

R I V I S T A DEGLI INFORTUNI e DELLE MALATTIE PROFESSIONALI

VI SERIE DELLA **RASSEGNA DELLA PREVIDENZA SOCIALE** ANNO CIII

FASCICOLO N. 3/2016

PUBBLICAZIONE QUADRIMESTRALE DELL'INAIL - ROMA

- *IL PRESIDENTE DELL'INAIL PRESENTA LA RELAZIONE ANNUALE 2016*
- *SALUTE E SICUREZZA E LAVORO AGILE*
- *L'ARTICOLO 5 DELLA LEGGE 8 MARZO 2017, N. 24:
LE LINEE GUIDA IN MEDICINA LEGALE*
- *STRATEGIE DI MIGLIORAMENTO DELLE PERFORMANCE
DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO DELLE AZIENDE
E PROCESSI DI VALUTAZIONE ED AUTOVALUTAZIONE
DELLA LORO EFFICACIA*

INAIL

RIVISTA DEGLI INFORTUNI e DELLE MALATTIE PROFESSIONALI

DIRETTORE EDITORIALE

Massimo De Felice

DIRETTORE RESPONSABILE

Luigi La Peccerella

REDATTORE CAPO

Valeria Piatti

COMITATO SCIENTIFICO

Giuseppe Abbritti

Pasquale Acconcia

Paolo Atzeni

Fabrizio Benedetti

Maurizio Cinelli

Riccardo D'Alia

Silvia D'Amario

Aldo De Matteis

Carlo De Petris

Natale Mario Di Luca

Sergio Di Nola

Mario Gallo

Edoardo Gambacciani

Stefano Giubboni

Raffaele Guariniello

Eugenio Guglielmelli

Sergio Iavicoli

Marco Lai

Arturo Maresca

Paolo Pascucci

Giovanni Paura

Pietro Pennacchi

Antonella Polimeni

Gabriella Salinetti

COORDINAMENTO GIURISPRUDENZA

Avvocatura Generale INAIL

SEGRETARIA DI REDAZIONE

Marina Caporale

Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 2144 del 26 maggio 1951

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale art. 2, comma 20/c, legge 662/96 - Filiale di Milano

Stampa: Tipografia INAIL - Milano - Via Boncompagni, 41

ISSN 0035-5836

La denominazione “Rivista degli infortuni e delle malattie professionali”, registrata presso il Tribunale di Roma nel 1951, costituisce un marchio consolidato ed ha assunto, negli oltre sessanta anni decorsi dalla sua apparizione, una forte valenza identitaria.

Per questa ragione tale denominazione è stata, e sarà, mantenuta, nonostante possa essere considerata evocativa di una delimitazione degli interessi scientifici in un ambito molto più circoscritto di quello al quale si estendono gli articoli che sono stati e che saranno pubblicati.

Il focus di attenzione della Rivista, infatti, abbraccia la più generale questione della salute e sicurezza sul lavoro, riguardata in ogni suo aspetto, trattandosi di problematica in ordine alla quale non si possono offrire contributi efficaci prescindendo dalla disamina del contesto generale di riferimento e dei progressi tecnologici e scientifici che riverberano i loro effetti sia sul lavoro che sulla salute dei cittadini.

Un esempio paradigmatico è costituito dal progressivo incremento dell'età media dei lavoratori, con conseguente emersione di rischi specifici che non possono essere contrastati soltanto con interventi di adeguamento della normativa, ma richiedono il dispiegamento di conoscenze mediche e tecniche che assicurino soluzioni avanzate per la cura della persona, prima ancora che delle malattie, quale decisivo fattore di prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali.

In proposito, vengono in rilievo i risultati della ricerca nel campo della bioingegneria che, grazie alla integrazione organica tra le metodologie e le tecnologie proprie dell'ingegneria e quelle della scienza medica e biologica, hanno consentito di approntare soluzioni utili a prevenire gli eventi avversi o, quanto meno, a ridurne, se non eliminarne, gli effetti dannosi.

È il caso, ad esempio, della robotica indossabile, sia di quella a supporto dell'attività lavorativa che di quella a sostegno della disabilità, dei sistemi robotici per la riabilitazione, in grado di accorciare i tempi di recupero e di ottimizzare i risultati, in caso di eventi lesivi, delle protesi neurosensoriali.

Soluzioni, tutte quelle sopra esemplificativamente citate, utili anche a dare concretezza ed effettività ai principi enunciati dal legislatore in materia di reinserimento sociale e lavorativo dei disabili.

Per altro verso, una analisi attenta dei fenomeni, che si ponga l'obiettivo di offrire un concreto contributo al miglior governo degli stessi, non può prescindere, in questo campo come in tutti gli altri, dalla considerazione degli effetti prodotti sul piano sociale e, più in particolare, sul mondo del lavoro dalla sviluppo e dalla diffusione della telematica e della robotica.

L'accento su questo punto è stato posto dal Parlamento europeo, con risoluzione del 16 febbraio 2017 recante raccomandazioni alla Commissione concernenti norme di diritto civile sulla robotica.

Il Parlamento europeo ha posto l'accento, tra l'altro, sulla considerazione che *“nonostante i vantaggi innegabili apportati dalla robotica, essa può comportare una trasformazione del mercato del lavoro e rendere necessaria, di conseguenza, una riflessione sul futuro dell'istruzione, dell'occupazione e delle politiche sociali”*, sottolineando, altresì, che *“la tendenza*

all'automazione esige che i soggetti coinvolti nello sviluppo e nella commercializzazione di applicazioni dell'intelligenza artificiale integrino gli aspetti relativi alla sicurezza e all'etica fin dal principio, riconoscendo pertanto che devono essere preparati ad accettare di essere legalmente responsabili della qualità della tecnologia prodotta”.

Sempre in questo solco si inserisce lo studio recentemente prodotto dal McKinsey Global Institute, secondo il quale la diffusione e la piena applicazione delle tecnologie correntemente sviluppate potrebbero determinare l'automatizzazione di circa il 49% dei lavori attualmente svolti da esseri umani.

Quanto sopra si cita non certo per evocare prospettive catastrofiche, ma soltanto per sottolineare che il progresso, che in sé è comunque positivo, richiede, al fine di ridurre i possibili effetti collaterali della transizione, una piena conoscenza delle dinamiche del cambiamento e una progettazione integrata delle soluzioni, sia in fase di regolamentazione che in fase di attuazione.

Nel campo della salute e sicurezza sul lavoro, il legislatore statale, consapevole di questa esigenza, ha progressivamente provveduto ad accrescere le competenze e le funzioni dell'Inail, ente strumentale dello Stato, al quale è demandata la funzione di garantire la tutela privilegiata dei lavoratori, secondo il disposto dell'articolo 38 della Costituzione, adottando, nella fattispecie, un modello di ripartizione delle competenze orientato più in senso verticale che orizzontale.

All'Inail, quindi, sono affidati compiti finalizzati non soltanto all'indennizzo degli eventi lesivi, ma, prima ancora, alla prevenzione degli stessi, alla cura dei lavoratori infortunati e tecnopatici, all'assistenza dei disabili da lavoro ed al loro reinserimento sociale e lavorativo; compiti che sono tutti supportati dall'attività di ricerca dell'Ente, orientata a elaborare risultati che siano idonei a trasformarsi in “prodotti” concretamente fruibili dagli utenti.

Una rappresentazione chiara ed esaustiva delle articolate competenze, funzionalmente interconnesse, attribuite all'Inail è fornita dalla relazione annuale 2016 che il Presidente dell'Inail ha presentato a Montecitorio il 5 luglio 2017 e che è pubblicata in apertura di questo numero.

Alla stessa logica di visione complessiva dei fenomeni si ispira la linea editoriale della rivista, in un'ottica di integrazione delle diverse discipline che concorrono alla realizzazione dell'obiettivo del massimo livello possibile di salute e sicurezza sul lavoro.

Per questa ragione, a partire da questo numero, nell'indice i contributi scientifici non saranno più catalogati per materia, ma sarà presente soltanto una suddivisione tra Dottrina, Pratica e casistica e Giurisprudenza.

Novembre 2017

LUIGI LA PECCERELLA

SOMMARIO

Parte I

MASSIMO DE FELICE: Relazione annuale 2016 449

DOTTRINA

MARCO LAI: Salute e sicurezza e lavoro agile 465

ALDO DE MATTEIS: Asili nido, sistema educativo nazionale ed assicurazione infortuni 475

L. FRASCONÀ, L. DI SALVO: Duplice data di “pubblicazione” della sentenza: *dies a quo* del termine lungo per impugnare 483

A. MELE, M. GALLO: L'art. 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24: le linee guida in medicina legale 491

PRATICA E CASISTICA

B. ALDI, P.G. IACOVIELLO, N.M. GIORGIO, G. POLICASTRO, P. ZANGANI: La TCms ad alta risoluzione (HRCT) nelle patologie asbesto-correlate. Aspetti radiologico-forensi ed implicazioni medico-legali 519

MIRCO BERTOLONI: Sei fattori per il benessere organizzativo 543

A. BRUSCO, A. BUCCIARELLI, C. GILIBERTI, S. SALERNO: Infortuni mortali in itinere delle donne in Italia: studio delle dinamiche e delle principali caratteristiche orientato alla prevenzione 557

MARIA CONFORTI: Effetti della Laserterapia multifrequenza ad alta potenza versus Riabilitazione Motoria individuale in lesione acuta del tendine del sovraspinoso 579

STRATEGIE DI MIGLIORAMENTO DELLE PERFORMANCE DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO DELLE AZIENDE E PROCESSI DI VALUTAZIONE ED AUTOVALUTAZIONE DELLA LORO EFFICACIA

IL PREMIO IMPRESE PER LA SICUREZZA ED IL FRAMEWORK DI VALUTAZIONE

P. ALBINI, E. ROTOLI: Premessa	603
F. BENEDETTI, F. LEUZZI: La gestione per la salute e sicurezza sul lavoro nelle organizzazioni	607
F. BENEDETTI: Evoluzione dei riferimenti legislativi e norme tecniche di gestione per la salute e la sicurezza sul lavoro	615
R. BIANCONI: La certificazione dei Sistemi di Gestione per la salute e sicurezza	623
F. BENEDETTI, G. BERTORELLI, R. BIANCONI, F. LEUZZI, M. TRONCI: Il framework per la salute e sicurezza sul lavoro: i fattori abilitanti e i risultati	627
F. LEUZZI, M. TRONCI: Modelli e premi per la salute e sicurezza: il contesto internazionale	661
G. BERTORELLI, G. MORINELLI, T. DE NICOLA, F. D'ALVIA, V. MANNI, G. BRACALETTI, F. LEUZZI, P. ALBINI: Il Premio Imprese per la Sicurezza e la sua evoluzione	667
G. BRACALETTI, T. DE NICOLA, V. MANNI: Iniziative di sostegno all'adozione di modalità gestionali della salute e sicurezza sul lavoro nelle aziende	671

Parte II

GIURISPRUDENZA

- Responsabilità medica nel caso di rispetto delle linee guida o delle buone pratiche clinico-assistenziali - **CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE - SEZIONE QUARTA PENALE - 19 OTTOBRE 2017 - N. 50078** 97
- Infortunio sul lavoro - Decesso lavoratrice in attività da eseguirsi “in esterno” - Valutazione da parte del datore di lavoro del rischio e di formazione della lavoratrice - Nozione luogo di lavoro - Lavoratore no tra i soggetti garanti della sicurezza - Affidamento incarico progettazione edificio - Responsabilità - **CORTE DI CASSAZIONE - SEZIONE PENALE IV - 27 GIUGNO 2017, N. 45808** 104
- Personale educativo scuole materne e asili nido - Tutelabilità Inail e obbligo pagamento premi - Presupposti - Esercizio attività riconducibili allo svolgimento di esperienze o esercitazioni pratiche o all’uso di macchinari - Rischio ambientale - Esclusione in difetto di prova - **CORTE DI CASSAZIONE - SEZIONE LAVORO DEL 24 APRILE 2017, N. 10192** 109
- Infortunio sul lavoro - Lavoratore investito da un muletto in retromarcia - Mancata corretta valutazione dei rischi specifici da parte del datore di lavoro - Colpa del lavoratore no interruzione nesso causale - Non operatività principio dell’affidamento in presenza di posizioni di garanzia - **CORTE DI CASSAZIONE - SEZIONE PENALE IV - 18 APRILE 2017, N. 40706** 114
- Impugnazioni civili - Deposito e pubblicazione della sentenza - Inserimento nell’elenco cronologico e attribuzione numero identificativo - Apposizione doppia data - Individuazione del dies a quo del termine di impugnazione ex art. 327 c.p.c. - Obbligo verifica giudice dell’impugnazione - **CORTE DI CASSAZIONE - SEZIONI UNITE CIVILI - 22 SETTEMBRE 2016, N. 18569** 117

Parte I

RELAZIONE ANNUALE 2016*

MASSIMO DE FELICE**

**Signora Presidente della Camera, Signori Ministri,
Autorità, Signore, Signori,**

è questa la sesta «relazione annuale» che svolgiamo. Dal 2012 molto è cambiato: guardando all'interno, alcuni tratti della fisionomia dell'Inail (organizzazione, tipi di azione); e poi, dall'esterno, addirittura alcune coordinate semantiche del termine "lavoro" (che porteranno effetti sull'azione amministrativa).

La «relazione» è nello stile dello scorso anno: di un almanacco, per registrare i fatti, sostare sui segni del presente, con quattro intenzioni (guardando al futuro).

I dati dell'Inail su infortuni e malattie professionali

Nel 2016 sono state censite dall'Inail circa 3 milioni e 760 mila posizioni assicurative (territoriali), con una minima riduzione (dello 0,4%) rispetto al 2015.

Al 31 dicembre erano in essere 745 mila rendite, per inabilità permanente e ai superstiti (l'1,95% in meno rispetto al 2015); le rendite per inabilità di nuova costituzione sono circa 17 mila.

Infortuni

Sono state registrate poco meno di 642 mila denunce di infortuni accaduti nel 2016; non si è avuto scostamento significativo rispetto al 2015 (+0,66%); sono circa il 14% in meno rispetto al 2012. Gli infortuni riconosciuti sul lavoro sono poco più di 419 mila, di cui circa il 19% "fuori dell'azienda" (cioè "con mezzo

* Relazione presentata il 5 luglio 2017, Palazzo Montecitorio - Roma.

** Presidente dell'Inail.

di trasporto” o “in itinere”). Il dato “fuori azienda” è rilevante per la valutazione accurata delle politiche e delle azioni di prevenzione.

Delle 1.104 denunce di infortunio mortale (erano 1.286 nel 2015, 1.364 nel 2012) gli infortuni accertati “sul lavoro” sono 618 (di cui 332, il 54% “fuori dell’azienda”): anche se i 34 casi ancora in istruttoria fossero tutti riconosciuti “sul lavoro” si avrebbe una diminuzione del 12,7% rispetto al 2015 e di circa il 25% rispetto al 2012.

Gli infortuni sul lavoro hanno causato circa 11 milioni di giornate di inabilità, con costo a carico dell’Inail; in media 84 giorni per infortuni che hanno provocato menomazione, circa 21 giorni in assenza di menomazione.

Malattie professionali

Le denunce di malattia sono state circa 60 mila (circa mille e 300 in più rispetto al 2015), con un aumento di circa il 30% rispetto al 2012.

Ne è stata riconosciuta la causa professionale al 33%, il 4% è ancora “in istruttoria”. Il 64 % delle denunce è per malattie del sistema osteomuscolare.

È importante ribadire che le denunce riguardano le malattie e non i soggetti ammalati, che sono circa 45 mila; di cui circa il 37% per causa professionale riconosciuta. Sono stati poco più di 1.400 i lavoratori con malattia asbesto-correlata. I lavoratori deceduti nel 2016 con riconoscimento di malattia professionale sono stati 1.297 (il 32,2% in meno rispetto al 2012), di cui 357 per silicosi/asbestosi (l’88% è con età al decesso maggiore di 74 anni, il 71% con età maggiore di 79 anni).

Sui dati, per una politica nazionale di prevenzione

Con gli *open data* l’Inail ha perseguito una politica di massima trasparenza - con attenzione alla qualità statistica - sui numeri degli infortuni e delle malattie professionali (sono disponibili sul portale, in serie storica quinquennale, i dati rilevanti delle singole denunce, e dei casi riconosciuti per causa di lavoro). Sono dati che cominciano a essere utilizzati per analisi autonome da associazioni e sindacati¹.

Per dare miglior sostegno a una politica nazionale di prevenzione sarebbe necessario estendere la base-dati: considerare tutti i lavoratori, anche quelli non-assicurati dall’Inail; aggiungere informazioni sull’esposizione al rischio per mansione.

¹ Interessante utilizzazione del «set di dati pubblici [che l’Inail mette] a disposizione dei cittadini» è in Assolombarda, Cgil, Cisl, Uil, *Il lavoro a Milano*, Edizione 2017.

Qualche estensione si potrà avere utilizzando i dati del «Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro» (il Sinp), ma si tratta di estensione debole.

Già nella «relazione» del 2012 si auspicò di costruire una base informativa efficiente - con criteri statistici di correttezza, appropriatezza e completezza - e di accreditare l'Inail come fornitore unico di informazioni e di conoscenze per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro (l'auspicio fu ripreso dalle Linee guida del Consiglio di indirizzo e vigilanza, il CIV)². Potrebbe essere la componente di una base-dati da costruire necessaria per gestire in modo efficace le politiche del lavoro.

È un impegno che è importante rinnovare - nel momento dei grandi cambiamenti - , che l'Inail segnali alle Autorità competenti.

Sintesi del bilancio, attività e realizzazioni

Risultati finanziari e economici

I dati del preconsuntivo 2016 mostrano che si sono avute entrate di competenza per 10 miliardi 877 milioni di euro (circa 1.242 milioni in più rispetto al livello del 2015); le uscite di competenza si sono attestate a 9 miliardi 379 milioni (con prestazioni istituzionali in diminuzione del 3,27%): il risultato finanziario è quindi positivo (1.497 milioni).

Nel 2016 sono stati definiti «nuovi coefficienti di capitalizzazione delle rendite»; la loro applicazione incide sulle riserve tecniche e ha effetto negativo (contingente) sul risultato economico.

Si hanno riserve tecniche di circa 32 miliardi e 323 milioni; le riserve sono «coperte» per circa il 77% da liquidità (versata alla Tesoreria dello Stato, senza remunerazione).

Sul bilancio anche quest'anno hanno inciso le misure della «legge di stabilità per il 2014»: la riduzione del 16,61% di premi e contributi è «tamponata» parzialmente dai 700 milioni trasferiti dallo Stato; hanno gravato i 205 milioni riversati allo Stato per riduzioni e razionalizzazione della spesa.

Anche per il 2017, verrà attuata la riduzione di premi e contributi (nella misura del 16,48%) per un importo complessivo di 1.200 milioni di euro.

Con il bilancio attuariale - la sua redazione era già auspicata nella «relazione 2014»³ - si potrà garantire un controllo ancora più accurato delle poste economiche e della solvibilità, sulla linea tracciata in una rigorosa analisi dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

2 Inail, *Relazione annuale 2012 del Presidente*, Roma, 10 luglio 2013, pagina 14.

3 Inail, *Relazione annuale 2014 del Presidente*, Roma, 9 luglio 2015, pagina 5.

L'attività di controllo del rapporto assicurativo

Nel 2016 sono state controllate 20.876 aziende (il 73% del terziario, il 23% del settore industria): l'87,6% sono risultate irregolari. Sono stati regolarizzati 57.790 lavoratori (meno del 6% rispetto al 2015), di cui 52.783 irregolari e 5.007 "in nero".

I risultati confermano, anche per quest'anno, la qualità della procedura informatica di "business intelligence" che ha sostenuto l'attività ispettiva dell'Inail; e il grande lavoro svolto dai 324 ispettori.

Sono state avviate azioni di contrasto al fenomeno del caporalato, all'utilizzazione impropria e allo sfruttamento di manodopera in agricoltura, in collaborazione con altri soggetti istituzionali, organizzazioni sindacali e associazioni datoriali⁴.

Dal 2017 l'Ispettorato Nazionale del Lavoro potrà avvalersi di questo prezioso insieme di tecniche strumenti esperienze e competenza, per rendere più efficace un'azione di vigilanza coordinata, tra Ministero del Lavoro, Inail e Inps.

Incentivi per la sicurezza, la prevenzione

Continua l'impegno delle imprese nell'attività di mitigazione dei rischi negli ambienti di lavoro: nel 2016 si sono avute circa 27 mila istanze di riduzione del tasso di tariffa per meriti di prevenzione (documentate con interventi effettuati nel 2015).

Lo scorso settembre è stata disposta la riduzione del 7,61% dell'importo del premio per le imprese artigiane che non hanno denunciato infortuni nel biennio 2014-2015: sono stati destinati 27 milioni di euro; le posizioni assicurative (territoriali) risultate rispondenti ai requisiti sono state circa 300 mila, lo sconto ha interessato oltre 277 mila ditte.

Altre riduzioni (del premio) hanno riguardato, anche nel 2016, il settore edile, la pesca e la navigazione.

Continua anche il piano per co-finanziare (al 65% del costo complessivo) progetti di investimento, per l'adozione di modelli organizzativi e di responsabilità

⁴ Le azioni rispondono al «Protocollo sperimentale contro il caporalato e lo sfruttamento lavorativo in agricoltura» del 27 maggio 2016 (sottoscritto dal Ministero del Lavoro, dal Ministero dell'Interno e dal Ministero delle Politiche Agricole) e alla legge 29 ottobre 2016, n. 199 (Disposizioni in materia di contrasto ai fenomeni del lavoro nero, dello sfruttamento del lavoro in agricoltura e di riallineamento retributivo nel settore agricolo). In ottobre è stato sottoscritto il "Protocollo di intesa sperimentale" tra Regione Toscana, Direzione regionale Inail Toscana, Inps, Ministero del Lavoro, Cgil, Cisl, Uil, Coldiretti, Confederazione Italiana Agricoltori, Confagricoltura e Alleanza delle Cooperative; lo scorso maggio il "Protocollo di intesa" tra Regione Abruzzo, Direzione Regionale Inail Abruzzo, Ispettorato interregionale del lavoro, Anci, Cgil, Cisl, Uil, Coldiretti, Assolavoro.

sociale, di bonifica dei materiali contenenti amianto, per micro e piccole imprese operanti in specifici settori di attività (sono i cosiddetti «incentivi Isi»). Col bando del 2016 sono stati messi a disposizione 245 milioni di euro; rappresentano la settima tranche di un ammontare complessivo di circa 1,5 miliardi di euro stanziato dall'Inail a partire dal 2010.

La principale novità di quest'anno consiste nell'introduzione di un nuovo asse di finanziamento, di 20 milioni di euro, dedicato alle micro e piccole imprese che operano nel settore della ristorazione.

Dai dati statistici risulta che i progetti «ammessi e regolari» presentati da imprese sino a 15 dipendenti erano nel 2010 il 61%: siamo arrivati al 71,5% nel 2015. Nel 2016 è stato pubblicato il primo bando «Isi agricoltura»: mette a disposizione delle micro e piccole imprese agricole 45 milioni di euro (25 a carico di Inail, 20 stanziati dal Ministero del Lavoro) per l'acquisto o il noleggio con patto di acquisto di macchine agricole e trattori, caratterizzati da soluzioni innovative per la protezione dai rischi. Particolari agevolazioni sono riservate ai giovani agricoltori.

La prevenzione deve essere intesa dalle imprese come «fattore produttivo», e strumento di innovazione e di crescita. È un messaggio che l'Inail cerca di comunicare con forza e di rendere efficace con i piani di collaborazione.

Sono state avviate o confermate collaborazioni con l'Istituto Superiore di Sanità (per la promozione di attività finalizzate alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, la diffusione della cultura della sicurezza, la realizzazione di progetti di ricerca); con l'Università degli Studi di Roma «La Sapienza»; con la Commissione nazionale paritetica per la prevenzione infortuni, l'igiene e l'ambiente di lavoro; con Federchimica (per rafforzare i piani di attività congiunta e migliorare gli strumenti in grado di sostenere le imprese della filiera chimica - soprattutto le piccole e medie - nella riduzione del fenomeno infortunistico).

La collaborazione con il MIUR sta producendo percorsi formativi (in modalità e-learning), inseriti nei programmi di «alternanza scuola lavoro».

Resta impegno rilevante per Inail la collaborazione con l'Uni (l'Ente Nazionale Italiano di Unificazione) per la predisposizione e diffusione di norme tecniche, linee guida e prassi di riferimento. Va segnalata la pubblicazione, nel mese di settembre, delle «Linee guida per la procedura operativa per l'asseverazione dei modelli di organizzazione e gestione della salute e sicurezza nelle aziende dei servizi ambientali territoriali» (se ne è discusso in un convegno organizzato dalla fondazione Rubes Triva).

Rientrano nell'attività di prevenzione i servizi di omologazione e certificazione di attrezzature: nel 2016 ne sono stati richiesti 185 mila (erano stati circa 106 mila nel 2015); i servizi resi sono stati 94.170 (erano 94.784): hanno prodotto un fatturato di circa 16 milioni di euro.

Investimenti

Nel gennaio 2016 è stato approvato il Piano triennale degli investimenti 2016/2018.

Gli investimenti dell'Inail sono a copertura delle riserve tecniche. Debbono perciò garantire adeguato rendimento (commisurato al tasso tecnico), e assolvere ai compiti istituzionali: contribuire alla razionalizzazione del patrimonio immobiliare pubblico, soddisfare l'obiettivo dell'«elevata utilità sociale». Le scelte richiedono grande accortezza per collimare gli obiettivi, garantendo - con la diversificazione - un posizionamento accorto sulla frontiera rischio-rendimento.

Si è potenziata la quota degli investimenti mobiliari con l'acquisto di titoli di Stato di differenti tipologie per complessivi 344 milioni di euro, portando così il totale detenuto a circa 886 milioni (con l'obiettivo per il 2017 di raggiungere il tetto massimo di portafoglio detenibile, fissato dal Ministero Economia e Finanza a 1 miliardo di euro).

Ad agosto, è stato completato il piano di acquisto delle quote del capitale sociale della Banca d'Italia, di cui l'Inail ora possiede il 3% (quota massima detenibile).

La collaborazione con la Cassa depositi e prestiti segna un'innovazione rilevante. È stato costituito il «Fondo di investimento alternativo italiano mobiliare chiuso *QuattroR*», per la ricapitalizzazione patrimoniale e il rafforzamento delle imprese (italiane): l'Inail vi partecipa col ruolo di investitore *sponsor* (detiene 40 mila quote per un valore complessivo di 200 milioni di euro, su una dotazione iniziale del Fondo di 711 milioni).

Anche l'attività nel settore immobiliare è stata cospicua.

È stata arricchita la partecipazione ai fondi immobiliari gestiti da InvImit SGR: al «Fondo comune di investimento immobiliare chiuso-i3 Inail» (con la sottoscrizione di altre 64 quote per un valore complessivo di circa 36 milioni di euro); al «Fondo comune di investimento immobiliare chiuso-i3Università» (sono stati conferiti 7 studentati e la sottoscrizione di 103 quote per un valore complessivo di circa 50 milioni di euro); al «Fondo comune di investimento immobiliare chiuso i3-core», (nel comparto «Stato», con il versamento di 220 milioni). Complessivamente l'Istituto ha investito in questi fondi circa 360 milioni di euro.

Sono state avviate le azioni per l'acquisto di un complesso immobiliare destinato a ospitare sempre in Roma gli uffici dell'Agenzia per le erogazioni in agricoltura (perfezionato lo scorso febbraio, per un importo di 35,4 milioni); nel mese di dicembre è stato stipulato il contratto di acquisto di un immobile, in Roma, concesso in locazione al Ministero dell'Interno (per un valore di 129,5 milioni di euro); è in via di definizione l'acquisto del complesso immobiliare in Coppito (L'Aquila), una delle sedi della Guardia di Finanza (per un valore di 148,5 milioni).

Per quanto riguarda le «iniziative immobiliari a elevata utilità sociale» è proseguita l'istruttoria relativa ai 200 progetti selezionati; nel 2017, si prevede di concludere 21 iniziative che sono nella fase di più avanzato sviluppo.

Nuove azioni sono in progetto. Con la «legge di bilancio 2017» si consente di finanziare «iniziative urgenti di elevata utilità sociale, nel campo dell'edilizia sanitaria, anche con riferimento alle sinergie tra i servizi sanitari regionali e l'Inail» (le iniziative saranno individuate con un decreto da emanarsi entro il 30 giugno 2017, su proposta del Ministro della Salute). Riguardo alla realizzazione delle «scuole innovative» è stato incrementato lo stanziamento di fondi, con l'aggiunta di 100 milioni di euro - in attuazione della legge di bilancio - ai 350 già disponibili (anche in questo caso si resta in attesa della ripartizione delle risorse tra le Regioni partecipanti alla procedura di selezione delle iniziative indetta dalla Presidenza del Consiglio lo scorso gennaio).

Sono stati ceduti (con vendita diretta) 99 immobili per un incasso complessivo di circa 15,5 milioni di euro.

È proseguita l'attività di valorizzazione e razionalizzazione del patrimonio immobiliare strumentale con l'obiettivo di ridurre i canoni di locazione passiva e i costi di gestione (in particolare di natura energetica). Sono stati riqualificati gli stabili che ospitano gli uffici della Direzione Regionale Piemonte, in Torino; e la sede «storica» dell'Istituto, in Roma; l'edificio che ospita il *data center*, sempre in Roma. È previsto che l'incremento dell'efficienza energetica produca una riduzione media dei consumi del 30%.

Cura, riabilitazione, reinserimento

Nel 2016 sono state effettuate circa 7 milioni e mezzo di «prestazioni sanitarie»; le prestazioni per «prime cure» effettuate presso i 131 ambulatori dell'Inail sono state circa 700 mila, di cui l'84,4% richieste a seguito di infortuni (la quota residua per malattia professionale, aumentata di circa il 10% rispetto al 2015).

Sono state fornite a 3.887 pazienti circa 126 mila prestazioni riabilitative e 10.190 visite fisiatriche negli 11 centri di fisiochinesiterapia attivi in 5 regioni; il Centro protesi di Vigorso di Budrio ha registrato l'afflusso di circa 10.700 assistiti.

È proseguito il lavoro sui progetti di ricerca con l'Istituto di bio-robotica della Scuola Sant'Anna di Pisa, con l'Università Campus bio-medico di Roma, e con l'Istituto Italiano di Tecnologia (un nuovo accordo è stato sottoscritto a marzo 2016). Per la «mano robotica» e l'«esoscheletro motorizzato» si sono svolte, presso il Centro di Budrio, molte delle fasi di *trial* clinico: alcune è previsto si completino entro il 2017, per avviare il processo di «messa in produzione» e di commercializzazione.

Alla sperimentazione è stata assoggettata anche la «piattaforma riabilitativa *Hunova*» (strumento a tecnologia robotica, per facilitare il recupero funzionale da trauma ortopedico o neurologico), presso il Centro di Riabilitazione Motoria Inail di Volterra. Segni di queste ricerche sono stati presentati dal Centro prote-

si - lo scorso aprile, a Milano - al *Technology Hub* (fiera evento sulle tecnologie innovative), nell'area tecnica dedicata alle eccellenze della robotica.

Nel mese di luglio è stato emanato il «Regolamento per il reinserimento e l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro» (in attuazione delle disposizioni della «legge di stabilità per il 2015»).

Sono individuate tre tipologie di azione: per il superamento e l'abbattimento delle barriere architettoniche nei luoghi di lavoro; per l'adeguamento e l'adattamento delle postazioni di lavoro; per la formazione. È un'impostazione apprezzata anche dall'Associazione Nazionale fra Lavoratori Mutilati e Invalidi del Lavoro (l'Anmil).

I progetti di reinserimento lavorativo sono elaborati dalle «équipe multidisciplinari», con il consenso e il coinvolgimento del lavoratore, con la partecipazione del datore di lavoro.

È una «terza via» - virtuosa - per fronteggiare «il peso dell'invalidità», tra i due impegni che Amartya Sen - riprendendo un tema già accennato nella sua *Nobel lecture* - ha posto rilevanti nelle politiche del *welfare*: l'impegno a sostenere «handicap al guadagno» (indebolimento della facoltà di guadagnare) e «handicap alla conversione» (ossia alla difficoltà di convertire guadagni e risorse in una vita buona, a causa dell'invalidità)⁵.

Il seminario internazionale sul reinserimento - promosso dall'Inail in collaborazione con l'International Social Security Association (che si è tenuto a maggio 2016) - ha mostrato come l'impostazione italiana possa portare a soluzioni di eccellenza nel confronto europeo⁶.

Per sostenere le politiche di reinserimento sono stati stanziati - nel 2016 - 21 milioni di euro.

Continua l'attività di coinvolgimento delle Regioni per l'erogazione di prestazioni riabilitative, integrative rispetto a quelle garantite dal Sistema Sanitario Nazionale in favore dei disabili da lavoro (per rendere operativo l'accordo quadro del 2012): purtroppo sono ancora in attesa di stipula le convenzioni attuative con Piemonte e Sardegna. Perciò dobbiamo riprendere la purtroppo ricorrente preoccupazione: sono ritardi gravi che causano iniquità, e minano l'uniformità del diritto tra i territori.

Lo scorso febbraio è stato inaugurato il «punto di assistenza» di Venezia-terraferma, a aprile il «punto di assistenza» di Torino: sono strutture - come quelle già in funzione a Milano, Roma, Bari e Napoli - che operano in stretta sinergia con il Centro protesi di Vigorso di Budrio; provvedono alla fornitura, riparazione e personalizzazione dei diversi ausili. È prossima l'apertura - entro il 2017 - della

5 Sen, A., *The Idea of Justice*, London, Penguins Books, 2009; edizione italiana: Sen, A., *L'idea di giustizia*, Milano, Mondadori, 2010, pagina 267.

6 Gli atti del seminario sono in Inail, *Guardare all'Europa. Il reinserimento lavorativo. Confronto tra i sistemi di riabilitazione e di reinserimento lavorativo di Germania, Italia, Norvegia e Polonia*, i quaderni del CIV, Roma, 2016.

«filiale» di Lamezia Terme: potrà portare nel sud dell'Italia la cultura le tecniche le attenzioni che hanno fatto di Budrio centro di eccellenza.

Il 2016 è stato l'anno delle XV Paralimpiadi di Rio de Janeiro. Grande è stato il successo sportivo (39 medaglie conquistate dagli atleti italiani), ancora più eclatante - rispetto all'esito delle paralimpiadi di Londra - la risonanza sociale. Nell'ambito della collaborazione, che dura quasi da 20 anni, col Comitato Italiano Paralimpico (a dicembre è stata prorogata la Convenzione-quadro sottoscritta nel 2013) l'Inail ha partecipato in prima linea a questa nuova esperienza: col sostegno agli atleti (molti dei quali assistiti dal Centro protesi di Budrio); con la presenza attiva nella «Casa Italia», a Rio; con l'attività di documentazione e di comunicazione: la ricostruzione della «memoria paralimpica» (sin dalle fotografie e dai filmati in bianco-e-nero degli anni '60, con le immagini del Centro di Ostia dell'Inail e del dottor Maglio) testimonia un'origine e una storia che - come ha sottolineato il Presidente Mattarella - è «per noi italiani motivo di orgoglio».

Ancora sulla ricerca

Nonostante il Decreto legislativo del 25 novembre 2016 (il n. 218) all'articolo 1 non abbia annoverato l'Inail tra gli enti pubblici di ricerca, la ricerca svolta dall'Inail viene assoggettata alle disposizioni che regolano l'attività degli enti riconosciuti (in particolare riguardo alla «carta europea dei ricercatori», all'obbligo del piano triennale di attività, al riconoscimento dei meriti, all'ottemperanza delle linee guida che l'ANVUR dovrà redigere per i processi di valutazione delle attività).

Nella sostanza, per numero di ricercatori impegnati (più di 400), doveri istituzionali (era già «Organo tecnico scientifico nazionale»), volumi di attività, impegno economico l'Inail è anche un grande ente di ricerca.

Le esperienze di ricerca vanno consolidando il ruolo strategico. Tre sono i fattori rilevanti che guidano l'impostazione: 1 - la tecnologia cambia le fonti di rischio sul lavoro, ma può garantire miglioramenti dei mezzi e quindi dei livelli di prevenzione; 2 - trattiamo di alta tecnologia in rapido sviluppo, c'è quindi l'esigenza di costituire «gruppi di competenze» diversificate e a alta qualificazione, in cui il nuovo venga studiato e realizzato con rapidità nel trasferimento tecnologico; 3 - le nuove modalità di produzione industriale (indotte dalla tecnologia) e di prevenzione dei rischi sul lavoro (che la tecnologia favorisce) sono interconnesse: perciò i piani di prevenzione diventano componente organizzativa dei processi produttivi (e il loro finanziamento contribuisce al processo di sviluppo, promuovendo innovazione, riducendo i costi - aziendali e sociali - da infortunio).

Si sono concluse le attività programmate col piano relativo agli anni 2013-2015, e avviate le attività del piano 2016-2018.

Hanno dato o completato risultati e «oggetti» di pregio: dispositivi miniaturizza-

ti per la rilevazione dei rischi, in campo chimico, fisico, biologico; un dispositivo per il controllo dello stato dei serbatoi contenenti liquidi infiammabili; un biosensore per il monitoraggio del benzene; un'etichetta elettronica intelligente da applicare alle attrezzature per gestirne, con tecnologia *wireless*, le informazioni sul ciclo di vita; un sistema per ammortizzare le vibrazioni su postazioni di lavoro; un robot teleguidato per assistere i lavoratori in scenari ad alto rischio. E poi la realizzazione della banca dati nazionale dei tomografi a risonanza magnetica, utilizzati a scopo medico; la definizione di criteri progettuali per la sicurezza di macchine semoventi da impiegare nel settore agricolo-forestale; la progettazione di un simulatore per l'addestramento del personale che opera in ambienti confinati o sospettati di inquinamento.

Rappresentazioni di risultati abbiamo avute recentemente nella Conferenza internazionale di Firenze su «Active ageing. From research to action oriented policies» (organizzata a Firenze lo scorso marzo, in collaborazione col Comune, dall'Inail e dall'International Commission on Occupational Health); con il seminario su «Industria 4.0 - Sicurezza & Innovazione tecnologica» (organizzato lo scorso marzo); nel seminario «Smart safety: idee brillanti per migliorare la sicurezza industriale»: (lo scorso maggio) abbiamo visto all'opera realizzazioni e soluzioni tutte operative sperimentate e validate presso imprese. È il miglior contributo che l'Inail possa dare al «Piano nazionale Industria 4.0» (promosso dal Governo), e al dibattito su «il lavoro che cambia» (avviato dal Ministero del lavoro), consapevoli che quando si valutano i cambiamenti nelle forme di lavoro si debbano considerare anche i potenziamenti - che l'innovazione tecnologica consente - nella prevenzione dei rischi.

Sono tutte attività (la ricerca propriamente detta, il trasferimento dei risultati, il sostegno alle strategie) per cui sarà necessario definire criteri di valutazione dei risultati, adeguati per rispettarne la specificità.

Per il 2016-2018 l'attività cosiddetta «discrezionale» è disciplinata da nove programmi, articolati in trentasei progetti. Riguardano nuovi materiali e nanotecnologie, controllo dei macchinari, controllo dei processi produttivi, prototipi cibernetici, invecchiamento attivo.

Si sta definendo la rete delle collaborazioni (con le Università, con i dipartimenti del CNR, con gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico); in risposta al «Bando ricerche» sono state valutate 245 domande, sono stati selezionati 50 progetti da coordinare nel piano.

L'informatica, la pianificazione

Si è concluso il «piano strategico triennale per l'IT - 2014-2016».

La formula «information technology» (IT) va intesa in senso esteso: per evocare la «nuova impostazione» - oramai condivisa - che vede l'organizzazione delle attività

(della tecnostruttura) strutturalmente guidata dalla cultura e dalle tecniche delle soluzioni informatiche (la qualificazione “organizzazione digitale” - data alla direzione che tratta anche l’IT, nell’accezione tradizionale - è la sintesi dell’idea)⁷.

È stato avviato un cambiamento culturale e tecnico. La necessità di contaminazione tra cultura burocratica e esigenza di innovazione (tra «inventors/innovators» e «bureaucrats» come evidenziato da Stiglitz e Greenwald⁸) resta impegno fondamentale per la costruzione dei piani, la loro realizzazione e il controllo di qualità dei risultati.

L’esperienza ha confermato la necessità di lavorare su due livelli: per gestire la situazione in-essere, per promuovere il cambiamento. I programmi di attività (realizzati) sono perciò complessi: organizzati in progetti strategici e in progetti operativi, hanno comportato in media più di 3 mila interventi per anno; hanno richiesto la cura di più di 100 contratti e di 60 fornitori (sempre per anno). I programmi hanno riguardato 5 aree: servizi offerti all’utente, dati e informazioni, processi informatici, processi organizzativi, infrastruttura tecnologica.

La gestione dei fornitori è cruciale. È stato sviluppato il processo cosiddetto di «IT Vendor management», definito a garanzia di un solido governo dei contratti. La realizzazione si è avvalsa di un approfondito studio preliminare, che ha portato due quaderni di ricerca⁹.

È un esempio importante, da seguire e estendere: affrontare i temi gestionali e dell’organizzazione nella logica della “ricerca e sviluppo” consente di dare consapevolezza, opportunità di dibattito qualificato, forza ai piani di innovazione.

Sono state realizzate nuove funzionalità *on line*: per la gestione della «polizza volontari» (riguarda detenuti, migranti e imputati ammessi all’istituto della «messa alla prova» impegnati in progetti di utilità sociale); per la gestione dei certificati medici di infortunio e malattia professionale (invio dei certificati all’Inail, reperimento dei certificati dall’esterno, da parte di soggetti abilitati).

È stata realizzata l’integrazione, nel sistema informativo, dei servizi per il settore navigazione.

Nel 2016 si è conclusa la realizzazione del nuovo «Data Center Inail» (inaugurato lo scorso febbraio): struttura all’avanguardia per capacità di elaborazione, efficienza energetica, standard di sicurezza. È un risultato rilevante nella strategia del Governo per la razionalizzazione delle infrastrutture informatiche della PA; l’Inail si candida a diventare un polo di riferimento anche per altre Amministrazioni e Istituzioni.

7 Inail, *Relazione Annuale 2013 del Presidente*, Roma, 9 luglio 2014, pagine 14-15.

8 STIGLITZ, J.E., GREENWALD, B.C., *Creating a Learning Society. A New Approach to Growth, Development, and Social Progress*, New York, Columbia University Press, 2014, pagine 84-85.

9 CARRUBA, S., GRIMALDI, R., SPARRO, M., TOMASINI, S., *Vendor rating: il modello di valutazione delle forniture IT dell’Inail*, Quaderni di ricerca, n. 7, Inail, Roma, novembre 2015; CARRUBA, S., GRIMALDI, R., SPARRO, M., TOMASINI, S., *Vendor Rating: la valutazione delle forniture IT dell’Inail per il 2015*, Quaderni di ricerca, n. 11, Inail, Roma, dicembre 2016.

Il Piano triennale IT 2017-2019 (approvato a aprile di quest'anno) continua il percorso dell'organizzazione digitale. Non è un procedere facile: rigidità burocratiche, vincoli dai contratti di lavoro, difesa di posizione, impossibilità a reclutare nuove competenze richiedono pazienza, perseveranza e volontà.

La volontà - fu detto nella «relazione» dello scorso anno - «deve far capaci di non piegarsi all'immobilismo del "si è sempre fatto così" o dell'"altrove è peggio di qui"»¹⁰.

È un impegno che la tecnostruttura dell'Inail sta sostenendo, e che perciò ringrazio.

Quattro intenzioni (guardando al futuro)

Cambia il "lavoro", estendere le tutele - La preoccupazione di Keynes sull'«incapacità di adattarsi» nel breve periodo (rivolta alle imprese, incapaci di reggere il ritmo del cambiamento tecnico¹¹) oggi più di prima è sfida anche per le istituzioni.

Per l'Inail sta cambiando un fattore fondamentale, di riferimento per le sue azioni. Si diffondono nuove forme del rapporto di lavoro: il "lavoro agile" (il disegno di legge sullo "smart working" è stato approvato dal Senato lo scorso maggio), il "crowd working", il "lavoro su piattaforma"; si esaspera la dicotomia tra lavoro subordinato e lavoro autonomo; diventano ambigue le categorie tradizionali su cui è fondata la tutela contro gli infortuni e le malattie professionali.

I mutamenti incidono sull'attività amministrativa, cominciano a toccare i principi di equità: potranno aprire faticosi contenziosi per l'inattualità per l'ambiguità e l'"incompletezza" sopraggiunta del quadro normativo. C'è l'urgenza degli interventi di adeguamento e coordinamento di leggi e regolamenti¹².

Altre innovazioni potranno venire dal «Testo unico della normativa in materia di amianto», e dalla proposta sulla tutela contro «gli infortuni e le malattie professionali del personale delle Forze armate»: tutte proposte in fase di definizione.

Fare cultura tecnica, un master innovativo - Lo scorso ottobre, a Genova, si è tenuto un convegno/seminario dei medici e dei tecnici dell'Inail; gli avvocati si sono riuniti a Palermo in novembre, per discutere del tema «L'Inail e l'Europa».

Sono occasioni importanti di studio, approfondimento, confronto: misurano esperienze, aprono prospettive.

¹⁰ Inail, *Relazione Annuale 2015 del Presidente*, Roma, 22 giugno 2016, pagina 12.

¹¹ BRYNJOLFSSON, E., MCAFEE, *The second machines age. Work, progress, and prosperity in a time of brilliant technologies*, New York, WW Norton & Co, 2014; edizione italiana: BRYNJOLFSSON, E., MCAFEE, *La nuova rivoluzione delle macchine. Lavoro e prosperità nell'era della tecnologia trionfante*, Milano, Feltrinelli, 2015, pagine 191-192.

¹² LA PECCERELLA, L., *Le nuove forme di rapporto di lavoro: riflessi sulla tutela antinfortunistica*, Rivista degli infortuni e delle malattie professionali, 2016, 2.

Nel convegno di Genova è stato osservato che l'Italia (sebbene lunga) è piccola: perciò è importante non diluire l'impegno di competenza in troppe collaborazioni di alta formazione universitaria.

Negli ultimi mesi dell'anno, è stato progettato - nell'ambito dell'accordo quadro con la Sapienza Università di Roma (sottoscritto nel 2013 e rinnovato nel 2016) - il master (biennale) di secondo livello su «Gestione integrata di salute e sicurezza nell'evoluzione del mondo del lavoro». L'Inail vi partecipa - portando competenze mediche giuridiche tecniche, su processi di lavoro e tecnologie (produttive e di prevenzione) - con la Facoltà di Medicina e Odontoiatria, di Farmacia e Medicina, di Ingegneria Civile e Industriale, di Giurisprudenza. È un master innovativo, per contenuti e struttura. Coinvolge più Facoltà garantendo qualificata la contaminazione tra culture; (nel secondo anno) è integrato con «corsi di alta formazione»; è predisposto a sviluppare la dimensione internazionale.

Lo stile didattico si sta elaborando con cura: anche qui l'esperienza dell'Inail, la concretezza dei casi che l'Inail conosce, con la qualificazione dei presidi universitari potranno consentire di ricostruire (a ritroso) partendo da casi e problemi "quadri di teoria" che conducano a itinerari didattici di grande efficacia.

Le start-up - Con la legge dell'11 dicembre scorso (la 232, articolo 1, comma 82) l'Inail è stato autorizzato a «sottoscrivere quote di fondi comuni di investimento di tipo chiuso dedicati all'attivazione di start-up innovative ovvero a costituire e partecipare a start-up di tipo societario finalizzate all'utilizzazione industriale dei risultati della ricerca [...] aventi quale oggetto sociale lo sviluppo la produzione e la commercializzazione di prodotti o servizi innovativi di alto valore tecnologico». La possibilità di investimento potrebbe consentire di portare a reddito quote prudenti dei fondi di copertura delle riserve (accantonati a parziale copertura delle rendite), contribuendo - con capitale paziente - alla crescita economica di settori innovativi.

Ma la vera grande opportunità è nella costruzione di *start-up* di tipo societario, con "finalità sociale".

È un progetto di cui parlammo già nella «relazione annuale 2014». Eravamo reduci dalla conferenza stampa ove il signor Zambelli ci mostrò quanto (il prototipo di) una «protesi robotica» potesse fare, nella pratica e per la psicologia.

Il prototipo di protesi era l'esito di una collaborazione tra centri di eccellenza (il Centro protesi di Budrio, l'IIT di Genova); proseguiva una storia appassionante dal cuore antico. Tornarono alla mente la speranza di Norbert Wiener, di una cibernetica produttrice di protesi (si era nel 1947)¹³; l'immagine "legnosa" della

¹³ «Vi sono [...] campi ove spero che si potrà alla fine ottenere qualcosa di pratico con l'aiuto delle idee cibernetiche, ma per i quali la speranza dovrà attendere ulteriori sviluppi. Uno di essi riguarda le protesi di arti perduti o paralizzati», WIENER, N., *Cybernetics, or control and communication in the animal and the machine*, Cambridge, the MIT Press, 1948; edizione italiana, WIENER, N., *La cibernetica. Controllo e comunicazione nell'animale e nella macchina*, Milano, il Saggiatore, 1968, pagina 50.

“mano mioelettrica” che evoca gli anni eroici del Centro di Budrio: la genialità di Johannes Schmidl, le capacità dei suoi collaboratori - tecnici, medici, artigiani - (si era all'inizio degli anni '60).

Una *start-up* (di tipo societario) consentirebbe di innovare il processo produttivo, realizzando una “filiera” completa: dove l'attività di ricerca è strettamente integrata con la sperimentazione, l'alta tecnologia con la sapienza artigianale di aggiustamento all'uso, la produzione diretta che abbrevia i tempi del trasferimento tecnologico e ne riduce i costi.

Oltre le protesi, oggetti da brevettare e produrre potrebbero essere strumenti di riabilitazione, accorgimenti di mitigazione dei rischi nei processi di lavoro.

È una prospettiva che l'Inail vuole percorrere con determinazione.

Quale governance - L'Inail non è soltanto una «agenzia» che gestisce - secondo lo schema dell'assicurazione - premi e prestazioni (garantendo la solvibilità); né partecipa soltanto a attività di formazione; né svolge soltanto azioni di verifica e certificazione, di sorveglianza epidemiologica; né soltanto garantisce assistenza medica e piani di riabilitazione e di reinserimento. È un'istituzione che produce. Produce ricerca, statistiche (per il controllo delle politiche), strumenti di informazione e di formazione (in forma di libri-opuscoli, e corsi *on-line*), brevetti, progetti di prevenzione. Con le *star-up* potrà produrre oggetti.

Perciò - come già fu detto in conclusione della «relazione» dello scorso anno - c'è bisogno di una *governance* tutta particolare, da grande impresa multi-funzioni.

Sarebbe importante ridefinire numero e ruolo degli organi di governo. È necessario il potenziamento degli assetti organizzativi - così come è avvertito anche da altre istituzioni¹⁴ -: la razionalizzazione dei processi di lavoro (sostenuta dagli investimenti in tecnologia informatica), la riduzione dei livelli gerarchici, l'organizzazione del lavoro per obiettivi, lo snellimento dei processi decisionali; dare ruolo primario alla pianificazione e al coordinamento. La costruzione delle *start-up* richiede immissione di nuova cultura e di nuove competenze tecniche, per la gestione imprenditoriale.

È necessaria - per qualificare operativamente la *governance* - anche la strutturazione adeguata delle funzioni di controllo (a tutela complessiva della buona gestione): quelle che nella regolamentazione europea (sulle assicurazioni) sono definite «funzione attuariale, *audit*, *risk management*» (tutte funzioni - non «di linea» - che sono poste in *staff* al consiglio di amministrazione)¹⁵.

Su questo bisognerà impegnarsi: portare esperienza e punti di vista operativi ai Ministeri vigilanti, al legislatore.

¹⁴ Banca d'Italia, *Relazione del Governatore Ignazio Visco all'Assemblea ordinaria dei Partecipanti al capitale della Banca d'Italia*, Roma, 31 marzo 2017, pagina 6.

¹⁵ Directive 2009/138/EC of the European Parliament and of the Council of 25 November 2009 on the taking-up and pursuit of the business of Insurance and Reinsurance (*Solvency II*), Official Journal of the European Union, L335, 17.12.2009, pagina 12.

DOTTRINA

SALUTE E SICUREZZA E LAVORO AGILE

MARCO LAI*

SOMMARIO

1. Premessa. - 2. Il lavoro agile nella legge 22 maggio 2017, n. 81. - 3. Lavoro agile e tutela della salute e della sicurezza.

1. Premessa

A conclusione di un lungo iter parlamentare il lavoro “agile” o *smart working* è stato finalmente disciplinato nel nostro ordinamento dalla legge 22 maggio 2017, n. 81 (Capo II), concernente “*Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato*”.

Non si tratta di una nuova tipologia contrattuale, ma di una modalità di svolgimento della prestazione lavorativa più flessibile, ed auspicabilmente più vantaggiosa, sia per l’aumento della produttività che per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. Il lavoro agile implica un ripensamento dei tradizionali vincoli legati a luogo e orario di lavoro, puntando su una maggiore autonomia del lavoratore, a fronte di una sua maggiore responsabilizzazione sui risultati.

Peraltro il lavoro agile o *smart working* rappresenta solo “la punta dell’iceberg” di uno sviluppo flessibile della prestazione lavorativa legata all’innovazione tecnologica, i cui esempi più evidenti (e problematici) per il diritto del lavoro sono l’ampia diffusione della robotica ed il lavoro su piattaforma digitale¹.

* Responsabile dell’area giuslavoristica del Centro Studi Nazionale Cisl di Firenze e docente a contratto di Diritto della sicurezza del lavoro presso l’Università di Firenze.

1 Per tali aspetti, anche per riferimenti di dottrina, si rinvia a T. TREU, *Rimedi e fattispecie a confronto con i lavori della Gig economy*, WP CSDLE “Massimo D’Antona”.INT- 136/2017; cfr. anche M. LAI, *Evoluzione tecnologica e tutela del lavoro: a proposito di smart working e di crowdworking*, in *DRI*, 2017.

Anche prima della legge il lavoro agile o *smart working* si era affermato nel nostro Paese, specie nelle aziende di medio-grande dimensione (la sua diffusione è invece ancora limitata nelle piccole e medie imprese) sulla base di accordi collettivi aziendali².

Subito dopo il riconoscimento legislativo si è puntato a promuovere l'utilizzo del lavoro agile anche nella Pubblica Amministrazione, quale misura per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro³.

L'Inail, con circolare n. 48 del 2 novembre 2017, ha fornito indicazioni operative circa la tutela assicurativa.

In questa sede, dopo un richiamo al quadro normativo posto dalla legge n. 81/2017, ci occuperemo in particolare delle questioni concernenti la salute e sicurezza del lavoro agile, tema assai controverso stante l'esiguità dei riferimenti normativi.

2. Il lavoro agile nella legge 22 maggio 2017, n. 81

Nella legge n. 81/2017 il lavoro agile, da promuovere sia per il settore privato che per il settore pubblico, è definito "quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva" (art. 18, comma 1). Il datore di lavoro rimane responsabile della sicurezza e del buon funzionamento degli strumenti tecnologici assegnati al lavoratore per lo svolgimento dell'attività lavorativa (art. 18, secondo comma).

Rilevante profilo problematico è innanzitutto il raccordo tra lavoro agile e telelavoro e se, di conseguenza, anche al lavoro agile debba applicarsi o meno la disciplina legislativa, limitata principalmente al settore pubblico⁴ ed alla salute e

2 Cfr. E. DAGNINO, P. TOMASSETTI, C. TOURRES, *Il "lavoro agile" nella contrattazione collettiva oggi*, in ADAPT, Working Paper n. 2/2016. Cfr. anche SDA Bocconi, 18 febbraio 2016, 3° Giornata del Lavoro Agile, promossa dal Comune di Milano.

3 Cfr. la Direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri n. 3/2017, del 1° giugno 2017, recante indirizzi per l'attuazione dei commi primo e secondo dell'articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti pubblici, che al punto 6 prevede interventi in materia di salute e sicurezza del lavoro agile.

4 Cfr. d.p.r. 8 marzo 1999, n. 70 (regolamento recante disciplina del telelavoro nelle Pubbliche Amministrazioni, a norma dell'art. 4, comma 3, legge n. 191/1998); cfr. Accordo Aran 23 marzo 2000.

sicurezza⁵, e soprattutto contrattuale del telelavoro, che trova riferimento nell'Accordo interconfederale del 9 giugno 2004 (di recepimento dell'Accordo-quadro europeo sul telelavoro, del 16 luglio 2002)⁶. Sul punto mentre il telelavoro prevede, di norma, postazioni remote dalle quali svolgere regolarmente la prestazione lavorativa, il lavoro agile ne rappresenta una evoluzione, comprendendo forme più flessibili e snelle. È da ritenere quindi che il tratto distintivo del lavoro agile rispetto al telelavoro sia principalmente riconducibile al carattere non regolare/continuativo della prestazione lavorativa, peraltro non ancorata ad una postazione fissa. La prestazione lavorativa può infatti essere effettuata per periodi più o meno lunghi e regolari, anche solo per alcuni giorni a settimana, da luoghi diversi. Tuttavia sia il telelavoro che il lavoro agile possono farsi rientrare nella più generale categoria del "lavoro a distanza", a cui fa riferimento l'art. 3, decimo comma, d.lgs. n. 81/2008, con conseguenze, come vedremo anche in materia di salute e sicurezza⁷.

La legge n. 81/2017 ritiene applicabili gli incentivi di carattere fiscale e contributivo eventualmente riconosciuti in relazione agli incrementi di produttività ed efficienza del lavoro subordinato, anche quando l'attività lavorativa sia prestata in modalità di lavoro agile (art. 18, quarto comma). Per poter usufruire di tali benefici sarà comunque necessario un accordo collettivo, come stabilito dalla normativa di riferimento⁸.

La modalità di lavoro agile trova riferimento in un accordo individuale stipulato per iscritto, ai fini della regolarità amministrativa e della prova, che disciplina, in relazione alla prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali: le forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro; gli strumenti utilizzati dal lavoratore; i tempi di riposo nonché le misure tecniche ed organizzative necessarie per assicurare al lavoratore la disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro⁹ (art. 19, primo comma); l'esercizio del potere di controllo del datore (nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4, Stat. lav., come modificato dall'art. 23, d.lgs. n. 151/2015), le condotte del lavoratore che possono dar luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari (art. 21).

L'accordo sulle modalità di lavoro agile può essere a termine o a tempo indeterminato.

5 Cfr. art. 3, decimo comma, d.lgs. n. 81/2008 e s.m.i.: "A tutti i lavoratori subordinati che effettuano una prestazione continuativa di lavoro a distanza, mediante collegamento informatico e telematico, compresi quelli di cui al d.P.R. 8 marzo 1999, n. 70 e di cui all'Accordo-quadro europeo sul telelavoro concluso il 16 luglio 2002, si applicano le disposizioni di cui al Titolo VII (videoterminali), indipendentemente dall'ambito in cui si svolge la prestazione stessa...".

6 Concluso tra Unice/Ueapme, Ceep e Ces. Sull'Accordo interconfederale del 9 giugno 2004, sottoscritto dalle principali associazioni datoriali italiane e Cgil, Cisl e Uil, cfr., tra gli altri, R. GIOVANI, *Le novità dell'accordo interconfederale sul telelavoro*, in *DPL*, 2004, 1823 ss. Sulla configurazione giuridica del telelavoro si rinvia, per tutti, a L. GAETA, P. PASCUCCI (a cura di), *Telelavoro e diritto*, Torino, 1998.

7 Cfr. *infra*.

8 Sull'insufficiente rilievo attribuito alla contrattazione collettiva si veda oltre nel testo.

9 Si afferma dunque, sull'esempio di altri Paesi, quali la Francia, il *diritto alla disconnessione*.

nato. In tale ultimo caso il recesso può avvenire con un preavviso non inferiore a trenta giorni (nel caso di lavoratori disabili, di cui all'art. 1, della legge n. 68/1999, il termine di preavviso non può essere inferiore a 90 giorni, al fine di consentire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro rispetto alle specifiche esigenze di vita e di cura). In presenza di un giustificato motivo (che è opportuno specificare nell'accordo), ciascuno dei contraenti può recedere prima della scadenza del termine nel caso di accordo a tempo determinato o senza preavviso nel caso di accordo a tempo indeterminato (art. 19, secondo comma). L'accordo per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile e le sue modificazioni, sono oggetto delle comunicazioni obbligatorie (alla Direzione territoriale del lavoro) a carico del datore di lavoro (art. 23, primo comma).

Da quanto sopra evidenziato il lavoro agile ha carattere volontario sia per l'impresa che per il lavoratore. Pertanto qualora tale modalità non sia prevista nella lettera di assunzione, il lavoratore è libero di accettare o respingere l'offerta di svolgere lavoro agile formulata dal datore di lavoro in corso di rapporto (analogamente l'imprenditore può valutare liberamente la richiesta del dipendente di svolgere lavoro agile). Ne consegue che la decisione di passare al lavoro agile, nel caso ciò non sia previsto all'atto di assunzione, è reversibile. Quando infatti nel testo si parla di "recesso" si fa riferimento all'interruzione della modalità di lavoro agile stabilita nell'accordo e non alla fine del rapporto di lavoro subordinato sottostante. Un chiarimento al riguardo, mediante l'espressa previsione di "ripristino" della situazione precedente, può essere utilmente operato dalla contrattazione collettiva, così come del resto per tutti gli aspetti concernenti le particolarità della prestazione lavorativa. Si pensi al regime degli orari e dei riposi, precisando i tempi di "disconnessione"; alla eventuale copertura dei costi concernenti l'uso degli strumenti di lavoro, quali ad esempio i costi per i collegamenti in rete; all'esercizio del potere direttivo e di controllo, da incentrare sui contenuti ed i risultati della prestazione lavorativa, più che sul "dove" ed il "quando" della stessa; ai comportamenti del lavoratore connessi all'esecuzione della prestazione al di fuori dei locali aziendali che possono dar luogo a sanzioni disciplinari, da riportare in ogni caso al principio di "proporzionalità", con conseguente aggiornamento del "codice disciplinare".

Il lavoratore che svolge la prestazione in modalità di lavoro agile ha diritto di ricevere un trattamento economico e normativo non inferiore a quello complessivamente applicato, in attuazione dei contratti collettivi di cui all'art. 51, d.lgs. n. 81/2015, nei confronti dei lavoratori che svolgono "le medesime mansioni" esclusivamente all'interno dell'azienda (art. 20, primo comma). Potrebbero tuttavia verificarsi situazioni in cui non vi siano in azienda lavoratori che svolgono le medesime mansioni del lavoratore in *smart working*. In tal caso il riferimento potrebbe essere ai lavoratori che svolgono "mansioni di pari livello e categoria legale", secondo la dizione contenuta, tra l'altro, nell'art. 3, d.lgs. n. 81/2015 (di revisione della disciplina delle mansioni).

Più in generale è da osservare come il richiamo alla contrattazione collettiva operi solo ai fini della parità di trattamento economico e normativo. Se opportuno pare il rinvio all'art. 51, del d.lgs. n. 81/2015, che riconosce il ruolo della contrattazione collettiva a tutti i livelli (nazionale, territoriale, aziendale), purchè svolta da associazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale¹⁰, in modo da contrastare fenomeni di *dumping* contrattuale, è da ritenere, secondo le esperienze aziendali di successo, che alla contrattazione collettiva debba essere affidata non solo tale possibilità, residuale, bensì più in generale l'intera disciplina applicativa del lavoro agile. La riorganizzazione del lavoro per obiettivi, per incrementare la produttività e favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, può infatti risultare praticabile solo se decisa a livello aziendale, sulla base di strategie ed azioni condivise. La disciplina collettiva dovrebbe poi prevedere una verifica dei risultati ottenuti dall'utilizzo di modalità di lavoro agile, nonchè individuare una sede congiunta per la soluzione delle eventuali controversie.

D'altro lato i lavoratori in modalità "agile" devono essere messi nelle condizioni di fruire delle medesime opportunità di accesso alla formazione e di sviluppo di carriera previste per i lavoratori comparabili. Da prevedere in particolare, anche per via contrattuale, il diritto ad una formazione specifica sugli strumenti tecnici di lavoro da utilizzare e sulle caratteristiche di tale forma organizzativa. Accanto alla formazione tecnica è infatti indispensabile la formazione per l'"accompagnamento" al lavoro agile, in modo che il lavoratore non finisca per sentirsi emarginato. Al riguardo invece la legge n. 81/2017 riconosce al lavoratore impiegato in forma di lavoro agile, il più limitato "diritto all'apprendimento permanente, in modalità formali, non formali o informali, e alla periodica certificazione delle relative competenze" (art. 20, secondo comma).

In maniera non del tutto convincente il provvedimento di recente emanazione non riporta la norma, prevista invece nei lavori preparatori, che poneva l'onere della protezione dei dati utilizzati ed elaborati dal lavoratore, in modalità di lavoro agile, in capo al datore di lavoro, con la necessaria cooperazione dei lavoratori. È da segnalare come il pericolo di svelare dati riservati sia talora il principale ostacolo allo sviluppo dello *smart working* da parte aziendale, potendone derivare danni ben superiori a quanto ricavabile da un'eventuale sanzione disciplinare.

¹⁰ In base all'art. 51, d.lgs. n. 81/2015 - *Norme di rinvio ai contratti collettivi* - "Salva diversa previsione, ai fini del presente decreto, per contratti collettivi si intendono i contratti collettivi nazionali, territoriali o aziendali stipulati da associazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale e i contratti collettivi aziendali stipulati dalle loro rappresentanze sindacali aziendali ovvero dalla rappresentanza sindacale unitaria". Cfr., per approfondimenti, M. LAI, *Una "norma di sistema" per contrattazione e rappresentanza*, in *DRI*, 2017, 45 ss.

3. Lavoro agile e tutela della salute e della sicurezza

La disciplina in materia di sicurezza sul lavoro è molto scarna (non è un mistero che la diversità dal telelavoro sia per lo più affermata per non applicare la normativa di sicurezza, ritenuta troppo vincolante). D'altro lato l'imprecisa formulazione del testo potrebbe indurre i datori di lavoro a non favorire la diffusione del lavoro agile per la paura di essere coinvolti in contenziosi.

Al riguardo l'art. 22 della legge n. 81/2017 stabilisce che:

“1. Il datore di lavoro garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore che svolge la prestazione in modalità di lavoro agile e a tal fine consegna al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, con cadenza almeno annuale, un'informativa scritta nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro.

2. Il lavoratore è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.”

Dalla lettura del primo comma non ne discende, come potrebbe indurre la locuzione “*a tal fine*”, che gli obblighi di sicurezza del datore di lavoro si esauriscano con la semplice informativa aggiuntiva. La previsione va infatti raccordata con la disciplina posta dal d.lgs. n. 81/2008 e s.m.i. nonché con i principi generali desumibili dall'art. 2087 del cod. civ.

Non vi è dubbio che il d.lgs. n. 81/2008, stante la sua ampia portata¹¹, si applichi anche al lavoro agile, in quanto peraltro particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato.

L'obbligo del datore di lavoro di tutelare la sicurezza dei propri dipendenti anche al di fuori dei locali aziendali non è del resto una novità; si pensi ad esempio al settore dei cantieri temporanei o mobili, di cui al Titolo IV, del d.lgs. n. 81/2008 o, più in generale, alla disciplina degli appalti intra-aziendali, di cui all'art. 26, d.lgs. n. 81/2008¹².

L'utilizzo del termine “garantisce” invece di “promuove”, pur proposto nel corso dei lavori preparatori¹³, sta a ribadire, secondo i principi generali, che è il datore di lavoro, appunto, il *garante* dell'efficacia delle misure di prevenzione e protezione a tutela della salute e sicurezza del lavoratore.

11 Ai sensi dell'art. 3, quarto comma, d.lgs. n. 81/2008, le disposizioni ivi contenute si applicano “a tutti i lavoratori e lavoratrici, subordinati e autonomi, nonché ai soggetti equiparati, fermo restando quanto previsto dai commi successivi del presente articolo” (tra cui il decimo comma; cfr. *infra*). Cfr. anche l'ampia definizione di *lavoratore*, di cui all'art. 2, primo comma, lett. a, d.lgs. n. 81/2008, quale “persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari.”

12 Cfr. R. GUARINIELLO, *Lavoro agile e tutela della sicurezza*, in *DPL*, 2017, 2011; più ampiamente R. GUARINIELLO, *La sicurezza sul lavoro agile*, eBook, Wolters Kluwer Italia, 2017.

13 Cfr. R. GUARINIELLO, *Lavoro agile e tutela della sicurezza*, cit., 2008.

Peraltro gli stessi obblighi di informativa scritta, a carico del datore di lavoro, oltre che sui rischi generali anche sui “rischi specifici” connessi alla particolare modalità del lavoro agile e, d’altro lato, di cooperazione, a carico del lavoratore, all’attuazione delle misure di prevenzione “predisposte” dal datore di lavoro, presuppongono che si sia operata “a monte” una preliminare valutazione dei rischi, che come noto rappresenta il perno dell’intero sistema di prevenzione¹⁴, con specifica indicazione delle misure attuate e da adottare.

Ai fini dell’integrale applicazione della disciplina posta dal d.lgs. n. 81/2008 si deve tuttavia tener conto che la prestazione di lavoro è svolta, almeno in parte, al di fuori dei locali aziendali.

Sul punto è da ritenere che il lavoro agile, al pari del telelavoro, rispetto al quale si sono messe in rilievo le differenze, possa rientrare nella più ampia categoria del “lavoro a distanza”, cui fa riferimento l’art. 3, decimo comma, del d.lgs. n. 81/2008 (lavoratori subordinati che “effettuano una prestazione continuativa di lavoro a distanza, mediante collegamento informatico e telematico... indipendentemente dall’ambito in cui si svolge la prestazione stessa”).

Se probabilmente al momento della stesura del d.lgs. n. 81/2008 unica forma di “lavoro a distanza” era il telelavoro, il carattere aperto di tale previsione consente di ricomprendere nel suo ambito ulteriori modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, quali il lavoro agile¹⁵.

Ai sensi dell’art. 3, decimo comma, a tutti i lavoratori subordinati a distanza devono innanzitutto applicarsi le disposizioni di cui al Titolo VII, del d.lgs. n. 81/2008 (Attrezzature munite di videoterminali).

“Nell’ipotesi - inoltre - in cui il datore di lavoro fornisca attrezzature proprie, o per il tramite di terzi, tali attrezzature devono essere conformi alle disposizioni di cui al Titolo III”. La previsione trova un’esplicita corrispondenza per il lavoro agile nell’art. 18, 2° comma, della legge n. 81/2017, in base al quale “il datore di lavoro è responsabile della sicurezza e del buon funzionamento degli strumenti tecnologici assegnati al lavoratore per lo svolgimento dell’attività lavorativa”¹⁶.

Ulteriori aspetti contemplati nell’art. 3, decimo comma, del d.lgs. n. 81/2008, da raccordare con il lavoro agile, riguardano:

- l’informazione del lavoratore a distanza circa le politiche aziendali in materia di salute e sicurezza sul lavoro, con particolare riguardo alle esigenze relative ai videoterminali nonché l’obbligo, a carico dello stesso lavoratore, di corretta applicazione delle direttive aziendali di sicurezza;

¹⁴ Cfr. M. LAI, *Il diritto della sicurezza sul lavoro tra conferme e sviluppi*, Giappichelli, Torino, 2017.

¹⁵ In tal senso A. ALLAMPRESE, F. PASCUCCI, *La tutela della salute e della sicurezza del lavoratore “agile”*, in *RGL* 2017, I, 316 ss.

¹⁶ Al riguardo si è osservato che “se gli “strumenti tecnologici” si concretizzano in tablet e/o in smartphone - i quali sono veri e propri microcomputer portatili -, non sembrano esservi dubbi circa la loro riconducibilità alla definizione di videoterminale”; cfr. A. ALLAMPRESE, F. PASCUCCI, *La tutela della salute e della sicurezza del lavoratore “agile”*, cit. 319.

- l'accesso al luogo in cui viene svolto il lavoro, nei limiti della normativa nazionale e dei contratti collettivi, da parte del datore di lavoro, delle rappresentanze dei lavoratori e delle autorità competenti, al fine di verificare la corretta attuazione della normativa di salute e sicurezza da parte del lavoratore a distanza (previo preavviso e consenso del lavoratore, qualora la prestazione sia svolta presso il suo domicilio, nonché, è da ritenere, del proprietario dell'immobile). È prevista anche la possibilità per il lavoratore a distanza di chiedere ispezioni;
- l'adozione di misure dirette a prevenire l'isolamento del lavoratore a distanza rispetto agli altri lavoratori interni all'azienda (esigenza che nel lavoro agile è attenuata dal fatto che la prestazione, almeno in parte, è eseguita all'interno dei locali aziendali).

Di particolare rilievo è la scelta del luogo (dei luoghi) nei quali svolgere prestazioni di lavoro agile.

Se è vero che al datore di lavoro può essere richiesto il rispetto degli obblighi di sicurezza solo per l'attività prestata all'interno dei locali aziendali, dei quali abbia la piena disponibilità materiale e/o giuridica, ciò non significa che egli non abbia alcuna possibilità di verifica e controllo sul lavoro svolto all'esterno.

Trattandosi comunque di prestazione di lavoro subordinato, la scelta dei luoghi nei quali svolgere la prestazione di lavoro agile non è infatti rimessa alla discrezionalità del lavoratore, ma al contrario rientra nel potere organizzativo/direttivo del datore di lavoro (*ex art. 2103 del cod. civ.*) e deve trovare specifica indicazione nell'accordo istitutivo della modalità di lavoro agile. In tal senso è disposto in numerosi accordi aziendali; ad esempio nell'accordo del gruppo Intesa SanPaolo, del 10 dicembre 2014, le sedi dove svolgere lavoro agile possono essere: altra sede aziendale; la residenza privata/domicilio del dipendente; "da cliente"; nell'accordo Barilla, del 2 marzo 2015, la prestazione lavorativa in *smart working* può essere effettuata "esclusivamente presso strutture o spazi riparati e protetti (domicilio privato, ufficio esterno, struttura alberghiera)".

Pertanto "al datore di lavoro non si richiede di agire su luoghi di cui non ha la disponibilità - tale obbligo spetta infatti al proprietario -, ma di effettuare le dovute verifiche e, ove accertate deficienze di sicurezza, astenersi dall'inviare il lavoratore presso detti luoghi, onde non esporlo a rischi"¹⁷.

Fermo restando che anche al lavoratore agile è richiesto un coinvolgimento ed ruolo attivo nell'attuazione delle misure di sicurezza predisposte dal datore di lavoro, figurando non solo come creditore ma anche come debitore di sicurezza, non si può ritenere che tale prerogativa sia "esclusivamente rimessa alla discrezione e alla sapienza del lavoratore agile destinatario dell'informativa scritta"¹⁸.

Si è evidenziato come, sul piano applicativo, qualora le sedi di lavoro ammesse siano

¹⁷ Così A. ALLAMPRESE, F. PASCUCCI, *La tutela della salute e della sicurezza del lavoratore "agile"*, cit.

¹⁸ Cfr. R. GUARINIELLO, *Lavoro agile e tutela della sicurezza*, cit., 2010.

extraziendali, possa rivelarsi utile predisporre una scheda che individui le caratteristiche necessarie per potervi lavorare in sicurezza, con particolare attenzione alla gestione delle emergenze della struttura, anche solo occasionalmente frequentata¹⁹. Ne consegue che il datore di lavoro sarà responsabile qualora, nonostante dalla verifica preliminare siano emerse gravi carenze sulla sicurezza dei luoghi di lavoro in cui il lavoratore agile dovrà operare, egli abbia comunque dato seguito all'accordo istitutivo del lavoro agile²⁰.

Nessuna responsabilità potrà invece porsi a carico del datore di lavoro per quegli eventi lesivi, al di fuori dei locali aziendali, che siano derivanti esclusivamente dal mancato rispetto degli obblighi di sicurezza da parte del lavoratore o del terzo nei cui locali il lavoratore agile si trovi ad operare.

Sul piano della tutela assicurativa, l'art. 23, commi secondo e terzo, della legge n. 81/2017, prevede che il lavoratore in modalità di lavoro agile abbia diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali. Secondo la circolare Inail n. 48/2017 la classificazione tariffaria in tal caso segue quella cui viene ricondotta la medesima lavorazione svolta in azienda, dal momento che la lavorazione eseguita in modalità di lavoro agile non differisce normalmente da quella compiuta in ambito aziendale. Qualora tuttavia il lavoro agile modifichi il profilo di rischio è da ritenere che debba variare, di conseguenza, anche la classificazione tariffaria applicabile. Il lavoratore ha inoltre diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori dei locali aziendali, quando la scelta del luogo della prestazione sia dettata da esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e "risponda a criteri di ragionevolezza". Si garantisce dunque la copertura contro gli infortuni anche per eventi accaduti al di fuori dei locali aziendali, qualora connessi alla prestazione di lavoro. Sul punto la circolare Inail n. 48/2017 precisa come sia l'accordo (individuale) istitutivo del lavoro agile lo strumento utile per l'individuazione dei rischi lavorativi ai quali il lavoratore è esposto e dei riferimenti spazio-temporali ai fini del rapido riconoscimento delle prestazioni infortunistiche. Con la conseguenza che la mancanza di indicazioni sufficienti desumibili dall'accordo "comporta che, ai fini dell'indennizzabilità dell'evento infortunistico saranno necessari specifici accertamenti finalizzati a verificare la sussistenza dei presupposti sostanziali della tutela e, in particolare, a verificare se l'attività svolta dal lavoratore al momento dell'evento infortunistico sia comunque in stretto collegamento con quella lavorativa, in quanto necessitata e funzionale alla stessa, sebbene svolta all'esterno dei locali aziendali". Significativo è anche l'adattamento della disciplina concernente

¹⁹ Cfr. C. MACALUSO, *La sicurezza nel "lavoro agile" tra presente e futuro*, in *ISL*, 2016, 642.

²⁰ Così A. ALLAMPRESE, F. PASCUCCI, *La tutela della salute e della sicurezza del lavoratore "agile"*, cit.

la copertura dell'infortunio "in itinere", che nel lavoro agile ha un campo di applicazione più esteso²¹. È da segnalare peraltro come di estrema incertezza sia il riferimento "a criteri di ragionevolezza", formula che riconosce all'Inail un potere discrezionale non richiesto ai fini della tutela assicurativa e che se non meglio specificata finirà per aumentare di molto il contenzioso. Ai fini assicurativi, i datori di lavoro (privati o pubblici non statali) non hanno alcun obbligo di denuncia, quanto meno per il personale dipendente già assicurato, in merito all'adibizione del lavoratore al lavoro agile. Lo svolgimento del lavoro agile forma invece oggetto di comunicazione alla DTL, in base a quanto previsto dall'art. 23, primo comma, legge n. 81/2017. A tal fine, a partire dal 15 novembre 2017 sul sito del Ministero del lavoro (www.lavoro.gov.it) è disponibile un apposito modello per consentire ai datori di lavoro pubblici e privati di comunicare l'avvenuta sottoscrizione dell'accordo di lavoro agile. Le informazioni contenute in tale modello saranno altresì trasmesse all'Inail al fine, tra l'altro, di monitorare la concreta diffusione del lavoro agile e dei relativi effetti sul piano assicurativo.

RIASSUNTO

Il contributo, dopo aver richiamato la regolamentazione generale del lavoro agile posta dalla legge 22 maggio 2017, n. 81, prende in esame le scarse previsioni in materia di salute e sicurezza. Una più compiuta esplicitazione avrebbe evitato dubbi interpretativi che potranno dar luogo ad un nutrito contenzioso. Della nuova disciplina occorre peraltro fornire una interpretazione sistematica, in raccordo sia con quanto stabilito dal d.lgs. n. 81/2008 sia con i principi generali contenuti nell'art. 2087 del cod. civ. Di particolare rilievo è la scelta del luogo di lavoro in cui svolgere lavoro agile che, in quanto particolare modalità di esecuzione di lavoro subordinato, non può essere rimessa alla discrezionalità del lavoratore.

SUMMARY

The contribution, after recalling the general regulation of agile work laid down by law 22 May 2017, no. 81, examines the poor health and safety forecasts. A more detailed explanation would have avoided the interpretative uncertainties that could result in extensive litigation. It is necessary to provide a systematic interpretation of the new discipline, in conjunction with what the Italian Legislative Decree no. 81/2008 established as well as with the general principles contained in Art. 2087 of the Italian Civil Code. The choice of the place for the agile work is very important, as it is a particular type of subordinate work and it can't be left to the discretion of the worker.

²¹ Venendo a coprire anche il tragitto tra la sede aziendale e quella esterna.

ASILI NIDO, SISTEMA EDUCATIVO NAZIONALE ED ASSICURAZIONE INFORTUNI

ALDO DE MATTEIS*

SOMMARIO

1. Il caso. - **2.** Le ragioni della inclusione delle scuole materne nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. - **3.** Gli asili nido: le ragioni dell'esclusione secondo una recente sentenza. - **4.** Le ragioni dell'inclusione: *a)* appartenenza degli asili nido al sistema educativo nazionale; *b)* l'identità di rischio con le scuole materne. - **5.** Conclusioni.

1. Il caso

L'Inail ha preteso dal Comune di Perugia, a seguito di accertamenti ispettivi, i contributi assicurativi per il personale educativo delle scuole materne e degli asili nido dallo stesso gestiti.

La domanda di restituzione di tali contributi è stata accolta in sede di merito limitatamente agli asili nido.

Sulla debenza dei contributi assicurativi per le scuole materne si è formato il giudicato.

Il ricorso dell'Inail per i contributi assicurativi relativi agli asili nido è stato respinto dalla Corte di legittimità con sentenza 24 aprile 2017, n. 10192, che si può leggere nella parte II di questo numero della Rivista.

2. Le ragioni della inclusione delle scuole materne nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro

Come si è accennato, sulla debenza dei contributi assicurativi per le scuole materne si è formato il giudicato.

* Presidente Agg. On. Corte di Cassazione.

Questo giudicato è conforme alla giurisprudenza di legittimità, come consolidatasi nel tempo.

La partita si è giocata sulla interpretazione della espressione “esercitazioni pratiche” con cui l’art. 4, n. 5, t.u. 1124/1965 definisce l’area di copertura soggettiva (“gli insegnanti e alunni delle scuole o istituti di istruzione di qualsiasi ordine e grado, anche privati, che attengano ad esperienze tecnico-scientifiche od esercitazioni pratiche”).

La giurisprudenza più antica escludeva che le attività degli educatori e dei bambini delle scuole materne potessero rientrare in questa definizione (Cass. 4 febbraio 1987, n. 1086, in questa Rivista, 1987, II, 2, con nota di ALIBRANDI; Cass. 17 maggio 1997, n. 4417, in questa Rivista, 1997, II, 71, nonché in *Foro it.*, 1997, I, 1739).

Questa giurisprudenza risulta oramai superata.

Il *leading case*, e il punto di svolta, è costituito da un’educatrice infortunatasi mentre scendeva con i bambini sullo scivolo di una scuola materna. Cass. 30 marzo 1994, n. 3126 (in questa Rivista, 1994, II, 94) ha qualificato tale incidente come infortunio sul lavoro, e Cass. 20 agosto 1996, n. 7671 (in questa Rivista, 1996, II, 80), ha ricompreso nelle esercitazioni pratiche le attività ludiche in generale che caratterizzano la didattica nelle scuole materne.

L’istituto assicuratore si è espresso in senso conforme e analitico con la circolare 23 aprile 2003, n. 28.

L’enunciazione più argomentata e recente è la seguente: gli insegnanti della scuola materna (pubblica e privata) che svolgono attività assimilabili alle esperienze tecnico scientifiche (quali pittura, scultura, cosiddetti “lavoretti” in genere), alle esercitazioni pratiche (la totalità dei giochi attraverso i quali un bambino acquisisce consapevolezza delle attitudini mentali e fisiche) o ai lavori (quali la pulizia delle spiagge), sono ricompresi nella copertura assicurativa alla luce di una interpretazione estensiva e costituzionalmente orientata degli artt. 1, n. 28 e 4, n. 5, del t.u. 1124, in relazione agli artt. 3 e 38 Cost. (Cass. 25 agosto 2005, n. 17334, in *Dir.prat.lav.* 2006, 10, 580; Cass. 10 aprile 2015, n. 7277).

È evidente che tale nuovo orientamento, rispetto a quello negatorio antecedente, si è reso possibile e si fonda su Corte costituzionale 8/21 marzo 1989, n. 137 (in questa Rivista, 1989, II, 1), che ha dichiarato l’illegittimità costituzionale dell’art. 1, comma 3, n. 27, t.u. 1124, in relazione all’art. 4, n. 1, dello stesso t.u., per contrasto con gli artt. 3 e 38 Cost., nella parte in cui non comprende tra le persone soggette all’assicurazione obbligatoria i ballerini e i tersicorei (=ballerini di fila) addetti all’allestimento, alla prova o all’esecuzione di pubblici spettacoli. Infatti, mentre la nozione originaria di causa violenta richiedeva l’alterità dell’agente lesivo rispetto alla persona dell’infortunato, nel lavoro artistico il rischio può essere insito nel movimento corporeo o gestualità che integra esso stesso il risultato.

Ed è evidente altresì l’incidenza di siffatta pronuncia sull’evoluzione delle nozioni prima ancora che di causa violenta e di manualità, su quella di rischio assicu-

rato, o, come meglio si esprime il t.u. 1124, di attività protetta (sull'inadeguatezza della nozione civilistica di rischio a spiegare l'ambito di copertura dell'assicurazione obbligatoria pubblica ci sia consentito rinviare a DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Milano 2016, 73).

Per effetto di tale pronuncia la definizione di attività protetta, originariamente calibrata dall'art. 1, primo comma, sul rischio macchinistico proprio del lavoro operaio, diventa ora inclusiva di quelle attività gestuali corporee significativamente rischiose, come individuate dall'opera interpretativa della giurisprudenza e dello stesso Istituto assicuratore, in quanto convalidate, secondo il nostro sistema istituzionale, dal giudice di ultima istanza.

Risultano perciò coerenti con tale pronuncia sia le direttive dell'Istituto, che ne ha esteso la portata anche agli animatori turistici (Notiziario Inail 21 novembre 1994, n. 57, in *Dir. prat. lav.*, 1995, 9, 618); sia ancora le direttive dell'Inail (Notiziario 20 giugno 1985 n. 32) convalidate dalla giurisprudenza (Cass. 20 luglio 2011, n. 15939) che includono tra le attività protette le discipline sportive svolte da docenti e allievi inserite nell'attività istituzionale della scuola, indipendentemente dall'uso di particolari attrezzature; gli insegnanti di sostegno, per i quali il rischio è costituito non solo dalle modalità di svolgimento dell'insegnamento teorico- pratico, ma anche dalle condizioni psicofisiche nell'alunno affidato alle cure di tale insegnante (circ. 28/2003 cit.); gli insegnanti in gita scolastica (idem); sia infine la giurisprudenza in esame relativa agli insegnanti di scuola materna coinvolti in attività pratiche.

Si può quindi concludere sul punto che costituisce ormai *jus receptum* che le scuole materne rientrano nella nozione di scuole di ogni ordine e grado di cui all'art. 4, n. 5 t.u. 1124, e che le attività in essa svolte costituiscono attività protette ai sensi dell'art. 1 medesimo t.u. per il rischio insito nella gestualità corporea delle diverse attività pratiche in essa svolte di educazione ed accudienza dei bambini.

3. Gli asili nido: le ragioni dell'esclusione secondo una recente sentenza

Diverso il discorso per il personale educativo degli asili nido, secondo la sentenza 10192/2017 cit.

Essa conferma il giudizio negativo di merito con i seguenti argomenti:

- sul piano della violazione di legge, ha ricostruito il quadro normativo partendo da Cass. 1086/1987 e ripercorrendo tutti i precedenti citati al par. 2, ed aggiungendovi Corte Cost. 25 marzo 1981 n. 55 sull'obbligo assicurativo per il personale addetto a maneggio denaro, nonché 10 maggio 2002, n. 171 (sull'obbligo assicurativo per i lavoratori in distacco sindacale) che ribadisce la natura non tassativa dell'elencazione delle lavorazioni protette.

Ha riaffermato che per quanto riguarda l'attività di insegnamento, dal combinato disposto degli art. 1, comma 3, n. 28; 4 n. 5 e 9 t.u. 1124 risulta che essa è soggetta all'obbligo assicurativo non quando si svolga come mera esplicazione di funzione informativa e pedagogica, ma quando implichi l'insegnamento addestrativo-pratico.

Poste queste condivisibili premesse, ha rilevato, sul piano motivazionale:

- che l'Inail si è affidato ad un'operazione meramente presuntiva di assimilazione dell'attività svolta dal personale delle scuole materne a quelle del personale degli asili nido, senza indicare, nemmeno a titolo di esempio, quali sarebbero i rischi che gli educatori corrono con bambini di età inferiore a tre anni;
- che la voce di tariffa 0312 invocata dall'Inail, relativa all'assistenza agli anziani, è incongrua rispetto ai bambini, non potendosi assimilare l'attività di assistenza di adulti incapaci, o immobilizzati, o affetti da turbe mentali, all'accudimento di bambini;
- che l'uso di videoregistratori o videoproiettori è risultato occasionale.

4. Le ragioni dell'inclusione

a) appartenenza degli asili nido al sistema educativo nazionale

Il primo problema da affrontare è se gli asili nido possano rientrare nella nozione di "scuole o istituti di istruzione di ogni ordine e grado", ai sensi dell'art. 4 n. 5 in esame.

La risposta non può non seguire l'evoluzione storica della legislazione in materia.

La scuola materna, che accoglie i bambini dell'età prescolastica da 3 a 6 anni, si propone fini di educazione e di sviluppo della personalità infantile, fa parte dell'ordinamento scolastico nazionale demandato alla responsabilità del ministero della pubblica istruzione (art. 99 d.lgs. 16 aprile 1994 n. 297, che approva il t.u. in materia di istruzione nelle scuole di ogni ordine e grado), e rientra pienamente a tale titolo nella nozione di "scuole di ogni ordine e grado" ai fini dell'art. 4 n. 5 t.u. 1124 in esame.

Viceversa l'asilo nido era concepito originariamente come un luogo di custodia temporanea dei bambini da 0 a 36 mesi, nell'ambito di una politica per la famiglia, anche per facilitare l'accesso della donna al lavoro, nel quadro di un sistema di sicurezza sociale (così si esprime l'art. 1 della legge 6 dicembre 1971 n. 1044, contenente un piano quinquennale per l'istituzione di asili nido comunali con il concorso dello Stato).

Sulla base di tale concezione, la competenza finanziaria in materia era allora devoluta al ministero della sanità.

Negli anni successivi il legislatore, recependo i suggerimenti della moderna pedagogia, è andato associando gli asili nido e le scuole d'infanzia in un unico percorso formativo e socioeducativo di sviluppo coerente del minore, denominato ora progetto 0-6. In questa nuova concezione, pur rimanendo la competenza per gli asili nido al Ministro delle politiche per la famiglia, viene coinvolto in tutte le decisioni relative il Ministro per l'istruzione.

Significativa in tal senso l'intesa (Protocollo 14 giugno 2007) tra ministero per le politiche della famiglia; istruzione; solidarietà sociale; diritti e pari opportunità; regioni, province, comuni e comunità montane per una *offerta educativa* per i bambini inferiori a tre anni.

Numerosi sono i testi normativi che parlano, a molteplici fini, di *diritto all'educazione negli asili nido e nelle scuole dell'infanzia*, o di *servizio educativo*, congiuntamente, nelle medesime istituzioni.

Ne citiamo solo i più recenti: art. 17 del d.l. 24 giugno 2016, n. 113 conv. in legge 7 agosto 2016, n. 160; art. 14 legge 7 agosto 2015, n. 124; art. 4 bis legge 18 luglio 2013, n. 85; art. 5 quater legge 8 novembre 2013, n. 128; art. 4, undicesimo comma, d.l. 31 agosto 2013, n. 101, conv. in legge 30 ottobre 2013, n. 125; legge 27 dicembre 2006, n. 296, art. 1, commi 630 e 1259. Ed è significativo altresì che alcuni degli articoli citati siano stati inseriti in sede di conversione in legge, quale espressione della sovranità parlamentare.

I due livelli educativi sono dunque accomunati dalla medesima funzione, seppure articolata per fascia di età; né è di ostacolo la pluralità degli enti di gestione, comune alle altre scuole di ogni ordine e grado, pubbliche e private, né la facoltatività dell'accesso, comune ad entrambi i livelli nonché a quelli superiori dell'istruzione.

E benché il sistema di tutela infortunistica sia titolare del potere di proprie autonome valutazioni e qualificazioni delle situazioni fattuali al fine di definire l'area soggettiva di tutela, sulla base del principio costituzionale di parità di tutela a parità di rischio, accennato *supra*, applicabile direttamente dal giudice ordinario in via di interpretazione costituzionalmente orientata, le conclusioni cui è giunto l'ordinamento educativo nazionale circa l'appartenenza sia delle scuole materne sia degli asili nido ad un unico sistema di crescita formativa, agevolano l'inserimento degli asili nido nella previsione dell'art. 4, n. 5 t.u. 1124.

Questa infatti definisce l'area di copertura soggettiva in base al criterio funzionale della formazione ed educazione generale dei giovani e dei bambini, e non ai caratteri strutturali o gestionali delle singole scuole o istituti.

b) L'identità di rischio con le scuole materne.

È di comune esperienza, per i genitori che accompagnano gli amati figli all'asilo nido, che osservano come sono trattati, che partecipano alle iniziative didattiche

coinvolgenti i familiari, che le aree di rischio infortunistico sono essenzialmente tre: la gestualità corporea, l'utilizzo di macchine mosse da energia elettrica, l'ambiente organizzato.

Sono consapevoli, questi genitori, che l'attuale didattica maieutica non è più di tipo verbale, individuale, spontaneo, casuale, ma è essenzialmente di gruppo, sperimentale, progettuale, sensoriale, programmata e verificata. A tal fine essa si avvale di diversi strumenti mossi da energia elettrica, quali riproduttori musicali, che aiutano i bambini a scoprire la propria vocalità ed a socializzare in canti di gruppo; proiettori visivi, e gli onnipresenti *computer*, azionati direttamente ogni giorno dalle educatrici per una duplice funzione: attività amministrativa, gestionale, organizzativa, progettuale, di verifica; e come supporto diretto, visivo e sonoro, per immagini, foto, per la recitazione, le attività mimiche ed artistiche, e per tutte le inesauribili potenzialità funzionali di cui queste macchine sono capaci.

Ma prima ancora di queste macchine, che possono essere variamente presenti nelle varie realtà fattuali, viene la tradizionale attività gestuale delle educatrici negli asili nido: sollevare i bambini, posizzionarli sui fasciatoi, tenerli lungamente in braccio, specie i più piccini, in luogo delle madri (il richiamo alla movimentazione carichi degli operai è brutale ma obbligato), operare costantemente in posizioni incongrue, ad altezza dei bimbi, con interessamento dell'apparato muscolo-scheletrico, rischio tabellato a partire dal d.m. 9 aprile 2008 che ha aggiornato le tabelle delle malattie professionali inserendovi anche quelle muscolo scheletriche (vedi circ. Inail 24 luglio 2008, n. 47, secondo cui le malattie muscolo scheletriche possono essere causate da posture incongrue dell'arto superiore, del ginocchio e della colonna vertebrale).

Alle educatrici è interdetto, per scrupolose direttive igieniche, entrare in cucina, dove sono presenti numerose macchine elettriche; ma esse fanno uso di coltelli per pulire la frutta al mattino, di forbici, attrezzi per giardinaggio e di strumenti molteplici per le molteplici attività pratiche di un asilo moderno (i "lavoretti in genere" di cui a Cass. 7277/2015 cit.).

Esse, come nelle scuole dell'infanzia, svolgono con i bambini giochi di psicomotricità e attività pratiche varie mirate alla consapevolezza di sé ed alla crescita.

Queste modalità didattiche non sono complementari o sussidiarie rispetto alla funzione informativa e pedagogica, come pretende la sentenza citata, ipotizzando così che potrebbero anche mancare (di qui la richiesta di prova), ma integrano l'unica ed essenziale modalità di esplicazione della funzione didattica negli asili nido e nelle scuole dell'infanzia; sono cioè consustanziali all'esistenza ed alla definizione sia delle scuole dell'infanzia sia degli asili nido.

Tutti questi fattori integrano le condizioni dell'ambiente organizzato, come definito da Cass. Sez. un. 14 aprile 1994 n. 3476 (in questa Rivista 1994, II, 83), secondo cui la separata previsione legislativa nella seconda parte del primo comma dell'art. 1 t.u. 1124 tutela il lavoro in sé per sé considerato e non soltanto quello reso presso le macchine, essendo la pericolosità data dallo spazio deli-

mitato e dal complesso delle persone in esso operanti (nella specie gli altri operatori, i familiari eventualmente presenti e i bambini, dai comportamenti notoriamente imprevedibili, come per gli insegnanti di sostegno).

In ragione di queste tre categorie di rischio l'attività del personale educativo degli asili nido rientra nelle attività protette, ai sensi dell'art. 1 t.u. 1124, nella interpretazione conseguente al citato intervento della Corte costituzionale e alla ben nota opzione interpretativa della Corte di legittimità sull'assenza di rischio zero nelle macchine elettriche (sul che ci sia consentito di rinviare, per brevità, a DE MATTEIS, *Infortunati* cit., pag. 75), quale "insegnamento addestrativo-pratico", secondo la stessa sentenza 10192/2017.

5. Conclusioni

Si deve riconoscere alla sentenza in commento la diligente e completa ricerca e disamina dei precedenti giurisprudenziali, nonché la correttezza della distinzione secondo cui l'attività didattica è soggetta all'obbligo assicurativo non quando si svolga come mera esplicazione di funzione informativa e pedagogica, ma quando implichi l'insegnamento addestrativo-pratico.

Quello che non convince è la mancanza di consequenzialità: una insufficiente considerazione dei riflessi delle sentenze della Corte costituzionale, pur citate, sulla portata attuale dell'art. 1 t.u. 1124, comprensivo ora della mera gestualità corporea; sul sistema aperto delle attività protette, che pur ammette non tassativamente elencate; l'incauto affidamento su un precedente remoto: nel tempo, nella cultura giuridica, nei riflessi costituzionali; una concezione frammentaria dell'art. 38 Cost., avulsa dal collegamento con l'art. 3 Cost., collegamento viceversa imposto dalla giurisprudenza costituzionale cit.; un distacco aulico dalla realtà conosciuta.

Essa sembra svolgersi soprattutto su un piano processuale e didascalico, perché si risolve in un rimprovero (siamo in ambito educativo) al ricorrente Istituto di non avere allegato i fattori di rischio nella maniera analitica desiderata.

Ciò è stato possibile perché la controversia è sorta non da un episodio individuo (ad es. la caduta sullo scivolo), ma da una pretesa contributiva.

Essa non appare perciò preclusiva di una decisione, la prossima volta, più coerente con l'assetto attuale dell'area soggettiva di tutela infortunistica, sempre che i c.d. fattori di rischio, di cui riteniamo aver dimostrato l'esistenza nella realtà fattuale, siano prudenzialmente e pedissequamente allegati e provati in giudizio.

RIASSUNTO

L'articolo affronta il problema se le educatrici ed i bambini degli asili nido rientrano tra le persone tutelate ai sensi dell'art. 4 t.u. 1124/1965 e siano per tale

motivo soggetti all'obbligo assicurativo presso l'Inail. L'analisi si svolge attraverso due passaggi logici: in primo luogo se gli asili nido rientrano nella nozione di "scuole di ogni ordine e grado" di cui all'art. 4, n. 5, t.u. 1124; la risposta è affermativa sulla base della legislazione scolastica più recente. In secondo luogo analizza le attività che si svolgono negli asili nido per accertare se queste si possano configurare come "esercitazioni pratiche o di lavoro", di cui allo stesso art. 4, n. 5 cit., nella sua accezione attuale, frutto dell'evoluzione giurisprudenziale. Individua tre aree di rischio infortunistico nella gestualità corporea, ivi inclusa la movimentazione carichi, presenza di macchine elettriche e ambiente organizzato, rischi identici a quelli delle scuole materne, le quali ultime rientrano sicuramente nell'obbligo assicurativo. Conclude per l'appartenenza degli asili nido e delle scuole materne ad unico percorso socio educativo parimenti soggetto all'obbligo assicurativo. Prende infine in esame la sentenza 24 aprile 2017, n. 10192, con cui la Corte di cassazione ha escluso l'obbligo assicurativo per gli asili nido, rilevandone il carattere meramente processuale, per difetto di prova del rischio, e la ritiene pertanto non preclusiva di diversa decisione in più adeguato contesto probatorio.

SUMMARY

The Author deals with the question if the nurses and the children of crèches are subject to the accident insurance provided by Act 1124/1965 in the national insurance scheme.

The analysis takes place in two steps: first he claims that the crèches belong, as the nursery schools, to a unique educational system, and for this reason is included in the expression "schools of any order" used by the section 4, n. 5, of the Act 1124/1965.

Second, he analyses the risks of accidents in the crèches, and highlights the similarity with the risks of the nursery schools, which surely belong to the accident insurance scheme.

At the end, he analyses the decision 24 of April 2017, n. 10192 of the Court of Cassation, which excludes such an obligation, and points out that this decision is based on the failure of evidence, and not on principles; so it doesn't prevent a different decision if better evidence given.

DUPLICE DATA DI “PUBBLICAZIONE” DELLA SENTENZA: *DIES A QUO* DEL TERMINE LUNGO PER IMPUGNARE

L. FRASCONÀ*, L. DI SALVO**

SOMMARIO

1. Premessa. - 2. Il fatto. - 3. Il quadro giurisprudenziale preesistente: Sezioni Unite della Cassazione e Corte Costituzionale. - 4. Le Sezioni Unite della Cassazione, sentenza n. 18569/2016. - 5. Conclusioni.

1. Premessa

Con sentenza del 22 settembre 2016, n. 18569 le Sezioni Unite Civili della Cassazione affrontano nuovamente la *vexata quaestio* dell’identificazione del *dies a quo* di impugnazione di una sentenza laddove la pronuncia presenti due diverse date, una di deposito e una di pubblicazione, entrambe seguite da timbro e firma del cancelliere.

La decisione, con pregevoli argomenti motivazionali, alla luce della lettura costituzionalmente orientata degli artt. 133 e 327 c.p.c. - operata dalla Consulta con sentenza n. 3/2015- , supera i precedenti orientamenti delle Sezioni Unite, enunciando il seguente principio di diritto:

“Il deposito e la pubblicazione della sentenza coincidono e si realizzano nel momento in cui il deposito ufficiale in cancelleria determina l’inserimento della sentenza nell’elenco cronologico con attribuzione del relativo numero identificativo e conseguente possibilità per gli interessati di venirne a conoscenza e richiederne copia autentica: da tale momento la sentenza “esiste” a tutti gli effetti e comincia a decorrere il cosiddetto termine lungo per la sua impugnazione.

Nel caso in cui risulti realizzata una impropria scissione tra i momenti di deposito e pubblicazione attraverso l’apposizione in calce alla sentenza di due diverse date, il giudice, tenuto a verificare la tempestività dell’impugnazione proposta, deve accerta-

* Inail, Avvocatura generale.

** Inail, Avvocatura regionale Sicilia.

re - attraverso un'istruttoria documentale, o, in mancanza, con il ricorso, se del caso, alla presunzione semplice ovvero, in ultima analisi, alla regola di giudizio di cui all'art. 2697 c.c. alla stregua della quale spetta all'impugnante provare la tempestività della propria impugnazione - il momento di decorrenza del termine d'impugnazione, perciò il momento in cui la sentenza è divenuta conoscibile attraverso il deposito ufficiale in cancelleria comportante l'inserimento di essa nell'elenco cronologico delle sentenze e l'attribuzione del relativo numero identificativo".

2. Il fatto

Il Collegio della seconda sezione civile della Suprema Corte, chiamato a decidere sul ricorso, rilevava, preliminarmente, che la sentenza impugnata presentava due diverse date, una di deposito e una di pubblicazione, e che il ricorso per Cassazione risultava spedito per la notifica l'ultimo giorno utile *ex art. 327 c.p.c.* assumendo quale *dies a quo* la seconda data; rinviava, quindi, la trattazione della causa, in attesa che la Corte Costituzionale si pronunciasse sulla questione - sollevata da altro collegio - avente ad oggetto la legittimità costituzionale delle norme in materia di pubblicazione della sentenza ed individuazione del *dies a quo* di decorrenza del c.d. "termine lungo" di impugnazione (art. 133, comma primo e secondo, c.p.c., e art. 327, comma primo, c.p.c.).

Emessa dal Giudice delle Leggi la sentenza n. 3/2015, con la quale, pur rigettando la detta questione, si dava una lettura costituzionalmente orientata delle norme interessate, il predetto Collegio, con ordinanza interlocutoria n. 19140/2015, rilevava comunque la persistenza, in seno alla medesima sezione, di un contrasto giurisprudenziale (determinato dalla diversa lettura data dai giudicanti alla citata decisione della Corte Costituzionale, con particolare riferimento all'individuazione del *dies a quo* del termine lungo di impugnativa e degli eventuali limiti del ricorso alla rimessione in termini per l'impugnazione) e rimetteva, quindi, *ex art. 374 c.p.c.* gli atti al Primo Presidente.

3. Il quadro giurisprudenziale preesistente: Sezioni Unite della Cassazione e Corte Costituzionale

La questione relativa all'apposizione di una doppia data alle sentenze civili e, quindi, all'individuazione del *dies a quo* del termine c.d. lungo di impugnazione, non è nuova, avendo dato origine, fin dagli anni settanta, sia a copiosa e non univoca giurisprudenza di legittimità, con conseguente sollecitazione di più interventi compositivi del Supremo Collegio, sia a più di un sospetto di incostituzionalità, con relativo intervento della Consulta.

In particolare, con una prima sentenza n. 3501/1979 le Sezioni Unite della

Cassazione statuirono che, nella predetta ipotesi di doppia data, il termine per l'impugnazione disciplinato dall'art. 327 c.p.c. decorreva dalla pubblicazione della sentenza, ossia dal momento del deposito del provvedimento da parte del giudice in cancelleria, non assumendo rilevanza alcuna la data in cui ne veniva data comunicazione alle parti costituite.

Il suddetto principio veniva ribadito dalle Sezioni Unite con successiva pronuncia n. 13794/2012, con la quale il Supremo Collegio coglieva altresì l'occasione per operare alcune precisazioni e, in particolare, che l'attività di deposito della sentenza era di esclusiva competenza del giudice (che ne era responsabile), che il procedimento di pubblicazione si compiva con la certificazione del deposito mediante apposizione in calce alla decisione della data di esso e della firma del cancelliere e che le predette attività dovevano essere svolte contestualmente alla data di consegna ufficiale del provvedimento da parte del giudice al cancelliere, dovendosi escludere che quest'ultimo potesse attestare che una sentenza, già pubblicata per effetto del suo deposito debitamente certificato, potesse essere "ripubblicata" in un momento successivo; pertanto, in presenza di due date apposte sulla sentenza, la prima delle quali indicata come "deposito", ogni effetto giuridico derivante dalla pubblicazione della decisione sarebbe decorso da questa data.

Valutato, però, che la possibilità di conoscere il provvedimento si realizzava soltanto con l'inserimento della sentenza nell'elenco cronologico e con l'attribuzione del relativo numero identificativo, le predette Sezioni stabilirono che la parte poteva richiedere al giudice dell'impugnazione - o provvedere anche quest'ultimo d'ufficio - ad una rimessione in termini, laddove si fosse ravvisata una "grave difficoltà" per l'esercizio del diritto di difesa; circostanza quest'ultima che si riteneva sussistente tutte le volte in cui il detto inserimento fosse stato effettuato a notevole distanza di tempo rispetto al deposito della sentenza in cancelleria da parte del giudice ed in prossimità del termine di decadenza per l'impugnazione. A ben vedere, nonostante il correttivo della "rimessione in termini", il principio di diritto espresso dalle Sezioni Unite continuava a prestare il fianco alla fondata critica di non tenere nella giusta considerazione la garanzia di effettività del diritto di impugnazione.

Ed è proprio in quest'ottica che il Supremo Collegio, con ordinanza n. 26251/2013, valutato il detto orientamento comunque lesivo della pienezza e certezza del diritto di difesa delle parti costituite e datone un'interpretazione di "diritto vivente", sollevava questione di legittimità costituzionale, reputando non compatibile l'approccio ermeneutico sotteso alla pronuncia della Corte di Cassazione in composizione plenaria con i principi espressi dagli articoli 3 e 24 della Costituzione.

Con sentenza n. 3/2015 la Consulta, pur ritenendo la questione non fondata, dava, però, un'interpretazione costituzionalmente orientata del detto "diritto vivente", affermando che *"per costituire dies a quo del termine di impugnazione, la data apposta in calce alla sentenza dal cancelliere deve essere qualificata dalla contestuale adozione delle misure volte a garantire la conoscibilità e solo da questo concor-*

so di elementi consegue tale effetto, che, in presenza di una seconda data, deve ritenersi di regola realizzato esclusivamente in corrispondenza di quest'ultima; con la conseguenza che il ritardato adempimento, attestato dalla diversa data di pubblicazione, rende inoperante la dichiarazione dell'intervenuto deposito, pur se formalmente rispondente alla prescrizione normativa".

Le norme interessate (artt. 133 e 327 c.p.c.) andavano, cioè, lette in modo tale da garantire la conoscibilità dell'esistenza della sentenza e del suo deposito fin dalla decorrenza del termine per impugnare; conoscibilità che si realizzava con il compimento delle attività prescritte dalla legge, quali l'inserimento nell'elenco cronologico delle sentenze e l'attribuzione del relativo numero identificativo.

La Corte Costituzionale precisava, altresì, che il ricorso previsto dalle Sezioni Unite all'istituto della rimessione in termini per causa non imputabile alla parte, non costituiva null'altro che un doveroso riconoscimento d'ufficio di uno stato di fatto *contra legem*.

Con ordinanza interlocutoria n. 19140/2015, la Corte di Cassazione, evidenziando un perdurante contrasto in materia, nonostante i predetti interventi delle Sezioni Unite e della Consulta, richiedeva un nuovo intervento del Supremo Collegio in adunanza plenaria, cui seguiva la sentenza n. 18569/2016.

4. Le Sezioni Unite della Cassazione, sentenza n. 18569/2016

La Corte di Cassazione, nella decisione in commento, evidenzia preliminarmente che, per poter dare una risposta al riproposto quesito, occorre *"conciliare l'interpretazione adeguatrice della Consulta con l'esigenza che il momento in cui la sentenza viene ad esistenza a tutti gli effetti sia riconducibile ad una iniziativa del giudice e non resti nella discrezionalità del cancelliere, non essendo questi il soggetto al quale il legislatore attribuisce la titolarità - quindi la responsabilità - di scelte incidenti sul processo"*. Ciò premesso, il Supremo Collegio, esaminati i primi due commi dell'art. 133 c.p.c. (*"1. La sentenza è resa pubblica mediante deposito nella cancelleria del giudice che l'ha pronunciata. 2. Il cancelliere dà atto del deposito in calce alla sentenza e vi appone la data e la firma, ed entro cinque giorni, mediante biglietto contenente il dispositivo, né dà notizia alle parti che si sono costituite"*), reputa necessario chiarire innanzitutto che la "pubblicazione" della sentenza si identifica con il "deposito" della stessa, essendo quest'ultimo l'atto per mezzo del quale la decisione è resa pubblica e non essendo logicamente ipotizzabile una pubblicazione quale "attività autonoma" del cancelliere, diversa e successiva rispetto al deposito.

Quanto sopra, sottolineano le Sezioni Unite, è funzionale all'esigenza che le importanti conseguenze che derivano dalla predetta attività di deposito/pubblicazione (decorrenza del termine lungo di impugnativa e, specularmente, formazione del giudicato) siano sempre ricollegabili ad un atto di volizione del giudice, il quale, reputata la sentenza completa, la rende definitiva ed irretrattabile,

depositandola in cancelleria; ipotesi quest'ultima da tenere distinta da quella del deposito della sola minuta della sentenza, diversamente regolata.

Precisa, poi, la Corte di Cassazione che, ai fini della pubblicazione, non rileva la successiva attività del cancelliere di comunicazione dell'avvenuto deposito alle parti costituite, essendo questa attività espressamente prevista come ulteriore rispetto alla pubblicazione mediante deposito e da effettuarsi in un termine di 5 giorni, da ritenersi ordinatorio.

Ciò puntualizzato e chiarito, occorre, dunque stabilire **in cosa consista in concreto l'attività di deposito**.

Le Sezioni Unite affermano, al riguardo, che il deposito di cui trattasi si configura quale "*sui generis*", sia perchè destinato non a custodire una cosa ma ad attuarne la pubblicazione, sia poichè effettuato "in cancelleria".

Giacchè eseguito presso un ufficio pubblico, lo stesso non può tradursi in una semplice consegna della sentenza al cancelliere, ma necessita che abbia carattere ufficiale, ossia che nel luogo individuato per il deposito (la cancelleria) questo risulti ufficialmente; quest'ultima circostanza si concretizza con l'inserimento dell'atto oggetto di deposito nell'elenco cronologico delle sentenze esistente presso la cancelleria e con l'assegnazione del numero identificativo; d'altra parte, una sentenza non identificabile non può risultare ufficialmente depositata.

Quindi, suntuivamente, sostiene la Corte, è "*l'inserimento nell'elenco cronologico delle sentenze il "mezzo" attraverso il quale si realizza ufficialmente il "deposito in cancelleria della sentenza"*".

La suddetta lettura della norma, evidenzia il Collegio, è l'unica compatibile con la disciplina prevista dagli artt. 743 e seguenti c.p.c., giacchè "*è da ritenersi che fin dal momento del deposito in cancelleria il cancelliere diviene "depositario pubblico" - della sentenza-, perciò tenuto a rilasciarne copia autentica, il che presuppone quanto meno che il suddetto deposito "risulti" ufficialmente e sia perciò da subito conoscibile dai soggetti che avrebbero interesse a chiedere copia della sentenza che ne è oggetto*".

Dalla necessaria coincidenza strumentale tra deposito e pubblicazione deriva, quindi, la necessità che le attività di deposito (consegna della sentenza in cancelleria da parte del giudice e recepimento di essa da parte del cancelliere mediante l'inserimento nell'elenco cronologico e la relativa attestazione) debbano avvenire senza soluzione di continuità o, comunque, qualora ciò non fosse possibile per ragioni contingenti, devono essere completate in un lasso di tempo breve e, in ogni caso, in unico contesto soggettivo - temporale.

L'apposizione di un'unica data impone poi di ritenere, fino a querela di falso, che la sentenza sia "venuta ad esistenza" in quel momento.

Evidenziano, inoltre, le Sezioni Unite che la predetta interpretazione dell'art. 133 c.p.c. assicura la pubblicità necessaria alla conoscibilità della sentenza, giacchè il difensore, recandosi, con la diligenza *rebus suis*, periodicamente in cancelleria per informarsi dell'esito della causa, può, stante l'avvenuto inserimento nell'elenco cronologico, visionarla ed estrarne copia.

Ciò detto, nelle ipotesi in cui però la predetta coincidenza manchi, essendo state dal cancelliere apposte in pronuncia due diverse date, una di deposito e una di pubblicazione, il Supremo Collegio reputa che, al fine di individuare il *dies a quo* di decorrenza del termine lungo di impugnativa, sia necessario accertare il momento in cui sia effettivamente intervenuto il deposito/pubblicazione del provvedimento, ossia quando le attività di consegna della sentenza in cancelleria da parte del giudice e recepimento di essa da parte del cancelliere mediante l'inserimento nell'elenco cronologico e la relativa attestazione siano state poste in essere, divenendo, in tal modo, la sentenza "conoscibile".

Trattasi, peraltro, di un'attività di verifica che il giudice dell'impugnazione - così come anche quello di legittimità - è tenuto a compiere d'ufficio, al fine di stabilire la tempestività dell'atto di gravame e, quindi, la sua ammissibilità.

La prova della suddetta tempestività e, pertanto, del momento a partire dal quale la parte diligente, recandosi in cancelleria, sarebbe potuta venire a conoscenza dell'esistenza della sentenza e del suo deposito, può essere data con apposita attestazione della cancelleria del giudice *a quo* circa la data di iscrizione della decisione nell'elenco cronologico; documentazione che può essere depositata sia dall'appellante (al fine di dimostrare l'ammissibilità dell'impugnazione), sia dal convenuto (interessato a rilevare la sussistenza di un giudicato).

In mancanza della detta prova documentale, il giudice potrà ricorrere ad altri mezzi probatori, quali le presunzioni semplici *ex art. 2729 c.c.*, nonché, in ultima analisi, fare ricorso alla regola di giudizio di cui all'*art. 2967 c.c.*, in base alla quale spetta all'appellante provare la tempestività dell'atto di gravame.

Per quanto attiene, infine, alla questione relativa alla ammissibilità o meno in tali fattispecie dell'istituto della "rimessione in termini" e al contrasto giurisprudenziale sorto al riguardo (cfr. Cass. n. 10675 e n. 11129 del 2015, secondo le quali l'interpretazione costituzionalmente orientata degli artt. 133 e 327 c.p.c. aveva reso vincolante il provvedimento di rimessione in termini, non più subordinato alla sussistenza di determinate condizioni così come prima previsto dalle Sezioni Unite del 2012; Cass. n. 17612 del 2015, secondo la quale si poteva ricorrere all'istituto della "rimessione in termini" solo nell'ipotesi in cui si fosse verificata una lesione in concreto del diritto di difesa della parte, in considerazione del tempo di cui essa ha potuto disporre per impugnare), l'odierno Collegio non ne riconosce il diritto di cittadinanza, dal momento che, facendosi decorrere il termine dell'impugnazione da quando la sentenza è divenuta "conoscibile" (ossia inserita nell'elenco cronologico), nessuna decadenza può discendere dal fatto che sulla decisione risultino apposte due date.

A ulteriore conferma della correttezza del proprio convincimento, la Suprema Corte evidenzia che le motivazioni che avevano portato le Sezioni Unite del 2012 e la Consulta del 2015 a dare ingresso all'istituto della "rimessione in termini" erano strettamente connesse alle relative posizioni giurisprudenziali assunte e che, tenuto conto del nuovo principio di diritto espresso, le dette ragioni oggi non risultavano più fondate.

In particolare, le Sezioni Unite del 2012, avendo statuito che, ai fini della decorrenza del termine lungo di impugnativa, rilevava il solo deposito della sentenza fatto dal giudice in cancelleria, avevano configurato l'istituto della "rimessione in termini" quale correttivo nelle ipotesi in cui risultasse gravemente compromessa l'effettiva possibilità per la parte di venire a conoscenza del detto deposito.

La Corte Costituzionale, invece, avendo diversamente stabilito che le norme interessate andavano interpretate nel senso che il termine di impugnazione decorreva dal momento in cui la sentenza era resa conoscibile e che nell'ipotesi di doppia data la suddetta conoscibilità si doveva ritenere realizzata a decorrere dalla seconda, aveva ritenuto ammissibile l'istituto della "rimessione in termini" senza limiti.

5. Le conclusioni

La questione trattata dalle Sezioni Unite con la sentenza in esame, come dimostrato dal vivace dibattito giurisprudenziale che continua a connotarla, riveste carattere di massima importanza, giacchè volta ad individuare il momento di perfezionamento dell'iter procedimentale che porta al deposito/pubblicazione della decisione, ossia quando il provvedimento diviene perfetto, esistente, efficace ed irretrattabile (e quindi insensibile ai mutamenti legislativi), valutate le importanti conseguenze giuridiche (decorrenza del termine lungo di impugnativa e formazione del giudicato) connesse a tale circostanza.

Considerato quanto sopra, si ritiene di potere condividere pienamente il principio di diritto espresso, avendo il Supremo Collegio, in tal modo, garantito in termini di effettività il diritto di difesa delle parti costituite ed, in particolare, del diritto di impugnazione, essendo stata la decorrenza del termine lungo di gravame *ancorata ad un fatto certo*, ossia alla possibilità di conoscere la sentenza a seguito dell'inserimento della stessa nell'elenco cronologico, con apposizione del relativo numero identificativo; da questo momento, difatti, gli interessati ne possono prendere visione ed estrarne copia.

RIASSUNTO

L'articolo affronta la questione, oggetto negli anni di molteplici interventi sia della giurisprudenza di legittimità, a composizione plenaria, che della Consulta, circa l'individuazione del *dies a quo* di impugnazione nell'ipotesi (patologica) in cui la sentenza civile presenti due diverse date, una di deposito e una di pubblicazione, entrambe seguite da timbro e firma del cancelliere.

La scelta dell'una e dell'altra data non è di poco momento, se solo si considerano le importanti e definitive conseguenze che ne derivano in ordine alla decadenza del potere di impugnativa della parte e al conseguente formarsi del giudicato.

Le Sezioni Unite, nella sentenza in oggetto, superando quello che aveva sempre costituito il *punctus dolens* delle precedenti decisioni giurisprudenziali, e cioè il non essere riusciti a garantire “in termini di effettività” il diritto di difesa delle parti e nello specifico quello di impugnativa, àncora la decorrenza del termine lungo ad un fatto certo, ossia al momento in cui la sentenza viene inserita nell’elenco cronologico con attribuzione del relativo numero identificativo.

È da questa data che la sentenza “esiste” a tutti gli effetti e diviene “conoscibile” alle parti, giacchè il difensore può prenderne visione ed estrarne copia.

D’altra parte costituisce *life motive* delle Sezioni Unite interessate che il “deposito” della sentenza, tenuto conto delle predette conseguenze, debba essere sempre riconducibile ad un atto di volizione del giudice e non possa essere rimesso alla discrezionalità del cancelliere, non essendo quest’ultimo il soggetto al quale il legislatore ha attribuito la titolarità e - quindi la responsabilità - di scelte incidenti sul processo.

SUMMARY

The article deals with the issue, which has been the subject of extensive litigation, both in the jurisprudence of legitimacy, in plenary and in the Consulta, about the identification of the period for lodging an appeal when (pathological case) the civil law has two different dates, one for filing and one for publishing, both followed by the signature and stamp of the Registrar.

The choice of both dates is very important if we consider the definitive consequences deriving from the end of the power of appealing and the consequent judgement.

The Joint Sections, in the present case, overtaking what had always been the *punctum dolens* of previous court decisions, that is to say that the failure to guarantee the right of defense of the parties “in terms of effectiveness”, in particular the right to mount a legal challenge, extend the limitation period to a certain fact, that is, at the time when the sentence is inserted in the chronological list with the attribution of its identification number.

It is from this date that the sentence “exists” in all respects and becomes “knowable” to the parties, since the defender can take a look and extract the copy.

On the other hand, it is the *life motive* of the interested Joint Sections that the “filing” of the judgment, having regard to the foregoing consequences, must always be attributable to an act of will of the judge and it can’t be left to the discretion of the Registrar, the latter isn’t the subject to which the legislature has attributed ownership and, therefore, responsibility for choices affecting the process.

L'ART. 5 DELLA LEGGE 8 MARZO 2017, N. 24: LE LINEE GUIDA IN MEDICINA LEGALE

A. MELE*, M. GALLO**

SOMMARIO

1. Premessa. - 2. Le previsioni dell'art. 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24 e la medicina legale. - 3. Linee guida, percorsi, procedure, protocolli e buone pratiche clinico-assistenziali. - 4. La giurisprudenza in tema di linee guida. - 5. Il valore di linee guida e protocolli come regole cautelari. - 6. Le linee guida in medicina legale. - 7. Gli organi deputati ad emanare le linee guida.

1. Premessa

Con la legge 8 marzo 2017, n. 24, sono entrate in vigore, dal 1 aprile 2017, disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

L'emanazione della legge, nella quale sono confluiti numerosi disegni di legge proposti in quasi un decennio¹, ha verosimilmente tratto accelerazione dal momento storico critico che l'alleanza terapeutica medico-paziente sta vivendo, caratterizzato da una crescita esponenziale di procedimenti a carico di professionisti sanitari e, conseguentemente, dall'impossibilità di sostenerne i costi².

Lungi dal voler affrontare ed esaurire in questa sede gli innumerevoli spunti (anche di rilievo critico) che la legge pone e che hanno condotto negli ultimi

* Dirigente medico di I livello - Sovrintendenza sanitaria centrale Inail.

** Dirigente medico di II livello - Sovrintendente sanitario centrale Inail.

1 MELE A., DE MATTEO E., BROCCOLI L., CHIRIELEISON L., MANCARELLA P., *Changing in the relationship between the health-care staff and the patient: necessity of a regulation*, in *XXI Congress of the International Academy of Legal Medicine*, Lisbona, 28-30 May, 2009.

2 Il fenomeno della crisi del rapporto medico-paziente è stato di recente analizzato nelle sue sfaccettature anche da ALESSANDRINI S., FIORAVANTI P.M., FERRANTE A., PAOLUCCI M., *Dal controverso "decreto Balduzzi" alla proposta di riforma della responsabilità medico-sanitaria: il contrasto alla medicina difensiva nel più vasto scenario della crisi del rapporto medico-paziente*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 2016; 1: 129-176.

mesi alla pubblicazione di numerose monografie che commentano, nel dettaglio, l'impianto normativo ed i singoli articoli, si vogliono esaminare le novità introdotte con l'art. 5 (*"Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida"*)³, che ha inserito l'obbligo, per gli esercenti le professioni sanitarie che eseguono prestazioni con finalità anche di Medicina legale, di attenersi, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del terzo comma dello stesso articolo, elaborate da enti e istituzioni pubblici o privati, nonché da società scientifiche e da associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministero della salute del 2 agosto 2017, pubblicato in Gazzetta ufficiale n. 186 del 10 agosto 2017.

La formula dell'art. 5 presenta differenze rispetto alle versioni dei disegni di legge precedenti, in quanto non erano previste le prestazioni sanitarie con finalità di Medicina legale e non erano menzionati, accanto alle società scientifiche, le associazioni tecnico-scientifiche e gli enti e le istituzioni pubbliche e private, quali soggetti titolati alla emanazione delle linee guida.

Difatti, l'art. 5, nella stesura del disegno di legge approvato dalla Commissione Affari sociali il 19 novembre 2015, si riferiva alla *trasparenza dei dati*, mentre mutavano il titolo ed il contenuto dell'articolo (buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida) nel testo unificato approvato

- 3 Articolo 5 (*Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida*): «1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del terzo comma ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali. 2. Nel regolamentare l'iscrizione in apposito elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche di cui al primo comma, il decreto del Ministro della salute stabilisce: a) i requisiti minimi di rappresentatività sul territorio nazionale; b) la costituzione mediante atto pubblico e le garanzie da prevedere nello statuto in riferimento al libero accesso dei professionisti aventi titolo e alla loro partecipazione alle decisioni, all'autonomia e all'indipendenza, all'assenza di scopo di lucro, alla pubblicazione nel sito istituzionale dei bilanci preventivi, dei consuntivi e degli incarichi retribuiti, alla dichiarazione e regolazione dei conflitti di interesse e all'individuazione di sistemi di verifica e controllo della qualità della produzione tecnico-scientifica; c) le procedure di iscrizione all'elenco nonché le verifiche sul mantenimento dei requisiti e le modalità di sospensione o cancellazione del testo. 3. Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse elaborati dai soggetti di cui al primo comma sono integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), il quale è disciplinato nei compiti e nelle funzioni con decreto del Ministro della salute, da emanare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 28, secondo periodo, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. L'Istituto superiore di sanità pubblica nel proprio sito internet le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, previa verifica della conformità della metodologia adottata a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto, nonché della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni. 4. Le attività di cui al terzo comma sono svolte nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali già disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica».

dalla Camera dei deputati il 28 gennaio 2016. L'articolo veniva, quindi, ulteriormente modificato dal Senato della Repubblica il 12 gennaio 2017, con le novità in precedenza ricordate.

Proprio in ragione dell'estensione delle finalità delle prestazioni anche alla Medicina legale e della prevista possibilità di emanare linee guida anche per gli enti e per le istituzioni pubblici e privati, dette novità richiedono di essere analizzate.

Una lettura analitica del testo evidenzia, infatti, la necessità di richiami alla Medicina legale istituzionale ed all'Inail come possibile sorgente di linee guida per la Medicina legale.

2. Le previsioni dell'art. 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24 e la Medicina legale

Un primo dubbio interpretativo riguarda quali esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione di prestazioni sanitarie con finalità di Medicina legale, sono tenuti ad attenersi alle disposizioni della legge e, quindi, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni delle linee guida e, in mancanza delle stesse, alle buone pratiche clinico-assistenziali⁴. Ebbene, non è chiaro se il richiamo della norma è riferito ai clinici che effettuano prestazioni sanitarie le quali possono rivestire uno specifico significato anche nel contesto medico-legale, per cui a seguito della prestazione preventiva, diagnostica, terapeutica, palliativa e riabilitativa viene rilasciata una certificazione che assume rilievo anche in sede medico-legale (si pensi, a titolo esemplificativo, ad accertamenti clinici e strumentali che documentano l'esistenza di una lesione o di un processo morboso, la sua natura e la sua estensione oppure a test e scale di valutazione che attestano il grado di

⁴ Alcuni Autori hanno segnalato carenze nell'elenco delle finalità delle prestazioni indicato dal Legislatore, ritenendo pacifico, in senso estensivo, che «il disposto si riferisca a qualsiasi prestazione sanitaria; in fase di interpretazione, può essere abbastanza agevole far rientrare le finalità omesse all'interno di quelle menzionate, in particolar modo quelle preventive e terapeutiche» (BENCI L., RODRIGUEZ D., *Le linee guida e le buone pratiche*, in AA.VV., *Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla legge 24/2017*, Quotidiano sanità edizioni, Roma, 2017: 65). Pavich ha, di recente, evidenziato come «non risulta esplicitato il riferimento alle attività chirurgiche, nelle quali la potenziale incidenza del rispetto dei protocolli è, notoriamente, più accentuata. Ora, è ben vero che al riguardo può sopperire la latitudine del riferimento alle attività genericamente "terapeutiche", fra le quali sicuramente si iscrive la quasi totalità di quelle di tipo chirurgico; tuttavia, qualche dubbio in più può venire, ad esempio, in ordine alla riconducibilità alle attività terapeutiche della c.d. chirurgia estetica, che pure presenta aspetti problematici in tema di possibili disallineamenti rispetto a linee guida e buone pratiche; del pari, come pure è stato rilevato, l'attività ostetrica non viene menzionata fra le attività soggette all'obbligo di attenersi alle linee guida. Perciò è corretta e condivisibile l'osservazione secondo la quale il legislatore, pur nel lodevole sforzo di precisare la categoria degli esercenti le professioni sanitarie interessati alla nuova disciplina, ha preteso (e non è la prima volta che accade qualcosa di simile) di elencare analiticamente gli ambiti applicativi, con il rischio di lasciar fuori di essi ipotesi che non vi era ragione di escludere dalla nuova disciplina normativa» (PAVICH G., *La responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria: cosa cambia con la legge Gelli-Bianco*, in *Cassazione Penale*, 2017; 07-08: 2961).

compromissione funzionale o dell'autonomia del soggetto) oppure una certificazione che consente al cittadino di avanzare richieste di determinati benefici previsti dalla legge o con finalità assicurative (si pensi, ad esempio, al certificato redatto dal medico certificatore per invalidità civile, per malattia professionale, per ottenere rimborsi per spese mediche sostenute, per indennizzi o per risarcimenti da parte di Compagnie assicuratrici) oppure ancora se, visto che le prestazioni con finalità medico-legale sono effettuate sicuramente anche da specialisti, le previsioni dell'art. 5 devono riguardare anche i medici legali.

La formulazione adoperata nella legge, allorché richiama gli esercenti le professioni sanitarie che effettuano prestazioni con finalità medico-legale al rispetto di linee guida e, in mancanza, di buone pratiche clinico-assistenziali (salvo che il caso concreto non lo richieda), sollecita anche il medico legale al rispetto di raccomandazioni di "linee guida medico-legali", laddove esistenti.

Sul punto, Del Sordo e Genovese concludono, in maniera assolutamente condivisibile, che la norma è destinata anche ai medici legali e, comunque, ai professionisti sanitari che esercitano prestazioni con finalità medico-legale⁵.

Una volta chiarito che tra i destinatari della norma vi è anche il medico-legale e, più in generale, il medico inquadrato in questo ruolo, va da sé che le linee guida cui deve attenersi nella sua attività devono essere quelle proprie della disciplina. La problematica, nei commenti alla legge e nelle pubblicazioni disponibili sull'argomento, viene affrontata soltanto con esplicito riferimento alle linee guida di natura clinica con le quali il medico legale si rapporta ogni volta che viene chiamato ad esprimersi in tema di colpa professionale medica.

Il ruolo delle linee guida per la Medicina legale, risulterebbe in questa chiave, quello di supporto nelle decisioni in ambito peritale: *«l'expertise medico-legale, espressamente valorizzata dalla riforma, è chiamata a misurarsi con il nuovo sistema delle linee guida: negli auspici del legislatore, se il medico si è attenuto a linee guida pertinenti, sarà più difficile per il perito o il consulente tecnico della pubblica accusa dimostrare che non era quella la procedura da seguire o che le circostanze del caso concreto imponevano di divergere da raccomandazioni tanto accreditate»*⁶.

Anche nella prolusione curata dal relatore della legge di recentissima pubblicazione non vengono forniti chiarimenti al riguardo e il riferimento pare essere sempre alle linee guida "cliniche", quale *«elemento di supporto nel dirimere la valutazione di merito di comportamenti e pratiche professionali in ambito medico-legale»*⁷.

5 DEL SORDO S., GENOVESE U., *Articolo 5. Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida*, in GENOVESE U., MARTINI F. (a cura di), *La nuova responsabilità professionale in Sanità*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2017: 41.

6 CENTONZE F., CAPUTO M., *La risposta penale alla malpractice: il dedalo di interpretazioni disegnato dalla riforma gelli-bianco*, in *Rivista italiana di Medicina legale*, 2016; 4: 1631.

7 RICCIARDI G.W., IANNONE P., TROJANO V., CIRESE V., MARIOTTI P., CAMINITI R., *Linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali*, in GELLI F., HAZAN M., ZORZIT D. (a cura di), *La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione*, Giuffrè, Milano, 2017: 151.

Il medico-legale, però, non si avvicina (o non dovrebbe avvicinarsi) alla questione soltanto perché fruitore delle linee guida cliniche, ma anche perché la sua stessa prestazione medico-legale deve (o dovrebbe) essere ancorata ai medesimi principi di appropriatezza cui le linee guida richiamano l'esercente la professione sanitaria in generale.

Ulteriore momento di applicazione delle linee guida e delle buone prassi in Medicina legale è, dunque, quello relativo all'espletamento dell'incarico stesso, per cui la qualità della prestazione medico-legale deve essere anch'essa "misurata", in base a *standard* predefiniti. Il problema era già stato affrontato a suo tempo⁸, richiamando la necessaria coniugazione degli indicatori di esito, sui quali prevalentemente si fondano le valutazioni di *performance* e le "linee guida medico-legali", con indicatori di processo, che consentano di verificare anche la qualità delle varie fasi del "processo medico-legale".

Al riguardo delle linee guida in Medicina legale sempre Del Sordo e Genovese hanno sollevato interrogativi, ma soltanto sul tema della valutazione del danno: «*essendo le linee guida raccomandazioni di carattere "generale", non corrisponderebbero - nella realtà medico-legale di valutazione del danno - ai criteri applicativi? E, se così fosse, di conseguenza le "buone pratiche" corrisponderebbero alle tabelle di valutazione? Oppure qualora si intendessero le indicazioni valutative percentuali formalizzabili in "linee guida", quale rilevanza dovrebbero avere rispetto alle indicazioni già presenti per legge (tabella delle micro-permanenti ex d.m. 3 luglio 2003, tabella Inail ex d.m. 12 luglio 2000, tabella dell'invalidità civile ex d.m. 5 febbraio 1992)? Come comportarsi in caso di discordanza? A chi l'onere della decisione? Al singolo valutatore oppure in capo ad organi istituzionali?*»⁹.

Nondimeno, il processo medico-legale, scomposto nelle sue fasi, evidenzia la necessità di dettare regole di comportamento non soltanto relative all'ultimo momento dell'accertamento (quello, appunto, valutativo), ma anche alle attività propedeutiche alla valutazione come, ad esempio, quelle inerenti all'accertamento del nesso causale, quando l'ambito della prestazione lo richiede.

In conclusione, quindi, il richiamo a rispettare il contenuto dell'art. 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24, a nostro parere, deve valere anche per i medici legali e per le prestazioni di natura medico-legale che devono essere effettuate nel rispetto di raccomandazioni provenienti da linee guida specifiche per la branca specialistica di appartenenza.

⁸ ROSSI P., COMACCHIO A., MELE A., *La gestione del rischio sanitario medico-legale. Dalla clinical governance ai processi medico legali*, Giuffrè, Milano, 2014; COMACCHIO A., GOGGIAMANI A., MELE A., ROSSI P., *Dagli esiti alla prevenzione: indicatori di processo versus indicatori di esito in Medicina legale*, in *Rivista Italiana di Medicina legale*, 2015; 4: 1675.

⁹ DEL SORDO S., GENOVESE U., *Articolo 5. Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida*, *op. cit. sub (5): 41.*

L' esercente la professione sanitaria (e, dunque, anche il medico legale) può ricorrere alle buone pratiche soltanto in mancanza delle linee guida, diversamente da quanto prospettato dalla precedente ed abrogata previsione dell'art. 3, primo comma, della legge 8 novembre 2012, n. 189, che le poneva sullo stesso piano ("si attiene a linee guida e buone prassi") e fatte salve le specificità del caso concreto. Emerge, allora, la necessità di alcuni chiarimenti in merito alle linee guida e alle buone pratiche clinico-assistenziali, alle linee guida in Medicina legale ed agli organi preposti al loro rilascio.

3. Linee guida, percorsi, procedure, protocolli e buone pratiche clinico-assistenziali

Nell'art. 5 non si fornisce una definizione di *linee guida* né delle subordinate *buone pratiche clinico-assistenziali*, ma si traccia un impianto organizzativo e procedurale molto dettagliato per la elaborazione e l'aggiornamento delle prime.

Anche il decreto ministeriale istitutivo dell'elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie non entra nel merito della definizione di *linee guida* e delle differenze intercorrenti con altre fonti che guidano l'attività dell' esercente la professione sanitaria quali, per esempio, il *percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale* (PDTA, che deriva da una contestualizzazione locale della linea guida), il *protocollo* (che appare più vincolante), la *procedura* (che indica una sequenza di azioni da seguire sul piano organizzativo).

Viste le difformità interpretative esistenti *forse* sarebbe stato utile fornire alcuni chiarimenti per evitare confusione e fraintendimenti.

In base alla definizione dell'*Institute of Medicine* nel 1992 le *linee guida* sono «raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche»¹⁰.

Il Ministero della salute ha fornito la stessa definizione di *linee guida basate sulle evidenze* (*evidence-based guidelines*), precisando che «la loro adozione consente di ridurre la variabilità della pratica clinica e da migliorare gli esiti di salute»¹¹.

L'art. 2, lettera z, del d.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 ha definito le *linee guida* come «atti di indirizzo e coordinamento per l'applicazione della normativa in materia di salute e sicurezza predisposte dai Ministeri, dalle Regioni, dall'Ispesl e dall'Inail e approvati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano».

¹⁰ FIELD M.J., LOHR K.N., *Guidelines for Clinical Practice: from development to use*, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington DC, 1992.

¹¹ MINISTERO DELLA SALUTE, *La sicurezza dei pazienti e la Gestione del Rischio clinico. Glossario*, luglio 2006: 16.

Il *percorso*, o *percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDIA)* risulta dall'integrazione di due componenti: le raccomandazioni cliniche delle linee guida di riferimento e gli elementi del contesto locale, in grado di condizionarne l'applicazione. In ciascuna realtà assistenziale, infatti, esistono ostacoli di varia natura che possono impedire l'applicazione di una o più raccomandazioni delle linee guida. Pertanto, nella fase di adattamento delle stesse, previa analisi del contesto locale e identificazione degli ostacoli, i professionisti devono verificare con la direzione aziendale la possibilità di rimuoverli. Se ciò non è possibile, la specifica raccomandazione deve essere modificata ed adattata al contesto per minimizzare i rischi clinici per il paziente¹². I percorsi risulterebbero, quindi, «*caratterizzati in senso multidisciplinare relativamente al coordinamento delle cure e gli standard che servono a indicare valori massimi e minimi di riferimento (c.d. valori soglia)*»¹³.

Un percorso deve contenere informazioni «*fondamentalmente riconducibili a tre elementi:*

riferimenti alla "migliore pratica clinica" [raccomandazioni di elevato valore scientifico e metodologico, basate su linee guida evidence based già ampiamente descritte e consolidate];

informazioni cliniche raccolte sul singolo paziente [un percorso clinico dovrebbe diventare parte integrante della documentazione clinica del singolo paziente. Le singole raccomandazioni si devono infatti tradurre in singole azioni (...), l'effettuazione delle quali deve essere documentata dai vari professionisti seguendo il dinamico svolgersi degli eventi del singolo paziente];

informazioni sulla "varianza" tra il percorso clinico standard ed il percorso effettivamente svolto dal singolo paziente [possibilità di evidenziare immediatamente il percorso ideale del paziente ed il percorso effettivamente raggiunto (documentato)]»¹⁴.

Il percorso deve tener conto, pertanto, anche di aspetti organizzativi della struttura nella quale la linea guida viene contestualizzata.

Con il termine *procedura* si indica un'istruzione operativa che definisce la sequenza di azioni tecnico-operative eseguite dal professionista o dai professionisti coinvolti in uno specifico processo assistenziale¹⁵.

Per quanto attiene ai *protocolli*, il Ministero della salute ha fornito la seguente definizione: «*I protocolli sono strumenti che esplicitano linee di comportamento ritenute ottimali (linee guida) e non sono né specificatamente concepiti per assistere nella decisione clinica e neppure il risultato di un percorso preciso e sistematico di analisi*

¹² CARTABELLOTTA N., *Linee guida, percorsi, processi, procedure, protocolli*, in *GimbeNews*, vol. 1, n. 1, dicembre 2008: 4.

¹³ BRUSCO C., *Linee guida, protocolli e regole deontologiche. Le modifiche introdotte dalla c.d. Legge Balduzzi*, in *Diritto penale contemporaneo*, 2013; 3: 56.

¹⁴ CONFORTINI M.C., PATRINI E., *Manuale di Risk Management in sanità: processi e strumenti di implementazione*, IlSole24Ore, Milano, 2006: 190.

¹⁵ CARTABELLOTTA N., *Linee guida, percorsi, processi, procedure, protocolli*, op. cit. sub (12): 4.

dei processi decisionali. Sono declinazioni operative elaborate per una determinata unità operativa o servizio»¹⁶.

Emergono, quindi, connessioni ed in parte sovrapposizioni tra i concetti di linee guida, di percorsi e di procedure in precedenza ricordati che potrebbero indurre in errore.

D'altro canto, anche nelle recenti *Linee guida del Ministero della salute per le procedure inerenti alle pratiche radiologiche clinicamente sperimentate* pubblicate su Gazzetta ufficiale del 9 novembre 2015, il Ministero, ha dettato indicazioni di natura organizzativa piuttosto che richiami di carattere tecnico relativi all'esecuzione pratica degli esami ed a raccomandazioni di natura clinica, come ci si aspetterebbe dalle linee guida, in base alle definizioni in precedenza ricordate.

Alcuni Autori sottolineano come i protocolli prevedono «*rigidi schemi di comportamento diagnostico e terapeutico, tipici di un programma di ricerca clinica sperimentale elaborato per assicurare la riproducibilità e quindi l'attendibilità scientifica*»¹⁷.

Secondo Giunta la differenza tra *protocolli* e *linee guida* non è mai stata effettivamente ben chiarita, anche se «*le linee guida, al di là dei nominalismi, vanno distinte dai protocolli: le prime infatti hanno valore tendenziale, mentre i secondi sono ben più precisi e vincolanti*»¹⁸.

Per Brusco, la differenza tra *linee guida* e *protocolli* consisterebbe «*nella genericità delle prime e nella maggiore specificità dei secondi; ma non sembra che si tratti di criteri utili per riaffermare una distinzione qualitativa tra le due categorie e ciò è confermato dalla circostanza che, sia in dottrina che in giurisprudenza, i due concetti tendono spesso a sovrapporsi e, il più delle volte, i due termini vengono utilizzati indifferentemente e addirittura in relazione alla medesima disciplina*»¹⁹.

Padovan e Martini sottolineano che «*linea guida e protocollo sono, nella pratica, termini utilizzati indifferentemente, senza neppure distinguere, tra le linee guida, quelle elaborate per fini di contenimento della spesa dalle altre, dirette a migliorare la qualità della prestazione. Negli Stati Uniti si distingue tra protocolli e linee guida in base a quantità e grado di determinatezza delle informazioni operative che gli uni e le altre contengono. In prima approssimazione, i primi rappresentano il risultato dell'adattamento delle linee guida all'uso in contesti locali, mentre le seconde danno un'ampia definizione della buona pratica professionale, corredata da pochi dettagli operativi. Le linee guida espongono, quindi, le modalità che il medico dovrebbe seguire per giungere alla diagnosi e a trattare la malattia per la quale sono state predisposte [...]*». Secondo gli stessi Autori, il contenuto del protocollo «*diviene vincolante per i professionisti. Se le LG forniscono raccomandazioni cliniche, flessibili per*

¹⁶ MINISTERO DELLA SALUTE, *L'audit clinico*, maggio 2011: 61.

¹⁷ FEDERSPI G., SCANDELLARI C., *Le linee-guida nella pratica clinica: significato e limiti*, in *Professione Sanità pubblica e medicina pratica*, 1996, 4 (1): 6.

¹⁸ GIUNTA F. (a cura di), *Dizionario sistematico di Diritto penale*, IlSole24Ore, Milano, 2008: 876.

¹⁹ BRUSCO C., *Linee guida, protocolli e regole deontologiche. Le modifiche introdotte dalla c.d. Legge Balduzzi*, op. cit. sub (13): 57.

definizione, il termine protocollo implica, senza precisarlo, che deve essere applicato a tutti pazienti. I protocolli clinico-terapeutici sono documenti vincolanti, sviluppati da gruppi di esperti, finalizzati a gestire una condizione specifica. I protocolli abitualmente traducono modelli decisionali e LG nella pratica clinica locale e hanno valore obbligatorio. Pertanto il termine protocollo dovrebbe essere utilizzato solo se viene condiviso l'obbligo di applicarne i contenuti a tutti i pazienti»²⁰.

Del Sordo e Genovese differenziano i protocolli e le procedure operative rispetto alle linee guida in quanto dettagliano «una sequenza logica di azioni, predefinita e standardizzata, con la finalità di uniformare i comportamenti: essi, dunque, hanno carattere “vincolante”»²¹.

La recente pubblicazione edita a cura del relatore della legge, On. Federico Gelli, conclude che «le linee guida raccolgono evidenze scientifiche oggettive e identificano ipotesi di condotte virtuose idonee a garantire la qualità e la sicurezza dei trattamenti sanitari. È interessante notare che le linee guida presentano una o più modalità comportamentali rispetto ad uno specifico problema, non necessariamente indicando un'univoca strategia di intervento. Ciò perché le “raccomandazioni” traducono le evidenze scientifiche oggettive fondate sulla letteratura medica, in possibili condotte che poi i soggetti o le organizzazioni devono scegliere di applicare nell'ambito della propria realtà. Per queste caratteristiche le “linee guida” si distinguono dalle procedure operative e dai protocolli descrittivi in modo vincolante e in dettaglio di sequenze di attività, da mettere in atto senza varianti [...] La natura di “raccomandazioni” e assenza di vincolatività delle linee guida si ricava dallo stesso Piano Nazionale in materia [linee guida], identificato come “strumento per l'esplicitazione delle alternative possibili e delle relative diverse possibilità di successo clinico”»²².

Per ciò che riguarda, le buone pratiche clinico-assistenziali esse debbono essere distinte, in via preliminare, da quelle per la sicurezza del paziente, pubblicate come *Raccomandazioni* ministeriali, nate nel 2005 con l'obiettivo di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento del sistema. Così, anche alcune raccomandazioni regionali e le *check list* di sala operatoria possono rientrare nel novero delle buone prassi per la sicurezza del paziente.

Per le buone pratiche clinico-assistenziali non è prevista una definizione di legge né viene specificato da chi debbano essere validate per essere definite “buone”, come segnalano Del Sordo e Genovese²³.

²⁰ PADOVAN G., MARTINI M., *Le procedure cliniche*, in MARTINI M., PELATI C., *La gestione del rischio clinico*, McGraw-Hill, Milano, 2011: 150.

²¹ DEL SORDO S., GENOVESE U., *Articolo 5. Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida*, op. cit. sub (5): 38.

²² RICCIARDI G.W., IANNONE P., TROJANO V., CIRESE V., MARIOTTI P., CAMINITI R., *Linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali*, op. cit. sub (6): 144.

²³ DEL SORDO S., GENOVESE U., *Articolo 5. Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida*, op. cit. sub (5): 40.

Benci e Rodriguez ritengono che tutti i dubbi e le divergenze di opinione in materia di linee guida, a regime, saranno risolti ed il sistema dovrà strutturare linee guida utilizzabili come raccomandazioni²⁴, mentre più complessa, contraddittoria e problematica è la questione delle *buone pratiche clinico-assistenziali*, per le quali il percorso identificativo non appare ben strutturato come per le linee guida.

Pavich ha sottolineato che «*se uno sforzo è stato fatto per circoscrivere le linee guida (rilevanti, come si è detto, per delimitare la responsabilità penale del sanitario), non altrettanto può dirsi per ciò che riguarda le c.d. buone pratiche clinico-assistenziali, non meglio definite, alle quali i sanitari dovrebbero uniformarsi in mancanza di linee guida censite secondo i dettami della riforma. La nuova legge apporta un unico elemento di "chiarezza", operando una distinzione fra linee guida e buone pratiche, nel senso che queste ultime si distinguono dalle prime in quanto non oggetto di censimento e richiamate solo "in subordine" rispetto alle linee guida. Per il resto, rimane del tutto imprecisata la nozione di buone pratiche clinico-assistenziali, e ci si deve dunque attendere che esse vengano enucleate caso per caso, nell'esperienza giudiziaria, in relazione a casi nei quali le linee guida non trovino applicazione e siano invece riconoscibili e applicabili altre raccomandazioni e suggerimenti non codificati di carattere medico-scientifico, che si attaglino alla fattispecie concreta*»²⁵.

Le buone pratiche clinico-assistenziali dovrebbero essere considerate «*in senso estensivo: da un lato comprendenti le prassi professionali orientate alla tutela della salute, basate su prove di evidenza scientifica, e dall'altro comprendenti documenti, purché coerenti con evidenze scientifiche ed elaborati con metodologia dichiarata e ricostruibile, comunque denominati, e quindi non solo quelli che recano la dicitura "buone pratiche". Di conseguenza un documento, pur se chiamato "buone pratiche..." , ma non rispondente ai richiesti riferimenti scientifici e requisiti di elaborazione, non rientra nella fattispecie individuata dal primo comma dell'art. 5. Di converso, documenti compresi nelle denominazioni di percorso diagnostico-terapeutico, protocollo, standard, procedura, conferenza di consenso, position paper possono essere considerati come espressioni "buone pratiche clinico-assistenziali", purché elaborate secondo le indicazioni appena proposte [si tratterebbe di] prestazioni e valutazioni attuate con competenza in base alle pertinenti evidenze scientifiche*»²⁶.

Altri Autori ritengono che «*per "Buone Pratiche Cliniche", accreditate dalla comunità scientifica, si devono/possono intendere le Procedure, i Percorsi, i Protocolli, le Indicazioni e Raccomandazioni [...]. In ambito medico-forense sarebbe forse opportuno far riferimento alla Evidence Based Medicine intesa non come "paradigma emergente per la pratica clinica", ma come definita da David Sackett nel 1996:*

²⁴ BENCI L., RODRIGUEZ D., *Le linee guida e le buone pratiche*, op. cit. sub (4): 68.

²⁵ PAVICH G., *La responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria: cosa cambia con la legge Gelli-Bianco*, op. cit. sub (4): 2961.

²⁶ BENCI L., RODRIGUEZ D., *Le linee guida e le buone pratiche*, op. cit. sub (4): 72.

*approccio alla pratica clinica dove “le decisioni risultano dall’integrazione tra l’esperienza del medico e l’utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente”*²⁷.

Secondo parte della dottrina, linee guida e buone pratiche rappresenterebbero un’endiadi, per cui nelle prime rientrerebbero anche le seconde²⁸, mentre altra parte della dottrina aveva sostenuto che, seppure affini sul piano funzionale, le seconde sarebbero più stringenti delle prime in quanto non presenterebbero finalità di contenimento dei costi²⁹.

Non specificando l’art. 5 cosa debba intendersi per buone pratiche clinico-assistenziali e non descrivendo né il testo di legge né il successivo decreto ministeriale un percorso di validazione ben strutturato come quello individuato per le linee guida, ciò potrebbe alimentare una certa discrezionalità nella valutazione della correttezza dei comportamenti tenuti dall’esercente la professione sanitaria. Nel testo edito a cura del relatore della legge si precisa che, in assenza delle linee guida, le pratiche clinico assistenziali «*sono quanto di meglio si possa avere per definire ciò che può assomigliare a uno standard of care di riferimento*» e che è «*naturale ascrivere a questa categoria tutti quei “precetti” e consigli di pratica clinica consacrati dall’uso e da documenti che, ancorché non evidence based, si possono considerare una utile fonte di orientamento clinico in assenza di prove di efficacia più robuste*». Secondo gli Autori nelle buone pratiche clinico-assistenziali rientrano *position statements*, documenti comunque basati sul consenso di esperti, criteri di appropriatezza d’uso e, nella misura in cui risultano «*disegnati e prodotti sulla scorta di raccomandazioni cliniche evidence based con un serio ed esplicito processo di adattamento locale*», anche i percorsi clinico-assistenziali³⁰.

In base alla nuova legge il medico deve seguire le linee guida ministeriali quando il caso osservato lo richiede, mentre quando esso si discosta dalle previsioni delle linee guida o queste risultano oramai superate dal progresso scientifico, egli può disattenderle e rifarsi alle buone prassi clinico-assistenziali.

Qualora il caso concreto non aderisca nemmeno a queste ultime vale, a nostro avviso, il richiamo alla piramide delle fonti dell’*Evidence Based Medicine*, con livello di affidabilità che decresce man mano che ci si allontana dalle *evidence guidelines*, attraverso studi di coorte e studi caso-controllo, ricerche cliniche, *review* della letteratura, *case reports*, *case series* e *practice guidelines*, fino ai *clinical reference texts* ed ai pareri dell’esperto (anche tramite metodi RAND e UCLA).

27 TAVANI M., GUZZETTI L., *Le linee guida: rilevanza medico-giuridica*, in DONELLI F.M., GABBRIELLI M., *Responsabilità medica e valutazione del danno, con casi pratici risolti*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2017, pag. 66.

28 DI LANDRO A.R., *Le novità normative in tema di colpa penale (l. 189/2012, c.d. “Balduzzi”). Le indicazioni del diritto comparato*, in *Rivista italiana di Medicina legale e del diritto sanitario*, 2012; 2: 833.

29 VALBONESI C., *Linee guida e protocolli per una nuova tipicità dell’illecito colposo*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 2013: 250.

30 RICCIARDI G.W., IANNONE P., TROJANO V., CIRESE V., MARIOTTI P., CAMINITI R., *Linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali*, op. cit. sub (7): 180.

In ogni caso, come ultimamente sostenuto da alcuni Autori, la «*recente normativa impone l'acquisizione non solo da parte del clinico, ma anche del medico legale, di strumenti concettuali che consentano un'analisi critica delle migliori evidenze scientifiche disponibili ai fini della valutazione della condotta medica, scevra, però, da un rigido inquadramento per vincoli precostituiti che predispongano ad un approccio al dato scientifico di tipo condizionato*»³¹.

4. La giurisprudenza in tema di linee guida

Sul piano giuridico, la Suprema Corte di Cassazione penale (sez. IV, sentenza 5 novembre 2013, n. 18430 e sentenza 11 maggio 2016, n. 23283), ha sostanzialmente riproposto la definizione di *linee guida* elaborata dalla dottrina: si tratta di «*raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate attraverso un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni scientifiche, al fine di aiutare medici e pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche*».

Nella produzione giurisprudenziale antecedente alla legge 8 marzo 2017, n. 24, (Cass. Pen., sez. IV, sentenza 11 luglio 2012, n. 35922 e sentenza 5 novembre 2013, n. 18430) sono state individuate situazioni specifiche in cui il mero rispetto delle linee guida non garantiva l'esclusione dell'applicazione della sanzione penale, dovendo comunque accertarsi se, nonostante l'osservanza di tali suggerimenti, vi era stato un errore determinato da una condotta negligente o imprudente e se, comunque, il comportamento terapeutico appropriato avrebbe avuto una qualificata probabilità di evitare l'evento.

La Corte di Cassazione (Cass. Pen., sez. IV, sentenza 8 luglio 2014, n. 2168) ha anche sostenuto che «*la verifica della condotta del medico ai fini dell'esenzione della colpa non può essere limitata esclusivamente all'osservanza del parametro del pedissequo rispetto delle linee guida, che non possono fornire indicazioni di valore assoluto, non potendosi ritenere che l'adeguamento o il non adeguamento del medico alle medesime escluda o determini automaticamente la colpa. Se, infatti, nel caso di condotte conformi alle linee guida, queste potranno rilevare in chiave difensiva in funzione dell'esonerazione dalla responsabilità, il rispetto delle linee guida non esonera da responsabilità il medico che, al di fuori dei casi di colpa lieve, non abbia tenuto conto di specificità che caratterizzavano il quadro patologico del paziente e che avrebbero dovuto indirizzare verso un percorso terapeutico diverso. È doveroso, quindi, per il giudice censurare la condotta del medico ove egli si limiti ad attenersi alle linee guida nel caso in cui la particolarità della fattispecie concreta avrebbe potuto imporre o consigliare scelte difformi da quelle codificate*» (sulla stessa linea si pone pure Cass. Pen., sez. IV, sentenza 22 aprile 2015, n. 24455). Nel primo intervento dopo la riforma apportata al settore della responsabilità

³² RICCI P., MASSONI F., RICCI L., DEL RIO A., RICCI S., *Linee guida e responsabilità professionale medica. Un'analisi ed interpretazione dell'obiettività dell'evidence based medicine*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale (e del Diritto in campo sanitario)*, 2017; 2: 563.

medica dalla legge 8 marzo 2017, n. 24, la Corte di Cassazione ha chiarito che il valore esimente che il nuovo art. 590 sexies c.p. attribuisce al rispetto delle linee guida non opera se nella specie si tratti di una osservanza del tutto astratta e non aderente alle caratteristiche del caso concreto (Cass. pen., sez. IV, sentenza 20 aprile 2017, n. 28187)³².

Va ricordata anche l'ulteriore posizione assunta dalla Suprema Corte di Cassazione penale - già cennata in precedenza - in merito alla tipologia di linee guida da adottare quale parametro per valutare la correttezza del comportamento tenuto dall'esercente la professione sanitaria.

La Corte di Cassazione penale, sez. IV, con sentenza 23 novembre 2010, n. 8254, ha stabilito che «[...] se le 'linee guida' richiamate dai giudici del gravame [...] dovessero rispondere solo a logiche mercantili, il rispetto delle stesse a scapito dell'ammalato non potrebbe costituire per il medico una sorta di salvacondotto, capace di metterlo al riparo da qualsiasi responsabilità penale civile, o anche solo morale, poiché sul rispetto di quelle logiche non può non innestarsi un comportamento virtuoso del medico che, secondo scienza e coscienza, assuma la decisione più opportuna tutela della salute del paziente [...]».

Più di recente, la stessa Corte (Sez. IV, sentenza 11 marzo 2013, n. 11493) ha affermato che: «Le linee guida, per avere rilevanza nell'accertamento della responsabilità del medico, devono indicare standard diagnostico-terapeutici conformi alle regole dettate dalla migliore scienza medica a garanzia della salute del paziente e non devono essere ispirate ad esclusive logiche di economicità della gestione, sotto il profilo del contenimento delle spese. Se è vero, infatti, che anche le aziende sanitarie devono ispirare il proprio agire anche al contenimento dei costi ed al miglioramento dei conti - a maggior ragione in un contesto di difficoltà economica - è altresì vero che tali scelte non possono in alcun modo interferire con la cura del paziente».

Gli ermellini, quindi, prima dell'entrata in vigore della legge in parola, hanno evidenziato come il riferimento alle linee guida non può fondarsi esclusivamente su logiche di economicità della prestazione, sottolineando anche il problema della eterogeneità delle linee guida da porre a riferimento per valutare il comportamento dei sanitari.

L'impianto normativo della legge e del successivo decreto ministeriale, introducendo un percorso di validazione delle linee guida, potrebbe porre rimedio alla problematica relativa alla difformità di linee guida presenti per trattare la stessa patologia ed al loro differente grado di affidabilità: «pur rimanendo invariata l'importanza attribuita nella pratica sanitaria alle raccomandazioni previste nelle

³² La riforma, per la stessa Corte, «presenta evidenti "incongruenze interne tanto da mettere in forse la stessa razionale praticabilità della riforma in ambito applicativo", specie laddove da una parte esclude la punibilità in caso di rispetto delle linee guida e dall'altra ne delimita l'applicazione ai casi di imperizia. Per i giudici, inoltre, la nuova disposizione non troverà applicazione in tutti quegli ambiti che non sono governati da linee guida e neppure in quelli dove le linee guida ci sono ma le caratteristiche del caso concreto conducono a escluderle» (www.dejure.it, massima della sentenza).

linee guida, il testo normativo ne circoscrive la rilevanza a quelle elaborate da enti, istituzioni pubbliche o private, società scientifiche ed associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in un apposito elenco costituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute (art. 5). In risposta alle critiche che evidenziavano la molteplicità delle fonti di provenienza delle linee guida ed il loro diverso grado di affidabilità e di coerenza, viene, dunque, introdotta una disciplina volta a garantire la duplice finalità di controllo sulle fonti di produzione delle linee guida e di conoscibilità delle stesse da parte degli operatori sanitari [...]»³³.

Per Montanari Vergallo «*la concreta utilità di questa riforma sarà rimessa alla capacità delle emanande linee guida di, da un lato, offrire ai professionisti chiare indicazioni di comportamento e, dall'altro, basarsi su standard qualitativi idonei a tutelare al meglio la salute dei malati e non soltanto a rendere sostenibile il sistema sanitario, così da diventare un punto di riferimento di carattere clinico e medico-legale*»³⁴.

Dopo la legge in discussione, la Cassazione è tornata sul tema delle linee guida, escludendo la responsabilità medica nel caso di rispetto delle linee guida o delle buone pratiche clinico-assistenziali: «*Il secondo comma dell'art. 590-sexies cod. pen. articolo introdotto dalla legge 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. legge Gelli -Bianco), prevede una causa di non punibilità dell'esercente la professione sanitaria operante, ricorrendo le condizioni previste dalla disposizione normativa (rispetto delle linee guida o, in mancanza, delle buone pratiche clinico -assistenziali, adeguate alla specificità del caso), nel solo caso di imperizia, indipendentemente dal grado della colpa, essendo compatibile il rispetto delle linee guida e delle buone pratiche con la condotta imperita nell'applicazione delle stesse*» (Cassazione penale, sez. IV, 19 ottobre 2017, n. 50078)³⁵.

5. Il valore di linee guida e protocolli come regole cautelari

Altra questione, di natura più strettamente giuridica ma che, per i risvolti medico-legali che ne derivano, merita di essere menzionata, è quella inerente al valo-

³³ Massimario della Corte di Cassazione penale, 2016: 130.

³⁴ MONTANARI VERGALLO G., *La nuova responsabilità medica dopo la riforma Gelli-Bianco*, Dike, Roma, 2017: 9. Luci ed ombre delle emanande linee guida sono state oggetto di considerazioni anche da parte di CUPELLI C., *La responsabilità penale degli operatori sanitari e le incerte novità della legge Gelli-Bianco*, in *Cassazione Penale*, 2017; 5: 1765 (si veda il paragrafo *Le linee guida "certificate": aspetti positivi e perplessità di fondo*) e di (si veda il paragrafo *Vizi e virtù delle linee guida alla prova del contesto italiano*).

³⁵ La sentenza è stata annotata da GRILLO P., *La riforma 'Gelli-Bianco' secondo la Cassazione: qualche spunto di riflessione*, in *Diritto & Giustizia*, 2017; 173: 4: «[...] La 'Gelli-Bianco' ha creato un ruolo ufficiale per le famose (o famigerate?) linee guida, portate alla ribalta nel tentativo disperato di contingentare il più possibile lo spettro discrezionale del giudizio di merito. L'azione del medico, nel caso concreto, risulta conforme a quanto la stessa scienza medica accreditata stabilisce? In questa ipotesi non dovrà discutersi di responsabilità penale, neppure se la condotta del sanitario fosse, per ipotesi, colposamente imperita. Da Piazza Cavour si apre uno spunto interessante: è stata una scelta del legislatore quella di prevedere una sorta di immunità penale per la colpa per imperizia, e di non estenderla anche a quella per negligenza o imprudenza, tuttavia è lecito nutrire qualche dubbio sul rispetto del principio costituzionale di eguaglianza: l'imperizia grave può essere non punibile, ma la negligenza lieve, invece, sarà sempre sanzionabile [...]».

re da attribuire alle linee guida, quali strumento di indirizzo o di vera e propria regola cautelare.

La giurisprudenza ha chiarito che «è sempre necessario individuare la regola cautelare, preesistente alla condotta, che ne indica le corrette modalità di svolgimento, non potendo il giudice limitarsi a fare ricorso ai concetti di prudenza, perizia e diligenza senza indicare in concreto quale sia il comportamento doveroso che tali regole cautelari imponevano di adottare» (Cass. Pen., Sez. IV, sentenza 14 aprile 2016, n. 31490). La regola cautelare di riferimento deve essersi, quindi, formata prima della condotta o quantomeno in epoca coeva alla stessa.

In proposito, precedentemente (Cass. Pen., sez. IV, del 9 aprile 2013, n. 16273) era stato pure chiarito come «le linee guida accreditate operano come direttiva scientifica per l'esercente le professioni sanitarie ma non danno luogo a norme propriamente cautelari, di talché non configurano ipotesi di colpa specifica, in ragione sia della loro varietà e del loro diverso grado di qualificazione sia per la loro natura di strumenti di indirizzo di orientamento privi della prescrittività propria di una regola cautelare, per quanto elastica. Le linee guida accreditate, a differenza dei protocolli e delle "checklist", non indicano una analitica, automatica successione di adempimenti ma propongono solo direttive generali, istruzioni di massima, orientamenti, che vanno applicate in concreto senza automatismi ma rapportandole alla specificità di ciascun caso clinico [...]» ed anche come (Cass. Pen., sezione IV, con sentenza 19 marzo 2015, n. 16405), «pur svolgendo un ruolo importante quale atto di indirizzo per il medico, le linee guida, anche quando provenienti da fonti autorevoli, conformi alle regole della miglior scienza medica e non ispirate ad esclusiva logica di economicità, non possono assurgere al rango di fonti di regole cautelari codificate, rientranti nel paradigma dell'art. 43 cod.pen. (leggi, regolamenti, ordini o discipline), non essendo nè tassative nè vincolanti e, comunque, non potendo prevalere sulla libertà del medico, sempre tenuto a scegliere la migliore soluzione per il paziente».

Prima dell'emanazione della legge, la Suprema Corte di Cassazione Penale aveva, dunque, precisato che le linee guida non offrono degli *standard* legali precostituiti e, pertanto, non sono riconducibili nel novero delle regole cautelari, secondo il classico modello della colpa specifica (Cass. Pen., Sez. IV, sentenza 11 maggio 2016, n. 23283), rilevando pure che dietro la generica e unitaria definizione di "linee guida" si nasconde «un prodotto multiforme, originato da una pluralità di fonti, con diverso grado di affidabilità». Infatti, alcuni documenti provengono da società scientifiche, altre da gruppi di esperti, altri da organismi ed istituzioni pubblici o da organizzazioni sanitarie di vario genere.

Giunta ha sostenuto che *protocolli* e *linee guida* sono concetti che rientrano entrambi nella nozione di *discipline* di cui all'art. 43 c.p. e che il protocollo «è l'applicazione di un razionale scientifico o esperienziale rispetto a uno specifico fattore di rischio; si può dire, pertanto, che esso rilascia autentiche regole cautelari, ossia prescrive comportamenti con funzione preventiva». Le linee guida, invece, «solitamente prescindono dalla verifica del razionale scientifico; per questa ragione esse presentano un profilo pre-

valentemente metodologico non vincolante, fungendo da raccomandazioni [...] Le linee guida, dunque, non costituiscono autentiche regole cautelari, ma possono delimitare l'ambito del rischio consentito nei limiti in cui non smentiscono i protocolli»³⁶.

In dottrina medico-legale alcuni Autori hanno segnalato che a fianco della *colpa generica*, posta in essere con azioni negligenti, imperite o imprudenti, si pone, nell'ambito della responsabilità, la *colpa specifica*, cioè quella forma di volontà colpevole che è posta in essere, quando l'agente realizza un fatto dannoso a causa dell'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline. In merito alla colpa specifica assumerebbero notevole rilevanza i *protocolli operativi* e le *linee guida*³⁷. Altre autorevoli fonti sembrano assimilare le linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali previste dall'art. 5 alle regole cautelari: «*nel caso in cui manchino le raccomandazioni contenute nelle linee guida, si prevede che gli esercenti le professioni sanitarie si attengano alle buone pratiche clinico-assistenziali che si configurano, dunque, quali regole cautelari di secondo livello, verosimilmente connotate da un inferiore livello di coerenza*»³⁸.

Emerge, quindi, la necessità di chiarire quale valore bisognerà assegnare alle "nuove" linee guida: se quello di *raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche*, come noi riteniamo, o se quello di vere e proprie regole cautelari.

A sostegno dell'idea che le linee guida non possano essere considerate regole cautelari dal carattere vincolante, valgono le considerazioni che esse risultano caduche e, quindi, se la loro validazione da parte degli organi preposti non sarà al passo con l'evoluzione scientifica, le linee guida adoperate per valutare la correttezza del comportamento tenuto dagli esercenti la professione sanitaria rischierebbero di essere non aderenti alle evidenze scientifiche, per cui risulterebbero di fatto inutilizzabili dapprima da parte dei clinici e, poi, da parte dei medici legali, per le valutazioni di natura forense che possono essere richieste *ex post* in sede giudiziale. Ancora, la stessa possibilità prevista dalla legge di potersi discostare dalle raccomandazioni delle linee guida, se il caso particolare lo richiede, pone in evidenza come debba venir meno l'automaticità dell'applicazione della ipotizzata regola cautelare.

Quanto sopra esposto porterebbe a concludere, concordemente con quanto già in passato sostenuto da parte della dottrina medico-legale, che le linee guida non possono essere innalzate a rango di regole cautelari poiché non dovrebbero esse-

³⁶ GIUNTA F., *Il reato colposo nel sistema delle fonti* in *La giustizia penale*, 2012; 117 (11 - parte II): 577.

³⁷ BUCCELLI C., ABIGNENTE I., NIOLA M., PATERNOSTER M., GRAZIANO V., DI LORENZO P., *La rilevanza delle linee guida nella determinazione della responsabilità medica. Le novità introdotte dalla cd Legge Balduzzi, le problematiche connesse, i tentativi di risoluzione*, in *Rivista Italiana di Medicina legale*, 2016; 2: 663.

³⁸ Massimario della Corte di Cassazione penale, 2016, pag. 130.

re considerate, «*alla stregua di rigidi precetti, bensì come indicazioni operative di massima, che la situazione clinica del singolo caso può, di volta in volta, imporre di accantonare [...] come delle gabbie nelle quali costringere l'oggettivamente irrinunciabile flessibilità operativa della pratica clinica, ma come strumenti atti a facilitare e razionalizzare l'iter decisionale del medico, sotto il profilo dell'efficacia e dell'efficienza*»³⁹.

Il *protocollo*, semmai, delineando uno specifico schema di comportamento con carattere vincolante rispetto alla linea guida, potrebbe essere equiparato - come è stato fatto da alcuni giuristi - alla regola cautelare, in base alla quale si può configurare una colpa specifica dell'esercente la professione sanitaria in caso di inosservanza.

Poiché la legge non pone alcuna distinzione tra *linee guida* e *protocolli*, si dovrà attendere l'elaborazione giurisprudenziale al riguardo per comprendere quale contenuto (ricomprenderanno anche protocolli e procedure?) e quale robustezza (si tratterà di raccomandazioni cliniche di ausilio per il medico e per il paziente o di vere e proprie regole cautelari?) attribuire alle linee guida e, ancor più, alle buone pratiche clinico-assistenziali.

6. Le linee guida in Medicina legale

Complesso appare il discorso delle linee guida anche quando si estende alla Medicina legale. Ciò aveva portato già a formulare alcune considerazioni in passato relativamente alla qualità ed all'utilizzo delle linee guida in Medicina legale, considerazioni che, a questo punto, vista la formulazione dell'art. 5, debbono essere pressoché integralmente richiamate.

In alcune sfere della disciplina le società scientifiche ed i gruppi di lavoro di riferimento hanno elaborato numerose linee guida a tutela della qualità del prodotto finale (si vedano al riguardo i contributi in tema di ematologia e genetica forense, di tossicologia forense, di patologia forense e di criteri di valutazione in ambito di responsabilità professionale medica). Proprio di recente la *Società italiana di Medicina legale e delle Assicurazioni* ha avuto il merito di pubblicare il volume *Linee guida per la valutazione del danno alla persona in ambito civilistico* (Giuffrè, 2016), utile soprattutto per tutte quelle fattispecie che non ricadono nelle previsioni di cui alla *Tabella delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra 1 e 9 punti di invalidità* di cui al d.m. 3 luglio 2003 e, in ogni caso, per i criteri valutativi da adottare nell'accertamento del grado di invalidità.

Mentre in campo clinico si assiste ad una costante revisione delle linee guida e dei protocolli, in Medicina legale non si assiste ad un analogo processo ed i rife-

³⁹ BUZZI F., *Formulazione e comunicazione della diagnosi: aspetti medico legali e risvolti deontologici-relazionali*, in *Rivista italiana di Medicina legale*, 2005: 17 (1): 32.

rimenti normativi che indicano spesso i criteri valutativi da adottare, laddove esistenti, «appaiono datati, alcuni anacronistici e comunque svincolati da meccanismi di revisione altrimenti imposti dall'evoluzione scientifica»⁴⁰.

In ogni caso, le *linee guida* “normate” per la Medicina legale potrebbero definirsi per lo più di “esito”, in quanto si concentrano sull'*outcome* del processo medico-legale.

Nell'ambito della Medicina legale spesso esistono criteri di valutazione dettati *ex lege*, per cui gli stessi potrebbero, in linea di massima, assumere il valore di una regola cautelare.

Ad esempio, in ambito Inail, la metodologia che il medico legale deve adoperare nella valutazione del danno⁴¹ e le tabelle di riferimento sulle quali individuare le voci menomative ed i *range* percentualistici cui il danno biologico rilevato afferisce sono individuate da fonti normative⁴². I relativi criteri applicativi sono stati oggetto di disposizioni interne⁴³ e di autorevole monografia⁴⁴.

Le fonti normative e le disposizioni interne, tuttavia, non esauriscono lo spettro delle fattispecie con le quali il medico Inail è chiamato a rapportarsi e che necessitano, in un futuro prossimo, di altri interventi finalizzati a garantire la sicurezza della prestazione in termini di appropriatezza, correttezza ed omogeneità.

Tanto più se si considerano le peculiari attività che il medico Inail è chiamato a governare, comprese quelle relative alle “prime cure” ed alle attività riabilitative e protesiche, le quali sollecitano la necessità di conoscere lo stato dell'arte anche in queste discipline per garantire la corretta supervisione dell'interno processo. Inoltre, non può essere trascurato il ruolo determinante oggi assunto nel reinserimento lavorativo delle persone con disabilità da lavoro, scaturito dai nuovi compiti assegnati all'Inail a seguito dell'emanazione delle novità legislative introdotte con il comma 166 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190⁴⁵.

Il progresso scientifico, inoltre, indurrebbe alla revisione di note istituzionali del passato in cui si indicavano accertamenti clinici e strumentali diagnostici utili

⁴⁰ ROSSI P., COMACCHIO A., MELE A., *La gestione del rischio sanitario medico-legale. Dalla clinical governance ai processi medico legali*, op. cit. sub (8): 41.

⁴¹ D.p.r. 30 giugno 1965, n. 1124; d.lgs. 23 febbraio 2000, n. 38.

⁴² D.m. 12 luglio 2000.

⁴³ Circolare Inail n. 57 del 4 agosto 2000, Nota operativa Direzione centrale prestazioni Inail n. 1 del 10 ottobre 2000, risposta a quesiti Direzione centrale prestazioni Inail n. 1/2001 del 19 febbraio 2001; lettera Direzione centrale prestazioni e Sovrintendenza medica generale dell'8 maggio 2001; risposta a quesiti Direzione centrale prestazioni Inail N. 2/2001 del 12 giugno 2001; lettera Direzione centrale prestazioni e Sovrintendenza medica generale del 17 luglio 2001, lettera Direzione centrale prestazioni e Sovrintendenza medica generale del 4 luglio 2005; lettera Direzione centrale prestazioni del 4 ottobre 2005.

⁴⁴ CIMAGLIA G., ROSSI P., *Danno biologico. Le tabelle di legge*, Giuffrè, Milano, 2006.

⁴⁵ Art. 1, comma 166: «Sono attribuite all'Inail le competenze in materia di reinserimento e di integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro, da realizzare con progetti personalizzati mirati alla conservazione del posto di lavoro o alla ricerca di nuova occupazione, con interventi formativi di riqualificazione professionale, con progetti per il superamento e per l'abbattimento delle barriere architettoniche sui luoghi di lavoro, con interventi di adeguamento e di adattamento delle postazioni di lavoro. L'attuazione delle disposizioni di cui al presente comma è a carico del bilancio dell'INAIL, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica».

per inquadrare dal punto di vista nosologico la malattia e per stabilirne l'etiologia professionale.

Per conseguenza, anche per la Medicina legale è stata richiamata in passato la necessità, così come avviene per le linee guida in clinica, di una revisione periodica, in quanto l'immutabilità riguarda l'oggetto della tutela mentre non altrettanto dovrebbe essere riguardo agli strumenti normativi che consentono di tradurre l'invalidità in ristoro economico, per cui in tal senso, «*un sistema di gestione della disciplina ispirato a criteri di economicità, efficienza, efficacia ed anche eticità, dovrebbe prevedere un sistematico meccanismo di aggiornamento, insito nella novella legislativa originaria, in grado di recepire le indicazioni della Medicina delle evidenze*»⁴⁶.

E pure per la Medicina legale devono essere ricordate situazioni concrete in cui si deve tener conto, nella valutazione del danno, ma anche nel riconoscimento del nesso causale, delle peculiarità presentate dal caso oggetto di accertamento, che possono determinare scostamento rispetto alle astrazioni tipiche delle "linee guida".

Si pensi al dibattito dottrinario tuttora in essere circa lo stato anteriore di un soggetto già invalido in una certa misura, il quale riporta ulteriori menomazioni a seguito di un nuovo evento lesivo: quale percentuale andrà attribuita alla nuova menomazione, quella prevista dalle voci tabellari con riferimento ad un individuo integro oppure una differente percentuale modificata in quanto tiene conto della preesistente invalidità? In altri termini, quale deve essere in questi casi il punto di reperi da cui partire per esprimere una percentuale che rispecchi realmente la situazione invalidante presentata dal soggetto valutato?

Ed ancora, laddove non esiste un riferimento normativo specifico quali "linee guida" deve seguire il medico legale per pervenire ad una corretta valutazione?

In sede Inail, in caso di menomazioni plurime policrone concorrenti eterogenee è prevista *ex lege* l'applicazione della formula di Gabrielli.

Quando la valutazione attuale debba tener conto di preesistenze omogenee concorrenti o coesistenti sono state dettate regole metodologiche da seguire, consistenti nel verificare, all'atto della valutazione attuale, anche il quadro invalidante preesistente, al fine di pervenire ad una valutazione complessiva che tenga conto del danno biologico totale. Nel caso delle menomazioni plurime policrone omogenee concorrenti, tuttavia, la norma non specifica se bisogna ricorrere a formule, a sommatorie ovvero considerare un *quid pluris* rispetto alla somma dei valori attribuiti alle singole menomazioni - come sostenuto da alcuni Autori del passato - e soprattutto di quale entità.

Anche per la Medicina legale è possibile, poi, che il caso sottoposto all'accertamento si discosti da quelli per cui valgono le specifiche previsioni normative e che il medico legale nella sua valutazione debba tener conto di ulteriori fattori non previsti e certamente *a priori* non prevedibili.

⁴⁶ ROSSI P., COMACCHIO A., MELE A., *La gestione del rischio sanitario medico-legale. Dalla clinical governance ai processi medico legali*, op. cit. sub (8): 43.

Allo stesso pari di quanto dovrebbe avvenire in clinica, la “personalizzazione” della valutazione che tiene conto delle specificità del caso concreto osservato e che comporta uno scostamento dalle “linee guida medico-legali”, dovrebbe sempre essere motivata - evidenziando le peculiarità che hanno determinato un allontanamento dai criteri standardizzati - e documentata.

In ambito Inail, il medico oggi si confronta anche con il reinserimento del disabile per causa di lavoro non soltanto nella vita di relazione, ma anche in quella lavorativa. Questo aspetto richiama ulteriori conoscenze rispetto a quelle tradizionali inerenti alla quantificazione dell’invalidità del soggetto, che riguardano la sua validità residua e la possibilità di impiego nella stessa o in una differente attività lavorativa. La valutazione formulata in base all’ICF (Classificazione internazionale del funzionamento della disabilità della salute) potrebbe risentire di una certa discrezionalità dovuta al fatto che alcuni elementi da considerare sfuggono alla rigidità della metodologia medico-legale, con particolare riguardo agli elementi conoscitivi propri della disciplina ed alla necessaria applicazione del rigore obiettivo.

Ebbene, dunque, anche per la Medicina legale, compresa quella assicurativo-previdenziale, in base agli esempi sopra richiamati, si ripropongono le stesse problematiche che, seppure in una differente ottica e con diverse finalità, si riscontrano nella costruzione e nell’applicazione delle linee guida e delle buone prassi in ambito clinico-assistenziale. E valgono, pure, a questo punto, “in via analogica”, gli stessi richiami della Corte di Cassazione ad utilizzare linee guida orientate a perseguire il bene primario della salute del lavoratore, non soltanto in rapporto a logiche di economicità del provvedimento.

Lo sforzo che la disciplina è chiamata a compiere sotto questo profilo - come peraltro ha già fatto in più occasioni in passato - è quello di elaborare, accanto alle linee guida prevalentemente di esito di cui alle normative vigenti, linee guida “di processo”, ovvero sia caratterizzate dalla presenza di una serie di evidenze, di indicatori in grado di descrivere il comportamento corretto da tenere nelle varie fasi dell’accertamento, anche quelle preliminari, che possono anche non impattare sull’esito del provvedimento. Sotto questo profilo, in ambito Inail possono essere ricordate le linee guida per l’applicazione della tabella dei coefficienti, per la trattazione degli infortuni *in itinere*, il flusso per la trattazione delle malattie professionali, etc. che, se pure datate, evidenziano l’analisi dell’intero processo, prima di giungere all’esito medico-legale, per modo da guidare l’operatore (in alcuni casi sia amministrativo sia medico-legale) a tenere la giusta condotta. Più di recente, sono state elaborate *check list* per le attività di *audit* effettuate dal Servizio ispettorato e sicurezza Inail che contengono indicatori di processo ripresi proprio dalle linee guida già esistenti. D’altronde, anche le linee guida cliniche indicano regole di comportamento nelle fasi di diagnosi e di trattamento, individuando quali dovrebbero essere - in base alle evidenze scientifiche disponibili - quelle migliori, rifacendosi, cioè, al processo assistenziale e partendo dal presupposto che migliore sarà il processo, migliore proba-

bilmente sarà l'esito finale. A titolo esemplificativo, basti citare le *linee guida Rockets* della *SIGN* per il *management* delle fratture di anca nelle persone più anziane nelle quali le evidenze di grado A (profilassi antitrombotica, profilassi antibiotica, *assessment* pre-operatorio, etc.) rappresentano comportamenti da seguire (sempre tenuto conto delle caratteristiche del caso osservato), poiché è dimostrato che le stesse individuano lo *standard* più corretto cui attenersi ed anche in termini prognostici forniscono maggiori garanzie sull'esito dell'intervento chirurgico.

Analogamente per la Medicina legale, riservando inizialmente i termini del discorso introdotto a fattispecie a rilevante frequenza, impatto economico o reputazionale, descrivere nel dettaglio un processo nelle sue fasi, individuando le azioni più corrette da compiere in ciascuna di esse, può identificare la linea guida di supporto per il medico nelle differenti e numerose attività che è chiamato a svolgere.

7. Gli organi deputati ad emanare le Linee guida

Ai sensi dell'art. 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24, la titolarità ad emanare le linee guida risulta demandata a:

- a) enti e istituzioni pubbliche e private;
- b) società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministero della salute.

L'utilizzo della congiunzione "nonché" e la successiva emanazione del decreto che tratta, infatti, esclusivamente delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche, consentono di concludere che l'iscrizione in apposito elenco non riguarda gli enti e le istituzioni pubbliche e private, le quali possono esercitare tale titolarità a prescindere dal percorso individuato per le società e associazioni di cui alla lettera b).

Il problema degli enti pubblici era già stato sollevato da alcuni Autori già richiamati nel testo, che si erano domandati se in essi potevano rientrare anche gli Ordini ed i Collegi professionali. La risposta, secondo gli stessi, poteva essere positiva soltanto per quanto attiene alla produzione di buone pratiche per la sicurezza per le cure, mentre per l'emanazione delle linee guida e delle subordinate buone pratiche clinico-assistenziali non risulterebbe, invece, credibile, l'accreditamento, in quanto «*la normativa di riferimento non attribuisce loro queste competenze di natura strettamente scientifica che sono necessarie per la costruzione delle linee guida*». Per gli stessi Autori non risulta chiara, poi, la *ratio* di esclusione dal decreto ministeriale degli enti e delle istituzioni pubbliche e private, esclusione che suscita alcune perplessità in ordine ai criteri di individuazione delle istituzioni pubbliche e private titolari di linee guida. Pertanto, essi concludevano invitando a fissare in modo chiaro, nel decreto ministeriale, «*il metodo di produ-*

zione che valesse come principio generale applicabile a tutti i titolari di produzione di linee guida e buone pratiche»⁴⁷.

Per altri Autori che si sono cimentati nel commento della legge, secondo la lettura dei commi dell'art. 5 «*gli enti e le istituzioni del settore pubblico e privato avranno "avallo" legislativo per poter elaborare le linee guida a cui il personale medico e sanitario è tenuto ad attenersi nell'esercizio della propria professione (primo comma, articolo 5), nonché ai sensi del contenuto dei successivi articoli 6 e 7»⁴⁸.*

Nessun cenno, però, viene posto in relazione alle prestazioni con finalità medico-legale.

Con il d.m. 2 agosto 2017, pubblicato su Gazzetta ufficiale n. 186 del 10 agosto 2017, è stato istituito presso il Ministero della salute l'elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, per le finalità di cui all'art. 5, commi 1 e 2, della legge 8 marzo 2017, da aggiornarsi con cadenza biennale.

Entro 90 giorni dalla pubblicazione del decreto, le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie possono presentare l'istanza di iscrizione all'elenco, compilando un *format* disponibile sul sito del Ministero della salute (<http://www.salute.gov.it/portale/home.html>), allegando la documentazione necessaria a dimostrare il possesso dei requisiti richiesti, individuati nel primo comma dell'art. 2 del decreto, e cioè la rilevanza di carattere nazionale (almeno 12 regioni e province autonome), rappresentatività di almeno il 30% dei professionisti non in quiescenza nella specializzazione o disciplina previste dalla normativa vigente, o nella specifica area o settore di esercizio professionale (per i medici di Medicina generale viene richiesto un requisito di rappresentatività di almeno il 15% dei professionisti), atto costitutivo redatto per atto pubblico e statuto, da cui emergano gli elementi di cui al successivo secondo comma (al cui testo si rinvia direttamente). I requisiti richiesti risultano in parte sovrapponibili a quelli già prospettati nel d.m. 31 maggio 2004 (*Requisiti che devono possedere le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie*). Tale decreto venne annullato dalla Corte costituzionale con sentenza 9 ottobre 2006, n. 328, a seguito di un giudizio per conflitto di attribuzione nel confronti dello Stato promosso dalla provincia autonoma di Trento rilevando «*che non spettava allo stato, e per esso il Ministero della salute, stabilire, con norme regolamentari, i requisiti che devono possedere le società scientifiche le associazioni tecnico scientifiche delle professioni sanitarie che intendano svolgere le attività formative di collaborazione con le istituzioni pubbliche competenti in materia di sanità ed attribuire i relativi poteri amministrativi di verifica dei predetti requisiti, di riconoscimento di revoca ad un organo statale*». Secondo Del Sordo e

⁴⁷ BENCI L., RODRIGUEZ D., *Le linee guida e le buone pratiche*, op. cit. sub (4): 78.

⁴⁸ DEL SORDO S., GENOVESE U., *Articolo 5. Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida*, op. cit. sub (5): 48.

Genovese, il contenuto della sentenza della Consulta potrebbe estendersi anche alla nuova norma, in quanto *«parrebbe che l'attività di elaborazione delle linee guida da parte delle società scientifiche (di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo 5), da integrare nel sistema nazionale linee guida e - a loro volta - da pubblicare sul sito internet dell'Istituto superiore di sanità, previa verifica della metodologia adottata (di cui al terzo comma), possa quantomeno richiamare un'attività "di collaborazione con le istituzioni pubbliche competenti in materia di sanità", sulla cui competenza statale ministeriale la Corte Costituzionale già si è espressa»*⁴⁹.

Entro 120 giorni dalla scadenza del predetto termine, il Ministero della salute, previo parere delle Federazioni o delle Associazioni professionali maggiormente rappresentative di riferimento, procede all'istruttoria delle istanze pervenute, ai fini della pubblicazione dell'elenco sul proprio sito internet.

Nulla aggiunge il decreto in merito agli enti ed alle istituzioni pubbliche e private di cui all'art. 5 della legge⁵⁰.

Orbene, è di tutta evidenza, nel silenzio del decreto ministeriale al riguardo, per quanto detto sul punto delle linee guida in Medicina legale, che quando le stesse riguardano prestazioni di natura assistenziale e previdenziale, da cui scaturisce

⁴⁹ DEL SORDO S., GENOVESE U., *Articolo 5. Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida*, op. cit. sub (5): 48.

⁵⁰ Dopo l'emanazione del d.m. 2 agosto 2017, l'Ufficio Legislativo del Ministero della Salute ha elaborato una nota (prot. n. 0005288-P-11/10/2017) con la quale ha risposto ad un quesito interpretativo posto dalla Federazione Nazionale Collegi IPASVI in merito alla rappresentatività richiesta del 30%, chiarendo che *«tenuto conto della ratio delle richiamate disposizioni - può ritenersi che, ove in una determinata "disciplina" o "specializzazione", "area" o "settore" di esercizio professionale, non sussista alcuna società scientifica o associazione tecnico-scientifica che possieda una rappresentatività pari al 30 per cento, potranno comunque essere valutate ai fini dell'iscrizione nell'elenco le società scientifiche o associazioni tecnico-scientifiche aventi adeguata rappresentatività nella disciplina o specializzazione, area o settore di riferimento. Ciò al fine di evitare che: - non vi sia alcuna società scientifica o associazione tecnico-scientifica legittimata ad elaborare linee guida in una determinata disciplina o specializzazione, area o settore; - l'assenza di società scientifiche o associazioni tecnico scientifiche abilitate ad elaborare linee guida in una determinata disciplina o specializzazione, area o settore, determini disparità di trattamento per i professionisti rappresentati dalle medesime, ai quali non potrà essere applicata l'esimente della responsabilità penale colposa introdotta dal richiamato articolo 6 della legge n. 24 del 2017»*. Nel parere, tuttavia, non viene precisato cosa debba intendersi per "adeguata".

Detto principio è ripreso anche nella successiva nota di chiarimento (DGPROF 0054424 - P - 23 ottobre 2017) redatta dal Ministero della Salute *ai fini della compilazione dell'istanza per l'iscrizione nell'elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico scientifiche delle professioni sanitarie, di cui al d.m. 2 agosto 2017*, per dare risposta ai numerosi quesiti interpretativi da parte di soggetti interessati a presentare istanza per l'iscrizione nell'elenco previsto dall'art. 5, commi 1 e 2, della legge 8 marzo 2017, n. 24. Nel richiamare le specializzazioni e/o discipline, nonché l'area o settore di esercizio professionale, le disposizioni normative cui riferirsi sono state individuate nei d.m. 4 febbraio 2015, n. 68 (*Riordino delle scuole di specializzazione di area sanitaria*) e d.m. 16 settembre 2016, n.716 (*Riordino delle Scuole di specializzazione ad accesso riservato ai "non medici"*), nonché del d.p.r. 10 dicembre 1997, n. 484 (*Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale*).

Ne deriva la conferma che, in base alle fonti richiamate, le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche di Medicina legale, che presentano i requisiti richiesti, possono iscriversi nell'apposito elenco. Qualora dovesse venir meno il requisito della rappresentatività del 30%, ciò non costituirebbe una preclusione assoluta all'iscrizione in elenco.

l'erogazione di prestazioni economiche e/o di particolari benefici a soggetti che presentano determinati requisiti sanitari ed amministrativi, la titolarità ad emanare tali documenti non possa che essere riservata agli Istituti *ex lege* deputati ad effettuare gli accertamenti medico-legali in merito (Inail, Inps, Asl).

Stanti le specifiche previsioni normative che delegano all'Inail gli accertamenti in tema di infortuni lavorativi e malattie professionali e lo specifico *know how* acquisito dai medici dell'Istituto, noi crediamo che soltanto l'Inail risulti soggetto qualificato ad emanare linee guida e buone prassi da seguire in questo ambito della Medicina legale assicurativo-previdenziale.

Mentre per le prime cure, le attività diagnostiche (anche strumentali) e riabilitative gli specialisti operanti presso il nostro Istituto devono attenersi alle *linee guida* ed alle *buone pratiche clinico-assistenziali* proprie della disciplina di appartenenza, con necessità, quindi, di rifarsi ai documenti che verranno elaborati dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche di cui all'apposito elenco istituito dal combinato disposto normativo dell'art. 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24 e del d.m. 2 agosto 2017, si ritiene, di contro, che le uniche indicazioni utili in tema di Medicina legale assicurativo-previdenziale non possano che essere quelle istituzionali. Non risulterebbe appropriata, infatti, l'elaborazione di linee guida in Medicina legale previdenziale Inail da parte di altri enti o istituzioni, società scientifiche o associazioni tecnico-scientifiche di Medicina legale, pure se iscritte nell'apposito elenco ministeriale, in quanto potrebbero indurre - in caso di disallineamenti rispetto alle disposizioni interne già elaborate o da elaborare - difformità di giudizio medico-legale.

Ne derivano, da un lato, un necessario confronto con dette società e associazioni per raccogliere autorevoli contributi e per favorire un dibattito culturale che porti a soluzioni il più possibile condivise, ferma restando la unica titolarità dell'Inail all'emanazione delle linee guida, dall'altro, la necessità di promuovere una cultura istituzionale orientata alla produzione di raccomandazioni in forma di linee guida, per quelle fattispecie che risultano ancora non dettagliatamente regolamentate, o per quelle in cui le indicazioni fornite risultano oramai datate o, ancora, per quelle situazioni in cui non sono mai state fornite istruzioni e che, invece, possono generare giudizi medico-legali non uniformi sul piano nazionale e disparità di trattamento nei confronti del lavoratore infortunato e/o tecnopatico.

RIASSUNTO

Gli autori esaminano i risvolti dell'art. 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24 per la Medicina legale. Richiamando le definizioni di linee guida, percorsi, procedure, protocolli e buone pratiche clinico-assistenziali e le posizioni della giurisprudenza sul tema, sottolineano la necessità di elaborare indicazioni operative e linee guida anche per la Medicina legale. Con particolare riguardo alla Medicina lega-

le Inail, evidenziano la titolarità dell'Inail all'emanazione delle linee guida nelle materie di competenza e la necessità di promuovere e sviluppare una cultura istituzionale orientata in tal senso.

SUMMARY

The authors examine the implications for Legal Medicine of the dispositions of art. 5 of Law 8 March 2017, no. 24. They underline the need to elaborate operating instructions and guidelines for Legal Medicine, recalling the definitions of guidelines, pathways, procedures, protocols and good practices and the positions of jurisprudence. With particular regard to Inail Legal Medicine, they highlight the ownership of Inail in issuing guidelines in the competence matters and the need to promote and develop an institutional culture on this subject.

PRATICA E CASISTICA

LA TC_{ms} AD ALTA RISOLUZIONE (HRCT) NELLE PATOLOGIE ASBESTO-CORRELATE: ASPETTI RADIOLOGICO-FORENSI ED IMPLICAZIONI MEDICO-LEGALI

B. ALDI*, P.G. IACOVELLO**, N.M. GIORGIO***, G. POLICASTRO***, P. ZANGANI****

Introduzione

Le implicazioni medico-legali delle patologie asbesto-correlate sono numerose e sicuramente frequenti nella pratica peritale. Si tratta, infatti, di un tipo attività medico-legale che trova riscontro non solo in ambito previdenziale, ma sempre più spesso anche in ambito civile (risarcimento del danno da fatto illecito) e penale.

Vi sono due peculiarità da premettere: anzitutto, in casi del genere, la problematica principale è quasi sempre relativa all'accertamento del nesso casuale fra la patologia presentata e l'attività lavorativa svolta; in secondo luogo, le patologie delle quali si sostiene la dipendenza dall'esposizione all'amianto non sono soltanto quelle a carico dell'apparato respiratorio, ma anche di altri organi ed apparati (*in primis*, apparato digerente).

Si tratta, quindi, di accertamenti spesso assai complessi, per il medico-legale, ed alla base di tale complessità vi sono alcuni fattori ben noti:

- la documentazione è spesso carente, soprattutto nei riguardi del tempo e dell'intensità dell'esposizione, a causa del tempo trascorso;
- non si hanno dati su un'eventuale esposizione extralavorativa;
- per gli accertamenti strumentali, ed in particolare per quelli radiografici, di frequente si dispone dei soli referti ma non è possibile esaminare i radiogrammi;
- in tema di nesso causale, fra ambito previdenziale, ambito civile ed ambito penale, i criteri di accertamento sono diversi e, per esperienza personale, questo molto spesso non è noto ai consulenti tecnici d'ufficio.

Il presente contributo si pone l'obiettivo di sottolineare alcuni aspetti radiologici e medico-legali delle patologie asbesto-correlate, che potrebbero essere utilizzate dall'ausiliario del giudice per la risoluzione delle problematiche del caso.

* Radiologo, Scuola di Specializzazione in Medicina Legale, Seconda Università degli Studi di Napoli.

** Sovrintendente Sanitario Regionale - Inail Direzione Regionale Campania.

*** Scuola di Specializzazione in Medicina Legale, Seconda Università degli Studi di Napoli.

**** Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Medicina legale, Seconda Università degli Studi di Napoli.

Materiali e metodi

Lo studio ha riguardato 62 pazienti, tutti di sesso maschile, di età compresa tra i 50 ed i 69 anni, con anamnesi di pregressa esposizione certa all'asbesto per un periodo minimo di 10 anni. Inoltre, tutti i soggetti esaminati risultavano fumatori o ex fumatori. -

Dei 62 soggetti in esame, soltanto 35 erano stati sottoposti precedentemente a BAL.

Tra questi, in 20 soggetti era stata evidenziata la presenza di corpuscoli dell'asbesto, mentre in 15 casi il BAL era risultato negativo.

Tre soggetti, invece, non avevano potuto sottoporsi al BAL per controindicazioni assolute alla metodica.

I rimanenti 24 pazienti, invece, non erano mai stati sottoposti a tale esame.

Dei suddetti pazienti solo due sono stati sottoposti, come indagine di primo livello, ad esame rx convenzionale del torace, mentre tutti i soggetti in esame, invece, sono stati sottoposti ad HRCT.

Tale metodica è stata eseguita con apparecchiatura multidetettore. L'acquisizione delle immagini è stata effettuata mediante tecnica spirale, con scansioni assiali e ricostruzioni sui piani sagittale e coronale, ma senza tecnica volumetrica, per ridurre al minimo l'esposizione alle radiazioni ionizzanti. La collimazione scelta, per meglio evidenziare le lesioni in esame, è stata di 1-2 mm.

La scansione è stata effettuata senza somministrazione di mezzo di contrasto, pertanto non vi sono state controindicazioni di alcun tipo all'esecuzione di questo esame diagnostico.

CASO N. 1 - C.A. 22.4.2011

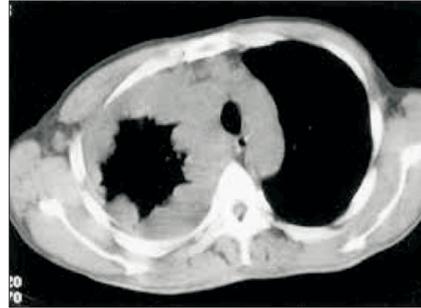
Referto HRCT: "area di opacità in sede basale destra, di morfologia irregolarmente ovalare, a margini spiculati con tralci fibrotici parietali in corrispondenza di un ispessimento pleurico. Si segnalano, altresì, strie di fibrosi sub-pleurica con ulteriori sfumati addensamenti parenchimali antero-laterali ed in sede posteriore paravertebrale a destra. Fibrosi interstiziale perilobulare in apicale destra con piccolo addensamento parenchimale omolaterale. Reliquato calcifico in apicale destra. Adenopatie calcifiche mediastiniche ed iuxta-ilarie a destra (il reperto va valutato con PET-Tc e con esame citologico per agoaspirazione Tc guidata (ca polmonare in asbestosi)

CASO N. 2 - A.A. Rx Torace 17.5.2010 - HRCT del 29.10.2010

Referto Rx Torace: retrazione dell'emitorace di destra che appare sede di significativo opacamento concentrico della pleura costale e mediastinica, e di opacità multi-

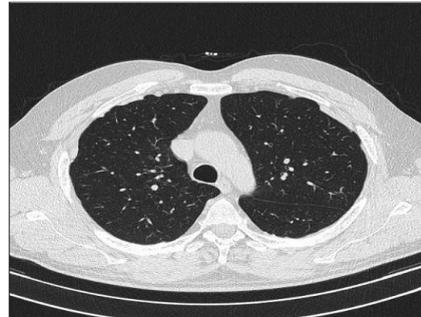
ple, rotondeggianti, occupanti il campo polmonare medio ed inferiore omolaterale. Seno costofrenico di destra obliterato. A sinistra oltre alla presenza di strie di fibrosi basale, non si apprezzano ulteriori dati di rilievo. Ombra cardiaca limiti (Mesotelioma).

Referto HRCT: Dopo intervento di pleurectomia-decorticazione destra, residua presenza di ispessimento eteroplastico circumferenziale anteriore a carico della pleura costale, ma esteso anche al versante medistinic, di spessore non uniforme (1-2 cm), e posteriore a carico della area paravertebrale. La scissura appare irregolare ed ispessita. La base di destra è interessata da ampi tralci fibrotici con evidente disorganizzazione architetturale delle strutture pleuro-polmonari.



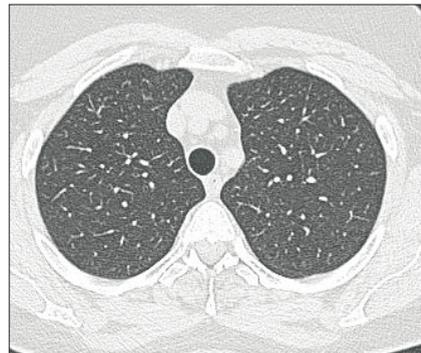
CASO N. 3 - G.N. 27.10.2010

Referto HRCT: “ispessimento della pleura costale apico-parieto-basale bilaterale con visibilità di placche antero-laterali e posteriori, irregolari nel profilo per evidenza di rilevatezze mammellonate, e con spot calcifici nel contesto, di estensione superiore ai 10 mm da entrambi i lati. Ectasia aortica dell’arco e del segmento discendente (asbestosi).”



CASO N. 4 - F.A. 22.9.2010

Referto HRCT: “Ispessimenti della pleura parietale posteriore bilateralmente, a partenza dalle scissure interlobari con le quali appaiono connessi e con irregolarità del profilo caratterizzato da rilevatezze millimetriche e da placche non calcifiche, di estensione di circa 10 mm o appena superiore, da entrambi i lati. Non si rilevano significative alterazioni dell’interstizio centrale e periferico”.



CASO N. 5 - N.L. 29.9.2010

Referto HRCT: Strie di fibrosi in sede apicale da entrambi i lati. Fini ispessimenti pleurici non calcifici della pleura costale con fini strie fibrotiche sub-pleuriche e con accenno a minuta placca a sinistra.

CASO N. 6 - D'A.L. 29.11.2010

Referto HRCT: Ispessimento pleurico paravertebrale da entrambi i lati e della pleura costale anteriore, con evidenza di placche fibrose non calcifiche, di estensione superiore ai 10 mm anteriormente a destra. Presenza di adenopatie calcifiche in sede iloperilare destra. Non evidenza di reticolazioni interstiziali.

CASO N. 7 - C.B. 16.11.2010

Referto HRCT: "Ispessimenti della pleura parietale bilateralmente, in sede apico-parieto-basale ed a carico della pleura diaframmatica, con calcificazioni nel contesto, più evidenti a destra; in particolare significativi ispessimenti pleurici sono rilevabili in sede posteriore paravertebrale ma rilevabile anche anteriormente in sede parasternale da entrambi i lati. Placche pleuriche di estensione superiore ai 10 mm con calcificazioni nel contesto a destra. Non si rilevano significative alterazioni dell'interstizio centrale e periferico".

CASO N. 8 - C.C. 25.11.2010

Referto HRCT: "Piccola placca non calcifica in apico-postero-laterale sinistra. Ispessimento pleurico parietale postero-laterale da entrambi i lati, con rilevatezze del profilo ed accenno a piccole placche in medico campo polmonare a livello del piano passante per la biforcazione tracheale. Area di sfumato addensamento parenchimale in paracardiaca sinistra (controllo tra 7-10 gg dopo terapia)".

CASO N. 9 - C.P. 22.2.2011

Referto HRCT: "Placche pleuriche parietali anteriori, con calcificazioni di tenue densità nel contesto a destra. Formazione nodulare parenchimale a destra a livello del segmento postero-superiore del lobo inferiore (utile valutazione PET-Tc e/o esame citologico per agoaspirazione ecoguidata. Segni di fibrosi interstiziale bilaterale (Atelettasia Rotonda). Rep. Acc.: formazione nodulare ipodensa (lipoma?) nel contesto delle formazioni muscolari posteriori di spalla a destra".

CASO N. 10 - C.N.24.2.2011

Referto HRCT: “Placche pleuriche apicali a disposizione antero-laterale a sinistra, in parte calcifiche, di estensione minore a destra. Ispessimenti pleurici calcifici posteriori in paravertebrale destra. Calcificazioni pleuriche mediastiniche a sinistra. Adenopatie calcifiche della loggia del Baretz. Grossolane calcificazioni della pleura diaframmatica a destra; piccola calcificazione della pleura diaframmatica a sinistra. Disorganizzazione interstiziale centrale e periferica con evidenza di piccoli elementi bollosi basali”.

CASO N. 11 - C.G. 22.2.2011

Referto HRCT: “Esile placca pleurica apicale antero-laterale a destra, estendentesi oltre i 10 mm. Ispessimenti pleurici parietali posteriori paravertebrali da entrambi i lati. Non evidenza di significative alterazioni dell'interstizio centrale e periferico. REP.ACC: piccole aree di ipodensità del parenchima epatico”.

CASO N. 12 - C.P. 22.2.2011

Referto HRCT: “Ispessimenti pleurici apicali e basali posteriori, con rilevatezze del profilo e presenza di contestuali calcificazioni più evidenti a destra in sede paravertebrale. Non evidenza di significative alterazioni dell'interstizio centrale e periferico. REP.ACC: calcificazioni vascolari ateromasiche aorto-coronariche.”

CASO N. 13 - C.M. 22.2.2011

Referto HRCT: “Ispessimento pleurico lineare calcifico posteriore paravertebrale dx con piccole rilevatezze millimetriche del profilo omolaterale, qualcuna evidente anche a sinistra. Piccole rilevatezze del profilo pleurico parietale, calcifiche, si rilevano a sinistra in sede antero-laterale. Grossolano ispessimento calcifico della pleura. Non evidenza di significative alterazioni dell'interstizio centrale e periferico”.

CASO N. 14 - C.M. 22.2.2011

Referto HRCT: “Ispessimento pleurico lineare calcifico posteriore paravertebrale dx con piccole rilevatezze millimetriche del profilo omolaterale, qualcuna evidente anche a sinistra. Piccole rilevatezze del profilo pleurico parietale calcifiche, si rilevano a sinistra in sede antero-laterale. Grossolano ispessimento calcifico della pleura dia-

frammatica a destra. Calcificazione paramediastinica sinistra (adenopatia?). Non evidenza di significative alterazioni dell'interstizio centrale e periferico”.

CASO N. 15 - C.A. 16.2.2010

Referto HRCT: *“Ispessimento pleurico parietale da entrambi i lati. Prevalentemente a destra si rilevano irregolarità del profilo pleurico anteriore parasternale e della pleura costale antero-laterale per evidenza di rilevatezze sub-centimetriche assumenti aspetto di mammellonature ed estese in piccole placche. Sempre a destra si rilevano vere placche pleuriche di estensione superiore a 10 mm, prevalentemente posteriori con qualche esile calcificazione contestuale a livello paravertebrale. Assenza di reticolazioni interstiziali.”*

CASO N. 16 - B.V. 25.11.2010

Referto HRCT: *“Piccole placche pleuriche parietali a sinistra, non calcifiche, interessanti la regione apicale antero-laterale. Piccola placca pleurica calcifica parasternale sinistra. Ispessimento pleurico posteriore calcifico bilateralmente, con spessore variabile (ma sup. ai 10 mm), il cui profilo appare irregolare a sinistra per evidenza di addensamenti focali caratterizzati da propaggini, saltuariamente dentellate, aggettanti verso il parenchima, sede peraltro di grossolane strie di fibrosi e di piccole bronchiectasie da trazione. Ispessimenti calcifici della pleura diaframmatica a destra. Non evidenza di significative alterazioni dell'interstizio centrale e periferico”.*

CASO N. 17 - B.S. 21.9.2010

Referto HRCT: *“Ispessimento della pleura parietale posteriore bilateralmente, più evidente a sinistra, con evidenza di fini irregolarità del profilo per evidenza di rilevatezze millimetriche, non calcifiche, presenti anche anteriormente in parasternale.”*



CASO N. 18 - A.S. 25.11.2010

Referto HRCT: *“Ispessimento pleurico parietale posteriore paravertebrale da entrambi i lati, con placca pleurica non calcifica, di estensione sup. ai 10 mm, mammellonata, in antero-laterale destra in medio campo polmonare. Ateromasia aortica”.*

CASO N. 19 - V.S. 22.2.2011

Referto HRCT: “Grossolani ed estesi ispessimenti pleurici, organizzati in placche, in parte calcifiche (di estensione sup.ai 10 mm) prevalenti a sinistra a disposizione apico-parieto-basale (sia anteriori che posteriori), evidenti anche a destra ove appaiono meno estese. Placche pleuriche calcifiche della pleura diaframmatica da entrambi i lati”.

CASO N. 20 - V.L. 22.9.2010

Referto HRCT: “Ispessimento parietale costo-diaframmatico da entrambi i lati con evidenza di piccola opacità sub-pleurica anteriore a sinistra, in paracardiaca, di verosimile pertinenza pleurica (utile HRCT con contrasto). Accenno a piccole placche, alcune con calcificazioni nel contesto”.

CASO N. 21 - R.G. 26.10.2010

Referto HRCT: “Ispessimento pleurico diffuso bilaterale della pleura costale anteriore e della pleura parietale posteriore con evidenza di placche pleuriche prevalentemente anteriori, alternate a rilevatezze mammellonate del profilo, alcune con calcificazioni nel contesto a sinistra. Obliterazione del seno costofrenico di destra. Non evidenza di significative alterazioni dell’interstizio centrale e periferico”

CASO N. 22 - V.A. 13.10.2010

Referto HRCT: “Artefatti in sede anteriore per esiti di sternotomia mediana. Ispessimento della pleura parietale posteriore bilateralmente, ed anteriore a sinistra in sede apicale, con iniziali esili placche, non calcifiche, a sinistra. Presenza di piccole bolle aeree apicali. Non evidenza di significative alterazioni dell’interstizio centrale e periferico”.

CASO N. 23 - V.A. 16.9.2010

Referto HRCT: “Ispessimento della pleura costale posteriore da entrambi i lati. Quadro di enfisema bolloso centrolobulare bilaterale associato a fine reticolazione interlobulare prevalente a destra. Strie di fibrosi sub-pleurica prevalentemente posteriore. Immagine nodulare a densità sub-calcica del lobo superiore di destra, posteriormente (utile valutazione comparativa con esami precedentemente eseguiti o valutazione HRCT con contrasto)”.

CASO N. 24 - V.P. 21.10.2010

Referto HRCT: “La pleura costale appare ispessita da entrambi i lati, prevalentemente in sede apicale ed a destra, con evidenza di rilevatezze focali bilaterali ed accenno a piccola placca, non calcifica, a destra. Non evidenza di significative alterazioni dell’interstizio centrale e periferico.”

CASO N. 25 - S.A. 24.2.2011

Referto HRCT. “Esili ispessimenti pleurici non calcifici della pleura parietale posteriore in paravertebrale, bilateralmente. Non evidenza di significative alterazioni dell’interstizio centrale e periferico. Reperto accessorio: calcificazioni aorto-coronariche.”

CASO N. 26 - S.A.22.9.2010

Referto HRCT “Fini ispessimenti pleurici parietali con millimetriche rilevatezze del profilo ed accenno a minuta placca a sinistra. Non evidenza di alterazioni dell’interstizio”.

CASO N. 27 - V.M. 22.2.2011

Referto HRCT: “Strie di fibrosi in apicale destra. Placche pleuriche calcifiche parietali anteriori, di estensione superiore ai 10 mm, da entrambi i lati, con strie subpleuriche bilaterali. Grossolana mammellonatura pleurica, con associate strie fibrotiche della pleura parietale anteriore a destra. Estesi ispessimenti e placche calcifiche della pleura diaframmatica a destra e del pericardio a sinistra. Segni di fibrosi interstiziali bilaterale”.

CASO N. 28 - R.M.28.9.2010

Referto HRCT: “Ispessimento pleurico diffuso con evidenza di placche pleuriche sia a livello anteriore che posteriore da entrambi i lati, di estensione superiore ai 10 mm, alternate ad irregolarità mammellonate del profilo, alcune con spot calcifici nel contesto, reperto compatibile con quadro di asbestosi. Non evidenza di significative alterazioni interstiziali”.



CASO N. 29 - P.R. 7.4.2011

Referto HRCT: “Placche pleuriche calcifiche a sinistra in sede anteriore e laterale a livello del lobo superiore, la maggiore, anteriore parasternale, di estensione superiore ai 10 mm. Esili ispessimenti pleurici circoscritti con accenno a piccole placche, alcune con calcificazioni nel contesto, posteriori-paravertebrali, in sede basale da entrambi i lati. REP. ACC. si segnala la presenza di esili calcificazioni del profilo pericardico a sinistra. Area di ipodensità nodulare del rene di destra (cisti?: utile valutazione ecografica)”.

CASO N. 30 - O.G. 16.12.2010

Referto HRCT: “Ispessimento pleurico posteriore paravertebrale da entrambi i lati, parzialmente calcifico a destra, con irregolarità del profilo per evidenza di rilevatezze focali ed accenno a piccole placche di estensione inferiore ai 10 mm Non si rilevano reticolazioni interstiziali”.

CASO N. 31 - O.F. 15.9.2010

Referto HRCT: “Ispessimento pleurico parietale posteriore, che aumenta di spessore in sede basale bilateralmente, con irregolarità del profilo per evidenza di piccole rilevatezze non calcifiche. Non si rilevano anomalie interstiziali”.

CASO N. 32 - N.M. 8.9.2010

Referto HRCT: “Diffusi e significativi ispessimenti pleurici parietali da entrambi i lati interessanti le regioni apicali e basali, con maggior evidenza a destra, dimorfici, con placche pleuriche segmentarie di dimensioni superiori ai 10 mm, irregolari nel profilo per evidenza di grossolane rilevatezze centimetriche bilateralmente. Strie fibrosi sub-pleuriche da entrambi i lati. Si segnala la presenza di calcificazioni pleuriche parietali più evidenti a destra, e di scissurite bilaterale. Quadro di broncopneumopatia enfisematosa. Il quadro generale è compatibile con Pneumoconiosi da asbesto e va attentamente valutato e monitorato, anche in sede clinica. Ginecomastia bilaterale

CASO N. 33 - P.D. 14.12.2010

Referto HRCT “Ispessimenti pleurici apico-parieto-basali da entrambi i lati, più

evidenti a sinistra. Si rilevano irregolarità della pleura costale laterale e posteriore per evidenza di rilevatezze del profilo, contestuali a placche non calcifiche, di estensione superiore ai 10 mm. Assenza di alterazioni dell'interstizio centrale e periferico".

CASO N. 34 - M.V. 21.9.2010

Referto HRCT: *"Ispessimento pleurico prevalentemente posteriore con evidenza di fini irregolarità del profilo con accenno a piccole placche a destra, di estensione superiore ai 10 mm, con rilevatezza centimetrica della pleura viscerale omolaterale e strie di fibrosi sub-pleurica (utile valutazione HRCT con contrasto). Non si rilevano significative alterazioni dell'interstizio centrale e periferico"*

CASO N. 35. D.S.A. - Torace del 6.12.2010 e HRCT del 16.9.2010

RX TORACE: *"Irregolarità del profilo dell'emidiaframma di sinistra che appare rettilineizzato, risalito, con obliterazione del seno costofrenico laterale. Ipoespansibilità del seno costofrenico di destra. Rinforzo del disegno polmonare da entrambi i lati con evidenza di strie di fibrosi dei campi polmonari medi ed inferiori bilateralmente. Ombra cardiaca nei limiti"*

HRCT: *"Esame eseguito senza opportune finestre per parenchima e mediastino ma solo con algoritmo caratterizzato da elaborazione dell'immagine con maschera di densità. Dato il quesito clinico l'esame HRCT va esibito in maniera completa, oppure, se non disponibile, ripetuto. Dalle immagini esibite si conferma la presenza di ispessimenti pleurici bilaterali non ben definibili nella estensione e nello spessore. Strie di fibrosi parenchimale da entrambi i lati. Segni di verosimile interstiziopatia."*

CASO N. 36 - F.R. 21.12.2010

HRCT: *"Aspetto di fine reticolazione interlobulare posteriormente, più evidente a destra in assenza di ispessimenti o di placche pleuriche. Si segnalano placche aterosclerotiche dell'arco aortico e dell'aorta discendente in paziente operato di by-pass aortocoronarico"*.

CASO N. 37 - P.G.12.10.2010

HRCT: *"Ispessimenti pleurici focali con rilevatezze millimetriche della pleura costale anteriore a destra, parasternali, diffusi bilateralmente, con evidenza di placche pleuriche parietali a sinistra, alcune con calcificazioni nel contesto. Ispessimenti pleu-*

rici si rilevano anche a carico della pleura parietale posteriore paravertebrale da entrambi i lati. Non si rilevano significative alterazioni dell'interstizio centrale e periferico".

CASO N. 38 - P.M.15.9.2010

HRCT: "Esili placche pleuriche costali posteriori da entrambi i lati, maggiormente estese a destra senza evidenza di aspetti calcifici nel contesto. Sclerosi della regione apicale di sinistra con evidenza di qualche reliquato fibrocalcifico, nel contesto di aree di fine reticolazione parenchimale".

CASO N. 39 - P.P. 13.10.2010

HRCT: "Esiti di sternotomia mediana. Marcato ispessimento pleurico postero-basale sinistro con associata grossolana area di addensamento parenchimale disomogenea (consolidazione?) da valutare tuttavia con esame PET-TC e/o con esame broncoscopico".

CASO N. 40 - B.N. 30.9.2010

HRCT: "Placche pleuriche parietali bilaterali, non calcifiche, interessanti segnatamente le regioni craniali, particolarmente la regione anteriore a destra ed antero-laterale a sinistra. Trattasi di aree di evidente fibrosi pleurica estendenti per oltre 20 mm a destra e per oltre 35 mm a sinistra, con spessore variabile, ma superiore ai 10 mm da entrambi i lati, il cui profilo appare irregolare per evidenza di rilevatezze focali caratterizzate da propaggini saltuariamente dentellate, aggettanti verso il parenchima".

CASO N. 41 - D'A.B. 21.9.2010

HRCT: "Alla valutazione mediante finestra per mediastino esili ispessimenti pleurici posteriori da entrambi i lati. Alla valutazione mediante finestra per parenchima anomalia pleurica a destra caratterizzata da tenue iperdensità della parete toracica riferibile ad ispessimento pleurico parietale anteriore con strie fibrotiche di congiunzione con la pleura posteriore. Assenza di alterazioni dell'interstizio centrale, assiale e periferico".

CASO N. 42 - G.A.-15.9.2010

HRCT: "Ispessimenti pleurici bilaterali, più evidenti a carico della pleura costale

posteriore dove di segnalano irregolarità del profilo caratterizzate da rilevatezze focali, la maggiore con spessore di circa 5 mm a sinistra”.

CASO N. 43 - P.F. 6.10.2010

HRCT: “Diffuso ispessimento pleurico parietale da entrambi i lati. Da entrambi i lati si rilevano placche pleuriche non calcifiche di estensione superiore ai 10 mm con associate irregolarità del profilo antero-laterale, posteriore e della pleura diaframmatica per evidenza di rilevatezze sub-centimetriche in alcuni tratti assumentati di mammellonatura, senza calcificazioni nel contesto. Assenza di reticolazioni interstiziali”.

CASO N. 44 - DE V.S. - 29.9.2010

HRCT: “Esili ispessimenti pleurici da entrambi i lati con iniziali rilevatezze focali millimetriche del profilo più evidenti a destra riferibili a fibrosi ialina della pleura costale, con evidenza di piccola placca non calcifica a destra di spessore inferiore a 10 mm e con estensione di circa 20 mm. Strie di fibrosi parasettali dei lobi superiori associate a fibrosi sub-pleurica reattiva in sede inferiore a sinistra da esiti di fatti disventilatori. Assenza di reticolazione interlobulare o intralobulare. Non si rilevano evidenti segni di interstiziopatia centrale e periferica”.

CASO N. 45 - C.V.23.9.2010

HRCT: “Da entrambi i lati si rilevano esili ispessimenti pleurici parietali (spessore inferiori a 10 mm) a carico delle regioni infero-basali prevalentemente a carico delle regioni posteriori(costo-vertebrali): trattasi di aree di fibrosi pleurica costale con profilo saltuariamente irregolare o appena ondulato per accenno a piccole iniziali placche. Alcune di esse, a sinistra, assumono aspetto sub-calcico. Assenza di anomalie parenchimali e segnatamente di reperti patologici a carico dell’interstizio”.

CASO N. 46 - F.A.-16.9.2010

HRCT: “Esili placche pleuriche calcifiche della pleura costale posteriore a diaframmatica. Gli aspetti calcifici sono più evidenti ed estesi a sinistra; l’estensione delle placche è superiore ai 10 mm a sinistra. Aspetti di interstiziopatia bilaterale”.

CASO N. 47 - F.D -21.12.2010

HRCT: "Placche pleuriche bilaterali per evidenza di diffusi ispessimenti apico-parieto-basali con estensione segmentale max. superiore ai 30 mm a destra, meno estesi a sinistra, con irregolarità del profilo caratterizzate da rilevatezze focali, la maggiore con spessore di circa 5 mm a sinistra. Il reperto va valutato in sede clinica e con HRCT con contrasto".

CASO N. 48 - D. P.F.-23.9.2010

HRCT: "Ispessimento della pleura costale evidente a sinistra, prevalentemente posteriore. Piccola placca pleurica non calcifica della pleura parietale in sede antero-laterale con associata rilevatezza millimetrica del profilo, di estensione inferiore ai 10 mm. Assenza di reticolazioni interstiziali".

CASO N. 49 - V.R.15.9.2010

HRCT: "Focali zone di ispessimento pleurico bilaterali a carico delle porzioni superiori, prevalentemente a carico delle regioni craniali margini-costali anteriori caratterizzate da aree focali di fibrosi pleurica costale con profilo sostanzialmente regolare o appena ondulato rispetto al parenchima polmonare. Segni di interstiziopatia per evidenza di lieve distorsione dell'architettura lobulare caratterizzata da reticolazione irregolare sia inter che intralobulare: il reticolo appare irregolarmente ispessito in basale posteriore sinistra, con coesistenza di esili bronchiectasie, senza tuttavia associate focalità micronodulari".

CASO N. 50 - S.A.-8.9.2010

HRCT: "Esili ispessimenti pleurici in apicale anteriore sinistra ed in sede basale bilaterale con rilevatezze focali millimetriche calcifiche, quadro compatibile con patologia asbestosica; fini alterazioni del parenchima sub-pleurico riferibile ad iniziale interstiziopatia".

CASO N. 51 - G.A.- 6.10.2010

HRCT: "Esili ispessimenti pleurici da entrambi i lati con iniziali rilevatezze focali millimetriche del profilo a sinistra ove si rilevano esili placche, non calcifiche, riferibili verosimilmente a fibrosi della pleura costale anteriore. Una piccola opacità non

superiore ai 10 mm si rileva a livello del lobo polmonare superiore di sinistra, posteriormente. Assenza di ulteriori significative anomalie parenchimali interstiziali. Utile valutazione HRCT con contrasto”.

CASO N. 52 - P.C. 29.9.2010

HRCT: “Placche pleuriche da entrambi i lati di estensione sup.ai 10 mm con rilevanze sub-centimetriche del profilo alcune di aspetto sub-calcico. Non evidenza di significative alterazioni interstiziali”.

CASO N. 53 - P.A. 8.9.2010

*HRCT: “Area di opacità di circa 24-27 mm in sede basale destra, rotondeggiante, con base d'appoggio parietale; perifericamente le strutture vasculo-bronchiali appaiono arcuate con aspetto a “coda di cometa”. La pleura diaframmatica di destra appare marcatamente ispessita, con evidenza di placche non calcifiche. Placche pleuriche costali anteriori da entrambi i lati di estensione superiore ai 30 mm, con qualche rilevanza del profilo a destra e coesistenza di aspetti sub-calcici nel contesto, oltre che della pleura costale posteriore di destra di minore estensione. Fibrosi interstiziale perilobulare in sede basale bilateralmente con strie di fibrosi pleuro-parenchimali in basale destra e coesistenza, in tale sede, di bronchiolo-ectasie (da trazione?)”. Il reperto va valutato con HRCT con contrasto, per verifica della compatibilità dell'opacità segnalata in basale destra con **atelettasia rotonda**, ovvero con esame citologico per agoaspirazione Tc guidata.*

CASO N. 54 - M. G. 20.1.2011

HRCT: “Ispessimenti pleurici parietali con evidenza di esili placche ialine circoscritte, di estensione inferiore ai 10 mm in postero-laterale destra e posteriore sinistra. In regione apicale da entrambi i lati maggiormente evidente a destra disordine strutturale del parenchima polmonare caratterizzata da reticolazione irregolare e da fibrosi interstiziale, con concomitanti bronchioloectasie da trazione, associate a strie di opacità e ad elementi distrofici bollosi in sede sub-pleurica”. REPACC: epatosplenomegalia con singola calcificazione del VII segmento da valutare in sede clinica.

CASO N. 55 - P.P. 20.1.2011

HRCT: “Ispessimento della pleura costale apico-parieto-basale con visibilità di plac-

che in sede prevalentemente antero-laterale ma anche posteriori a destra, irregolari nel profilo per evidenza di rilevatezze mammellonate, calcifiche interessanti anche la pleura diaframmatica omolaterale, alcune di estensione superiore ai 10 mm. Non evidenza di reticolazioni interstiziali. Ectasia aortica dell'arco e del segmento discendente con calcificazioni ateromasiche”.

CASO N. 56 - I.G. 16.9.2010

HRCT: “Presenza di numerosi artefatti (presenza di pace maker). Esili ispessimenti pleurici da entrambi i lati, con iniziali rilevatezze focali millimetriche del profilo riferibili verosimilmente a fibrosi della pleura costale anteriore. Singola bolla basale sinistra in assenza di ulteriori significative anomalie parenchimali”.

CASO N. 57- C.L. 20.10.2010

HRCT: “Ispessimento della pleura costale posteriore dei due lati, più evidente a sinistra. Piccole aree di sfumato incremento densitometrico “a vetro smerigliato” si osservano nel parenchima sub-pleurico di entrambi i lobi inferiori, da monitorare. Non definiti segni di alterazione dell'interstizio periferico, settale ed assiale”.

CASO N. 58 - M.A. 14.10.2010

HRCT: “Esiti di sternotomia mediana. Qualche stria fibrotica in apicale bilaterale, prevalente a destra, con modesto ispessimento della pleura parietale posteriore. Normali per distribuzione e calibro le ramificazioni dell'albero bronchiale”.

CASO N. 59 - S.P. 4.11.2010

HRCT: “Strie fibrotiche apicali bilaterali. Multipli ispessimenti focali della pleura parietale destra. Normali per distribuzione e calibro le ramificazioni dell'albero bronchiale”.



CASO N. 60 - C.C. 30.9.2010

HRCT: "Multiple placche pleuriche bilaterali, non calcifiche, di estensione superiore ai 10 mm. Regolare rappresentazione dell'interstizio polmonare centrale, assiale e periferico. Assenza di alterazioni tomodensitometriche a carico del comparto alveolare. Normali per distribuzione e calibro le ramificazioni dell'albero bronchiale".

**CASO N. 61-DI S G.5.10.2010**

HRCT: "Ispessimenti della pleura parietale posteriore bilateralmente, con esili placche. Regolare rappresentazione dell'interstizio polmonare centrale, assiale e periferico. Assenza di alterazioni densitometriche del comparto alveolare. Normali per distribuzione e calibro le ramificazioni dell'albero bronchiale".

CASO N. 62-P.S.-16.12.2010

HRCT: "Fibrosi settale interlobulare e nodulare a carico dei lobi superiori. Normali per distribuzione e calibro le ramificazioni dell'albero bronchiale. Pleura parietale e scissurale di regolare spessore".

Risultati

Dallo studio retrospettivo da noi effettuato, dal 2010 al 2011, si è evidenziata la positività per lesioni pleuriche, compatibili con un quadro di asbestosi, iniziale od evoluta, in 60 dei 62 casi in esame. Due soli soggetti sono risultati negativi alla HRCT per lesioni pleuriche.

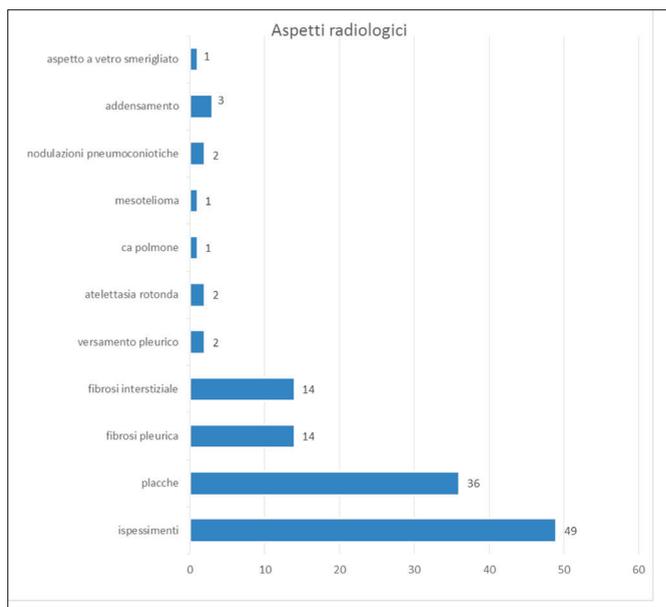
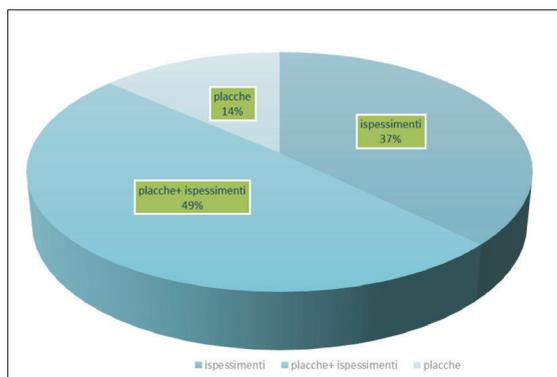
Inoltre nei 62 casi in esame è stato riscontrato un soggetto affetto da mesotelioma pleurico ed uno da carcinoma polmonare, entrambi peraltro nel contesto di un quadro di asbestosi polmonare.

Dai dati si è evidenziata la presenza di placche pleuriche in 43 casi, ispessimenti pleurici in 47 pazienti, con associazione o meno alla presenza di placche fibrose ialine. In 15 pazienti è stata riscontrata la presenza di fibrosi pleurica diffusa.

Per quanto concerne il quadro parenchimale sono stati evidenziati segni di interstiziopatia in 10 pazienti e in 5 la presenza di nodulazioni pneumoconiotiche. In 3 soggetti è stato riscontrato versamento pleurico. In un solo paziente è stato

possibile apprezzare il tradizionale aspetto “a vetro smerigliato” ed in due casi la presenza di atelettasia rotonda.

Di seguito, i dati appena esposti vengono riassunti in tre grafici.





Considerazioni e conclusioni

Dallo studio e dall'analisi dei 62 casi esaminati, emergono alcuni importanti elementi, ai fini di un corretto e circostanziato giudizio medico-legale sul rapporto di causalità fra esposizione lavorativa all'asbesto e patologie eventualmente correlate.

La HRCT è una tecnica di Tomografia Computerizzata dotata di elevata risoluzione spaziale; apparecchiature multidettore-multistrato disponibili pressoché in tutte le strutture ospedaliere, consentono di studiare tutto il volume del polmone, ovvero senza spazi tra le immagini che vengono ricostruite a strato sottile. Inoltre, solo questa tecnica HRCT "volumetrica" consente di ricostruire le immagini su qualsiasi piano dello spazio (coronale, sagittale) conservandone la definizione, elemento indispensabile per la identificazione di fini ispessimenti pleurici di estensione millimetrica[1,2].

In presenza di alterazioni parenchimali caratteristiche di una interstiziopatia ad evoluzione restrittiva, ma in assenza di segni pleurici, andrebbe esclusa una pneumoconiosi da asbesto, orientando la diagnosi verso altre forme di interstiziopatie, quali:

Nei quadri iniziali

- UIP (*Usual Intersizial Pneumoniae*)
- NSIP (*Non Specific Intersizial Pneumoniae*)

- *SARCOIDOSI*
- *DIP (Desquamative Interstitial Pneumoniae)*

Nei quadri evoluti

- *SILICOSI*
- *EMOSIDEROSI*
- *COLLAGENOPATIE*
- *ISTIOCITOSI X*

Non la presenza di placche pleuriche evolute ma già la presenza di ispessimenti pleurici fibro-ialini iniziali, bilaterali, con risparmio degli apici, dei seni costofrenici e della pleura mediastinica, solo successivamente evolventi in placche pleuriche calcifiche, è patognomica della malattia[3,4].

La classificazione ILO-BIT delle pneumoconiosi da asbesto è da considerarsi obsoleta [5,6,7,8].

La Radiografia convenzionale del torace non è utile per il riconoscimento di ispessimenti pleurici e/o di piccole placche pleuriche iniziali.

Auspicabile una nuova classificazione basata sulle alterazioni pleuriche e parenchimali rilevate dalla HRCT, con i contestuali riflessi sulla valutazione complessiva del danno, che tenga conto sia del quadro anatomico che delle eventuali ripercussioni funzionali.

Rispetto alla tecnica assiale, quella volumetrica HRCT sottopone il paziente a una maggiore esposizione alle radiazioni ionizzanti, ma si avvale di vantaggi diagnostici, permettendo di caratterizzare meglio le alterazioni. Entrambe sono in grado di rilevare ispessimenti pleurici di estensione millimetrica e di valutarne la caratteristica disposizione [9].

L'iter diagnostico, in soggetti che hanno anamnesi lavorativa di esposizione certa o presunta a fibre di amianto dovrebbe prevedere, in successione:

- **ESAME DELL'ESPETTORATO** (per la identificazione degli aghi di asbesto, dei corpuscoli dell'asbesto e dei siderociti con contestuale realizzazione del Test di Papanicolau per la diagnosi precoce di neoplasie polmonari);
- **LAVAGGIO BRONCO-ALVEOLARE (BAL)** eseguito con modalità di esecuzione corrette (timing), in caso di negatività alla indagine precedente, ove non vi siano controindicazioni assolute o relative, previa acquisizione di consenso informato;
- **HRCT** sempre, anche in caso di negatività del BAL, finalizzata al rilevamento delle fini alterazioni pleuriche a disposizione patognomica, oltre che di alterazioni parenchimali, pure previa acquisizione del consenso informato, come previsto dalla normativa vigente in caso di indagine radiodiagnostiche con finalità medico-legali [10].

La presenza di placche pleuriche rappresenta un importante fattore di rischio per

la insorgenza del mesotelioma e del cancro del polmone, e la HRCT va periodicamente effettuata anche per il loro monitoraggio.

Nell'ambito penale, od in responsabilità civile [11], ove non vige la presunzione legale di origine, l'insorgenza del carcinoma polmonare, specie se in soggetti fumatori, può essere considerato in rapporto causale con la presenza di fibre di asbesto solo se esse sono rilevate dall'esame dell'espettorato e/o dal BAL. [12,13]. In caso di negatività di tali esami va effettuata una HRCT per il rilevamento di almeno uno dei segni pleurici descritti, indipendentemente dalla presenza o meno di alterazioni parenchimali caratteristici di una interstiziopatia che, specie se bilaterali e con risparmio degli apici e della pleura mediastinica, assumono dato patognomonico di pneumoconiosi da asbesto.

In caso di neoplasia del tubo digerente, che in caso di lavoratore esposto all'amianto può essere oggetto di accertamento medico-legale sia ambito previdenziale che in responsabilità civile, è da sottolineare che anche in questi casi sussiste naturalmente, l'inalazione delle fibre di asbesto, soprattutto di quelle amfiboliche, per cui la presenza di segni pleurici iniziali, accertata con la HRCT, può costituire, in caso di sussistenza, elemento a favore del riconoscimento del nesso di causalità, ovvero, in caso di assenza, elemento a favore di un circostanziato parere negativo. Più complesso ed articolato invece il giudizio in ambito penale, come bene evidenziato in un recente contributo multidisciplinare [14].

Conclusioni finali

Trattasi in definitiva di silicati fibrosi strutturati in fibrille con capacità di suddivisione progressiva, fino al raggiungimento di un diametro di circa 0,25 micrometri o 250 nanometri, *ovvero circa 1500 volte più sottili di un capello umano*.

La loro capacità di penetrazione nel corpo umano è proporzionale alle caratteristiche, alla composizione chimica, alla lunghezza ed al diametro **ma soprattutto alla capacità di areo-dispersione**: è per tale motivo che, inalate e trasportate dal torrente linfatico, attraversano il parenchima, superando il by-pass di filtrazione polmonare, con una affinità elettiva per lo spazio sub-pleurico dove esercitano un'azione irritativa diretta con conseguente reazione flogistica delle cellule mesoteliali inglobanti le fibre di asbesto [15].

Dal punto di vista anatomico-patologico si riscontra fibrosi interstiziale, inizialmente attorno alle piccole vie aeree ed ai dotti alveolari, poi estesa ad ampie porzioni di parenchima, ma praticamente sempre associata a fibrosi della pleura viscerale [16].

Studi multicentrici condotti su maggior numero di casi potranno confermare definitivamente che le fibre di asbesto, inevitabilmente inalate in lavoratori esposti, per la loro alta affinità di localizzazione nel parenchima sub-pleurico causano una reazione pleurica flogistica locale rilevata sin dall'inizio dalla HRCT

come “ispessimento pleurico”, di estensione variabile da pochi mm ad alcuni centimetri, spesso bilaterali, con elettivo risparmio degli apici e della pleura mediastinica, evolventi solo successivamente in fibrosi pleurica focale e quindi in placca pleurica ialina, che può ulteriormente evolvere verso la calcificazione, percorso evolutivo che la HRCT è in grado di monitorare sin dall’inizio.

RIASSUNTO

Lo studio ha reclutato 62 casi di lavoratori, tutti maschi di età compresa tra 50 e 68 anni, con una precedente esposizione “certa” ad amianto e sottoposti a HRCT torace nel corso degli anni 2010-2011. Lo scopo dello studio è stato quello di valutare la presenza di segni radiologici di base e specifici per dimostrare la comparabilità della HRCT, sia dal punto di vista della sensibilità che della specificità, al BAL (lavaggio bronco-alveolare), nella diagnosi di pneumoconiosi asbesto-correlate.

La HRCT è una procedura di CT con elevata risoluzione spaziale che permette di studiare l’intero volume polmonare e di ricreare immagini in strato sottile ad alta definizione, necessarie per identificare sottili e millimetrici ispessimenti pleurici; questa tecnica è anche utile per la diagnosi differenziale tra le patologie legate all’amianto e altre malattie polmonari interstiziali. Infatti permette di riconoscere non solo placche pleuriche, ma anche la presenza di millimetrici ispessimenti pleurici bilaterali fibro-ialini, che non coinvolgono l’apice polmonare, i seni costo-frenici e la pleura mediastinica, e che solo più tardi possono evolvere in placche calcifiche pleuriche.

Il percorso diagnostico, nei pazienti con storia di certa o probabile esposizione all’amianto da causa lavorativa, dovrebbe includere l’esame dell’espettorato, il BAL (se gli altri esami sono negativi) e l’HRCT. Il nostro studio dimostra che la HRCT riduce i rischi di falsi negativi generati dal BAL e dall’esame dell’espettorato.

Un altro punto importante evidenziato è che la HRCT è utile anche per monitorare l’evoluzione periodica di placche pleuriche, che sono un importante fattore di rischio per il mesotelioma e il cancro del polmone.

Infatti l’insorgenza del carcinoma polmonare, soprattutto nei fumatori, può essere considerata in relazione con la presenza di fibre di amianto solo se le stesse vengono rilevate nell’espettorato e / o BAL. Se questi esami sono negativi, un’HRCT deve essere praticata per identificare almeno uno dei segni pleurici descritti, in presenza o meno delle tipiche modificazioni parenchimali delle malattie interstiziali che, soprattutto se sono bilaterali e con risparmio degli apici polmonari, dei seni costo-frenici e della pleura mediastinica, appaiono patognomonici nelle pneumoconiosi asbesto-correlate. Anche nei carcinomi gastro-intestinali (che si dovessero “ritenere” asbesto-correlati a fini previdenziali, o forensi in responsabilità civile) vi è, comunque, l’inalazione di fibre di amianto (soprat-

tutto quelle anfiboliche); così la presenza di segni pleurici iniziali, identificati dalla HRCT, può essere un elemento importante per riconoscere o meno il rapporto di causalità. Ultimo obiettivo dello studio è quello di dimostrare che la classificazione ILO-BIT è obsoleta perché l'Rx convenzionale del torace non è utile per il rilevamento di ispessimenti pleurici e di piccole placche pleuriche iniziali. Si evidenzia, pertanto, la necessità di una nuova classificazione delle pneumoconiosi da asbesto, basata sulla presenza delle anomalie pleuriche e parenchimali rilevate dalla HRCT, riservando le valutazioni funzionali alle inevitabili complicanze evolutive della malattia.

SUMMARY

The study enrolled 62 cases of workers, all male aged between 50 and 68, with a certain previous exposure to asbestos, submitted to chest HRCT in 2010-2011. The aim of the study was to evaluate the presence of basic radiological signs and other different signs to demonstrate the comparability of HRCT, both for sensitivity and for specificity, to the BAL (Broncho-Alveolar Lavage) in the diagnosis of asbestos-related pneumoconiosis.

The HRCT is a procedure of CT with high space resolution that allows to study the entire lung volume and to recreate images in thin layer with high definition that is necessary to identify thin, millimetric, pleural thickenings; this technique is also useful for differential diagnoses between asbestos-related pathologies and other interstitial pulmonary diseases. In fact it allows to recognize not only pleural plaques, but even the presence of pleural fibro-ialine, bilateral thickenings, which not involve lung peaks, costo-phrenic sinus and mediastinal pleura and that only later eventually evolve in pleural, calcified plaques.

The diagnostic path, in patients with history of certain or probable work exposure to asbestos, should include expectorate exam, BAL (if the other exams are negative) and HRCT. Our study demonstrates that the HRCT reduces the risks of false negatives generated by the BAL and the expectorate exam.

Another important point highlighted is that HRCT is also useful to monitor the periodic evolution of pleural plaques, which are an important risk factor for mesothelioma and lung cancer.

In fact the onset of lung cancer, especially in smokers, can be considered in relation with the the presence of asbestos fibers only if they are detected in sputum and / or BAL. If these exams are negative, an HRCT must be practiced to identify at least one of the described pleural signs, in presence or not of the typical parenchymal modifications of the interstitium diseases that, especially if they're bilateral and not located at lung peaks, costo-phrenic sinus and mediastinal pleura, are specific of asbestos. Also in case of gastrointestinal-tract cancer (which can be verified in case of work exposure to asbestos, for forensic or previdential pur-

pose in civil responsibility) there is, however, the inhalation of asbestos fibers (especially the amphibolic one). So the presence of initial pleural signs, identified by HRCT, may be an important element to recognize or not the causality connection.

The last one aim of the study is also to demonstrate that ILO-BIT classification is outdated because conventional chest X-Ray is not useful to detect pleural thickenings and little initial pleural plaques. So with this retrospective study we highlight the need of a new classification based on pleural and parenchymal abnormalities detected by HRCT, reserving the functional assessments to "inevitable" evolutionary complication of the disease.

BIBLIOGRAFIA

[1] AKIRA M: *High Resolution CT of asbestosis and idiopathic pulmonary fibrosis*. AJR Am J.Roentgenol 2003, 181:163.

[2] PICOZZI, GIULIA, FABIO FALASCHI, AND ANDREA LOPES PEGNA: "HRCT e LDCT in esposti ad amianto: una revisione della letteratura alla luce della dichiarazione di Helsinki". Epidemiol Prev 40.1 Suppl 1 (2016): 51-55.

[3] ROSSI SE: *Crazy paving pattern at thin-section CT of the lung: radiologic-pathologic overview*. Radiographics 2003,23:1509).

[4] TERZANO, CLAUDIO, AND ANGELO PETROIANNI: "Malattie della pleura." *Malattie dell'apparato respiratorio*. Springer Milan, 2006. 523-568.

[5] KISHIMOTO T. et al.: *The prevalence of pleural plaques and/or pulmonary changes among construction workers in Okayama Japan*. Am J Ind Med, 37 (3) (2000), pp. 291-295.

[6] LEBEDOVA J. ET AL.: *Lung function impairment in relation to asbestos-induced pleural lesions with reference to the extent of the lesions and the initial parenchymal fibrosis*. Scand J Work Environ Health, 29 (5) (2003), pp. 388-395.

[7] TIITOLA M. et al.: *Computed tomography of asbestos-related pleural abnormalities*. Int Arch Occup Environ Health, 75 (4) (2002), pp. 224-228.

[8] VAN CLEEMPUT J et al.: *Surface of localized pleural plaques quantitated by computed tomography scanning: no relation with cumulative asbestos exposure and no effect on lung function*. Am J Respir Crit Care Med, 163 (3 Pt 1) (2001), pp. 705-710.

[9] YOSHIMURA H: *Pulmonary asbestosis: CT study of subpleural curvilinear shadow. Work in progress.* Radiology 1986, 158:653.

[10] P. ZANGANI: "Aspetti medico-legali del decreto legislativo 17/03/1995 n. 230, art. 111 sull'impiego delle radiazioni ionizzanti in campo medico", Med Leg. Quad. Cam, XXII n. 1, 2000.

[11] CACIERI T. et al.: "Esposizione ad amianto e neoplasia polmonare case reporti" *prevenzione & research*, vol 3 n. 3.

[12] AKIRA M.: *Idiopathic pulmonary fibrosis: progression of honeycombing at thin-section CT.* Radiology 1994, 192:582.

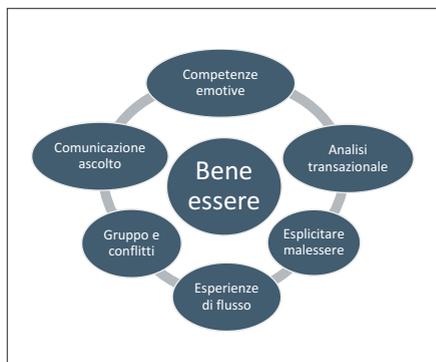
[13] PESCI ALBERTO: "Il lavaggio broncoalveolare nelle pneumopatie infiltrative diffuse." *Pneumologia interventistica.* Springer Milan, 2007. 241-256.

SEI FATTORI PER IL BENESSERE ORGANIZZATIVO

MIRCO BERTOLONI*

Introduzione

Questo progetto è uno strumento formativo dedicato a coloro che operano nei contesti organizzativi che, attraverso un lavoro di semplificazione e di sintesi delle teorie e linee guida esistenti in letteratura sull'argomento, orienta le persone alla costruzioni di ambienti di benessere. Stabilite le condizioni necessarie per lavorare in ambienti di lavoro salubri, confortevoli che riconoscano adeguati livelli retributivi, equità di trattamenti, temi peraltro oggettivamente misurabili, le dimensioni del benessere riguardano condizioni soggettive, psicologiche e sociali e si sviluppano su aspetti di clima e cultura organizzativa¹. In parole più semplici i temi del benessere riguardano la possibilità di esprimersi, di sviluppare i propri interessi, di essere realizzati e valorizzati, di avere buoni rapporti con il proprio gruppo e occasione di divertirsi con loro ricorrendo anche all'umorismo. Le persone nelle organizzazioni devono avere la possibilità di manifestare il proprio dissenso, di sentire un senso di appartenenza e dare un significato al proprio operato coltivando ciò che di buono emerge dal contesto. Proprio partendo dai contesti, il progetto, attraverso una formazione di tipo lewiniano², individua sei fattori ritenuti fondamentali per fornire le competenze utili a migliorare le relazioni e la gestione dei conflitti e in generale la qualità del vivere nelle organizzazioni.



* Ispettore Inl Lucca-Massa Carrara.

1 Per un approfondimento sui costrutti di clima e cultura, vedi Cnr, 2012, *Il benessere il clima e la cultura delle organizzazioni*, Roma.

2 Dalla teoria di campo di LEWIN (1942) si applicano pratiche di cambiamento, insegnamento e apprendimento

La ricerca del benessere

Nel mondo del lavoro contemporaneo, fonte di continui cambiamenti, la spinta competitiva innescata dalla globalizzazione, nell'era di internet, ha accelerato i processi ed incrementato la competitività su scala mondiale con conseguenti trasformazioni dei modelli di impiego e delle modalità di prestazione. Ai lavoratori è richiesta maggiore elasticità sia in termini di mansioni che di capacità, concetti come flessibilità, mobilità, rischio, sono i fattori centrali dello scenario lavorativo contemporaneo. Se da una parte stimolano atteggiamenti proattivi dall'altra questi cambiamenti fanno nascere nei lavoratori un senso di precarietà e insicurezza che produce stati di malessere e una perdita di senso all'interno delle organizzazioni. La risposta di adattamento ad ambienti di lavoro così frenetici può diventare disfunzionale, soprattutto quando le richieste sono eccessive e durano troppo a lungo, per cui emergono forme di disagio lavorativo, il cosiddetto "stress-lavoro-correlato", un fenomeno molto discusso, la malattia dei nostri tempi e non è un caso che l'OMS³ ne promuova la gestione attraverso campagne di formazione finalizzate all'acquisizione di competenze e conoscenze utili a saper affrontare efficacemente gli eventi stressogeni.

La misura del malessere viene effettuata con interventi organizzativi di prevenzione che si compiono nella rilevazione delle cause di stress, nella ricerca di indicatori socio organizzativi che possono individuare possibili aree ritenute a rischio, per mezzo di scale che misurano le dimensioni del funzionamento psicologico negativo e positivo⁴, per passare poi all'attuazione di interventi mirati oppure a processi di valutazione e adeguamento delle normative. L'eliminazione dei fattori patologici nelle organizzazioni è una solida base per costruire ambienti di lavoro in salute come evidenziano Avallone-Paplomatas, (2005), sostenere la salute organizzativa aiuta a costruire il benessere ma non è di per sé sufficiente.

La ricerca e promozione del benessere è più un proposito che un compimento, in quanto si possono costruire ambienti di lavoro salutarissimi ma per creare benessere, come afferma Spaltro (2003), bisogna puntare su dimensioni soggettive, caratterizzate psicologicamente e vincolate in ambienti dove l'individuo può esprimere la propria sovranità. Potremmo immaginare malessere e benessere come poli opposti, collocati in una specie di continuum lineare il cui estremo negativo è rappresentato dalle situazioni di stress/malessere e quello positivo dal benessere. L'immagine lineare proposta, tuttavia, non rappresenta appieno la condizione pluridimensionale del benessere, che si ricollega a ragioni soggettive, psicologiche e sociali. Da un punto di vista soggettivo tali ragioni corrispondono alla realizzazione del sé, della propria persona e ai sentimenti di sviluppo per-

3 Organizzazione mondiale della Sanità.

4 Diversi autori ritengono che la struttura del benessere psicologico consista in due dimensioni: negativa di malessere (ansia e depressione) e positiva di benessere (affetti positivi e soddisfazione).

sonale; da un punto di vista psicologico esprimono l'affetto e la sintonia con l'altro, l'accettazione e la possibilità di dare senso alle esperienze passate; da un punto di vista sociale riguardano lo sviluppo delle relazioni positive, l'aver rapporti interpersonali soddisfacenti, dare alla vita e al lavoro un senso di direzionalità e una finalità comportamentale (ZANI-CICOGNANI, 1999). Il benessere nelle organizzazioni è una ricerca continua che richiede impegno e necessita di un approccio culturale che consideri la complessità dei fattori in gioco e la mutevolezza degli scenari operativi. Secondo i contesti ci si può focalizzare su certi aspetti piuttosto che su altri. Il benessere si può creare, le persone devono avere la sensazione di essere ascoltate, devono poter esprimersi e apportare contributi per sentirsi partecipi nei progetti, nei processi decisionali e non solo nell'esecuzione del proprio lavoro. La capacità di ascoltare i desideri e i bisogni creano condizioni di senso e danno un valore alle pratiche di lavoro e di relazione, affievolendo gli elementi d'incertezza e malessere che disorientano le persone.

Essere e Bene: base del costruito di benessere

Tutti sappiamo cos'è il benessere perché è una parola d'uso quotidiano, fa parte del senso comune ne conosciamo il valore, tuttavia secondo i contesti cui si riferisce, cambia il significato e il senso che diamo alla parola "benessere". Definirlo in ambito organizzativo non è facile perché abbiamo a che fare con un costruito⁵ che si presta a diverse spiegazioni, si può considerare leggero e mutevole ma allo stesso tempo profondo e virtuoso per chi lo desidera. Proviamo a descriverlo partendo da un punto di vista etimologico con una prospettiva filosofica. Il lemma *benessere* è composto da *essere* e *bene*. *L'essere* è legato alla nostra esistenza al rapporto col mondo, con noi stessi e in una dimensione teologica al rapporto con Dio. Kierkegaard sosteneva che il rapporto con il mondo è fonte di angoscia, il rapporto con noi stessi è fonte di disperazione e il rapporto con Dio rivela il paradosso tra fede e ragione. Questo triplice aspetto dell'*essere* umano ci fa piombare in uno stato di precarietà e incertezza (MORGANTI, 1999)⁶. Si può uscire da questa impasse in cui lo stato di benessere verrebbe a costituirsi come puro e semplice stato utopico e irraggiungibile? Da millenni l'uomo si domanda cos'è l'essere: Parmenide filosofo dell'antica Grecia lo identificò con il pensare, secoli dopo Cartesio fondò la filosofia moderna sul "penso dunque sono", legando tutta l'esistenza all'atto di pensare. Se si considera l'atto di pensare come il

5 Un costruito è un atto di conoscenza che si definisce attraverso un processo di costruzione della realtà, la costruzione avviene su ciò che la persona vede, sente nella sua esperienza di vita. Mutuato dalla psicologia dei costrutti di KELLY G., (1955), la persona nella sua globalità, intesa quale attiva costruttrice di teorie è impegnata ad interpretare il suo mondo e a creare - attraverso il linguaggio - i significati per ciò che le sta attorno.

6 In G. RIZZI, 1999, *Abitare Essere e Benessere*. Architettura d'Interni e Psicologia, Politecnico Milano.

prodotto della mente umana che ragiona, fantastica, ricorda, immagina e costruisce previsioni, quindi, il pensare bene ovvero la costruzione di stati mentali positivi, diverrebbe un'obbligata premessa per uno stato di benessere. Per meglio comprendere come si realizzano gli stati mentali alla base di un benessere psicologico, la teoria cognitiva a impronta costruttivista di George Kelly (1955) ci può aiutare a capire come le persone costruiscono gli eventi della realtà. L'autore enfatizza la capacità creativa dell'essere vivente di rappresentarsi l'ambiente anziché rispondere semplicemente a esso. Con la teoria dei costrutti personali, Kelly si riferisce agli schemi o alle lenti che l'individuo crea per conoscere gli eventi, stiamo parlando di una teoria che tratta dei modi in cui una persona perviene a rappresentarsi, a interpretare, a prevedere i vari eventi e di conseguenza a fondare su tali interpretazioni, previsioni per la propria condotta e il proprio rapporto con il mondo, non trascurando la componente affettivo-emotiva. Tutto questo non implica che la realtà non sia reale in sé ma riconosce che quello che conta per il soggetto è quello che effettivamente esiste per lui e soprattutto che stati d'animo e modi di pensare scaturiscono dalla qualità dei nostri pensieri.

Passiamo al lemma *bene*, come espresso dal dizionario significa ciò che è buono in sé, cioè perfetto nella compiutezza del suo essere o nel suo valore morale, e quindi oggetto di desiderio, causa e fine dell'azione umana. Ciò che è bene è anche buono e piacevole per l'essere umano e proprio per questa sua specificità viene desiderato, la questione si può anche ribaltare: il bene non è desiderato solamente perché è perfezione e realtà, ma al contrario noi desideriamo una cosa e la giudichiamo buona per il fatto stesso che la desideriamo. In quest'ottica diventa essenziale il rapporto del soggetto con la singolarità del proprio desiderio che s'incontra con il desiderio dell'altro in un progetto comune per costruire condizioni durature di benessere, un sentimento che favorisce aspettative rivolte al futuro, piuttosto che nostalgia del passato o d'individualismo. Il *desiderio* di conoscere, di apprendere, di cambiare, è speranza progettuale dislocata ai vari livelli di funzionamento sociale - gruppo, collettivo, comunità. Il benessere va ricercato mediante la creazione di climi che permettano uno stare meglio nei vari livelli relazionali. Proprio per la sua dimensione relazionale, non può essere lasciato al destino o alle leggi naturali del mercato, perché il benessere individuale e plurale è irrinunciabile, ha a che fare con il rischio. Qualsiasi tentativo di raggiungere o aumentare il benessere è una sfida, un percorso rischioso che cerchiamo di vivere e realizzare (ANDREONI-MAROCCHI, 1997).

1. Una buona comunicazione e l'ascolto

Partendo dalla premessa che è impossibile non comunicare, è chiaro che qualsiasi cosa si dica o non si dica, si faccia o non si faccia, si sta comunicando qualcosa

(WATZLAWICK, 2006). Saper comunicare in modo efficace è una capacità considerata indispensabile nel mondo del lavoro moderno. Riuscire a capire e a farsi capire rende gli ambienti di lavoro più leggeri, liberi da tensioni, conflitti e ombre che pesano come macigni nelle relazioni. La comunicazione si esprime attraverso il linguaggio o con modalità analogiche - segnali che contengono una qualche rappresentazione o immagine del significato a cui si riferiscono oppure attraverso le azioni corporee e la modulazione della voce. In ogni processo comunicativo “faccia a faccia” è sempre possibile distinguere contenuti manifesti e significati relazionali. Mentre il piano del contenuto trasferisce le informazioni da un soggetto a un altro, il piano delle relazioni veicola informazioni sulle informazioni. Se il linguaggio corporeo accompagna sintonicamente quanto viene detto a livello verbale, la dinamica della relazione si rivela positiva. Viceversa, quando si colgono elementi di distonia o incoerenza tra quanto affermato e quanto lasciato trasparire attraverso i segnali analogici, la comunicazione non funziona.

Ogni situazione comunicativa, dunque, è un'esperienza coinvolgente e situata: interessa in qualche modo l'individuo ed è anche un'azione che si svolge sotto forma di processo. Decisivo a questo proposito è il concetto di feedback⁷. La comunicazione stessa nel suo sviluppo contribuisce a modificare la situazione percepita dai soggetti in essa coinvolti. Le interpretazioni dei partecipanti non coincidono mai sino in fondo. Ogni comunicazione interpersonale è pensabile come un processo attraverso cui gli attori, più che scambiarsi informazioni, negoziano definizioni del mondo e della relazione che li lega, dei vari significati che a livello psicologico, relazionale e sociale, i soggetti colgono e interpretano nella situazione e negli altri (LIVOLSI, 2007).

Il dialogo presuppone l'ascolto. Non c'è dialogo senza ascolto partecipe dell'altro, senza il nostro impegno a comprendere quanto l'altro ci vuole comunicare. La maggior parte delle situazioni di conflittualità ed incomprensione dipendono dalla nostra difficoltà a riconoscere il punto di vista dell'altro. L'ascolto è un atto volontario che oltrepassa le parole: esso non si affida al semplice registrare ciò che l'altro dice, ma è solerte cura a trovare tra le “pieghe” del suo discorso e le sue mutevoli espressioni, un senso che è apertura ai possibili interrogativi che l'altrui “enunciazione” evoca⁸.

Rosemberg (2012) psicologo clinico, fa una proposta di comunicazione positiva e non violenta e insegna a esprimere i propri sentimenti senza aggressività. I sen-

⁷ Nella comunicazione organizzativa il feedback ha in sé il fine di confermare, rafforzare o modificare un atteggiamento o comportamento dell'interlocutore per migliorare la qualità complessiva della comunicazione e della prestazione del singolo o del gruppo nel quale è inserito.

⁸ NANETTI, 2010.

timenti spesso sono vissuti come segno di debolezza, al contrario quando riusciamo a esprimerli diventano parte dei vissuti personali e motivazione ad uno scambio aperto, sono i messaggeri dei nostri valori, nel senso che i sentimenti ci dicono se ciò che sta succedendo è quello che vogliamo.

2. L'uso dell'analisi transazionale

L'analisi transazionale⁹ (A.T.) è una teoria della personalità basata su osservazioni, diretta a risolvere i problemi che s'incontrano nei rapporti con gli altri, si presta, grazie al suo linguaggio immediato ed efficace, a essere utilizzata con successo nelle aziende, nella formazione, nella psicoterapia di gruppo. L'A.T. ci aiuta a capire come funzioniamo e come esprimiamo la nostra personalità in termini di comportamento, è anche una teoria della comunicazione basata sull'analisi delle transazioni degli specifici stati dell'Io coinvolti, caratterizzati da tono della voce, espressione del volto, gesti atteggiamenti, sentimenti, azioni e pensieri. Il modello dell'A.T. ci permette di comprendere come gli schemi di vita attuali abbiano origine nell'infanzia e come da adulti, si continuino a riproporre strategie infantili inadeguate e talvolta dannose.

Nasciamo bambini, diventiamo adulti e poi genitori, questo set o insieme di personalità caratterizza i tre stati dell'Io che abbiamo introiettato nello sviluppo evolutivo. Secondo l'A.T. quando ci relazioniamo con gli altri manifestiamo i tre stati dell'Io che abbiamo introiettato. Se spontanei, imbronciati o compiacenti riveliamo il nostro bambino, se estremamente razionali e controllati la nostra parte adulta, se critici o affettivi e paternalistici il genitore che è in noi. Il problema è che davanti a noi abbiamo persone che portano altrettanti stati dell'Io e l'incrocio delle transazioni determina buone relazioni o relazioni disfunzionali. In base ai modelli transazionali, le situazioni conflittuali costituiscono uno stato psicologico negativo riguardante aspetti sia cognitivi che emotivi. La rappresentazione interiore di transazioni particolari e problematiche tra la persona e l'ambiente possono determinare condizioni di stress. Acquisire consapevolezza e saper riconoscere i propri stati dell'Io può essere d'aiuto a migliorare il proprio comportamento e a incanalare il comportamento altrui per ottenere una buona comunicazione¹⁰. Quest'approccio permette di cogliere con immediatezza la dinamica delle relazioni offrendo schemi interpretativi delle persone e delle situazioni problematiche.

⁹ Elaborata intorno agli anni '60 da parte di un gruppo di psicoanalisti, e dallo psichiatra statunitense Eric Berne.

¹⁰ Per un approfondimento sull'A.T. oltre ai testi citati in bibliografia si consiglia la lettura di: SCARAMUZZA M.S., *Elementi di analisi transazionale*, tratto da http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_AT/AT13.pdf.

3. Lavoro di gruppo e conflitti

Il lavoro è essenzialmente un'attività di gruppo, in cui il soggetto cerca di soddisfare i propri bisogni, desideri di riconoscimento, di sicurezza, d'identità e appartenenza e di benessere. Lewin (1942) spiegò il gruppo come qualcosa di diverso dalla somma dei suoi componenti, un'entità a sé, con una struttura propria, fini peculiari e relazioni particolari con altri gruppi. Secondo l'autore il gruppo è un'unità di elementi interdipendenti che per raggiungere uno scopo ha bisogno del risultato di ciascun elemento. Nell'interazione il gruppo sviluppa coesione che è il collante nella formazione del gruppo e quindi della condivisione di norme e valori, del piacere che si prova nell'essere insieme con gli altri. Nella lettura dei gruppi è sempre stata fatta contrapposizione tra gruppo e soggetto, oggi si può affermare che non vi è soggetto senza gruppo. Attraverso la partecipazione ai gruppi, l'individuo cede parte della propria individualità per socializzare, si può dire che individuo e gruppo sono due facce della stessa medaglia. La relazione di gruppo è qualcosa di più della somma di tutte le possibili relazioni interpersonali; proprio perché ci sia un gruppo occorre che si stabilisca un fatto affettivo (SPALTRO, 2003).

L'affettività nell'unità del gruppo è un potenziale di difesa, d'intelligenza, di creatività che la mera sfera razionale non è in grado di raggiungere¹¹.

Ogni situazione lavorativa è una situazione conflittuale, diventa necessaria allora una riflessione sui modi, le ragioni e le dinamiche che determinano i conflitti. Sperare nella mancanza di conflitti significa negare la realtà. Il conflitto è normale, è un qualcosa di sempre presente. E' necessario comprendere che: "il conflitto è una qualità umana come il mangiare, il bere, il camminare e il comunicare, solo che si riferisce non ad una qualità individuale ma ad una qualità relazionale. Il conflitto non è una patologia della relazione, ma la relazione in se stessa" (SPALTRO-DE VITO PISCICELLI, 2002). Come si possono gestire i conflitti? Una modalità è quella di esportazione del conflitto, consiste nella trasformazione dei conflitti soggettivi in conflitti obiettivi allo scopo di proteggere la coscienza e le pulsioni inaccettabili che ne derivano. Bisogna abituarsi all'idea che il conflitto è un fenomeno normale, un qualcosa di necessario per il raggiungimento di obiettivi organizzativi fra cui l'esigenza di cambiamento e di innovazione.

¹¹ ANDREONI-MAROCCHI, 1997.

4. Esplicitare il malessere

Il conflitto fa perdere l'amico, il collega, il socio e crea attorno a chi lo vive, l'universo della colpa, cioè quel sentimento di solitudine contro tutti gli altri e la conseguente paura di sbagliare di essere puniti. Talvolta il sentimento di solitudine si combatte trovandosi falsi nemici. Molti nemici nel contesto organizzativo rappresentano un modo di trattare sentimenti di colpa altrimenti intollerabili. Analogamente l'alienazione da conflitto e da colpa viene vinta mediante comportamenti espiatori, in cui l'individuo attua i propri timori e le proprie paure spesso danneggiandosi fortemente (SPALTRO, 2003). Tutto questo porta a una concezione pessimistica del lavoro e a uno stato di malessere. Gli ambienti conflittuali fanno crescere ansia, stress, sgomento e rassegnazione che diventano le emozioni prevalenti, attraverso interventi formativi calibrati per piccoli gruppi si possono cercare di esplicitare questi sentimenti di malessere sapendoli riconoscere, cercando di formare le persone alla comprensione e all'accettazione dei conflitti. Con l'uso della narrazione e dell'analisi transazionale si possono aiutare i gruppi a uscire da situazioni conflittuali riconoscendo gli stati dell'Io, per portare alla luce i sentimenti negativi e le dinamiche relazionali connesse a tali sentimenti, attraverso un lavoro di incoraggiamento per fare uscire le emozioni positive¹² e per ricostruire sensazioni di fiducia e speranza nel futuro.

5. Alfabetizzazione alle competenze emotive

Chiunque sa cosa sia un'emozione, finché non gli si chiede di definirla (FEHR-RUSSELL, 1984)¹³. Quando siamo emozionati attraverso il sistema nervoso simpatico, l'organismo è stimolato a produrre energia e attiva alcuni cambiamenti¹⁴. Man mano che l'emozione decresce il sistema parasimpatico, deputato alla conservazione dell'energia, ha la meglio e riporta l'organismo al suo stato normale. Darwin aveva intuito il valore adattivo delle emozioni sia nella loro componen-

¹² Le emozioni positive conducono all'apertura (curiosità e creatività), avvicinamento degli altri e empatia ad uno stile cognitivo globale, efficacia e decisione, reframing (ristrutturazione) degli eventi emozionali, motivazione a fare nuove esperienze, sperimentazione a superamento dei limiti, espansione del sé, rinforzo del sistema immunitario, coscienza psicologica. Quelle negative portano a restringimento delle attività mentali, lentezza e indolenza cognitiva, bias (pregiudizio) su ragionamento e decisione, focalizzazione sul dolore, chiusura e autoprotezione, egocentrismo, indebolimento del sistema immunitario.

¹³ In Concept of emotion viewed from a prototype perspective. Journal of Experimental Psychology: General: 113, 464-486, tratto da <http://emotion-research.net/biblio/FehrRussell1984>.

¹⁴ Le emozioni fungono da interfaccia tra l'individuo e l'ambiente e lo preparano all'attacco-fuga. In tali casi aumenta la pressione sanguigna, il battito cardiaco, la respirazione diviene più rapida le pupille si dilatano, aumenta la sudorazione mentre diminuisce la secrezione di saliva e muco, il livello di zuccheri nel sangue aumenta per fornire più energia, il sangue si coagula più velocemente in caso di ferite, il sangue viene deviato dallo stomaco e dall'intestino al cervello ed ai muscoli scheletrici, i peli sulla pelle si rizzano, causando la pelle d'oca.

te comportamentale per la sopravvivenza, che nella componente espressiva - attraverso la comunicazione facciale e corporea di stati d'animo. Le emozioni, quindi, hanno una valenza comunicativa e sociale, il modello cognitivo-attivazionale (MECACCI, 2006)¹⁵, afferma che per verificarsi un'emozione, oltre all'innesco fisiologico, è fondamentale l'aspetto cognitivo che valuta l'attivazione emozionale in base alla situazione e al contesto. Ricorrendo alla citata teoria di Kelly per cui le persone costruiscono gli eventi della realtà e ne danno un'interpretazione che include le componenti affettive ed emotive, si può avanzare l'ipotesi che attraverso una costruzione concettuale sufficientemente valida degli eventi, l'individuo può regolare la portata di quelle emozioni distruttive che lo conducono a veri stati di afflizione mentale e di malessere (CAPRARAGENNARO, 1999).

Saper gestire le emozioni passa attraverso un lavoro di riconoscimento delle stesse e di alfabetizzazione alle competenze emotive. Il lavoro con l'A.T. oltre al riconoscimento degli stati dell'Io coerenti con la situazione vissuta dal soggetto, attiva processi di consapevolezza e riconoscimento delle emozioni provate.

Emozioni come lo stress si verificano quando la valutazione delle circostanze porta alla conclusione che la situazione è troppo impegnativa per la persona, o questa non dispone delle risorse necessarie per affrontarla. A questo punto ci si può focalizzare sul problema o sulle emozioni cercando di gestirle. Gross (1999) ha elaborato un modello di regolazione delle emozioni attraverso strategie di attenzione sull'antecedente dell'innesco emozionale e riguardano selezione e modifica della situazione e il cambiamento cognitivo. Una volta avviata la risposta emotiva intervengono strategie di modifica di tale risposta, con un lavoro di autoconsapevolezza e attenzione ai propri stati d'animo.

6. Realizzare esperienze di flusso

Il tempo lavoro con i suoi ritmi stressanti relega il tempo libero in spazi sempre più circoscritti, la disponibilità d'uso dei social media anche per ragioni di lavoro sovrappone i confini tra tempo lavoro e vita privata, aumentando lo stress e la possibilità di incorrere in rischi psicosociali¹⁶. Il ruolo dello stress è all'origine di molte patologie¹⁷, i tentativi per ridurlo si basano su un approccio psicologico alla questione, concentrandosi sulle interazioni della persona con l'ambiente, sui

¹⁵ SCHACTER-SINGER, 1984.

¹⁶ I rischi psicosociali non si esauriscono con lo stress-lavoro-correlato ma includono disturbi psicofisici, depressione, malattie, burnout, mobbing, comportamenti pericolosi, alcolismo, uso di sostanze stupefacenti, fino ad arrivare a violenze e molestie sul posto di lavoro e suicidi da: Accordo quadro Europeo, novembre 2007.

¹⁷ Cardiovascolari, gastrointestinali, malattie infettive, disturbi psichiatrici come ansia, depressione e disturbi bipolari.

modelli transazionali e sui meccanismi psicologici alla base delle interazioni, come valutazione cognitiva e coping¹⁸. In aggiunta alle strategie psicologiche esistono metodi che possono liberarci da emozioni considerate afflittive della mente e a diminuire lo stress? In occidente pensiamo alle emozioni come a un qualcosa che è escluso dall'attività razionale, addirittura fuorvianti per la ragione, mentre nelle filosofie orientali si ha una visione integrata tra pensiero ed emozione, tale visione è oggi avvalorata dalle neuroscienze per cui nel cervello i circuiti dell'emozione e della cognizione s'intrecciano (GOLEMAN-DALAI LAMA, 2009). Ci sono evidenze neuroscientifiche per cui attraverso pratiche di meditazione si aumentano le abilità di regolazione cognitiva ed emotiva che calibrano particolari stati mentali disfunzionali, condizionati da stress, ansia e umore negativo (RAFFONE, 2011)¹⁹. Esistono tecniche di rilassamento che alla stregua delle pratiche meditative possono aiutare le persone a ottimizzare le capacità cognitive-emozionali aiutando gli individui ad accrescere le risorse mentali necessarie ad affrontare situazioni critiche e a un migliore adattamento a stimoli stressogeni (BRUGNOLI, 2005). Attraverso tali tecniche si possono provare gli stessi benefici che sperimentiamo in quelle attività in cui non vediamo l'ora di immergerci, dove il tempo vola via, le sensazioni di piacevolezza fanno perdere ogni dimensione spazio temporale, tutte quelle esperienze²⁰ che se vissute con curiosità senza tensione, per piacere di fare e come miglioramento del proprio essere, sono la vera fonte di benessere.

Conclusioni

Si parla molto di benessere e le definizioni si sovrappongono, così come i modi e i metodi d'intervento. L'intenzione di questo scritto è quella di spiegare come si costruisce il benessere nelle organizzazioni attraverso un'analisi del costruito e la messa in evidenza dei fattori chiave utili nel formare le persone a una cultura del benessere in un modo compatibile con i tempi del lavoro contemporaneo e le esigenze di chi opera nelle moderne organizzazioni. Ogni fattore rappresenta in sintesi una scelta formativa, selezionata per facilitare i lavoratori nella conoscenza e miglioramento delle proprie competenze relazionali, cognitive ed emotive, fornendo strumenti e schemi interpretativi mutuati da teorie psicologiche sull'argomento.

¹⁸ Il concetto di coping può essere tradotto con fronteggiamento, risposta efficace, capacità di risolvere i problemi, indica l'insieme di strategie mentali e comportamentali che sono messe in atto per fronteggiare una certa situazione.

¹⁹ Introduzione alle neuroscienze della meditazione buddhista, ANTONINO RAFFONE, *Dipartimento di Psicologia Sapienza Università di Roma 1*, tratto da:<http://santacittarama.altervista.org/neuroscienze%20della%20meditazione.pdf>.

²⁰ Esperienze di flusso in CSIKSZENTMIHALYI, 1988.

Il progetto per formare al benessere è stato redatto in un modulo di otto ore in cui si costituiranno gruppi composti da un minimo di sei a un massimo di dodici soggetti. Nel modulo è inserita una situazione esperienziale di flusso indotta con tecniche di mental training della durata di 30 minuti. Al modulo proposto può seguire un focus group calibrato sui temi emersi nel corso.

RIASSUNTO

Si tratta di un progetto formativo dedicato a coloro che operano nei contesti organizzativi che, attraverso un lavoro di semplificazione e di sintesi delle teorie e linee guida esistenti in letteratura sull'argomento, orienta le persone alla costruzione di una cultura del benessere in un modo compatibile con i tempi del lavoro contemporaneo e le esigenze di chi opera nelle moderne organizzazioni. Il progetto individua sei fattori per il benessere, ritenuti fondamentali per fornire le competenze necessarie alle persone a migliorare le relazioni e la gestione dei conflitti e in generale la qualità del vivere nelle organizzazioni.

SUMMARY

It is an educational project dedicated to those who work in organizational contexts, through a simplification work and synthesis of theories and existing guidelines in the literature, directs people to the construction of a culture of wellness in a manner compatible with the times of the contemporary work and the needs of those working in modern organizations. The project identifies six factors for the well being, seen as crucial to provide the skills necessary for people to improve relations and conflict management and overall quality of life in organizations.

BIBLIOGRAFIA

- [1] ACOCELLA I., 2008, *Il focus group: teoria e tecnica*, Franco Angeli, Milano.
- [2] ADENZATO M., MEINI C., 2006, (a cura di), *Psicologia evolutivista*, Bollati Boringhieri, Torino.
- [3] ANDREONI P., MAROCCI G., 1997, *Sicurezza e benessere nel lavoro*, Edizioni Psicologia, Roma
- [4] ANDREONI P., 2005, *Tempo e lavoro*, Mondadori, Milano.

- [5] ARGENTERO P., (a cura di), 2007, *Psicologia del lavoro e interventi Organizzativi*, F. Angeli, Milano.
- [6] AVALLO F., BONARETTI M., (a cura di), 2003, *Benessere organizzativo*, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli.
- [7] AVALLO F., PAPLOMATAS A., 2005, *Salute Organizzativa*, Cortina Editore, Milano.
- [8] BAUMAN Z., 2007, *Modernità liquida*, Editori Laterza, Bari.
- [9] BAUMAN Z., 2009, *Modus vivendi*, Editori Laterza, Bari.
- [10] BERN E., 1970, *Analisi transazionale e psicoterapia. Un sistema di psichiatria sociale e individuale*, Astrolabio, Roma.
- [11] BISIO C., 2009, *Psicologia per la sicurezza sul lavoro*, Giunti O.S., Firenze.
- [12] BODEI R., 1997, *La filosofia del novecento*, Universale Donzelli, Roma.
- [13] BROWN R., 2000, *Psicologia sociale dei gruppi*, Il Mulino, Bologna.
- [14] BRUGNOLI M.P., 2005, *Tecniche di mental training nello sport*, Edizioni red, Milano.
- [15] BRUNER J.B., 1992, *La ricerca del significato*, Bollati Boringhieri, Torino.
- [16] CALVANI A., 2004, *Educazione, Comunicazione e Nuovi Media*, Utet, Torino.
- [17] CNR, 2012, *Il benessere il clima e la cultura delle organizzazioni*, Roma.
- [18] CSIKSZENTMIHALYI M., 1988, *The flow*, University Press, Cambridge.
- [19] CAPRARA G.V., GENNARO A., 1999, *Psicologia della personalità, il Mulino, Bologna*.
- [20] DAFT R.L., 2010, *Organizzazione aziendale*, Apogeo, Milano.
- [21] FOUCAULT M., 2004, *L'ordine del discorso*, Einaudi, Torino.
- [22] GALANTI M.A., 2001, *Affetti ed empatia nella relazione educativa*, Liguori, Napoli.

- [23] GEERTZ C., 1998, *Interpretazione di culture*, Il Mulino, Bologna.
- [24] GOLEMAN D., 1996, *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano.
- [25] GOLEMAN D., DALAI LAMA, 2011, *Emozioni distruttive*, Mondadori, Milano.
- [26] GROSS J.J., 1999, *Emotion and emotion regulation*. In Pervin L.A., John O.P., Robins R.W., 2008, *Handbook of personality*, Guilford Press, New York.
- [27] HARRIS T.A., 1991, *Io sono ok, tu sei ok*, Rizzoli, Milano.
- [28] KANEKLIN C., PICCARDO C., SCARATTI G., (a cura di), 2010, *La Ricerca Azione*, Cortina Editore, Milano.
- [29] KELLY G., 2004, *La Psicologia dei Costrutti Personali*, Cortina Editore, Milano.
- [30] KLEIN M., RIVIERE J., 1969, *Amore Odio e Riparazione*, Ubaldini, Roma.
- [31] LEWIN K., 2005, *La teoria, la ricerca, l'intervento*, Il Mulino, Bologna.
- [32] LIVOLSI M., 2007, *Manuale di sociologia della comunicazione*, Laterza, Bari.
- [33] MAROCCI G., 1997, *Ospitalità*, Edizioni Psicologia, Roma.
- [34] MAY R., 1989, *L'arte del Counselling*, Astrolabio, Roma.
- [35] MECACCI L., 2008, (a cura di), *Manuale di Psicologia generale*, Giunti, Firenze.
- [36] MOÈ A., 2010, *La motivazione*, Il Mulino, Bologna.
- [37] MORGAN G., 1997, *Image. Le metafore dell'organizzazione*, Franco Angeli, Milano.
- [38] NANETTI F., 2010, *Counseling ad orientamento transpersonale*, Ed. MyLife, on line.
- [39] PERUSSIA F., 2003, *Theatrum psychotechnicum*, Bollati Boringhieri, Torino.
- [40] RECALCATI M., 2012, *Jacques Lacan, Desiderio, godimento e soggettivazione*, Cortina Editore, Milano.

- [41] RIZZI G., 1999, *Abitare Essere e Benessere. Architettura d'Interni e Psicologia*, Politecnico Milano.
- [42] ROGERS C.R., 2012, *Un modo di essere*, Giunti, Firenze.
- [43] ROSENBERG M.B., 2012, *Il linguaggio giraffa*, Esserci Edizioni, Reggio Emilia.
- [44] SELYE H., 1976, *Stress senza paura*, Rizzoli, Milano.
- [45] SENNET R., 2003, *L'uomo flessibile*, Feltrinelli Editore, Milano.
- [46] SPALTRO E., 1993, *Pluralità*, Patron Editore, Bologna.
- [47] SPALTRO E., 1993, *Soggettività*, Patron Editore, Bologna.
- [48] SPALTRO E., 1996, *Il buon lavoro. Psicologia del lavoro quotidiano*, Edizioni Lavoro, Roma.
- [49] SPALTRO E., DE VITO PISCICELLI P., 2002, *Psicologia per le organizzazioni*, Carocci Editore, Roma.
- [50] SPALTRO E., 2003, *La forza di fare le cose*, Edizioni Pendragon, Bologna.
- [51] STANGHELLINI G., 2008, *Psicopatologia del senso comune*, Cortina Editore, Milano.
- [52] THOMAE H., 1978, *Conflitto Decisione Responsabilità*, Città Nuova Editrice, Roma.
- [53] VARISCO B., 2002, *Costruttivismo socio-culturale*, Carocci, Roma.
- [54] WATZLAWICK P., 2006, *Il linguaggio del cambiamento*, Feltrinelli Editore, Milano.
- [55] ZANI B., CICOGNANI E., 1999, *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*, Carocci, Roma.

INFORTUNI MORTALI IN ITINERE DELLE DONNE IN ITALIA: STUDIO DELLE DINAMICHE E DELLE PRINCIPALI CARATTERISTICHE ORIENTATO ALLA PREVENZIONE

A. BRUSCO*, A. BUCCIARELLI*, C. GILIBERTI**, S. SALERNO***

SOMMARIO

1. Introduzione. - 2. Definizioni e normativa di riferimento. - 3. Fonte dati. - 4. Analisi statistica degli infortuni in itinere mortali femminili. - 4.1. I 205 casi riconosciuti dall'Inail. - 4.2. I 126 casi del campione. - 4.2.1. La selezione e raccolta dei dati. - 4.2.2. Risultati. - 5. Discussione.

1. Introduzione

Secondo le statistiche dell'Inail, gli infortuni sul lavoro in itinere sono la prima causa di morte delle lavoratrici [1,2,3,4]. Delle 110 denunce mortali al femminile, pervenute all'Istituto e relative al 2015, oltre la metà (59 decessi) sono state presentate per infortunio in itinere, quasi tutte (54 decessi) con un mezzo di trasporto coinvolto. Mediamente meno impegnate dei lavoratori maschi nelle attività professionali più rischiose (come il lavoro nelle miniere, nei cantieri, nella movimentazione carichi pesanti e facchinaggio), per le lavoratrici la probabilità di infortunio letale sul lavoro è fortemente correlata al rischio stradale e in particolare alla circolazione dei veicoli quando ci si reca o si torna dal proprio posto di lavoro (ovvero "in itinere"). Concentrandosi su tale fattispecie, è pertanto necessario, per la prevenzione del fenomeno, ricostruire le cause, le circostanze e le caratteristiche di questi infortuni, analizzare le dinamiche degli incidenti stradali occorsi alle lavoratrici anche attraverso l'approfondimento dei singoli, specifici, casi mortali per integrare il più possibile (anche con fonti esterne) le informazioni digitalizzate ed elaborabili dagli archivi informatici statistici dell'Inail. Obiettivo di questo lavoro, quindi, è stato quello di raccogliere dati ufficiali di

* Inail - Consulenza statistico attuariale.

** Inail - Dipartimento innovazioni tecnologiche e sicurezza degli impianti prodotti e insediamenti antropici.

*** Enea - Casaccia.

archivio, arricchirli con informazioni reperite nel documentale a corredo delle pratiche, ricercare ad esempio dettagli aggiuntivi sugli incidenti (anche da quotidiani locali o siti online che forniscono informazioni dettagliate anche a livello anagrafico) e delineare, attraverso dati, grafici e considerazioni, un quadro ancora più definito del fenomeno.

2. Definizioni e normativa di riferimento

Gli infortuni sul lavoro si dividono in due modalità [5]:

- 1 “in occasione di lavoro”: l’infortunio verificatosi in connessione con le condizioni in cui si svolge l’attività lavorativa. È ripartibile nei due sottoinsiemi:
 - 1.1 “in occasione di lavoro con mezzo di trasporto coinvolto”: l’infortunio in occasione di lavoro avvenuto in un’area aperta alla pubblica circolazione col concorso di almeno un mezzo di trasporto (veicoli terrestri e non). Ad esempio l’infortunio occorso a una tassista durante la sua attività.
 - 1.2 “in occasione di lavoro senza mezzo di trasporto coinvolto”. Ad esempio quello occorso a un’operaia in fabbrica o a una impiegata in ufficio.
- 2 “in itinere” (art. 12 d.lgs. 38/2000): l’infortunio avvenuto durante il normale tragitto di andata e ritorno tra l’abitazione e il luogo di lavoro, da un luogo di lavoro a un altro (nel caso di rapporti di lavoro plurimi), oppure durante il tragitto abituale per la consumazione dei pasti se non esiste una mensa aziendale. È ripartibile nei due sottoinsiemi:
 - 2.1 “in itinere con mezzo di trasporto coinvolto”: l’infortunio in itinere avvenuto in un’area aperta alla pubblica circolazione col concorso di almeno un mezzo di trasporto (veicoli terrestri e non). Ad esempio¹ l’infortunio occorso a un’impiegata che si reca in ufficio con l’autobus o, se necessitata, con il proprio mezzo privato o ad una lavoratrice che, tornando a piedi a casa, venga travolta da un veicolo.
 - 2.2 “in itinere senza mezzo di trasporto coinvolto”. A esempio (vedi nota 1) quello occorso a una lavoratrice che inciampa sul marciapiede recandosi al lavoro.

Sempre a titolo di esempio, non è invece “con mezzo di trasporto coinvolto” l’incidente tra veicoli occorso all’interno di un cantiere o quello avvenuto in un campo agricolo con trattore non essendo aree aperte alla pubblica circolazione. Base normo-assicurativa [6, 7] è il già citato articolo 12 del d.lgs. 38/2000 che recita: *All’articolo 2 e all’articolo 210 del testo unico è aggiunto, in fine, il seguente comma: “Salvo il caso di interruzione o deviazione del tutto indipendenti dal lavoro o, comun-*

¹ Si segnala che ogni singolo caso è fatto comunque oggetto di verifiche puntuali nel rispetto della normativa assicurativa e alla luce degli orientamenti giurisprudenziali più recenti.

que, non necessitate, l'assicurazione comprende gli infortuni occorsi alle persone assicurate durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro, durante il normale percorso che collega due luoghi di lavoro se il lavoratore ha più rapporti di lavoro e, qualora non sia presente un servizio di mensa aziendale, durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione abituale dei pasti. L'interruzione e la deviazione si intendono necessitate quando sono dovute a cause di forza maggiore, ad esigenze essenziali ed improrogabili o all'adempimento di obblighi penalmente rilevanti. L'assicurazione opera anche nel caso di utilizzo del mezzo di trasporto privato, purché necessitato. Restano, in questo caso, esclusi gli infortuni direttamente cagionati dall'abuso di alcolici e di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni; l'assicurazione, inoltre, non opera nei confronti del conducente sprovvisto della prescritta abilitazione di guida."

La normativa, nella sua chiarezza e sinteticità lascia quindi aperto il canale interpretativo: il passaggio "necessitate" (per le deviazioni/interruzioni) e "purché necessitato" (sul mezzo privato) hanno di fatto agevolato letture del testo sempre più a favore della qualità della vita del lavoratore di cui più volte la Corte di Cassazione, intervenendo su contenziosi specifici, ha ricordato la tutela costituzionale circa il rispetto della dignità, della salute e delle esigenze di vita personali, familiari e sociali.

Relativamente alla copertura assicurativa "in itinere", l'Italia è all'avanguardia nella tutela del lavoratore "da quando esce di casa a quando vi ritorna", dato che in altri paesi (anglosassoni ad esempio) l'infortunio stradale in itinere non viene rilevato come da lavoro, ma rimandato all'assicurazione privata di responsabilità civile auto. Inoltre, quanto previsto dalla normativa del 2000, è di fatto in continua evoluzione con l'Inail che recepisce i pareri delle sentenze della Corte di Cassazione su fattispecie particolari, nonché eventuali aggiornamenti normativi (ad esempio, il riconoscimento dell'uso della bicicletta non più solo su pista ciclabile a seguito del Collegato Ambiente alla Legge di Stabilità 2016) [8].

3. Fonte dati

I dati di partenza su cui si basa l'analisi sono di fonte Inail e sono stati elaborati dagli archivi statistici che alimentano la Banca dati statistica online (indirizzo diretto <http://bancadaticsa.inail.it/bancadaticsa/login.asp>), una banca dati curata dalla Consulenza Statistico Attuariale finalizzata a divulgarne, insieme ad altri canali, il patrimonio informativo istituzionale. Il periodo di riferimento, l'ultimo disponibile al momento dell'inizio dello studio, è il quinquennio di avvenimento 2010-2014 rilevato al 31 ottobre 2015. I dati analizzati riguardano gli infortuni sul lavoro in itinere con esito mortale occorsi a lavoratrici. Le 276 denunce pervenute all'Inail nel quinquennio sono state analizzate rispetto alle principali caratteristiche (anagrafiche, territoriali, temporali, ecc.); analoga indagine è stata condotta anche sui soli casi riconosciuti sul lavoro (accertati positivi) che hanno visto coinvolti

mezzi di trasporto (205 decessi). Per quanto gli archivi siano ricchi di informazioni, l'esigenza di approfondire ulteriormente cause e circostanze degli incidenti mortali ha suggerito di individuare un set di casi tra quelli riconosciuti e meglio codificati, quantificati in 126, su cui procedere a un'analisi puntuale, caso per caso, della documentazione a corredo della pratica Inail. Il campione risulta quindi ben rappresentativo sia in termini qualitativi che quantitativi (oltre il 60% del totale). Oltre ad informazioni standard già divulgate (come zona geografica, giorno della settimana e ora di accadimento, classe d'età, nazionalità), sono state raccolte informazioni supplementari nell'analisi di dettaglio (e arricchite ove possibile con informazioni da fonti esterne come ad esempio le condizioni meteo del luogo-giorno dell'evento) quali: distanza casa-lavoro, tipo di strada percorsa (urbana, extraurbana, autostrada), tipo di veicoli coinvolti (autovetture, scooter, bicicletta, mezzi pesanti, ecc.) e loro vetustà, stato di famiglia, tipologia contrattuale.

4. Analisi statistica degli infortuni in itinere mortali femminili

4.1 I 205 casi riconosciuti dall'Inail

Nel quinquennio 2010-2014, come sopra detto, le denunce di infortuni in itinere mortali occorsi alle donne sono state complessivamente 276, di queste 255 con mezzo di trasporto e 21 senza il coinvolgimento di un mezzo. Per disporre di informazioni complete e per concentrare l'analisi sui casi già accertati come di origine lavorativa si sono esaminati i soli eventi riconosciuti dall'Inail, comprendendo sia quelli con superstite (che danno diritto all'erogazione di una rendita) sia quelli senza superstite. Tale casistica nel periodo di riferimento ammonta a 213 casi, di cui 205 avvenuti con mezzo di trasporto e 8 senza mezzo.

Tabella 1

Denunce e accertamenti positivi di infortuni sul lavoro mortali in itinere occorsi a donne per modalità e anno di accadimento - Anni 2010-2014.

Modalità di accadimento	2010	2011	2012	2013	2014	Quinquennio 2010-2014
Senza mezzo di trasporto	4	2	4	5	6	21
<i>di cui accertati positivamente</i>	2	-	2	2	2	8
Con mezzo di trasporto	52	59	46	51	47	255
<i>di cui accertati positivamente</i>	42	55	37	32	39	205
Totale casi denunciati	56	61	50	56	53	276
<i>di cui accertati positivamente</i>	44	55	39	34	41	213

Fonte: Inail – Banca dati statistica, aggiornamento al 31 ottobre 2015

Nel prosieguo sarà effettuata una prima analisi statistica di sintesi sui 205 casi mortali che hanno visto il coinvolgimento del mezzo di trasporto e che rappresentano il 96% degli eventi riconosciuti dall'Istituto, per poi approfondire l'osservazione su un campione.

Nella maggior parte dei casi (81%) si tratta di lavoratrici italiane, per le straniere, 12 dei 38 decessi riguardano donne nate in Romania.

Circa il 40% dei casi interessa donne di età compresa tra i 35 e i 49 anni, il 37% giovani al di sotto dei 34 anni.

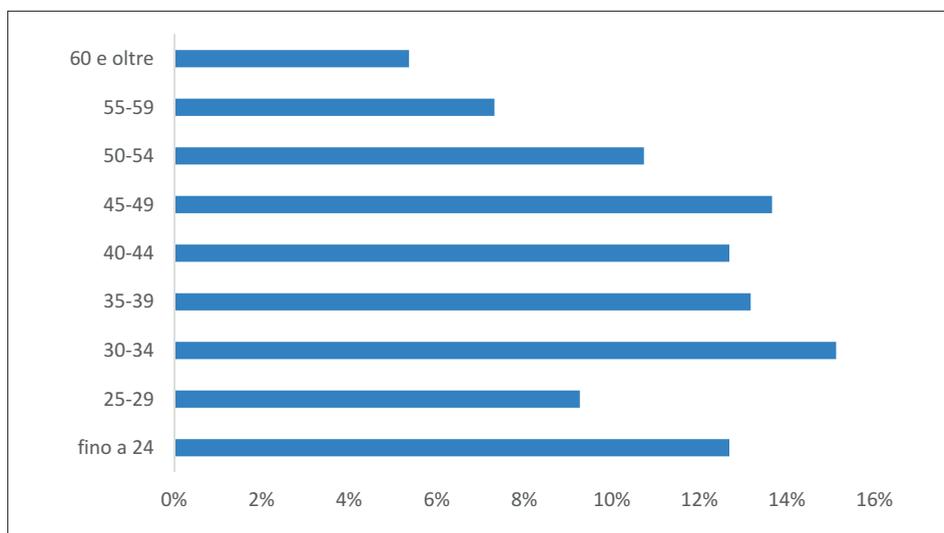


Grafico 1: *Infortunati sul lavoro mortali in itinere con mezzo di trasporto coinvolto accertati positivi occorsi a donne per classe di età (valori percentuali) - Quinquennio 2010-2014.*

I casi analizzati sono concentrati nella gestione Industria e servizi (182 decessi), la più grande per l'Istituto. Benché gli infortuni in itinere siano trasversali e quindi, in generale, esulino dal rischio lavorativo, l'analisi per settore di attività rileva che - compatibilmente col sistema produttivo e il tipo di attività svolta dalle donne - a essere più colpiti sono quelli del terziario, come il commercio, la sanità e la ristorazione che totalizzano quasi la metà degli eventi.

Il 36% dei decessi si verifica nel Nord-Est, con la metà dei casi concentrati in Emilia Romagna (37 dei 74 casi complessivi della macro-area), a seguire la Lombardia (30 casi) e il Veneto (25 casi).

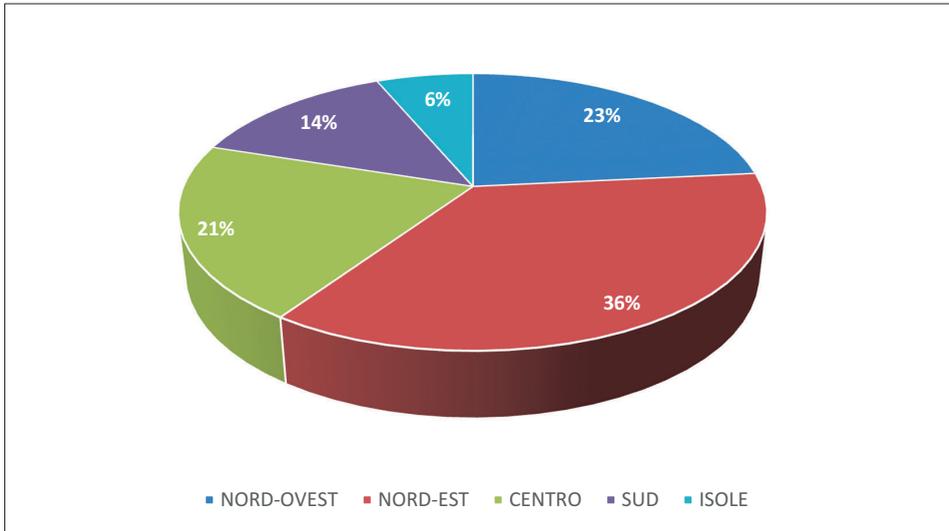


Grafico 2: *Infortuni sul lavoro mortali in itinere con mezzo di trasporto coinvolto accertati positivi occorsi a donne per ripartizione territoriale (valori percentuali) - Quinquennio 2010-2014.*

Si osserva che nei mesi di novembre, dicembre e gennaio, complice anche la minore visibilità per buio e condizioni climatiche, si verificano oltre un terzo degli eventi mortali.

Per quanto riguarda, invece, il giorno della settimana, non si evidenziano particolari situazioni di rilievo, pochi casi in più il mercoledì, rispetto agli altri giorni, con un calo in corrispondenza del week end, in particolare della domenica, giorno dedicato da molti al riposo lavorativo.

Le ore più letali sono quelle del mattino, dalle 5 alle 8 (circa il 35% dei casi), coerentemente all'inizio/fine del turno di lavoro.

Escludendo i casi non determinati, la parte del corpo principalmente lesa è il cranio con il 63% dei casi (in particolare per frattura 62%), a seguire gli organi interni col 16%.

Le principali nature della lesione sono: "frattura" con oltre la metà dei casi e "contusioni".

4.2 I 126 casi del campione

Per raggiungere un dettaglio maggiore sulle caratteristiche degli infortuni in itinere mortali femminili è stato analizzato un campione di 126 casi, rappresentativo dell'universo dei 205 decessi riconosciuti e finora esaminati, sui quali effettuare un'analisi puntuale, caso per caso, utilizzando anche informazioni accessorie [9].

4.2.1 *La selezione e raccolta dei dati*

Oltre ai dati presenti negli archivi Inail complementari a quelli statistici (desumibili dalla documentazione allegata alla gestione amministrativa/sanitaria della pratica di decesso) sono state ricercate informazioni reperibili all'esterno dell'Istituto per aspetti ulteriori, come le condizioni metereologiche o le caratteristiche specifiche dei veicoli, che possono aiutare a comprendere le dinamiche infortunistiche, e/o tali da spiegare la difficoltà di conciliazione casa, famiglia e lavoro.

Per quanto riguarda il campione da analizzare e approfondire, si precisa che è stato creato circoscrivendolo ai casi che risultavano meglio codificati, rispetto alle variabili che descrivono le dinamiche dell'incidente e il tipo di mezzi coinvolti; più in dettaglio, ricorrendo alle variabili Esaw/32 presenti negli archivi Inail, all'interno del gruppo dei 205 decessi sono stati presi in esame 126 casi con "agente materiale del contatto" esplicitamente codificato con "veicolo/i". Tale filtro ha consentito al contempo di contenere la numerosità campionaria (visti i tempi necessari all'analisi pratica per pratica) "mirandola" a una rosa di casi meglio codificati.

Per quanto riguarda le variabili aggiuntive da indagare si sono esaminate una serie di informazioni desumibili in parte accedendo ai canali internet, come la quantificazione chilometrica della distanza casa e luogo di lavoro e il tempo di percorrenza in minuti (rilievo dei chilometri percorsi secondo le mappe di Google e i tempi medi utilizzando il mezzo pubblico o privato coinvolto), la tipologia di strada (urbana, extraurbana, autostrada), le caratteristiche del mezzo coinvolto quali: anno di immatricolazione, tipo di veicolo, targa, cilindrata, classe di segmento (utilitaria o meno). Questi dati sono stati reperiti avvalendosi anche delle informazioni desunte dalla lettura dei quotidiani, integrate con dati consultabili sul sito Aci (Automobile Club d'Italia) e dalle case automobilistiche. Altro gruppo di informazioni aggiuntive hanno riguardato le circostanze climatiche dell'evento quali le condizioni meteo (www.ilmeteo.it che contiene anche dati storici) e l'occorrenza in orario diurno o notturno compatibilmente alla stagionalità (in base alla data e all'ora dell'evento).

L'analisi della documentazione allegata alla pratica ha permesso poi di indagare su ulteriori aspetti dell'evento al fine di arricchire la conoscenza del fenomeno, in particolare, se la donna era al volante o meno, se ha causato o subito l'incidente, sulla dinamica (se si è trattato di un tamponamento o di uno scontro), sulle cause, concause e aggravanti presumibili (a tal proposito sono state consi-

2 Da vari anni l'Inail utilizza tale sistema europeo, fondato su otto variabili principali (tipo di luogo, tipo di lavoro e le coppie-azioni agente materiale dell'attività fisica specifica, della deviazione e del contatto) finalizzate a registrare, con codifiche condivise a livello europeo, la catena di avvenimenti che precede l'istante traumatico dell'evento infortunistico, mettendone in evidenza cause, circostanze e dinamiche. La codifica - molto particolareggiata e quindi particolarmente impegnativa e articolata nella fase di inserimento - risente ancora di una significativa presenza di casi non codificati con la conseguenza che i dati elaborati possono risultare in una certa misura sottostimati (ma di recente è stato rilasciato un software dedicato per il miglioramento della qualità del dato).

derate le più varie ad esempio visibilità, sonno, distrazione, uso di sostanze alcoliche o stupefacenti, ecc.) e infine, se sono stati coinvolti altri veicoli.

Per completare il quadro sono poi state analizzate le caratteristiche socio-demografiche delle donne: accanto all'età si è preso in esame lo stato civile (coniugata o meno) e il nucleo familiare, in particolare, nel caso di figli si sono rilevati il numero e l'età degli stessi. Altro determinante importante è stato ritenuto il tipo di lavoro, in particolare si è verificato se la lavoratrice era in possesso di un contratto a tempo determinato o meno, tempo pieno o parziale, da dipendente o autonomo o irregolare.

Il numero di ulteriori variabili da esaminare nel campione ha richiesto un rilevante impegno in termini di raccolta dai diversi canali informativi, ma ha avuto il pregio di arricchire quanto più possibile le conoscenze e di definire un profilo il più possibile completo per tale casistica di eventi.

Tabella 2

Variabili aggiuntive indagate e relative modalità osservate nel campione.

Fattori di analisi	Variabili indagate	Modalità
Aspetti socio demografici	Nazionalità	Italiane, Straniere
	Età	Numero
	Stato civile	Nubili, Coniugate/conviventi, Separate/Vedove
	Numero di figli	Fino a quattro
	Età	Numero
	Tipologia del contratto di lavoro	Dipendente, Autonomo, Irregolare, Altro
	Durata del contratto di lavoro	Tempo indeterminato, Tempo determinato
	Orario del contratto di lavoro	Tempo pieno, Tempo parziale
	Professioni e mansioni svolte	Classificazione Inail-Istat delle professioni
Aspetti temporali e spaziali dell'evento mortale	Mese di accadimento	Mesi/trimestri dell'anno
	Giorno di accadimento	Giorni della settimana
	Ora di accadimento	Ora solare
	Distribuzione geografica	Ripartizioni territoriali e Regioni
	Luminosità	Diurno, Notturno
	Condizioni meteo	Avverso, Favorevole
	Tragitto in cui si è verificato l'evento	Andando al lavoro, Tornando dal lavoro, Recandosi in altra sede di lavoro, Pausa pranzo
	Tipo di strada	Urbana, Extraurbana, Autostrada, Altro
	Distanza casa-lavoro	In chilometri
	Tempo di percorrenza con il mezzo utilizzato	In minuti
Autoveicolo/i coinvolto/i	Posizione occupata dalla vittima sul veicolo	Guidatrice, Passeggera
	Tipo di veicolo su cui era la vittima	Autoveicolo, Scooter/Moto, Bicicletta, Treno, Autobus, Corriera, Velivolo, Camion/Autotreno/Rimorchio, Nessuno (a piedi), Altro (es. trattore)
	Classe di segmento auto	A (minicar), B (vetture piccole), C (vetture medie), D (vetture grandi), E (vetture executive), F (vetture lusso)
	Marca/Modello del veicolo	Marca e Modello
	Targa del veicolo	Numero di targa
	Cilindrata del veicolo	Cm ³
	Anno di immatricolazione del veicolo	Anno
	Veicolo/i terzi coinvolto/i	Autoveicolo, Scooter/Moto, Bicicletta, Treno, Autobus, Corriera, Velivolo, Camion/Autotreno/Rimorchio, Altro (es. trattore)
	Dinamica dell'evento	Responsabilità dell'evento
Dinamica dell'evento		Tamponamento, Scontro frontale, Scontro laterale o altro scontro, Uscita di strada, Altro
Cause, concause, aggravanti dell'evento		Sonno, Visibilità, Distrazione, Velocità, Alcool/droghe/Farmaci, Distanza di sicurezza, Investimento, No cintura di sicurezza, Perdita di controllo, Altro

4.2.2 Risultati

Partendo dagli aspetti socio-demografici emerge che l'81% delle donne coinvolte in infortuni in itinere mortali sono italiane, il restante 19% sono straniere (6 delle 24 complessive sono di nazionalità romena). L'età media è di 42 anni, ma se si considerano le sole straniere questa si abbassa a 38 anni. In generale il 73% delle vittime appartiene alla fascia di età 20-50 anni.

Nel 70% dei casi si tratta di donne sposate o conviventi, nel 21% single, nella restante parte separate/divorziate o vedove. Il 61% ha almeno un figlio, in particolare, tra le donne con figli il 39% ne ha uno, il 47% ne ha due. Il 53% dei figli sono minori o adolescenti (l'età media del primo figlio è di poco inferiore ai 17 anni). Dal punto di vista contrattuale il campione di donne è costituito nella stragrande maggioranza da lavoratrici dipendenti (81%), a tempo pieno (47%) e con contratto a tempo indeterminato (62%). Differenze si riscontrano nel caso delle sole straniere per le quali il contratto è da dipendente nel 67% dei casi, a tempo pieno nel 45% e a tempo indeterminato nel 45%, percentuali ben al di sotto di quelle rilevate per le italiane. Le vittime risultano occupate prevalentemente nelle attività dei servizi, in particolare, nel commercio (17% dei casi), nell'assistenza sanitaria e sociale (15%), nella ristorazione (13%) e nei servizi di pulizia di scale ed edifici (9%). Le professioni e mansioni svolte sono nel 21% dei casi di tipo impiegatizio (amministrativo o di segreteria), nel 13% sono lavoratrici nella ristorazione (cuoche, bariste, cameriere), nell'11% commesse e nel 10% infermiere e assistenti sanitarie.

Tabella 3

Infurtuni sul lavoro mortali in itinere con mezzo di trasporto coinvolto accertati positivi occorsi a donne per principali mansioni/professioni svolte (valori percentuali) – Quinquennio 2010-2014, dati del campione.

impiegata	21%
addetta alla ristorazione (cuoca, barista, cameriera)	13%
commessa/addetta alla vendita	11%
infermiera/assistente sanitaria	10%
addetta alle pulizie	9%
insegnante/maestra	6%
operaia agricola/contadina	4%

L'analisi della documentazione amministrativa del caso e delle informazioni acquisite dalle variabili esogene permette di definire anche il quadro legato agli aspetti temporali. Si evince che l'incidente è avvenuto principalmente nelle ore

diurne (71%), mentre la luminosità era scarsa nel 29% dei casi; il meteo era avverso nel 43% dei casi. Da sottolineare che la coincidenza temporale di scarsa luminosità e meteo avverso ha determinato il 12% di tutti gli incidenti mortali. Oltre la metà degli eventi si sono verificati mentre la donna si recava al lavoro (54%) ed entro un raggio di circa 15 chilometri da casa (55%) per un tempo medio di percorrenza per singola tratta di 30 minuti. Risulta anche che il 40% degli infortuni mortali si è verificato nelle prime ore della giornata (compatibilmente con l'andare al lavoro e il rientro dal turno notturno), tra le 4 e le 9 del mattino ed in particolare il 14% tra le 7 e le 8, orario di punta per chi si reca al lavoro.

Analizzando la data dell'evento si osserva che i giorni più a rischio sono i primi tre della settimana (55%), in particolare il mercoledì, mentre si registra un calo, atteso, la domenica. I mesi più rischiosi sembrano essere gli ultimi dell'anno, in particolare il trimestre ottobre-dicembre col 40% dei casi, probabilmente a causa delle condizioni climatiche (meteo e ore di luce) e del manto stradale.

Il 61% dei decessi avviene nel Nord Italia, in particolare il 34% nel Nord-Est e il 27% nel Nord-Ovest.

A livello regionale si distinguono: l'Emilia Romagna (20%), la Lombardia (17%), Toscana e Piemonte entrambe col 9% di casi. Più contenuto il numero di decessi in quasi tutte le regioni del Sud (in totale 13%).

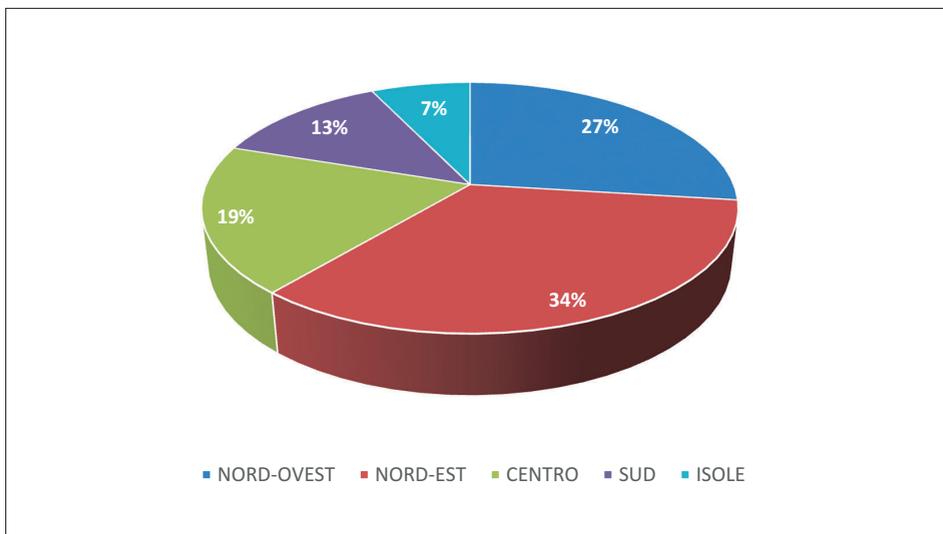


Grafico 3: *Infortuni sul lavoro mortali in itinere con mezzo di trasporto coinvolto accertati positivi occorsi a donne per ripartizione territoriale (valori percentuali) - Quinquennio 2010-2014, dati del campione.*

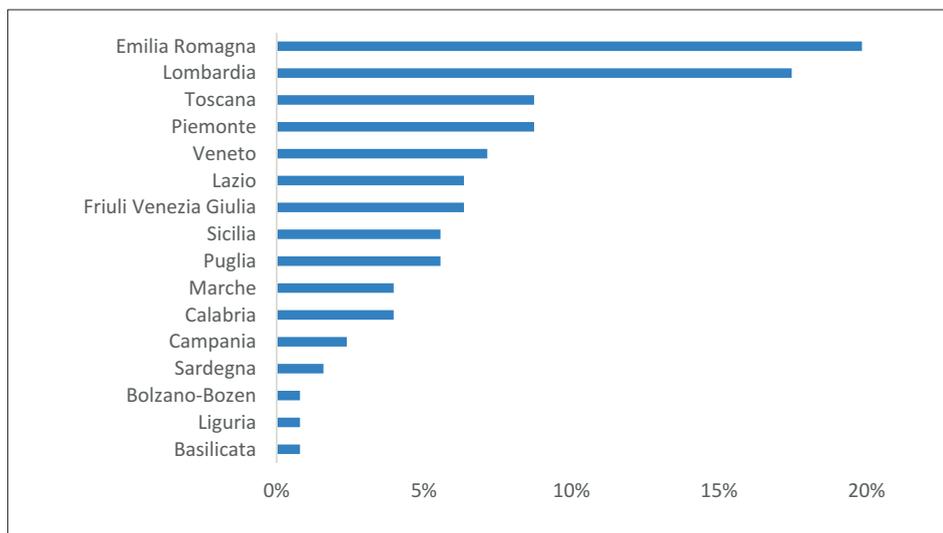


Grafico 4: *Infurtuni sul lavoro mortali in itinere con mezzo di trasporto coinvolto accertati positivi occorsi a donne per regione (valori percentuali) - Quinquennio 2010-2014, dati del campione.*

La dinamica dell'incidente evidenzia che nell'87% dei casi la donna era alla guida del mezzo a prescindere dal tipo (2 o 4 ruote), nel 9% era passeggera, mentre nel restante 4% tale informazione non è desumibile.

È importante sottolineare che in nessun caso mortale del campione esaminato la donna utilizzava nell'andare o tornare dal lavoro un mezzo pubblico (treno, autobus o corriera). La lavoratrice era a bordo (alla guida o passeggera) di un autoveicolo nel 72% dei casi, mentre in circa un caso su quattro era alla conduzione di un bi-ruote (scooter o moto nel 13% dei casi e bicicletta nel 10% dei casi). In 3 dei 126 casi la vittima era a piedi ed è stata investita.

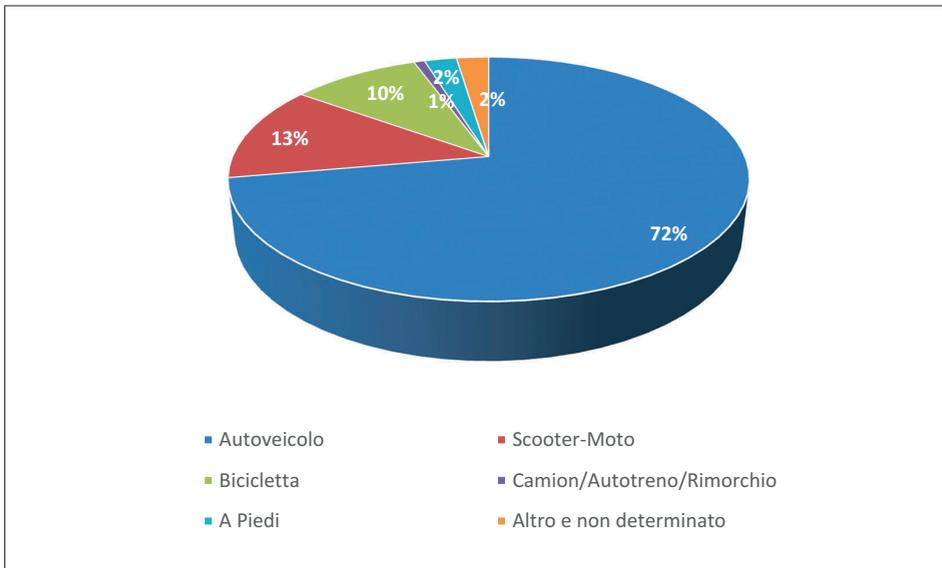


Grafico 5: *Infurtuni sul lavoro mortali in itinere con mezzo di trasporto coinvolto accertati positivi occorsi a donne per tipo di mezzo utilizzato (valori percentuali) - Quinquennio 2010-2014, dati del campione.*

Nell'82% dei decessi è stato coinvolto un altro mezzo di trasporto, in particolare si è trattato nel 45% dei casi di un autoveicolo, nel 30% di un mezzo pesante (camion/autotreno/rimorchio); un caso su cinque non ha visto altri veicoli coinvolti (ad esempio per uscita di strada) e negli altri casi residuali i terzi erano su mezzi a due ruote, autobus e, finanche, trattori.

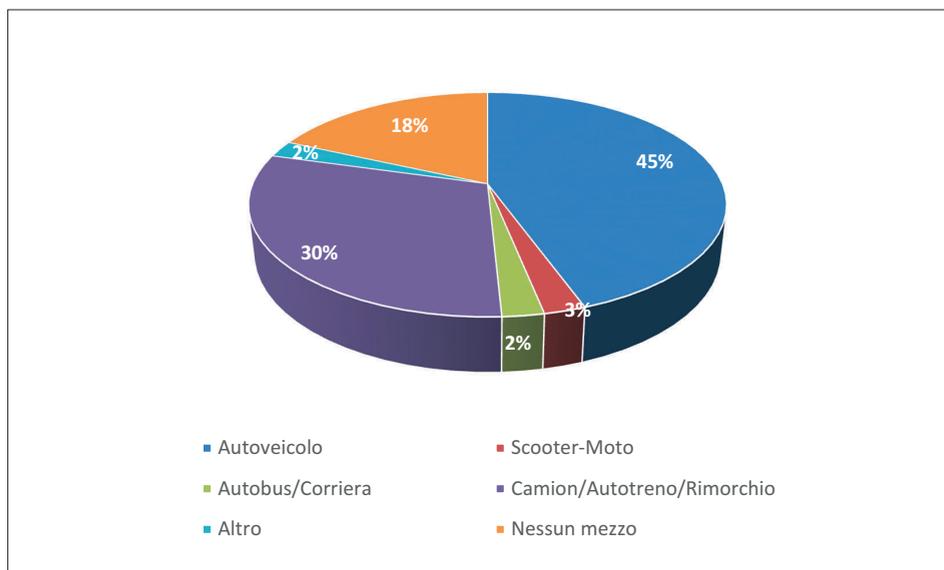


Grafico 6: *Infortuni sul lavoro mortali in itinere con mezzo di trasporto coinvolto accertati positivi occorsi a donne per altro mezzo di trasporto coinvolto (valori percentuali) - Quinquennio 2010-2014, dati del campione.*

Un approfondimento è stato condotto, limitatamente alle autovetture, sul tipo di veicolo su cui viaggiava la vittima (nel 91% dei casi ne era alla guida mentre nel restante 8% era passeggera). Nel 59% dei casi erano vetture del segmento B (vetture piccole, come la Fiat Punto ad esempio) e nel 18% vetture del segmento A (citycar come la Fiat 600 o Panda ad esempio): in sintesi, vetture utilitarie in oltre il 75% degli incidenti, la maggior parte di produzione italiana (come atteso per la consolidata affermazione sul mercato interno delle case automobilistiche nazionali), seguita nell'ordine da marchi tedeschi, francesi e orientali. Inoltre, in tutti i casi in cui si è riusciti a risalire alla targa e a determinarne (o stimarne) l'immatricolazione, risulta che nel 55% circa dei casi l'automobile è stata immatricolata precedentemente al 2004: vetture quindi che nel quinquennio osservato (2010-2014) avevano anche raggiunto (e in molti casi superato ampiamente) i 10 anni di vita con ciò che ne consegue in termini di sicurezza meccanica, ma anche di obsolescenza circa i dispositivi per la sicurezza attiva/passiva.

In oltre la metà dei casi (52%) la donna ha causato l'incidente, mentre nel 44% lo ha subito. L'incidente è avvenuto nel 71% delle situazioni su strade extraurbane, nel 22% su strade urbane, residuali gli incidenti su autostrade.

Approfondendo le dinamiche dell'infornuto mortale si evince che a essere letali sono gli "scontri" in oltre 6 eventi su 10, in particolare lo scontro frontale interessa il 45% dei casi e quello laterale il 16%. Non vanno trascurate le "uscite di strada" (22%) sia in rettilineo che in prossimità di curve.

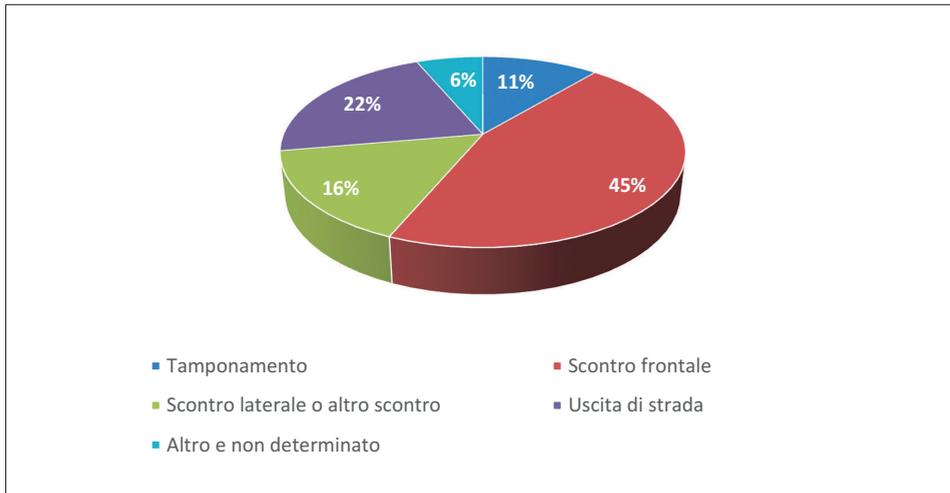


Grafico 7: *Infornuti sul lavoro mortali in itinere con mezzo di trasporto coinvolto accertati positivi occorsi a donne per dinamica (valori percentuali) - Quinquennio 2010-2014, dati del campione.*

Analizzando le cause dell'incidente, le concause e le aggravanti per le conseguenze del medesimo (ove desumibili dalla documentazione), si è osservato che la principale causa di infornuto risulta la perdita di controllo personale o altrui (52%) che nel caso di scontro frontale incide nel 65% dei decessi e di ben il 74% nelle uscite di strada.

Da non trascurare il mancato uso della cintura di sicurezza (4%), il non rispetto della distanza di sicurezza (3%), comportamenti peraltro sanzionati dal codice della strada.

5. Discussione

Un precedente studio sugli infornuti in itinere mortali con mezzo di trasporto delle donne italiane e straniere, accertati positivamente dall'Inail per il periodo 2009-2013, aveva evidenziato che le lavoratrici muoiono significativamente più

dei maschi e individuato specifiche condizioni di rischio per età, nazionalità, settore di lavoro, area geografica, mese, giorno, ora dell'infortunio [10, 11].

Le variabili analizzate evidenziavano la necessità di un approfondimento dei singoli casi mortali per studiare nel dettaglio la dinamica dell'infortunio e le sue caratteristiche, oggetto del presente lavoro, al fine di individuare efficaci politiche di prevenzione mirate al genere femminile [12].

I dati aggiornati (2010-2014), arricchiti di ulteriori informazioni, confermano un profilo di rischio caratterizzato da una maggioranza di vittime tra le italiane, nel settore di lavoro terziario, in particolare sanità e assistenza sociale, nel Nord-Est, particolarmente l'Emilia Romagna, il mercoledì la giornata più rischiosa. Si conferma inoltre che le morti femminili avvengono maggiormente andando al lavoro, nelle prime ore del mattino, nel trimestre ottobre-dicembre. I casi analizzati nel campione confermano quanto sopra descritto e aggiungono le caratteristiche socio-demografiche e quelle della dinamica dell'infortunio. La maggioranza delle donne, decedute per infortunio in itinere con mezzo di trasporto, sono sposate, hanno almeno un figlio minore o adolescente, le italiane un lavoro dipendente a tempo parziale con contratto a tempo indeterminato, a tempo determinato le straniere. Muoiono andando al lavoro, distante in media 15 chilometri dall'abitazione, impiegando un tempo medio di trenta minuti, alla guida di un autoveicolo di piccola cilindrata con dieci anni di immatricolazione media, su una strada extraurbana, perdendo il controllo e causando uno scontro frontale, con un altro autoveicolo, spesso un mezzo pesante. Le condizioni climatiche, pur favorevoli nella maggioranza dei casi così come la luminosità ambientale, costituiscono comunque un fattore di rischio in un elevato numero di infortuni femminili.

L'età della morte di italiane e straniere corrisponde al profilo del lavoro femminile che vede le straniere più giovani [13]. Le regioni del Nord-Est sono quelle a maggiore occupazione femminile [14], come l'attività nei servizi socio-sanitari, già considerata ad elevato rischio di infortuni in itinere rispetto alle altre professioni [15]. L'elevato numero di infortuni mortali nella giornata del mercoledì potrebbe essere legato alla maggiore presenza al lavoro nei primi giorni della settimana [16] e gli aspetti meteorologici spiegherebbero la maggiore criticità nei mesi invernali [17], soprattutto per le donne impegnate nel lavoro di conciliazione. Al mattino le donne, più dei maschi, devono anche gestire casa, bambini, anziani, attività che rendono i tempi e l'attenzione impegnata su più fronti [10, 18] favorendo infortuni anche stradali. Maggiore rischio per le donne pendolari sarebbe anche dovuto al ridotto numero di ore di sonno, minore tempo di recupero, riposo e svago, elementi che possono influire negativamente sull'attenzione, sia nella guida del veicolo che negli spostamenti casa-lavoro, incrementando il rischio di infortuni [19]. La conciliazione casa-lavoro rappresenta dunque un elemento cruciale nel caso femminile. Garantire la flessibilità degli orari di lavoro, specialmente al mattino, la possibilità di avere servizi quali asili nido, scuole

vicine al luogo di lavoro o nel percorso casa-lavoro, garantire i tempi di recupero dalla stanchezza e quelli di rispetto delle ore di sonno, rappresentano la prevenzione della distrazione nella guida [20].

La conciliazione di più lavori, la richiesta di straordinari, la pressione per arrivare in tempo, influiscono negativamente sul comportamento alla guida in termini di velocità, violazione dei codici, disattenzione, guida in condizioni di stanchezza, causa del 16-23% degli incidenti stradali sul lavoro, determinando un conflitto tra produttività lavorativa e sicurezza stradale che può compromettere la salute [21]. Inoltre, il maggiore utilizzo da parte delle donne di autovetture piccole e meno sicure richiederebbe requisiti certi di manutenzione al fine di garantire la sicurezza del mezzo utilizzato. Allo stesso modo dovrebbero essere garantite manutenzione e sicurezza delle strade, in particolare quelle extraurbane, che risultano essere le più pericolose per la mortalità da infortuni in itinere.

Nello studio è stato evidenziato che, in poco meno della metà dei casi, la donna andando o tornando dal lavoro, è vittima non causante dell'infortunio. In questo caso, l'intervento preventivo, oltre a quello già esplicitato precedentemente, deve riguardare necessariamente una politica di prevenzione generale relativa alla sicurezza stradale. Questi eventi "subiti" vedono spesso coinvolti autoveicoli pesanti, elevata velocità, non ottemperanza alle regole del codice stradale e assenza di vigilanza relativa. Una particolare attenzione andrebbe rivolta al lavoro notturno, che sembra esporre maggiormente la donna al rischio di subire un infortunio in itinere, a causa del mancato rispetto delle norme stradali durante la notte [22].

L'analisi delle morti per infortunio in itinere evidenzia che la prevenzione degli stessi può essere efficacemente realizzata attraverso l'uso del mezzo pubblico, che rappresenta lo strumento normale per la mobilità delle persone e comporta il grado minimo di esposizione al rischio della strada. (Cass. 17 gennaio 2007, n. 995, Pres. Ianniruberto Est. Vidiri, in *Lav. nella giur.* 2007, 516). Questo studio non ha infatti rilevato, nel periodo esaminato, casi di morti di donne che facciano uso di un mezzo pubblico. Politiche di incentivazione e di incremento dello stesso per qualità e quantità (orari, giorni della settimana, ecc.) ridurrebbero quindi il fenomeno [23].

Moderni sistemi di informazione sui trasporti pubblici, attraverso la comunicazione in tempo reale alle fermate e sui veicoli, siti internet e servizi di messaggistica dedicati, potrebbero offrire un trasporto efficace e competitivo alternativo a quello privato. Il trasporto pubblico potrebbe essere incentivato anche attraverso un costo limitato con sconti alle imprese [24], la puntualità nel servizio, il comfort a bordo, l'igiene, la disponibilità di posti [25] e la sicurezza dalle aggressioni e molestie sessuali [26]. Sarebbe anche auspicabile l'utilizzo del trasporto pubblico nei periodi di maggior rischio ambientale per condizioni meteorologiche avverse e una formazione orientata alla guida sicura in caso di neve, pioggia, ghiaccio e visibilità limitata. Uno studio svedese, senza orientamento al genere e

all'età, ha evidenziato come una riduzione del rischio di infortuni stradali si aveva laddove venivano adottati corsi di guida in condizioni critiche e miglioramento della guida attraverso soluzioni preventive prodotte dal confronto tra i partecipanti [27].

Gli infortuni stradali potrebbero rappresentare la quinta causa di morte nel mondo entro il 2030, soprattutto nei paesi in via di sviluppo [28]. È necessario, pertanto, avviare da subito politiche di prevenzione orientate al genere [29, 30]. Al fine di limitare il fenomeno degli infortuni in itinere, l'Unione Europea ha riportato nel tempo indicazioni preventive (89/391/CEE; 2003/88/EC; 2010/40/EU) da attuare nei luoghi di lavoro in termini di: numero di ore settimanali, riposi giornalieri, pause, ferie annuali, flessibilità negli orari, buone pratiche per ciclisti e pedoni, automobilisti e politiche di supporto alla conciliazione casa-lavoro. Ogni singolo Stato europeo ha elaborato proprie strategie di prevenzione del fenomeno delle morti e disabilità da pendolarismo [19].

In Italia, la Commissione Parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro ha sottolineato la rilevanza sociale ed economica degli infortuni in itinere [31]. In particolare, ha ipotizzato azioni di merito quali l'incremento dell'utilizzo del trasporto pubblico, politiche di mobilità aziendale con l'istituzione del mobility manager e un'attenzione particolare allo studio della relazione tra infortuni in itinere e stress lavoro correlato prima e dopo l'orario di lavoro.

Il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, a seguito dell'aumento dei morti sulle strade in Europa (+1% delle vittime 2015), ha promosso una campagna di comunicazione dal titolo "*Sulla buona strada*" per favorire un corretto comportamento di guida individuale in relazione alla limitazione della velocità, all'uso dei telefoni cellulari, cinture di sicurezza, sedili per bambini, materiali visibili per biciclette [32].

In Francia, l'Agenzia Nazionale per il miglioramento delle condizioni di lavoro (ANACT) ha denunciato che gli infortuni in itinere colpiscono più le donne. Fino al 2008, il numero degli infortuni in itinere è stato maggiore per gli uomini, mentre dal 2009 la tendenza si è invertita: il numero di infortuni in itinere degli uomini è diminuito del 14,9%, mentre quello delle donne è aumentato del 14,2% [33]. Nello stesso Paese, in precedenza è stato elaborato un piano d'azione per i datori di lavoro con: riduzione degli spostamenti non necessari, la creazione di mense aziendali, limitazione delle pause troppo lunghe che favoriscano il ritorno a casa, l'incentivazione del trasporto pubblico, navette aziendali, informazioni su meteo, traffico, lavori stradali, l'elaborazione del percorso migliore casa-lavoro, corsi di formazione per i lavoratori e un questionario per monitorare costantemente il pendolarismo.

Altri Paesi hanno rafforzato la condivisione nell'uso di una sola automobile da parte di un gruppo di persone che compiono abitualmente lo stesso tragitto (*car pooling*) e l'uso di un'automobile su prenotazione (*car sharing*), l'uso della bicicletta, fogli di informazione sulla guida sicura in relazione a: velocità, alcool, uso

dei telefoni cellulari, distanza di sicurezza, cinture di sicurezza, conoscenza delle condizioni atmosferiche [19].

Questo studio ha messo in luce informazioni e circostanze, spesso non adeguatamente esplicitate, alle quali sono esposte le lavoratrici vittime di infortuni in itinere con mezzo di trasporto. Il quadro così definito potrebbe attivare la costruzione di buone pratiche preventive orientate al genere in coerenza con le politiche italiane ed europee.

RIASSUNTO

Gli infortuni in itinere rappresentano la prima causa di morte delle lavoratrici italiane e straniere. I dati complessivi relativi agli infortuni in itinere con esito mortale delle lavoratrici, aggiornati al quinquennio di accadimento 2010-2014, sono stati estratti dall'archivio statistico Inail; i casi accertati positivi, che hanno visto coinvolti mezzi di trasporto, sono risultati 205 su 276 denunce (74%). È stata svolta un'analisi puntuale della documentazione a corredo della singola pratica Inail, caso per caso, su un set di 126 decessi selezionati tra i 205 perché meglio documentati. Oltre alle caratteristiche principali in termini di genere, età, condizione di immigrazione, settore di lavoro, area geografica, orario, mese e giorno della settimana, sono state acquisite informazioni supplementari relative a: dati socio-demografici, occupazione, tipologia contrattuale, distanza casa-lavoro e tempo impiegato, dinamica dell'infortunio, tipologia della strada (urbana, extraurbana, autostrada), caratteristiche dei veicoli coinvolti (tipo e immatricolazione), condizioni climatiche e luminosità ambientale. I risultati sui 126 casi analizzati mostrano che: le vittime sono prevalentemente italiane (81%) con meno di 50 anni (73%) sposate-conviventi (70%), con figli (61%) adolescenti e minori (53%), con un contratto lavorativo da dipendente (81%), indeterminato (62%), a tempo pieno (47%), nei servizi (commercio 17%, assistenza sanitaria e sociale 15%, ristorazione 13%, servizi di pulizia 9%). La donna era alla guida del mezzo (87%), di un autoveicolo (91%) - spesso datato, tipo utilitaria (59%) - andando al lavoro (54%), nei primi tre giorni della settimana (55%), su strada extraurbana (71%), entro quindici chilometri dall'abitazione (55%), impiegando mediamente 30 minuti, coinvolgendo un'altra autovettura (45%). Per quanto riguarda la dinamica dell'infortunio mortale nel 45% dei casi si è trattato di uno scontro frontale causato nel 65% da perdita di controllo del mezzo. Nel 52% dei casi la donna ha causato l'infortunio e nel 44% è stata vittima di comportamenti altrui. Le condizioni meteo erano avverse nel 43% dei casi e nel 29% la guida avveniva in orari caratterizzati da scarsa luminosità ambientale, entrambe queste condizioni si presentavano nel 12% dei casi. Nello studio vengono discusse le caratteristiche e le dinamiche degli infortuni mortali in itinere delle donne in Italia, individuando le maggiori criticità per una prevenzione orientata al genere.

SUMMARY

Women commuting fatal accidents in five-years (2010-2014) were extracted from Inail statistical records in Italy. Fatal commuting cases involving vehicles were 205 out of 276 (74%). A detailed analysis on main variables related to 126 selected well documented cases was carried out.

Socio-demographic characteristics together with occupation and type of contract, home-work distance and timing, type of roads (urban, extra urban, highway), type and age of vehicles, whether the woman was driver or passenger, accident dynamics, weather and lighting conditions were collected.

Results show how women were mainly Italian (81%), under fifty years old (73%), married (70%) with children (61%), at least one teenager (53%), younger the immigrants, employed with a permanent job (62%), full time (47%) in services (trade 17%, health care 15%, food service 13%, cleaning 9%, etc.). Women were driving motor vehicles (91%), small size (59%), going to work (54%) especially in the first three days of the week, in an extraurban road (71%), within fifteen kilometers from home (55%) traveling for 30 minutes. Women caused (52%) or suffered (44%) a frontal/ lateral collision by loss of control (65%), involving another car/truck (45%), often in adverse weather (43%) or in low lighting conditions (29%) both conditions in 12% of cases. A need for gender oriented prevention is discussed.

BIBLIOGRAFIA

[1] BRUSCO A.: Dati Inail, *“Donne: il pericolo corre sulla strada”*, febbraio 2009, disponibile on-line all'indirizzo: https://www.inail.it/cs/internet/docs/ucm_071017.pdf

[2] BRUSCO A.: Dati Inail, *“117 anni per colmare le differenze di genere, basteranno?”*, febbraio 2016, disponibile on-line all'indirizzo https://www.inail.it/cs/internet/docs/all_dati-inail-2016_febbraio.pdf

[3] BRUSCO A., BUCCIARELLI A., VERONICO L.: Rapporto sull'incidentalità stradale 2016 capitolo 11, *“Infortuni sul lavoro con mezzo di trasporto coinvolto denunciati all'Inail”*, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, Statistiche sull'incidentalità nei trasporti stradali, anche con riferimento alla tipologia di strada, disponibile on-line all'indirizzo <http://www.mit.gov.it/documentazione/statistiche-sulla-incidentalita-nei-trasporti-stradali-anche-con-riferimento-alla>

[4] BUCCIARELLI A.: ACI Rivista Onda Verde - *“Il rischio “strada” negli infortuni*

sul lavoro” n. 6 luglio-agosto 2016, disponibile on-line all’indirizzo <http://www.aci.it/ondaverde.html>

[5] Inail - Vocabolario e thesaurus da CIRIELLO G., DE FELICE M., MOSCA R., VELTRONI M.: *Infortuni sul lavoro. Un modello di lettura (della numerosità) su “open data” dell’Inail*, Roma, Inail, Quaderni di ricerca, 1-maggio 2013, disponibile on-line all’indirizzo http://dati.inail.it/opendata_files/downloads/daticoncadenzasemestraleinfortuni/Vocabolario_thesaurus.pdf

[6] D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 (Testo Unico delle disposizioni per l’assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Articoli 2 e 210)

[7] INAIL: Linee guida per la trattazione dei casi di infortuni in itinere del 4 maggio 1998.

[8] INAIL: Circolare n. 14 del 25/03/2016 “*Linee guida per la trattazione dei casi di infortuni in itinere. Utilizzo del velocipede*”.

[9] BRUSCO A.: “*Caratteristiche e dinamiche degli infortuni in itinere mortali femminili*”; A. BUCCIARELLI: “*Il rischio quotidiano del commuting lavorativo*”; C. GILIBERTI: “*Gli infortuni in itinere mortali delle donne nella letteratura scientifica*”, Dati Inail, novembre 2016, disponibile on-line all’indirizzo <https://www.inail.it/cs/internet/docs/all-dati-inail-2016-novembre.pdf>

[10] GILIBERTI C., SALERNO S.: *Differenze di genere negli infortuni in itinere: analisi dei casi mortali dalla Banca Dati statistica INAIL (2009-2013)* Med Lav 2016; 107, 6: 462-472.

[11] SALERNO S., SOLDATI O., GILIBERTI C.: *Infortuni in itinere: analisi dei dati statistici INAIL delle morti e dei danni permanenti per una prevenzione di genere*, Atti del 78° Congresso Nazionale SIMLII, Milano 25-27 novembre 2015, Med Lav Supplemento 2-2015, 106:21.

[12] SALERNO S, BRUSCO A, BUCCIARELLI A, GILIBERTI C.: *Quale prevenzione per ridurre le morti da infortunio in itinere delle donne? Analisi dei casi degli ultimi 5 anni dall’archivio statistico INAIL*. Atti del 79° Congresso della Società italiana di Medicina del Lavoro, Roma 21-23 Settembre 2016, Giornale Ital Med Lav e Erg, Supplemento 2016, 38:3.

[13] PARENTE M.: *Donne in movimento: la condizione lavorativa delle donne migranti in Italia*. Osservatorio Istituto per lo sviluppo della formazione profes-

sionale dei lavoratori. (ISFOL) Osservatorio Studi Formazione Lavoro 2012; 2: 49-61.

[14] ISTAT http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_TAXOCCU.

[15] CHARBOTEL B., CHIRON M., MARTIN J.L., BERGERET A.: *Work-related road accidents in France*. European Jnl of Epidemiology, 2001; 17(8): 773-8.

[16] UNIONCAMERE E MINISTERO DEL LAVORO: progetto virgilio, portale Job-tel. Disponibile on line: <http://www.jobtel.it/infortuni-sul-lavoro/>

[17] UNITED STATES DEPARTMENT TRANSPORTATION: Road weather management program. Disponibile on line all'indirizzo: http://www.ops.fhwa.dot.gov/weather/q1_roadimpact.htm

[18] ISTAT: Istituto Nazionale di Statistica. Lavoro e conciliazione dei tempi di vita. Disponibile on-line: http://www.istat.it/it/files/2013/03/3_lavoro-conciliazione.pdf

[19] PREVENTING ROAD ACCIDENTS AND INJURIES FOR THE SAFETY OF EMPLOYEES (PRAISE): Report n. 4, novembre 2010. Disponibile on line all'indirizzo: <http://etsc.eu/wp-content/uploads/PRAISE-Report-4.pdf>

[20] HORNE R.: *Sleep related vehicle accidents* BMJ, 1995, 310 (6979) 665-567.

[21] RICCI F.: *Sicurezza di chi guida per lavoro. Prevenzione come prodotto di comportamenti personali e fattori del contesto lavorativo*. Rivista Ambiente Lavoro, n. 48 pag. 3-10, 2017.

[22] SCHNEIDER E. EU-OSHA: *Gender at work and varying forms of exposure* (2015). Disponibile on line all'indirizzo: <http://www.etui.org/Events/Women-s-health-and-work.-Sharing-knowledge-and-experiences-to-enhance-women-s-working-conditions-and-gender-equality>.

[23] NOVACO RW, GONZALEZ OI.: *Commuting and well-being*. Chapter of the book *Technology and Psychological Well-being* (Eds Yair Amichai-Hamburger), 2009, pag. 174-205. Cambridge University Press.

[24] ERIKSSON L, FRIMAN M, GARLING T.: *Stated reasons for reducing work-commute by car*. Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour 2008, 11, Issue 6, November 2008, pages 427-433.

- [25] VICTORIA TRANSPORT POLICY INSTITUTE, 2016. Disponibile on line all'indirizzo: www.vtpi.org/safer.pdf
- [26] AGUILAR A, GUTIERREZ E, SOTO VILLAGRAN P. GENDER: *Segregation in public transportation, sexual harassment, and physical Violence: evidence from Mexico City's subway system*. Disponibile on line all'indirizzo: http://mitneudc.scripts.mit.edu/2016/wpcontent/uploads/2016/03/paper_102.pdf
- [27] GREEGERSEN: *Road safety improvement*, *Accid. Anal and Prev*, Vol., 28 n. 3, 297-306; 1996.
- [28] DUDUTA N, ADRIAZOLA C, HIDALGO D, LINDAU LA, AND JAFFE R.: (2012), *Understanding Road Safety Impact of High-Performance Bus Rapid Transit and Busway Design Features*, *Transportation Research Record*, 2317, Transportation Research Board pag. 8-14.
- [29] COSTA G, PICKUP L, DI MARTINO V.: *Commuting-a further stress factor for working people: evidence from the European*, *Int Arch Occup Environ Health*. 1988; 60 (5):371-6. Community. I. A review.
- [30] CAROLY S.: *L'ergonomie du genre: quelles influences sur l'intervention et la formation?* *Revue Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* 18-2-2016. Disponibile on line all'indirizzo: <https://pistes.revues.org/4827>
- [31] SENATO DELLA REPUBBLICA: XVI Legislatura Senato della Repubblica doc. XXII-bis N. 9: Commissione Parlamentare d'inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro con particolare riguardo alle cosiddette «morti bianche».
- [32] MIT: Ministero delle infrastrutture e trasporti (2016). Disponibile on line all'indirizzo: <http://www.mit.gov.it/comunicazione/news/sulla-buona-strada>.
- [33] CHAPPERT F, THERRY P.: *Photographie statistique des accidents de travail, des accidents de trajet, et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2014. Des tendances dévolution différenciées pour les femmes et les hommes*. Disponibile on line all'indirizzo: <http://www.cestp.aract.fr/wp-content/uploads/sites/2/2016/01/statistique-2001-a-2012-accident>

EFFETTI DELLA LASERTERAPIA MULTIFREQUENZA AD ALTA POTENZA *VERSUS* RIABILITAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN LESIONE ACUTA DEL TENDINE DEL SOVRASPINOSO

MARIA CONFORTI*

Introduzione

La rottura della cuffia dei rotatori è un patologia traumatica frequente nei lavoratori causata da *over-stretch* presente nel gesto lavorativa “*overhead*” o per contusione diretta.

Gli infortuni sono stati registrati tra il gennaio 2014 e il gennaio 2015 presso “Inail” (Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni Lavoro) con sede a Milano, presso Punto Cliente, fonte affidabile per l’identificazione dei pazienti [1].

Esiste in Inail una tabella specifica per identificare il meccanismo di lesione della spalla. Le voci della lista sono: caduto da, colpito da ..., scontro con ..., incidente a bordo di, in sella, investito da..., punto da ..., scivolato da, trascinato da, per diverse cause... e ne sono state individuate anche le percentuali.

CADUTO DA	COLPITO DA	SCONTRO CON	INCIDENTE A BORDO DI	IN SELLA	INVESTITO DA	PUNTO DA	SCIVOLATO DA	TRASCINATO DA	CAUSE INDETERMINATE
40,6%	13	6,3	7,8	21,1	5,4	2,1	2,4	1,3	0,0

Rispetto ai meccanismi del trauma sopra elencati [2], indipendentemente dalla eziologia, il dolore è generalmente il sintomo più comune legato alla lesione acuta del sovraspinoso ed esso interferisce nelle attività quotidiane e nel lavoro manuale [3].

Il dolore a riposo e al movimento può essere causato da una serie di condizioni sottostanti tra cui la sindrome da conflitto subacromiale, la tendinopatie della cuffia dei rotatori e del bicipite brachiale, la borsite sub acromiale e la rotture della cuffia (parziale o massiva). I progressi nella conoscenza del dolore tendineo sono stati focalizzati nel ISTS (Simposio Scientifico Internazionale per la Classificazione delle tendinopatie) del 2012 [4].

Il secondo sintomo è la compromissione funzionale con riduzione ROM e nel caso specifico, la difficoltà a svolgere il lavoro manuale e la comparsa di compensi per evitare dolore e/o per riuscire a svolgere la stessa mansione.

* Fisiatra e medico dello sport.

Recenti acquisizioni dimostrano che la rottura seppur traumatica interessa un muscolo sovraspinoso spesso non completamente sano ma già affetto da tendinosi e da perdita della normale istologia [5].

È noto che i cambiamenti tendinopatici sono tipicamente progressiva e antecedenti al tempo in cui iniziano ad essere sintomatici per episodio acuto e/o da sovraccarico e più presenti nei lavoratori anziani.

Nonostante la sua elevata frequenza ed i grandi costi di assistenza sanitaria nei paesi industrializzati, il “*gold standard*” nel trattamento della lesione di cuffia dei rotatori è ancora dibattuto.

La scelta conservativa per le lesioni parziali di cuffia o isolate del sovraspinoso è oggi la più accreditata.

Fucentese SF, Von Roll AL, Pfirrmann CW, et al studio ha riportato un basso rischio di progressione di danno nelle piccole lesioni del sovraspinoso sintomatiche valutato nel 25% in 3,5 anni [6].

Criteri di esclusione: con attenta anamnesi sono stati esclusi i lavoratori affetti da esiti noti di patologie pregresse di spalla per infortunio Inail o affetti da malattie sistematiche che influenzano lo stato di tendine, artrite reumatoide e/o altre malattie reumatiche, neoplasie, chirurgia preesistenti alla spalla, precedenti infortuni sportivi, disturbi del collo, lesioni cutanee, gravidanza, problemi psichiatrici.

L'oggetto del presente lavoro è una innovativa apparecchiatura Laser Fp3 a 5 λ , laser in classe 4, con W superiore ai 500 mW. La dosimetria dei protocolli FP3 a 5 λ non fa riferimento alla energia emessa dalla sorgente o W della sorgente, ma è vista dalla parte del ricevente cioè del tessuto umano [7].

Le dosimetrie dei protocolli sono secretati in ampiezza e frequenza e di proprietà della I.A.L.T. Il sistema FP3 è ormai un nuovo metodo ben noto nel mondo dello sport professionale che ha rivoluzionato il trattamento degli infortuni sportivi [8].

Da circa 20 anni, la terapia laser di alta potenza (HLLT) è stata utilizzata come una modalità supplementare nella gestione conservativa dei pazienti con dolore alla spalla.

La classificazione laser ufficialmente nota fa riferimento alla potenza della sorgente laser senza alcuna informazione riguardo la energia di biostimolazione che riceve la cellula umana, dando solo indicazioni protezionistiche rispetto a danni irreversibili su pelle e occhi.

Il primo importante risultato sull'effetto della metodica FP3 a 5 λ è il lavoro del prof. Fornai [9] presso il Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia dell'Università di Pisa, Italia.

La ricerca dell'Università di Pisa mira a testare la multifrequenza nel trattamento del processo infiammatorio nei modelli animali sperimentali. L'esposizione alla radiazione laser sembra indurre modificazioni importanti nell'organismo, mediante due possibili meccanismi:

- 1) modificazioni strutturali nelle terminazioni sensitive periferiche.
- 2) modificazioni di specifiche popolazioni neuronali.

Sembra inoltre indurre un aumento del numero di neuroni contenenti Met-Enk che potrebbe dipendere da due cause: 1) switch fenotipico con variazioni delle proprietà neurotrasmettitoriali in neuroni pre-esistenti. 2) di neurogenesi da parte delle cellule staminali della nicchia neuronale staminale.

Secondo questo lavoro sperimentale l'aumento dei neuroni visibili con Met-Enk ELISA appare estremamente selettivo in quanto il numero totale della popolazione neuronale del corno posteriore è modificato di poco.

Queste recenti conoscenze sulla azione del laser multifrequenza si vanno ad aggiungere alle conoscenze acquisite sugli effetti analgesici noti della laserterapia dovuti alla iperpolarizzazione delle fibre nervose per chiusura dei canali di membrana al potassio con aumento della soglia di eccitabilità degli algorecettori [10].

Materiali e metodi

Il sistema FP3 fa parte della terapia laser ad alta potenza (laser in classe IV), un metodo che ha avuto inizio nel 1989 con il laser ND-YAG [11].

La novità consiste nella multi-frequenza, da tre o cinque lunghezze d'onda nello spettro visibile, con uno effetto di biostimolazione e profondità di penetrazione nei tessuti. Le sue caratteristiche principali sono: $P_{tot} = 12,0 \text{ Watt} \pm 10\%$, la densità di potenza misurata sulla pelle fino a $P = 6,5 \text{ W / cm}^2 \pm 10\%$, cinque radiazioni di lunghezza d'onda compresa nella finestra terapeutica tra $\lambda = 400 \div 1100 \text{ nm}$.

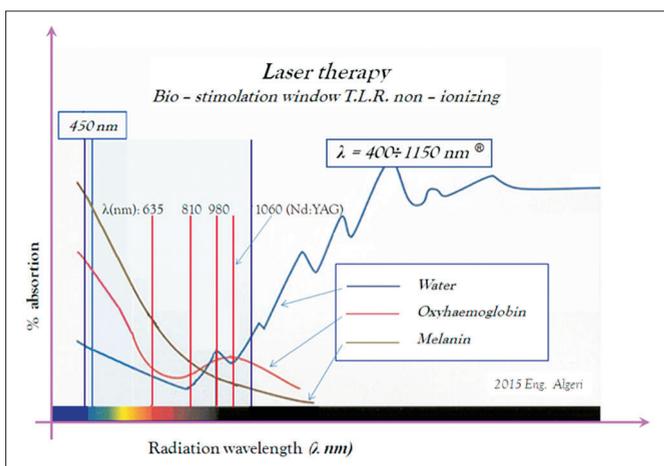


Fig. 1: Finestra terapeutica.

Le cinque radiazioni elettromagnetiche appartengono alla “finestra terapeutica” (400-1100 nm) e sono emessi simultaneamente senza possibilità di modulazione. Il tempo di emissione deve essere compresa tra 8 e 40 secondi. la probabilità statistica massima per ottenere l’effetto di ripolarizzazione è di 20sec, tempo in cui occorre trasferire una energia tra 20 e 30 Joule (Tina Karu) [12]. Per evitare effetti di ipertermia l’emissione è controllata da sensore di T che limita a 2,5° C l’incremento di T.

Il dispositivo medico utilizza un software brevettato che permette a un algoritmo di elaborare le misure della temperatura cutanea assoluta e incrementale (brevetto) e della impedenza stessa (brevetto). Il risultato finale è l’adattamento della emissione della radiazione alle caratteristiche del fototipo (colore della pelle, idratazione, percentuale di grasso) del paziente escludendo possibilità di ustioni (scala da 0 a 100).

L’operatore può scegliere tra un set di protocolli predefiniti in virtù dell’effetto biostimolante prevalente scelto. Il software gestisce durante la microseduta dosimetrie, modalità di emissione, mix di potenze emesse dalle singole sorgenti e relative regolazioni. L’operatore può variare l’energia trasferita solo modificando il numero di microsedute consigliato. Il FP3system è registrato come metodo.

Dal gennaio 2014 al gennaio 2015, 98 pazienti sono stati progressivamente reclutati per lo studio randomizzato. La randomizzazione consiste nell’attribuzione casuale ad uno dei 3 gruppi. Ad ogni paziente è stato proibito di far ricorso ad altre terapie per il periodo di controllo.

Nella anamnesi sono stati registrati, per quanto possibile, il gesto ripetitivo traumatico e la concomitanza di malattie dismetaboliche, dati anagrafici come età e sesso e il meccanismo di lesione.

I pazienti erano gradualmente ammessi al gruppo a laser B laser e RMI, e C sola RMI Tutti i pazienti presentavano lesione parziale del muscolo del sovraspinoso isolato o anche di sottospinoso e/o bicipite in misura minore (Tabella 1). Demograficamente i pazienti avevano complessivamente una età media aritmetica di 47,01 anni.

78 pazienti con lesione del sovraspinoso nel lato dominante e 20 nel lato non dominante.

Riguardo al sesso i 98 pazienti erano così suddivisi: 37 femmine e 61 maschi, di cui nel gruppo A (MFLT) 12 femmine E 20 maschi nel gruppo B (MFLT e RMI) 32 pazienti 8 femmine e 24 maschi. E nel gruppo C 17 Femals e 17 maschi (Tabella 2).



Fig. 2: Applicazione laser.

Riguardo all'età il gruppo A aveva una età media di 45,7, mentre il gruppo B 46,19 e il gruppo C 47,17.

E' stata registrato il tempo tra l'evento infortunio e l'inizio della terapia che era quasi lo stesso per tutti i gruppi (30 giorni per il gruppo A e 31 giorni per il gruppo B di 31 giorni per il gruppo C).

I pazienti sono stati valutati due volte dal Fisiatra Coordinatore (autore del lavoro): al T basale (T-0), e alla fine del trattamento (T-1). Il giorno di rientro al lavoro è stato registrato in seguito (T-2) analizzando le cartelle Inail in cui risulta la chiusura dell'infortunio.

Tabella 1

	N°	TERAPIA	GENEREM/F	ETA'	GG I/F**	GG I/T***	GG I/R****
Group A	67	MFLT*	44/23	45.7	30	44	62
Group B	67	MFLT + RMI	45/22	46.2	31	43	101
Group C	66	RMI	41/25	47.2	31	44	105

* Multi-frequenza laser terapia

** tempo trascorso tra incidente e la prima visita fisiatrica

*** tempo trascorso tra incidente e l'inizio della terapia

**** Tempo trascorso tra l'incidente e la ripresa del lavoro

Le misure rilevate a T-0 erano esame clinico, e la registrazione degli esami strumentali ecografia muscolo-scheletrica, MR e/o TC, Visual scala analogica (VAS) che valuta la gravità del dolore in modo analogica visiva (VAS, 0-10cm; 0 significa nessun dolore, 10 significa dolore peggiore possibile).

Lo stato funzionale è stata valutata utilizzando la scala *ASES Assessment Shoulder and Elbow Scale* - che fornisce una misura di base per la valutazione della funzionalità della spalla indipendentemente dal tipo di diagnosi. Si tratta di una scheda di valutazione facile da usare, comprendente una parte relativa alle limitazioni riscontrate nelle attività della vita quotidiana e una parte riguardante l'autovalutazione del paziente. Il sistema è validato e sensibile ai cambiamenti clinicamente rilevanti, breve e pratico da usare ha il limite di non valutare il ritmo scapolo omerale e la sua discinesia.

Non è scopo di questo lavoro valutare la Discinesia Scapolare sia come causa che come conseguenza di una lesione del sovra spinoso, fattore di rischio per l'integrità delle altre strutture del cingolo scapolare.

A T-1: esame clinico, VAS e ASES. A T-2: lunghezza di tempo tra la diagnosi e il recupero e la lunghezza di tempo tra l'inizio del trattamento e ripresa del lavoro.

Terapie laser FP3 a 5 λ (MFLT)abilitazione motoria semplice segmentale (RMI) sono stati eseguiti da un gruppo di 3 fisioterapisti esperti a cui era stato somministrato un corso specifico sull'utilizzo corretto della apparecchiatura FP3 che si scambiavano i pazienti e i trattamenti onde evitare che i pazienti fossero sempre trattati dallo stesso terapeuta. Tutti i paziente sono stati trattati presso il Punto Cliente Inail in Milano, aperto a 08:00 a 4 p.m (*)

TRATTAMENTO

Gruppo A e B sono stati trattati, una volta al giorno, per 5 giorni per 2 settimane con FP3 a 5 λ (MFLT)

Protocollo 1 analgesico neurogeno in fase acuta (1° e 2° giorni)

Protocollo 1A: antalgico superato la prima fase (2 ° e 3 ° giorno)

Protocollo 1B: analgesico, dolore di origine miofasciale

Protocollo 2: antinfiammatori superficiale (0-2,5 cm) e drenante

Protocollo 3: infiammatorio profondo (più di 2,5 cm)

Il protocollo 4: tendinopatia (primi 5 gg)

Protocollo 5: tendinopatia (seconda fase) e drenante con manipolo

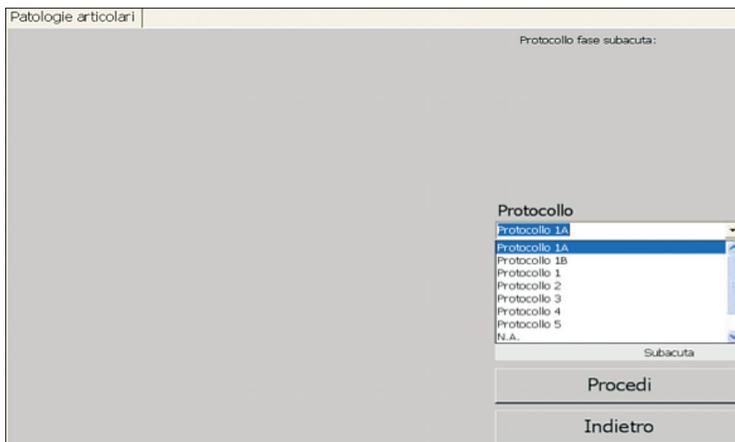


Fig. 3: Screen saver con menu a tendina.

Per ottenere benefici con il sistema FP3 è fondamentale una conoscenza approfondita dell'anatomia delle strutture e l'uso di una via d'accesso anatomiche che è la stessa usata dagli ecografisti per superficializzare il muscolo (osso, grasso, ecc) con mano appoggiata dal gluteo ove il gesto fosse possibile.

Una volta scelto la porta d'accesso e il protocollo della Modalità Assistita, si somministra l'energia totale. Si ripete tutto per tre volte dopo pausa di almeno un minuto. L'operatore può scegliere i programmi conoscendo anche se la patologia è acuta subacuta o cronica. Una applicazione laser dura in media 5 minuti, suddiviso in 5 applicazioni di 40 sec., con 20 sec. di pausa per ciascuno. Il metodo FP3 a 5 λ non permette di parlare di dosimetria totale di energia, di area irraggiamento, di densità di potenza e di profondità del bersaglio ma si parla di microsessioni con modulazione di energia di 5 λ .

- Protocollo 1° A per 2 giorni poi e Protocollo 3° e/o 4° e 5°

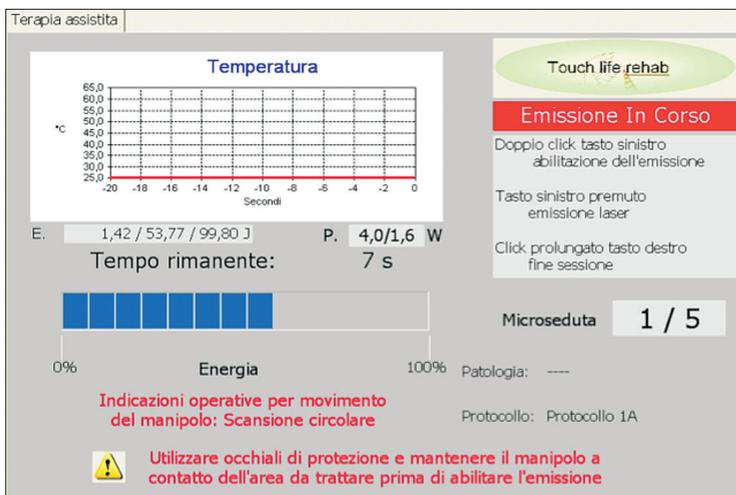


Fig. 4: Screen saver durante la terapia.

Gruppo B è stato trattato con convenzionale semplice segmentale terapia fisica e laser, Gruppo C con solo il RMI [13].

Secondo direttiva Inail, ogni paziente del gruppo B e C è stato assistito nella fase del recupero articolare e funzionale, da un fisioterapista per media 30 minuti, una volta al giorno, ogni giorno, concludendo 10 trattamenti.

Il trattamento conservativo include in genere un programma di esercizio terapeutico mirato ad aumentare la ROM, a rafforzare i muscoli intrinseci ed estrinseci della articolazione scapolo-omerale, scapolo-toracica e acromion-claveare in modo isometrico e isotnico concentrico ed eccentrico in catena cinetica aperta e chiusa e con allenamento propriocettivo statico e dinamico.

La riabilitazione necessita inoltre di un coinvolgimento attivo del paziente e della sua educazione soprattutto nella fase del rinforzo muscolare.

I pazienti hanno ricevuto un programma di esercizi che comprendeva la gamma di movimento libero da dolore, stretching e esercizi di resistenza progressivi. Ogni esercizio è stata eseguita una volta al giorno con 10-15 ripetizioni. Il programma di terapia è stato applicato 5 volte alla settimana, per due settimane, una volta al giorno per 14 sessioni [14] [15].

Tabella 2

	VAS T ⁰	VAS T ¹	ASES T ⁰	ASES T ¹
Group A	6.93 ± 1.04	2.95 ± 0.97	19.0±1.03	22.5±0.94
Group B	7.09 ± 1.03	2.38 ± 0.86	19.4±1.05	22.7±0.99
Group C	7.25 ± 1.00	3.38 ± 0.97	19.1±1.00	22.2±0.96

La valutazione clinica del dolore (VAS SCALE) e la valutazione della disabilità oggettiva (ASES) è bene che sia affiancata ad una valutazione soggettiva per valutare le aspettative del paziente in base allo stato di soddisfazione (customer satisfaction) per migliorare i processi di assistenza sanitaria (insufficiente sufficiente buono ottimo). Tale rilevazione non è stata eseguita in quanto, in ambito Assicurativo, la chiusura dell'incidento comporta, in caso di scarsi risultati, la valutazione del danno con relativo punteggio.

Discussione

I pazienti hanno presentato differenze in base a sesso, età, intensità del dolore, condizioni generali, stato clinico, distanza dall'evento lesivo, uso di immobilizzazione e mobilità della spalla ma hanno complessivamente beneficiato delle diverse modalità di trattamento. Il beneficio ottenuto anche con la sola terapia laser multifrequenza MFLT si spiega, sec. l'autrice con l'urgenza di risolvere il dolore. Spesso abbinando la rieducazione motoria in fase precoce si può ottenere una recrudescenza del dolore. Si raccomanda comunque una attenta valutazione funzionale con misura della PROM e della AROM e della forza muscolare che devono comunque essere ripristinati prima della ripresa del lavoro nonché la valutazione di eventuali compensi che vanno contrastati e corretti nella misura del possibile per evitare compromissioni muscolari e articolari future.

Risultati

Abbiamo preso in considerazione la scala analogica visiva finale (VAS) e la sua variazione percentuale. Il trattamento pre VAS presenta i pazienti avevano un relativamente alto livello di dolore un punteggio di 7 per il gruppo A e gruppo B e gruppo C.

I pazienti trattati con laser FP3 a 5 λ presentati punteggio medio miglioramento VAS, 6,9 contro 2,3 finale, 7,1 contro 2,4 in finale laser MFLT+ RMI, contro 7,1 a 3 finale, 3 in PT

Il Laser FP3 ha permesso il recupero rapido e ritorno rapido al lavoro: l'intervallo di tempo tra la diagnosi e il recupero era di 67 (DS 41) giorni per il gruppo MFLT, 101 (ds 43) per laser MFLT+ RMI e 105 (DS 39) giorni per il gruppo RMI.

Abbiamo assistito ad una riduzione del VAS da T1 così registrata: nel Gruppo A (VAS da 6,9 a 2,3) ($\sigma = 2,3$) nel Gruppo B (VAS da 7,1 a 2,4) ($\sigma = 2,3$) e nel Gruppo C (VAS da 7,1 a 3, 3) ($\sigma = 1,9$)

Nel Gruppo A il ritorno al lavoro (T2) in media è avvenuto dopo 62 giorni (ds 42) AS da 19 a 26,1; nel Gruppo B il ritorno al lavoro (T2) è avvenuto in media dopo 101 giorni (ds 43) e ASES da 19,4 a 26,1 e nel Gruppo C dopo 105 giorni (d S39) con ASES da 19,1 a 25,4.

Il trattamento laser ha permesso il recupero rapido e il ritorno al lavoro (T2) in media dopo 62 giorni

Conclusioni

Il successo di un metodo di trattamento è determinata principalmente dalla sua capacità di ripristinare la funzionalità della articolazione precedente all'infortunio e, nella popolazione dei lavoratori infortunati, è il ritorno allo stesso livello di attività lavorativa pre-infortunio nel rispetto della valutazione del medico legale e del medici del lavoro che ne autorizza l'inserimento con pari mansione.

Sia la terapia laser FP3 a 5 λ (MFLT) che la rieducazione motoria individuale (RMI) sono efficaci nella lesione acuta del sovraspinoso. I pazienti trattati con FP3 a 5 λ rispetto alla PT hanno presentato una più rapida scomparsa del dolore (VAS finale = 2,3 and stati in grado di tornare al lavoro prima (incapacità temporanea 67).

FP3 a 5 λ è un metodo gradito dal paziente, non invasivo, indolore e considerato spesso sufficiente a trattare la lesione isolata del sovraspinoso per la rapida scomparsa del dolore che permette la ripresa autonoma del movimento.

Oggi si raccomanda di includere laser terapia multifrequenza nella gestione del dolore e per la guarigione accelerata dell' infortunato.

Si il campo allo studio e alla applicazione di nuove lunghezze d'onda per il trattamento delle patologie muscolo-tendinee.

Laser terapia FP3 a 5 λ sembra essere uno strumento efficace per il trattamento fasciale, capsula, tendini e dolore muscolare originato da un trauma.

Acronimi e simboli

LASER	Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation
LLLT	Low Level Laser Therapy
HPLT	High Power Laser Therapy
I.A.L.T.	International Association Laser Therapy
λ	lunghezza d'onda
LEA	livelli essenziali di assistenza
RMI	rieducazione motoria individuale
MFLT	Multi frequenza laserterapia
VAS	Visual Analogic Scale
ASES	Assessment Shoulder and Elbow Scale
W	Potenza

RIASSUNTO

L'autore realizza uno studio prospettico randomizzato a breve termine per testare l'efficacia antalgica di una metodo conservativo: la laserterapia multifrequenza a impatto termico trascurabile denominato FP3 a 5 λ (MFLT) in disturbi traumatici post-acuti di spalla. Il confronto è tra riabilitazione segmentaria semplice (RMI) inclusa nei LEA e Laser FP3 in modalità assistita (protocolli IALT). Un campione omogeneo di 98 pazienti affetto da lesione post-traumatica parziale acuta del sovraspinoso è stato selezionato con diagnosi basata su esame clinico, ecografico e/o con Risonanza Magnetica e Tomografia Assiale Computerizzata. I pazienti sono stati suddivise in tre gruppi differenti: GRUPPO A con 32 pazienti trattati con FP3 a 5 λ (MFLT), GRUPPO B con 32 pazienti trattati con riabilitazione motoria semplice individuale e protocollo laser multifrequenza (MFLT+RMI), GRUPPO C con 34 pazienti trattati con solo riabilitazione motoria individuale (RMI). Durante il trattamento non è stato autorizzato l'uso di altre apparecchiature elettromedicali, farmaci analgesici o antinfiammatori. Tutti i pazienti sono stati valutati al tempo basale cioè alla data della visita (T0) e alla fine del periodo di trattamento (T1) con una scala visua-

le analogica (VAS) e con indagine sull'attività della vita quotidiana relativa alla spalla (ASES SCALE). E' stato registrata la data del ritorno al lavoro (T2) corrispondente alla chiusura dell'infortunio. I risultati suggeriscono che la metodica FP3 a 5 λ in modalità assistita è un trattamento efficace nei pazienti con lesione acuta del sovraspinoso della cuffia dei rotatori ed è di per sé sufficiente per risolvere la malattia acuta.

SUMMARY

The author carries out a prospective randomized study in the short term to test the effectiveness of a new conservative method: multi-frequency laser therapy with negligible thermal impact, then called assisted FP3 at 5 λ , in post-acute injury involving supraspinatus of the rotator cuff.

The comparison is made between individual simple segmental physical rehabilitation (RMI) and assisted FP3 Laser at 5 λ (MFLT). A homogeneous sample of 98 patients was divided into three different groups: Group A, including 32 patients treated with assisted FP3 at 5 λ (MFLT); Group B, including 32 patients treated with FP3 at 5 λ (MFLT) + RMI; Group C, including 34 patients treated with RMI. All patients were evaluated at baseline, (T0) and at the end of the treatment period (T1) according to a visual analogue scale (VAS) and analyzing everyday life activities (ASES SCALE). The date of return to work (T2) was recorded.

Patients treated with laser recover in the shortest time and they were readmitted by the occupational physician in the same job.

The results achieved suggest that the method of assisted FP3 at 5 λ (MFLT) is an effective treatment in patients with acute supraspinatus injury and that is itself sufficient to solve the acute disease.

BIBLIOGRAFIA

[1] CASELLARIO CENTRALE INFORTUNI Via Roberto Ferruzzi, 38 - 00143 Roma - casellario@inail.it

[2] PINELLI M., MARIANI M., DI PEDE E., MONTEVERDI A., ANSUINI R., VIEGI G.: *Descrizione di uno strumento informatico per la gestione dei dati sanitari delle patologie lavoro-correlate dell'arto superiore*, Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia PI-ME Editrice. ISSN: 1592-7830, N. volume: 33.

[3] XU Y, MURRELL G.A.: *The basic science of tendinopathy*. Clin Orthop Relat Res. 2008 Jul;466(7):1528-38. Epub 2008 May 14.

- [4] SCOTT A., DOCKING S., VICENZINO B., ALFREDSON H., MURPHY R.J., CARR A.J., ZWERVER J., LUNDGREEN K., FINLAY O., POLLOCK N., COOK J.L., FEARON A., PURDAM C.R., HOENS A., REES J.D., GOETZ T.J., DANIELSON P.: *Sports and exercise-related tendinopathies: a review of selected topical issues by participants of the second International Scientific Tendinopathy Symposium (ISTS) Vancouver 2012*. Br J Sports Med. 2013 Jun;47(9):536-44. doi: 10.1136/bjsports-2013-092329. Epub 2013 Apr 12.
- [5] MAFFULLI N., MD, MS, PHD, FRCS (ORTH), LONGO U.G., MD, FRANCESCHI F., MD, RABITTI C., MD AND DENARO V. , MD: *Movin and Bonar Scores Assess the Same Characteristics of Tendon Histology Clin Orthop Relat Res*. 2008 Jul; 466(7): 1605-1611. Published online 2008 Apr 25. doi: 10.1007/s11999-008-0261-0.
- [6] FUCENTESE S.F., VON ROLL A.L., PFIRRMANN C.W., et al.: *Evolution of nonoperatively treated symptomatic isolated full-thickness supraspinatus tears*. J Bone Joint Surg Am 2012; 94:801-8.
- [7] TOSHIO OHSHIRO, MD, PHD: *New classification for single-system light treatment Laser Ther*. 2011; 20(1): 11-15. doi: 10.5978/islsm.20.11.
- [8] ALGERI G., CONFORTI M.: *Laserterapia Trattato di medicina fisica e riabilitazione* a cura di G.N. Valobra UTET 2000 Vol. 2.
- [9] FORNAI F., NATALE G., BARTALUCCI A., FLAIBANI M., PARRA P.F., PARRA E., ALGERI G. AND PAPARELLI A.: *Neuroplasticity in the spinal cord following laser irradiation*, ITALIAN JOURNAL OF ANATOMY AND EMBRYOLOGY Vol. 118, n. 2 (Supplement): 147, 2013 Firenze University Press.
- [10] HO JANG, M.S. AND HYUNJU LEE, PH.D.: *Meta-Analysis of Pain Relief Effects by Laser Irradiation on Joint Areas Photomed Laser Surg*. 2012 Aug; 30(8): 405-417. doi: 10.1089/pho.2012.3240.
- [11] CASTELLACCI E., CIUTI F., DI DOMENICA F., CONFORTI M.: *Il Laser, NdYag* Ed. Martina edito nel 2003.
- [12] TIINA KARU: *Is It Time to Consider Photobiomodulation As a Drug Equivalent? Photomedicine and Laser Surgery*. May 2013: 189-191.
- [13] KUHN J.E.: *Exercise in the treatment of rotator cuff impingement: a systematic review and a synthesized evidence-based rehabilitation protocol*. J Shoulder Elbow Surg. 2009 Jan-Feb;18(1):138-60. doi: 10.1016/j.jse.2008.06.004. Epub 2008 Oct 2.

[14] SENBURSA G., BALTACI G., ATAY A.: *Comparison of conservative treatment with and without manual physical therapy for patients with shoulder impingement syndrome: a prospective, randomized clinical trial*. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2007 Jul;15(7):915-21. Epub 2007 Feb 28.

[15] DIJKERS M.P., MURPHY S.L., KRELLMAN J.: *Evidence-based practice for rehabilitation professionals: concepts and controversies*. Arch Phys Med Rehabil 2012;93:S164-76.

L'ASSEVERAZIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

M.I. BARRA*, F. BENEDETTI*, P. RICCIARDI*, A. TERRACINA*

I modelli organizzativi e gestionali (Mog) sono entrati ormai prepotentemente nel mondo della salute e sicurezza per effetto della legge 123/2007 che ha inserito i reati di omicidio colposo e lesioni gravi e gravissime commesse con violazione delle norme antinfortunistiche nel novero dei reati punibili ai sensi del d.lgs. 231/2001. Tale previsione della legge delega (legge n.123/2007) ha poi trovato sostanza nell'art. 30 del d.lgs. 81/2008 e nella successiva circolare ministeriale dell'11 luglio 2011 e soprattutto nel d.m. 13 febbraio 2014 (cosiddette procedure semplificate per l'adozione dei Mog nelle piccole e medie imprese), atti normativi che hanno fornito una serie di imprescindibili chiarimenti, motivazioni e ausili alle imprese per dotarsi di Mog efficaci. Molto più recente è l'attenzione nei confronti dell'asseverazione dei Mog da parte degli organismi paritetici (Art. 51 del d.lgs. 81/2008 e s.m.i.); un argomento quasi di frontiera sul quale il nostro Istituto, attraverso la Contarp (Consulenza tecnica accertamento rischi e prevenzione centrale), sta dando il proprio contributo per definire i contorni di questo delicato percorso. Infatti senza una puntuale declinazione delle modalità per asseverare i Mog adottati dalle aziende, che trova nella pariteticità il suo punto di forza per migliorare la sicurezza sui luoghi di lavoro, quanto indicato dall'art. 51 rischia di non esser riconosciuto o peggio di essere oggetto di mera proposizione di servizi a titolo oneroso e di scarsa efficacia prevenzionale.

Il termine asseverazione appare nel d.lgs. 81/2008 l'anno successivo alla sua emanazione, con il d.lgs. 106/2009, recante le disposizioni integrative e correttive al testo unico in tema di salute e sicurezza sul lavoro.

Con tale atto il legislatore ha di fatto assegnato agli organismi paritetici un importante ruolo strategico, di controllo e verifica, prevedendo che le imprese possano richiedere ad essi una asseverazione comprovante l'adozione di un Mog avente efficacia esimente ai sensi dell'art. 30. Una scelta sorprendente da parte del legislatore che, pur indicando espressamente al comma 5 dell'art. 30 del decreto 81/2008, il sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (Sgsl)

* Inail - Consulenza tecnica accertamento rischi e prevenzione centrale.

come elemento costituente il modello organizzativo non dice mai, non accenna neanche, alla possibilità di certificare un Sgsl; piuttosto il legislatore ha scelto di prevedere la possibilità, che siano gli organismi paritetici ad asseverare i Mog di cui all'art. 30 riconoscendo evidentemente un valore aggiunto nella pariteticità del controllo sociale.

D.lgs. 81/2008, art. 51 comma 3-bis

Gli organismi paritetici svolgono o promuovono attività di formazione, omissis..., nonché, su richiesta delle imprese, rilasciano una attestazione dello svolgimento delle attività e dei servizi di supporto al sistema delle imprese, tra cui l'asseverazione della adozione e della efficace attuazione dei modelli di organizzazione e gestione della sicurezza di cui all'articolo 30, della quale gli organi di vigilanza possono tener conto ai fini della programmazione delle proprie attività;

Non si vuole qui entrare nel merito della differenza giuridica tra il termine "asseverazione" e "certificazione" che certamente non sono equivalenti; ma si intende sottolineare che la certificazione si riferisce ai Sgsl e viene erogata dagli enti di certificazione nel rispetto di norme tecniche internazionali (UNI EN ISO 17021), mentre l'asseverazione si riferisce ai Mog e viene affidata a dei soggetti rappresentativi delle parti sociali, associazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori, deputati a fornire servizi di formazione e assistenza alle imprese; a questa importante scelta strategica non è seguito però alcun chiarimento in merito a modalità o regole che questi soggetti siano tenuti ad osservare per effettuare questa attività in modo corretto, trasparente e uniforme sul territorio.

Infatti, tale articolo di legge costituisce una novità assoluta ma, purtroppo, si esaurisce in poche righe che nulla dicono in merito alle modalità per effettuare tale asseverazione senza, tantomeno rimandare a un qualche decreto attuativo o un eventuale successivo accordo in sede di Conferenza Stato Regioni o alla Commissione consultiva permanente come fatto per tanti altri aspetti. Al tempo stesso si dà rilevanza al processo di asseverazione prevedendo la possibilità che gli organi di vigilanza ne tengano conto nella programmazione delle loro attività ispettive. Si ritiene si possa interpretare questa indicazione legislativa come un invito a sottoporre le aziende asseverate a minor numero di ispezioni rispetto alle aziende non asseverate in quanto le prime sarebbero già state valutate dell'organismo paritetico.

La portata di tale disposto normativo pone una serie di domande di non sempre facile risposta: chi sono esattamente gli organismi paritetici titolati a fare questa attività? Con quali metodi effettuano tale asseverazione? Come fanno gli organi di vigilanza a venirne a conoscenza e entro che misura devono tenerne conto?

In mancanza di indicazioni normative questo articolato di legge è stato pratica-

mente disapplicato o meglio questa opportunità non è stata colta per diversi anni.

Le prassi di riferimento UNI in materia di asseverazione

Il primo intervento per fare chiarezza in questo senso è stato fatto nel 2013 dalla commissione nazionale dei comitati paritetici territoriali dell'edilizia (Cncpt) che attraverso una prassi di riferimento pubblicata dall'UNI, la PdR 2:2013 - *Indirizzi operativi per l'asseverazione nel settore delle costruzioni edili e di ingegneria civile* - ha declinato le modalità per effettuare l'asseverazione dei Mog implementati ed attuati dalle aziende del comparto dell'edilizia.

Le prassi di riferimento

Le prassi di riferimento sono documenti che introducono prescrizioni tecniche o modelli applicativi settoriali di norme tecniche, elaborati sulla base di un rapido processo di condivisione ristretta ai soli autori, sotto la conduzione operativa di UNI, e da esso emanati, verificata l'assenza di norme o progetti di norma allo studio (in ambito nazionale, europeo o internazionale).

Dopo 2 anni dalla pubblicazione (tempo stimato necessario per consentirne la diffusione e l'applicazione sul mercato) viene valutata l'opportunità e l'interesse di "fare evolvere" la prassi di riferimento in un documento normativo sul medesimo argomento. Le prassi hanno infatti una vita utile non superiore a 5 anni, periodo massimo entro il quale possono essere trasformate in norma UNI, UNI/TS, UNI/TR oppure ritirate.

Nel 2016 in analogia a quanto realizzato dal Cncpt anche la Fondazione Rubes Triva, organismo paritetico del mondo dei servizi ambientali, ha deciso di percorrere una strada analoga chiedendo all'UNI la pubblicazione della prassi di riferimento UNI/PdR 22:2016: *Linee Guida per la procedura operativa per l'asseverazione dei Mog della salute e sicurezza nelle aziende dei servizi ambientali territoriali*.

A seguito di ulteriori richieste di redigere prassi di riferimento specifiche per altri settori produttivi la commissione sicurezza dell'UNI ha approvato la redazione di un documento normativo sulla asseverazione valido per tutti i comparti produttivi. Tale attività è attualmente in corso ad opera del gruppo di lavoro metodi e sistemi di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro attivo proprio presso la commissione sicurezza dell'UNI.

I soggetti asseveratori: gli organismi paritetici

Ritornando all'asseverazione, abbiamo detto che questa è demandata agli organismi paritetici, ma cosa sono? Gli organismi paritetici sono definiti dal d.lgs. 81/2008, art. 2 lett. ee)

D.lgs. 81/2008, art. 2 lett. ee)

«organismi paritetici»: organismi costituiti a iniziativa di una o più associazioni dei datori e dei prestatori di lavoro comparativamente più rappresentative sul piano nazionale, quali sedi privilegiate per: la programmazione di attività formative e l'elaborazione e la raccolta di buone prassi a fini prevenzionistici; lo sviluppo di azioni inerenti alla salute e alla sicurezza sul lavoro; l'assistenza alle imprese finalizzata all'attuazione degli adempimenti in materia; ogni altra attività o funzione assegnata loro dalla Legge o dai Contratti collettivi di riferimento;

Elemento qualificante di un organismo paritetico quindi è che sia costituito al 50% da rappresentanti del mondo datoriale e del mondo sindacale di un determinato comparto lavorativo. Alcuni organismi paritetici sono oggi oggetto di accese discussioni in merito alla legittima costituzione degli stessi; la parola chiave in questa delicata e discussa definizione è “*costituiti a iniziativa di una o più associazioni dei datori e dei prestatori di lavoro comparativamente più rappresentative sul piano nazionale*”, termine che evidentemente si presta a fin troppe interpretazioni. A più voci negli ultimi anni si sono susseguite le richieste di un decreto o di un elenco di organismi paritetici al ministero del lavoro e delle politiche sociali, ma ancora di tale elenco non si ha traccia. Esclusivamente nel campo dell'edilizia la circolare 13/2012 del ministero del lavoro ha fatto chiarezza citando esplicitamente le organizzazioni datoriali e sindacali legittimate a costituire un organismo paritetico e non si può che auspicare che tali precisazioni possano esser fatte anche per gli altri settori produttivi.

A prescindere da questo tema delicato occorre ricordare che dal punto di vista strettamente tecnico e quindi delle competenze necessarie per effettuare l'asseverazione, gli organismi paritetici devono istituire specifiche commissioni paritetiche tecnicamente competenti ai sensi dell'art. 51 comma 3 ter.

Quindi condizione necessaria per rilasciare l'asseverazione è la costituzione di tali commissioni che devono avere le caratteristiche di pariteticità, quindi di una costituzione al 50% tra il mondo datoriale e quello sindacale.

Gli effetti dell'asseverazione

In questo momento, a fronte di un discreto attivismo da parte di alcuni organismi paritetici corrisponde solo un cauto interesse effettivo da parte delle aziende. Per certi versi si tratta di un'opportunità prevenzionale e di integrazione della salute e sicurezza sul lavoro nella gestione aziendale che sarebbe interessante e utile cogliere e che potrebbe avere almeno tre tipi di risvolti: quello giudiziario, quello relativo ad un'attenzione da parte degli organi di vigilanza e quello inerente la qualificazione delle imprese.

Riguardo all'aspetto giudiziario al momento non vi è sufficiente giurisprudenza da commentare e ciò rende difficile effettuare previsioni su quale possa essere l'importanza dell'asseverazione in sede di giudizio. Tuttavia, si può facilmente argomentare che, in caso di infortunio, qualora si voglia far valere l'efficacia esimente prevista dall'applicazione del proprio Mog aziendale, è necessario dimostrare la conformità modello stesso all'art. 30 del d.lgs. 81/2008, con particolare riferimento alla sua corretta ed efficace attuazione. Ciò può esser fatto con maggior credibilità se il datore di lavoro ha gli elementi per dimostrare al magistrato la propria effettiva volontà al miglioramento ed è in grado di fornire riscontri circa gli elementi che nel tempo hanno consentito di elevare le prestazioni del Mog in termini di salute e sicurezza sul lavoro in questa accezione confrontarsi con l'esterno attraverso l'esibizione dell'asseverazione rilasciata dall'organismo paritetico competente per territorio non può che essere un valore aggiunto.

Relativamente alle ripercussioni dell'asseverazione di un Mog aziendale sull'attività degli organi di vigilanza occorre ricordare, prima di tutto, come già accennato in premessa, che l'articolo 51 ritiene che l'organo di vigilanza debba tenere conto delle aziende asseverate nel programmare l'attività di vigilanza stessa. Ovviamente perché ciò avvenga è necessario che il ministero sia a conoscenza di quali sono le aziende asseverate. Anche in questo caso non si hanno testimonianze dirette sulle modalità e numero delle comunicazioni, visto l'esiguo numero di aziende asseverate; registriamo però, con interesse e come buon auspicio in tal senso, il protocollo d'intesa siglato tra Cncpt e ministero del lavoro e delle politiche sociali il 12 novembre 2014 che prevede appunto che l'organismo paritetico comunichi sul sito e tramite Pec al ministero, "in tempo reale", il nominativo delle imprese asseverate, in modo che questo e le regioni ne tengano conto nella programmazione dell'attività ispettiva.

Dal punto di vista della qualificazione delle imprese, l'asseverazione potrebbe invece essere utilissima. Ricordiamo come è tuttora, nei fatti, inattuato l'articolo 27 del decreto legislativo 81/2008 che prevede proprio un sistema di qualificazione per le imprese. Tale sistema per il mondo dell'edilizia avrebbe delle caratteristiche specifiche che ricordano proprio il dettato dell'art. 27, comma 1 bis (csd patente a punti).

D.lgs. 81/2008, art. 27, comma 1 bis

Con riferimento all'edilizia, il sistema di qualificazione delle imprese e dei lavoratori autonomi si realizza almeno attraverso la adozione e diffusione, (...) di uno strumento che consenta la continua verifica della idoneità delle imprese e dei lavoratori autonomi, in assenza di violazioni alle disposizioni di legge e con riferimento ai requisiti previsti, tra cui la formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro e i provvedimenti impartiti dagli organi di vigilanza. Tale strumento opera per mezzo della attribuzione alle imprese ed ai lavoratori autonomi di un punteggio iniziale che misuri tale idoneità, soggetto a decurtazione a seguito di accertate violazioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro. L'azzeramento del punteggio per la ripetizione di violazioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro determina l'impossibilità per l'impresa o per il lavoratore autonomo di svolgere attività nel settore edile;

La diffusione di una asseverazione effettuata in maniera seria e rigorosa non potrebbe che dare fiducia ai mercati e quindi alle stazioni appaltanti con la definizione di un punteggio attribuibile alle aziende che si asseverano; teniamo conto ovviamente che il medesimo art. 27 al secondo comma prevede la possibilità di estendere tale metodica anche agli altri settori e non solo all'edilizia. In realtà tale possibilità è attuabile anche a legislazione vigente, se si fa riferimento al nuovo codice degli appalti d.lgs. 50/2016 (criteri di aggiudicazione dell'appalto).

D.lgs. 50/16 art 95 comma 6

I documenti di gara stabiliscono i criteri di aggiudicazione dell'offerta, pertinenti alla natura, all'oggetto e alle caratteristiche del contratto. In particolare, l'offerta economicamente più vantaggiosa individuata sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo, è valutata sulla base di criteri oggettivi, quali gli aspetti qualitativi, ambientali o sociali, connessi all'oggetto dell'appalto. Nell'ambito di tali criteri possono rientrare:

a) la qualità, che comprende pregio tecnico, caratteristiche estetiche e funzionali, accessibilità per le persone con disabilità, progettazione adeguata per tutti gli utenti, certificazioni e attestazioni in materia di sicurezza e salute dei lavoratori, quali OSHAS 18001, caratteristiche sociali, ambientali, contenimento dei consumi energetici e delle risorse ambientali dell'opera o del prodotto, caratteristiche innovative, commercializzazione e relative condizioni;

Ovviamente nel comma 6 del nuovo codice degli appalti non si parla di asseverazione, ma l'elenco di cui alla lettera a) è puramente esemplificativo e se in tale sede può avere uno spazio la certificazione OHSAS 18001, una stazione appaltante potrebbe senz'altro utilizzare l'asseverazione come elemento qualificante, a patto che questa diventi effettivamente un elemento di differenziazione per individuare le aziende sane e venga, come tale, anche percepita dal mercato.

Conclusioni

Il processo di asseverazione è pertanto una grande opportunità che il legislatore fornisce alle aziende che, se ben colta, può costituire non tanto un'alternativa quanto un'integrazione alla certificazione per effettuare una selezione delle aziende sane in materia di salute e sicurezza sul lavoro presenti sul mercato e contribuire così efficacemente a innescare quel circolo virtuoso che non può che portare a immensi benefici sociali ed economici per le singole imprese, per il sistema Paese ed infine per l'individuo lavoratore cittadino che sarà messo in condizioni di operare in maniera più sicura.

Tutto ciò sarebbe effettivamente possibile a fronte di un processo di asseverazione adeguatamente regolamentato e svolto da soggetti autorevoli e ben strutturati che vigilino sull'attuazione dei Mog nel rispetto di regole definite. Questa è la partita ancora in corso e che si auspica possa presto concludersi con l'emissione di regole condivise, trasparenti, rigorose in grado di dare sostegno e credibilità a una delle intuizioni più innovative del legislatore in materia di salute e sicurezza sul lavoro: il "controllo sociale" nei confronti delle aziende, assicurato da organismi rappresentativi delle parti in causa, datori di lavoro e lavoratori.

RIASSUNTO

Tra i metodi più completi per attuare un'efficace gestione sistemica della salute e sicurezza sul lavoro ricordiamo i Modelli Organizzativi e Gestionali (MOG) realizzati ai sensi dell'art. 30 del d.lgs. 81/2008. Il legislatore prevede che questi possano essere asseverati dagli organismi paritetici, una previsione normativa a lungo non attuata e che trova nel comparto dell'edilizia e dei servizi ambientali un primo importante tentativo di concretezza. L'articolo effettua una disamina del contesto normativo e delle "prassi di riferimento" UNI che disciplinano l'asseverazione in questi settori.

SUMMARY

Organization and Management Models complying d.lgs. 81/2008 art. 30 are one of the most effective and complete pathway for occupational health and safety management. According to the law, joint bodies (workers' and employees' representative) make the "affidavit" of the effective publication of companies models; this possibility has not been actually adopted until latest years when Building and Waste sector started this process. The article makes a review of related legislation and of the UNI documents, which describe the procedure to release "affidavit".

**STRATEGIE DI MIGLIORAMENTO
DELLE PERFORMANCE DI SALUTE E SICUREZZA
SUL LAVORO DELLE AZIENDE E PROCESSI
DI VALUTAZIONE E AUTOVALUTAZIONE
DELLA LORO EFFICACIA**

**IL PREMIO IMPRESE PER LA SICUREZZA
ED IL FRAMEWORK DI VALUTAZIONE**

PREMESSA

ALBINI P.* , ROTOLI E.**

La crescente attenzione nei confronti del tema della sicurezza sul lavoro sta favorendo, in modo sempre più tangibile, la diffusione nei luoghi di lavoro di interventi di tipo preventivo. Ciò, a sua volta, favorisce la ricerca e la concreta adozione di policy e strategie utili per intervenire in maniera più efficace nei confronti delle cause di infortuni sul lavoro e di malattie professionali.

Una delle linee di azione che si sta progressivamente affermando, è quella della gestione sistemica della salute e sicurezza sul lavoro che opera, cioè, all'interno di una visione integrata con le problematiche della gestione complessiva delle organizzazioni.

La logica dei sistemi di gestione della salute e sicurezza sul lavoro ha iniziato a diffondersi ed affermarsi nel nostro Paese nei primi anni duemila e la pubblicazione, nel 2001, delle Linee Guida per un Sistema di Gestione della salute e Sicurezza sul Lavoro - SGSL, note anche come Linee Guida UNI-Inail può infatti, considerarsi un passo significativo di questo percorso.

Le recenti evoluzioni normative sul tema, ed in particolare gli art. 25, 30 e il 300 (che esplicita la modifica all'art. 25-septies) del d.lgs. 81/2008 e s.m.i.¹, hanno fornito ulteriore impulso a questo approccio, "sistemico e gestionale", ai temi della sicurezza sul lavoro che si è ulteriormente alimentato nel dibattito che ha accompagnato la, non sempre immediata e semplice interpretazione dei testi di legge.

In questo senso vanno apprezzati i contributi chiarificatori che sono arrivati dai lavori della Commissione Consultiva Permanente ed in particolare da quelli del Comitato 4. Da questi lavori, infatti, sono scaturiti prima la lettera circolare del Ministero del lavoro dell'11 luglio 2011 sulla corrispondenza tra gli standard dei sistemi di gestione della sicurezza ed il modello organizzativo e gestionale di cui all'art. 30 del d.lgs. 81/2008 e s.m.i.) e, successivamente, il d.m. 13 febbraio 2014 in materia di procedure semplificate per l'applicazione e l'efficace attuazione dei MOG nelle piccole e medie imprese.

* Direttore Area Lavoro, Welfare e Capitale Umano Confindustria

** Direttore Centrale Prevenzione Inail

¹ L'art. 300 o 'art. 25 septies del d.lgs. 231/01 specifica i reati contro la salute e sicurezza sul lavoro che determinano responsabilità amministrativa delle imprese, mentre l'art. 30 indica i requisiti del Modello Organizzativo e gestionale per la salute e la sicurezza sul lavoro.

Non si deve, peraltro, dimenticare il contributo offerto dall'Inail alla diffusione di questo che approccio sistemico rendendo disponibili misure di sostegno finanziario ed assicurativo per le aziende che adottano sistemi di gestione e modelli organizzativi e gestionali.

Appare ormai maturo il tempo per un approccio più responsabile ai temi della tutela della salute e della sicurezza sul lavoro, adoperandosi per sostenere la diffusione e l'evoluzione di modelli più integrati e sistemici, poiché essi favoriscono una autentica cultura del risultato che superi quella del mero adempimento. Tutto ciò permetterà il miglioramento dei risultati. Se nel tempo potremo misurare i progressi attraverso gli indici di frequenza e di gravità, potremo impostare politiche di prevenzione efficaci, e si potrà iniziare a misurare le performance attraverso indicatori proattivi con i quali determinare l'impegno delle organizzazioni nel tempo, passando dalla fase di implementazione tecnica e tecnologica a quella organizzativa e gestionale secondo scelte e decisioni di politica aziendale compiute dal management e sostenute attraverso la partecipazione e la condivisione con i lavoratori, la cui consapevolezza e le cui capacità e competenze devono essere progressivamente implementate attraverso continua ed appropriata formazione.

Ciò peraltro spiega la necessità di sviluppare modelli di progettazione, sviluppo e monitoraggio che consentano valutazioni confrontabili dell'impegno e della performance prevenzionale in termini di gestione della salute e sicurezza sul lavoro verso un percorso tracciabile di miglioramento continuo.

Confindustria ha posto grande enfasi al tema della sicurezza nei luoghi di lavoro promuovendo in questi anni diverse iniziative, anche in collaborazione con le Istituzioni pubbliche, per diffondere, nelle imprese e fra le persone che vi lavorano, un'autentica cultura della sicurezza come fattore distintivo, elemento di competitività e di qualità.

In quest'ottica la Presidenza Marcegaglia ha istituito nel 2012 il Premio Imprese per la sicurezza, in collaborazione con l'Inail e con il supporto tecnico di APQI (Associazione Premio qualità Italia) ed Accredia (Ente Italiano di Accreditamento).

Il Presidente dell'Inail De Felice ha voluto ancor di più sottolineare l'importanza del Premio sottoscrivendo, nel luglio 2015, insieme a Confindustria, un Accordo Quadro, avente la finalità di definire progetti ed iniziative congiunte finalizzati alla diffusione e alla crescita della cultura della prevenzione nei luoghi di lavoro nell'ottica del miglioramento continuo dei livelli di sicurezza, anche attraverso approcci metodologici innovativi, fornendo un esempio concreto di quanto la riduzione dei fattori di rischio possa incidere positivamente anche sul livello di competitività del paese.

Premiare le imprese che si contraddistinguono per l'eccellenza del processo di gestione della salute e sicurezza, secondo modelli internazionalmente riconosciuti, consente di diffondere le migliori prassi e di sensibilizzare le imprese e i lavoratori su aspetti normativi, culturali, organizzativi e comportamentali.

Il modello, elaborato e sperimentato nell'ambito del Premio Imprese per la sicurezza, rappresenta una proposta metodologica utile e di facile applicazione da parte delle imprese.

Tale proposta, denominata "Framework salute e sicurezza sul lavoro - FSSL" (in seguito FSSL) verrà descritta nella parte seguente del documento, esponendone le radici logiche e metodologiche che risiedono nei concetti del Total Quality Management e nel Modello EFQM, orientato e adattato ai temi della salute e sicurezza sul lavoro. Nel documento verranno, altresì, illustrati gli elementi rispetto ai quali il FSSL sviluppa l'analisi e la valutazione di criteri, fattori e risultati nella performance prevenzionale delle imprese.

Il Framework ha trovato attuazione e sperimentazione ormai pluriennale nell'ambito del Premio imprese per la sicurezza, giunto nel 2017 alla quinta edizione. Il metodo offre opportunità di analisi e riflessione al management aziendale sia attraverso l'autovalutazione, sia attraverso gli esiti di un audit esterno che esplicita punti di forza e di debolezza dell'organizzazione e che, quindi, può, in questo modo, costituire una importante opportunità di miglioramento.

Il testo che presentiamo contiene, dunque, non soltanto la descrizione di un metodo di valutazione ma anche il racconto dell'esperienza che ne è scaturita dalla sua applicazione. Anche per questo motivo siamo convinti che possa suscitare curiosità ed interesse in tutti coloro che sono interessati ad un approccio concreto ai temi della salute e sicurezza sul lavoro e che credono nella necessità di orientare il proprio operato al continuo miglioramento dei risultati prevenzionali delle aziende.

LA GESTIONE PER LA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO NELLE ORGANIZZAZIONI

BENEDETTI F.* , LEUZZI F.**

La prevenzione nei luoghi di lavoro non consiste unicamente nell'ottemperare a quanto richiesto dalla normativa vigente ma rappresenta una grande opportunità di crescita per le aziende. Si tratta, infatti, di considerare i numerosi benefici che derivano dalle attività di prevenzione in un'ottica gestionale e organizzativa che coinvolge tutte le parti, ai vari livelliⁱ. A supporto di tale asserzione concordano numerosi studi scientifici e ricerche qualitative e quantitative condotte in diversi Paesi. Nella letteratura scientifica più recente è ormai consolidata l'opinione che lo sviluppo di una metodologia analitica organizzativa e gestionale basata sulla prevenzione comporta degli indubbi benefici in termini di competitività e maggiore produttività di un'impresaⁱⁱ.

Nel 2004 la Commissione europea ha pubblicato una Comunicazione¹, sull'attuazione pratica delle disposizioni delle direttive concernenti la salute e la sicurezza sul lavoro (SSL), che, pur evidenziando varie pecche nell'applicazione della legislazione (che non approfondiremo in questo contesto), giunge alla conclusione che la legislazione dell'UE ha contribuito a infondere una cultura della prevenzione in tutto il territorio dell'Unione Europea.

In particolare la Comunicazione dedica un intero paragrafo alla "organizzazione e gestione della sicurezza sul lavoro" evidenziando come la tutela della salute e della sicurezza sul lavoro rappresenta un obbligo permanente e complesso, che richiede un approccio trasparente e sistematico.

"La sempre crescente complessità dei sistemi di lavoro e delle variazioni delle condizioni di lavoro, così come i rischi nuovi o modificati che ne risultano, richiedono un approccio nuovo e integrato alle questioni della salute e della sicurezza sul lavoro. Occorrono soluzioni intelligenti e metodi che consentano al datore di

* Coordinatore Generale Contarp Inail.

** Area Lavoro, Welfare e Capitale Umano Confindustria.

1 COM (2004) 62 Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni sull'attuazione pratica delle disposizioni delle direttive concernenti la salute e la sicurezza sul lavoro 89/391 (direttiva quadro), 89/654 (luoghi di lavoro), 89/655 (attrezzature di lavoro), 89/656 (attrezzature di protezione individuale), 90/269 (movimentazione manuale di carichi) e 90/270 (attrezzature munite di videoterminale).

lavoro di tenere conto dei principi di sicurezza e salute sul lavoro a tutti i livelli operativi e per tutte le attività, e di convertirli in misure appropriate. Tali misure devono svolgere un ruolo sempre più decisivo nella definizione delle condizioni di lavoro e nell'ottimizzazione dei processi e delle procedure, influenzando gli atteggiamenti al fine di prevenire i rischi per la salute connessi con l'attività lavorativa e proseguire l'opera di promozione della salute nelle organizzazioni.

La gestione della salute e della sicurezza sul lavoro deve formare parte integrante della gestione globale dell'impresa.”

La Comunicazione evidenzia inoltre come il legislatore non ha imposto sistemi di gestione sofisticati, bensì ha semplicemente invocato l'applicazione di principi gestionali basilari anche nel campo della salute e della sicurezza sul lavoro.

La gestione gioca un ruolo chiave nella prevenzione degli incidenti e degli infortuni. Un sistema di gestione orientato alla prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, deve prevedere un forte impegno del management. Esso deve fornire la motivazione e le risorse per affrontare con efficacia la prevenzione degli infortuni sul lavoro e per il miglioramento delle prestazioni e la diffusione di una politica della sicurezza a tutti i livelli. A tal fine sono fondamentali la diffusione di una cultura basata sull'informazione top-down, bottom-up e orizzontale, la condivisione delle responsabilità, l'apertura verso nuove idee e i cambiamenti e un approccio basato sull'analisi costruttiva degli erroriⁱⁱⁱ.

In un ambiente dove è enfatizzata e sottolineata l'importanza della prevenzione, il rispetto di regole e procedure, le probabilità d'infortunio si riducono notevolmente.

La correlazione tra la riduzione del fenomeno infortunistico e l'implementazione della sicurezza nei luoghi di lavoro ovvero, l'efficacia dell'applicazione di un sistema di salute e sicurezza integrato con il sistema aziendale, in termini di riduzione del fenomeno infortunistico e di benefici, da esso derivanti, è stata dimostrata da uno studio condotto dalla CONTARP^{iv} (Consulenza Tecnica Accertamento del Rischio e Prevenzione) e dalla CSA (Consulenza Statistico Attuariale) dell'Inail mettendo a confronto le statistiche degli infortuni e delle malattie professionali tra le aziende certificate in base ai Sistemi di Gestione di Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro (OHSAS 18001:2007) e l'incidenza degli infortuni, in quelle (analoghe per settore) non certificate. I risultati dello studio condotto hanno evidenziato come in tutti i gruppi, in cui il campione d'impresse certificate è statisticamente rappresentativo, c'è stato un generalizzato abbattimento degli indici infortunistici.

Le analisi più recenti hanno inoltre evidenziato diversi fattori riconducibili a un generale incremento della produttività connesso soprattutto a un miglioramento delle performance dei lavoratori e ad aspetti organizzativi e relativi alla gestione di un'azienda^v.

Spesso, infatti, molti interventi di prevenzione vanno a influire, sia direttamente sia indirettamente, anche su altri fattori che possono essere, secondo le speci-

fiche realtà aziendali, in parte collegati all'incremento della produttività. Tra questi fattori troviamo: la qualità dell'ambiente di lavoro, l'ordine, la pulizia, la pianificazione e l'organizzazione del lavoro, lo sviluppo di nuove metodologie, l'aggiornamento delle procedure, l'uso di attrezzature e macchinari più moderni ed efficienti, il livello del dialogo e collaborazione tra il management, i datori di lavoro, gli impiegati e gli operai.

Si pensi anche semplicemente al caso in cui delle soluzioni creative e ingegnose adottate per l'esigenza di una maggiore sicurezza potrebbero portare a dei benefici di produttività inaspettati^{vi}.

Da questo punto di vista la prevenzione è considerata sotto un duplice aspetto: come possibile diminuzione dei costi dovuti a infortuni e come evidente opportunità di miglioramento dei processi produttivi^{vii}.

Numerosi gli studi che evidenziano, in generale, i benefici di una gestione sistematica della salute e sicurezza. Un'analisi presso un campione di aziende svolta nell'ambito di uno studio dell'Agenzia Europea² per la salute e sicurezza sul lavoro evidenzia come sia generalizzato il consenso circa la superiorità delle strategie gestionali innovative rispetto agli approcci tradizionali, in quanto suscettibili di offrire una serie di benefici chiave, fra cui:

- una maggior facilità di realizzazione di un'analisi sistematica dei rischi, dei pericoli e degli incidenti;
- una maggiore consapevolezza dei rischi e dei pericoli;
- una migliore trasparenza dei processi interni;
- una migliore comunicazione tra il personale;
- una più forte motivazione dei dipendenti ed una maggiore identificazione con la società;
- una visione più integrata dell'ambiente di lavoro;
- migliori criteri di misurazione della performance della SSL.

Un punto cardine, secondo lo studio dell'Agenzia Europea consiste nel pianificare attentamente la realizzazione di qualsiasi sistema di gestione e nel tenere conto delle specificità della società stessa.

Dai dati dell'Agenzia Europea emerge, inoltre, che, nell'affrontare la gestione della salute e sicurezza, le imprese tendono ad utilizzare un approccio coerente, basato su sistemi, piuttosto che selezionare e adottare misure specifiche; questo conferma l'efficacia dell'approccio normativo per obiettivi definito nella direttiva quadro europea del 1989 (89/391/CEE). Lo studio dell'Agenzia evidenzia livelli elevati di gestione della salute e sicurezza in tutta Europa, ma sottolinea la questione del drastico calo delle misure con la diminuzione delle dimensioni delle imprese e le variazioni significative tra Paesi. Dallo studio emerge, inoltre,

2 FACTS 26, Agenzia europea per la salute e sicurezza sul lavoro - L'uso dei sistemi di gestione della sicurezza e della salute sul lavoro negli Stati membri dell'Unione europea- Sintesi di una relazione dell'Agenzia.

che in alcuni Paesi e settori anche le imprese più piccole riportano livelli elevati di gestione della salute e sicurezza, se ne deduce che, se è possibile creare un ambiente sufficientemente «favorevole», la portata della gestione della salute e sicurezza nelle imprese più piccole (in particolare quelle con meno di 100 dipendenti) potrebbe aumentare in misura sostanziale.

Sarebbe quindi importante effettuare ulteriori ricerche comparabili a livello nazionale per individuare le condizioni fondamentali che contribuiscono alla creazione di tale ambiente «favorevole»: a tale riguardo fattori determinanti appaiono il contesto economico, politico, e normativo, i costi necessari e percepiti per l'implementazione della gestione della salute e sicurezza, le incertezze nella definizione della conformità legislativa, la complessità normativa, le infrastrutture di supporto disponibili, la presenza di oneri amministrativi, etc..

Per quanto concerne il costo della prevenzione³, l'orientamento di molti studiosi è quello di ritenere fondamentale una valutazione in termini monetari sia dei costi della prevenzione in materia di salute e sicurezza sul lavoro, sia dei potenziali benefici derivanti da queste attività^{viii}.

Tra le principali voci d'investimento si riportano: l'addestramento e la formazione ai dipendenti, i salari del personale addetto alla prevenzione, i dispositivi di protezione individuale, le eventuali spese iniziali di consulenza esterna, l'organizzazione del primo soccorso, le spese per lo sviluppo della sicurezza^{xi}.

Accanto alle variabili che determinano le varie voci di costo, legate alle politiche di prevenzione, è opportuno individuare i conseguenti benefici economici. Essi sono determinati da un miglioramento delle prestazioni sotto molteplici aspetti, che si possono così riassumere: incremento della produttività (dovuta ad esempio alla diminuzione dei costi del personale, dei materiali, etc.), benessere generale, clima aziendale e soddisfazione dei lavoratori, migliore immagine e maggiore attrattiva di un'azienda, incremento della consapevolezza da parte dei lavoratori dei rischi e incremento della loro motivazione, diminuzione degli incidenti, miglioramento della qualità dei prodotti, possibilità di ottenere contributi e diminuzione dei premi assicurativi, conseguimento di altri obiettivi strategici dell'impresa e capacità d'innovazione.

Ci sono, infatti, maggiori benefici riguardanti anche le migliori condizioni di lavoro al di là dell'assenza di malattie o infortuni professionali. Per questo tipo di benefici non ci sono metodi disponibili per l'attribuzione di un valore monetario, anche se alcune tecniche di calcolo sono state sviluppate.

Inoltre, occorre evidenziare che, poiché spesso i risultati connessi a un miglioramento della produttività e delle performance aziendali sono il frutto di più fattori (cioè non solo di quelli legati alle attività di prevenzione) resta difficile quantificarli o ricondurli direttamente a queste ultime.

3 F. Benedetti, I. Barra, E. Lenoci, "I benefici economici della prevenzione" -Rivista degli infortuni e delle malattie professionali - fascicolo n. 1/2015.

Si può dire però che, avendo constatato un generale miglioramento delle performance aziendali, i benefici che ne derivano dovranno essere valutati globalmente e non solo dal punto di vista strettamente economico. Essi potranno essere tradotti, ad esempio, in una maggiore competitività aziendale e in una migliore qualità dei prodotti e dei servizi.

In quest'ottica si rispecchiano i più moderni metodi di misurazione delle performance aziendali che sono quelli che cercano di definire e misurare non solo gli indicatori prettamente economici ma anche altri indicatori ovvero quelli che contribuiscono al successo di un'azienda.

Si tratta di indicatori legati ad altri fattori di rilevanza strategica per un'azienda tra i quali: l'attrattiva di una azienda (e i suoi prodotti) per i clienti fidelizzati o per quelli potenziali, l'attaccamento dei propri dipendenti, l'organizzazione interna, l'efficienza e la flessibilità dei processi produttivi, la capacità d'innovazione nei prodotti e processi. In questa più ampia prospettiva si dovrà altresì considerare che gli obiettivi aziendali, così come i risultati finanziari, differiscono da un'azienda a un'altra e pertanto ogni singola realtà aziendale dovrà individuare quegli obiettivi che sono più in linea con la propria etica e con la propria visione strategica. Da ciò deriva l'assunto che tra questi obiettivi si dovranno ricondurre anche quelli che si riferiscono alla sicurezza.

Le attività per la salute e sicurezza sul lavoro richiedono un approccio sistematico, quantitativo e oggettivo, tanto nella fase di progettazione, quanto in quella di esercizio e di gestione. Ciò porta a considerare i confini di quella che può ormai essere considerata una disciplina a tutti gli effetti, la gestione per la salute e sicurezza sul lavoro, il cui campo di applicazione, anche alla luce delle nuove norme di legge e dei dati statistici sugli infortuni, è destinato ad ampliarsi considerevolmente, andando al di là delle attività produttive caratterizzate da rischi particolari e/o rilevanti, ove già rappresenta un'area di attività consolidata.

In particolare, i confini della gestione per la salute e sicurezza sul lavoro dovrebbero estendersi avendo presenti tanto le principali fasi della vita di un sistema produttivo (progettazione, esercizio, conservazione), quanto le principali categorie di attività, in esso riconoscibili (attività esecutive, attività operative, ovvero di controllo dell'esecuzione, attività gestionali), in modo da assicurare la soddisfazione dei requisiti di salute e sicurezza cui dovrebbe conformarsi ciascuno di essi.

Nelle fasi di progettazione appaiono particolarmente rilevanti le attività di analisi dei rischi, di pianificazione degli interventi di adeguamento e di coordinamento delle attività lavorative. Nelle fasi di esercizio dei sistemi produttivi, tenuto conto del carattere complesso e trasversale della sicurezza, la standardizzazione delle attività ispirata ai principi del miglioramento continuo e del coinvolgimento di tutte le parti interessate laddove opportuno, appare un obiettivo senz'altro raccomandabile, eventualmente in forme efficacemente semplificate quando ci si riferisca a realtà produttive non particolarmente complesse. La fase

di conservazione del sistema produttivo, infine, ovvero di attuazione delle azioni di manutenzione, è anch'essa di estrema importanza.

Il tema della gestione per la salute e sicurezza sul lavoro si pone come la logica conseguenza del percorso finora compiuto, orientato alla individuazione di criteri e metodologie, per quanto possibile obiettivi, per l'impostazione e la garanzia nel tempo di condizioni di igiene e sicurezza sul lavoro adeguate nelle organizzazioni produttive⁴.

L'emanazione - già da qualche anno - di standard internazionali sul tema della gestione per la salute e sicurezza, oltre che l'orientamento assunto dal Legislatore a proposito delle attività industriali particolarmente pericolose, fanno sì che il tema della gestione per la salute e sicurezza sul lavoro goda oggi di una certa popolarità, anche se ancora lontana da quella di cui godono i ben più diffusi sistemi di gestione per la qualità e i sistemi di gestione per l'ambiente.

Le logiche su cui si fonda l'impostazione di tali sistemi gestionali sono in realtà molto vicine, tanto da indurre sempre più di frequente a parlare di sistemi di gestione integrati.

I sistemi di gestione sono, infatti, oggi un punto cardine su cui si stanno fondando i modelli di total quality management applicati alla salute e sicurezza, che vanno oltre questi sistemi, comprendendo spesso una metodologia di valutazione quantitativa delle prestazioni delle aziende.

La sfida, quindi, continua ad essere direzionata verso un cambiamento culturale che radichi i valori della *prevenzione* e della *sicurezza* e che attraverso la creazione di sistemi di gestione semplici e innovativi, di indicatori ed indici di quantificazione del rischio e di strumenti matematici, apra ad una nuova visione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

4 F. Benedetti, "Percorsi di efficienza per promuovere la salute e la sicurezza sul lavoro - Italian Case Study" - Atti del Convegno "Sostenere crescita e competitività delle imprese promuovendo salute e sicurezza sul lavoro in tempi di crisi" - Roma, 4 dicembre 2014.

- i Cfr. per approfondimenti Fabrizio Benedetti *Sistemi di Gestione della salute e sicurezza sul lavoro Contenuti, stato dell'arte e prospettive per lo sviluppo della cultura della sicurezza oltre gli adempimenti e verso i risultati* in Rivista degli infortuni e malattie professionali Inail VI Serie, anno XCIX, Fascicolo n. 1/2012; Fabrizio Benedetti et al. *Gestione Aziendale e salute e sicurezza sul lavoro* Quaderni della sicurezza AIFOS n. 3 - Anno 1 set. 2010; Fabrizio Benedetti e Antonio Terracina *Sistemi di gestione tra costi e benefici, i vantaggi per le imprese* in Ambiente & Sicurezza sul lavoro - Nov 2011 - Editore EPC; Fabrizio Benedetti e Antonio Terracina *Gestire la sicurezza, le mosse per un'efficace strategia di prevenzione - Ambiente e Sicurezza sul Lavoro - marzo 2013- Editore EPC.*
- ii Cfr. Commission European Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Unit B.3 *Socio-economic costs of accidents at work and work-related ill health Key messages and case studies* November 2011 . Numerosi studi al riguardo, vengono citati in *Development of cost benefit analysis model of accident prevention on construction projects* Elias Okede Ikpe MSc, Student Member AACE, ASCE November 2009. Ancora: Marc de Greef Karla Van Den Broek *Quality of the working environment and productivity Working Paper European Agency for Safety and Health at Work, 2004.*
- iii Cfr. per approfondimenti Fabrizio Benedetti *Approcci manageriali alla salute e sicurezza sul lavoro* Consiglio Nazionale delle Ricerche, Atti del Convegno: *SGSL: Sistemi di Gestione della Salute e sicurezza sul lavoro*, Trieste, 22-24 settembre 2005; Fabrizio Benedetti et al. *I sistemi di gestione per la sicurezza, la salute e l'ambiente* volume 1: Teoria e sviluppo dei sistemi di gestione. Analisi e descrizione dei processi delle organizzazioni. EdiProf AIAS, 2004.
- iv Nelle aziende certificate si presuppone un livello di prevenzione più alto rispetto agli standard medi ed agli adempimenti di legge, per approfondimenti cfr. Maria Ilaria Barra, Giuseppe Morinelli, Antonio Terracina *Ridurre gli infortuni: i dati dell'Inail sull'efficacia degli SGSL, Il Sole 24 Ore, Marzo 2012.* Fabrizio Benedetti *C'è una via che porta a infortunio zero* Nuovi lavori Newsletter n. 50 del 20 luglio 2010.
- v Cfr. Marc De Greef, Prevent, Belgium Karla Van den Broek *Quality of the working environment and productivity Research findings and case studies* Prepared by the Topic Centre on Research Work and Health Prevent, European Agency for Safety and Health at Work, 2004. Shearn op.cit. (2003); Lancaster *et al. Op. Cit.* (2003); HSE op.cit. (2006); Ferret and Hughes op.cit. (2007). *Socio-economic costs of accident* Commissione Europea 2011 op. cit.
- vi Per approfondimenti cfr. Marc de Greef Karla Van Den Broek *Quality of the working environment and productivity Working Paper European Agency for Safety and Health at Work, 2004* op.cit. Levitt R. Samelson N.M. *Construction safety management* 2^a edition. Wiley, New York 1993; Lancaster R., Ward R., Talbot, P. & Brazier, A. *Costs of Compliance with Health and Safety Regulations in Small and Medium Enterprises (SME)* HSE *Research Report 174*, 2003 Ferret E.D & Hughes P. *Introduction to Health and Safety in Construction* Edition: Elsevier Ltd. UK 2007.
- vii Cfr. per approfondimenti Fabrizio Benedetti *Integrated safety management through the company's global management: need and opportunità to compete, available tools, reference models* Atti del Congresso Mondiale sulla Salute e la Sicurezza sul lavoro dell'AISS- Vienna, 26-31 maggio 2002; Fabrizio Benedetti *Safety management sistem: good practices to reduce accidents and professional diseases* Atti del 2° International Forum on Industrial Safety Politecnico di Milano 8, 9, 10 luglio 2009, Milano.
- viii A titolo esemplificativo cfr.: *Socio-economic costs of accident* Commissione Europea 2011 op. cit. Di interesse in tal senso *Financial Decision Makers' Views on Safety What SH&E professionals should know* Yueng-Hsiang Huang, Tom B. Leamon, Theodore K. Courtney, Sarah De Armond, Peter Y. Chen and Michael F. Blair Professional Safety April 2009. La partecipazione dei lavoratori nell'ambito della sicurezza. Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, 2012 <http://osha.europa.eu>. Inoltre *Worker representation and consultation on health and safety An analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER)* European Risk Observatory Report European Agency for Safety and Health at Work, 2012, Mossink e de Greef (2002 op.cit.); anche *Malesic Christian D. The savings in safety* in Insight pp. 16-18, May/June 2011.
- ix Cfr. Everett *et al.* 1996 op.cit.; Tang *et al.* 2004 op. cit; HSE 2006 op. Cit.

EVOLUZIONE DEI RIFERIMENTI LEGISLATIVI E NORME TECNICHE DI GESTIONE PER LA SALUTE E LA SICUREZZA SUL LAVORO

BENEDETTI F.*

Ancora oggi, per quanto riguarda la gestione della salute e sicurezza sul lavoro, non esistono norme ufficiali a livello internazionale come per la gestione della qualità (serie UNI EN ISO 9000) o per l'ambiente (serie UNI EN ISO 14000). Nel tempo, vi è stato però un progressivo fiorire di documenti guida, di standard gestionali, emessi da vari enti ed istituzioni, spesso aggregati in gruppi di lavoro, che hanno cercato di mutuare i principi logici delle norme di gestione per la qualità e per la gestione ambientale, alla salute e sicurezza sul lavoro¹.

Il primo importante documento compiuto di guida e riferimento per l'implementazione di un SGSL nelle aziende nasce nel 1996 con la BS 8800. Si tratta di una linea guida pubblicata dall'ente di normazione britannico, il BSI - British Standard Institute con lo scopo di fornire uno standard gestionale di adozione volontaria che consentisse alle aziende di facilitare la gestione dei rischi, migliorare le condizioni di salute e sicurezza connesse con le loro attività, ottenendone un ritorno economico e lo sviluppo di un'immagine responsabile dell'azienda nel mercato. Nel 1999, sempre il BSI, insieme ad un gruppo di organismi di certificazione e di enti di normazione di vari paesi, quasi tutti di area di influenza britannica, hanno elaborato uno standard, la OHSAS² 18001, scritta in modo da fornire i requisiti utili a poter verificare e quindi certificare i sistemi di gestione di salute e sicurezza sul lavoro. Questo documento non è una vera norma in quanto nasce fuori dal sistema di normazione ufficiale, ma poiché si integra con i sistemi di gestione descritti nella ISO 9001, e nella ISO 14001, ed ha come scopo la dimostrazione di conformità a fini certificativi, diverse imprese, nel Mondo e anche in Italia, la hanno adottata e si sono fatte certificare contribuendo così ad affermare le 18001 come lo standard SGSL più diffuso. Visto il successo di diffusione ed al termine di una lunga raccolta di dati ed informazioni in tutti i paesi del mondo la 18001:1999 è stata aggiornata ed innalzata al rango di norma inglese dal BSI nel 2007.

* Coordinatore Generale Contarp Inail.

1 F. BENEDETTI ET AL., *I sistemi di gestione per la sicurezza, la salute e l'ambiente*, EdiProfAIAS, 2004.

2 Occupational Health and Safety Assessment Series.

Parallelamente a tutto ciò, nel 1999, l'Unione Europea rende noto un documento (Doc. 0135/4/99 EN - European guideline on the Organisation of Occupational Safety and Health), rimasto però allo stato di draft e mai pubblicato ufficialmente, contenente un testo di grande interesse in quanto fissa una serie di elementi di fondo in materia di SGSL che si ritrovano, in parte mutati, nella linea guida pubblicata nel 2001 dall'International Labour Organization - ILO³.

Questo documento, pubblicato nell'ambito di un più vasto progetto denominato "Safework", e dal titolo "ILO/OSH 2001 - Guidelines on occupational safety and health system", assume subito grande importanza sia perché emesso da una grande agenzia internazionale ufficialmente riconosciuta, sebbene non operante nel campo della normazione tecnica, sia per i contenuti proposti. Essi confermano la necessità di disporre di modelli gestionali relativi alla salute e sicurezza sul lavoro. Queste linee guida ILO non propongono uno standard unico e vincolante a livello internazionale e valido in ogni parte del mondo, come ad es. la ISO 9001. Invece, vengono proposte indicazioni generali e di impostazione che definiscono la struttura del SGSL ed i requisiti di massima rispetto ai quali i sistemi locali vengono invitati ad elaborare, a livello nazionale e di comparto, modelli di maggior dettaglio che definiscano requisiti più calzanti e specifici, rendendo quindi più facile il compito delle imprese di implementare efficacemente i propri sistemi interni di gestione.

L'Inail ha sostenuto in Italia questo percorso attraverso accordi stipulati con soggetti rappresentativi, nei diversi settori produttivi a livello nazionale così come a livello locale, di imprese e lavoratori, e ha prodotto una serie di linee di indirizzo che offrono un ventaglio esteso di facilitazione applicativa per le imprese che sono interessate a sviluppare ed applicare un proprio sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro. Queste linee di indirizzo sono state sviluppate per una molteplicità di comparti ed altre sono in corso di elaborazione. Quelle già disponibili sono pubblicate sul sito Web Inail⁴.

Anche in considerazione di questa indicazione dell'ILO, così come dell'assenza di un riferimento normativo ISO o UNI e dell'importanza di disporre di un modello gestionale condiviso dalle parti interessate, l'Inail, l'UNI, l'ISPESL⁵ con tutte le principali associazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori hanno predisposto e pubblicato, a cura dell'UNI, nel settembre 2001, le "Linee Guida per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (SGSL)". Queste linee guida non sono una norma e non è possibile utilizzarle a fini di certificazione, tuttavia sono un modello gestionale condiviso da istituzioni e parti sociali ed hanno spinto l'intero sistema prevenzionale del nostro Paese a ragionare concre-

3 L'ILO è l'agenzia dell'ONU in materia di lavoro e sicurezza sociale.

4 <https://www.inail.it/cs/internet/attivita/prevenzione-e-sicurezza/promozione-e-cultura-della-prevenzione/SGSL/modelli-applicativi.html>.

5 Da maggio 2010 l'ISPESL è confluito nell'Inail.

tamente su questo importante argomento. Infatti, un paio di anni dopo la pubblicazione delle Linee Guida SGSL, l'UNI ha tentato la strada della norma ufficiale italiana in materia di SGSL. È stato creato un gruppo di lavoro che ha redatto una bozza di norma andata due volte in inchiesta pubblica, ma poi, l'opposizione di una politicamente importante componente sociale non ha fornito la condivisione ritenuta necessaria alla emanazione definitiva.

Si ritiene che la mancata emissione della norma UNI in materia di SGSL sia stato una grande occasione persa dal sistema Paese. La prima bozza di norma era già pronta nel 2003 e se fosse uscita tempestivamente avrebbe di fatto superato le OHSAS 18001 nate da un sistema esterno per ampliare il mercato della certificazione.

Nel frattempo in Europa molti paesi, tra cui la Germania, l'Austria, l'Irlanda, hanno seguito l'esempio italiano ed hanno pubblicato delle Linee Guida nazionali in materia di SGSL.

Nel 2004 anche le BS 8800 sono state aggiornate attraverso la pubblicazione di una nuova versione di questa famosissima linea guida ma in Italia la cosa non ha avuto alcuna risonanza.

Come già accennato, nell'estate del 2007 sono state aggiornate e modificate le OHSAS 18001 il cui rinnovamento, combinato con la promozione a rango di norma ufficiale inglese, è avvenuto in Italia senza particolari clamori, essendo il dibattito sulla sicurezza monopolizzato dalla gestazione del cosiddetto "Testo Unico". Eppure è stato un evento di grande importanza. Nel 2008 sono state ripubblicate le OHSAS 18002⁶, linee guida per l'applicazione delle 18001. Le 18002 non sono molto semplici da applicarsi, ma, una volta assimilata la chiave interpretativa, forniscono indicazioni di progettazione del sistema interessanti e utili.

Sempre nel 2007 trova l'avvio, con la legge delega 123/2007, la redazione del già citato "testo unico per la sicurezza sul lavoro", poi pubblicato nel 2008 (il d.lgs. 81/2008 e s.m.i.). In uno degli articoli della Legge 123, ulteriori rispetto alla delega, contenuta nell'art. 1, da cui poi verrà emanato il d.lgs. 81 e considerati immediatamente applicativi, il campo di applicazione del d.lgs. 231/01 è stato esteso anche all'"omicidio colposo e alle lesioni colpose gravi o gravissime, commessi con violazione delle norme antinfortunistiche sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro". Il d.lgs. 231/01 è un atto normativo che tratta della "responsabilità amministrativa degli enti"⁷ e sanziona una serie di reati di tipo "societario" come la corruzione, la concussione, il falso in bilancio. Le sanzioni sono, molto sommariamente, di tipo economico, sino ad un massimo di ca. 1,5 milio-

6 Occupational Health and Safety Management Systems - Guidelines for the implementation of OHSAS 18001.

7 Il d.lgs. 231/2001 parla di "ente" per indicare l'entità organizzativa sottoposta alla responsabilità amministrativa. Questo termine può essere considerato assimilabile, nel parlare comune, a quelli di impresa o azienda.

ni di euro, ed interdittive dall'attività di impresa. Questa legge si rivolge esclusivamente al mondo datoriale privato (sono espressamente esclusi lo Stato, gli enti pubblici territoriali, nonché agli enti che svolgono funzioni di rilievo costituzionale). L'estensione delle "responsabilità amministrativa" alla salute e sicurezza sul lavoro ha suscitato grande interesse accompagnato, ovviamente, da una certa preoccupazione a causa delle pesanti sanzioni economiche e soprattutto di quelle interdittive che possono causare ingenti problemi finanziari ad una impresa fino a comprometterne la sua esistenza. In particolare grande interesse e preoccupazione ha suscitato tra le piccole e medie imprese che ancora non si erano confrontate con la "responsabilità amministrativa" degli enti. Per ricadere nell'ambito del d.lgs. 231/01 la norma prevede che i reati vengano commessi da parte di soggetti che si trovano in un rapporto funzionale con l'ente e a condizione che il reato sia stato commesso nell'interesse dell'ente stesso o a suo vantaggio. Nel caso dei reati trattati in questa sede, gli unici colposi tra i reati previsti dal d.lgs. 231/01, il vantaggio o l'interesse si realizza di fatto, secondo l'interpretazione di molti giuristi, soprattutto nel risparmio generato dalla mancata attuazione delle misure di prevenzione e protezione.

L'unico percorso previsto dalla legge per non incorrere nelle pesantissime sanzioni previste è l'adozione e l'efficace attuazione di un Modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire il reato della specie di quello verificatosi. Quindi quando la legge 123/07 ha introdotto i reati connessi all'igiene e sicurezza sul lavoro nel novero dei reati puniti ai sensi del d.lgs. 231/01, tra gli addetti ai lavori si è subito pensato ai sistemi di gestione della sicurezza come strumento per adempiere a quanto richiesto dal "nuovo" disposto normativo. L'art 30 del d.lgs. 81/2008 e s.m.i. ha quasi immediatamente dato conferma di questa percezione indicando la BS OHSAS 18001:2007 e le Linee Guida UNI-Inail come modelli che, per le parti corrispondenti, si presumono conformi ai requisiti richiesti dal d.lgs. 231/01 per disporre di un modello organizzativo che può "rivendicare", in occasione di un infortunio grave, "l'efficacia esimente", cioè la non punibilità dell'ente in questione.

Appare subito opportuno fare una importante riflessione su un aspetto essenziale: i Sistemi di gestione della sicurezza nascono per prevenire infortuni e malattie professionali nei luoghi di lavoro; mentre i modelli Organizzativi previsti dal d.lgs. 231/01 per prevenire un reato, le violazioni delle norme antinfortunistiche che possono causare un infortunio grave o mortale⁸.

Vale la pena soffermarsi brevemente sugli articoli 300, 2 e 30 del d.lgs. 81/2008 e s.m.i. L'art. 300, che è anche l'art. 25 septies del d.lgs. 231/01, prevede il reato e declina le sanzioni che sono differenziate in funzione della gravità del reato stesso, distinguendo tra l'omicidio colposo commesso in assenza di valutazione del rischio, da fattispecie meno gravi. La definizione di Modello organizzativo e gestio-

⁸ F. BENEDETTI, A. TERRACINA, *Modelli Organizzativi e Gestionali*, U&C, n. 9 Ottobre 2017.

nale è riportata all'art 2 lettera dd) del d.lgs. 81/2008 e s.m.i. che così recita: *modello di organizzazione e di gestione: modello organizzativo e gestionale per la definizione e l'attuazione di una politica aziendale per la salute e sicurezza, ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera a), del Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231), idoneo a prevenire i reati di cui agli articoli 589 e 590, terzo comma, del Codice penale, commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela della salute sul lavoro.* Questa definizione, ovviamente, riguarda i MOG implementati per prevenire i reati relativi alla salute e sicurezza, e nel richiamare l'art 6 del d.lgs. 231 (Soggetti in posizione apicale e modelli di organizzazione dell'ente) fuga ogni dubbio possibile sulla necessità che tali MOG rispondano ai requisiti previsti dal d.lgs. 231/01 stesso. Infine, l'art 30, nei suoi primi 4 commi, indica, anche dal punto di vista tecnico, i requisiti di un MOG che possa avere l'efficacia esimente dalla responsabilità amministrativa. È nel comma 5 che le Linee Guida UNI Inail e le BS:OHSAS 18001:2007 vengono espressamente citate come conformi per "le parti corrispondenti" al MOG descritto nei commi 1, 2, 3 e 4. Sempre il comma 5, e poi il 5 bis, demandano alla Commissione Consultiva Permanente la possibilità di indicare ulteriori modelli di MOG e il compito di elaborare procedure semplificate per l'adozione e l'efficace attuazione dei MOG nelle Piccole e Medie Imprese (PMI). Come primo passo per attuare questo mandato che il legislatore ha affidato alla Commissione Consultiva Permanente, si è cercato di dirimere quali fossero le cosiddette parti corrispondenti tra MOG e 18001/Linee Guida UNI Inail citate nel comma 5 dell'art. 30. Il frutto di questo lavoro è stato pubblicato nella lettera circolare del Ministero del lavoro prot. 15/VI/0015816/MA001.A001 del 11/07/2011 in cui è riportato un documento, strutturato sotto forma di tabella, che mette in correlazione i vari elementi richiamati nei primi quattro commi dell'art. 30 con i diversi paragrafi dei due standard SGSL di riferimento (OHSAS 18001 e Linee Guida UNI Inail). Ciò consente un agevole riscontro sugli elementi di immediata confrontabilità, come la valutazione dei rischi, la formazione e l'informazione, il controllo operativo ecc. e consente di evidenziare come effettiva "parte non corrispondente" il sistema disciplinare aziendale. Infatti esso non è in alcun modo presente nei testi delle BS OHSAS 18001 o delle Linee Guida UNI Inail. Quindi l'azienda che, dopo aver implementato il proprio SGSL, voglia completare l'opera di conformità all'art. 30 deve introdurre un sistema disciplinare che, necessariamente, deve richiamare quanto previsto dallo statuto dei lavoratori e dai CCNL di categoria. La lettera circolare effettua il confronto tra i primi quattro commi dell'art 30 e le linee guida UNI - Inail e le BS OHSAS 18001 e non con gli art. 6 e 7 del d.lgs. 231/01. Si comprende quindi come in questo documento non vi sia alcun riferimento all'Organismo di vigilanza⁹, elemento non previsto né dall'art 30 né dalle UNI Inail e tanto meno

9 D.lgs. 231/01, art. 6, comma 1, lettera b. Si tratta di un organismo dell'ente che ha il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del MOG, di curare l'aggiornamento e che è dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo.

dalle BS OHSAS 18001, ma elemento fondamentale per la sorveglianza di un MOG di cui al d.lgs. 231/01 e quindi indispensabile ad ottenere l'efficacia esimente.

A seguire la Commissione Consultiva ha lavorato alle procedure semplificate per il modello organizzativo nelle piccole e medie imprese. In questo, oltre a fornire gli elementi di semplificazione operativa nella implementazione del modello, ha potuto chiarire le connessioni e le possibili equivalenze tra le diverse figure citate nel d.lgs. 231, nel d.lgs. 81/2008 e s.m.i. e nelle Linee Guida SGSL e nelle BS OHSAS 18001 (vedere la figura che segue).

D. Lgs. 81/08 e smi	D. Lgs. 231/01 e smi	Linee Guida SGSL/BS OHSAS 18001:07
Datore di lavoro	Organo Dirigente	Alta Direzione
Piccole e Medie Imprese	Ente di piccole dimensioni	-----

Figura: *Termini per le procedure semplificate per i MOG nelle PMI (dm 13 febbraio 2014).*

Effettuando la connessione dei termini utilizzati nei diversi testi, le procedure semplificate, pubblicate con il d.m. 13 febbraio 2013 delle Ministero del lavoro, consentono, ove organizzativamente ciò sia realisticamente riscontrabile nell'organigramma aziendale, che al Datore di Lavoro di una PMI possa essere applicato il disposto dell'art. 6 del d.lgs. 231, secondo il quale negli enti di piccole dimensioni il ruolo dell'organismo di vigilanza può essere ricoperto dall'organo dirigente.

Attualmente sul fronte dei modelli organizzativi si sta ragionando su come regolamentare il processo di asseverazione previsto dall'art. 51 del d.lgs. 81/2008 e s.m.i., secondo il quale gli organismi paritetici possono asseverare l'efficace attuazione dei MOG aventi efficacia esimente ai sensi dell'articolo 30. Si tratta di una scelta da parte del legislatore che, pur indicando espressamente al comma 5 bis dell'art. 30 del d.lgs. 81/2008 e s.m.i., il sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (SGSL) come elemento costituente il modello organizzativo, non fa riferimento alcuno alla possibilità di certificare un SGSL, mentre prevede la possibilità, che siano gli organismi paritetici ad asseverare i MOG di cui all'articolo 30; riconoscendo evidentemente un valore aggiunto al controllo sociale da parte del sistema della pariteticità. Peraltro, l'art. 51 dà rilevanza al processo di asseverazione prevedendo la possibilità che gli organi di vigilanza tengano conto dell'asseverazione nella programmazione delle loro attività ispettive. A fronte di ciò però nessun chiarimento è stato offerto in merito a modalità o regole che possano regimentare in modo corretto, trasparente e uniforme sul territorio il pro-

cesso di asseverazione dei MOG. Il primo intervento per fare chiarezza sul concetto e sulle modalità di asseverazione è stato fatto nel 2013 dalla commissione nazionale dei comitati paritetici territoriali dell'edilizia (CNCPT) che con la pubblicazione da parte dell'UNI, della PdR 2:2013: *Indirizzi operativi per l'asseverazione nel settore delle costruzioni edili e di ingegneria civile*, ha indicato le modalità per effettuare l'asseverazione dei MOG delle aziende del comparto edile. Nel 2016 in analogia a quanto realizzato dal CNCPT anche la Fondazione Rubes Triva, organismo paritetico del mondo dei servizi ambientali, ha richiesto all'UNI la pubblicazione della prassi di riferimento UNI/PdR 22:2016: *Linee Guida per la procedura operativa per l'asseverazione dei MOG della salute e sicurezza nelle aziende dei servizi ambientali territoriali*¹⁰.

Dando seguito ad altre richieste di redigere prassi di riferimento specifiche per diversi settori produttivi, la Commissione Sicurezza dell'UNI sta operando per la redazione di un documento normativo sull'asseverazione valido per tutti i comparti produttivi. L'attività presso UNI è ormai piuttosto avanzata ed il testo di un rapporto tecnico di prima e generale regolamentazione del processo di asseverazione è ormai quasi pronto. Qualora questo rapporto tecnico venisse definitivamente approvato e pubblicato da UNI esso costituirà la base per ulteriori norme tecniche che forniranno la regolamentazione settoriale specifica e daranno stabilità alle esperienze effettuate con le prassi sopracitate la cui vigenza è limitata a soli cinque anni dalla pubblicazione.

Tornando ai SGSL, dopo oltre 20 anni dalla pubblicazione delle BS 8800 e 16 anni da quella delle Linee Guida SGSL, siamo comunque ancora in assenza di una norma emessa ufficialmente dall'ISO o da UNI. In sede ISO però, nell'ottobre 2013, si è costituito formalmente il Project Committee (ISO/PC238) con lo scopo di redigere una norma sui SGSL che ha assunto la denominazione di ISO 45001. In Italia sta seguendo i lavori di questa norma il gruppo di lavoro Metodi e Sistemi di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro, operante presso la Commissione Sicurezza dell'UNI, nato proprio con la redazione delle Linee guida UNI-Inail. La redazione di questa norma si sta rivelando particolarmente complessa ed ha visto nel maggio 2016 una bocciatura del primo DRAFT. Mentre scriviamo è in corso la valutazione del secondo draft che, se approvato, porterebbe a vedere la pubblicazione della norma realisticamente nel primo semestre del 2018. Una caratteristica importante di questa norma è l'utilizzo della cosiddetta High Level Structure: uno schema comune già utilizzato dalla UNI EN ISO 9001:15 e dalla UNI EN ISO 14001:16 che favorisce la creazione di sistemi integrati. Se la ISO 45001 vedrà effettivamente la luce, come auspicato, potremo disporre di un riferimento riconosciuto in tutto il mondo che con-

¹⁰ I. BARRA, P. RICCIARDI, *Asseverazione di modelli organizzativi e gestionali e Prassi di riferimento*, U&C n.9 Ottobre 2017.

sentirà di favorire i rapporti tra aziende sane e sicure; inoltre non potrà che contribuire alla diffusione dell'approccio sistemico alle problematiche di salute e sicurezza sul lavoro ed in definitiva ad incidere profondamente e positivamente nel miglioramento dei risultati prevenzionali delle aziende, migliorando le condizioni di salute e sicurezza per ridurre il fenomeno degli infortuni e delle malattie professionali¹¹.

Occorre dire che qualora questa norma venisse emanata si avvierà un progressivo percorso di transizione per i SGSL che le aziende hanno realizzato seguendo gli altri standard gestionali che, come detto, hanno anche una equivalenza, sebbene per le "parti corrispondenti" con i MOG di cui all'art. 30 del d.lgs. 81/2008 e s.m.i. che evidentemente non contempla la ISO 45001. Si ritiene che ai sensi sempre del d.lgs. 81/2008 e s.m.i., dovrebbe essere compito della Commissione Consultiva Permanente indicare la 45001 come ulteriore standard valido a tal fine, in analogia con gli standard gestionali che la hanno preceduta. Si tratta di un percorso ed una storia lunga di oltre un ventennio che ho cercato di sintetizzare in queste poche pagine, sperando di aver offerto il quadro ed il senso di un lavoro progressivo¹² svolto con passione da molti, in primo luogo da chi scrive, che ritengono che la salute e la sicurezza sul lavoro debba essere perseguita attraverso i risultati di miglioramento delle performance prevenzionali dei sistemi aziendali, attraverso un approccio manageriale della salute e sicurezza sul lavoro integrato con la gestione complessiva delle organizzazioni.

¹¹ M. VIGONE, F. BENEDETTI, A. TERRACINA, *Sistemi di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro*, U&C, n. 9 Ottobre 2017.

¹² Occorrerebbe aggiungere il lavoro fatto per la regolamentazione dell'accreditamento e della certificazione dei SGSL e quello nella definizione del sostegno culturale ed economico all'implementazione dei SFSL e dei MOG nelle imprese. Per tutto ciò si rimanda agli specifici contributi presenti su questo stesso numero.

LA CERTIFICAZIONE DEI SISTEMI DI GESTIONE PER LA SALUTE E SICUREZZA

BIANCONI R.*

Sviluppare un sistema di accreditamento degli Organismi di Certificazione che certificano i sistemi di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro è stato uno dei più importanti traguardi strategici del sistema italiano di accreditamento. Oggi, dopo circa quindici anni di vita dello schema, quindi di esperienza operativa nel processo di certificazione per la salute e sicurezza sul lavoro, si può dire che l'applicazione di questo schema di accreditamento ha generato degli importanti benefici per la Società tutta: sia per i lavoratori, sia per le loro famiglie, sia per il contribuente, sia per le organizzazioni che li hanno conseguiti. Tali benefici sono stati documentati con studi condotti da Inail sulle prestazioni delle organizzazioni certificate sotto accreditamento di ACCREDIA, a fronte dell'universo delle organizzazioni censite nelle banche dati della stessa Inail, per le diverse categorie merceologiche di attività. Tali risultati sono stati pubblicati sia nel 2008, sia nel 2011 (due diverse ricerche).

La più recente di tali ricerche può essere sintetizzata con il grafico che segue.

GG Tariffa	Settori	Indice di frequenza (%)	Indice di gravità (%)
0	Attività varie	-21	-15
1	Lavorazioni agricole	-	-
2	Chimica	-26	-45
3	Costruzioni	-33	-42
4	Energia, acqua e gas	-32	-33
5	Legno	-34	-73
6	Metallurgia	-6	-18
7	Mineraria	-43	-51
8	Industrie tessili	-64	-40
9	Trasporti	-13	-32
	Dati in complesso	-27	-35

*Indice di frequenza (x1000 addetti) = rapporto tra eventi lesivi indennizzati e numero degli esposti.
Indice di gravità (x addetto) = rapporto tra le conseguenze degli eventi lesivi indennizzati e numero degli esposti. Tutte le tipologie di conseguenze sono espresse in giornate perdute, quantificate sulla base di Convenzioni internazionali recepite dall'Uni (Ente Nazionale Italiano di Unificazione).*

(Fonte Inail)

* Ispettore di ACCREDIA.

Lo schema di accreditamento per la salute e sicurezza sul lavoro garantisce al mercato, inteso nell'accezione più ampia di insieme di tutte le parti interessate, un approccio di valore e di garanzia nel processo di valutazione e certificazione delle organizzazioni, in uno schema di così alta valenza sociale ed, evidentemente, economica.

Le regole di accreditamento risultano definite sulla base di un criterio molto chiaro: la concessione della certificazione solamente alle organizzazioni in grado di dimostrare di operare per un progressivo e sostanziale miglioramento della salute e sicurezza e che garantiscono, sin da subito, una sostanziale conformità legislativa.

Con la predisposizione del Regolamento Tecnico RT-12, a tutt'oggi in vigore¹, si sono create delle basi robuste per garantire una competizione equa tra gli Organismi di Certificazione, soprattutto nel rispetto dell'interesse primario della garanzia della migliore prestazione di audit e di valutazione della effettiva applicazione dei sistemi di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro. Così facendo si sono create le condizioni per le quali gli Organismi di Certificazione, almeno in questo schema, competono sulla base di una logica che rifugge dal "massimo ribasso".

ACCREDIA, nello schema riguardante le certificazioni per la salute e sicurezza sul lavoro, ha indubbiamente irrobustito i requisiti inerenti le modalità per la conduzione del processo di certificazione. In primo luogo, è stato irrobustito il processo di qualifica degli Auditor, che debbono obbligatoriamente essere in possesso di una certificazione professionale, ciò proprio per le particolari difficoltà nell'auditing in questo schema critico, che richiedono una diligenza professionale qualificata e non certo quella generica del buon padre di famiglia. Con il Regolamento RT-12 si è trasformato un punto di debolezza tipico del processo di valutazione in un punto di forza: si tratta della definizione dei tempi di audit, resi tassativi e tali da garantire una esaustiva analisi dei sistemi di gestione oggetto di valutazione, sia dal punto di vista strettamente sistemico, sia delle modalità adottate dalle organizzazioni clienti per gestire la conformità legislativa. ACCREDIA verifica anche che gli Organismi di Certificazione sottopongano a valutazione le organizzazioni nella loro struttura organizzativa completa: tutte le aree, tutti i processi, tutte le mansioni e, progressivamente, ove applicabile, tutti i siti, giacché la sicurezza presuppone la condivisione di una forma di "clima culturale e comportamentale" e di "pro-attività", che in una qualsiasi organizzazione non possono essere sviluppati a macchia di leopardo.

1 Oggi il Regolamento Tecnico RT-12 è in via di sostituzione con il documento obbligatorio EA-3/13 M:2016 "EA Document on the Application of ISO/IEC 17021-1 for the Certification of Occupational Health and Safety Management Systems (OH&SMS)" che disciplina l'accreditamento degli Organismi di certificazione che operano nello schema salute e sicurezza sul lavoro (SCR) in conformità alla norma ISO/IEC 17021-1.

ACCREDIA richiede agli Organismi di Certificazione di verificare come e se le valutazioni dei rischi sono utilizzate nell'ambito di un processo partecipato di conoscenza dei rischi, che coinvolga tutti i lavoratori, possibilmente attraverso il continuo confronto con i preposti e dirigenti sui contenuti del documento di valutazione dei rischi (DVR), per le specifiche mansioni alle quali i lavoratori sono assegnati (nell'ambito dei rischi generali dei processi lavorativi e degli ambienti di lavoro).

Si tratta di un processo di accreditamento in grado di offrire sia i vantaggi attesi dal punto di vista della riduzione dell'incidenza del fenomeno infortunistico, sia di accompagnare le organizzazioni in un percorso di miglioramento della propria organizzazione, a partire dalla consapevolezza delle motivazioni che stanno alla base delle regole interne aziendali.

Questo significa che i sistemi di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro certificati sotto accreditamento di ACCREDIA, a oggi garantiscono tutte le parti interessate, in un mercato sempre più attento alle tematiche di responsabilità sociale d'impresa, contribuendo in modo sostanziale alla creazione e adozione di regole di comportamento sicuro, unica strada per coinvolgere tutte le Risorse Umane in un processo di crescita culturale, non più orientata alla sola salute e sicurezza sul lavoro, ma alla capacità dell'organizzazione di essere competitiva e capace di raggiungere i propri obiettivi sociali e di affari.

IL FRAMEWORK PER LA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO: I FATTORI ABILITANTI E I RISULTATI

BENEDETTI F.* , BERTORELLI G.** , BIANCONI R.*** , LEUZZI F.**** , TRONCI M.*****

Come evidenziato nei paragrafi precedenti, parlare di salute e sicurezza sul lavoro equivale ad analizzare gli effetti sulla salute e sulla integrità fisica delle persone dovuti all'interazione con l'ambiente di lavoro e in situazioni ancillari, come gli spostamenti da e verso casa prima e dopo il lavoro.

In tutte queste situazioni possono essere distinte quattro aree principali di osservazione e intervento. Tali aree sono specifiche di altrettante dimensioni del rischio di infortunio e di malattia professionale. Governandole, si può ridurre in modo sostanziale l'incidenza del fenomeno infortunistico e/o patologico, legato ai processi lavorativi. Si tratta delle aree legate alla buona concezione ingegneristica dei processi (la cosiddetta "sicurezza ingegneristica"), agli aspetti organizzativi e gestionali dell'azienda, alla corretta comprensione e all'applicazione della disciplina giuridica relative ai principali adempimenti delle posizioni aziendali di garanzia, forieri di condizioni di sicurezza adatte ai tempi e alle tecnologie disponibili al momento; infine, vi è l'area dell'educazione e formazione verso comportamenti corretti sul lavoro; dove per comportamento corretto si deve intendere la corretta interazione comportamentale tra l'essere umano (da solo o come gruppo) con l'ambiente lavorativo, che a sua volta deve essere concepito in termini ergonomici per la presenza delle persone addette allo svolgimento delle diverse mansioni.

L'adozione di un sistema di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro si è visto che permette di armonizzare queste aree critiche di attenzione per la riduzione del rischio a livelli accettabili. Evidentemente, l'adozione di un sistema di gestione deve coincidere con il miglioramento dell'efficacia organizzativa, che non sarà solo in ottica di prevenzione e contenimento del rischio riferito al fenomeno infortunistico o di patologie lavorative.

* Coordinatore Generale Contarp Inail.

** Associazione Premio Qualità Italia (APQI).

*** Ispettore di ACCREDIA.

**** Area Lavoro, Welfare e Capitale Umano Confindustria.

***** Associazione Premio Qualità Italia (APQI), Sapienza Università di Roma Dipartimento di Ingegneria Meccanica e Aerospaziale.

L'analisi dei percorsi normativi a livello europeo e le esperienze internazionali in termini di modelli di sistemi di gestione e di "maturity model" per la salute e sicurezza ha evidenziato come sia necessario integrare tutti gli aspetti sottesi dalla gestione per la salute e sicurezza in una visione olistica, che permetta di coniugare la creazione di valore aggiunto per le Parti Interessate, in un'ottica di sostenibilità degli sforzi di adeguamento e crescita delle organizzazioni. Tale visione non può non comportare la messa a sistema delle migliori conoscenze sino ad oggi maturate in termini di capacità di leadership e pianificazione strategica, di gestione di tutte le risorse aziendali (da quelle umane, a quelle tecnologiche, a quelle informative, a quelle economico-finanziarie), di gestione dei processi, di valutazione dei risultati per tutti gli stakeholder.

In quest'ottica il "Framework per la Salute e Sicurezza sul Lavoro (FSSL)", sviluppato da APQI, e affinato e validato da Confindustria, Inail e Accredia attraverso il Comitato Tecnico Scientifico del Premio Imprese per la Sicurezza nel 2011, come modello di riferimento per la valutazione delle imprese partecipanti, rappresenta ormai metodologia consolidata e, come tale, utilizzabile dalle organizzazioni per la definizione dei punti di forza e delle aree di debolezza, delle loro modalità di gestione della salute e sicurezza sul lavoro allo scopo di consentire azioni di miglioramento e sviluppo sulla base di risultati di analisi delle reali situazioni effettuate a fronte di modelli di consistenza e valenza sia sul piano scientifico che di riconoscimento e adozione internazionale.

La metodologia fa riferimento ad un modello di *Total Safety Management* (TSM) mutuato dalle esperienze maturate nell'ambito del *Total Quality Management* (TQM) e in particolare a:

- Modello di Eccellenza dell'EFQM;
- Modello per la valutazione dell'Innovazione sviluppato sulla base del Modello EFQM dall'Associazione Premio Qualità Italia (APQI) di concerto con l'AICQ (Associazione Italiana Cultura Qualità) e il Consorzio Quinn (Consorzio dell'Università di Pisa per la Qualità e l'Innovazione per la gestione del Premio Innovazione di Confindustria organizzato in collaborazione con APQI).

Tutti questi modelli si basano su un approccio di gestione per processi che bene si applica ad attività complesse e di prevalente contenuto immateriale (come la gestione per la salute e la sicurezza sul lavoro) che, per loro natura, richiedono, per la molteplicità delle interfacce e degli attori coinvolti, soprattutto un approccio di pianificazione preventiva ovvero di "progettazione" soprattutto degli aspetti di carattere gestionale più di quelli tecnici o tecnologici, sia a livello di definizione delle strategie, delle politiche e dell'organizzazione che, a livello operativo, delle azioni di governo.

L'approccio necessario ad affrontare un sistema complesso come quello proprio della gestione per la salute e sicurezza sul lavoro deve essere integrato, sia a nivel-

lo di tutti i processi classici della singola impresa o operatore, sia a livello di sistema, garantendone il “controllo” o governo sia in fase di predisposizione e pianificazione delle azioni per lo sviluppo (progettazione) che di gestione, monitoraggio e miglioramento continuo dell’intero sistema.

In questo ambito il Modello EFQM per l’Eccellenza propone un quadro di riferimento concettuale non prescrittivo, ma strutturato in modo tale da coprire in maniera esaustiva tutte le aree di *governance* di un’organizzazione o di un sistema. Il Modello (figura 1) si fonda su nove criteri, cinque dei quali classificati come “fattori” e quattro come “risultati”; i fattori prendono in considerazione le attività che occorre mettere in atto per conseguire i risultati di un’attività d’impresa, mentre i risultati ciò che si consegue con quelle attività. Esiste un rapporto causa-effetto che considera i risultati come l’effetto dei fattori cosiddetti abilitanti perché pensati, progettati a livello degli elementi costituenti il sistema organizzativo per conseguire tali risultati; i risultati hanno per loro natura un proprio valore intrinseco fondamentale ma sono importanti soprattutto perché validano le azioni di pianificazione definite a livello di sistema e consentono di monitorare e migliorare in continuazione le scelte fatte.

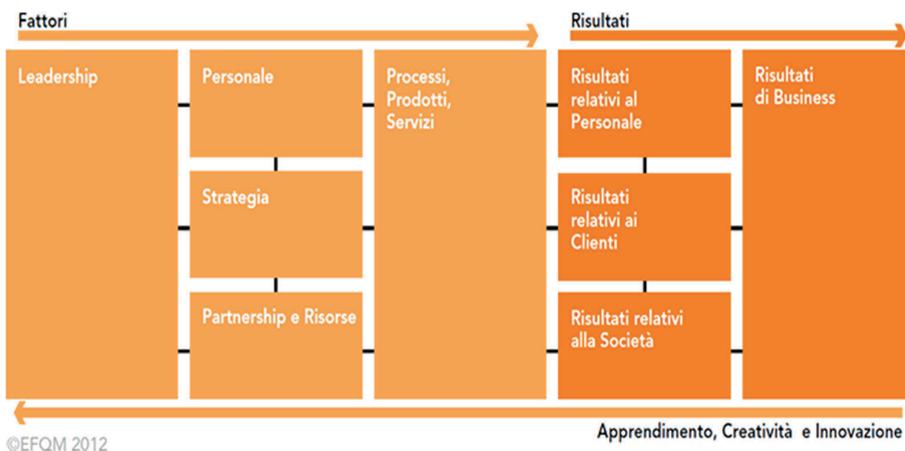


Figura 1: Il Modello EFQM per l’Eccellenza (fonte: EFQM).

Il Modello EFQM fa costante riferimento ai Concetti Fondamentali per l’Eccellenza (figura 2) che delineano le basi per ottenere l’eccellenza sostenibile in qualsiasi organizzazione e sono stati individuati attraverso un rigoroso processo che comprendeva il *benchmarking* a livello globale, un’ampia ricerca delle tendenze di gestione emergenti e, non ultima, una serie di interviste con dirigenti di una varietà di industrie che operano in tutta Europa. Ognuno dei concetti è

importante di per sé, ma il massimo beneficio si ottiene quando un'organizzazione può integrarli tutti nella sua cultura.

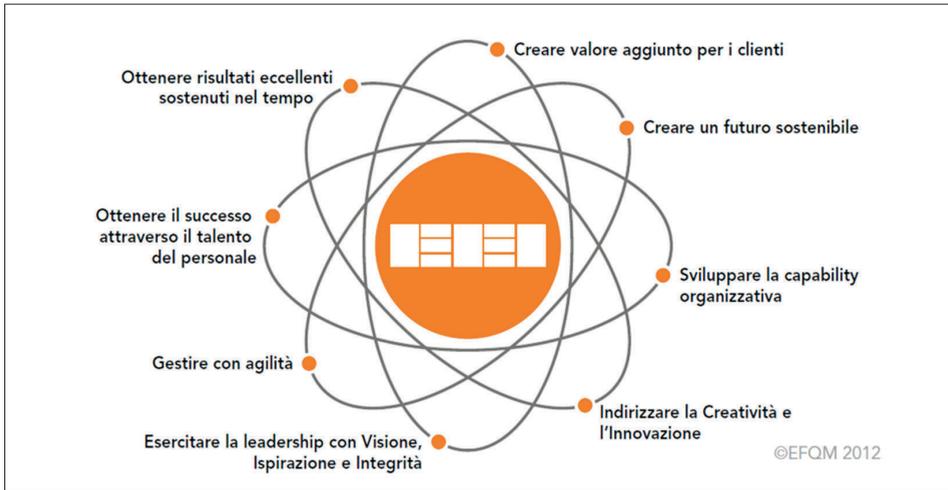


Figura 2: I Concetti Fondamentali per l'Eccellenza (fonte: EFQM).

A ogni criterio, articolato a sua volta in sottocriteri ed esempi di riferimento, è attribuito un peso relativo che, attraverso un evoluto sistema di valutazione quantitativa, consente di effettuare un'autovalutazione delle prestazioni organizzative che può essere adattato alla gestione per la salute e sicurezza sul lavoro per misurare il posizionamento delle organizzazioni in termini di maturità sia in termini di avanzamento del proprio percorso di miglioramento, sia in termini di *benchmarking* tra organizzazioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Il Modello EFQM costituisce di fatto uno strumento di autovalutazione finalizzato ad individuare azioni di miglioramento rispetto ai propri obiettivi, a fronte di un modello di carattere universale e in confronto con gli altri. L'approccio ben si addice ad un'applicazione alla gestione per la salute e sicurezza sul lavoro perché riconosce la pluralità degli approcci di perseguimento dell'eccellenza e consente di operare liberamente la scelta dell'approccio ritenuto più funzionale al miglioramento della gestione per la salute e sicurezza sul lavoro in base alla storia e alle peculiarità che li caratterizzano.

Il "Framework per la salute e la sicurezza sul lavoro (FSSL)" è stato definito adattando il modello EFQM, per realizzare un potente strumento di autodiagnosi e di progettazione della gestione per la salute e sicurezza sul lavoro attraverso il quale ogni impresa può individuare i propri punti di forza e di debolezza attra-

verso un'autovalutazione e tarare i propri strumenti gestionali, assicurando un fondamento razionale ai piani strategici di miglioramento in grado peraltro di acquisire e integrare agevolmente iniziative già intraprese con altri strumenti, percorsi o modelli, come ad esempio la norme BS OHSAS 18001, UNI EN ISO 9001, UNI EN ISO 14001 o altri standard e normative specifiche per le imprese. L'utilizzazione di queste norme, soprattutto se integrata con il "Framework per la Salute e Sicurezza sul Lavoro", permette di rappresentare sinteticamente lo stato dell'arte nel campo della gestione organizzativa per la gestione per la salute e sicurezza sul lavoro che viene sistematicamente rivisto e aggiornato sulla base delle "migliori prassi" sperimentate in migliaia di organizzazioni europee ed extraeuropee, garantendone così un'impostazione dinamica e la continua sintonia con le più aggiornate teorie di management.

Il Modello EFQM rappresenta oggi il punto di riferimento più evoluto per il mondo per le organizzazioni che si orientano all'eccellenza sia sul piano del modello di business, sia sulle scelte di *governance*; il modello viene utilizzato come base per l'*EFQM Excellence Award* istituito nel 1991 per stimolare la competitività delle imprese europee.

Il "Framework per la Salute e Sicurezza sul Lavoro" è, come detto, simile, nella sua struttura e dinamica, al Modello EFQM per l'Eccellenza. Ne differisce però rispetto al contenuto, giacché prende specificamente in considerazione un singolo aspetto del sistema di management: la gestione per la salute e sicurezza sul lavoro.

Il Framework è stato appositamente sviluppato per il Premio Imprese per la Sicurezza organizzato da Confindustria ed Inail con la collaborazione tecnica e scientifica di APQI e Accredia. Dal Framework sono stati derivati tutti gli strumenti di valutazione utilizzati nelle diverse fasi realizzative del Premio: il Questionario di Autovalutazione delle Imprese, l'Application Guidata e infine la Check List di riferimento utilizzata dai valutatori nella fase finale per la valutazione sul campo delle imprese finaliste.

Il "Framework per la Salute e Sicurezza sul Lavoro", sviluppato secondo una struttura coerente ed integrabile con il Modello EFQM per l'Eccellenza, propone un quadro di riferimento concettuale non prescrittivo, ma strutturato in modo tale da coprire in maniera esaustiva tutte le aree di *governance* della salute e sicurezza sul lavoro.

Il "Framework per la Salute e Sicurezza sul Lavoro" (figura 3) si fonda su otto criteri, cinque dei quali classificati come "fattori per la salute e sicurezza sul lavoro" e tre come "risultati per la salute e sicurezza sul lavoro".

A ogni criterio, articolato a sua volta in sotto criteri e esempi di riferimento; particolare attenzione è riposta alle seguenti tematiche:

- Leadership e strategie per la salute e sicurezza sul lavoro;
- Risorse, tecnologie e processi per la salute e sicurezza sul lavoro;
- Gestione Totale per la salute e sicurezza sul lavoro;
- Risultati in termini di salute e sicurezza sul lavoro.

Lo schema del “Framework per la salute e la sicurezza sul lavoro è sintetizzato come segue (figura3):



Figura 3: Il Framework per la Salute e Sicurezza sul Lavoro

Per la descrizione, le modalità di valutazione e ponderazione degli approcci (i cosiddetti “fattori abilitanti” per la salute e la sicurezza sul lavoro) e dei risultati si rimanda ai successivi paragrafi.

5.1 I Fattori Abilitanti per la salute e sicurezza sul lavoro

I criteri 1-5 del “Framework per la Salute e Sicurezza sul Lavoro” riguardano i fattori abilitanti di un’organizzazione che operano come leve per il conseguimento dei Risultati per la salute e sicurezza sul lavoro. Questi si traducono in ciò che l’organizzazione fa e nell’approccio adottato per raggiungere i risultati desiderati; i fattori sono:

Leadership: modalità in cui i leader definiscono una politica per la salute e sicurezza sul lavoro dell’organizzazione e ne promuovono la realizzazione; come elaborano i valori necessari al successo duraturo della politica per la salute e sicurezza sul lavoro dell’organizzazione e ne sostengono l’attuazione attraverso azioni e comportamenti adeguati; come assicurano il proprio coinvolgimento nell’opera di sviluppo e attuazione del sistema di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro dell’organizzazione.

Politiche e strategie: modalità in cui l'organizzazione realizza la propria *mission* e attraverso una strategia per la salute e sicurezza sul lavoro focalizzata sulle esigenze degli *stakeholder*, con il supporto di politiche, programmi, piani, obiettivi e processi adeguati.

Gestione del personale: modo in cui l'organizzazione gestisce e sviluppa le competenze per la salute e sicurezza sul lavoro del proprio personale e ne consente la manifestazione del pieno potenziale a livello individuale, di gruppo e di organizzazione nel suo complesso; come pianifica tali attività coerentemente con le proprie politiche e strategie e a sostegno dell'efficace operatività dei propri processi per la salute e sicurezza sul lavoro.

Partnership e risorse: modalità in cui l'organizzazione pianifica e gestisce le proprie partnership esterne per la salute e sicurezza sul lavoro e le proprie risorse interne (risorse finanziarie, *asset* immobiliari e impiantistici, tecnologie e attrezzature, conoscenze, informazioni e sistemi informativi) per assicurare l'efficacia dei processi.

Processi: modo in cui l'organizzazione progetta, gestisce e migliora i propri processi e le attività per la salute e sicurezza sul lavoro a sostegno delle politiche e delle strategie per la salute e la sicurezza sul lavoro e al fine di soddisfare pienamente i propri *stakeholder* (lavoratori, clienti, fornitori, comunità, Stato, ecc.).

Critério 1 - La Leadership e la salute e sicurezza sul lavoro

Le organizzazioni eccellenti hanno leader¹ che promuovono e favoriscono in prima persona il *Total Safety Management* nell'organizzazione, disegnano il futuro per la salute e sicurezza sul lavoro e fanno sì che questo disegno si realizzi, comportandosi come modello di ruolo per i valori e l'etica e ispirando fiducia in ogni momento. Sono flessibili, rendono l'organizzazione capace di anticipare e reagire in modo tempestivo per assicurare il successo della gestione per la salute e sicurezza sul lavoro.

Sono di seguito indicati esempi di buone pratiche attraverso le quali i leader promuovono e favoriscono in prima persona il Total Safety Management nell'organizzazione.

¹ La figura del *leader* non è associata al solo "numero uno" in azienda, né a un particolare ruolo o livello gerarchico.

Sono *leader* le persone che coordinano e conciliano gli interessi di tutti coloro che sono coinvolti all'interno dell'azienda. Fra i *leader* figurano: l'alta dirigenza, tutti gli altri manager e coloro che occupano posizioni di guida in seno a gruppi o che rappresentano, grazie alla loro competenza su specifici argomenti, un punto di riferimento per gli altri. Nell'ambito della gestione per la salute e sicurezza, oltre alle figure sopra menzionate, sono anche da individuare come *leader* il Datore di Lavoro, il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione, il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza, i Preposti in una logica di piena integrazione dei temi della sicurezza nella gestione aziendale.

1.1 I leader promuovono il TSM e una cultura per la salute e la sicurezza sul lavoro a tutti i livelli dell'organizzazione e si comportano come modelli di ruolo.

Evidenziare come, ad esempio, i leader:

- hanno incluso i concetti della salute e della sicurezza sul lavoro nelle politiche e nei valori dell'organizzazione e ne fissano i principi di supporto;
- promuovono e sostengono la definizione di una politica e la diffusione di una cultura della salute e sicurezza sul lavoro e del *risk management* e agiscono come modelli di integrità, responsabilità sociale, comportamento etico, sia all'interno che all'esterno;
- promuovono una cultura che stimoli la generazione e lo sviluppo di nuove idee e di nuovi modi di pensare per incoraggiare l'innovazione lo sviluppo organizzativo per la salute e la sicurezza sul lavoro (per esempio: esigenze future derivanti dai nuovi scenari di sviluppo dei contesti produttivi e delle tecnologie come quelli derivanti dall'Industry 4.0, feedback sulle procedure, sui macchinari e dispositivi di protezione, sui dispositivi per la protezione collettiva e individuale, ecc.);
- promuovono fra il personale la consapevolezza dei vantaggi che l'organizzazione e il personale stesso possono trarre da una corretta gestione della salute e sicurezza sul lavoro;
- incoraggiano le interrelazioni e dello scambio di idee e conoscenze come base della gestione della sicurezza e la diffusione di *good practice* come stimolo e punto di riferimento;
- creano e promuovono opportunità per sviluppare innovazioni a favore della salute e sicurezza, sul lavoro incoraggiano la formulazione di nuove idee per la salute e la sicurezza sul lavoro e si rendono disponibili in termini di tempo e risorse per esplorare e valutare idee innovative;
- promuovono l'identificazione e l'utilizzazione delle tecnologie emergenti a supporto della salute e sicurezza sul lavoro.

1.2 I leader sono coinvolti in prima persona nel definire, monitorare, riesaminare e migliorare il sistema di gestione dell'organizzazione per la salute e sicurezza sul lavoro unitamente ad appropriati modi di lavorare a favore della sicurezza

Evidenziare come, ad esempio, i leader:

- si assicurano che siano definite appropriate politiche e strategie per la salute e la sicurezza sul lavoro e che queste siano integrate nelle politiche e strategie dell'organizzazione;
- definisce l'approccio complessivo alla salute e sicurezza sul lavoro, i modelli di

riferimento (organizzativi, gestionali e comportamentali), la struttura organizzativa e gli altri fattori chiave per il presente e il futuro della salute e sicurezza sul lavoro nell'organizzazione;

- si assicurano che la struttura dell'organizzazione consenta la realizzazione delle politiche, delle strategie e dei piani per la salute e la sicurezza sul lavoro e garantisca che tutte le funzioni e le unità operative si impegnino nel gestire la salute e la sicurezza sul lavoro;
- si assicurano che sia sviluppato un adeguato sistema complessivo per la pianificazione e gestione per la salute e sicurezza sul lavoro;
- si assicurano che sia sviluppato un chiaro sistema di misura delle prestazioni per la salute e la sicurezza sul lavoro integrato nel sistema di management;
- adottano decisioni sulla base di informazioni sulla salute e la sicurezza sul lavoro affidabili, basate sui fatti e utilizzano tutte le conoscenze disponibili per analizzare le prestazioni attuali e previste relativamente alla salute e sicurezza sul lavoro;
- definiscono e utilizzano criteri chiari per il miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro e la valutazione dei relativi risultati;
- definiscono chiari meccanismi di riesame del processo di gestione per la salute e la sicurezza sul lavoro usando un insieme equilibrato di risultati per riesaminare i progressi compiuti nell'ambito della salute e sicurezza sul lavoro, rendendo possibile una buona visibilità delle priorità di breve e lungo termine per gli *stakeholder*;
- si ispirano a criteri di trasparenza e responsabilità in merito alla salute e sicurezza sul lavoro nei confronti della società e degli altri *stakeholder*², promuovono e sostengono il superamento proattivo del mero rispetto degli obblighi di legge e ottengono elevati livelli di fiducia da parte degli *stakeholder* assicurando che vengano identificati e opportunamente gestiti i rischi che possono presentarsi in tutti i processi.

1.3 I leader interagiscono con gli stakeholder esterni per identificare opportunità e promuovere la gestione per la salute e sicurezza sul lavoro

Evidenziare come, ad esempio, i leader:

- conoscono le diverse categorie di *stakeholder* esterni (con particolare attenzione a fornitori, appaltatori, ecc.) e sviluppano approcci per capire, anticipare e soddisfare le diverse aspettative relative a salute e sicurezza sul lavoro;

2 Stakeholder: tutti i "portatori di interesse" o "parti interessate" nei confronti dell'azienda, delle sue attività e dei suoi risultati. Sono ad esempio Stakeholder i clienti, i dipendenti, i fornitori, i partner, gli azionisti, i proprietari, lo Stato e gli enti di regolamentazione e controllo, ...

- identificano partnership strategiche e operative per la salute e sicurezza sul lavoro basate su esigenze organizzative e strategiche e sulla complementarità delle capacità distintive;
- stabiliscono approcci per coinvolgere i partner, i clienti e la società nello scambio di conoscenza e nella generazione di idee e innovazioni per la salute e sicurezza sul lavoro (per esempio, esigenze future derivanti dai nuovi scenari di sviluppo dei contesti produttivi e delle tecnologie come quelli derivanti dall'Industry 4.0, feedback sulle procedure, sui macchinari e dispositivi di protezione, sui dispositivi per la protezione individuale, ecc.);
- usano l'innovazione per la salute e la sicurezza sul lavoro per migliorare l'immagine aziendale, attrarre nuovi clienti, partner e talenti;
- garantiscono trasparenza in termini di *accountability* dei risultati relativi alla salute e sicurezza sul lavoro nei confronti degli *stakeholder* chiave, inclusi gli organismi di controllo, in linea con le loro aspettative;
- partecipano attivamente a organizzazioni professionali, convegni e seminari finalizzati alla promozione e al sostegno della cultura della salute e sicurezza sul lavoro;
- attribuiscono premi e riconoscimenti ai partner legati alla salute e sicurezza sul lavoro.

1.4 I leader lavorano fianco a fianco con il personale per identificare opportunità e promuovere la gestione per la salute e sicurezza sul lavoro

Evidenziare come, ad esempio, i leader:

- ispirano il personale e creano una cultura di coinvolgimento, appartenenza, delega, miglioramento e responsabilizzazione per la salute e sicurezza;
- assicurano l'informazione e la formazione ai responsabili della gestione per la salute e sicurezza sul lavoro e a tutto il personale;
- si assicurano che il proprio personale agisca con correttezza e adotti i più elevati standard di comportamento etico e "sicuro";
- sostengono il personale in tutta l'organizzazione per la realizzazione dei piani e il raggiungimento degli obiettivi per la salute e sicurezza sul lavoro dando appropriato tempestivo riconoscimento ai loro sforzi;
- motivano il personale nei confronti della salute e sicurezza sul lavoro come motore di crescita sostenibile dell'organizzazione, di occupazione e di sostenibilità ambientale e sociale;
- promuovono e incoraggiano le iniziative a favore delle pari opportunità e della diversità in termini di salute e sicurezza sul lavoro (ad esempio attraverso l'attenzione alle problematiche del lavoro femminile, dei lavoratori extracomunitari con scarsa conoscenza della lingua italiana, ecc.).

1.5 I leader assicurano che l'organizzazione sia flessibile e in grado di gestire con efficacia il cambiamento per la salute e sicurezza sul lavoro

Evidenziare come, ad esempio, i leader:

- comprendono i fattori interni ed esterni che portano al cambiamento organizzativo per la salute e sicurezza sul lavoro;
- riesaminano, adattano e correggono, quando necessario, la “rotta” della propria organizzazione con riferimento ai temi della salute e sicurezza sul lavoro;
- mettono a disposizione risorse per il conseguimento degli obiettivi per la salute e sicurezza sul lavoro sia a breve che a lungo termine pur guadagnando e mantenendo, finché possibile, posizioni di competitività;
- si dimostrano capaci di prendere decisioni appropriate e tempestive, basate sulle informazioni disponibili, su precedenti esperienze, sull'analisi degli incidenti e dei quasi-incidenti, sulla consapevolezza dell'impatto delle proprie decisioni;
- coinvolgono e ricercano l'impegno da parte di tutti gli *stakeholder* rilevanti per la gestione del cambiamento a favore della salute e sicurezza sul lavoro;

Critero 2 - Le Politiche e Strategie per la salute e sicurezza sul lavoro

Le organizzazioni eccellenti implementano la loro politica per la salute e sicurezza sul lavoro sviluppando una strategia focalizzata sugli stakeholder. Le politiche, i piani, i programmi, gli obiettivi e i processi sono sviluppati e diffusi per sviluppare la strategia per la salute e sicurezza sul lavoro.

Sono indicati nel seguito esempi di buone pratiche attraverso cui l'azienda esplora, individua, seleziona nuove opportunità e idee e pianifica azioni strategiche e operative per la salute e sicurezza sul lavoro, definendone le priorità ed integrandole nelle strategie complessive dell'organizzazione.

2.1 La strategia per la salute e sicurezza sul lavoro si basa sulla capacità dell'organizzazione di esplorare e individuare, su base continuativa, nuove opportunità, nuovi modelli organizzativi, nuovi processi, nuove tecnologie e nuovi obiettivi

Evidenziare come, ad esempio, l'organizzazione:

- individua fonti di conoscenze e informazioni esterne per la gestione per la salute e sicurezza sul lavoro e raccoglie le esigenze e le aspettative dei suoi *stakeholder* come input per lo sviluppo e il riesame delle strategie e delle politiche di supporto per la salute e sicurezza sul lavoro con una costante e vigile attenzione ad ogni cambiamento;

- definisce scenari per indagare le opportunità di sviluppo per la gestione per la salute e sicurezza sul lavoro individuando tendenze e idee emergenti dentro e fuori il proprio settore merceologico anche attraverso lo sviluppo e l'utilizzo del *benchmarking*;
- monitora, tiene aggiornate, comprende e anticipa le conseguenze di breve e di lungo termine dei cambiamenti nei requisiti importanti di natura politica, legale e, in genere, cogente;
- mantiene contatti continuativi e raccoglie di idee presso la comunità scientifica (università, centri di ricerca, enti di riferimento come Inail, Istituto Superiore di Sanità, ecc. comunità di esperti,...) per individuare opportunità relative a salute e sicurezza sul lavoro;
- pone costante attenzione agli sviluppi tecnologici per la salute e sicurezza sul lavoro;
- ricerca idee innovative per la salute e sicurezza sul lavoro presso i partner, le reti di contatti, i clienti e i fornitori più avanzati.

2.2 La strategia per la salute e sicurezza sul lavoro si basa sulla capacità dell'organizzazione di conoscere e comprendere le prestazioni e le capacità interne

Evidenziare come, ad esempio, l'organizzazione:

- analizza i trend delle prestazioni interne e delle competenze distintive relativi a salute e sicurezza sul lavoro per comprendere le capacità attuali e potenziali dell'organizzazione;
- analizza dati e informazioni riguardanti la capacità e le competenze distintive di partner attuali e potenziali per acquisire nuovo know-how per la salute e sicurezza sul lavoro e ampliare le proprie capacità di ricerca e il portafoglio di idee, progetti e realizzazioni per la salute e sicurezza sul lavoro;
- analizza dati e informazioni per determinare l'impatto dei nuovi scenari produttivi (come ad esempio l'Industry 4.), delle nuove tecnologie e dei nuovi modelli di business sulla salute e sicurezza sul lavoro;
- confronta la propria prestazione con riferimenti appropriati per comprendere i propri punti di forza e le aree di miglioramento.

2.3 L'organizzazione definisce, riesamina e aggiorna la politica e le strategie per la salute e sicurezza sul lavoro, definisce una struttura organizzativa e un sistema di management coerenti con la politica per la salute e sicurezza

Evidenziare come, ad esempio, l'organizzazione:

- definisce la tolleranza del rischio dell'organizzazione, individua, analizza e

- valuta i rischi per la salute e sicurezza sul lavoro connessi alle strategie e alla operatività aziendale e assume decisioni strategiche conseguenti;
- definisce, riesamina e aggiorna una chiara politica per la salute e sicurezza sul lavoro e relative strategie;
 - definisce l'approccio complessivo alla salute e sicurezza sul lavoro, i modelli di riferimento (organizzativi, gestionali e comportamentali), la struttura organizzativa e gli altri fattori chiave per il presente e il futuro della salute e sicurezza sul lavoro nell'organizzazione;
 - definisce gli obiettivi strategici per la salute e sicurezza sul lavoro, identifica e comprende i risultati chiave necessari a raggiungere gli obiettivi fissati;
 - definisce le politiche e gli indirizzi per la salute e sicurezza sul lavoro e bilancia le esigenze di interventi di breve e lungo termine;
 - pianifica le risorse per la salute e la sicurezza sul lavoro (umane, tecnologiche, di conoscenza, finanziarie, ecc.) anche per far fronte ad opportunità e progetti imprevisti;
 - allinea le strategie per la salute e la sicurezza sul lavoro con il ciclo di vita di macchinari e impianti e servizi esistenti e assume decisioni sui tempi di attuazione;
 - identifica e adatta le opportunità di innovazione per la salute e la sicurezza sul lavoro in ogni area della realtà aziendale.

2.4 L'organizzazione comunica le strategie per la salute e la sicurezza sul lavoro, le attua attraverso piani e programmi coerenti con le strategie dell'azienda, le monitora e le riesamina

Evidenziare come, ad esempio, l'organizzazione:

- riesamina e tiene costantemente aggiornata l'analisi e la valutazione dei rischi;
- definisce e attua piani/programmi per la salute e la sicurezza sul lavoro coerenti con gli obiettivi strategici dell'organizzazione e allineati alla valutazione dei rischi;
- definisce e mette a punto un insieme di processi rivolti all'attuazione della strategia per la salute e sicurezza sul lavoro integrato nei processi aziendali;
- definisce un sistema di misurazione e controllo e un set di indicatori per la salute e la sicurezza sul lavoro;
- definisce obiettivi misurabili per la salute e sicurezza sul lavoro sulla base dei dati e delle informazioni sulle prestazioni interne e al confronto con quelle di altre organizzazioni;
- allinea gli obiettivi individuali e di gruppo per la salute e sicurezza sul lavoro agli obiettivi strategici dell'organizzazione e si assicura che il personale sia messo in grado di assicurare il proprio contributo;
- comunica la politica, le strategie, gli obiettivi, i piani e i programmi affinché

ciascun responsabile e ciascuna unità di personale abbia la giusta informazione relativamente ai compiti assegnati;

- riesamina la politica e le strategie per la salute e la sicurezza sul lavoro, la rete dei processi e i risultati generati delle iniziative per la salute e la sicurezza sul lavoro.

Critério 3 - Il Personale e la salute e sicurezza sul lavoro

Le organizzazioni eccellenti:

- valorizzano il proprio personale e creano una cultura che permette di raggiungere mutuamente benefici per l'organizzazione e per il personale sul piano della salute e sicurezza sul lavoro;
- sviluppano le competenze e le capacità delle loro persone e promuovono i buoni rapporti e l'equità;
- prestano attenzione, premiano e riconoscono il personale per generare la sua motivazione verso la gestione per la salute e sicurezza sul lavoro, costruiscono la responsabilizzazione e li mettono in condizione di utilizzare le loro capacità e le conoscenze per migliorare la gestione per la salute e sicurezza sul lavoro.

Sono indicati nel seguito esempi di buone pratiche attraverso cui l'azienda adotta approcci e promuove iniziative per formare e sviluppare le risorse umane a supporto della salute e sicurezza sul lavoro e crea un ambiente che incoraggia la salute e sicurezza sul lavoro.

3.1 L'organizzazione sviluppa approcci e iniziative per lo sviluppo delle risorse umane a supporto della salute e sicurezza sul lavoro

Evidenziare come, ad esempio, l'organizzazione:

- sviluppa il piano delle risorse umane in maniera coerente con le necessità della gestione per la salute e sicurezza sul lavoro;
- gestisce le assunzioni e le riallocazioni del personale anche a supporto della salute e sicurezza sul lavoro tenendo in debita considerazione attitudini, conoscenze e capacità specifiche soprattutto per le figure riconosciute nell'ambito della gestione per la salute e sicurezza sul lavoro: Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), Medico Competente (MC), Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS/RLST), Preposti;
- sviluppa percorsi di crescita per il personale coinvolto nel processo di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro;
- attua un sistema di premi e riconoscimenti a singoli e team per le idee

innovative e per i risultati conseguiti nella gestione per la salute e sicurezza sul lavoro.

3.2 Il personale è formato per contribuire attivamente alla salute e sicurezza sul lavoro

Evidenziare come, ad esempio, l'organizzazione:

- definisce una “dimensione salute e sicurezza sul lavoro” come parte integrante del set di conoscenze e competenze individuali individuando e classificando le conoscenze e competenze professionali del personale in tema di salute e sicurezza sul lavoro;
- mappa le attitudini, conoscenze e competenze del personale e identifica i fabbisogni relativi in termini di salute e sicurezza sul lavoro;
- elabora e attua piani di informazione, formazione e sviluppo delle conoscenze individuali e di gruppo in termini di salute e sicurezza sul lavoro;
- verifica che qualsiasi persona che esegue, per l'organizzazione stessa o per conto di essa, delle attività lavorative abbia acquisito la competenza necessaria mediante appropriata istruzione, addestramento e/o esperienza correlate con i rischi per la salute e sicurezza sul lavoro.

3.3 I ruoli, le responsabilità e gli obiettivi individuali e di gruppo sono assegnati coerentemente con gli obiettivi di salute e sicurezza sul lavoro dell'organizzazione

Evidenziare come, ad esempio, l'organizzazione:

- definisce ruoli, compiti e responsabilità, deleghe delle funzioni per facilitare l'attuazione del sistema di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro;
- sviluppa iniziative per far sì che il personale abbia coscienza del contributo di ognuno alla salute e sicurezza sul lavoro, promuove l'assunzione di responsabilità e l'adozione di comportamenti proattivi con riferimento alla gestione per la salute e sicurezza sul lavoro;
- assegna obiettivi individuali e di team relativi ai piani e programmi per la salute e sicurezza sul lavoro e valuta le relative prestazioni;
- si assicura che il personale disponga delle risorse e delle condizioni per operare al meglio per il conseguimento degli obiettivi fissati per la salute e sicurezza sul lavoro;
- incoraggia e sostiene singoli e team, anche informali, per la generazione di idee innovative per la salute e sicurezza sul lavoro;
- incoraggia la partecipazione a comunità scientifiche e professionali per la salute e sicurezza sul lavoro;

- crea un ambiente che incoraggia la salute e la sicurezza sul lavoro anche attraverso un sistema di riconoscimenti.

3.4 Comunicazione, partecipazione e consultazione

Evidenziare come, ad esempio, l'organizzazione:

- ha stabilito, attua e garantisce, ai fini della gestione per la salute e sicurezza sul lavoro, la comunicazione interna tra i vari livelli e funzioni dell'organizzazione, la comunicazione con i fornitori ed i visitatori del luogo di lavoro;
- verifica che i lavoratori siano informati in merito alle disposizioni relative alla loro partecipazione, incluso chi è il loro rappresentante in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- assicura la partecipazione del personale mediante: il loro coinvolgimento per l'identificazione del pericolo, la valutazione del rischio e la definizione dei controlli; l'appropriato coinvolgimento nell'analisi degli incidenti; il coinvolgimento nello sviluppo e nel riesame della politica e degli obiettivi per la salute e sicurezza sul lavoro;
- assicura la consultazione del personale dove ci sono cambiamenti che coinvolgono la salute e sicurezza sul lavoro e la rappresentanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- riceve, documenta e risponde a comunicazioni rilevanti ai fini della salute e sicurezza sul lavoro provenienti dalle parti interessate esterne;
- consulta in maniera proattiva, laddove appropriato, le parti interessate in merito alle interferenze per la salute e sicurezza sul lavoro.

4. Partnership e risorse per la salute e sicurezza sul lavoro

Le organizzazioni eccellenti pianificano e gestiscono le partnership esterne, i fornitori e le risorse interne per supportare la strategia e le politiche e l'operatività efficace dei processi per una migliore gestione per la salute e sicurezza sul lavoro; assicurano, inoltre, di governare in modo efficace il loro impatto esterno in termini di salute, sicurezza e ambiente.

Sono indicati nel seguito esempi di buone pratiche attraverso le quali l'azienda ricerca, instaura e gestisce collaborazione e partnership mirate alla salute e sicurezza, finanzia la salute e sicurezza, gestisce le tecnologie per la salute e sicurezza, le risorse informative e le conoscenze per la salute e sicurezza, mantenendo una costante attenzione alle tematiche ambientali collegate

4.1 L'organizzazione instaura e gestisce partnership per la salute e sicurezza sul lavoro con particolare riferimento alla gestione dei fornitori e al controllo dei contractor

Evidenziare come, ad esempio, l'organizzazione:

- individua le opportunità strategiche di partnership innovative in linea con le politiche e strategie per la salute e sicurezza sul lavoro;
- stabilisce rapporti di partnership attraverso collaborazioni, convenzioni, alleanze, consorzi, spin-off, esternalizzazioni in grado di creare valore aggiunto nelle aree delle tecnologie e dei processi per la salute e sicurezza sul lavoro;
- collabora con enti pubblici, università, centri di ricerca e comunità di esperti sui temi della salute e sicurezza sul lavoro;
- genera e promuove (grazie alle sinergie di partnership, supportate anche dallo sviluppo delle moderne tecnologie digitali) idee creative e innovative sulla salute e sicurezza sul lavoro in grado di migliorare i processi di integrazione dell'organizzazione con i propri partner, fornitori, contractor, clienti, Pubblica Amministrazione;
- opera come soggetto a responsabilità sociale, instaurando rapporti di partnership con tutti gli stakeholder interessati, al fine di assicurare uno sviluppo sostenibile nel tempo;
- valuta i risultati delle partnership.

4.2 La salute e sicurezza sul lavoro viene finanziata

Evidenziare come, ad esempio, l'organizzazione:

- pianifica e utilizza le risorse finanziarie per sostenere la salute e sicurezza sul lavoro come parte integrante del ciclo di pianificazione;
- allinea sistematicamente i meccanismi di investimento con gli obiettivi di salute e sicurezza sul lavoro dell'organizzazione e mette a disposizione delle risorse finanziarie in modo tempestivo, per finanziare interventi significativi non previsti dal ciclo di pianificazione;
- crea una rete di partnership finanziarie (banche, società di venture capital, enti pubblici, nazionali ed internazionali, altri partner finanziari) orientata al sostegno dei progetti per la salute e sicurezza sul lavoro;
- accede a opportunità di finanziamento pubblico o di altri enti per supportare iniziative e progetti per la salute e sicurezza sul lavoro;
- misura e gestisce il rischio finanziario dei progetti per la salute e sicurezza sul lavoro;
- valuta i risultati dei programmi e degli investimenti nel campo della salute e sicurezza sul lavoro, attraverso meccanismi e parametri definiti che ne misura-

no l'efficacia/ritorno (non solo sulla salute e sicurezza sul lavoro, ma anche in area ambientale, sociale, etc.).

4.3 *Gli asset³ immobiliari e tecnologici vengono gestiti coerentemente con gli obiettivi per la salute e sicurezza sul lavoro*

Evidenziare come, ad esempio, l'organizzazione:

- sceglie, acquisisce e/o progetta, adegua gli *asset* utilizzando le competenze disponibili (RSPP, ecc.) e sulla base di specifiche tecniche che integrano i requisiti di *safe design* e di *safe management*.
- gestisce gli *asset* acquisendo ed utilizzando tutte le informazioni utili ai fini della gestione per la salute e sicurezza sul lavoro in termini di: conformità alla normativa vigente in termini di progettazione e gestione, presenza delle certificazioni e autorizzazioni necessarie all'esercizio dell'attività, prestazioni della gestione della manutenzione, miglioramento ai fini della prevenzione e protezione dai rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro;
- sviluppa una gestione della manutenzione sistematica, orientata alla prevenzione in funzione della salute e sicurezza sul lavoro oltre che all'allungamento della vita utile di macchinari e impianti.

4.4 *Le tecnologie per la salute e sicurezza sul lavoro vengono acquisite e gestite*

Evidenziare come, ad esempio, l'organizzazione:

- individua, valuta e acquisisce le tecnologie, le attrezzature, i dispositivi di protezione (individuali e collettivi) e i sistemi ICT per la salute e sicurezza sul lavoro, alternativi ed emergenti, in funzione delle proprie politiche e strategie per la salute e sicurezza sul lavoro e del loro impatto sulla *compliance* normativa, sull'ambiente e sulla società in cui opera;
- gestisce la gamma delle tecnologie e dei dispositivi di protezione (individuali e collettivi) utilizzati per la salute e sicurezza sul lavoro e sostituisce quelli *non compliant* sul piano normativo e/o obsoleti, con riferimento sia ai processi interni che esterni;

3 Il termine *asset* è usato per indicare i valori materiali e immateriali facenti capo ad un'azienda. Possono essere distinti in *asset fisici* (immobili, impianti, scorte, ecc.) e *asset intangibili*, di particolare rilevanza per le aziende di servizi, stanno a indicare il valore del capitale intellettuale presente in una impresa. Il capitale intellettuale è costituito da: capitale relazionale (ricongruibile alle relazioni esistenti con soggetti esterni, quali fornitori, clienti, centri di ricerca, ecc. e alla reputazione); capitale umano (la parte di capitale intellettuale che dipende dalle conoscenze e dalle abilità possedute dal personale); capitale organizzativo (il saper fare, eventualmente protetto da brevetti, e il saper fare assieme).

- utilizza i sistemi ICT aziendali per supportare la gestione degli aspetti di salute e sicurezza sul lavoro in modo integrato in tutti i processi e le decisioni strategiche e operative sia internamente, sia esternamente nelle relazioni con i clienti, i fornitori, i *contractor* e i partner;
- promuove l'innovazione a 360° per la salute e sicurezza sul lavoro (nel campo della cultura aziendale, dei processi, dell'organizzazione, della informatizzazione).

4.5 Le risorse informative e le conoscenze per la salute e sicurezza sul lavoro vengono gestite

Evidenziare come, ad esempio, l'organizzazione:

- raccoglie, valuta l'affidabilità, organizza e gestisce le informazioni e le conoscenze per la salute e sicurezza sul lavoro in modo da supportare la propria politica e strategia;
- assicura che le informazioni relative a salute e sicurezza sul lavoro siano prontamente disponibili per il personale e tutti gli *stakeholder* interessati;
- utilizza le risorse informative, le conoscenze e le innovazioni organizzative al fine di integrare la catena di fornitura, i processi aziendali, anticipare le evoluzioni normative e le domande dei committenti sul piano della salute e sicurezza sul lavoro;
- utilizza le moderne tecnologie dell'informazione e comunicazione a beneficio della diffusione delle informazioni e conoscenze relative alla salute e sicurezza sul lavoro in tutti i propri siti produttivi e all'interno dei processi.

Critério 5 - I Processi per la salute e sicurezza sul lavoro

Le organizzazioni eccellenti progettano, gestiscono e migliorano il processo di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro e favoriscono la generazione di nuove idee per la salute e sicurezza sul lavoro.

Sono indicati nel seguito esempi di buone pratiche attraverso cui l'azienda progetta e gestisce il processo di gestione per la salute e la sicurezza sul lavoro, favorisce la generazione di nuove idee relativamente allo sviluppo di nuovi processi e servizi, definisce la struttura organizzativa appropriata per la gestione della salute e sicurezza sul lavoro e dei relativi progetti di innovazione e miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro.

5.1 I processi per la salute e sicurezza sul lavoro vengono progettati e gestiti

Evidenziare come, ad esempio, l'organizzazione:

- definisce, documenta e attua un sistema di gestione e audit per la salute e sicurezza sul lavoro che presenta un approccio completo e sistematico, in cui la gestione dei rischi, finalizzata alla prevenzione e protezione, copre tutti i processi e le aree aziendali, è applicato in tutti i siti produttivi dell'organizzazione, soddisfa tutti i requisiti normativi applicabili;
- progetta e gestisce i processi e le attività per la salute e sicurezza sul lavoro con chiara definizione delle fasi, dei ruoli e delle responsabilità;
- ricerca, identifica e adotta metodi e tecniche efficaci per la progettazione, gestione e miglioramento dei processi e delle attività per la salute e sicurezza sul lavoro;
- ha definito un processo per la valutazione e gestione dei rischi per la salute e sicurezza sul lavoro basato su metodologie riconosciute, affidabili e, laddove possibile, validate scientificamente, standardizzato e integrato nella pianificazione, partecipato dal personale e orientato al miglioramento continuo;
- analizza nel processo di valutazione dei rischi: le attività di routine e non, le attività di tutto il personale che ha accesso sui luoghi di lavoro (inclusi, fornitori, *contractor* e visitatori); tutti i siti produttivi e tutte le aree; tutto il personale (in funzione di provenienze, capacità e altri fattori di tipo umano); tutti i pericoli (di origine interna ed esterna); le infrastrutture, gli impianti e le tecnologie; le modifiche (temporanee e permanenti) al sistema di gestione e il loro impatto sulle attività; le prescrizioni legislative; la progettazione di aree di lavoro, processi, impianti, equipaggiamenti, macchinari, organizzazione del lavoro, procedure;
- attiva misure dei processi e delle attività per la salute e sicurezza sul lavoro e fissa indicatori e obiettivi di performance allineati al sistema degli obiettivi di business. Gli obiettivi sono periodicamente riesaminati e aggiornati in funzione dei risultati raggiunti e con riferimento alle migliori esperienze di altre organizzazioni;
- definisce modalità strutturate per trattare le non conformità, per mitigare le conseguenze per la salute e sicurezza sul lavoro e per impedirne il ripetersi;
- identifica e gestisce, anche attraverso il coinvolgimento del personale, le opportunità di miglioramento continuo e/o di cambiamento radicale dei processi e delle attività per la salute e sicurezza sul lavoro, attraverso l'analisi dei risultati di performance, unitamente a informazioni ricavate dalle attività di apprendimento interno ed esterno (*benchmarking*);
- si avvale delle indagini conoscitive e delle altre forme di raccolta strutturata di dati, unitamente alle informazioni generate dal contatto quotidiano con il personale, i clienti, con i *contractor* per determinare e migliorare i livelli di

percezione e prestazione relativi ai processi, alle attività e ai risultati per la salute e sicurezza sul lavoro.

5.2 La salute e la sicurezza sul lavoro nelle attività operative viene gestita

Evidenziare come, ad esempio, l'organizzazione:

- ha identificato le attività operative (processi, attività, mansioni, correlate con gli specifici ambienti di lavoro) connesse ai pericoli che sono stati identificati e per le quali devono essere applicate le misure di controllo previste nella valutazione dei rischi;
- ha pianificato le precedenti attività operative, affinché esse avvengano in condizioni controllate, mediante controlli operativi sulle attività, sui materiali e sui servizi acquistati, sui visitatori;
- verifica che i documenti rilevanti per la gestione per la salute e sicurezza sul lavoro siano tenuti sotto controllo;
- svolge le attività operative per la salute e sicurezza sul lavoro conformemente a quanto previsto dal sistema di gestione e nel pieno rispetto della normativa vigente;
- tratta le non conformità⁴, valuta la necessità di azioni correttive per mitigare le conseguenze per la salute e sicurezza sul lavoro e per impedirne il ripetersi, valuta la necessità di azioni tese a prevenire le non-conformità e attuare le azioni appropriate identificate per impedirne il verificarsi;
- comunica efficacemente al personale le informazioni rilevanti ai fini del rispetto della normativa cogente e dei requisiti fissati a tutte le persone che lavorano per l'organizzazione o per conto di essa;
- definisce i meccanismi per risolvere specifici problemi di interfaccia sia al proprio interno sia nei rapporti con i *partner/contractor* ai fini della gestione efficace dei processi e delle attività per la salute e sicurezza sul lavoro;
- prevede l'individuazione di tutte le potenziali emergenze nell'ambito del processo di valutazione del rischio e attiva le misure di controllo più opportune. Simula periodicamente i piani di emergenza, li testa e i risultati delle esercitazioni sono utilizzati per migliorare sistematicamente le procedure e riesaminare la valutazione dei rischi anche con riferimento alle migliori esperienze di altre organizzazioni.

4 Con il termine non conformità si intende il mancato soddisfacimento di un requisito ovvero di un'esigenza o aspettativa che può essere espressa, generalmente implicita o cogente. Nella gestione per la salute e sicurezza si intende in genere qualsiasi deviazione dagli standard di lavoro, prassi, procedure, regolamenti, prestazioni e sistema di gestione che potrebbe direttamente o indirettamente condurre a infortuni o malattie, danni alla proprietà, danno all'ambiente o una combinazione di questi).

5.3 La gestione per la salute e sicurezza sul lavoro viene sistematicamente monitorata

Evidenziare come, ad esempio, l'organizzazione:

- utilizza il sistema di monitoraggio e audit definito nell'ambito del sistema di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro per tenere sotto controllo l'attuazione del sistema in tutte le aree dell'organizzazione con adeguati livelli di priorità in funzione dei differenti stati di vulnerabilità delle stesse;
- monitora le prestazioni relative alla salute e sicurezza sul lavoro nelle attività operative;
- analizza tutte le tipologie di infortuni, incidenti, quasi-incidenti e non conformità;
- monitora le performance di fornitori e *contractor* nelle varie fasi di gestione del contratto e i risultati del controllo sono utilizzati per la revisione dei contratti;
- monitora il programma di miglioramento per la salute e sicurezza sul lavoro;
- pianifica, in termini di risorse e attività, gli audit in maniera sistematica e dinamica per coprire tutte le aree con riferimento all'analisi di rischio, agli obiettivi definiti e agli esiti del monitoraggio;
- monitora l'attuazione del programma di audit;
- predispone un sistema di reporting per fornire alla leadership informazioni utili al riesame e al miglioramento del sistema di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro.

5.4 La gestione per la salute e sicurezza sul lavoro viene sistematicamente riesaminata e migliorata con il contributo del personale, dei contractor e dei partner

Evidenziare come, ad esempio, l'organizzazione:

- pianifica e gestisce il riesame del sistema di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro in maniera sistematica;
- si assicura che gli elementi alla base del riesame comprendano informazioni e risultati relativi a: livello di conformità alle disposizioni cogenti; prestazioni del sistema di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro; analisi di infortuni, incidenti, quasi-incidenti e non conformità; grado di raggiungimento degli obiettivi e dei traguardi; cambiamenti degli scenari di riferimento interni ed esterni; audit interni, partecipazione e consultazione dei lavoratori;
- determina le carenze del sistema di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro o di altri fattori che possono causare o contribuire al verificarsi di incidenti;
- si assicura che, a valle del riesame, vengano adottate decisioni coerenti con l'impegno della leadership e dell'organizzazione per il miglioramento continuo e che comprendono tutte le decisioni e le azioni relative a possibili modi-

- fiche correlate con: la politica per la salute e sicurezza sul lavoro e gli obiettivi relativi; le prestazioni del sistema di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro; le risorse necessarie; gli altri elementi del sistema di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro sul lavoro;
- utilizza i risultati dell'analisi di infortuni, incidenti, quasi-incidenti e non conformità per definire la necessità di azioni correttive, l'opportunità di azioni preventive e di miglioramento al fine di guidare la definizione di nuove priorità e obiettivi per la gestione per la salute e sicurezza sul lavoro anche con riferimento alle migliori esperienze di altre organizzazioni;
 - prevede, prima della loro attuazione, il riesame sia delle azioni correttive, sia di quelle preventive definite, per garantire che siano congruenti con la valutazione dei rischi effettuata se del caso prevedendone l'aggiornamento;
 - estende il meccanismo di riesame a tutti gli approcci e processi per la salute e sicurezza sul lavoro.

5.5 I Risultati per la salute e sicurezza sul lavoro

I criteri 6-8 del “Framework per la Salute e Sicurezza sul Lavoro” riguardano i risultati per la salute e sicurezza sul lavoro. Con il termine Risultati ci si riferisce a ciò che l'organizzazione effettivamente ottiene in termini di soddisfazione di domande e bisogni dei diversi *stakeholder* e di raggiungimento dei propri obiettivi in termini di salute e sicurezza sul lavoro. Questo concetto si esplica nei tre Criteri relativi ai Risultati, laddove l'organizzazione prende in considerazione i risultati di riferimento per ciascuno degli *stakeholder* chiave (esterni ed interni):

Risultati per i clienti: il criterio si riferisce a ciò che l'organizzazione consegue in relazione ai suoi clienti con riferimento alla gestione per la salute e sicurezza.

Risultati per il personale: il criterio si riferisce a ciò che l'organizzazione consegue in relazione al personale interno.

Risultati di business: il criterio si riferisce a ciò che l'organizzazione consegue in termini di business grazie alla gestione per la salute e la sicurezza sul lavoro.

La correlazione con gli *stakeholder* riporta al processo di elaborazione delle politiche e strategie (Criterio “Politiche e Strategie”), nell'ambito del quale, l'organizzazione definisce i Risultati cui mira facendo riferimento alle esigenze degli *stakeholder* e ad altre misure di performance quali elementi di riferimento nell'elaborazione delle politiche e delle strategie. Le politiche e le strategie vengono elaborate bilanciando le esigenze dei vari *stakeholder* e vengono poi attuate al fine di conseguire i risultati attesi.

Tali risultati comprendono la *performance* dell'organizzazione (a livello sia finan-

ziario sia operativo) e le percezioni degli *stakeholder*. Le percezioni rappresentano che cosa i clienti/utenti, il personale, la società pensano dell'organizzazione attraverso il feedback diretto da parte di uno *stakeholder* (per esempio, le risposte dei dipendenti a un'indagine interna); le prestazioni misurano quanto l'organizzazione sta ottenendo rispetto agli obiettivi che si è data (*output*) e ai traguardi che si è prefissata in termini di impatti da realizzare (*outcome*).

I risultati attesi possono essere opportunamente misurati attraverso:

- *Lagging Indicator*;
- *Leading Indicator*.

I *Lagging Indicator* mostrano il risultato finale di un'azione, di solito un certo tempo dopo la sua conclusione. Gli indici di frequenza degli infortuni o il numero di casi di malattie professionali possono essere considerati un *Lagging Indicator* dei livelli e delle durate di esposizione ai rischi. Anche le misure della percezione sono considerate *Lagging Indicator*, a causa della loro evidente posteriorità.

I *Leading Indicator*, talvolta indicati anche come *Driving Indicator*, sono normalmente soggetti a misurazioni più frequenti rispetto ai *Lagging Indicator*. Costituiscono il risultato di un processo di misurazione condotto dall'organizzazione e interamente sotto il suo controllo (per esempio, la misura del tempo di ciclo di un processo, la rilevazione del corretto utilizzo dei DPI, la rilevazione della corretta applicazione delle procedure di lavoro, ecc.). I *Leading Indicator* sono fattori di previsione di un risultato futuro dotati di un certo grado di affidabilità.

Le misure dei risultati rilevate periodicamente dall'organizzazione dovrebbero essere:

- rilevanti in termini di correlazione con le esigenze e le aspettative degli *stakeholder* più significativi e con le politiche e strategie dell'organizzazione;
- aggiornate, affidabili e precisi con i dovuti riferimenti alla ripetibilità delle misure e alla qualità e certificabilità dei dati;
- segmentate per offrire la possibilità di analizzare, con il giusto livello di approfondimento, aspetti generali e problematiche specifiche delle differenti aree dell'organizzazione o dei differenti processi sviluppati e/o servizi erogati.

Nelle organizzazioni eccellenti i risultati presentano *trend* positivi e/o performance buone nel tempo, gli **obiettivi** sono adeguati in termini di rappresentatività (e raggiunti o superati rispetto ai target definiti). Le performance vengono **confrontate** con quelle di altre organizzazioni e reggono bene il confronto, in particolare rispetto ai leader di settore o alle organizzazioni di classe mondiale. Il **rapporto di causa-effetto** fra gli approcci adottati e i risultati conseguiti appare con tutta evidenza.

Critério 6 - I risultati della salute e sicurezza sul lavoro relativi ai clienti

Si tratta di risultati relativi alla gestione per la salute e sicurezza che soddisfano i clienti dell'organizzazione; in tal senso i "clienti della salute e sicurezza sul lavoro" possono essere identificati:

- nel personale che, con riferimento alla gestione per la salute e sicurezza sul lavoro, va considerato, a tutti gli effetti, come il "cliente" dell'organizzazione;
- nei clienti dell'organizzazione (in particolare aziende di servizio) le cui attività si svolgono in aree di proprietà/pertinenza dei clienti stessi determinando, in maniera immediata e diretta, le condizioni di salute e sicurezza sul lavoro.

Sono indicati nel seguito esempi di risultati attraverso cui l'azienda può dimostrare che sta ottenendo prestazioni di rilievo nella gestione operativa per la salute e sicurezza sul lavoro e che la gestione per la salute e sicurezza soddisfa i propri "clienti della salute e sicurezza sul lavoro".

6.1 Misure della percezione

Si tratta di percezioni da parte dei "clienti della salute e sicurezza sul lavoro" dell'organizzazione in termini di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro. Possono essere ottenute da varie fonti comprese indagini, *focus group*, interviste e valutazioni strutturate.

Queste percezioni dovrebbero consentire all'azienda di comprendere l'efficacia dello sviluppo e dell'attuazione della strategia, delle politiche e dei relativi processi di supporto dell'organizzazione verso il "cliente della salute e sicurezza sul lavoro".

A seconda dei fini dell'organizzazione le misure possono riferirsi a:

- reputazione e immagine complessiva dell'organizzazione per la gestione per la salute e sicurezza sul lavoro dei dipendenti;
- grado di soddisfazione complessiva dei dipendenti relativamente alla gestione per la salute e sicurezza sul lavoro nell'organizzazione;
- grado di soddisfazione dei dipendenti relativamente alla capacità di migliorare la gestione per la salute e sicurezza sul lavoro;
- grado di soddisfazione del personale relativamente alla capacità dell'organizzazione di coinvolgere e supportare i dipendenti nelle iniziative per la salute e sicurezza sul lavoro;
- grado di soddisfazione del personale relativamente all'efficacia della comunicazione con i dipendenti sui temi di salute e sicurezza sul lavoro, anche tramite l'utilizzo di sistemi avanzati di ICT;
- grado di soddisfazione del personale relativamente alla dotazione e all'utilizzo di dispositivi di protezione individuali;

- grado di soddisfazione del personale relativamente alla pianificazione e gestione delle visite mediche ad opera del Medico Competente;
- valore della gestione per la salute e sicurezza per i clienti.

6.2 Indicatori di performance

Si tratta di misure interne usate dall'organizzazione per monitorare, analizzare, comprendere, prevedere e migliorare le prestazioni dell'organizzazione nella gestione per la salute e sicurezza sul lavoro e per prevedere l'impatto sulle percezioni dei "clienti della salute e sicurezza sul lavoro".

Gli indicatori di prestazione dovrebbero consentire all'azienda di comprendere l'efficacia e l'efficienza dell'attuazione della strategia dell'organizzazione verso i "clienti della salute e sicurezza sul lavoro", nonché delle relative strategie e processi di supporto

A seconda dei fini dell'organizzazione le misure possono riferirsi a:

- risultati di prestazione della gestione per la salute e sicurezza sul lavoro (sia con riferimento alle attività svolte dal personale dipendente sia a quelle svolte da personale esterno) quali ad esempio:
 - numero, frequenza e gravità degli infortuni;
 - numero, tipologia e conseguenze di casi di malattie professionali;
 - numero, frequenza e gravità degli incidenti senza infortuni;
 - numero, frequenza e gravità dei quasi incidenti;
 - numero, frequenza e gravità degli incendi;
 - numero e gravità degli sversamenti e delle fughe di sostanze pericolose;
 - numero, frequenza e gravità delle non conformità;
- misura dell'efficacia dei processi connessi con la gestione per la salute e sicurezza sul lavoro attraverso l'uso di appropriati KPI (*Key Performance Indicator*);
- percentuale dei progetti per la salute e sicurezza sul lavoro che hanno avuto esito positivo;
- grado di integrazione dei processi aziendali per la salute e sicurezza sul lavoro con quelli di fornitori e contractor anche attraverso l'utilizzo di sistemi ICT;
- indicatori di performance dei fornitori, dei *contractor* e dei *partner* per la salute e sicurezza sul lavoro;
- innovazione tecnica e tecnologica nella progettazione, sviluppo e utilizzo di mezzi e sistemi di protezione;
- innovazione nella messa in sicurezza di macchinari e impianti;
- innovazione nella manutenzione di macchinari e impianti;
- utilizzazione di sistemi avanzati di ICT nella comunicazione con i dipendenti sui temi di salute e sicurezza sul lavoro;
- numero di progetti e iniziative di miglioramento per la salute e sicurezza sul lavoro (interni ed esterni);

- risultati significativi in termini di miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro in azienda ottenuti per mezzo di interventi attuati a seguito di protocolli/ convenzioni/partnership con enti, università, associazioni, ecc. competenti in materia di prevenzione e protezione dai rischi;
- performance dei servizi al cliente, rapporti e assistenza in tema di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro (performance nell'ambito di *vendor rating* effettuati dai clienti con riferimento all'area della gestione per la salute e la sicurezza sul lavoro, ecc.);
- apprezzamenti e reclami in tema di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro;
- riconoscimenti da parte dei clienti e candidature a premi nel campo della gestione per la salute e la sicurezza sul lavoro.

Critero 7 - I Risultati per la salute e sicurezza sul lavoro relativi al personale

Sono indicati nel seguito esempi di risultati attraverso cui l'azienda può dimostrare quanto il personale, a livello individuale e/o di team, contribuisce alla gestione per la salute e sicurezza sul lavoro.

7.1 Misure della percezione

Si tratta di percezioni del personale nei riguardi dell'organizzazione. Possono essere ottenute da varie fonti comprese indagini, *focus group*, interviste e valutazioni strutturate.

Queste percezioni dovrebbero consentire una chiara comprensione dell'efficacia, dal punto di vista del personale, dello sviluppo e dell'attuazione della strategia, delle politiche e dei relativi processi di supporto dell'organizzazione verso il personale con riferimento agli aspetti di salute e sicurezza sul lavoro.

A seconda dei fini dell'organizzazione le misure possono, ad esempio, riferirsi a: orgoglio di appartenenza e livello di realizzazione personale; leadership e gestione; definizione degli obiettivi, gestione delle competenze e prestazioni; competenze, formazione e sviluppo di carriera; efficacia della comunicazione, del coinvolgimento, della partecipazione; condizioni di lavoro.

- grado di soddisfazione sul riconoscimento delle competenze e delle prestazioni relative alla salute e sicurezza sul lavoro;
- grado di soddisfazione sui percorsi di crescita del personale coinvolto nel processo di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro.

7.2 Indicatori di performance

Si tratta di misure interne usate dall'organizzazione per monitorare, analizzare,

comprendere, prevedere e migliorare le prestazioni del personale dell'organizzazione nella gestione per la salute e sicurezza sul lavoro e per prevedere l'impatto sulle percezioni.

Questi indicatori dovrebbero consentire una chiara comprensione dell'efficacia e dell'efficienza dello sviluppo e dell'attuazione della strategia dell'organizzazione verso il personale, nonché delle relative strategie e processi di supporto.

A seconda dei fini dell'organizzazione le misure possono riferirsi a:

- livello di competenze per la salute e sicurezza sul lavoro;
- numero di persone con compiti specifici in materia di salute e sicurezza sul lavoro e percentuale sul totale;
- acquisizione di persone dotate di competenze nuove, innovative e multidisciplinari in tema di salute e sicurezza sul lavoro;
- livello di informazione del personale sui temi di salute e sicurezza sul lavoro;
- formazione per lo sviluppo di competenze e/o l'acquisizione di conoscenze a favore della salute e sicurezza sul lavoro;
- iniziative per favorire l'utilizzazione di sistemi ICT per la salute e sicurezza sul lavoro;
- iniziative per favorire l'attenzione alle tematiche di sicurezza per la collettività e ambientali;
- numero di persone coinvolte in attività di miglioramento della gestione per la salute e sicurezza sul lavoro;
- partecipazione a progetti e iniziative di miglioramento per la salute e sicurezza sul lavoro (interni ed esterni);
- suggerimenti e proposte di miglioramento per la salute e sicurezza sul lavoro avanzate dai dipendenti;
- riconoscimenti e premi a singoli e team per idee innovative per la salute e sicurezza sul lavoro;
- partecipazione a eventi esterni (pubblicazioni, conferenze, docenze, comunità scientifica e professionale) sui temi della salute e sicurezza sul lavoro.

Criterio 8 - I Risultati di Business relativi alla salute e sicurezza sul lavoro

Si tratta di risultati attraverso i quali l'organizzazione può dimostrare quanto sta dedicando, in termini di risorse e investimenti, alla gestione per la salute e sicurezza sul lavoro e quali risultati di prestazione e di business di rilievo sta ottenendo grazie alla gestione per la salute e la sicurezza sul lavoro.

8.1 Risultati chiave di prestazione

Si tratta di risultati finanziari significativi che dimostrano il successo dello svilup-

po delle strategie per la salute e sicurezza sul lavoro dell'organizzazione. Le misure e gli obiettivi significativi dovrebbero essere definiti e concordati con gli stakeholder chiave.

A seconda dei fini dell'organizzazione le misure possono riferirsi a:

- reddito operativo e percentuale del reddito operativo ascrivibile a iniziative volontarie di miglioramento della salute e sicurezza sul lavoro;
- valore di contratti stipulati grazie all'innovazione nella salute e sicurezza sul lavoro e percentuale sul totale;
- performance di budget relativamente alla voce salute e sicurezza sul lavoro (ricavi derivanti dalla vendita di innovazioni per la salute e sicurezza sviluppati internamente).

8.2 Indicatori chiave di prestazione

Si tratta dei risultati di indicatori chiave finanziari e non finanziari usati per misurare le prestazioni operative dell'organizzazione. Tali indicatori aiutano a monitorare, analizzare, comprendere, prevedere e migliorare le prestazioni chiave dell'organizzazione relativamente alla salute e sicurezza sul lavoro.

A seconda dei fini dell'organizzazione le misure possono riferirsi a:

- entità dei costi sostenuti per la salute e sicurezza sul lavoro (costi della sicurezza);
- entità dei costi derivanti da carenze in termini di salute e sicurezza sul lavoro (costi della non sicurezza);
- risparmi ottenuti e costi evitati per effetto delle azioni di miglioramento delle prestazioni in termini di salute e sicurezza sul lavoro;
- risparmi e costi evitati derivanti per effetto delle azioni di miglioramento delle prestazioni per la sicurezza della collettività e di quelle ambientali;
- prestazioni di partner, fornitori e *contractor* con riferimento alla gestione per la salute e sicurezza sul lavoro.

8.3 I Risultati ottenibili con l'utilizzo del Framework per la Salute e Sicurezza sul Lavoro

I risultati ottenibili attraverso l'utilizzo del Framework per la Salute e Sicurezza sul Lavoro appaiono evidenti se si fa riferimento ai risultati delle prime quattro edizioni del Premio Imprese per la Sicurezza di seguito riportate.

In figura 4 e 5 sono riportati i risultati (riportati alla scala 0-100) delle prime quattro edizioni del Premio Imprese per la sicurezza. Nella figura 4 si illustra l'andamento dei risultati per ciascuno dei sottocriteri del Framework precedentemente illustrati mettendo in comparazione gli andamenti in blu degli otto vincitori dell'Award e quelli in rosso delle 71 imprese ammesse alla visita.

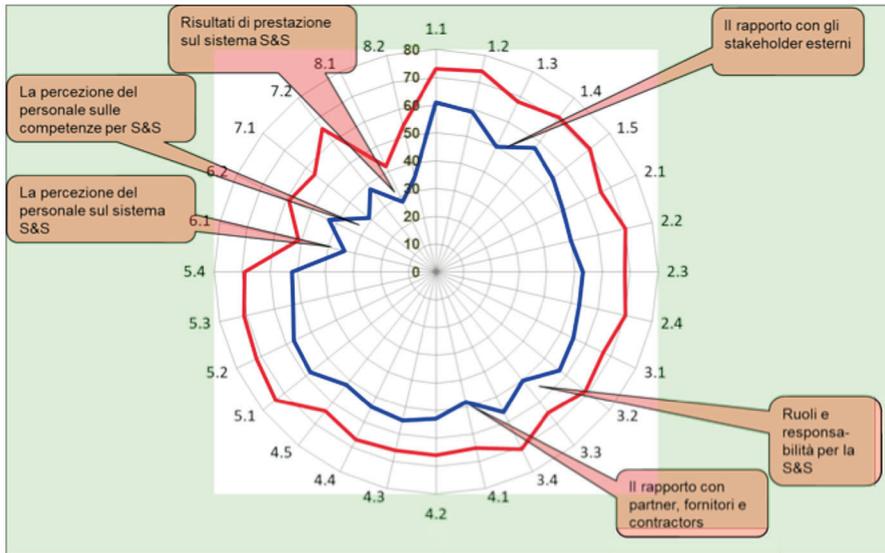


Figura 4: Andamento dei risultati per ciascuno dei sotto criteri di Framework.

I punteggi complessivi degli otto vincitori dell’Award sono riportati in figura 5, a confronto con i punteggi medi delle 71 imprese ammesse alla visita per gli 8 criteri per i quali si articola la valutazione.

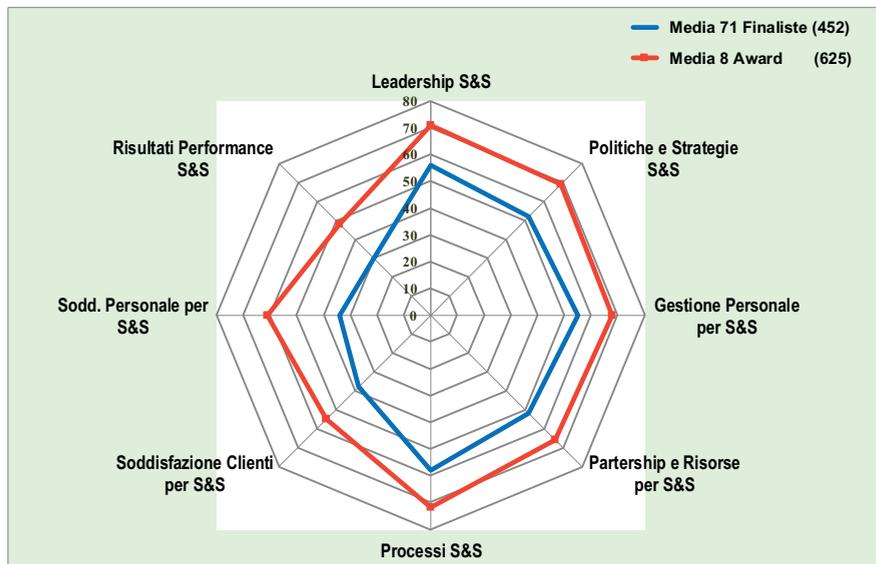


Figura 5: I Risultati delle prime quattro edizioni del Premio Imprese per la Sicurezza

I risultati evidenziano con chiarezza le aree positive e le aree che, al contrario, richiedono significativi miglioramenti. La prima considerazione è che i due grafici (Finaliste e Award) hanno in pratica lo stesso andamento e questo conferma che i risultati sono rappresentativi della situazione relativa alla salute e sicurezza del campione di imprese che hanno ricevuto la visita; fa eccezione il criterio relativo alla soddisfazione del personale dato che solo poche imprese (e tra queste tutti gli Award) fanno indagini sul personale relative alla percezione sui temi della salute e sicurezza sul lavoro.

Più in dettaglio, l'analisi dei risultati evidenzia che gli aspetti più positivi sono la consapevolezza dei Leader che la salute e sicurezza è un tema prioritario della propria agenda e i processi relativi, in genere ben sviluppati con riferimento agli standard specifici, spesso integrati nel Sistema di Gestione per la Qualità e certificati da Enti accreditati.

Di contro l'aspetto più debole è relativo ai risultati (ultimi 3 Criteri) in termini di completezza: si rileva infatti la carenza di indicatori appropriati e dei relativi risultati con particolare riferimento alla misura del costo degli incidenti/infortuni per poter apprezzare il ritorno economico degli investimenti sulla sicurezza e l'impatto complessivo sui risultati di business (fatturato e utile). Alcune imprese che hanno vinto il Premio hanno dimostrato che una riduzione significativa degli incidenti con tendenza allo zero, non solo ha un rilevante impatto sulla motivazione delle persone, ma porta anche a benefici economici misurabili sul fatturato.

BIBLIOGRAFIA

[1] BERTORELLI G., TRONCI M., 2015, *L'esperienza dei Premi TQM in Italia*, in "Qualità 2015: evoluzioni ed esperienze in Italia e nel Mondo", Report Finale di Ricerca, a cura del Consorzio Universitario di Ingegneria per la Qualità e l'Innovazione (QUINN) in partnership con Accredia, Associazione Premio Qualità Italia (APQI), Confindustria, EFQM, Symbola, luglio 2015, pp. 63-79.

[2] TRONCI M. et al., 2015, *Proposte per un futuro di Qualità in Italia*, Short Report della Ricerca "Qualità 2015: evoluzioni ed esperienze in Italia e nel Mondo" a cura del Consorzio Universitario di Ingegneria per la Qualità e l'Innovazione (QUINN) in partnership con Accredia, Associazione Premio Qualità Italia (APQI), Confindustria, EFQM, Symbola, giugno 2015.

[3] TRONCI M., 2015, *Valutare e Premiare il Total Safety Management: l'esperienza del Premio Imprese per la Sicurezza*, Memoria presentata alla V Edizione del Convegno Nazionale Salute e Sicurezza "Vivere la sicurezza: l'evoluzione del personale da spettatore ad attore del contesto organizzativo", Firenze, Italia, 10 giugno 2015.

- [4] BERTORELLI G., TRONCI, M., 2015, *Premio Imprese per la Sicurezza, Qualità*, n. 3, maggio-giugno 2015, pp. 34-37; ISSN: 2037-4186.
- [5] F. BENEDETTI, 2014, *Percorsi di efficienza per promuovere la salute e la sicurezza sul lavoro - Italian Case Study*, Atti del Convegno "Sostenere crescita e competitività delle imprese promuovendo salute e sicurezza sul lavoro in tempi di crisi" a chiusura del semestre italiano di presidenza UE - Roma, 4 dicembre 2014.
- [6] FARGNOLI M., TRONCI M., 2014, *La progettazione per la sicurezza attraverso il Reverse Engineering*, in Atti del 3° Congresso Nazionale del Coordinamento della Meccanica, Napoli, Italia, 30 giugno-1 luglio 2014, CD ROM, ISBN: 88-902096-2-3.
- [7] TRONCI M., 2014, *I modelli organizzativi TQM e dei sistemi di gestione*, Qualità, n. 3, maggio/giugno 2014, p. 7-12, ISSN: 2037-4186.
- [8] BERTORELLI G., TRONCI M., 2013, *Il Premio Imprese per la Sicurezza: dalla conformità all'eccellenza nelle prestazioni*, Memoria presentata al Seminario "Dai modelli organizzativi e di gestione ex D.lgs231/01 alla responsabilità sociale di impresa: strumenti ed applicazione per la salute e sicurezza nelle PMI", Ambiente Lavoro, Bologna, Italia, 18 ottobre 2013.
- [9] APQI, (2012), *Il Framework per la Salute e Sicurezza*, ACCREDIA, APQI, Confindustria, Inail, 2012.
- [10] AA.VV., (2009), *Linee Guida e Buone Prassi per l'Innovazione*, APQI, Confindustria, Consorzio QUINN, 2009.
- [11] TRONCI M., 2008, *I sistemi di gestione come strumento manageriale per la compliance aziendale*, Memoria presentata al Convegno "Dalla cultura della qualità come conformità e certificazione allo sviluppo di un sistema di gestione integrato della responsabilità d'impresa", organizzato da Confindustria, Bari, Italia, 30 settembre 2008.
- [12] DE MINICIS M., DI GRAVIO G., NAPOLITANO N., TRONCI M., 2008, *Risk management model for industrial plant maintenance*, Proceedings of the Annual Conference of European Safety and Reliability (ESREL 2008) "Safety, Reliability and Risk Analysis: Theory, Methods and Applications", Valencia, Spagna, 22-25 settembre 2008, p. 1495-1502, ISBN/ISSN 978-0-415-48513-5.
- [13] TRONCI M., 2003, *Sistemi di gestione della sicurezza e salute sui luoghi di lavoro*

ro: adesioni volontarie e cogenti nei diversi settori di attività e nel settore industriale. *Il Sistema Integrato Qualità, Sicurezza, Ambiente, Memoria* presentata al Convegno organizzato dall'AICQ Centroinsulare "I Sistemi di Gestione della Sicurezza e Salute nelle Aziende. Problematiche e modalità applicative a confronto, Cagliari, Italia, 6 giugno 2003.

[14] TRONCI M., 2001, *Gestione integrata dei sistemi Qualità, Sicurezza, Ambiente, Memoria* presentata al Convegno "Gestione e certificazione dei sistemi integrati, qualità, sicurezza, ambiente" organizzato da Assindustria Perugia, Perugia, Italia, 8 ottobre 2001. F. Benedetti, "Gestione della sicurezza. Un progetto di norma italiana" Ambiente e Sicurezza sul Lavoro - n. 1, gennaio 2009 - Editore EPC Libri.

MODELLI E PREMI PER LA SALUTE E SICUREZZA: IL CONTESTO INTERNAZIONALE

LEUZZI F.*, TRONCI M.**

1. I modelli per la salute e sicurezza

Come evidenziato nei capitoli precedenti, ad oggi sono largamente diffuse normative e linee guida per regolamentare e implementare i sistemi di gestione della salute e sicurezza, mentre sono presenti in letteratura, e solo come prime sperimentazioni, pochi modelli di *Total Safety Management* (TSM) che prevedano sia una gestione della salute e sicurezza a 360°, sia la misura delle performance dell'organizzazione aziendale su questo tema.

È importante sottolineare che alcuni modelli presenti in letteratura evidenziano un primo passaggio da una gestione della salute e sicurezza tradizionale ad un modello di gestione della sicurezza, in cui si va oltre un approccio orientato alle prestazioni di gestione della sicurezza e che coinvolge l'intera organizzazione nello stabilire e mantenere un ambiente di lavoro sano e sicuro (nel TSM, ad esempio, gli obiettivi ed i programmi di sicurezza sono gestiti in maniera integrata nell'ambito dell'organizzazione aziendale).

L'approccio quantitativo, supportato dall'utilizzo di indicatori, è ormai alla base di numerosi modelli, ancora non molto diffusi, ma ormai presenti in alcuni settori come ad esempio il Railway Maturity Model¹ (RMM) che definisce i criteri che vengono usati per valutare la capacità di un'organizzazione di raggiungere l'eccellenza nel controllo dei rischi per la salute e la sicurezza nell'ambito del trasporto ferroviario.

Nella letteratura scientifica, che in verità non riporta molti esempi strutturati su questi temi, sono presenti alcuni case study con modelli ad hoc che illustrano ed analizzano come e perché una corretta gestione della salute e sicurezza impatta sulle performance aziendali.

* Area Lavoro, Welfare e Capitale Umano Confindustria.

** Associazione Premio Qualità Italia (APQI), Sapienza Università di Roma Dipartimento di Ingegneria Meccanica e Aerospaziale.

1 Railway Management Maturity Model (RM3) (Version 1.02) March 2011.

Si riportano di seguito alcune sintetiche considerazioni sui modelli analizzati tralasciando la descrizione del modello EFQM che sicuramente, da un'analisi comparata, risulta il più completo e che verrà illustrato nel capitolo 5 nell'ambito dell'illustrazione del Framework sviluppato per il Premio Imprese per la Sicurezza. I modelli presenti in letteratura, ritenuti sufficientemente completi in quanto prendono in considerazione molti aspetti di salute e sicurezza sono il citato Railway Maturity Model, il modello MIMOSA, il Best in Class, l'International Safety Rating (IRS), il Balanced Scorecard (BSC). Alcuni modelli, invece sviluppano temi specifici quali ad esempio quelli organizzativi (Øien's, Operational Safety Condition). Altri coprono diversi aspetti e si basano sull'accorpamento di modelli diversi (es. Path- EFQM)². Altri ancora sono molto operativi e ogni aspetto è collegato con specifici indicatori (così anche MIMOSA, ISR).

Da un'analisi dei temi chiave, presenti nei modelli sopra citati, raggruppandoli tenendo conto della frequenza e della significatività rispetto al tema della salute e sicurezza, pur evidenziando che i modelli spesso partono da logiche, finalità e strutture differenti e che non è sempre facile confrontare i diversi aspetti, si evince che i temi principali affrontati nei modelli sono: la leadership e il management, le politiche e le strategie, il personale, i processi, il monitoraggio e i risultati.

Il tema della leadership e del management è comune a tutti i modelli e fa riferimento ai ruoli di guida che influenzano la definizione e il perseguimento degli obiettivi di salute e sicurezza in un'azienda; i modelli analizzati, nel dettagliare gli items che caratterizzano il ruolo della leadership, hanno forti punti di contatto e limitate differenze.

2 Di seguito la bibliografia relativa ai modelli citati:

- International Journal for Quality in Health Care 2006; Volume 18, Number 5: pp. 327-335, A proposed adaptation of the EFQM fundamental concepts of excellence to health care based on the PATH framework, - Paula Vallejo, Rosa Maria Saura, Rosa Sunol, Vahe Kazandjian, Victoria Ureña And Jordi Mauri.
- Øien, K.I, A framework for the establishment of organizational risk indicators, Reliability Engineering and System Safety, Volume 74, issue 2 (November, 2001), p. 147-167.
- Saracino, A., Curcuruto, M., Pacini, V., Spadoni, G., Guglielmi, D., Saccani, C., Bocci, V.M., Cimarelli, M., 2012a. IPESHE: an index for quantifying the performance for safety and health in a workplace. Chem. Eng. Trans. 26, 489-494.
- Ada Saracino - Quantificazione del rischio occupazionale: indicatori, indici e metodologia fuzzy, Tesi di dottorato, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna.
- Willem N. Top, International safety rating, Het Offshore Blad 5/86, Offshore Newsletter 1/87, Offshore Newsletter 2/87, Offshore Newsletter 3/87.
- Trond Kongsvik *, Petter Almklov, Jørn Fenstad, Organisational safety indicators: Some conceptual considerations and a supplementary qualitative approach, Safety Science 48 (2010) 1402-1411.
- Brandt E, Schmidt W, Dziewas R, Groene O. Implementing the Health Promoting Hospitals strategy through a combined application of the EFQM Excellence Model and the Balanced Scorecard. In: Groene O, Garcia-Barbero M, eds. Health promotion in hospitals: Evidence and quality management. Copenhagen: WHO, 2005:84-102.
- M. Sam Mannan, Ray A. Mentzer, Jiaqi Zhang - Framework for Creating a Best-in-Class Safety Culture- Journal of Loss Prevention in the Process Industries 12 August 2013 13 September 2013 16 September 2013.

Il secondo tema individuato include gli aspetti, previsti dai diversi modelli, relativi a politiche e strategie; a tal proposito sono considerati strategici, nei modelli, items come la definizione della politica, l'apprendimento continuo, la cultura della sicurezza e i valori (Best in class, EFQM- PATH), l'innovazione, la capacità di anticipare le necessità, l'approccio etico (EFQM-PATH), la responsabilità sociale (MIMOSA). Nel modello RMM si possono riscontrare come strategici temi presenti nei criteri legati alla policy/governance così come nell'organizzazione.

Un terzo tema, chiaramente definito, comprende gli aspetti relativi al personale; quattro degli studi citati, hanno esplicitamente una voce che si riferisce al personale e, in genere, sono presenti in tutti i modelli gli aspetti della formazione/addestramento e le competenze.

Il quarto tema racchiude gli aspetti relativi ai processi.; questo è uno dei temi più corposi perché comprende la maggior parte degli adempimenti in relazione alla valutazione dei rischi, incluse le misure protezione e prevenzione, alla gestione delle emergenze, agli appalti, alle attrezzature, etc. Tutti i modelli analizzati affrontano questi temi, anche se alcuni con l'obiettivo del rispetto normativo e altri con l'obiettivo dell'eccellenza nella gestione dei processi.

Il quinto tema che si è individuato, si riferisce gli aspetti relativi al monitoraggio e ai risultati. Monitoraggio, controllo e revisione consentono di valutare i progressi e di avere feedback all'interno del sistema complessivo di gestione della sicurezza e sono una parte essenziale del programma per il miglioramento continuo e raggiungere l'eccellenza.

Il tema delle partnership e delle risorse, riconoscibili nel modello EFQM e EFQM- PATH (*partnership development*) non è considerato tra i temi chiave degli altri modelli esaminati; il tema degli appaltatori e della gestione degli appalti è stato, invece, trattato, nei diversi modelli, nella sezione "processo".

In conclusione, gli studi e i modelli analizzati pur partendo da principi diversi e avendo nature e scopi differenti presentano però, grandi macrotemi comuni.

Tra i modelli considerati, quello che risulta più strutturato, anche se non è riferito alla salute e sicurezza, è indubbiamente il Modello EFQM, che analizza in dettaglio tutti i temi trattati e punti cardine per sviluppare un modello di *Total Safety Management*.

2. I Premi per la salute e sicurezza

Da tempo è stato riconosciuto che i regimi di incentivazione, interni in azienda, possono migliorare le performance aziendali, motivare la forza lavoro ed essere utilizzati in una varietà di situazioni, che vanno dal potenziamento degli obiettivi di vendita, a ridurre l'assenteismo e migliorare la salute e le prestazioni di sicurezza (Alonzo, 1996).

Gli incentivi di salute e sicurezza sono usualmente organizzati internamente

all'azienda con programmi mirati alla partecipazione dei lavoratori. Ormai da diversi anni, in aggiunta ai premi interni alle aziende, sono stati sviluppati premi esterni all'organizzazione aziendale, assegnati da soggetti terzi, che si basano sulla capacità dell'azienda di raggiungere uno o più livelli di prestazioni. I fattori motivazionali che incoraggiano le organizzazioni a partecipare a questi tipi di premi sono numerosi. Ricerche preliminari (Walker, Cox, e Tait, 1998), suggeriscono che i premi possono essere usati per motivare il personale a raggiungere performance sempre migliori sul tema della salute e sicurezza, ma quando questi sono organizzati esternamente, possono avere una serie di altre funzioni, tra cui quella di migliorare gli standard di salute e sicurezza, di migliorare l'immagine sul mercato e le pubbliche relazioni e, non ultimo, come riconoscimento aziendale e personale.

Numerosi sono i premi in tema di salute e sicurezza esistenti, organizzati nei Paesi europei ed extraeuropei, con diverse caratteristiche in merito alle tipologie di premi assegnati, ai criteri di attribuzione dei punteggi, alle modalità di assegnazione dei riconoscimenti, alle application (form di ammissione/valutazione) utilizzate e alle logiche con cui vengono conferiti. Molti di questi si ispirano a criteri di miglioramento continuo.

Nel merito sono stati analizzati numerosi premi salute e sicurezza presenti nel contesto internazionale (è stata fatta una valutazione solo relativamente al metodo e ai contenuti dei diversi premi alcuni dei quali sono attivi da decine di anni); dall'analisi si evidenzia che molti di questi prevedono categorie rivolte a settori specifici, ad esempio, esiste un numero significativo e un'ampia gamma di premi nel settore delle costruzioni. Tali premi, quali ad esempio l'AGC Oregon Safety Awards³ - organizzato dall'associazione dei general contractor - nel settore costruzioni, presentano delle application che, oltre ad avere una parte più generale, sono poi molto specifiche in relazione al settore.

Nella maggior parte dei casi le tipologie (categorie) di premi, i criteri di eleggibilità, le modalità di partecipazione e la composizione della giuria sono ben dettagliati. Spesso, però, non è molto chiara la metodologia utilizzata per assegnare i premi.

Quasi tutti si svolgono in un periodo di tempo abbastanza breve, comunque non superiore ai sei mesi. I premi sono strutturati per categorie in funzione della tipologia di aziende o della tipologia di premio che si vuole assegnare (spesso in riferimento a buone prassi, aziendali). Quasi tutti hanno un solo step di compilazione questionari/form che sono oggetto di valutazione da parte della giuria.

Solo in pochi casi sono previste visite presso le aziende, ad esempio, sia per il Premio National Safety Awards of Excellence Australiano⁴ e che per il RoSPA Health and Safety Awards⁵ della Gran Bretagna le visite sono effettuate solo tal-

3 <https://www.agc-oregon.org/industry-priorities/safety-awards/>

4 <http://www.nationalsafetyawards.com.au>

5 <https://www.rospa.com/awards/>

volta quando ritenuto opportuno dalla giuria; invece sono previste sempre le visite per i finalisti, ad esempio, per il premio Cinese Hong Kong “Occupational Safety and Health Award”.

L’application è in generale molto semplice, nella maggior parte dei casi sono previste poche domande (circa 15, max 20) e si richiede di allegare, in tutti i premi analizzati, copiosa e chiara documentazione di supporto. In altri casi è prevista la descrizione di un progetto realizzato, di un’iniziativa, etc, anche in questo caso con documenti a supporto.

I premi sono in genere destinati alle aziende, ma ci sono anche diversi premi rivolti all’individuo, sia esperto di sicurezza, sia lavoratore che non è specificatamente occupato in questa materia (es. il Governor’s Employee Safety Award (GESA)⁶ assegnato in California, il National Safety Awards of Excellence Australiano).

I Premi considerati sono strutturati in maniera diversificata per categorie (ad esempio, migliore iniziativa della leadership in sicurezza, migliore soluzione di un rischio, ecc.) o per settori e, in genere, per ogni tipologia sono previste application specifiche.

Anche i criteri di eleggibilità hanno punti in comune: quasi tutti i premi prevedono che vengano dichiarati gli infortuni accaduti e molti che le aziende non debbano aver avuto infortuni mortali o gravi o procedimenti penali, prima della partecipazione (a volte da 5 anni, a volte da due o da un anno).

In tutti i casi è possibile partecipare al premio anche se si è vinto il premio l’anno prima, a volte non nella stessa categoria o per lo stesso progetto, altre volte, come nel caso del Governor’s Workplace Safety Awards del Minnesota⁷, è necessario aver vinto la prima tipologia di premio, per poterne vincere una seconda tipologia, ecc. Il processo per assegnare i premi non sempre è ben delineato, o comunque non ne viene data evidenza nei documenti disponibili al pubblico (come ad esempio per il NSCA Australiano), in alcuni casi esistono specifiche application con un punteggio massimo assegnato per ogni domanda (come per esempio per il premio canadese), in altri casi esistono check list specifiche ma non sono noti i criteri con cui vengono selezionate le aziende (cioè se alle domande corrisponde un punteggio), ad esempio per il premio Cinese. Il caso del Minnesota è tra i più strutturati, tra quelli analizzati, perché non solo ad ogni risposta, corrisponde un punteggio ma sono anche fissate specifiche soglie per vincere i premi. In generale molti premi prevedono una semplice metodologia per attribuire il punteggio: ad ogni risposta viene assegnato un valore (in genere da 0 a 5).

In nessun caso, tra i diversi premi analizzati, ci sono evidenze in merito ai criteri su come viene effettuata la visita in loco e se eventualmente a questa viene attribuito un risultato quantitativo.

⁶ <http://www.dgs.ca.gov/orim/Programs/GESA.aspx>

⁷ <https://www.minnesotasafetycouncil.org/awards/>

Tra i dati da fornire (oltre il numero di lavoratori, numero di ore lavorate, etc..) in quasi tutti i premi, come detto, sono richiesti dati infortunistici (intesi come giorni di assenza da lavoro), anche se in genere a questi non corrisponde un punteggio. Come benefit, in molti premi (Australia NSCA, Canada, Gran Bretagna Rosca), i vincitori possono usare un logo specifico del premio e fare pubblicazioni in riviste specializzate in salute e sicurezza, spesso gestite dall'ente organizzatore del premio.

Si evidenzia, inoltre, che non si citano, se non in un caso (Rospa GB), i sistemi di gestione certificati.

Da un'analisi dei contenuti collegati alle application da compilare per partecipare ai premi e tenendo conto unicamente dei premi principalmente rivolti alla gestione della sicurezza, si evidenzia la presenza dei seguenti temi:

- la valutazione dei rischi (come in azienda vengono identificati, analizzati, controllati i rischi) prendendo in considerazione aspetti che vanno dai dispositivi di protezione individuale utilizzati, alla manutenzione delle macchine, agli approcci usati per identificare i pericoli e le misure di controllo;
- il tema della formazione esplicitamente affrontato da quasi tutti i Premi citati;
- il ruolo della leadership con riferimento, ad esempio, a come l'organizzazione è strutturata;
- la presenza di una politica aziendale o comunque di un programma di salute e sicurezza in cui sono definiti gli obiettivi;
- il controllo di appaltatori, subappaltatori e fornitori sia in riferimento al tema delle competenze, sia a quello della selezione e controllo;
- l'analisi delle prestazioni, il monitoraggio, l'identificazione degli indicatori chiave, gli approcci usati per garantire il monitoraggio delle prestazioni;
- gli audit, intesi come misura di controllo e ispezione, sono presenti solo in alcuni premi;
- l'analisi degli incidenti/near miss accaduti, in riferimento all'individuazione delle cause, alle informazioni fornite ai lavoratori sui report di incidente, alla presenza di procedure per effettuare l'analisi degli infortuni.

In conclusione i diversi Premi esistenti, in genere, come si evince anche dalla letteratura⁸, quando sono ben strutturati ed organizzati permettono di conseguire diversi benefici: diffondono buone prassi, offrono ai partecipanti l'opportunità di confronto, di crescita e di sviluppo, mediante il raggiungimento di standard sempre più elevati, e favoriscono il mantenimento, l'aggiornamento e lo sviluppo dei sistemi di gestione, promuovendo, in molti casi, l'eccellenza nella salute e sicurezza nel luogo di lavoro.

⁸ Robin Tait and Deborah Walker, *Motivating the Workforce: The Value of External Health and Safety Awards*, Journal of Safety Research, Vol. 31, No. 4, pp. 243-251, 2000.

IL PREMIO IMPRESE PER LA SICUREZZA E LA SUA EVOLUZIONE

ALBINI P.* , BERTORELLI G.** , BRACALETTI G.*** , D'ALVIA F.**** , DE NICOLA T.***** ,
LEUZZI F.***** , MANNI V.*** , MORINELLI G.*****

Il Premio Imprese per la Sicurezza, promosso da Confindustria e Inail con la collaborazione tecnica di APQI e Accredia, con riconoscimenti del Presidente della Repubblica, è dedicato a tutte le imprese produttrici di beni e servizi operanti in Italia ed ha l'intento di offrire un significativo contributo al processo di diffusione della cultura della sicurezza coinvolgendo tutto il sistema produttivo italiano. Lo scopo principale del Premio è quello di creare cultura di impresa in tema di salute e sicurezza, di fornire un quadro di riferimento per il miglioramento delle prestazioni e l'eccellenza, di diffondere le prassi migliori e di premiare le imprese che si distinguono per l'eccellenza del processo di gestione e dei risultati conseguiti. Il Premio vuole in sostanza misurare il livello di innovazione e il grado di consapevolezza delle imprese, facendone emergere i profili più rimarchevoli, assegnando un riconoscimento a quelle più capaci di mantenere e accrescere il proprio vantaggio competitivo attraverso la sicurezza. Il Premio intende dunque fornire ampia visibilità a livello nazionale a quelle imprese che meglio si stanno impegnando in tema di sicurezza, mettendo in campo le migliori pratiche, le procedure più orientate al risultato di incrementare il livello di sicurezza all'interno delle aziende, aumentando in tal modo la competitività e lo sviluppo del sistema Paese.

Il Premio è rivolto a tutte le imprese, anche non aderenti al sistema Confindustria, e viene assegnato a categorie di aziende distinte per tipologia di rischio (alto o medio-basso) e per dimensione (imprese con un numero di dipendenti minore o uguale a 50, compreso tra 51 e 250, oltre 250).

* Direttore Area Lavoro, Welfare e Capitale Umano Confindustria.

** Associazione Premio Qualità Italia (APQI).

*** Dipartimento Medicina Epidemiologia e Igiene del Lavoro e ambientale Inail.

**** Consigliere APQI.

***** Vicario Direzione Centrale Prevenzione Inail.

***** Area Lavoro, Welfare e Capitale Umano Confindustria.

***** Csa Inail settore prevenzione coordinatore settore centrale.

I premi sono assegnati alle aziende in funzione della fascia di punteggio ottenuto a seguito delle valutazioni: alla fascia più alta sono assegnati gli *Award*, a seguire i *Prize*. Sono conferite, inoltre, menzioni per le aziende che hanno sviluppato iniziative/progetti specifici, particolarmente meritevoli o progetti innovativi in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Le aziende vengono selezionate, in base al punteggio più alto, attraverso un processo di autovalutazione e vengono successivamente coinvolte in un approfondito processo di valutazione ad integrazione della precedente compilazione dei questionari, con la compilazione di un'applicazione e una visita in sede da parte di un team di valutatori esperti composto da Inail, APQI e Accredia.

La metodologia adottata per la valutazione delle imprese partecipanti al Premio Imprese per la Sicurezza fa riferimento al modello di Total Safety Management (TSM). Il framework sviluppato da APQI, con il supporto di Confindustria Inail ed Accredia, è mutuato dalle esperienze maturate nell'ambito del Total Quality Management ed è stato messo a punto secondo una struttura coerente e integrabile con il Modello EFQM per l'Eccellenza come richiesto dagli scopi del Premio.

Tale modello, illustrato nell'articolo dedicato su tale monografico, è uno schema non prescrittivo che può essere usato per ottenere una visione olistica di ogni organizzazione, indipendentemente dalle dimensioni, dal settore di appartenenza e dal grado di maturità delle stesse. Negli ultimi anni il Modello di Eccellenza EFQM ha costituito lo schema di riferimento per le organizzazioni per sviluppare la cultura dell'eccellenza, avere accesso a buone prassi, spingere l'innovazione e misurare i propri risultati.

Utilizzando il modello come base del premio si ha l'obiettivo di accrescere l'attenzione delle imprese verso le esigenze dei propri stakeholder, di insegnare loro ad apprendere, innovare e migliorare la propria prestazione complessiva, per poter essere da esempio per altre realtà aziendali.

Mantenendo i principi, la metrica e la struttura di base del Modello EFQM, il Framework che sostiene il Premio è stato adattato con i temi tipici della salute sicurezza e parzialmente semplificato al fine di rendere il Modello più coerente con il contesto italiano, in cui sono presenti molte PMI.

Il Framework utilizzato per il Premio imprese per la sicurezza ha una forte rispondenza con i sistemi di gestione (considerati punto di partenza) e copre in modo esaustivo tutte le aree di *governance* della salute e sicurezza sul lavoro e, come il modello EFQM, è un quadro di riferimento per l'eccellenza, che riconosce la pluralità degli approcci al perseguimento di una eccellenza sostenibile nel tempo nell'ambito della salute e sicurezza sul lavoro.

Il Premio si svolge in tre fasi:

Fase di selezione 1: Le imprese effettuano un'autovalutazione attraverso la compilazione di questionari on-line presente nella homepage del sito Confindustria;

la compilazione dei tre questionari offre a tutti i partecipanti la possibilità di effettuare un check-up approfondito sulla loro situazione in materia di gestione per la sicurezza.

Tra le informazioni richieste anche quelle relative a eventuali certificazioni in possesso dell'azienda partecipante e all'andamento dei risultati conseguiti sia sul piano degli infortuni, sia sui risultati di business conseguiti negli ultimi tre anni.

Questa fase premio potrebbe essere ulteriormente implementata, in successivi sviluppi del Premio, prevedendo l'acquisizione di ulteriori risultati con particolare riferimento, ad esempio, alla misura del costo degli incidenti/infortuni per poter meglio apprezzare il ritorno economico degli investimenti sulla sicurezza e l'impatto complessivo sui risultati di business (fatturato e utile).

La sicurezza e la salute sul lavoro hanno, infatti, chiare implicazioni economiche dato che gli infortuni sul lavoro e le malattie contratte sul lavoro gravano sui lavoratori, sulle aziende e, più in generale, su tutta la società.

Fase di selezione 2: Sulla base dei risultati dei questionari, il Comitato Tecnico Scientifico (composto da esperti di Confindustria, Inail, APQI ed Accredia) predisponde una graduatoria delle migliori aziende per ognuna delle classi dimensionali individuate e differenziate per tipologia di rischio. Alle imprese migliori viene richiesta la stesura di un'Application *ovvero di un documento in cui l'impresa descrive, ad integrazione dei questionari già compilati, sia gli approcci utilizzati per la gestione della salute e sicurezza sia i risultati ottenuti*. L'application può essere un utile strumento autovalutativo, che permette alle aziende di acquisire consapevolezza sul proprio grado di maturità in relazione alla salute e alla sicurezza. A seguito di un'attenta analisi delle Application, vengono selezionate le imprese più meritevoli.

L'Application è stata introdotta a partire dall'edizione 2013, in base alle risultanze della prima edizione, per rendere più esaustiva la fase di selezione 2.

Fase di selezione 3: le imprese selezionate sono sottoposte ad una valutazione approfondita *attraverso la richiesta di ulteriore documentazione (es. copia o estratto del documento di valutazione dei rischi, etc.) e tramite una visita sul posto da parte di un team di valutatori*. Il processo (vedi figura 1) prevede la valutazione individuale basata sulla Metrica RADAR del Modello, il consenso di Team e la preparazione di un rapporto preliminare con i Punti di Forza, le Aree da Migliorare e il punteggio per ciascun sottocriterio del modello. I Team di valutazione visitano le imprese selezionate e, mediante analisi della documentazione e interviste al personale a tutti i livelli aziendali, verificano la corrispondenza tra quanto scritto nei documenti forniti dall'azienda e la realtà aziendale. In funzione delle risultanze della visita i Team rivedono i rapporti preliminari e provvedono alla stesura dei rapporti di valutazione finali.

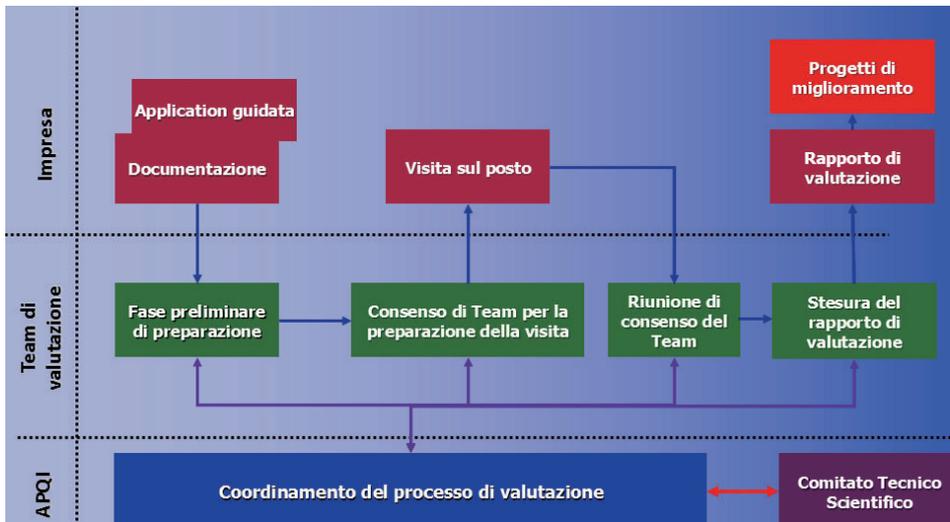


Figura 1: Il Processo di valutazione delle aziende finaliste.

Sulla base dei risultati delle valutazioni, Il Comitato di Premiazione definisce i vincitori del Premio e delle Menzioni nazionali.

Importante evidenziare che tutte le imprese partecipanti ricevono un rapporto di valutazione personalizzato con il risultato raggiunto ed il proprio posizionamento rispetto alle altre aziende che hanno partecipato alla Fase di selezione. Il rapporto è un utile strumento che mette in risalto punti di forza ed aree di miglioramento dell'Impresa. In particolare il rapporto contiene un confronto con le aziende partecipanti al Premio strutturato sulla base sia dei punteggi complessivi dei questionari compilati sia dei punteggi per singola domanda dei due questionari, anche in riferimento ad aziende alla medesima classe (rischio e dimensione). In totale vengono fornite 17 visualizzazioni grafiche di confronto.

Tutte le imprese finaliste ricevono un corposo rapporto di valutazione personalizzato, un documento, redatto dai valutatori, che segue la struttura del Modello, contenente i Temi Chiave dell'azienda, i Punti di Forza e le Aree da Migliorare, articolati per ciascuna domanda della Check List, e il profilo di punteggio complessivo e per ciascuna domanda. Anche in base alle testimonianze delle aziende finaliste, è evidente che il Rapporto di valutazione rappresenta una fonte preziosa per il miglioramento.

Attraverso di esso, l'azienda è in grado di individuare, area per area, le opportunità e priorità di miglioramento dei propri risultati. Per agevolare la comprensione del rapporto, a tutte le imprese viene offerta la possibilità di ricevere la visita

di un valutatore esperto per spiegare ai responsabili i contenuti del rapporto e le motivazioni della valutazione.

I numeri delle prime cinque edizioni del Premio Imprese per la Sicurezza (la quinta edizione è attualmente in corso) sono di seguito riportati:

- **904** imprese si sono registrate per la compilazione;
- **610** imprese hanno compilato il questionario on line;
- **270** imprese sono state invitate a scrivere un'Application (*solo per le edizioni 2013-2014-2015-2017*);
- **208** hanno inviato l'Application (*solo per le edizioni 2013-2014-2015*);
- **90** sono state ammesse alla visita sul posto;
- **9** imprese hanno conseguito l'Award (*prime 4 edizioni*)
- **13** imprese hanno conseguito il Prize (*prime 4 edizioni*)

Nelle prime 4 edizioni inoltre sono state assegnate 23 menzioni.

Di seguito la distribuzione delle imprese finaliste per tipologia di rischio e dimensione nelle 4 edizioni dal 2012 al 2015.

	Piccole	Medie	Grandi
Rischio medio basso	12%	2%	4%
Rischio alto	24%	25%	33%

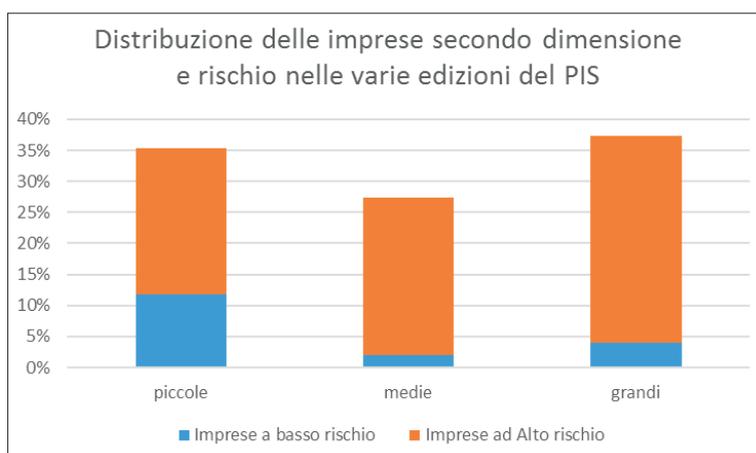


Figura 2: Distribuzione imprese per dimensione e rischio nelle varie edizioni del PIS.

Si evidenzia che gran parte delle imprese finaliste fanno parte delle aziende classificate con rischio alto (82%) e che le imprese piccole rappresentano il 35%. Tali dati evidenziano come anche le piccole imprese possano essere coinvolte nelle iniziative di sensibilizzazione alla salute e sicurezza e come le stesse dimostrino un impegno sempre crescente in tale tematiche. L'auspicio per il futuro è che il Premio e la diffusione del Modello di riferimento possano continuare a stimolare in tutte le imprese, piccole o grandi che siano, l'impegno sistematico per il raggiungimento dell'eccellenza nel processo di gestione della salute e della sicurezza.

INIZIATIVE DI SOSTEGNO ALL'ADOZIONE DI MODALITÀ GESTIONALI DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO NELLE AZIENDE

BRACALETTI G.* , DE NICOLA T.** , MANNI V.*

Introduzione

Un Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro (SGSL) è un sistema organizzativo aziendale volontario, finalizzato a garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute e sicurezza sul lavoro, attraverso la massimizzazione dei benefici e la riduzione dei costi.

Attraverso la realizzazione di un SGSL, la gestione della sicurezza e salute sul luogo di lavoro diventa parte integrante della gestione complessiva di un'azienda: in tal modo si individua una politica di salute e sicurezza e si costruisce una struttura organizzativa consona alle attività svolte, alla dimensione aziendale, ai rischi lavorativi, agli obiettivi prefissati e ai relativi programmi di attuazione.

In particolare, l'articolo 30 del d.lgs. 81/2008 e s.m.i., descrive le caratteristiche dei suddetti sistemi ai fini dell'efficacia esimente della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231.

L'implementazione di un modello di organizzazione e di gestione della sicurezza sul lavoro non è obbligatorio ed è principalmente utilizzato nelle grandi aziende, sebbene la promulgazione del Decreto 13 febbraio 2014 abbia teso a favorire l'adozione di modelli organizzativi e di gestione della salute e sicurezza nelle piccole e medie imprese.

In sede di prima applicazione si presumono conformi ai requisiti di cui al citato articolo 30, per le parti corrispondenti, i modelli di organizzazione aziendale definiti conformemente alle Linee guida UNI-Inail per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (SGSL) del 28 settembre 2001 o al British Standard OHSAS 18001:2007.

* Dipartimento Medicina Epidemiologia e Igiene del Lavoro e ambientale Inail.

** Vicario Direzione Centrale Prevenzione Inail.

In Italia i SGSL si sono infatti concettualmente affermati a partire dal 2001 quando, in pochi mesi Inail, UNI e parti sociali, in linea con la strategia sostenuta dall'ILO hanno formulato le Linee Guida per un Sistema di Gestione della salute e Sicurezza sul lavoro. Queste hanno di fatto aperto la strada alla diffusione anche dell'altro standard, già allora esistente, le OHSAS 18001 più appetibili ad una certa fascia di mondo produttivo perché certificabile.

Una fortissima spinta all'adozione dei suddetti sistemi si è avuta con l'introduzione dei reati legati alla sicurezza sul lavoro nel novero di quelli punibili ai sensi del d.lgs. n. 231/2001, ma è auspicabile che, la promozione di una evoluzione culturale in questa direzione, possa supportare la diffusione di questi sistemi, che, peraltro, rappresentano uno strumento di indubbia efficacia.

Nella consapevolezza che il deterrente costituito dalle sanzioni ex d.lgs. n. 231/2001 ha avuto un grandissimo peso nella diffusione di SGSL, è necessario ricordare, infatti, che in realtà questi modelli organizzativi sono nati precedentemente con lo scopo di prevenire infortuni e malattie professionali.

I fattori di successo per l'azienda che adotta i SGSL

Le ricadute aziendali per le aziende che sposano la logica sistemica della gestione SSL possono essere così raggruppate: la riduzione dei costi derivanti da incidenti, infortuni e MP minimizzando i rischi cui possono essere esposti dipendenti, clienti, fornitori; l'aumento dell'efficienza e della prestazione di impresa; l'ottimizzazione delle risorse investite; il miglioramento dei livelli di salute e sicurezza sul lavoro; la massima facilità nel poter produrre tutta la documentazione richiesta dalle norme; il miglioramento dell'immagine interna ed esterna dell'azienda.

L'adozione da parte delle imprese di SGSL diventa un elemento di competitività, consentendo di tramutare le criticità ed i costi, in vantaggi per le singole aziende con ricadute sulla collettività in termini di riduzione dei costi sociali.

L'adozione dei SGSL sostiene il processo, anch'esso volontario, di fare impresa secondo i principi di Responsabilità Sociale di Impresa utilizzando modelli e standard gestionali ed applicativi condivisi dalle istituzioni e dalle parti sociali.

È inoltre ormai dimostrato da studi condotti dall'Inail e da ricerche internazionali, che l'utilizzo di SGSL induce un abbattimento degli indici infortunistici e tecnopatici.

Per questi motivi l'Inail ha orientato, ormai da tempo, le proprie politiche di prevenzione al sostegno della diffusione dei Sistemi di gestione per la salute e la sicurezza.

La promozione dell'applicazione dei suddetti sistemi è mirata, in particolare, a contribuire al superamento della logica dell'adempimento e dell'approccio esclusivamente tecnico alla prevenzione, favorendo di converso un approccio manageriale di carattere partecipativo.

Attività dell'Inail a sostegno SGSL

Promozione SGSL attraverso la stipula di Accordi

Alla luce di quanto prescritto dal sopracitato art. 30 comma 5 del d.lgs. 81/2008 e s.m.i., conformemente alle Linee Guida UNI Inail del 28 settembre 2001, l'Inail promuove l'applicazione dei sistemi di gestione della salute e sicurezza sul lavoro, che definiscono le modalità per individuare, all'interno della struttura organizzativa aziendale, le responsabilità, le procedure, i processi e le risorse per la realizzazione della politica aziendale di prevenzione, nel rispetto delle norme di salute e sicurezza vigenti.

Il sostegno dell'Inail si esplica in linea di coerenza con quanto previsto all'art. 10 del d.lgs. 81/2008 e s.m.i., realizzando specifici Accordi con i diversi soggetti del sistema prevenzionale nazionale (in particolare con le Associazioni rappresentative delle Parti sociali, datoriali e sindacali) sulla base del reciproco interesse al perseguimento di una specifica finalità, la cui realizzazione rappresenta il primo passo verso la costituzione della "logica di sistema" della prevenzione delineato dalla normativa vigente.

In particolare, tali Accordi sono finalizzati alla stesura di linee di indirizzo applicative diversificate per comparto produttivo per l'adozione dei Sistemi di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro.

Tra le molteplici esperienze maturate per diverse finalità, infatti, sono da considerare in particolare l'elaborazione e la pubblicazione di strumenti di indirizzo per l'applicazione dei sistemi di gestione quali, Linee di Indirizzo specifiche, ad esempio, dei settori: Energia e petrolio, Grandi aziende a rete, Aeronautico, Costruzioni navali, Igiene urbana, Gomma - plastica, Microimprese, Industria Chimica, Servizi ambientali e territoriali, Servizi pubblici locali che operano nei settori Energia Elettrica, Acqua e Gas.

La valenza di questi modelli applicativi risiede sia nell'approccio sistemico alla gestione della sicurezza sul lavoro, sia nell'opportunità economica che la loro applicazione attribuisce alle aziende. Infatti, le aziende che implementano un sistema di gestione conforme alle suddette Linee d'indirizzo, possono richiedere la riduzione del tasso medio di tariffa ai sensi dell'art. 24 delle Modalità di applicazione delle Tariffe dei premi (d.m. 12 dicembre 2000 e s.m.) dopo il primo biennio di attività, presentando all'Inail il Modulo di Domanda OT24.

L'obiettivo generale degli Accordi è quello di attivare azioni rivolte allo sviluppo della cultura della sicurezza e sviluppare progetti volti alla riduzione sistematica degli eventi infortunistici e delle malattie professionali attraverso il miglioramento delle misure minime di prevenzione previste dalla normativa e l'individuazione di soluzioni a specifiche criticità rilevate nel comparto.

Alcuni peculiari settori, di particolare interesse ed elevata specificità, sono stati considerati ai fini della stipula delle iniziative di collaborazione.

A titolo di esempio si annoverano alcuni degli Accordi attualmente in essere, quali quello con Federchimica, Utilitalia, Consiglio Nazionale Ingegneri, Sistema impresa.

In particolare, l'Inail a valere su uno specifico accordo stipulato con la Regione Lazio, è stato realizzato un progetto, cofinanziato dal Ministero della Salute, relativo alla gestione della salute e sicurezza sul lavoro (SSL) nelle aziende sanitarie pubbliche della Regione Lazio. Nell'ambito delle attività del suddetto accordo sono state realizzate le Linee di Indirizzo SGSL-AS, elaborate al fine di definire il modello organizzativo e gestionale di riferimento da applicarsi nelle aziende sanitarie pubbliche.

Il risultato ivi raggiunto rappresenta un'ulteriore testimonianza della validità di una rete di relazioni tra soggetti pubblici, che porta alla identificazione e condivisione di modelli operativi da trasformare in buone prassi, al fine del sostegno alla diffusione della cultura in tema di salute e sicurezza, come Mission fondamentale dell'Inail.

Asseverazione di modelli organizzativi e gestionali

Va sottolineato il ruolo dell'Inail nella regolamentazione dell'asseverazione dei modelli organizzativi e gestionali ai sensi dell'art 51 del d.lgs 81/2008 e s.m.i., attraverso un accordo con CNCPT, (Commissione Nazionale dei Comitati Paritetici Territoriali), che ha portato alla pubblicazione della prassi di riferimento UNI -PR 02:2013.

Un successivo accordo è stato altresì stipulato ai fini della sperimentazione della suddetta prassi di riferimento, nel settore delle costruzioni edili e di ingegneria civile.

Tutto quanto detto viene affiancato a metodi di sostegno ben più tangibili, quali il finanziamento a fondo perduto per le aziende che vogliono implementare un SGSL, e la riduzione del premio assicurativo a seguito della sua adozione.

Bandi ISI

L'introduzione di meccanismi per promuovere gli investimenti per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, come declinato all'art. 11 del d.lgs. 81/2008 e s.m.i., è stato un atto di grande lungimiranza del legislatore, che ha mostrato di comprendere l'efficacia di questo nuovo modello, in grado di garantire il miglioramento delle condizioni di lavoro e sostenere parallelamente la produttività aziendale.

In applicazione del suddetto articolo pertanto, l'Inail pianifica un programma di incentivi alle imprese - il sistema di finanziamento ISI - che, partito con una edi-

zione sperimentale nel 2010, ha visto lo stanziamento di oltre 1,5 miliardi di euro dal 2010 ad oggi, importo di grande rilevanza in un panorama di recessione economica come quello attuale.

Tali fondi, sono stati resi disponibili per la realizzazione di progetti di investimento focalizzati, tra l'altro, all'adozione di modelli organizzativi e di responsabilità sociale.

Le attività di monitoraggio sviluppate dall'Inail sui soggetti che hanno partecipato ai suddetti bandi, dimostrano e confermano il raggiungimento degli obiettivi che l'Inail si era prefissato con l'emissione di detti incentivi.

Dal 2011 al 2014, infatti, risulta aumentato il numero delle aziende di piccole e medie dimensioni, target di elezione delle attività di prevenzione da parte di Inail, che hanno presentato progetti per il finanziamento, nonché il numero di aziende ad alto rischio che hanno fatto richiesta di incentivo.

Relativamente alla partecipazione delle diverse tipologie di intervento, il numero dei progetti presentati per l'“Adozione di modelli organizzativi e di responsabilità sociale”, vede un andamento oscillante, in aumento nel 2012 (anno in cui, peraltro, era previsto un asse con stanziamento dedicato) rispetto al 2011 ed in diminuzione invece nel 2013 e 2014.

Ciò impone una importante riflessione, in termini di sviluppo di politiche di prevenzione: il sostegno alla diffusione dell'approccio gestionale della sicurezza deve passare attraverso diversi strumenti, tra i quali anche, ma non unicamente, gli incentivi economici; di conseguenza è necessario incrementare la promozione dell'adozione di SGSL, attraverso iniziative di varia natura, che, tra l'altro, sensibilizzino le aziende all'investimento in sicurezza, quantificando i costi della “non” sicurezza.

Supporto tecnico normativo

In tema di attività normativa, l'Inail è impegnato in lavori sviluppati in sede di Commissione consultiva e suoi Comitati permanenti collegati al “Decreto del fare” (Legge 9 agosto 2013 n. 98 di conversione del d.l. 21 giugno 2013, n. 69). Collabora, pertanto, come organo tecnico, alle innovazioni normative annunciate dal d.lgs. 81/2008 e s.m.i. e promulgate nel tempo o in via di promulgazione.

In particolare l'Istituto ha partecipato alla stesura del dm 13 febbraio 2014 relativo alle Procedure semplificate per l'adozione di modelli di organizzazione e gestione (MOG) nelle piccole e medie imprese (PMI). Tale decreto costituisce un valido supporto per le PMI che, nonostante il loro impianto organizzativo semplice, volessero attuare un sistema di gestione per la salute e la sicurezza.

L'Inail sta altresì collaborando alla realizzazione della norma tecnica ISO 45001, che definisce i requisiti dei SGSL: l'assenza di una norma tecnica specifica in questo ambito è particolarmente sentita in quanto la gestione del sistema di salute e sicurezza è pienamente coerente con l'evoluzione della normativa degli ultimi decenni.

La normativa italiana ha, infatti, progressivamente abbandonato l'approccio "command and control" sostituendolo progressivamente con quello proattivo della direttiva europea 391/89 che riporta già specifici elementi di opportunità di gestione sistemica della salute e sicurezza.

L'Inail sta partecipando pertanto al gruppo di lavoro UNI "Metodi e sistemi di gestione della salute e sicurezza sul lavoro", di cui svolge attività di coordinamento, e fornendo un rappresentante alla delegazione italiana presso ISO (International Organization for Standardization).

Conclusioni

È ferma convinzione dell'Inail che investire in sicurezza conviene: per questo l'attività prevenzionale dell'Istituto verrà ancora focalizzata e specializzata nella promozione dell'implementazione di Sistemi di gestione da parte delle aziende.

In questo contesto è un valore aggiunto il lavoro in rete, con le Istituzioni, le parti sociali e le imprese, in ottica di sistematizzazione delle relazioni - come auspicato anche a livello internazionale dalla "Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo" relativa ad un quadro strategico dell'UE in materia di salute e sicurezza sul lavoro 2014-2020") - e di "socializzazione delle conoscenze" in tema di gestione della salute e sicurezza. Il fine ultimo è rappresentato dal miglioramento reale delle condizioni di sicurezza e salute dei luoghi di lavoro e dalla riduzione effettiva del fenomeno infortunistico e tecnopatico.

RIASSUNTO

La gestione sistemica della salute e della sicurezza sul lavoro diventa sempre più parte integrante della gestione complessiva delle organizzazioni, a riprova di un incremento continuo dell'interesse che le piccole, medie e grandi aziende mostrano nei confronti delle tematiche di salute e sicurezza. Tale interesse si concretizza in interventi a carattere prevenzionale che riescono ad influire positivamente sulla riduzione degli infortuni e delle malattie professionali.

Gli approcci integrati e sistemici garantiscono indubbiamente risultati apprezzabili, misurabili non solo attraverso indici di gravità e di frequenza, ma anche attraverso una misurazione delle performances tramite indicatori in grado di determinare l'impegno delle organizzazioni nel tempo, sia nelle fasi di implementazione tecnica e tecnologica sia organizzativa e gestionale.

Tale impostazione costituisce una vera e propria strategia per il miglioramento delle performances di salute e sicurezza sul lavoro delle aziende. In tale ottica la premiazione delle aziende che si contraddistinguono per il loro impegno nella gestione della SSL, rende possibile la sollecitazione e la diffusione delle prassi migliori nonché la sensibilizzazione delle imprese e dei lavoratori sugli aspetti normativi, culturali, organizzativi e comportamentali.

Il Premio Imprese per la sicurezza, giunto nel 2017 alla quinta edizione, rappresenta una proposta metodologica utile e di facile applicazione da parte delle imprese, si sviluppa sulla base del modello di riferimento di Total Safety Management (TSM) e del relativo "Framework salute e sicurezza" che offre opportunità di analisi e riflessione al management aziendale sia attraverso l'autovalutazione, sia attraverso gli esiti di un audit esterno che esplicita punti di forza e di debolezza dell'organizzazione, costituendo una importante opportunità di miglioramento dei risultati prevenzionali delle aziende.

SUMMARY

Systemic health and safety management is becoming more and more an integral part of the overall management of organizations, demonstrating a steady increase in the interest shown by small, medium and large companies in relation to health and safety issues. This interest arises in preventive interventions that can have a positive impact on the reduction of accidents at work and professional diseases.

Integrated and systemic approaches undoubtedly provide some appreciable results that can be measured not only through gravity and frequency indices, but also by measuring performances through indicators that can determine the commitment of organizations over time, both in technical and technological implementation phases both organizational and managerial ones.

This approach is a true strategy for improving the health and safety in the workplace performances. In this respect, a number of awards, which recognize companies that have distinguished themselves for their commitment to SSL management, make it possible to attract and disseminate best practices and raise awareness amongst businesses and workers about regulatory, cultural, organizational and behavioral aspects.

The Award in Safety at work, the fifth edition in 2017, is a useful and easy-to-use methodological approach by businesses, based on the Total Safety Management (TSM) reference model and its "Health and Safety Framework" that provides opportunities for analysis and reflection on corporate management both through self-evaluation and outcomes of an external audit that identify strengths and weaknesses of the organization, providing an important occasion to improve the results of the company's prevention programs.

Parte II

GIURISPRUDENZA

GIURISPRUDENZA

CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE - SEZIONE QUARTA PENALE 19 OTTOBRE 2017 - N. 50078

PRES. F. IZZO - EST. P. PICCIALLI

Responsabilità medica nel caso di rispetto delle linee guida o delle buone pratiche clinico-assistenziali.

La causa di non punibilità dell'esercente la professione sanitaria, prevista dal secondo comma dell'art. 590-sexies cod. pen., come introdotto dalla legge 8 marzo 2017, n. 24, opera, laddove ricorrano le condizioni ivi previste (rispetto delle linee guida o, in mancanza, delle buone pratiche clinico-assistenziali, adeguate alla specificità del caso), esclusivamente nel caso di imperizia, indipendentemente dal grado della colpa, dovendosi ritenere che il rispetto delle linee guida e delle buone pratiche è compatibile con la condotta imperita nell'applicazione delle stesse.

DIRITTO

1. La non manifesta infondatezza dei motivi proposti, nei termini che verranno delineati, impone al Collegio di tenere conto del corso della prescrizione intervenuta successivamente alla sentenza di appello.
L'intervento chirurgico nel corso del quale si verificarono le conseguenze già descritte è stato infatti compiuto il (*omissis*) e quindi l'ordinario termine di prescrizione, non emergendo dagli atti periodi di sospensione del decorso della stessa, è intervenuto alla data del 13 novembre 2016.
Ciò non esclude che debba esaminarsi funditus il ricorso, anche laddove evoca un difetto di motivazione della sentenza gravata, essendovi le statuizioni civili su cui occorre provvedere, onde l'auspicato (dal ricorrente) proscioglimento nel merito dovrebbe essere adottato *ex art.* 129 c.p.p., secondo comma, per il principio del favor rei, anche allorquando si vertesse in ipote-

si di contraddittorietà o insufficienza della prova della responsabilità (cfr. Sez. U, n. 35490 del 28 maggio 2009, Tettamanti).

Alla luce dei principi appena richiamati, deve riconoscersi che non solo dalla sentenza non risulta affatto evidente che il fatto non sussiste o che l'imputato non lo ha commesso o che non costituisce reato, ecc. ma non risulta neanche la contraddittorietà o insufficienza della prova.

Il ricorso è infondato, a fronte di due decisioni che, lette coerentemente, forniscono una ricostruzione della vicenda lineare, con corretta applicazione dei principi.

2. In premessa, vale osservare che si è in presenza di una “doppia conforme” statuizione (di responsabilità), il che limita all'evidenza i poteri di rinnovata valutazione della Corte di legittimità, nel senso che, ai limiti conseguenti all'impossibilità per la Cassazione di procedere ad una diversa lettura dei dati processuali o una diversa interpretazione delle prove, perchè è estraneo al giudizio di cassazione il controllo sulla correttezza della motivazione in rapporto ai dati probatori, si aggiunge l'ulteriore limite in forza del quale neppure potrebbe evocarsi il tema del “travisamento della prova”, a meno che (ma non è questo il caso, già alla luce dei motivi di ricorso) il giudice di merito abbia fondato il proprio convincimento su una prova che non esiste o su un risultato di prova incontestabilmente diverso da quello reale, considerato che, in tal caso, non si tratta di reinterpretare gli elementi di prova valutati dal giudice di merito ai fini della decisione, ma di verificare se detti elementi sussistano.

Ciò che qui, come detto, deve escludersi, essendosi evocata essenzialmente una tipica censura di merito, sull'apprezzamento del compendio probatorio (gli esiti degli apporti tecnici), articolata sulla base del preteso mancato svolgimento di ulteriori approfondimenti tecnici (in specie e principalmente una perizia officiosa).

È noto in proposito che la Corte di cassazione non è giudice del sapere scientifico, giacchè non detiene proprie conoscenze privilegiate: essa, in vero, è solo chiamata a valutare la correttezza metodologica dell'approccio del giudice di merito al sapere tecnico-scientifico, che riguarda la preliminare, indispensabile verifica critica in ordine alla affidabilità delle informazioni che vengono utilizzate ai fini della spiegazione del fatto. In questa prospettiva, il giudice di merito può fare legittimamente propria, allorchè gli sia richiesto dalla natura della questione, l'una piuttosto che l'altra tesi scientifica, purchè dia congrua ragione della scelta e dimostri di essersi soffermato sulla tesi o sulle tesi che ha creduto di non dover seguire. Entro questi limiti, non rappresenta vizio della motivazione, di per sè, l'omesso esame critico di ogni più minuto passaggio della relazione tecnica disattesa, poichè la valutazione delle emergenze processuali è affidata al potere

discrezionale del giudice di merito, il quale, per adempiere compiutamente all'onere della motivazione, non deve prendere in esame espressamente tutte le argomentazioni critiche dedotte o deducibili, ma è sufficiente che enunci con adeguatezza e logicità gli argomenti che si sono resi determinanti per la formazione del suo convincimento. Laddove il giudice abbia rispettato tali principi, il giudizio di fatto formulato è incensurabile in sede di legittimità (v. Sez. 4, n.18080 del 18 marzo 2015, p.c. Eccher in proc. Barretta).

Nella specie, convergentemente (ed incensurabilmente) i giudici del merito, proprio col conforto dei contributi tecnici disponibili e necessari, hanno valorizzato il tema della colpa in capo all'imputato, apprezzando in positivo il comportamento tenuto del sanitario, considerandone l'inappropriatezza rispetto al risultato che poteva e doveva essere perseguito, valutandone la rilevanza sull'esito negativo derivatone per la persona offesa.

È tematica qui non più rinnovabile, anche perchè non è compito ineludibile del giudice, che sia in grado di motivatamente decidere, sulla base dei contributi tecnici disponibili, procedere sempre e comunque a perizia di ufficio, perchè, pacificamente, la perizia è mezzo di prova neutro ed è sottratta al potere dispositivo delle parti, che possono attuare il diritto alla prova anche attraverso proprie consulenze. La sua assunzione è pertanto rimessa al potere discrezionale del giudice e non è riconducibile al concetto di prova decisiva, con la conseguenza che il relativo diniego non è sanzionabile ai sensi dell'art. 606 c.p.p., comma 1, lett. d), e, in quanto giudizio di fatto, se assistito da adeguata motivazione, è insindacabile in sede di legittimità, anche ai sensi dell'art. 606 c.p.p., primo comma, lett. e), (Sez. 6, n.48379 del 25 novembre 2008, Brettoni).

3. Ciò premesso, il giudicante (sia in primo che in secondo grado) ha escluso l'applicabilità della c.d. legge Balduzzi, avendo apprezzata, in modo assorbente, la sussistenza dei profili della colpa grave, che come è noto, è configurabile nel caso di una "deviazione ragguardevole rispetto all'agire appropriato" (cfr., efficacemente, Sez. 4, n. 22281 del 15 aprile 2014, Cavallaro, Rv. 262273), ossia dell'errore inescusabile, che trova origine o nella mancata applicazione delle cognizioni generali e fondamentali attinenti alla professione o nel difetto di quel minimo di abilità e perizia tecnica nell'uso dei mezzi manuali o strumentali adoperati nell'atto operatorio e che il medico deve essere sicuro di poter gestire correttamente o, infine, nella mancanza di prudenza o di diligenza, che non devono mai difettare in chi esercita la professione sanitaria (cfr. in termini, Sez. 4, n. 9923 del 19 gennaio 2015, p.c. Donatelli in proc. Marasco).

La decisione si pone in linea con la giurisprudenza di legittimità sopra richiamata.

4. Anche l'ultimo motivo di doglianza non merita accoglimento, per l'empirico rilievo che nel reato di lesioni personali colpose provocate da responsabilità medica l'apprezzamento della "durata" della malattia inizia a decorrere dal momento di insorgenza della malattia in fieri, anche se non ancora stabilizzata in termini di irreversibilità o di impedimento permanente.
5. Ciò detto, il tema trattato impone di prendere in considerazione - anche se non è stato oggetto di motivo di ricorso - la nuova disciplina introdotta dalla l. 8 marzo 2017, n. 24, art. 6, che ha innovato la materia della responsabilità penale del medico.

Da quanto sopra esposto in punto di responsabilità emerge, infatti, con chiarezza che il profilo di colpa è stato individuato nella imperizia nella concreta esecuzione dell'intervento e non nella scelta dello stesso, imperizia che aveva determinato la lesione del nervo sovra orbitario nel corso della sua esecuzione.

L'art. 590 *sexies* cod. pen., introdotto dall'art. 6 della legge citata, dedicato alla responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario stabilisce che:

"1. Se i fatti di cui agli artt. 589 e 590 c.p. sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma. Qualora l'evento si è verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto".

2. Al d.l. 13 settembre 2012, n. 158, art. 3, il primo comma è abrogato".

Si pone, pertanto, in questo caso, in cui si verte in tema di imperizia, il problema dell'applicabilità del novum normativo, se ritenuto più favorevole.

L'eventuale non punibilità del fatto, avendo natura sostanziale, è applicabile, invero, per i fatti commessi prima dell'entrata in vigore della l. n. 24 del 2017, anche ai procedimenti pendenti davanti alla Corte di cassazione e la relativa questione, in applicazione dell'art. 2 c.p., quarto comma, e art. 129 cod. proc. pen., è deducibile e rilevabile d'ufficio *ex* art. 609 c.p.p., secondo comma, anche nel caso di ricorso inammissibile.

Occorre allora cercare di comprendere quale sia la portata della riforma e quali ne siano gli effetti nella fattispecie in esame.

6. Sono noti i dubbi interpretativi suscitati dalla nuova norma. Ciò che è chiaro, in quanto espressamente previsto all'art. 590-*sexies* c.p., secondo comma, è che è stata abrogata la disciplina penale relativa alla depenalizzazione della colpa lieve della legge Balduzzi, essendo stato abrogato

l'intero comma 1 dell'art. 3. Non si pone più pertanto un problema di grado della colpa, salvo casi concreti in cui la legge Balduzzi possa configurarsi come disposizione più favorevole per i reati consumatisi sotto la sua vigenza coinvolgenti profili di negligenza ed imprudenza qualificati da colpa lieve (per ultrattività del regime Balduzzi più favorevole sul punto).

Altrettanto chiaro è che il legislatore ha ritenuto di limitare l'innovazione alle sole situazioni astrattamente riconducibili alla imperizia, cioè al profilo di colpa che si fonda sulla violazione delle *leges artis*, che ha ritenuto non punibili neanche nell'ipotesi di colpa grave.

In questo senso può ritenersi ulteriore elemento di certezza il superamento in senso restrittivo del dibattito apertosi in sede di legittimità sull'applicabilità della l. n. 189 del 2012 non solo nelle ipotesi di imperizia ma anche nei casi di negligenza ed imprudenza (quando le linee guida contengano regole prescrittive di particolare attenzione e cura nello svolgimento di attività considerate pericolose, investendo più la sfera dell'accuratezza, che quella dell'adeguatezza professionale della prestazione; v., in termini, Sez. 4, n. 23283 del 11 maggio 2016, De Negri, Rv. 266903; n. 45527 del 1° luglio 2015, Cerracchio, Rv. 264897; n. 47289 del 9 ottobre 2014, Stefanetti, Rv. 260739).

Sono note altresì le critiche sollevate già all'indomani della riforma, che attengono alla rilevanza delle linee guida, così come delineate dal legislatore, ed alla difficoltà di delimitare in concreto la nozione di imperizia da quelle confinanti e, talora, in parte sovrapponibili di negligenza ed imprudenza.

7. Occorre, inoltre, tener conto della obiezione di fondo secondo la quale in presenza di "colpa grave", sarebbe oltremodo difficile ipotizzare come sussistenti le condizioni concorrenti previste per l'impunità del sanitario, nel senso che sembrerebbe difficile conciliare il grave discostamento del sanitario dal proprium professionale con il rispetto delle buone pratiche clinico assistenziali, e, soprattutto, decisamente, che possa conciliarsi la colpa grave con un giudizio positivo di adeguatezza delle linee guida al caso concreto.

È obiezione degna di considerazione, ma alla quale si può opporre il concorrente rilievo della lettera e della finalità della legge: sotto il primo profilo, il legislatore, innovando rispetto alla legge Balduzzi, non attribuisce più alcun rilievo al grado della colpa, così che, nella prospettiva del *novum normativo*, alla colpa grave non potrebbe più attribuirsi un differente rilievo rispetto alla colpa lieve, essendo entrambe ricomprese nell'ambito di operatività della causa di non punibilità; sotto l'altro concorrente profilo, giova ribadire che con il *novum normativo* si è esplicitamente inteso favorire la posizione del medico, riducendo gli spazi per la sua possibile responsabilità penale, ferma restando la responsabilità civile.

La nuova legge, in sostanza, cerca di proseguire in un percorso di attenuazione del giudizio sulla colpa medica, introducendo così una causa di esclusione della punibilità per la sola imperizia la cui operatività è subordinata alla condizione che dall'esercente la professione sanitaria siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge, ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico assistenziali e che dette raccomandazioni risultino adeguate alla specificità del caso concreto.

Tale risultato è stato perseguito dal legislatore (in tal senso la lettera della norma non ammette equivoci) costruendo una causa di non punibilità, come tale collocata al di fuori dell'area di operatività del principio di colpevolezza: la rinuncia alla pena nei confronti del medico si giustifica nell'ottica di una scelta del legislatore di non mortificare l'iniziativa del professionista con il timore di ingiuste rappresaglie mandandolo esente da punizione per una mera valutazione di opportunità politico criminale, al fine di restituire al medico una serenità operativa così da prevenire il fenomeno della cd. medicina difensiva.

In questa prospettiva l'unica ipotesi di permanente rilevanza penale della imperizia sanitaria può essere individuata nell'assestamento di linee guida che siano inadeguate alla peculiarità del caso concreto; mentre non vi sono dubbi sulla non punibilità del medico che seguendo linee guida adeguate e pertinenti pur tuttavia sia incorso in una "imperita" applicazione di queste (con l'ovvia precisazione che tale imperizia non deve essersi verificata nel momento della scelta della linea guida - giacché non potrebbe dirsi in tal caso di essersi in presenza della linea guida adeguata al caso di specie, bensì nella fase "esecutiva" dell'applicazione).

È una scelta del legislatore - che si presume consapevole - di prevedere in relazione alla colpa per imperizia nell'esercizio della professione sanitaria un trattamento diverso e più favorevole rispetto alla colpa per negligenza o per imprudenza.

Non è questa la sede allora di occuparsi funditus di tale scelta, nell'ottica del rispetto dell'art. 3 Cost. (potrebbe in vero dubitarsi della coerenza di una scelta di non punibilità dell'imperizia grave e invece della persistente punibilità di una negligenza "lieve"), per difetto di rilevanza nel caso di specie.

Ciò che qui basta ai fini della presente vicenda processuale è la ricostruzione del testo e della finalità della nuova legge e la conseguente applicabilità del novum giacché si discute di colpa per imperizia.

Alla luce delle considerazioni svolte deve affermarsi il seguente principio di diritto: "L'art. 590-*sexies* cod. pen., secondo comma, articolo introdotto dalla l. 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. legge Gelli-Bianco), prevede una causa di non punibilità dell'esercente la professione sanitaria operante, ricorrendo le condizioni previste dalla disposizione normativa (rispetto delle linee guida

o, in mancanza, delle buone pratiche clinico-assistenziali, adeguate alla specificità del caso), nel solo caso di imperizia, indipendentemente dal grado della colpa, essendo compatibile il rispetto delle linee guide e delle buone pratiche con la condotta imperita nell'applicazione delle stesse”.

8. Nel caso in esame, le sentenze di merito, pur condivisibilmente riscontrando la grave imperizia dell'imputato, non hanno svolto alcuna considerazione in ordine al rispetto o meno da parte del sanitario delle linee guida o delle buone pratiche. Pertanto per accertare la ricorrenza di tali circostanze e, quindi, la presenza dell'applicabilità della causa di non punibilità, sarebbe necessario un annullamento con rinvio, inibito dalla maturata prescrizione e dalla impossibilità di prosciogliere l'imputato con formula più favorevole. Pertanto in ossequio ai principi della sentenza Tettamanti, si impone l'annullamento senza rinvio della sentenza, agli effetti penali, per l'intervenuta prescrizione del reato.
9. Ai sensi dell'art. 578 cod. proc. pen. il ricorso va rigettato agli effetti civili, tenuto conto delle considerazioni sopra svolte in ordine alla coerenza e logicità della motivazione della sentenza impugnata, laddove ha riconosciuto la condotta gravemente imperita dell'imputato e la sua efficienza causale nel determinare l'effetto lesivo.
Il giudice civile investito della determinazione del quantum del risarcimento provvederà a modularlo secondo le indicazioni di cui alla l. n. 24 del 2017, art. 7.

P.q.m. Annulla senza rinvio la sentenza impugnata, agli effetti penali, per essere il reato estinto per prescrizione.

CORTE DI CASSAZIONE – SEZIONE PENALE IV – 27 GIUGNO 2017, N. 45808

PRES. R.M. BLAIOTTA — CONS. RELATORE S. DOVERE — P.M. L. TAMPIERI.

Infortunio sul lavoro - Decesso lavoratrice in attività da eseguirsi “in esterno” - Valutazione da parte del datore di lavoro del rischio e di formazione della lavoratrice - Nozione luogo di lavoro - Lavoratore no tra i soggetti garanti della sicurezza - Affidamento incarico progettazione edificio - Responsabilità.

I doveri di valutazione del rischio e di formazione del lavoratore gravanti sui datori di lavoro “mandanti” (secondo un lessico già in uso nel mondo della produzione e dei servizi) sorgono dal generale obbligo del datore di lavoro di valutare tutti i rischi presenti nei luoghi di lavoro nei quali sono chiamati ad operare i dipendenti, ovunque essi siano situati (art. 15 d.lgs. n. 81/2008) e dal parimenti generale obbligo di formare i lavoratori, in particolare in ordine ai rischi connessi alle mansioni (art. 37, comma 1, lett. b) d.lgs. n. 81/2008). La restrittiva nozione di “luogo di lavoro” rinvenibile nell’art. 62 del d.lgs. n. 81/2008 (quale “luoghi destinati ad ospitare posti di lavoro, ubicati all’interno dell’azienda o dell’unità produttiva, nonché ogni altro luogo di pertinenza dell’azienda o dell’unità produttiva accessibile al lavoratore nell’ambito del proprio lavoro”) è posta unicamente in relazione alle disposizioni di cui al Titolo 2 del predetto decreto. Ogni tipologia di spazio può assumere la qualità di “luogo di lavoro”, a condizione che ivi sia ospitato almeno un posto di lavoro o esso sia accessibile al lavoratore nell’ambito del proprio lavoro, ed a mutare sono solo le modalità di adempimento dell’obbligo di valutazione dei rischi. In particolare nell’ipotesi di attività “in esterno” da eseguirsi presso un luogo non classificabile come cantiere temporaneo o mobile la suddetta valutazione dovrà essere fatta in applicazione dell’art. 28 del d.lgs. n. 81/2008, mentre per quelle da eseguirsi presso un cantiere la disciplina cui fare riferimento è quella specificamente dettata dal Titolo 4, medesimo decreto”.

“Il lavoratore non rientra nel novero dei garanti della sicurezza, in quanto la previsione di obblighi cautelari in suo capo è solo finalizzata ad evitare che egli determini pericoli per l’altrui salute e poiché per imputare al lavoratore medesimo l’infortunio del quale egli è rimasto vittima occorre escludere che altri non ne siano stati causa”.

“In tema di sicurezza sul lavoro e di valutazione dei rischi, nell’ipotesi di affidamento di un incarico di progettazione di un edificio, ai fini di una corretta imputazione della responsabilità al datore di lavoro per l’infortunio occorso ad una sua lavoratrice durante l’attività di sopralluogo dell’edificio, è determinante stabilire la tempistica relativa all’insorgenza dei rischi rispetto all’affidamento ed, in particolare, la possibilità di conoscere e considerare il rischio specifico che ha determinato l’evento infortunistico”.

CONSIDERATO IN DIRITTO

3. I ricorsi sono fondati, nei termini di seguito precisati.

3.1. La scansione logico-giuridica dei temi posti dai ricorsi impone di prendere le mosse dalla censura che investe il ritenuto obbligo di formazione della R.. Ad avviso dei ricorrenti poichè l'edificio nel quale venne inviata la lavoratrice non concretizzava un cantiere, secondo la nozione posta dal d.lgs. n. 81 del 2008, art. 89, primo comma, lett. a) non può rimproverarsi agli imputati di non aver provveduto alla formazione in merito ai rischi connessi ad un simile luogo di lavoro.

La censura muove da una premessa in fatto che la Corte di Appello ha negato con motivazione che viene criticata perchè in contrasto con talune deposizioni. Ma il pur evocato "travisamento di fatto", inteso più correttamente come travisamento della prova, è rimasto alla mera enunciazione, non essendo indicato l'errore sul significante nel quale sarebbe incorsa la corte distrettuale (cfr. sulla nozione di "travisamento della prova" e sui limiti della sua denunciabilità con il ricorso per cassazione, tra le altre, Sez. 4, n. 22962 del 3 giugno 2014, Zoppolat, n.m.).

Sicchè, l'affermazione della Corte di Appello, secondo la quale il luogo del sinistro doveva reputarsi un cantiere, in quanto già eseguiti in esso lavori preliminari, risulta un primo punto fermo, tanto più che essa è coerentemente connessa alla deposizione del teste Bo., funzionario Spresal, e al concetto giuridico di cantiere, come espresso dal menzionato art. 89.

Tuttavia il dato non ha il rilievo che ha inteso attribuirgli la difesa (imponendo alla corte territoriale di replicare). I doveri di valutazione del rischio e di formazione del lavoratore gravanti sugli odierni imputati, in quanto datori di lavoro "mandanti" (secondo un lessico già in uso nel mondo della produzione e dei servizi), non trovavano origine nel fatto che la R. fosse stata inviata in un cantiere o piuttosto in un altro tipo di ambiente di lavoro. Essi, piuttosto, sorgevano dal generale obbligo del datore di lavoro di valutare tutti i rischi presenti nei luoghi di lavoro nei quali sono chiamati ad operare i dipendenti, ovunque essi siano situati (d.lgs. n. 81 del 2008, art. 15) e dal parimenti generale obbligo di formare i lavoratori, in particolare in ordine ai rischi connessi alle mansioni (d.lgs. n. 81 del 2008, art. 37, primo comma, lett. b)). Infatti, la restrittiva nozione di "luogo di lavoro" rinvenibile nel d.lgs. n. 81 del 2008, art. 62 (a mente del quale si intendono per "luoghi di lavoro" "i luoghi destinati ad ospitare posti di lavoro, ubicati all'interno dell'azienda o dell'unità produttiva, nonchè ogni altro luogo di pertinenza dell'azienda o dell'unità produttiva accessibile al lavoratore nell'ambito del proprio lavoro"), è posta unicamente in relazione alle disposizioni di cui al Titolo 2 del citato decreto. E quindi va ribadito che ogni tipo-

logia di spazio può assumere la qualità di “luogo di lavoro”; a condizione che ivi sia ospitato almeno un posto di lavoro o esso sia accessibile al lavoratore nell’ambito del proprio lavoro (cfr. Sez. 4, n. 2343 del 27 novembre 2013 - dep. 20 gennaio 2014, S. e altro, Rv. 258435; Sez. 4, n. 28780 del 19 maggio 2011 - dep. 19 luglio 2011, Tessari e altro, Rv. 250760; Sez. 4, n. 40721 del 09 settembre 2015 - dep. 09 ottobre 2015, Steinwurz, Rv. 26471501). Sono piuttosto le modalità di adempimento di tale obbligo ad essere caratterizzate dal trattarsi o meno di un cantiere. E ciò perchè il Titolo 4^a del d.lgs. n. 81 del 2008 delinea per tali particolari luoghi di lavoro una disciplina specifica.

Tanto implica che mentre le attività “in esterno” da eseguirsi presso un luogo non classificabile come cantiere temporaneo o mobile richiedono la preliminare valutazione dei rischi delineata dall’art. 28 del decreto, quelle da eseguirsi presso un cantiere divengono oggetto della più articolata disciplina prevista dal menzionato Titolo 4.

Calando simili premesse nel caso che occupa non risulta dubbio che gli imputati avrebbero dovuto provvedere, il C., perchè datore di lavoro della R., ad elaborare la preliminare valutazione dei rischi connessi all’esecuzione di attività lavorativa presso il sito costituito dall’edificio oggetto dei lavori da progettare e a formare la lavoratrice in merito agli stessi. Obbligo, quest’ultimo, gravante anche sul B., in qualità di dirigente nell’ambito della Se-arch s.r.l..

Nè vi è dubbio sul fatto che l’an e il quomodo della valutazione dei rischi e dell’attività di formazione non risultano in alcun modo dipendenti dalla presenza di una specifica sorgente di rischio (l’apertura del vano scala al piano terra piuttosto che quella al primo piano), risultando rilevante invece la tipologia di rischio esistente, ovvero la caduta dall’alto per la presenza di aperture nel vuoto. Puntuale e pertinente, quindi, è la sottolineatura fatta dalla Corte di Appello della esistenza nell’edificio nel suo complesso di condizioni di rischio di caduta dall’alto: vano scala non protetto al primo piano fuori terra, inadeguata protezione del vano ascensore e assenza di protezione del vano scala al primo piano. Sicchè la critica mossa dai ricorrenti - di aver la Corte di Appello rinvenuto una responsabilità dei proprietari dell’immobile, tuttavia mandati assolti dal Tribunale - non risulta nè fondata nè coordinata al senso del rilievo operato dai giudici distrettuali.

A fronte di un simile rischio - si tace di altri, perchè non rilevanti ai fini del discorso che si sta compiendo - l’attività di formazione non era certo esclusa dalla semplicità delle misure da adottare. Se si può convenire con i ricorrenti che la pretesa espressa dalla Corte di Appello di apporre segnalazioni di pericolo per l’eventualità che venisse rimossa la chiusura in cartongesso del vano scala appare incongrua, perchè sostanzialmente apodittica e fondata sul “senno del poi” (la maggior parte delle misure precauzionali può esse-

re eliminata, ma non per questo può pretendersi l'adozione di cautele che prevengano l'eliminazione delle misure adottate: la corte non chiarisce perchè dovesse prevedersi l'eliminazione della copertura), allo stesso tempo va rimarcato che con la formazione si impartiscono al lavoratore direttive, sia pure in una forma che potrebbe dirsi di "soft law", le quali indicano allo stesso quale comportamento si pretende da lui; gli si indica quel che ci si attende e cosa non deve fare. In assenza di formazione si lascia il lavoratore nella necessità di decidere ciò che egli deve come comportamento cautelare. Ed è certo possibile che questi erri, anche in modo macroscopico. L'intero sistema prevenzionistico sconta l'ipotesi del comportamento negligente, imprudente del lavoratore. L'evocazione di una sua appartenenza al novero dei garanti della sicurezza per negare tale assunto di fondo è per più aspetti erronea: in primo luogo perchè la previsione di obblighi cautelari in capo al lavoratore è finalizzata ad evitare che egli determini pericoli per l'altrui salute; in secondo luogo perchè per imputare al lavoratore medesimo l'infortunio del quale egli è rimasto vittima occorre escludere che altri non ne siano stati causa.

Sicchè, ritornando al caso che occupa, l'eventuale errore della R. non può che ricadere sul datore di lavoro e sul dirigente se questi non hanno operato per evitarlo, anche con la somministrazione di adeguata formazione.

Poste le premesse sin qui delineate appare altresì palese l'irrelevanza dell'aggiungersi, per effetto del comportamento del Ce., di un ulteriore punto di pericolo, costituito dall'apertura del vano scala e dall'apertura del vano ascensore al piano terra. Non per questo si è determinato un nuovo rischio, non valutabile in precedenza e non possibile oggetto di formazione. Anche sotto tale aspetto risulta pertinente e corretto il riferimento fatto dalla Corte di Appello - per negare la valenza causale del comportamento del Ce. - alla non riconducibilità al caso in esame del principio delineato dalla più recente giurisprudenza di questa Corte, secondo il quale il nesso causale tra condotta dell'imputato ed evento è interrotto nel caso in cui si inserisca ad opera di una diversa condotta un rischio nuovo, diverso ed incommensurabile rispetto a quello governato dall'imputato (Sez. 4, n. 22378 del 19 marzo 2015 - dep. 27 maggio 2015, Pg in proc. Volcan e altri, Rv. 26349401, in motivazione).

- 3.2. Ciò posto, va tuttavia rilevato che la condivisibile ricostruzione del quadro complessivo operata dalla Corte di Appello risulta tuttavia manchevole in un aspetto decisivo, che permette di connettere quel quadro allo specifico caso in esame.

Agli odierni ricorrenti non è stato rimproverato di aver omesso qualsiasi valutazione dei rischi connessi alle attività da compiersi da loro dipendenti nell'edificio e qualsiasi attività di formazione, ma di aver omesso la valuta-

zione del rischio specifico insito nel sopralluogo all'interno di un cantiere; allo stesso modo si è rimproverata la omessa formazione sugli specifici rischi connessi al sopralluogo nell'edificio. Dalla esposizione della Corte di Appello non è possibile ricavare quali siano stati i contenuti e la tempistica dell'affidamento alla società del C. e del B. dell'incarico di progettazione, in relazione al venire in essere delle condizioni dell'edificio delle quali si è sin qui trattato. Va considerato, infatti, che ove l'insorgere del rischio (tipologico) di caduta dall'alto (per l'esistenza di aperture sul vuoto) fosse avvenuto in tempi successivi ad una valutazione dei rischi comunque eseguita - ma giustificatamente manchevole della considerazione dello specifico rischio - e di esso gli imputati fossero rimasti incolpevolmente all'oscuro, non potrebbe essere loro ascritto di non aver considerato un rischio che non avevano possibilità di conoscere.

Il provvedimento impugnato va quindi annullato con rinvio alla Corte di Appello di Torino, perchè operi un integrativo accertamento, concernente i termini ed i tempi dell'affidamento alla Se-arch s.r.l. dei lavori di progettazione per l'edificio nel quale si verificò il sinistro e le contestuali condizioni strutturali del medesimo, con particolare riferimento alla esistenza di sorgenti del pericolo di caduta dall'alto; e quindi valuti, alla luce del più definito quadro fattuale, la condotta degli odierni ricorrenti, secondo le assunzioni in diritto ribadite in questa sede.

CORTE DI CASSAZIONE – SEZIONE LAVORO – 24 APRILE 2017, N. 10192

PRES. E. D'ANTONIO — CONS. RELATORE A. DORONZO — P.G. G.R. FINOCCHI - Parti: Inail c/Comune di Perugia.

Personale educativo scuole materne e asili nido- Tutelabilità INAIL e obbligo pagamento premi - Presupposti - Esercizio attività riconducibili allo svolgimento di esperienze o esercitazioni pratiche o all'uso di macchinari - Rischio ambientale - Esclusione in difetto di prova.

Il riconoscimento o meno dell'obbligo assicurativo con riguardo al personale insegnante è correlato alla specificità del rischio inerente a quella determinata prestazione che comporti esperienze tecnico scientifiche o esercitazioni pratiche o ancora l'uso di macchinari e non anche collegato con un semplice rapporto di coincidenza cronologica o topografica con il lavoro. L'interpretazione dell'art. 4, comma primo, n. 5) d.p.r. n. 1124/1965 è nel senso che la protezione assicurativa è estesa solo quando si accerti che i lavoratori intellettuali, siano costretti, dall'esercizio delle loro mansioni, a frequentare ambienti in cui si svolgono attività rischiose per la presenza di macchine elettromeccaniche, videoterminali, fotoriproduttori, computer, ed altre attrezzature meccaniche od elettriche. Del pari la protezione è esclusa in difetto di prova dello svolgimento di esperienze ed esercitazioni pratiche o di attività svolta a contatto con macchinari.

RAGIONI DELLA DECISIONE

1. La questione sottoposta all'attenzione di questa Corte riguarda la pretesa dell'Inail di assoggettare il personale educativo degli asili nido all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni. L'Inail censura la sentenza della Corte perugina per violazione del n. 28, art. 1, comma 3, e il d.p.r. n. 1124 del 1965, art. 4, primo comma, n. 5, oltre che per insufficiente e contraddittoria motivazione. In particolare, lamenta che non sarebbero state enunciate le ragioni per cui la Corte è pervenuta alla sua decisione, ove si consideri che ha riconosciuto soggetto all'obbligo assicurativo il personale educativo delle scuole materne e ha invece escluso il personale degli asili nido, nonostante che entrambe le categorie svolgano le medesime funzioni. Invoca a sostegno della sua tesi una pronuncia di questa Corte (Cass. n. 17334/2005) che ha escluso il carattere di tassatività dell'elencazione contenuta negli artt. 1 e 4 t.u. n. 1124/1965 ed ha ritenuto che l'attività degli insegnanti di scuola materna, consistente nel compimento di attività pratiche svolte con il requisito della manualità e l'uso eventuale di materiale vario e attrezzature, rientri nell'ipotesi di cui all'art. 4, primo comma, n. 5, t.u. cit.

2. I motivi sono infondati.

2.1. Contrariamente a quanto sostiene l'Inail la Corte territoriale ha esposto con chiarezza le ragioni per le quali ha ritenuto di rigettare la richiesta dell'Istituto di assoggettare all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni il personale degli asili nido, rilevando che esso non aveva indicato, "nemmeno a titolo di esempio", quali sarebbero i rischi che gli educatori corrono con bambini di età inferiore ai tre anni e che il riferimento alla tariffa 0312, imposta per i lavoratori addetti al servizio assistenziale, era del tutto "incondivisibile", non potendosi assimilare l'attività di assistenza di adulti incapaci, o immobilizzati o affetti da turbe mentali, all'accudimento di bambini. Ha altresì precisato che nessuna attività istruttoria né argomentativa era stata chiesta o svolta dall'istituto assicuratore per dimostrare l'uso di videoregistratori o videoproiettori, di cui si era accertato l'uso del tutto occasionale in alcune soltanto delle strutture, in coincidenza di festività natalizie e limitato al solo anno 2000. Si tratta di un accertamento in fatto compiuto e privo di incoerenze, attraverso il quale la Corte territoriale è pervenuta alla decisione di escludere che, nel caso di specie, il personale addetto agli asili nido sia soggetto ad un rischio specifico analogo a quello cui sono soggetti gli insegnanti di scuole materne.

Non sussiste pertanto il denunciato vizio motivazionale.

2.2. Neppure si ravvisa il vizio di violazione di legge. In via preliminare, deve rilevarsi che lo stesso istituto assicuratore non specifica quali affermazioni della Corte territoriale si porrebbero in contrasto con le norme di legge invocate, nell'interpretazione datane dalla giurisprudenza di questa Corte, sicché il vizio non è dedotto con le modalità previste dall'art. 366 c.p.c., n. 4, (Cass. 26/06/2013, n. 16038; Cass. 12 gennaio 2016, n. 287).

2.3. In ogni caso, il motivo è anche infondato.

La norma di riferimento è il t.u. n. 1124 del 1965, art. 4, n. 5, a tenore del quale sono compresi nell'assicurazione "gli insegnanti o gli alunni delle scuole o istituti d'istruzione di qualsiasi ordine e grado, anche privati, che attendano ad esperienze tecnico - scientifiche od esercitazioni pratiche, o che svolgano esercitazioni di lavoro; gli istruttori e gli allievi dei corsi di qualificazione o riqualificazione professionale o di addestramento professionale anche aziendale, o dei cantieri scuola, comunque istituiti o gestiti, nonché i preparatori, gli inservienti agli addetti ad esperienze e esercitazioni tecnico - pratiche o di lavoro".

2.4. La disposizione deve essere letta e coordinata con l'art. 1. Secondo i primi due commi dell'art. 1, l'identificazione dei soggetti per i quali è obbligato-

ria l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro avviene mediante il rilievo che nel lavoro sia previsto l'uso continuativo od occasionale di determinate macchine apparecchi od impianti. Nel terzo comma, l'identificazione avviene attraverso le attività svolte, elencate in ventotto tipi di addetti a "lavori" distinti per tipo di attività, di cui è presunta la pericolosità. Nel numero 28 sono previsti lavori: "per lo svolgimento di esperienze ed esercitazioni pratiche di cui al n. 5 dell'art. 4."

- 2.5. Le due norme creano un sistema nel quale il godimento della tutela assicurativa contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali è condizionato all'esistenza congiunta di un presupposto soggettivo e di uno oggettivo: sotto il primo profilo, sono assicurati i soggetti compresi in una delle categorie specificamente enumerate dall'art. 4; sotto il secondo, i soggetti così individuati devono svolgere una delle attività, protette in quanto ritenute pericolose, indicate dall'art. 1. I datori tenuti alla contribuzione sono poi individuati dall'art. 9 in quelli che esercitano le attività di cui all'art. 1 ed occupano le persone di cui all'art. 4 (così Corte cost. 10 maggio 2002, n. 171).
- 2.6. Con riguardo all'attività di insegnamento, il coordinamento delle due disposizioni su richiamate definisce oggetto di copertura assicurativa l'attività didattica esplicita dagli insegnanti non già quando essa si svolga come mera esplicazione di funzione informativa e pedagogica, ma quando essa implichi l'insegnamento addestrativo - pratico, il quale si pone rispetto all'attività didattica informativa come elemento di sostegno e di integrazione, complementare e sussidiario. L'attività ritenuta pertanto rischiosa è quella che si completa con l'addestramento pratico, riconducibile alla nozione di "lavori" (in tal senso, Cass. 4 febbraio 1987, n. 1086).
- 2.7. Questo concetto è stato successivamente ripreso in altre decisioni di questa Corte (Cass. 30 marzo 1994, n. 3126), in cui, pur condividendosi le premesse logiche enunciate da Cass. n. 1086/1987 cit., si è compiuto un ulteriore passo in avanti e si è statuito che, con l'espressione "esercitazioni pratiche", il legislatore ha inteso riferirsi a tutti i tipi di attività didattica con carattere prevalentemente manuale, anche se non accessorio all'insegnamento o finalizzato all'apprendimento di un lavoro, che si svolgano nelle scuole di ogni ordine e grado. Si è quindi affermato che anche l'attività dell'insegnante di scuola materna rientra nella tutela assicurativa, essendo incontestato che in essa si svolgano attività prevalentemente manuali (nello stesso senso, Cass. 20 agosto 1996, n. 7671).
A tale pronuncia ne sono seguite altre di segno diverso (Cass. 17 maggio 1997, n. 4417, e Cass. 17/6/1999, n. 6060).

2.8. La successiva pronuncia di questa Corte (sent. 25 agosto 2005, n. 17334), ponendosi in linea di continuità rispetto ai precedenti Cass. 3126/1994, e Cass. n. 7671/1996, ha sottolineato che, ai sensi dell'art. 38 Cost., a parità di rischio deve corrispondere parità di tutela (cfr. Corte cost. 29 maggio 1977, n. 114; Corte cost. 15 luglio 1994, n. 310; Corte cost. 10 maggio 2002, n. 171, cit.).

La decisione ricostruisce il quadro della giurisprudenza costituzionale - richiamando Corte Cost. 25 marzo 1981, n. 55, che ha dichiarato illegittimo n. 27 e 24, art. 1, comma 3, relativi all'assicurazione del personale addetto rispettivamente agli spettacoli e alla vigilanza, nella parte in cui non include le persone addette al servizio di cassa a diretto contatto con il pubblico; Corte cost. 8 marzo 1989, n. 137, nella parte in cui il n. 27 citato non include i ballerini e i tescorei, e Corte cost. 10 maggio 2002, n. 171, in tema di assicurazione dei lavoratori in distacco sindacale, - e ribadisce la natura non tassativa dell'elencazione delle lavorazioni protette (v. Cass. 20 novembre 2002, n. 16364, con riguardo alla tutela del vigile urbano viabilista non addetto alla conduzione di veicoli).

2.9. I medesimi principi sono stati ripresi da questa Corte con la sentenza 10 settembre 2009, n. 19495, in cui si è affermato che il d.p.r. n. 1124 del 1965, art. 4, n. 5, deve essere interpretato nel senso che la protezione assicurativa è estesa anche ai lavoratori intellettuali, ove gli stessi siano costretti nell'esercizio delle proprie mansioni come accade negli istituti di istruzione che svolgano anche esperienze tecnico - scientifiche o esercitazioni pratiche o di lavoro - a frequentare ambienti in cui si svolgono attività rischiose per la presenza di macchine elettrocontabili, videoterminali, fotoriproduttori, computer ed altre attrezzature meccaniche o elettriche (nello stesso senso, Cass. 7 febbraio 2008, n. 2895, e Cass. 14 febbraio 2004, n. 2887).

Coerentemente, questa Corte ha precisato che l'insegnamento di materie tecniche non comporta di per sé l'inquadrabilità dell'attività tra quelle protette dall'assicurazione obbligatoria, ma può comportarla solo a condizione che il docente svolga esercitazioni ed esperienze pratiche. (Cass. 7 febbraio 2008, n. 2895; Cass. del 22 settembre 2010, n. 20010; Cass., 21 ottobre 2015, n. 21400).

3. L'analisi di tutti questi precedenti giurisprudenziali rende evidente come il riconoscimento o meno dell'obbligo assicurativo con riguardo al personale insegnante è correlato alla specificità del rischio inerente a quella determinata prestazione che comporti esperienze tecnico scientifiche o esercitazioni pratiche, o ancora l'uso di macchinari, e non anche collegato con un semplice rapporto di coincidenza cronologica o topografica con il lavoro: in particolare, si è sottolineato che l'interpretazione dell'art. 4 cit. è nel senso che

la protezione assicurativa è estesa solo quando si accerti che i lavoratori intellettuali, siano costretti, dall'esercizio delle loro mansioni, a frequentare ambienti in cui si svolgono attività rischiose per la presenza di macchine elettrocontabili, videoterminali, fotoriproduttori, computer, ed altre attrezzature meccaniche od elettriche (v. Cass. n. 19495/2009, cit.; Cass. 22 settembre 2010, n. 20010).

Del pari, la protezione è stata esclusa in difetto di prova dello svolgimento di esperienze ed esercitazioni pratiche o di attività svolta a contatto con macchinari (Cass. 21 ottobre 2015, n. 21400; Cass. 7 febbraio 2008, n. 2895).

- 3.1. Nel caso in esame, come si è detto, l'Inail si è affidato ad un'operazione generica e meramente presuntiva di assimilazione dell'attività svolta dal personale delle scuole materne a quella del personale degli asili nido e ad un'altrettanto generica confutazione dell'accertamento di merito compiuto dalla corte territoriale, la quale ha invece fatto puntuale applicazione delle norme in esame, esprimendo una motivazione compiuta e coerente al riguardo, insindacabile in sede di legittimità (Cass. 15 aprile 2013, n. 9054; Cass. 19 dicembre 2011, n. 27521; Cass. 1 febbraio 2010, n. 2328).
- 3.2. Ne consegue che, in mancanza di un qualsivoglia elemento probatorio o anche di semplici allegazioni che consentano di apprezzare la riconducibilità dell'attività del personale addetto agli asili nido ad un'attività che comporti lo svolgimento di esperienze o esercitazioni pratiche ovvero l'uso dei macchinari, in altri termini ad un'attività ricompresa tra quelle specificamente individuate dal legislatore, anche i dubbi di legittimità costituzionale prospettati dalla parte sotto la specie della violazione degli artt. 3 e 38 Cost., appaiono manifestamente infondati, indimostrata essendo la sua premessa maggiore, ossia la parità di rischio tra le due categorie di insegnanti.
4. Il ricorso deve pertanto essere rigettato e il ricorrente condannato al pagamento delle spese del presente giudizio, nella misura indicata in dispositivo.

CORTE DI CASSAZIONE – SEZIONE PENALE IV – 18 APRILE 2017, N. 40706

PRES. R.M. BLAIOTTA — CONS. RELATORE E. DI SALVO — P.G. S. SPINACI.

Infortunio sul lavoro - Lavoratore investito da un muletto in retromarcia - Mancata corretta valutazione dei rischi specifici da parte del datore di lavoro - Colpa del lavoratore no interruzione nesso causale - Non operatività principio dell'affidamento in presenza di posizioni di garanzia .

Nell'ipotesi in cui il datore di lavoro non operi una corretta valutazione dei rischi specifici la sussistenza di profili di colpa a carico del lavoratore rileva ai soli fini del risarcimento del danno, ma non vale ad elidere il nesso causale rispetto alla condotta del datore di lavoro. Compito del titolare della posizione di garanzia è evitare che si verifichino eventi lesivi dell'incolumità fisica intrinsecamente connaturati all'esercizio di talune attività lavorative, anche nell'ipotesi in cui siffatti rischi siano conseguenti ad eventuali negligenze, imprudenze e disattenzioni dei lavoratori subordinati, la cui incolumità deve essere protetta con appropriate cautele. Il garante non può, infatti, invocare, a propria scusa, il principio di affidamento, assumendo che il comportamento del lavoratore era imprevedibile, poiché tale principio non opera nelle situazioni in cui sussiste una posizione di garanzia. Il titolare della posizione di garanzia è tenuto a valutare i rischi e a prevenirli e la sua condotta non è scriminata, in difetto della necessaria diligenza, prudenza e perizia, da eventuali responsabilità dei lavoratori.

CONSIDERATO IN DIRITTO

1. La prima doglianza è infondata. L'interruzione del nesso causale è, infatti, configurabile esclusivamente laddove la causa sopravvenuta inneschi un rischio nuovo e del tutto incongruo rispetto al rischio originario, attivato dalla prima condotta (Cass., Sez. 4, n. 25689 del 3 maggio 2016, Rv. 267374; Sez. 4, n. 15493 del 10 marzo 2016, Pietramala, Rv. 266786; n. 43168 del 2013, Rv. 258085). Ne deriva che, laddove si verifichi un infortunio sul lavoro, l'interruzione del nesso causale è ravvisabile esclusivamente qualora il lavoratore ponga in essere una condotta del tutto esorbitante dalle procedure operative alle quali è addetto ed incompatibile con il sistema di lavorazione ovvero non osservi precise disposizioni antinfortunistiche. In questi casi, è configurabile la colpa dell'infortunato nella produzione dell'evento, con esclusione della responsabilità penale del titolare della posizione di garanzia (Cass., Sez. 4, 27 febbraio 1984, Monti, Rv. 164645; Sez. 4, 11 febbraio 1991, Lapi, Rv. 188202). Viceversa, nel caso di specie, il giudice a quo ha posto in rilievo che l'ingresso del G. nell'area

dove stava lavorando il mulettista non può considerarsi atto abnorme, essendo assai probabile che qualsiasi lavoratore, anche esperto, ove non venga adeguatamente reso edotto dei rischi specifici di un'area, vi si rechi, esponendosi ai pericoli derivanti da errate manovre. A ciò è da aggiungersi, in questa sede, che, sotto il profilo giuridico, non può ritenersi causa sopravvenuta, da sola sufficiente a determinare l'evento, il comportamento imprudente di un soggetto, nella specie il lavoratore, che si riconnetta ad una condotta colposa del datore di lavoro (Cass., Sez. 4, n. 18800 del 13 aprile 2016, Rv. 267255; n. 17804 del 2015, Rv. 263581; n. 10626 del 2013, Rv.256391). Nel caso in esame, il Palmieri, secondo quanto risulta dalla sentenza impugnata, omise di procedere ad una corretta valutazione dei rischi specifici, nel settore viabilità, nonchè di apporre in loco idonea segnaletica. È, pertanto, esente da censure la conclusione del giudice a quo, secondo cui, se è indubbia la sussistenza di profili di colpa a carico del lavoratore, nell'avvicinarsi al carrello elevatore, ciò rileva solo ai fini del risarcimento del danno ma non vale ad elidere il nesso causale rispetto alla condotta del datore di lavoro. Tale asserto è perfettamente in linea con il consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità, secondo cui compito del titolare della posizione di garanzia è evitare che si verifichino eventi lesivi dell'incolumità fisica intrinsecamente connaturati all'esercizio di talune attività lavorative, anche nell'ipotesi in cui siffatti rischi siano conseguenti ad eventuali negligenze, imprudenze e disattenzioni dei lavoratori subordinati, la cui incolumità deve essere protetta con appropriate cautele. Il garante non può, infatti, invocare, a propria scusa, il principio di affidamento, assumendo che il comportamento del lavoratore era imprevedibile, poichè tale principio non opera nelle situazioni in cui sussiste una posizione di garanzia (Cass., Sez. 4., 22-101999, Grande, Rv. 214497). Il garante, dunque, ove abbia negligenzemente e imprudentemente omesso di attivarsi per impedire l'evento, non può invocare, quale causa di esenzione dalla colpa, l'errore sulla legittima aspettativa in ordine all'assenza di condotte imprudenti, neglienti o imperite da parte dei lavoratori, poichè il rispetto della normativa antinfortunistica mira a salvaguardare l'incolumità del lavoratore anche dai rischi derivanti dalle sue stesse imprudenze e negligenze o dai suoi stessi errori, purchè connessi allo svolgimento dell'attività lavorativa (Cass., Sez. 4, n. 18998 del 27-3-2009, Rv. 244005). Ne deriva che il titolare della posizione di garanzia è tenuto a valutare i rischi e a prevenirli e la sua condotta non è scriminata, in difetto della necessaria diligenza, prudenza e perizia, da eventuali responsabilità dei lavoratori (Cass., Sez. 4, n. 22622 del 29 aprile 2008, Rv. 240161). Ne consegue che non vi è alcuna antinomia logica fra il riconoscimento di un concorso di colpa del lavoratore, anche in misura notevole (65%), e la declaratoria di responsabilità del datore di lavoro.

2. Del tutto correttamente, poi, la Corte territoriale ha negato qualunque rilievo alla questione relativa all'orario di inizio dell'attività lavorativa, da parte dell'infortunato. Non può infatti ascriversi al G. la responsabilità dell'accaduto sulla base del rilievo che, al momento in cui si verificò il sinistro, egli non avrebbe dovuto essere presente sul luogo di lavoro. La violazione delle regole inerenti ai turni di lavoro è infatti del tutto irrilevante ai fini delle valutazioni relative all'infortunio verificatosi. Ai fini dell'ascrivibilità di una responsabilità a titolo di colpa, occorre infatti verificare se la regola violata fosse diretta ad evitare eventi della tipologia di quello verificatosi. L'evento deve dunque apparire come una concretizzazione del rischio che la norma di condotta violata tendeva a prevenire (Cass., Sez. 4, n. 1819 del 03 ottobre 2014, Rv. 261768; n. 36857 del 2009 Rv. 244979). Viceversa, le regole dettate in tema di ripartizione dei turni di lavoro non sono certamente volte ad evitare gli infortuni su lavoro, non avendo neanche natura cautelare ma semplicemente organizzativa. È dunque giuridicamente infondato qualunque tentativo di istituire una connessione fra un evento lesivo verificatosi e la violazione di una regola di natura non cautelare e preordinata al soddisfacimento di esigenze di carattere operativo, completamente esulanti dall'ottica delle prevenzione degli infortuni sul lavoro.
3. Il ricorso va dunque rigettato, con conseguente condanna del ricorrente al pagamento delle spese processuali, nonchè alla rifusione delle spese in favore della parte civile, che si ritiene congruo liquidare in Euro 2500, oltre agli accessori di legge.

CORTE DI CASSAZIONE – SEZIONI UNITE CIVILI – 22 SETTEMBRE 2016, N. 18569

PRIMO PRES. F.F. R. RORDORF — PRES. SEZ. C. PICCININNI, G. AMOROSO — REL. C. DI IASI — P.M. F. SORRENTINO - Parti BF, BM, n.q. di eredi di AC c/ Comune di Reggio Calabria e Ministero dell’Economia e delle Finanze.

Impugnazioni civili - Deposito e pubblicazione della sentenza - Inserimento nell’elenco cronologico e attribuzione numero identificativo - Apposizione doppia data - Individuazione del *dies a quo* del termine di impugnazione ex art. 327 c.p.c. - Obbligo verifica giudice dell’impugnazione.

Il deposito e la pubblicazione della sentenza coincidono e si realizzano nel momento in cui il deposito ufficiale in cancelleria determina l’inserimento della sentenza nell’elenco cronologico con attribuzione del relativo numero identificativo e conseguente possibilità per gli interessati di venirne a conoscenza e richiederne copia autentica: da tale momento la sentenza “esiste” a tutti gli effetti e comincia a decorrere il cosiddetto termine lungo per la sua impugnazione.

Nel caso in cui risulti realizzata una impropria scissione tra i momenti di deposito e pubblicazione attraverso l’apposizione in calce alla sentenza di due diverse date, il giudice, tenuto a verificare la tempestività dell’impugnazione proposta, deve accertare – attraverso un’istruttoria documentale, o, in mancanza, con il ricorso, se del caso, alla presunzione semplice ovvero, in ultima analisi, alla regola di giudizio di cui all’art. 2697 c.c., alla stregua della quale spetta all’impugnante provare la tempestività della propria impugnazione – il momento di decorrenza del termine d’impugnazione, perciò il momento in cui la sentenza è divenuta conoscibile attraverso il deposito ufficiale in cancelleria comportante l’inserimento di essa nell’elenco cronologico delle sentenze e l’attribuzione del relativo numero identificativo..

RITENUTO IN DIRITTO

1. È prioritaria la verifica della tempestività del ricorso, pertanto va innanzitutto affrontata la questione in ordine alla quale si è evidenziato il contrasto che ha determinato l’assegnazione del ricorso a queste sezioni unite.
In proposito occorre precisare: che la sentenza impugnata non risulta notificata; che essa, come sopra evidenziato, reca in calce due annotazioni riportanti ciascuna una data, la prima delle quali (28 ottobre 2007) indicata come data di deposito e l’altra (28 maggio 2008) come data di pubblicazione; che le suddette annotazioni sono entrambe sottoscritte dal cancelliere; che, infine, il ricorso risulta notificato al Ministero dell’Economia e delle Finanze con consegna a mani dell’impiegata incaricata presso l’Avvocatura Generale dello Stato il 13 luglio 2009, e consegnato in pari data all’Ufficio

notifiche della Corte d'Appello di Roma per la notifica al Comune di Reggio Calabria, effettuata a mezzo posta.

I dati sopra esposti rendono evidente che nella specie la notifica del ricorso può ritenersi tempestiva, siccome effettuata nell'ultimo giorno utile (anche per il Comune di Reggio Calabria, a differenza di quanto dall'ente sostenuto nei propri scritti difensivi, dovendosi avere riguardo alla data di consegna all'ufficiale giudiziario e non a quella in cui quest'ultimo consegna il plico alla posta), soltanto se si identifica il dies a quo per la decorrenza del termine cd. "lungo" di impugnazione nella seconda delle date suddette (indicata come di "pubblicazione"). Risulta pertanto imprescindibile individuare, tra quelle recate dalla sentenza, la data alla quale fare riferimento per la decorrenza del termine predetto e, ove si individui la prima di tali date (indicata come di "deposito"), stabilire se sia possibile (e, nel caso, eventualmente entro quali limiti) una rimessione in termini delle ricorrenti che abbiano, in ipotesi, senza colpa lasciato decorrere il termine di impugnazione.

2. La questione dell'apposizione di una doppia data alle sentenze civili, con le conseguenti problematiche giuridiche anche sul piano costituzionale, non è purtroppo nuova. Essa si è posta (e riproposta) frequentemente nel tempo, sotto diversi profili, dando origine ad una copiosa e non univoca giurisprudenza di legittimità nonché a sospetti di illegittimità costituzionale, basti pensare che già negli anni settanta del secolo scorso le sezioni unite, chiamate a pronunciarsi in proposito, con la sentenza n. 3501 del 1979 hanno affermato che il termine per l'impugnazione previsto dall'art. 327 c.p.c. decorre dalla pubblicazione della sentenza, cioè dal momento del suo deposito in cancelleria, non già dal momento della comunicazione dell'avvenuto deposito alla parte costituita, senza che la citata norma sia per questo sospettabile di illegittimità costituzionale.

Molto più recentemente però il continuo riproporsi della sciagurata consuetudine di apporre una doppia data in calce alle sentenze civili ha determinato un articolato intrecciarsi e sovrapporsi di interventi giurisdizionali che non risulta ancora sopito se queste Sezioni unite sono chiamate ancora una volta in pochi anni a pronunciarsi in materia, pur essendosi sulla questione già pronunciato più volte il giudice di legittimità, anche a sezioni unite, ed il giudice delle leggi. La prima considerazione che il complesso degli autorevolissimi interventi giurisprudenziali sopra sinteticamente richiamato suggerisce attiene al rilievo che le ripetute pronunce sulla questione riguardano tutte ipotesi in cui in calce alla sentenza sono state apposte dal cancelliere due date (individuate rispettivamente come di deposito e di pubblicazione), con un comportamento definito dalla Corte Costituzionale (non mera irregolarità bensì) "patologia procedimentale grave", ancor più grave se si pensa che tutte le pronunce in argomento, pur divergenti tra loro su aspetti anche

non secondari, sono da sempre concordi nello stigmatizzare incondizionatamente tale comportamento non solo per la sua determinante influenza sulle posizioni giuridiche degli interessati ma perchè, ancor prima, introduce dubbi e ambiguità in un momento processuale di massimo rilievo, inducendo il fondato sospetto che non sia sufficiente una stigmatizzazione in sede processuale di tale deprecabile consuetudine, ma si rendano forse necessari interventi ulteriori, quanto meno di carattere disciplinare.

È poi ancora da considerare che il plurimo e complesso quadro giurisprudenziale sopra richiamato, pur a tratti contrastante e per certi versi di non immediata decifrabilità (come si avrà modo di evidenziare più specificamente in prosieguo), trova giustificazione nell'esigenza (non sempre soddisfatta) di ricondurre a razionalità ed univocità il sistema con riguardo ad una questione di assoluta centralità, quella dell'individuazione del momento di perfezionamento dell'iter procedimentale che porta al deposito/pubblicazione della sentenza civile (qualunque sia il significato che a tali termini si intende attribuire), cioè del momento nel quale la sentenza suddetta diviene perfetta, esistente, efficace ed irretrattabile (quindi insensibile ai mutamenti legislativi ed alle vicende esistenziali del suo "autore") e a partire dal quale cominciano a decorrere i termini per l'impugnazione nonchè, specularmente, per il relativo passaggio in giudicato, restando la decisione in ordine alla identificazione di tale momento comprensibilmente influenzata dall'esigenza di evitare che sulla durata del procedimento (perciò sulla legge applicabile e quindi sull'esito della controversia) possano influire i comportamenti di soggetti diversi dal collegio deliberante, al quale solo la decisione dovrebbe essere riferibile anche in termini di responsabilità. È sufficiente in proposito riflettere sul fatto che una parte potrebbe inseguire il riconoscimento del proprio diritto attraverso diversi gradi di giudizio e poi, ad esempio, giunto il momento di chiusura dell'udienza di discussione in cassazione, non sapere se la decisione terrà conto della legislazione sulla quale il suo difensore ha discusso all'udienza ovvero di una diversa normativa" ancora a venire, che potrebbe però diventare legge regolatrice del rapporto per il combinarsi di una serie di fattori indipendenti o per l'intervento volontario (eventualmente anche doloso) di soggetti che non risultano neppure individuabili come centro cui sia in definitiva imputabile, anche in termini di responsabilità, l'esito della decisione.

Tanto spiega l'argomentata tenacia con la quale la maggioranza della giurisprudenza di legittimità (ivi comprese le Sezioni unite) identifica il "deposito" come il momento di perfezionamento, efficacia, esistenza, irretrattabilità della sentenza e quindi il momento in cui cominciano a decorrere i termini per la proposizione di eventuali impugnazioni, trattandosi di un momento in cui è determinante l'intervento del giudice, posto che la procedura di deposito prende l'avvio proprio da un atto di volizione al medesimo

riferibile, con la conseguenza che la data in cui il cancelliere ne dà atto deve coincidere con quella dell'effettivo deposito e con l'ulteriore conseguenza che l'eventuale apposizione da parte del cancelliere di una data ulteriore e successiva non potrebbe giammai incidere su di un fatto (l'avvenuto deposito) già verificatosi.

In particolare, nella recente sentenza n. 13794 del 2012, queste Sezioni unite hanno precisato: che le norme che disciplinano il deposito della sentenza attribuiscono al giudice la responsabilità di stabilire il momento di compimento dell'attività giurisdizionale e non lasciano al cancelliere alcuna discrezionalità in ordine al momento in cui darne atto; che il procedimento di pubblicazione della sentenza si compie con la certificazione del deposito mediante l'apposizione in calce alla sentenza della data di esso e della firma del cancelliere; che le predette devono essere entrambe contemporanee alla data di consegna ufficiale della sentenza al cancelliere da parte del giudice, dovendo perciò escludersi che il cancelliere possa attestare che una sentenza, già pubblicata per effetto del suo deposito debitamente certificato, venga pubblicata in una data successiva; che, conseguentemente, se sulla sentenza sono apposte due date, delle quali la prima venga indicata come data di deposito (senza indicare che il documento depositato contiene solo la minuta della sentenza), tutti gli effetti giuridici derivanti dalla pubblicazione della sentenza decorrono da questa data.

Nella "tensione" esegetica volta appreztabilmente a preservare il deliberato da qualsivoglia interferenza esterna, la decisione pare lasciare in ombra il profilo della garanzia di effettività del diritto di impugnazione. Dalla lettura coordinata dei vari passaggi della decisione si deduce infatti che ai fini della decorrenza del termine di impugnazione è sufficiente il deposito mero della sentenza attestato dal cancelliere, ben potendo ogni ulteriore adempimento intervenire successivamente, considerata la larghezza del termine all'uopo previsto, senza necessità che il termine suddetto cominci a decorrere da quando la parte abbia effettiva possibilità di conoscenza dell'avvenuto deposito, con l'unico correttivo costituito dalla possibilità di ricorso, anche d'ufficio, alla rimessione in termini solo qualora il giudice dell'impugnazione ravvisi "grave difficoltà" per l'esercizio del diritto di difesa determinato dall'aver il cancelliere non reso conoscibile la data di deposito della sentenza prima della successiva data attestante la "pubblicazione" della medesima, avvenuta a notevole distanza di tempo ed in prossimità del termine di decadenza per l'impugnazione.

Ed è proprio nel cono d'ombra proiettato dalla citata decisione che si inserisce l'ordinanza n. 26251 del 2013 con la quale la seconda sezione civile di questa Corte, pur non condividendo il principio espresso nel citato arresto delle sezioni unite siccome ritenuto frutto di una interpretazione lesiva della pienezza e della certezza del diritto di difesa delle parti costituite, ha tutta-

via ritenuto di non investire nuovamente della questione le medesime Sezioni unite (che si erano da poco pronunciate sul punto risolvendo un annoso contrasto in materia processuale) e pertanto, assumendo l'interpretazione da queste fornita come "diritto vivente", ne ha invocato una verifica sul piano costituzionale chiedendo al giudice delle leggi in particolare di verificare la compatibilità dell'approccio ermeneutico sotteso alla suddetta pronuncia delle Sezioni unite con i principi costituzionali in concreto involti dalla questione risolta (artt. 3 e 24 Cost.).

La Corte costituzionale, con la sentenza n. 3 del 2015, premesso che una norma può essere dichiarata costituzionalmente illegittima soltanto quando non sia possibile attribuirle un significato che la renda conforme a Costituzione, ha ritenuto la questione non fondata. In particolare, rilevato che la separazione temporale dei due passaggi in cui si articola la procedura di pubblicazione della sentenza (deposito da parte del giudice e presa d'atto del cancelliere), comprovata dall'apposizione di date differenti, costituisce una patologia gravemente incidente sulle situazioni giuridiche degli interessati, riflettendo il tardivo adempimento delle operazioni previste dalla pertinente disciplina legislativa e regolamentare (tra le quali, l'inserimento nell'elenco cronologico delle sentenze, con l'attribuzione del relativo numero identificativo), nonchè dalle disposizioni sul processo telematico, ed evidenziato che solo con il compimento delle operazioni prescritte dalla legge può dirsi realizzata quella pubblicità alla quale è subordinata la titolarità in capo ai potenziali interessati di puntuali situazioni giuridiche, come il potere di prendere visione degli atti pubblicati e di estrarne copia, ha ritenuto, alla luce di un'interpretazione costituzionalmente orientata del diritto vivente, che "per costituire *dies a quo* del termine per l'impugnazione, la data apposta in calce alla sentenza dal cancelliere deve essere qualificata dalla contestuale adozione delle misure volte a garantirne la conoscibilità e solo da questo concorso di elementi consegue tale effetto, che, in presenza di una seconda data, deve ritenersi di regola realizzato esclusivamente in corrispondenza di quest'ultima, con la conseguenza che il ritardato adempimento, attestato dalla diversa data di pubblicazione, rende inoperante la dichiarazione dell'intervenuto deposito, pur se formalmente rispondente alla prescrizione normativa".

La Corte costituzionale ha altresì precisato che il ricorso all'istituto della rimessione in termini per causa non imputabile utilizzato dalle Sezioni unite (che pure in situazioni particolari può costituire un utile strumento di chiusura equitativa del sistema) va inteso come doveroso riconoscimento d'ufficio di uno stato di fatto *contra legem* che, in quanto addebitabile alla sola amministrazione giudiziaria, non può in alcun modo incidere sul fondamentale diritto all'impugnazione, riducendone i termini previsti, talvolta anche in misura significativa.

Con la presente statuizione di non fondatezza “nei termini indicati in motivazione” la decisione della Consulta vincola dunque l’interprete all’adozione di una lettura delle norme in esame che garantisca la conoscibilità (dell’esistenza) della sentenza e del suo deposito fin dalla decorrenza del termine per impugnare, e conseguentemente riconosca la decorrenza di detto termine solo a partire dal compimento delle attività (sostanzialmente di inserimento nell’elenco cronologico delle sentenze con attribuzione del relativo numero identificativo) idonee ad assicurare la suddetta conoscibilità.

3. Ciò premesso, occorre ora riconsiderare il sistema alla luce del sopra evidenziato vincolo esegetico cercando di conciliare l’interpretazione adeguatrice della Consulta con l’esigenza che il momento in cui la sentenza viene ad esistere a tutti gli effetti sia riconducibile ad una iniziativa del giudice e non resti nella discrezionalità del cancelliere, non essendo questi il soggetto al quale il legislatore attribuisce la titolarità - quindi la responsabilità - di scelte incidenti sul processo.

Nell’intento di esorcizzare i fraintendimenti che potrebbero annidarsi nel recepimento in concreto del suddetto vincolo esegetico e quindi di scongiurare il rischio di ulteriori interventi giurisprudenziali in materia, sembra opportuno ripercorrere il contenuto, apparentemente scontato, dei primi due commi dell’art. 133 c.p.c., a norma del quale “La sentenza è resa pubblica mediante deposito nella cancelleria del giudice che l’ha pronunciata. Il cancelliere dà atto del deposito in calce alla sentenza e vi appone la data e la firma, ed entro cinque giorni, mediante biglietto contenente il dispositivo, ne dà notizia alle parti che si sono costituite”.

Come è evidente, nella norma in esame la pubblicazione non è un *posterius* o comunque un’attività diversa dal deposito, ma si identifica con esso, essendo il deposito l’atto per mezzo del quale la sentenza è resa pubblica, ed essendo perciò logicamente inipotizzabile una pubblicazione come attività autonoma del cancelliere, diversa e successiva rispetto al deposito.

Per altro verso, ai fini della pubblicazione non è però necessario che dell’avvenuto deposito si dia notizia alle parti costituite, essendo tale attività espressamente prevista come ulteriore rispetto alla pubblicazione ù mediante - deposito, siccome da effettuarsi entro un termine ad essa successivo ed evidentemente ordinatorio.

D’altra canto l’identificazione del deposito come atto attraverso il quale si realizza la pubblicazione della sentenza ed a partire dal quale si determinano una serie di importanti conseguenze (tra le quali la decorrenza dei termini di impugnazione e di quelli, speculari, di formazione del giudicato) risulta funzionale alla necessità (dianzi ampiamente evidenziata) che tali conseguenze siano collegabili ad un atto di volizione del giudice, il quale, ritenuta la sentenza completa, la rende definitiva ed irretrattabile depositandola in

cancelleria (ipotesi da non confondere con quella, peraltro ormai infrequente, di mero deposito in minuta, diversamente regolamentata).

Non resta pertanto che accertare in cosa deve consistere in concreto l'attività di deposito.

A tal fine va considerato che si tratta di un deposito sui generis sia perchè non serve (solo) a custodire la cosa ma (innanzitutto) ad attuarne la pubblicazione (rappresentando lo strumento individuato a questo scopo dal legislatore) sia perchè la norma si riferisce chiaramente ad un deposito "in cancelleria" del quale il cancelliere dà atto in calce alla sentenza, ed è evidente che un deposito effettuato presso un ufficio pubblico non può risolversi nella semplice traditio brevi manu della sentenza attestata dal cancelliere, risultando assolutamente indispensabile (in relazione alle conseguenze che debbono trarsene) che esso abbia carattere ufficiale e cioè che nel luogo individuato per il deposito (la cancelleria) questo risulti ufficialmente. Ma il "deposito in cancelleria" non può "risultare" ufficialmente se non a seguito dell'inserimento dell'atto oggetto di deposito nell'elenco cronologico delle sentenze esistente presso la suddetta cancelleria, con assegnazione del numero identificativo, non fosse altro perchè una sentenza non identificabile non può neppure risultare ufficialmente depositata.

È pertanto l'inserimento nell'elenco cronologico delle sentenze il "mezzo" attraverso il quale si realizza ufficialmente il "deposito in cancelleria" della sentenza e, al contempo, la pubblicità necessaria alla conoscibilità della stessa, essendo questo peraltro l'unico modo per attribuire significato ad una norma prevedente un deposito che è "strumento" della pubblicazione e al contempo con essa coincide. Questa lettura della previsione in esame è peraltro l'unica compatibile con la disciplina dettata dall'art. 743 c.p.c. e ss.. Se, infatti, a norma del citato art. 743, qualunque depositario pubblico autorizzato a spedire copia degli atti che detiene deve, a richiesta, rilasciarne copia autentica sotto pena dei danni e delle spese, è da ritenersi che fin dal momento del deposito della sentenza in cancelleria il cancelliere ne diviene "depositario pubblico", perciò tenuto a rilasciarne copia autentica, il che presuppone quanto meno che il suddetto deposito "risulti" ufficialmente e sia perciò da subito conoscibile dai soggetti che avrebbero interesse a chiedere copia della sentenza che ne è oggetto.

La coincidenza strumentale tra deposito e pubblicazione comporta inoltre la necessità che le attività di deposito (consegna della sentenza in cancelleria da parte del giudice e ricevimento di essa da parte del cancelliere mediante inserimento nell'elenco cronologico e relativa attestazione) intervengano senza soluzione di continuità. E se anche situazioni contingenti non lo rendessero talora possibile, le suddette operazioni dovrebbero tuttavia sempre essere completate in breve tempo e comunque in un unico contesto soggettivo-temporale, senza che possa ritenersi esaurito il rapporto tra il giudice

depositante, la sentenza depositanda e il cancelliere preposto alle attività di “recepimento” in cancelleria (id est: nell’elenco cronologico esistente presso la stessa) e relativa attestazione, con la conseguenza che il giudice che ha dato impulso al procedimento di deposito non può disinteressarsene finchè il completamento dello stesso non venga attestato e deve pertanto assicurarsi che tale completamento intervenga al più presto e risulti certificato dall’apposizione della relativa (unica) data in calce alla sentenza, eventualmente, ove il procedimento non si completi entro un tempo ragionevole, segnalando particolari urgenze, denunciando inefficienze o anche sollecitando, attraverso l’intervento del capo dell’ufficio, un maggior controllo e, se del caso, una migliore organizzazione del lavoro e distribuzione del personale, essendo in ogni caso da escludere che il “deposito” possa esaurirsi in una mera attestazione del cancelliere priva di qualunque ufficiale riscontro oggettivo e che l’attività di “pubblicazione”, scissa da quella di deposito, possa proseguire poi esclusivamente ad opera del cancelliere, al di fuori di ogni controllo del giudice, perfezionandosi a volte, come nella specie, dopo molti mesi dal deposito, così autorizzando, tra ambiguità ed incertezze su di un’attività così delicata, ogni sorta di sospetti.

Una simile interpretazione dell’art. 133, citato comporta dunque che, a partire dal deposito, sia assicurata (se non la conoscenza, di certo) la conoscibilità della sentenza, nel senso che il difensore, con la diligenza dovuta in rebus suis, recandosi periodicamente in cancelleria per informarsi sull’esito di una causa della quale conosce la data di deliberazione, potrebbe, a partire dal momento del deposito, stante l’annotazione nell’elenco cronologico, venirne a conoscenza ed estrarne copia.

Peraltro, la differente filosofia che presiede alla disciplina del termine “lungo” e del termine “breve” per impugnare non può consistere in ciò che nel primo caso (art. 327 c.p.c., primo comma) il tempo viene considerato come mera “durata”, avulsa da un qualunque accadimento che colleghi la parte almeno alla possibilità di conoscenza dell’atto da impugnare, mentre nel secondo caso (art. 325 c.p.c., primo comma) viene inteso come “misura” di un intervallo decorrente dalla intervenuta notificazione, posto che il mero trascorrere del tempo non avrebbe di per sè alcun significato se prescindesse (oltre che dalla conoscenza legale del provvedimento, che si attua con la notifica, anche) dalla possibilità di conoscenza: il termine “lungo” infatti, pensato per non lasciare fluttuanti nel tempo situazioni e rapporti assicurando sempre, anche in assenza di notificazione, la possibilità del passaggio in giudicato della sentenza, prescinde appunto dalla notificazione (e da qualunque altra forma diretta di comunicazione alla parte) ma non anche dalla possibilità che la parte, nel maggior tempo previsto, possa venire comunque a conoscenza della sentenza e del suo deposito usando la dovuta diligenza.

4. Fatta chiarezza su che cosa deve intendersi per deposito della sentenza ed a quali precise attività del giudice e del cancelliere esso deve corrispondere, è da ritenersi risolto anche il problema delle conseguenze rivenienti dall'apposizione di una doppia data (di deposito e di pubblicazione) in calce alla sentenza.

Se infatti l'apposizione da parte del cancelliere di un'unica data impone di ritenere fino a querela di falso che la sentenza è "venuta ad esistenza" in quella data, con ogni relativo presupposto e conseguenza, l'apposizione di due date comporta la necessità di individuare il momento nel quale è effettivamente intervenuto il deposito/pubblicazione della sentenza, ma non impone per ciò solo di ricorrere a presunzioni aprioristiche e generalizzate ovvero ad indiscriminate ed ingiustificate rimessioni in termini.

Infatti, una volta identificate le attività nelle quali si sostanzia il "deposito" della sentenza, per individuare il momento in cui esso è avvenuto (quindi il momento dal quale decorre il termine per impugnare) sarà sufficiente accertare quando le suddette attività sono state poste in essere (in pratica, da quando la sentenza è divenuta "conoscibile").

Primo compito del giudice dell'impugnazione è infatti quello di verificare l'ammissibilità (perciò anche la tempestività) dell'impugnazione proposta, atteso il dovere di rilevare d'ufficio la formazione di eventuali giudicati. È un preliminare accertamento in fatto che compete ad ogni giudice dell'impugnazione, anche a quello di legittimità, al quale è riconosciuta ampia facoltà di accertamento del fatto processuale, essendo allo scopo anche disciplinati dall'art. 372 c.p.c., i termini di un'istruttoria documentale, come desumibile dalla prevista possibilità di depositare in cassazione documenti riguardanti l'ammissibilità del ricorso e del controricorso, anche indipendentemente dal deposito di questi ultimi (salva la necessità di notifica alle controparti).

Trattasi di accertamento che va condotto in maniera rigorosa, posto che all'interesse di una parte a veder affermata la tempestività della propria impugnazione corrisponde l'interesse della controparte al rilievo di un eventuale giudicato, soprattutto se si considera che l'apposizione della doppia data è sintomatica di una situazione gravemente disfunzionale che, nel migliore dei casi, testimonia disorganizzazione, ignavia ed ignoranza (per aver effettuato le operazioni idonee a rendere conoscibile la sentenza solo dopo l'apposizione della data di deposito, oppure per aver, ad esempio, dopo l'effettuazione di tutte le operazioni suddette in concomitanza col deposito, ritenuto di apporre una ulteriore data di pubblicazione corrispondente, in ipotesi, alla comunicazione dell'avvenuto deposito mediante biglietto di cancelleria prevista dal secondo comma dell'art. 133 c.p.c.).

D'altro canto la prova del momento a partire dal quale la parte diligente, recandosi in cancelleria, avrebbe potuto venire a conoscenza dell'esistenza

della sentenza e del suo deposito è certamente agevole, essendo sufficiente richiedere alla cancelleria del giudice a quo un'attestazione della data di iscrizione della sentenza nell'elenco cronologico, e potendo la relativa produzione avvenire sia ad opera dell'impugnante che ha interesse a dimostrare la tempestività della propria impugnazione sia, in ipotesi, ad opera della controparte che abbia interesse al rilievo di un eventuale giudicato.

In difetto di prova documentale -evenienza allo stato verosimile, considerato che, in relazione a sentenza recante una duplice data, negli autorevoli e recenti precedenti citati non si è valorizzato l'accertamento dell'ammissibilità del ricorso ma si è fatto riferimento (da parte di c. cost. n. 3 del 2015) ad una sorta di presunzione aprioristica e generalizzata di rilevanza della seconda data e (da parte di s.u. n. 13794 del 2012) ad una necessità logica di prevalenza della prima data, essendo il mero deposito "materiale" della sentenza attestato dal cancelliere già di per sé idoneo a far decorrere il termine d'impugnazione - sarà sempre possibile ricorrere ad altri mezzi di prova tra i quali non può annoverarsi la presunzione legale ma può certamente prendersi in considerazione la *praesumptio hominis* di cui all'art. 2729 c.c., alla quale il giudice può ricorrere secondo il suo prudente apprezzamento in presenza di indizi gravi, precisi e concordanti, e può altresì in ultima analisi farsi ricorso alla regola di giudizio di cui all'art. 2697 c.c., spettando all'impugnante provare la tempestività della propria impugnazione.

La ricostruzione che precede non lascia evidentemente spazio alcuno ad una rimessione in termini, tanto meno officiosa ed indiscriminata, e risolve pertanto a priori il contrasto che ha originato la rimessione del presente ricorso a queste Sezioni unite, contrasto che il collegio rimettente ha ravvisato tra Cass. sez. 6-11 nn. 10675 e 11129 del 2015 (secondo le quali l'interpretazione costituzionalmente orientata del giudice delle leggi avrebbe reso vincolante il provvedimento di rimessione in termini che invece nella prospettiva delle sezioni unite restava subordinato al ricorrere di particolari circostanze) e Cass. sez. 2^a n. 17612 del 2015 (secondo la quale, invece, l'istituto della rimessione in termini andrebbe ricondotto nell'alveo tradizionale, ricorrendovi solo in caso di verifica della lesione in concreto del diritto di difesa della parte in considerazione del tempo di cui essa ha potuto disporre per impugnare).

Invero, il richiamo alla rimessione in termini nella citata sentenza n. 13794/2012 di queste Sezioni unite ha un significato preciso siccome logicamente collegato all'affermazione secondo la quale ai fini della decorrenza del termine d'impugnazione è sufficiente il semplice deposito della sentenza attestato dal cancelliere, senza necessità che l'inizio del decorso del termine coincida col momento di effettiva possibilità che la parte venga a conoscenza dell'avvenuto deposito, e, alla stregua di tale impostazione, la rimessione costituisce un correttivo per le situazioni-limite nelle quali il giudice

dell'impugnazione ravvisa "grave difficoltà" per l'esercizio del diritto di difesa, determinata, come sopra evidenziato, dall'aver il cancelliere non reso conoscibile la data di deposito della sentenza prima della successiva data attestante la "pubblicazione" della medesima, avvenuta a notevole distanza di tempo ed in prossimità del termine di decadenza.

Meno immediatamente comprensibile risulta il richiamo alla rimessione in termini operato invece dalla Consulta nella citata sentenza n. 3 del 2015: una volta stabilito che il termine d'impugnazione decorre dal momento in cui la sentenza è conoscibile (e per giunta precisato che in ipotesi di doppia data la suddetta conoscibilità deve "di regola" ritenersi realizzata a decorrere dalla seconda di esse), non sembra che possano residuare margini di applicabilità per alcuna ipotesi di rimessione in termini, onde si è indotti a ritenere che il suddetto richiamo ad altro non serva, nell'economia della sentenza della Consulta, che a ricondurre l'argomentare alla decisione delle sezioni unite - che a tale istituto aveva fatto riferimento -, siccome "diritto vivente" oggetto di interpretazione adeguatrice. Nei suddetti limiti il richiamo appare dunque destinato solo a ribadire la necessità che fin dal momento di decorrenza del previsto termine d'impugnazione la parte abbia la possibilità di venire a conoscenza del deposito della sentenza, onde una rimessione (essendo questo l'istituto al quale le Sezioni unite avevano fatto riferimento) sarebbe ipotizzabile solo se officiosamente ed indiscriminatamente estesa a tutti i casi di sentenze recanti una doppia data così da divenire strumento idoneo ad evitare che "un errore addebitabile alla sola amministrazione giudiziaria possa incidere sul fondamentale diritto all'impugnazione, riducendone, talvolta anche in misura significativa, i relativi termini".

Quando tuttavia tale finalità (indirettamente perseguita attraverso una impropria e atipica rimessione in termini) sia conseguita attraverso una via più "diretta", cioè facendo decorrere il termine d'impugnazione esattamente dal momento (siccome accertato dal giudice a tale accertamento istituzionalmente preposto) in cui l'impugnanda sentenza è divenuta conoscibile (o anche dalla seconda data apposta sulla sentenza, come "di regola" ritenuto dalla Consulta nell'intento di "garantire" così in ogni caso la pienezza del termine d'impugnazione), non può discendere alcuna decadenza dal fatto che sulla sentenza risultano apposte due date o che comunque dalla data attestante il deposito la sentenza non era ancora oggettivamente conoscibile, e non vi è perciò motivo alcuno di ipotizzare il ricorso ad una rimessione in termini, "tradizionale" o meno.

5. Venendo ora alla decisione del caso sub iudice, occorre rilevare che le ricorrenti non hanno prodotto prova documentale attestante la data di iscrizione della sentenza nell'elenco cronologico, tuttavia nella memoria illustrativa hanno affermato che l'apposizione in calce alla sentenza di due date distan-

ti sette mesi l'una dall'altra è dipesa esclusivamente dal ritardato adempimento, da parte della cancelleria, dei "compiti ad essa affidati", e che esse hanno avuto piena conoscenza della sentenza solo dalla seconda data. Anche il Comune resistente non ha prodotto prova documentale ma nella memoria conclusiva ha affermato che la data di deposito della sentenza "completa di numero di cronologico, numero di sentenza, ecc." era chiaramente conoscibile da parte delle ricorrenti "alle quali il deposito della sentenza era stato ritualmente comunicato", e che pertanto le stesse "avevano avuto tutto il tempo necessario per notificare il ricorso", ma non ha precisato da quale momento è effettivamente intervenuta l'iscrizione nell'elenco cronologico e soprattutto, affermando che le parti avevano avuto "tutto il tempo necessario per impugnare" (senza precisare se avevano avuto in ogni caso tutto il "tempo" comunque prescritto), sembra prescindere dalla necessità che fin dal momento di decorrenza del termine lungo sia assicurata la conoscibilità della sentenza e quindi dalla necessità che, sotto questo profilo, il termine previsto risulti "fruibile" per intero. In tali termini le affermazioni delle suddette parti non risultano tra loro incompatibili.

Tanto premesso, il collegio ritiene che nella specie sussistano i presupposti per fare ricorso alla presunzione semplice sulla base sia delle affermazioni delle parti che del lasso di tempo trascorso tra la prima e la seconda data, la cui ampiezza inusitata rende assai inverosimile che in concomitanza col materiale deposito della sentenza e la relativa attestazione siano state compiute le attività di ricevimento e riscontro della sentenza, con iscrizione nell'elenco cronologico ed assegnazione del numero identificativo da parte di un ufficio così oberato o disorganizzato da impiegare poi eventualmente sette mesi solo per dare comunicazione alla parte dell'avvenuto deposito mediante biglietto di cancelleria.

Dall'argomentare che precede deve trarsi il seguente principio di diritto: "Il deposito e la pubblicazione della sentenza coincidono e si realizzano nel momento in cui il deposito ufficiale in cancelleria determina l'inserimento della sentenza nell'elenco cronologico con attribuzione del relativo numero identificativo e conseguente possibilità per gli interessati di venirne a conoscenza e richiederne copia autentica: da tale momento la sentenza "esiste" a tutti gli effetti e comincia a decorrere il cosiddetto termine lungo per la sua impugnazione.

Nel caso in cui risulti realizzata una impropria scissione tra i momenti di deposito e pubblicazione attraverso l'apposizione in calce alla sentenza di due diverse date, il giudice tenuto a verificare la tempestività dell'impugnazione proposta deve accertare - attraverso un'istruttoria documentale o, in mancanza, il ricorso, se del caso, alla presunzione semplice ovvero, in ultima analisi, alla regola di giudizio di cui all'art. 2697 c.c., alla stregua della quale spetta all'impugnante provare la tempestività della propria impugnazione -

il momento di decorrenza del termine d'impugnazione, perciò il momento in cui la sentenza è divenuta conoscibile attraverso il deposito ufficiale in cancelleria comportante l'inserimento di essa nell'elenco cronologico delle sentenze e l'attribuzione del relativo numero identificativo”.

In applicazione del sopra esposto principio, il ricorso deve essere dichiarato ammissibile e gli atti devono essere rimessi alla seconda sezione civile per la relativa decisione e la statuizione sulle spese”.

Finito di stampare nel mese di novembre 2017

La Direzione, la Redazione e l'Amministrazione sono in Roma, Piazzale G. Pastore, 6
Tel. 06/54872359 e 06/54872337

email: rivistainfortuni@inail.it

Sito: www.inail.it

CONDIZIONI PER LA PUBBLICAZIONE

I lavori dovranno essere inviati alla Direzione per posta elettronica, oppure su supporto informatico. In entrambi i casi in "formato testo" lavorabile. Si invita ad evitare il più possibile il ricorso alle NOTE; in ogni caso le note dovranno contenere esclusivamente richiami alla Bibliografia

I lavori inviati si intendono definitivi; in caso di decisione favorevole alla pubblicazione non saranno risottoposti agli autori.

La BIBLIOGRAFIA dovrà contenere:

- nome e cognome dell'Autore
- titolo del lavoro
 - Per giornali e riviste:* indicazione della Testata (anno e fascicolo) nel quale il lavoro è stato pubblicato
 - Per i volumi:* editore, luogo e anno di pubblicazione
- Pagine di riferimento.

I lavori dovranno essere corredati di un breve RIASSUNTO in lingua italiana e inglese.
Le OPINIONI espresse dagli Autori impegnano esclusivamente la loro responsabilità.

Agli Autori verranno inviati gratuitamente 30 ESTRATTI dei loro lavori, con un limite massimo di 100 estratti per ogni lavoro. Le copie aggiuntive - che devono essere richieste al momento dell'invio degli elaborati - saranno fornite a prezzo di costo.

Libri o altre pubblicazioni delle quali si chiede la recensione devono essere inviati al seguente indirizzo:

Redazione della
Rivista degli Infortuni e delle Malattie Professionali
P.le G. Pastore, 6
00144 Roma

ABBONAMENTI ORDINARI

Rivista degli Infortuni e delle Malattie Professionali - Anno 2017

Italia

Euro 66.00

Esteri

Euro 71.00

L'abbonamento comprende i 3 fascicoli della Rivista, l'Indice analitico dell'annata 2017 e la Giurisprudenza degli Infortuni sul Lavoro e Malattie Professionali 2017.

GLI ABBONAMENTI POSSONO ESSERE SOTTOSCRITTI TRAMITE:

- Conto corrente postale IBAN: IT32S076010320000000920009 intestato all'Inail
Codice BIC SWIFT: BPPIITRRXXX
- Conto corrente bancario Iban: IT75B0306903201100000300010 intestato all'Inail
Codice BIC SWIFT: BCITITMM

Effettuato il pagamento si prega di inviare la ricevuta di pagamento, unitamente agli estremi necessari per l'invio delle pubblicazioni, a:

INAIL

Direzione centrale pianificazione

e comunicazione

P.le G. Pastore n. 6

00144 - ROMA

email: dcpianificazione-comunicazione@inail.it

Per ulteriori informazioni rivolgersi a:

Sig.ra Marina Tittarelli

Tel. 06/54872337

email: m.tittarelli@inail.it

