

Considerazioni sulla prevenzione occupazionale e sul relativo assetto istituzionale

L'idea di proporre una modifica costituzionale (art. 117 della Costituzione) e di assetto organizzativo sulla tutela della salute nei luoghi di lavoro nasce da una situazione di indubbia criticità se consideriamo il livello nazionale ma le criticità sono soprattutto altrove e sarebbe profondamente sbagliato non affrontarle.

Le cause culturali e di sistema

- ³⁵₁₇ La prevenzione nei luoghi di lavoro non è ancora diventata in Italia una virtù; ne è vista come fattore di cultura condiviso e di crescita delle imprese, (la riprova il continuo appello a deregulation, eccezioni.)
- ³⁵₁₇ Non si è ancora affermata una politica di promozione della salute nei luoghi di lavoro perché manca una cultura del lavoro salubre e "a misura d'uomo e di donna", una cultura di lavoro "legale" reso oggi ancora più complesso dalle condizioni di precarietà, di invecchiamento della popolazione lavorativa, di cattivo utilizzo dei lavoratori immigrati, di caduta di diritti nei luoghi di lavoro per una larga fascia di lavoratori etc.
- ³⁵₁₇ Le potenzialità presenti in molte aziende restano inesprese e non vengono messe in campo per migliorare il sistema di prevenzione aziendale e le condizioni di lavoro. La valutazione dei rischi da concreta possibilità di "leggere" il lavoro per renderlo sicuro, alla fondamentale la formazione delle figure della prevenzione ad iniziare dai lavoratori: si sono ridotte frequentemente a fastidioso, costoso e inutile adempimento burocratico, perdendo totalmente di significato.
- ³⁵₁₇ Le caratteristiche del mondo delle imprese, prevalentemente (> 90%) come noto da imprese con meno di 10 addetti, nell'ambito di una progressiva modifica del mercato e dei rapporti di lavoro, impongono innovazioni di approccio ai problemi della prevenzione, anche a partire da un maggiore sviluppo della necessaria articolazione e complessità delle azioni di prevenzione (non solo vigilanza e controlli ma informazione, assistenza, formazione, misure di sostegno anche economico).
- ³⁵₁₇ Peraltro, il continuo ripresentarsi in Parlamento della formulazione del numero di addetti come fattore di deregulation e alleggerimento di obblighi è spia di una sottovalutazione dei problemi: le aziende a rischio dall'edilizia all'agricoltura, dalle piccole aziende chimiche alle pulizie industriali, a quelle che operano in ambienti confinati...sono spesso estremamente piccole ma ciò non toglie che debbano anch'essere attenersi a principi di sicurezza e salute e di regolarità nel lavoro.
- ³⁵₁₇ Un sistema di consulenze deregolato ha progressivamente comportato un appesantimento nei costi e contemporaneamente uno svuotamento di contenuti, privilegiando i ritorni economici piuttosto che un servizio qualificato e professionale, senza aiutare e indirizzare le imprese verso un percorso virtuoso (individuazione dei problemi di salute e sicurezza specifici e puntuali, informazione e formazione qualificata e mirata, condivisione di un crono-programma di soluzioni e miglioramenti tecnici e organizzativi), fornendo valutazioni dei rischi fatte con check liste generiche, tomi fatti con copia-incolla..., formazione dequalificata...
- ³⁵₁₇ L'applicazione delle normative europee in tema di salute e sicurezza (si pensi all'Accordo Europeo su stress lavoro correlato!) doveva e deve essere fondato sulla partecipazione dei lavoratori quali soggetti attivi che, attraverso i loro rappresentanti, intervengono nella predisposizione e nell'attuazione delle misure di sicurezza: è invece tuttora evidente la debolezza del sistema delle rappresentanze (RSU, RLS e del ruolo dei lavoratori).
- ³⁵₁₇ I risparmi su bonifiche e soluzioni effettive, sulla manutenzione di capannoni e impianti, la scelta della precarietà e dell'illegalità come forma quasi abituale di lavoro, la forte diminuzione di diritti dei lavoratori, sono la cornice tragica nella quale anche il sistema pubblico di controllo deve muoversi.
- ³⁵₁₇ E' purtroppo storico il limitato interesse, salvo positive esperienze limitate ad alcuni Governi, dimostrato dal Ministero della Salute verso la materia; ne è testimonianza l'assenza di indirizzi operativi (pochissime le circolari emanate in questi 34 anni di vigenza della L. 833/78). Solo a distanza di 20 anni dalla 833 il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ha affrontato finalmente l'argomento inserendo tra gli obiettivi la lotta agli infortuni sul lavoro e progressivamente alle malattie professionali e dedicando una particolare attenzione all'applicazione della normativa sulla sicurezza del lavoro nel comparto sanitario.
- ³⁵₁₇ Permane la totale delega al Ministero del Lavoro in materia di normazione, indirizzo, rappresentanza nella Commissione europea, rapporti con il Parlamento, governo dell'istituto assicuratore (INAIL); l'incapacità centrale in proposito è stato un elemento di grande debolezza. Basti pensare al cronico ritardo culturale segnato oggi dalla distanza tra quanto richiesto all'Italia ad esempio sullo stress lavoro correlato e gli effettivi adempimenti.
- ³⁵₁₇ Tra le criticità maggiori va citata l'esasperante lentezza del Parlamento su tutti i decreti delegati alcuni dei quali fermi da 18 anni in un continuo rimpallo tra Commissioni, per interessi apparentemente contrapposti.

Tutte queste criticità sono ovviamente ben altro rispetto alle responsabilità pur presenti del sistema pubblico delle Asl e delle Regioni.

Il sistema regionale e delle ASL – la normazione e l'organizzazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

L'attuale sistema di prevenzione e controllo messo oggi in ridiscussione si basa su una rete di servizi territoriali che dipendono da aziende sanitarie locali, funzionalmente dipendenti dalla regione. Il problema della disomogeneità legato al sistema delle Regioni, ha certamente costituito una delle criticità principali, tuttora non completamente risolte, che hanno impedito il completo e diffuso affermarsi del sistema italiano della prevenzione.

Le varie Commissioni parlamentari d'indagine che si sono succedute hanno sempre posto l'attenzione a questa criticità, prospettandone nelle diverse fasi di questi decenni la necessità di alcune soluzioni.

Ma questa disomogeneità non discende certo dalla potestà legislativa concorrente delle Regioni sancita dall'art. 117 della Carta costituzionale. Del resto le "differenze" sono notoriamente presenti in tutto il sistema sanitario, valgono per la

prevenzione come per l'assistenza e la cura, e ovviamente in gran parte sono legate alla storia e all'evoluzione del nostro paese, al suo tessuto sociale, ecc. prima e dopo gli ultimi 150 anni.
Le norme in materia di salute e sicurezza del lavoro sono emanate dal Parlamento o dal Governo su delega del primo in un confronto con le Regioni che si sostanzia nella Conferenza Stato-Regioni.

Le Regioni hanno una potestà concorrente che non può entrare in conflitto con le norme dello Stato ma che consente loro di adattare l'applicazione di queste alla specificità territoriale da esse governata. D'altro canto in questi anni pochissime sono state le Regioni che hanno utilizzato questo potere legiferando sulla materia. Non si comprende quindi come questo potere possa essere la reale causa di disomogeneità riscontrate nel paese.

Le poche Regioni che hanno legiferato sulla materia lo hanno fatto per limitati aspetti e con provvedimenti volti a semplificare e snellire procedure amministrative o limitare attività inutili ma dispendiose di risorse, applicando i principi contenuti nella normativa statale della materia specifica e più in generale di quella relativa alle attività della Pubblica Amministrazione (es. autonotifica di nuove attività produttive, documento unico di regolarità contributiva).

Il rapporto Stato-Regioni nella preparazione delle norme in materia, avviato sin dai tempi del D.Lgs. 626/94 e via via consolidatosi, ha avuto risvolti molto positivi in quanto le Regioni hanno potuto portare al tavolo di discussione tutta la loro pluriennale esperienza operativa derivante dal governo dei Servizi del SSR; esperienza che ha consentito di meglio modulare la normativa europea rendendola più adattabile e quindi più praticabile nei differenti contesti territoriali.

L'esempio più convincente della positività dell'attuale assetto istituzionale nell'ottenere importanti evoluzioni strategiche del sistema è rappresentato proprio dalla costruzione ed approvazione del d.lgs 81/08 in modo partecipato, condiviso ed in un periodo di tempo molto contenuto.

E' proprio l'apporto delle Regioni che ha posto l'esigenza di affrontare nei testi di legge alcuni temi e istituti necessari per un miglioramento del sistema della prevenzione. Alcuni esempi:

- il sistema informativo nazionale necessario per la programmazione delle attività (istituto fortemente voluto proprio dalle Regioni che ne hanno percorso l'attuazione attraverso l'iniziativa dei Flussi informativi ancor prima della promulgazione del D.Lgs. 81/08);
- la scelta degli obbiettivi prioritari e della programmazione/pianificazione, il metodo della verifica nel tempo dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi, la comunicazione a tutti gli attori dei risultati.

Questo sistema nasce da una Riforma sanitaria che sviluppò, con un dibattito senza precedenti soprattutto tra le forze sociali e nel mondo della cultura, una riflessione sull'esperienza passata evidenziando alcuni elementi di profonda debolezza dei modelli istituzionali al tempo presenti, e ai quali si rischia di tornare acriticamente :

- ³⁵/₁₇ la separazione tra funzioni di vigilanza e funzioni di prevenzione con la separazione tra competenze sanitarie (che esistevano in misura modestissima nel passato pre-riforma) e competenze tecniche
- ³⁵/₁₇ un modello di intervento scarsamente partecipato dai soggetti aziendali deputati alla prevenzione
- ³⁵/₁₇ la mancanza di un approccio globale ai problemi di sicurezza e igiene del lavoro.

La Legge 833/'78, per quanto riguarda tale materia, ha avuto tra i presupposti proprio il superamento di questi elementi di criticità, insieme alla convinzione che un forte radicamento dei servizi nel territorio potesse favorire una migliore conoscenza delle condizioni di lavoro, una conseguente migliore programmazione degli interventi, una maggiore partecipazione delle forze sociali ai programmi di prevenzione, un'integrazione con gli enti locali e con gli altri servizi del Servizio Sanitario Nazionale.

La legge di riforma sanitaria comportò profonde innovazioni concettuali e organizzative che posero l'Italia all'avanguardia di nuove soluzioni in tema di prevenzione occupazionale, a partire proprio da due aspetti di fondo:

- 1) l'individuazione originale del concetto che i problemi di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro dovessero essere affrontati dai soggetti istituzionali competenti in tema di lavoro ma anche di salute;
- 2) la definizione che i ruoli in materia delle istituzioni dovessero comportate svolgimenti sia a livello sia centrale sia territoriale (di qui la competenza congiunta di Stato e Regioni intervenuta successivamente nel 2000 e sulla quale i Presidenti delle regioni si sono espressi con un autorevole documento del febbraio 2009).
- 3) Con il Patto per la salute del 17 dicembre 2007 si sono fissati criteri di programmazione e di livelli di assistenza specifici.

Non possiamo dire certamente che tutto ha funzionato anche se sicuramente anche con il contributo del sistema territoriale di prevenzione e controllo si sono affrontati grandi problemi di sicurezza e salute: dalla normativa sull'amianto, alla vigilanza in settori critici quali l'edilizia e l'agricoltura, dal rischio chimico alla ricerca attiva delle malattie professionali. Ne sono una prova anche la diminuzione degli infortuni e la qualificazione (pur ancora insufficiente) delle segnalazioni di patologie professionali. Quindi tutto bene ?

Sicuramente No e molto si doveva e dovrà fare ai vari livelli per meglio capire e coordinare una strategia più stringente nella "lunga Italia" dove permangono anche in questo settore differenze, partendo soprattutto dalle tante situazioni dove le cose funzionano e quindi attestandoci sul meglio.

Le Regioni ed i servizi territoriali migliori oggi operano

- in un contesto informativo (data base INAIL, liste di aziende "critiche", registri di patologia ad iniziare da quelli dei mesoteliomi, etc) per programmare in modo trasparente,
- programmi verificabili di lavoro basati sia su comparti generali a rischio (tipici edilizia e agricoltura) ma anche e soprattutto su temi e specificità territoriali,
- applicando con rigore le norme sanzionatorie e la ricostruzione di infortuni e malattie professionali anche in uno stretto rapporto con la Magistratura,
- lavorando in sinergia con le altre strutture di sanità pubblica per i problemi comuni,
- con iniziative di informazione, materiali, siti web, sportelli informativi, seminari per le figure della prevenzione, con rapporti con le forze sociali,
- basandosi su approccio globale e multidisciplinare con figure sanitarie e tecniche.

Le Regioni ed i servizi territoriali migliori hanno abbandonato da tempo attività obsolete, e danno dei report di attività su piattaforme informatiche trasparenti.

Anche su questo lavoro si è basato il Report 2010 delle attività ed è in preparazione quello del 2011. Si tratta insomma d'una strategia che in particolare nell'ultimo decennio si è articolata sull'attuazione di iniziative, progettualità e strumenti che "dessero gambe" ai due cardini della prevenzione, la conoscenza e l'azione, ovvero - in un'accezione moderna - il sistema informativo e la pianificazione delle azioni di controllo e di soluzione.

Il problema noto, cui abbiamo già accennato, è che ciò non avviene ovunque, nella stessa misura o almeno secondo un diffuso rispetto di livelli minimi, ma accettabili, comuni.

Ma queste differenze purtroppo ci sono anche in altri settori chiave per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro quali ad esempio: le differenze interpretative e di riconoscimento di infortuni e malattie professionali nelle varie sedi INAIL, le differenze di forze in campo tra le varie sedi della Direzione del Lavoro, senza che per tali ragioni si pensi di annullare competenze e prerogative.

Prime proposte

A livello nazionale /regionale

Coordinamento, programmazione e sinergia forte tra i due Ministeri della Salute e del Lavoro

- definire standard di funzionamento (strutture complesse, articolazioni, ecc.)
- definire per tutte le articolazioni d'intervento standard di prestazioni (quali e quante; ampliare i LEA) e personale (% quota capitaria, personale in rapporto a addetti/aziende, tipologia di personale) articolato per le varie figure: medici del lavoro, assistenti sanitari, tecnici della prevenzione, ingegneri, chimici, psicologi, amministrativi) legati alle quantità e qualità delle imprese PAT, al numero medio delle notifiche preliminari, tenendo conto delle grandi opere di riuso di aree dismesse, di opere infrastrutturali

Completamento del 3° piano nazionale previsto dal patto: tumori professionali e prevenzione del rischio cancerogeno applicando realmente le direttive REACH CLP

- Adeguatezza alle indicazioni europee con un piano nazionale sul rischio organizzativo 2012-2014 partendo dai temi del rischio muscolo-scheletrico e dello stress lavoro correlato

Alleggerire le strutture pletoriche delle Commissioni e Comitati, potenziandone l'attività partire dal lavoro per progetti

A livello regionale /territoriale

Obbligatorietà per i soggetti a livello regionale /territoriale:

- -adeguamento delle Regioni /Asl a standard definiti di personale e di risorse e prestazioni
- -adeguamento delle Regioni /Asl a standard di attività quantitativa e qualitativa con chiara evidenza della chiarezza dei criteri di programmazione, di trasparenza delle attività, di semplificazione di approccio
- definire standard di funzionamento (strutture complesse, articolazioni, ecc.)
- definire standard di prestazioni (quali e quante; ampliare/aggiornare i LEA)
- forte e obbligatorio coordinamento e programmi comuni con DRL, INAIL su settori ad elevato rischio di illegalità: agricoltura, edilizia, pulizie industriali, cooperative;
- pieno utilizzo delle risorse destinate sia a livello dei Piani nazionali, regionali e territoriali che, nel caso specifico delle risorse dell'articolo 13 comma 6 del Decreto 81/2008 ancora largamente deficitario (vedi tabella SNOP)
- Valutazione dei Direttori generali delle ASL e dei Governatori Regionali su questi temi, poteri sostitutivi, Commissariamenti per gli inadempienti.

Lo stesso 81/2008 ha dedicato a questi temi - ossia all'obiettivo di giungere ad un "sistema" organizzato ed organico - attenzione specifica nel Titolo I°: gli artt. 5, 6 e 7 parevano in effetti garantire soluzioni progressivamente efficaci, definendo un articolato sistema centrale territoriale, prospettando la possibilità di un armonioso esplicitarsi di indirizzi e coordinamento a livello nazionale e regionale. Forse è presto per dire se queste soluzioni si sono rivelate compiutamente efficaci o al contrario inefficaci, pur se l'impressione di molti è che non sia stato ancora adeguatamente risolto il tema della disomogeneità quali-quantitativa nelle diverse regioni, tuttora caratterizzate - come già detto - da punte di eccellenza, da situazioni discretamente efficaci ma anche qua e là da insufficienze e carenze di attenzione, di energie e risorse dedicate.

Si tratta quindi di ragionare "laicamente" e senza falsi miti sulla situazione attuale e sulle possibili soluzioni migliorative.

La modifica dell'art. 117 della Costituzione, il ritorno alle competenze del solo Stato e la soppressione di quelle delle Regioni potrebbero essere la soluzione? Il nostro convincimento è che di per sé questa non sarebbe una soluzione, perché l'unica soluzione reale dovrebbe essere che nel sistema individuato in lunghi decenni di esperienze e ricco di aspetti positivi si innesti quello che finora è sostanzialmente stato insufficiente, una formale e sostanziale possibilità di indirizzo, coordinamento, verifica nazionale, in condivisione tra tutti i soggetti istituzionali competenti: indirizzo, coordinamento e verifica non disgiunti dall'effettiva possibilità di adottare soluzioni e poteri sostitutivi nei casi di più grave e persistente inadempimento locale.

Lo stesso 81/2008 lascia intravedere questa possibilità, così come già gli art. 5, 6 e 7 (cui si è accennato sopra) potrebbero - se adeguatamente e diffusamente messi in opera - rappresentare probabilmente un progressivo adeguamento del funzionamento del sistema.

Si tratta dunque non di "inventare" qualcosa di nuovo, che probabilmente rischierebbe di comportare addirittura arresti di ciò che già funziona e "ritorni indietro" alquanto pericolosi, quanto di attuare più concretamente ed efficacemente gli strumenti normativi, metodologici e organizzativi già oggi disponibili. Su ciò speriamo si sviluppino in questa fase discussione e proposte.

www.snop.it

www.snop.it