

## Il decreto legislativo n. 81/2008 sulla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro

### The legislative decree n. 81/2008 on health and safety in workplaces

La realizzazione di un Testo Unico delle norme di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori era già prevista dalla legge di riforma sanitaria del 1978, ma tutti i tentativi compiuti finora erano immancabilmente falliti.

Anche le ragioni che sostenevano la necessità del Testo Unico sono cambiate nel tempo: dal semplice riordino delle norme nazionali espresso nel 1978, all'esigenza d'integrare in un unico articolato le norme nazionali e quelle europee, alla necessità di adeguare il funzionamento delle istituzioni preposte alla prevenzione e alla tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro alle nuove esigenze create dal mercato del lavoro.

#### Una norma per un mercato del lavoro che cambia

L'ipotesi che ha improntato la struttura e l'articolato del decreto legislativo 81/2008 è fondata sull'esigenza di costruire un sistema normativo capace di rispondere ai mutamenti del mercato del lavoro e dell'organizzazione produttiva, garantendo un sistema dinamico di tutela e di miglioramento della salute e della sicurezza sul lavoro. La nuova normativa si propone di favorire la salute e la sicurezza in una condizione di grande articolazione di figure e rapporti professionali fortemente influenzati da un'organizzazione del lavoro fondata sull'adattabilità della forza lavoro alle scelte d'impresa, mentre la stessa impresa tende a caratterizzarsi come insieme di imprese per effetto dell'estensione degli appalti tradizionali e delle terziarizzazioni e cessioni di rami d'azienda.

Contemporaneamente cambia la composizione sociale dei lavoratori, a causa della crescente immigrazione dal Nord Africa e dall'Est europeo. Il lavoro irregolare e il lavoro temporaneo e privo di futuro interesseranno una parte più consistente dei lavoratori. Sono cambiate e cambieranno anche le tipologie degli incidenti sul lavoro e delle malattie professionali: in riduzione quelle tradizionali e in crescita le patologie correlate allo svolgimento del lavoro. Basti pensare alle malattie del sistema muscoloscheletrico dovute alla difficoltà di adattare l'organismo all'intensità del lavoro manuale, ai disturbi psicosociali che insorgono quando la difficoltà ad adattarsi al contesto lavorativo si esaspera per le ricadute sociali e familiari che questo comporta, oppure al mobbing, un fenomeno che oggi è reso più evidente dalla spinta a competere con i colleghi di lavoro.

Sembra che più della metà degli infortuni derivino da errori umani: si attribuiscono a «errori» tutti quei comportamenti derivanti dall'incapacità del lavoratore di padroneggiare le situazioni di rischio cui è esposto, ma questa incapacità non deriva unicamente dalla scarsa formazione, quanto, dal venir meno della capacità organizzativa di considerare in modo ade-

guato le conoscenze e le esperienze dei lavoratori nell'attribuzione dei compiti. La tutela della salute e della sicurezza deriva sempre di più dalle capacità di organizzazione sia nell'impresa sia nelle istituzioni pubbliche.

Il Titolo I del decreto legislativo è quindi improntato all'affermazione di tre sistemi di prevenzione, posti in relazione tra loro:

- il sistema istituzionale, ■ il sistema aziendale di gestione della prevenzione, ■ il sistema di relazioni tra le parti sociali.

La legge 833/1978 aveva fatto rientrare la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro nel più generale sistema di prevenzione sanitaria del Paese.

E' un approccio significativamente diverso da quello adottato a livello internazionale, che considera ancora la sicurezza dei lavoratori come parte delle politiche del lavoro (si veda la Convenzione n. 81/1947 dell'Organizzazione internazionale del lavoro sulle ispezioni del lavoro e la n. 155 sulle politiche nazionali per la prevenzione).

Questa contraddizione italiana non è mai stata risolta. Anche la nuova formulazione dell'articolo 117 della Costituzione, che attribuisce alle regioni la funzione legislativa e di governo prevalente per la prevenzione e la sicurezza nei luoghi di lavoro, è stata oggetto di polemiche e contrapposizioni istituzionali nella legislatura 2001-2006, sfociate nella bocciatura del nuovo Testo Unico da parte del Consiglio di Stato.

Ma la stessa Organizzazione internazionale del lavoro, con le sue proposte, ha recentemente contribuito a orientare anche il legislatore italiano. In particolare, hanno assunto uno stimolo importante per il riordino delle norme nazionali la «Linea guida in materia di sistemi di gestione della salute e della sicurezza» del 2001 e la Convenzione 187 del 2006, che suggeriva agli Stati membri di adottare norme finalizzate alla realizzazione di sistemi pubblici nazionali di promozione e cultura della salute adottando «sistemi nazionali», definiti nella stessa Convenzione come le «infrastrutture» per le politiche pubbliche nazionali di miglioramento della salute e della sicurezza dei lavoratori.

#### La struttura prevista dal decreto

Il decreto legislativo 81 del 2008, assume puntualmente queste indicazioni, contenute tra l'altro nella legge 123 del 2007 che delegava il governo a riordinare e riformare le norme italiane in materia di prevenzione nei luoghi di lavoro e proponeva un nuovo sistema istituzionale di governo coinvolgendo i Ministeri preposti (allora lavoro e salute, oggi quello più generale del welfare) e le Regioni italiane. Il sistema poggia su:

- due organi di governo, uno a livello nazionale e uno regionale;
- un organo di partecipazione dei rappresentanti dei datori di

lavoro e dei lavoratori; ■ il supporto tecnico degli istituti nazionali; ■ l'avvio del sistema informativo per la prevenzione.

### **Il comitato d'indirizzo**

L'organo di governo nazionale è previsto all'articolo 5 che istituisce il «Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro». Il Comitato è costituito in modo paritario da 5 membri in rappresentanza del governo nazionale e da 5 in rappresentanza delle Regioni, in modo da affermare il principio della corresponsabilità e della leale collaborazione nella promozione della salute e della sicurezza e per il rispetto dei diritti civili e sociali indicati dallo Stato nazionale. In questo modo s'integrano, anche nell'efficacia operativa, le funzioni fondamentali dello Stato di fissare i livelli essenziali di assistenza per la prevenzione e di stabilire le sanzioni in caso di mancato rispetto. Il rapporto con i Comitati regionali di coordinamento potrà permettere alle Regioni di operare per garantirne l'uniformità nell'applicazione concreta, prima di tutto attraverso i dipartimenti e i servizi territoriali di prevenzione.

È compito del comitato d'indirizzo e valutazione elaborare e proporre le linee comuni per le politiche nazionali e regionali, individuando gli obiettivi e gli ambiti prioritari e formulando i programmi dell'azione pubblica per la prevenzione. Questi programmi attengono agli orientamenti da assumere per la ricerca scientifica e alle azioni di promozione della prevenzione e alle attività di vigilanza.

In particolare, è opportuno sottolineare come l'attività di vigilanza, punto critico dell'azione pubblica, assai difforme nelle diverse realtà regionali e non priva di duplicazioni e sovrapposizioni d'interventi, sia oggi chiaramente regolata con decreto rispetto ai diversi livelli di decisione e di azione: quello nazionale per le politiche di indirizzo, quello regionale per le scelte di coordinamento e quello provinciale per le attività operative, prevedendo l'esercizio di poteri sostitutivi in caso di inadempienza.

### **I comitati regionali di coordinamento**

I comitati regionali di coordinamento sono chiamati a svolgere una funzione analoga sul territorio regionale. Diretti dal presidente della Regione, vedono la partecipazione di tutti gli organismi pubblici operanti per la prevenzione sul territorio regionale. Va soprattutto ricordato, però, il valore del coordinamento delle competenze proprie della Regione, diverse ma molto importanti ai fini di una politica unitaria e finalizzata al miglioramento della cultura e della promozione della salute: non solo le regioni hanno il compito previsto dal servizio sanitario nazionale di svolgere l'attività di prevenzione, ma intervengono tramite le Province sul mercato del lavoro ed è di loro esclusiva competenza il supporto alle attività di formazione professionale e per l'apprendistato. Inoltre, svolgono le attività pubbliche di sostegno tecnico e finanziario all'artigianato e alla piccola impresa. L'amministrazione regionale dispone di più strumenti per svolgere un'azione coordinata ed efficace di promozione della prevenzione primaria e per la promozione della salute, ma, a oggi, questo coordinamento, salvo rare eccezioni, non esiste.

I comitati regionali di coordinamento, a cui partecipano i rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro, rappresentano uno dei due organismi del sistema pubblico di prevenzione che risponde all'istanza della partecipazione delle parti sociali alla azione pubblica di prevenzione.

### **La commissione consultiva permanente**

Il secondo organismo è la commissione consultiva permanente, prevista all'articolo 6 del decreto 81 e già dal decreto presidenziale 547 del 1955. È composta da rappresentanti della pubblica amministrazione, dei datori di lavoro e dei lavoratori, e ha nuove funzioni particolarmente interessanti ai fini dell'azione di miglioramento della salute e della sicurezza dei lavoratori dipendenti e autonomi:

- indicazione degli indirizzi delle azioni pubbliche di sostegno alla piccola impresa;
- validazione delle cosiddette «buone prassi» cioè le soluzioni organizzative adottate per migliorare la prevenzione;
- elaborazione, per le imprese con meno di 10 lavoratori, delle proposte tecniche per le procedure di valutazione dei rischi, oggi lasciate alle scelte al consulente di turno;
- elaborazione delle indicazioni e delle proposte per la qualificazione delle imprese ai fini della prevenzione, anche per poter concorrere agli appalti pubblici;
- aggiornamento delle modalità di sostegno per le scelte aziendali di dotarsi di sistemi di programmazione, applicazione e controllo delle misure di prevenzione.

La commissione viene così ad assumere un ruolo importante per la valorizzazione delle azioni di miglioramento intraprese dalle parti sociali, responsabilizzandole nella validazione e diffusione sul territorio nazionale attraverso il sistema informativo.

### **Gli istituti nazionali**

L'ISPESL e l'INAIL svolgeranno, oltre ai loro compiti primari di supporto al Servizio sanitario e di assicurazione contro i danni alla salute, le attività di sostegno tecnico scientifico e strumentale al Sistema nazionale di prevenzione. L'ISPESL avrà una funzione prevalente per la ricerca scientifica, per l'esame tecnico delle buone prassi e per la gestione delle informazioni sanitarie relative ai lavoratori; l'INAIL svolgerà la funzione fondamentale del trasferimento di queste informazioni alle imprese e del sostegno, anche finanziario, alla loro applicazione.

### **Il Sistema informativo**

Il Sistema pubblico nazionale si troverà a operare sostenuto dal Sistema informativo nazionale per la prevenzione (SINP) come base conoscitiva dell'infrastruttura. Partecipano al SINP (tecnicamente gestito dall'INAIL) tutti i soggetti istituzionali interessati e i programmi sono discussi preventivamente con le parti sociali. All'articolo 8 del decreto 81 vengono indicati i contenuti di base del sistema informativo:

- il quadro produttivo e occupazionale, derivante dalle informazioni relative alla registrazione delle imprese alla Camera di commercio e agli enti previdenziali, come all'occupazione denunciata alle borse del lavoro istituite dalle recenti leggi sul mercato del lavoro;

■ il quadro dei rischi derivante dai flussi di informazione, provenienti dalle imprese per i rischi cancerogeni, mutageni e biologici e dai medici competenti per i lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria con l'indicazione degli agenti o delle condizioni che la rendono necessaria;

■ il quadro di salute e di sicurezza derivante, ovviamente, dalle denunce all'INAIL degli infortuni e delle malattie professionali, ma anche, soprattutto nel tempo, dalla comunicazione informatizzata all'ISPESL delle cartelle sanitarie e di rischio, quando si interrompe il rapporto di lavoro. Queste informazioni potranno essere poste in relazione con quelle gestite dal Servizio sanitario nazionale sulle dimissioni ospedaliere;

■ il quadro degli interventi pubblici in materia di prevenzione, per il sostegno sia ai lavoratori autonomi sia alla piccola impresa, in particolare per la formazione;

■ il quadro degli interventi di vigilanza, di cui ancor oggi non è noto né il numero effettivo, né le caratteristiche; la realizzazione di una banca dati delle prescrizioni adottate dagli organi di vigilanza può diventare una fonte informativa formidabile anche ai fini della valutazione dell'efficacia dell'azione stessa di vigilanza, mentre i risultati aggregati per settore produttivo possono servire a tenere aggiornati i profili di rischio di comparto.

### I temi più discussi

La contraddizione tra il termine salute e il termine lavoro è affiorata più volte nei confronti con le parti sociali avvenuti in preparazione del decreto 81. Per esempio, la stessa **definizione di salute** dell'Organizzazione mondiale della sanità era giudicata improponibile per un'esperienza umana fondata più sulla fatica che sul benessere e veniva proposta in alternativa una definizione in cui la salute si affermava nel luogo di lavoro attraverso l'adozione delle «misure necessarie a tutelare...» così come previsto dall'articolo 2.087 del codice civile. Una discussione analoga si riproponeva sulla scelta di citare i **rischi psicologici**; veniva proposto di fermarsi all'indicazione di valutare tutti i rischi, quando, dal Titolo 2 in poi, la legge avrebbe trattato puntualmente i rischi fisici, chimici, biologici ed ergonomici.

Nella stesura definitiva del testo si sono adottate delle formulazioni intermedie, come, per esempio, il riferimento allo «stress lavoro correlato» in alternativa al rischio psicologico. Non è stata unicamente una discussione terminologica, dato che ha portato con sé una riflessione sul ruolo e sul futuro della medicina applicata ai lavoratori.

Questa discussione è diventata esplicita quando si è trattato di declinare le funzioni del medico competente e gli scopi della sorveglianza sanitaria. Non è stata accolta la proposta della **partecipazione del medico competente** all'elaborazione del documento di valutazione dei rischi ancor prima di individuare quelli che avrebbero comportato la necessità di attuare esami medici preventivi e periodici. L'intervento del medico avviene solo dopo che il datore di lavoro ha individuato le fonti di rischio che comportano l'obbligo di legge delle visite mediche e, solo da quel momento, il medico può partecipare agli aggiornamenti

della valutazione dei rischi. Per ragioni analoghe la proposta di indicare tra gli scopi della **sorveglianza sanitaria** quello di considerare le condizioni di salute del lavoratore, al fine di evitare un loro peggioramento dovuto al lavoro svolto, ha incontrato resistenze e opposizioni. Di conseguenza, le nuove norme prevedono che sia il datore di lavoro a valutare le condizioni del lavoratore prima di affidargli la mansione, mentre il medico ne esamina l'idoneità solo per i rischi che comportano la sorveglianza sanitaria. Eppure, le ragioni della proposta iniziale del governo erano chiare: non si può ignorare il fatto che un lavoratore ogni dieci cambia uno o più rapporti di lavoro nell'arco dell'anno, che un lavoratore su due (tra quelli che hanno un rapporto di lavoro stabile), invece, cambia la postazione di lavoro o la prestazione professionale nell'intervallo di tempo intercorrente tra una visita medica periodica e quella successiva. Così come non si può ignorare che oggi stanno mutando le caratteristiche dei danni alla salute derivanti dalle esposizioni professionali e dalle condizioni di lavoro con una riduzione delle malattie professionali e una crescita di quelle «correlate al lavoro», con un peso crescente degli effetti di aggravamento di danni alla salute preesistenti e non originati dal lavoro. Ai tempi del fordismo c'erano i reparti per gli invalidi a lato dei lavori di magazzino, oggi non ci sono più; sempre ai tempi del fordismo l'INAIL sosteneva il reinserimento dei lavoratori silicotici o asbestosici con una rendita di reinserimento al lavoro, oggi questo non avviene più. C'è però la possibilità di una medicina che operi nei luoghi di lavoro per favorire il reinserimento di lavoratori con limitazioni fisiche a seguito di gravi incidenti o gravi malattie e il medico d'azienda può operare positivamente.

Si pensava così di avanzare una proposta funzionale sia alle nuove esigenze derivanti da un'organizzazione del lavoro fondata sulla adattabilità dei lavoratori, sia come una parziale ma importante risposta all'esigenza di mantenere al lavoro lavoratori più anziani, come chiede il documento di Lisbona dell'Unione Europea. Ma questa proposta è stata considerata un costo aggiuntivo per le imprese che hanno chiesto invece di mantenere il vecchio modello della visita medica in ragione dell'esposizione a un determinato agente secondo determinate scadenze.

Si è trovata una soluzione di compromesso che conviene riprendere puntualmente: «la sorveglianza sanitaria comprende [...] visita medica su richiesta del lavoratore, qualora sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta...», ma un lavoratore non avanza una richiesta di tale tipo se non sa che avrà un'accoglienza positiva; per fortuna questo clima aziendale e queste prassi sono già presenti in importanti imprese operanti in Italia.

In altri termini, si è realizzato un primo timido avanzamento verso una medicina applicata ai lavoratori che abbia un carattere positivo di promozione della salute e di perseguimento del benessere anche nel luogo della fatica fisica e mentale.

Seguendo quest'impostazione, il decreto 81 contiene due norme che accennano a questa funzione positiva del medico:

■ la possibilità di partecipare a programmi di promozione della salute proposti dalle pubbliche amministrazioni;

■ la possibilità di stabilire un rapporto con il medico di medicina generale di riferimento del lavoratore seguito in azienda.

In entrambi i casi si è voluto proporre un approccio alla salute della persona che lavora nella sua interezza, non separando totalmente gli aspetti dei possibili danni per le esposizioni professionali da quelli eventualmente derivanti dai rischi presenti nell'ambiente antropizzato in cui si vive.

Con le nuove norme, si è istituita la **cartella sanitaria e di rischio personale** che accompagnerà il lavoratore per tutta la vita lavorativa. Prima la cartella era puntuale, per mansione, e terminava insieme all'interruzione del rapporto di lavoro; una complicazione per le imprese e uno strumento non sempre efficace di corretta valutazione dello stato di salute. Ora è il lavoratore a essere il titolare della propria cartella sanitaria e di rischio e viene supportato dall'ISPESL nella conservazione e nella trasmissione al nuovo medico competente quando cambia rapporto di lavoro. Non c'è bisogno di cominciare da capo tutte le volte.

La cartella sanitaria e di rischio adottata è la stessa già prevista per i lavoratori esposti ad agenti cancerogeni dal decreto ministeriale 155 del 2007. Forse la soluzione adottata non è stata la più efficace, ma il vincolo temporale della fine legislatura e la necessità di evitare nuove autorizzazioni dell'autorità per la privacy, hanno spinto verso la soluzione più semplice. Non può essere ignorato che gli scopi delle due cartelle sanitarie non sono gli stessi: mentre nel caso dell'esposizione a cancerogeni si tratta di tenerne sotto controllo i possibili effetti sulla salute per periodi di molti anni, nel caso della cartella sanitaria e di rischio l'obiettivo più importante è quello di garantire una sorta di presentazione del profilo di salute del lavoratore.

A partire dai risultati della sorveglianza sanitaria, trasmessi annualmente dal medico competente ai servizi delle ASL e trasmessi all'ISPESL al momento della risoluzione del rapporto di lavoro o al termine della prestazione occasionale, si potrà alimentare un flusso di informazioni molto importante sulle condizioni di esposizione, sui giudizi di idoneità allo svolgimento di mansioni specifiche e sullo stato di salute. Queste informazioni verranno ulteriormente integrate da quelle provenienti dai registri e dalle cartelle sanitarie a seguito dell'esposizioni professionali ad agenti cancerogeni, mutageni o biologici. Può cambiare così il quadro conoscitivo sullo stato di salute della popolazione lavorativa, oggi quasi esclusivamente costituito dalle informazioni provenienti dalle denunce di infortunio sul lavoro o di malattia professionale.

Il medico competente viene ad assumere una funzione importante per il servizio sanitario nazionale, funzione che ci si augura non sia solo informativa. Questa è la prima e più importante ragione che ha indotto il legislatore a istituire l'elenco nazionale dei medici competenti e a indicare il codice etico della Commissione internazionale di salute occupazionale (ICOH), come punto di riferimento per l'affermazione dell'autonomia professionale del medico. Un ulteriore aspetto, funzionale alla qualifi-

cazione del medico operante in azienda, deriverà dall'obbligo per quest'ultimo di partecipare ai corsi di formazione continua previsti dal decreto legislativo 229 del 1999. Tutto ciò nell'ottica di qualificare la figura del medico competente e favorire lo sviluppo di una disciplina non marginale per la politica sanitaria nazionale. Forse anche l'epidemiologia può trarre informazioni e stimoli utili per migliorare la prevenzione sanitaria.

L'articolo 244 del decreto 81 prevede una più organica modalità di registrazione dei tumori di possibile origine professionale, indicando la diffusione in tutte le regioni dei Centri operativi regionali (COR) per la raccolta ed elaborazione dei dati sull'insorgenza dei tumori in relazione alle esposizioni professionali, correlandole, sino ad oggi, con i dati dell'Istituto nazionale di previdenza sociale e, da domani, con la borsa del lavoro e con l'archivio delle cartelle sanitarie e di rischio dell'ISPESL. Sempre presso l'ISPESL l'esperienza del registro nazionale dei mesoteliomi verrà estesa alla registrazione dei tumori del naso e dei seni paranasali e di quelli a più bassa frazione eziologica che potranno avere una significatività epidemiologica per gruppi di esposizione.

L'esito di queste innovazioni non è affatto scontato; sono ormai quattro legislature che il Senato della Repubblica denuncia il fenomeno delle malattie professionali «perdute» senza alcun esito, anzi, con un numero crescente di malattie correlate al lavoro non riconosciute dall'istituto assicuratore. Il servizio sanitario nazionale preferisce sobbarcarsi gli oneri anziché agire per il riconoscimento dell'origine professionale di parte importante dei mesoteliomi, di tanta parte degli altri tumori e di molte malattie dell'apparato respiratorio o del sistema muscolo scheletrico. Allo stesso modo il mondo imprenditoriale preferisce far pagare tutti con l'IRAP piuttosto che far pagare attraverso i premi assicurativi alle sole aziende che determinano i danni alla salute. Una stima dei costi a carico del servizio sanitario nazionale non è stata fatta, ma di sicuro non sono irrilevanti se si considerano i dati di fonte internazionale sull'incidenza delle patologie di origine professionale.

Anche per la prevenzione, come per tutto il sistema economico italiano, si tratta di un problema di produttività, compresa la produttività del sistema sanitario nazionale.

Per la stessa ragione, nel decreto legislativo 81, si è proposto con forza alle imprese italiane di dotarsi di propri sistemi di gestione e di controllo delle azioni e dei programmi aziendali di prevenzione e si è proposto a milioni di imprese individuali e di microimprese di entrare nel sistema nazionale di prevenzione, per andare oltre al «mondo del pressappoco».

Le norme non sostituiscono le volontà, le registrano. Il tempo ci darà dei risultati, ma l'esperienza del primo anno di azione pubblica e di attenzione sociale, ancor prima dell'entrata in vigore della nuova legge, stanno a indicare che migliorare si può.

**Fulvio Perini**

Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro - CNEL  
fperini@cons.cnel.it