ciò comporta. Infatti se è vero che il lavoratore è costretto per legge a subire le visite mediche e gli accertamenti diagnostici, che a volte possono anche un pregiudizio per la sua occupazione, è pur vero che bisogna chiedersi se questo obbligo sussiste anche di fronte di accertamenti specialistici decisi dal M.C. e che non sono mirati alla prevenzione dei danni derivanti da quel dato rischio. Si mettono in ballo problemi di ordine costituzionale perché se è vero che da una parte esiste il diritto del lavoratore quale cittadino di non essere sottoposto ad un dato trattamento sanitario se non per disposizione di legge (art. 32 c.2 Cost.) è pur vero che esiste un obbligo di tutela della salute del lavoratore da parte del datore di lavoro che si affida, per questo, ad un M.C. designato dal datore di lavoro, che dispone accertamenti specialistici che non discendono da una apposita norma, bensì da una sua valutazione del tutto affidata alla sua discrezionalità.

Non c'è alcun dubbio, quindi, che essi debbano essere mirati alla prevenzione del rischio specifico e /o alla diagnosi precoce della tecnopatia ovvero alla prevenzione degli infortuni. Per quest'ultimo aspetto, infatti, allorché il legislatore all'art. 4 comma 5 lettera c del D.Lgs. 626/94 stabilisce che il datore di lavoro " *nell'affidare i compiti ai lavoratori tiene conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza* " è evidente, a mio avviso, che investe il M.C. anche della responsabilità della prevenzione degli infortuni, almeno di quelli dovuti a cause biologiche, sicché è chiaro che gli accertamenti devono anche essere mirati in tal senso. Al di fuori di questa ipotesi il M. C. violerebbe l'art. 5 della legge 300/70 (statuto dei lavoratori) così come sarebbe fuori legge se richiedesse accertamenti, anche la semplice visita clinica, per alcolisti, tossici dipendenti ovvero soggetti affetti da disturbi psichici.

Sembrirebbe questo, a primo acchito, un controsenso rispetto a tutto quello prima detto, ma bisogna tener presente che in questi casi l'accertamento della compatibilità dello stato psico – fisico con le mansioni da espletare non riguarda solo il concetto di idoneità alle mansioni specifiche ma anche il concetto di capacità e la possibilità che detti lavoratori possano costituire pericolo per se stessi e per gli altri e ciò può essere accertato soltanto da un Ente di diritto come stabilito dall'art. 5 dello Statuto dei lavoratori, e dall'art. 100 della legge 162 /90 per i tossici dipendenti. Credo che sia a tutti noto come andò a finire una vicenda di qualche anno fa che vide coinvolti medici e amministratore delegato di un'importante industria automobilistica per aver praticato accertamenti, atti a evidenziare l'uso di droghe e l'eventuale stato di gravidanza di assumendi, a loro totale insaputa.

Per quanto riguarda infine la questione del trattamento dei dati personali in relazione alla legge sulla privacy (L. n° 675/96) fermo restando il rispetto del segreto professionale così come previsto dall'art. 622 del c.p., e dal codice deon-

tologico, il problema non sussiste, atteso che l'art. 23 della suddetta legge stabilisce che "gli esercenti le professioni sanitarie e gli organismi sanitari pubblici possono, anche senza l'autorizzazione del garante, trattare i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, limitatamente ai dati e alle operazioni indispensabili per il perseguimento di finalità di tutela dell'incolumità fisica e della salute dell'interessato."

Nessuna autorizzazione quindi il M.C. deve richiedere per la gestione di dati che sono del tutto simili a quelli gestiti dagli altri sanitari.

Un esatto giudizio di idoneità scaturisce, evidentemente, anche da un puntuale protocollo diagnostico il cui concetto informatore deve essere diverso se trattasi di visita di prassunzione ovvero di visita periodica. In ambito di visita preventiva, sempre nel rispetto del concetto già espresso e cioè che gli esami diagnostici devono essere mirati al rischio al fine di esprimere il giudizio alla mansione specifica, il protocollo può anche spaziare nell'esplorazione funzionale degli organi critici ovvero ad essi collegati, laddove nelle visite periodiche gli accertamenti devono essere strettamente legate al rischio altrimenti si corre rischio di andare alla ricerca di una documentazione inerente ad organi non a rischio lavorativo e quindi "spaziare" in un campo che entra nella privacy del lavoratore.

Può essere utile riportare qui *esempi di protocolli sanitari proposti dall'azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento Milano UOOML "CEMOC"*.

**PROTOCOLLO PER I LAVORATORI DA ADIBIRE ALLO SMALTIMENTO  
DEI RIFIUTI, ALLA DEPURAZIONE DELLE ACQUE E ALLA  
MANUTENZIONE DELLE RETI FOGNARIE.**

**ASSUNZIONE:** visita medica da parte del medico competente e compilazione della cartella sanitaria e di rischio.

**Accertamenti integrativi :** ECG se > 40 anni <sup>8</sup>

**Esame audiometrico tonale**

*Esame spirometrico*

*Valutazione clinico – funzionale del rachide*

**ESAMI EMATOCHIMICI**

*Azotemia*

*Cretinemia*

*Glicemia*

*Transaminasi*

*Gamma GT*

---

<sup>8</sup> Personalmente il tracciato ecografico lo si esegue a tutti a prescindere dall'età.

*Bilirubinemia totale e frazionata Elettroforesi sieroproteica*  
*VES*

*Emocromo con formula leucocitaria*

*Esame urine completo con sedimento*

*HAV Ab*

*HCVAb*

*HbsAg*

*HbsAb*

*HbcAb*

*Coprocoltura*

*Esame feci per ricerca parassiti.*

***Visita periodica dal medico competente***  
*(annuale)*

***Esami ematochimici***

***Creatinemia***

*Glicemia*

*Transaminasi*

*Gamma GT*

***Emocromo con formula leucocitaria***

*Bilirubinemia totale e frazionata Esame delle urine*

*HCV Ab (eventualmente altri esami più approfonditi)*

*HAV Ab (soggetti non vaccinati)*

*HbsAg, HbsAB, HbcAb (soggetti non vaccinati o non responder altri eventuali approfondimenti)*

*Dosaggio anti HBs (soggetti vaccinati)*

*In riferimento alla Circolare n° 19/2000, esplicativa del D.M. 20.11.2000, emanata dal ministero della Sanità si precisa che qualunque sia il tempo trascorso dal completamento del ciclo primario di vaccinazione, in caso di positività al test per la ricerca degli anticorpi anti- Hbs, non sono necessarie dosi di richiamo della vaccinazione contro l'epatite virale b né ulteriori controlli dello stato immunitario*

*Coprocoltura*

*Esame delle feci per ricerca parassiti.*

***PER OPERATORI SANITARI ESPOSTI A RISCHIO BIOLOGICO***

***ASSUNZIONE:*** *visita medica da parte del medico competente co compilazione del libretto sanitario e di rishio*

*Accertamennti integrativi*

*EEG (se > 40 anni)<sup>9</sup>*

---

<sup>9</sup>vedi nota n 7.

*Valutazione clinico – funzionale del rachide (ad esclusione dei medici)  
Intradermoreazione alla tubercolina sec. matoux sui soggetti cutinegativi ed  
in assenza di controindicazioni*

**Esami ematochimici**

*Azotemia*

*Creatinemia*

*Glicemia*

*Transaminasi*

*Bilirubinemia totale e frazionata*

*Elettroforesi sieroproteica*

*VES*

*Emocromo con formula leucocitaria*

*Esame delle urine completo con sedimento*

*HCV Ab*

*HbsAG, HBs Ab, HBc Ab.*

**Visita periodica**

*Visita del medico competente a cadenza annuale se il rischio è alto, biennale se il rischio è medio, triennale se il rischio è basso.*

*Esami ematochimici*

*Creatinemia*

*Glicemia*

*Transaminasi*

*Emocromo con formula leucocitaria*

*Bilirubinemia totale e frazionata*

*Esame delle urine*

*HCV Ab (eventualmente da approfondire)*

*HbsAg, HbsAb, HbcAb (soggetti non vaccinati o non responder . Esami da approfondire, eventualmente.*

*HIV Ab (previo consenso informato e scritto dell'interessato con garanzia dell'anonimato.)*

Io credo che a questi esami, in caso di positività dell'HbsAg e dell'HCVAb, si debba procedere alla determinazione, rispettivamente, dell'HBV- DNA (PCR) e dell'HCV- RNA (metodo quantitativo). E' da tener presente che il numero di copie HCV - RNA può fluttuare nel tempo a causa della localizzazione non ematica del virus e quindi il soggetto va seguito periodicamente attraverso la determinazione delle transaminasi, la cui normalità può essere una guida, sia pure un po' aleatoria per la diagnosi di portatore sano.

Un problema di non facile soluzione, soprattutto per i risvolti socio – economici si presenta al Medico-Competente allorché deve esprimere il giudizio di idoneità nei riguardi dei lavoratori esposti a vibrazioni trasmesse al sistema mano- braccio e allorché si trova al cospetto di dermatiti allergiche da bicromato di potassio.

Poiché, almeno per quanto riguarda i disturbi sia vascolari che neurologici da vibrazioni mano-braccio evidenze cliniche ed epidemiologiche dimostrano che all'allontanamento dalla fonte di rischio fa seguito la riduzione ovvero addirittura la cessazione dei disturbi sicchè il reinserimento del lavoratore in mansioni che comportano l'uso degli strumenti vibranti va preso in considerazione soprattutto se successive indagini dimostrino il progressivo miglioramento o la scomparsa dei sintomi. In questi casi pertanto la non idoneità deve essere rivista.

# **MANSIONE LAVORATIVA E GIUDIZIO DI IDONEITA' CON PRESCRIZIONE NELL'OSPEDALE SACRO CUORE DI GESU' DI BENEVENTO NEL BIENNIO 2001-2002**

**Vinicio Lombardi,**

*Medico competente Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" di Benevento*

## **Introduzione**

L'avvento della nuova normativa UE recepita dal nostro ordinamento con il D.L.gs 626/94, ha avuto come conseguenza uno sviluppo positivo della sorveglianza sanitaria degli operatori in ambiente ospedaliero, con un rinnovamento del concetto di sorveglianza sanitaria ed una migliore definizione degli accertamenti da eseguire sul personale esposto a rischio.

Sono stati formulati da più parti diversi protocolli finalizzati alla espressione di giudizi di idoneità specifica alla mansione.

In base alle risultanze degli accertamenti sanitari praticati, i lavoratori possono essere giudicati: idonei, non idonei, idonei con prescrizioni o limitazioni.

## **Scopo**

Esaminare nel biennio 2001-2002 la tipologia e la percentuale di idoneità, di idoneità con prescrizione o limitazione, ovvero di non idoneità, formulata nell'ambito della sorveglianza sanitaria dell'Ospedale Sacro Cuore di Gesù di Benevento

## **Materiali e Metodi**

Nel biennio 2001-2002 è stata sottoposta ad accertamenti sanitaria la popolazione lavorativa dell'Ospedale Sacro Cuore di Gesù di Benevento, che risulta

---

Si ringrazia per la gentile collaborazione il Sig. Salvatore Mongillo.

va costituita (fig. 1-2-3) da soggetti in maggioranza di sesso femminile, con maggiore rappresentatività della classe di età compresa tra i 41 e i 50 anni.

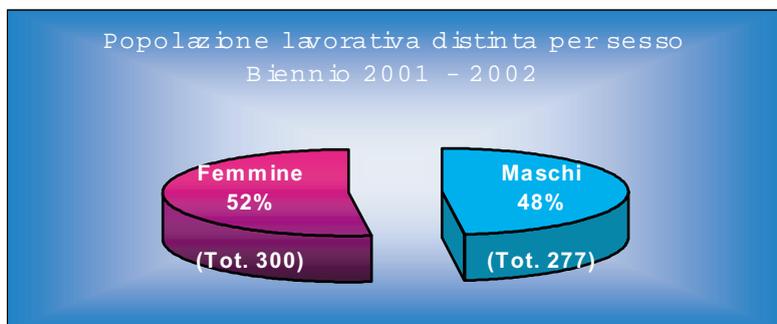


Fig. 1

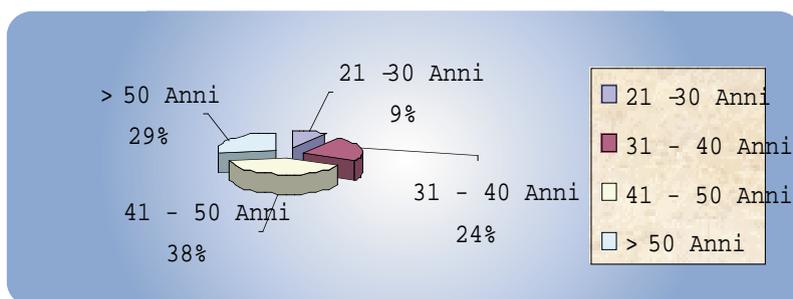


Fig. 2

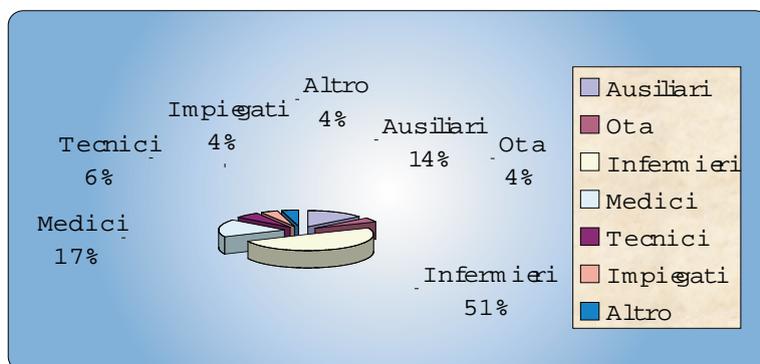


Fig. 3

La mansione lavorativa di gran lunga più frequente era quella degli infermieri, comprendente anche ostetriche, puericultrici, vigilatrici di infanzia, e feristi.

Mentre nei tecnici venivano ricompresi anche i tecnici di laboratorio, i tecnici di radiologia e di emodinamica.

Gli accertamenti sanitari sono stati effettuati secondo i protocolli previsti per le diverse figure professionali.

A seconda del rischio al quale è esposto, ogni soggetto è stato incluso in un gruppo omogeneo in base ai seguenti protocolli sanitari:

Accertamenti Sanitari per gli esposti agli agenti biologici
<ul style="list-style-type: none"><li>• Visita medica periodica (a)</li><li>• Valutazione stato immunitario aspecifico, crasi ematica, immunoglobuline (a)</li><li>• Funzionalità epatica (a)</li><li>• Funzionalità renale (a)</li><li>• Valutazione Stato immunitario specifico (determinazione marcatori virali epatitici, anti HIV su richiesta del lavoratore) (a).</li></ul>

Tab. 1

Accertamenti Sanitari per gli esposti a gas anestetici
<ul style="list-style-type: none"><li>• Visita medica periodica (trimestrale)</li><li>• Valutazione stato immunitario aspecifico, crasi ematica, immunoglobuline (a)</li><li>• Funzionalità epatica (a)</li><li>• Funzionalità renale (a)</li><li>• Monitoraggio biologico dei gas anestetici (a)</li></ul>

Tab. 2

Accertamenti Sanitari per gli esposti alla  
vibrante vibrazione manuale dei carri

- Visita medica periodica con valutazione dell'apparato locomotore (a)
- Valutazione funzionale del rachide (a)
- Esami radiografici e visite specialistiche se necessari (a)

Tab. 3

Accertamenti Sanitari per gli esposti ai  
farmaci citostatici

- Visita medica periodica con valutazione dei tegumenti (trimestrale)
- Valutazione stato immunitario aspecifico, crasi ematica, immunoglobuline (a)
- Funzionalità epatica (a)
- Funzionalità renale (a)
- Emocromo con reticolociti ( semestrale )

Tab. 4

Accertamenti Sanitari per gli esposti agli  
agenti tossici (Glutaraldeide, ecc.)

- Visita medica periodica con valutazione dei tegumenti (trimestrale)
- Valutazione stato immunitario aspecifico , crasi ematica, immunoglobuline (a)
- Funzionalità epatica (a)
- Funzionalità renale (a)

Tab. 5

## Risultati

Su un totale di 577 dipendenti (Tab n. 6), nel biennio 2001-2002 ne sono risultati idonei 546 ed idonei con limitazione/prescrizione 31. Nessuno è risultato non idoneo.

Distribuzione delle prescrizioni limitazioni per classi di età				
Biennio 2001 - 2002				
Classi di età	N° Dipendenti	%	N° Dipendenti con limitazione	%
21 – 30 anni	54	9.4	1	1.9
31 – 40 anni	137	23.7	6	4.4
41 – 50 anni	221	38.3	10	4.5
> 50 anni	165	28.6	14	8.5
<b>Totale</b>	<b>577</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>5.4</b>

Tab. 6

La fascia di età che in termini percentuali ha avuto il maggior numero di limitazioni/prescrizioni è quella >50 anni pari all'8,5%.

Tra le limitazioni/prescrizioni (Tab n. 7) il maggior numero ha riguardato la movimentazione manuale dei carichi, seguita dalla terapia parenterale.

La mansione lavorativa (Tab. n. 8) che ha numericamente registrato il maggior numero di prescrizioni limitazioni è quella degli infermieri.

## Numero di prescrizioni - limitazioni tipologia e mansione

Biennio 2001 - 2002

Mansione	ECG	EMI	UGA	ETN	Altro
Ausiliario Socio Sanitario	7	0	1		2
Operatore tecnico assistenziale	1	1			
Infermiere	7	7	1	1	1
Medico		2		1	
Altro	3				
<b>Totale</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

ECG: Eviti Carichi Gravosi e pesi superiori ai 10 Kg

EMI: Eviti Manovre Invasive e terapie infusiva

UGA: Utilizzi Guanti Anallergici

ETN: Eviti Turni Notturni

Altro: Eviti posizione inginocchiata, eviti l'uso dell'ascensore

Tab. 7

## Giudizio di idoneità con prescrizioni limitazioni di tipo mansioni

Biennio 2001 - 2002

Mansione	N° Dipendenti	N° Limitazioni	% limitazioni per mansioni	% Mansioni per limitazione
Ausiliario	121	9	7.4	29
OTA	35	4	11.4	12.9
Infermiere	298	16	5.4	51.6
Medico	101	1	1	3.2
Altro	22	1	4.5	3.2
<b>Totale</b>	<b>577</b>	<b>31</b>	<b>5.4</b>	<b>100</b>

Tab. 8

## Discussione e considerazioni conclusive

La promulgazione del D.Lgs. 626/94 ha dato nuovo impulso alla sorveglianza sanitaria negli ospedali dove in base al rischio a cui è esposto l'operatore vengono applicati protocolli sanitari che consentono di esprimere un giudizio di idoneità lavorativa specifica.

In tal modo una sorveglianza sanitaria mirata per ogni mansione, accompagnata da una valutazione puntuale dei rischi presenti nell'ambiente di lavoro da parte del medico competente, è in grado di individuare i soggetti ipersuscettibili e di consentire una diagnosi precoce prima dell'insorgenza della malattia, valutando lo stato di salute del soggetto, la mansione specifica e l'ambiente di lavoro. La diagnosi precoce e la sorveglianza degli ambienti di lavoro realizza così una prevenzione di tipo primario.

Dallo studio effettuato sul campione esaminato, con risultati relativi al biennio 2001-2002, le limitazioni si distribuiscono in eguale misura in tutte le classi di età, con maggiore incidenza nella fascia di età superiore ai 50 anni.

Vista l'assenza di mobilità e l'impossibilità di prepensionamento di questo personale ci si dovrà attendere, senza gli opportuni interventi sull'ambiente, un aumento in senso assoluto di soggetti con limitazione con conseguente riduzione del personale realmente utilizzabile nell'assistenza.

Il 50% circa delle idoneità con limitazione sono da attribuirsi a patologie limitanti la movimentazione di carichi, sottolineando l'alta frequenza di queste patologie nei lavoratori della sanità.

Al secondo posto troviamo patologie trasmissibili per via ematica per le quali vi è il divieto di effettuare manovre invasive e terapia infusiva.

Nel gruppo degli infermieri, che tra l'altro è la categoria numericamente più consistente, si ha il maggior numero di soggetti con giudizi di idoneità con limitazione. Si hanno n. 17 soggetti con limitazioni di idoneità, di cui n. 7 per la movimentazione dei carichi, n. 7 per epatopatia virale e n. 1 per dermatite allergica da contatto.

Si ribadisce l'importanza della formazione e informazione da effettuare in forza della 626/94.

In conclusione, come già precedentemente scritto, l'avvento della 626/94 ha favorito nel comparto sanitario la realizzazione di una prevenzione di tipo primario, dando al medico competente la possibilità di effettuare una diagnosi precoce prima dell'insorgenza della malattia con la valutazione dello stato di salute del lavoratore in relazione alla mansione specifica ed all'ambiente di lavoro.

Se la normativa ha favorito quanto finora è stato esposto, la strada da percorrere perché si concretizzi una reale prevenzione primaria è ancora lunga.

Resta valido in questo senso un lucido e recente giudizio di Don Luigi Giussani che illumina anche tale vicenda: "Non possiamo aspettarci dal cambiamento delle cose la nostra tranquillità, ma dal nostro cambiamento la loro trasfigurazione nella pazienza".

## **Bibliografia**

- C. ALESSIO, G. FARINA, Il giudizio di idoneità lavorativa specifica – atto conclusivo della sorveglianza sanitaria. *Medicina del Lavoro* (2001), 92: 227-237.
- L. AMBROSI, V. FOÀ, *Trattato di Medicina del Lavoro*. UTET, Torino, 2000.
- G. GHEPARDI et al.: Accertamento dell'idoneità alla mansione specifica e valutazione di altra mansione compatibile nel personale di un'azienda ospedaliera. *Bollettino della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale* n. 2/3(1998).
- B. GRIECO, *Tecnopatie Diagnosi e Problematiche Medico-Legali*, Napoli, 2002.
- F. MASSIRONI et al.: Giudizi di idoneità con limitazione permanente dei dipendenti di una Azienda Ospedaliera del Nord Italia: *Folia Medica* 71 (3) 673-680, 2000.

# **INDAGINE SULL'INCIDENZA DI PATOLOGIE MUSCOLO-SCHELETRICHE SU UN GRUPPO DI INFERMIERI: PROBLEMATICHE INERENTI L'IDONEITÀ SPECIFICA ALLA MANSIONE E LA VALUTAZIONE DEL DANNO BIOLOGICO IN AMBITO INAIL.**

**Umberto Bolognesi, Luciano Bolognesi, Mercedes Romano**

*Facoltà di Medicina e Chirurgia. Dipartimento di Medicina Pubblica, Clinica e Preventiva. Seconda Università degli Studi di Napoli*

## **Introduzione**

Le patologie muscolo-scheletriche, in particolare quelle del rachide e degli arti superiori, sono divenute negli anni recenti oggetto di un crescente interesse nell'ambito della valutazione dei rischi lavorativi correlati alla Movimentazione Manuale dei Carichi e dei danni che da essa ne conseguono.

Ciò è avvenuto in quanto, negli anni, si è andata consolidando la constatazione di una connessione tra determinate condizioni lavorative comportanti sovraccarico meccanico e disturbi a livello dell'apparato muscolo-scheletrico con l'emergere di specifici danni anatomici e funzionali in particolari comunità di lavoro; ciò ha determinato conseguentemente un aumento dei costi economici e sociali che, peraltro, erano anche incompatibili con la nuova filosofia della gestione della salute nei luoghi di vita e di lavoro che riconosceva nella prevenzione uno dei primi e fondamentali compiti da assolvere da parte dello Stato.

Sulla base di queste premesse lo studio svolto si propone di fornire un contributo per il rilievo del rischio di patologia rachidea in particolari condizioni lavorative.

Abbiamo preso in considerazione all'interno del comparto sanitario un particolare settore, quello infermieristico, in considerazione sia dei particolari compiti di movimentazione manuale dei carichi che dei risultati di studi condotti di recente per i quali le affezioni degenerative della colonna vertebrale risultano essere le patologie più frequenti fra il personale infermieristico ospedaliero; infatti l'incidenza di quelle che gli autori anglosassoni definiscono LBP "low-back pain" è 3-4 volte maggiore in questa categoria di lavoratori piuttosto che in quella generale.

## **Indagine clinica svolta**

E' stato, quindi, realizzato un aggiornamento di un'indagine avviata, già nel 1995, dal Servizio di Medicina del Lavoro della SUN su di un gruppo di infermieri dello stesso Policlinico che avevano manifestato patologie da MMC.

Ai fini della valutazione clinica del rachide ci si è avvalsi del protocollo dell'Unità di Ricerca Ergonomia, Postura e Movimento dell'Università degli Studi di Milano che prevede la seguente metodologia clinica:

- a) anamnesi fisiologica e lavorativa;
- b) anamnesi patologica remota e rilevazione dei disturbi riferibili al rachide;
- c) rilevazione di alcuni parametri antropometrici;
- d) osservazione degli atteggiamenti posturali in stazione eretta;
- e) palpazione della muscolatura paravertebrale con pressione sulle apofisi spinose e sugli spazi intervertebrali, utilizzando alcune manovre di funzionalità quali Lasegue, Wasserman, posizione raggomitolata, a barca, a L;
- f) valutazione della motilità analitica dei tratti rachide cervicale e dorso-lombo-sacrale.

Per l'esecuzione dell'esame clinico-funzionale del rachide è stato utilizzato un Kit comprendente:

- un inclinometro, per la valutazione dei movimenti di inclinazione-flessione-estensione-rotazione;
- un goniometro ortopedico, per la misurazione dei relativi angoli;
- un curvilinea per la misurazione degli angoli di cifosi e lordosi;
- un gibbonometro;
- un metro per la misurazione della lunghezza degli arti inferiori.

## **Risultati**

Sulla base delle osservazioni condotte nel 2002 sugli infermieri sottoposti a visita si è evidenziato che:

- nel 54 % i quadri diagnostici erano nella norma;
- nel 34 % non sono stati evidenziati segni clinici di alterazioni rilevanti a carico del rachide;
- nel 12 % si è riscontrato una patologia da MMC in fase iniziale con presenza di atteggiamento scoliotico.

In relazione all'ultimo dato del 12 % si è dovuto pervenire ad una diagnosi di Spondiloartropatia, individuata in diversi gradi di incidenza, che ci ha consentito di poter prospettare la sussistenza di una 'malattia da lavoro'.

In tal senso si vuole segnalare come spetti al 'medico competente' indagare su tali 'malattie da lavoro' e – nel caso in cui l'incidenza statistica sia particolar-

mente elevata, dovrebbe, a nostro avviso, procedere ad una denuncia all'INAIL, almeno per "sospetta malattia da lavoro".

In tali ipotesi sarà l'Istituto assicuratore a dover intervenire per un'indagine ispettiva.

## **Aspetti medico-legali**

In questi ultimi venti anni si è assistito ad una evoluzione giurisprudenziale, giuridica e normativa dell'inquadramento delle "malattie professionali" in quanto la ricerca scientifica ha sempre più individuato "malattie da lavoro a genesi multifattoriale".

Pertanto si è affermata la tendenza ad una progressiva integrazione della patologia professionale tipica e unifattoriale (classiche tecnopatie) con il riconoscimento delle "malattie da lavoro a genesi multifattoriale" per le quali giocano un ruolo determinante numerosi fattori concomitanti e/o confondenti. Pertanto - nonostante le grandi difficoltà incontrate da questi moderni orientamenti giurisprudenziali e normativi - si è ormai affermato il riconoscimento del "nesso concausale" portando il complesso delle 'malattie da lavoro' verso una equiparazione con la "causalità di servizio". Il sistema della lista chiusa (aggiornato nel 1975 e nel 1994) è stato, quindi, valido sino alla pronuncia della Corte Costituzionale n° 179 del 18.02.1988; da tale epoca possono essere individuate nuove "malattie da lavoro" per le quali, tuttavia, l'onere della prova è a carico del lavoratore.

L'emanazione del Decreto Legislativo 23 Febbraio 2000, n° 38 (G.U. n° 50 del 1.03.2000) rappresenta, quindi, un cardine fondamentale nell'evoluzione dottrina - medico-legale, giurisprudenziale e giuridica - per un moderno inquadramento dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

Con tale Decreto è stato definitivamente accolto il concetto di "Danno Biologico" che deve essere valutato, in uno con l'incidenza del danno sulla capacità lavorativa specifica che, a partire da un tasso del 16 %, comporta l'applicazione dei coefficienti di maggiorazione ai fini dell'individuazione dell'entità della "rendita" (cfr. Tabella superiore).

In definitiva la valutazione del danno in INAIL attiene ad un inquadramento del 'danno biologico' quale "lesione all'integrità psico-fisica della persona, suscettibile di valutazione medico legale".

Nella Tabella emanata a seguito del D.Lgs. 38/2000 vengono già previste delle 'voci di danno' utilizzabili in caso di riconoscimento di una patologia muscolo-scheletrica come 'malattia da lavoro' (cfr. Tabella superiore).

Si vuole anche segnalare come specifiche 'voci di danno' dovranno essere individuate da una Commissione che a tal fine è stata indicata nell'ambito dello stesso Decreto.

## Bibliografia

- C. ALESSIO, G. FARINA: Il giudizio di idoneità lavorativa specifica – atto conclusivo della sorveglianza sanitaria. *Medicina del Lavoro* (2001), 92: 227-237;
- L. AMBROSI, V. FOÀ: Trattato di Medicina del Lavoro. UTET, Torino, 2000;
- M. BARGAGNA, M. CANALE, F. CONSIGLIERE, L. PALMIERI, G. UMANI RONCHI, Guida orientativa per la valutazione del Danno Biologico, a cura di SIMLA, Milano, 2001;
- M. BELLONI, L'indennità di malattia. Valutazione prognostica in ambito INPS, in *Rassegna di Medicina Legale Previdenziale*. 1998, 87-94;
- P. BENEVENTO, G. SCIAUDONE, Linee guida per la formulazione del giudizio di idoneità negli addetti alla movimentazione manuale dei carichi, in *Quaderni di Medicina Chirurgica*, 1999, 15, 1-6;
- P. BIANCHI, La patologia dell'apparato locomotore da posture lavorative incongrue, in B. Grieco, *Lineamenti di Medicina del Lavoro*, Napoli, 1999;
- S. BIANCHI, La valutazione del danno biologico nella giurisprudenza e negli interventi legislativi in via di definizione, in *Orientamenti della Giurisprudenza del Lavoro*, 1999, 552;
- M. CARANO, M.A. FUSCO, P. GIANTUCO, F. LIOTTI, et. al., Ruolo della Posturologia nelle diagnosi delle malattie professionali muscolo-scheletriche, in *Atti del 1° Congresso Nazionale di Posturologia*, 1999, 34-35;
- U. CARBONE, F. CIMMINO, S. DI MAIO, S. FUSCO, C. LAPPÀ, A. MAISTO, R. SORRENTINO, S. VELLUTINO, E. VEROPALUMBO, La patologia degenerativa della colonna vertebrale in una popolazione lavorativa con postura assisa obbligata, indagata con la metodologia antropometrica dinamica, in *Quaderni di Medicina Chirurgica*, 2000, 16 (1), 59-64;
- G. CIMAGLIA, P. ROSSI, *Danno Biologico le Tabelle di Legge*, Milano, 2000;
- F. DE MARCO, O. MENONI, M.G. RICCI, D. BONAIUTI, D. COLOMBINI, E. OCCHIPINTI, *Studi Clinici in Popolazioni Lavorative: valore e significato dei rilievi anamnestici, dei test clinici e degli esami strumentali per la diagnosi delle affezioni muscolo-scheletriche degli arti superiori (W.M.S.D.s)*, in *Medicina del Lavoro*, 1998, 20, 925;
- R. FOGLIA, *Codice Comunitario della Sicurezza e della Salute nel Lavoro*, Roma, 2001;
- P. FUCCI, P. ROSSI, *La medicina legale degli infortuni e delle malattie professionali*, Milano, 1999;
- G. GIANNINI, *Il Risarcimento del danno alla persona nella giurisprudenza*, Milano, 2000;
- A. GRASSO, S. DEL VECCHIO, *Il Danno Biologico. Danno Base*, Convegno Nazionale S.I.M.L.A., Riccione, 2001, 190-202;
- B. GRIECO, *Tecnopatie Diagnosi e Problematiche Medico- Legali*, Napoli, 2002;
- P.G. MONATERI, M. BONA, U. OLIVA, *Il nuovo danno alla persona. Strumenti attuali per un giusto risarcimento*, Milano, 1999;

- Progetto di legge ISVAP (1999): “Norme sul danno alla persona”, in Rivista Italiana di Medicina Legale, vol. XXI, 4-5, 1999, 29-35;
- C. PUCCINI, Istituzioni di Medicina Legale, V ed., Milano, 1999;
- E. QUADRI, Orientamenti e prospettive nel risarcimento del danno alla persona, in atti del Convegno “Assicurazioni nel sud. Le ragioni di un malessere”, Napoli, 2000;
- M.G. RICCI, N. BATTEVI, I rischi e le patologia professionali da movimentazione manuale dei pazienti nella legislazione italiana, in Medicina del Lavoro, 1999, 2, 131.

### ***Riferimenti Normativi***

1. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana: Decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38: disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, a norma dell'articolo 55, I comma, della legge 17 maggio 1999, n.144;
2. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana: Decreto Ministeriale 12 luglio 2000: Approvazione di “Tabella delle menomazioni”; “Tabella d’indennizzo del danno biologico”; “Tabella dei coefficienti”, relative al danno biologico ai fini della tutela dell’assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

