

La valutazione dei rischi di igiene e sicurezza: tra storia e attualità

di Agostino Messineo

Nella storia italiana alcune circostanze configurano, a differenza con gli altri Paesi, il panorama complessivo della lotta contro le condizioni di nocività del lavoro. Anzitutto l'avvicendamento di denominazioni istituzionali e la conseguente riconfigurazione delle strutture deputate alla **governance del settore della Prevenzione** a partire dal **1882**, periodo in cui nasce l'**Associazione Italiana Utenti Caldaie a Vapore** con l'intento di regolamentare un settore in crescita ove potevano determinarsi gravi infortuni al **1884** con l'**A.P.I.** (Associazione Prevenzione Infortuni, costituita tra gli Industriali) trasformata nel **1926** in **ANPI** (ente di diritto pubblico: Associazione Nazionale Prevenzione Infortuni) in ultimo ancora trasformata in **ENPI** (Ente Nazionale Prevenzione Infortuni nel **1932**).

Tutto ciò in un contesto legislativo caratterizzato da “non solo embrionali” norme di tutela sanitaria dei lavoratori: a ben vedere, infatti la statuizione di procedure inerenti la valutazione dei rischi era già prevista indirettamente dall'**art. 41 della Costituzione Repubblicana** che stabilisce

l'iniziativa economica è libera ma non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo di recar danno alla sicurezza

fatto questo che impone, conseguentemente, la valutazione proprio di quali siano le condizioni ipotetiche di pericolo, per es. incompatibili con le lavorazioni.

E ancora più chiaramente l'**art. 2087 del cc**, prevedendo che

L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro

non aveva fatto altro che disporre già all'epoca un dovere fondamentale per il datore di lavoro, quello cioè di diligenza qualificata, adeguata valutazione dei rischi e della nocività (particolarità del lavoro), sicurezza (tecnica) dettate dal progresso tecnologico.

Ma l'obbligo era piuttosto generico (secondo alcuni *in nuce*) e veniva verificato solo in caso di infortuni o tecnopatie. Peraltro le norme di sicurezza, innovate poi nel 1956 con una serie di disposizioni più organiche e che resteranno poi in vigore per 50 anni divenendo il “core” di tutta la legislazione prevenzionistica di fine secolo, non sono servite a limitare sensibilmente l'effetto devastante di alcuni rischi e della carenza di sicurezza nei luoghi di lavoro.

Proprio gli art. 4 dei **DPR 303/56** e 547/55 avevano ribadito che i dirigenti e preposti, ciascuno nell'ambito delle rispettive competenze, avrebbero dovuto

rendere edotti i lavoratori dei rischi specifici

cui erano esposti, incombenza che non poteva certo essere realizzata senza procedere ad una preliminare valutazione dei rischi collegati all'attività di lavoro. Anche perchè occorre spiegare la funzione delle misure di sicurezza adottate proprio per evitare specifici rischi infortunistici o tecnopatici.

Tuttavia, all'epoca, stime adeguate dei rischi venivano effettuate per lo più solo in grandi e medie aziende, (solo) se vi era presenza sindacale attiva e/o se vi erano stati infortuni con conseguenti indagini (fattori queste ultime, che potremmo definire di "sensibilizzazione" ai fini della attuazione delle misure pur previste dalla norma). **Occorre anche considerare che di fronte a sanzioni tutto sommato assai ridotte, l'imprenditore negligente trovava più conveniente risparmiare in sicurezza considerata l'assai scarsa vigilanza, spesso la ridotta sindacalizzazione e il conseguente limitato "controllo sociale", nonché l'"attenuazione delle coscienze" a causa della "monetizzazione del rischio" o della gestione quasi esclusivamente assicurativa delle tecnopatie.**

Al punto che "malattie professionali" nell'accezione comune (ed anche in tema di indennizzo) erano "praticamente" ritenute all'epoca e fino a ben oltre la seconda metà del XX secolo, solo quelle inserite in una apposita "tabella": il "restauro" del diritto avverrà poi con sentenze della Corte Costituzionale che apriranno la strada al sistema "misto" ma ancor più con le sentenze penali di vari Pretori e Tribunali che ribadiranno la causalità professionale per qualsiasi fattore di rischio causalmente in gioco nei procedimenti per omicidio colposo o lesioni colpose.

Le funzioni dell'ENPI vengono poi ulteriormente precisate con la Legge 2390/52 allorchè all'Ente vengono affidati compiti antinfortunistici, verifica degli Impianti elettrici, degli ascensori, dei mezzi di sollevamento, attività di propaganda antinfortunistica, visite mediche su richiesta degli imprenditori e orientamento psicologico per minori apprendisti. Il tutto con la previsione di promuovere, sviluppare e diffondere la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, nonché l'igiene del lavoro.

L'ENPI operava tuttavia con un insufficiente "mandato sociale" e prevalentemente su richiesta e finanziamento dei privati anche con contributi INAIL, allo scopo di rendere più agevole l'adempimento alle norme di prevenzione e sicurezza, inclusa ovviamente l'attuazione della sorveglianza sanitaria. L'Istituto, pur contribuendo a fare sviluppare, successivamente all'attuazione dello Statuto dei Lavoratori, le prime "*valutazioni delle condizioni di rischio*" ad opera di gruppi appositi di varie professionalità integrate, in risposta alle esigenze palesate dai lavoratori e dai sindacati con l'art. 9 della Legge 300 operava, per tali incombenze, "a macchia di leopardo" senza erogare per tali attività "integrate" una assistenza globale a livello nazionale e risentendo molto delle richieste da parte dei datori di lavoro.

All'epoca la valutazione dei rischi non veniva spesso intesa, come poi è stato **a partire dal 1991 con il D.lgs 277**, come valutazione dei rischi residui, ma sovente le attività di prevenzione nelle aziende erano limitate alla verifica di quanto lo stesso Legislatore aveva provveduto direttamente ad indentificare come condizioni di rischio nei numerosi articoli del DPR antinfortunistici (molti dei quali sono oggi riportati in allegato al Dlgs 81/2008). In definitiva i rigidi precetti antinfortunistici (DPR 547/44 e DPR 303/56) costituivano già una "lista di controllo" che individuava situazioni incompatibili con la sicurezza

proponendo caso per caso contromisure organizzative , tecniche o operative per garantire la sicurezza.

Figure di spicco nell'igiene industriale del tempo come Mario Maggio, Assuero Gaffi e Giuseppe Rozera a Roma, Caio Plinio Odescalchi a Milano, furono all'epoca i punti di riferimento per una vasta gamma di igienisti del lavoro e "medici di fabbrica" operativi (capofila furono Angiolino Iavicoli con Giovanni Gennaccari a Roma, Maddalena Munari a Padova e Alfonso Le Noci a Taranto) che successivamente costituiranno - allo scioglimento dell'Ente nel 1978 - alcune delle travature sulle quali si svilupperà "tecnicamente" il SSN a livello locale (altri pilastri della disciplina furono E. Gaffuri, A. Grieco e i medici di alcune strutture accademiche e funzionari di Enti Locali, Patronati e Organizzazioni dei Lavoratori che parallelamente e spesso antitetivamente svilupperanno ulteriori vie di approccio al problema della prevenzione nei luoghi di lavoro).

È proprio con l'attuazione delle *indagini ambientali interdisciplinari* che intorno all'inizio degli anni Settanta avviene il superamento della verifica monosettoriale ed isolata delle condizioni di pericolo e si perviene storicamente alle prime embrionali ed antesignane "valutazioni", superandosi le rigide barriere penali costituite dal minimale adempimento alla norme di sicurezza del DPR antinfortunistici; evenienza motivata dalla *"realtà industriale in continua evoluzione, della crescente complessità dei cicli tecnologici, dai mutamenti organizzativi, dal crescente numero di sostanze introdotte nelle lavorazioni, dall'incidenza di problemi psicologici collegati ad attività stressanti"*.

Ad analoghe indicazioni pervengono alcune osservazioni accademiche del tempo e soprattutto le crescenti e diffuse esperienze sindacali ed operaie che rivendicano però una maggiore "terzietà" di molti preventori occupazionali pubblici e privati "focalizzati" sulla "sanitarizzazione" della prevenzione, sulla rigida osservanza clinica (peraltro ancora non supportata tecnologicamente per fronteggiare i molti rischi emergenti) e idoneativa (più che basata sulle valutazioni ambientali e sul vissuto operaio).

Le prime indagini ambientali dell'epoca, volte a meglio definire i rischi da lavoro, consistevano nell'esame dei molteplici aspetti della realtà aziendale e nella verifica di quanto incidesse l'ambiente di lavoro nella determinazione di tecnopatie, infortuni e disagi. Vi era inoltre una promozione della prevenzione attraverso una sorta di *auditing* che comprendeva l'esame di una grande quantità di documenti e condizioni di lavoro (collocamento geografico e storico, finalità produttività dell'azienda, ciclo tecnologico completo, edilizia, viabilità, antinfortunistica, antincendio, macchine, dirigenza e preposti, organizzazione ed addestramento, infortuni, collocamento degli invalidi, assenteismo, cultura prevalente, risposta ai ritmi lavorativi, igiene ambientale, situazioni di disagio basate su indicatori quali tecnopatie, richieste di spostamento, infortuni, disturbi accusati, microclima, rumorosità, polveri, fumi, allergeni, mensa aziendale). I rilievi dei "gruppi interdisciplinari" erano tali da richiedere non solo una valutazione tecnica da parte di diverse componenti professionali ma anche una collaborazione fattiva dei lavoratori che "attraverso i gruppi omogenei esprimevano "osservazioni ed esperienze integrando in maniera più completa ed esauriente la valutazione dell'ambiente di lavoro".

Parallelamente si è già tratteggiato come, spesso in antagonismo, Sindacati, Patronati e SMAL procedessero a valutazioni dei luoghi di lavoro in alcune, più sensibili Regioni Italiane (Umbria, Toscana, Emilia, Lombardia, Lazio) con interventi che tenevano in

maggior considerazione fattori soggettivi valorizzando anche aspetti problematici dell'organizzazione del lavoro .

Con il 1978, la Legge 833 di Riforma Sanitaria ha poi previsto lo svolgimento da parte delle Unità Sanitarie Locali di Attività di attività di prevenzione comprendenti

a) La individuazione, l'accertamento e il controllo dei fattori di nocività... b) La comunicazione dei dati accertati... c) La indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio... d) La formulazione di mappe di rischio... e) La profilassi degli eventi morbosi... f) La verifica,..., della compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamenti industriali...con le esigenze di tutela dell'ambiente e...di difesa della salute della popolazione e dei lavoratori.

In definitiva, il modello italiano era caratterizzato, nel periodo 1980-1994, da una apparente coesistenza di obblighi tra Datori di lavoro e organi pubblici che solo negli anni successivi sarà definitivamente chiarita e precisata. In effetti, l'ente pubblico era l'attore principale della prevenzione nei luoghi di lavoro, le funzioni di prevenzione, promozione e vigilanza erano concentrate su un unico soggetto e le risorse assegnate ai servizi sanitari pubblici erano del tutto inadeguate (salvo rare eccezioni) rispetto ai bisogni dell'epoca.

Lungi dall'ottenersi adeguate valutazioni dei rischi, il sistema offriva controlli medici piuttosto generalistici, basati più sulla frequenza dei controlli che sull'ancora inadeguato monitoraggio biologico. A posteriori si può ritenere che vi fossero assai pochi vigilanti, difformità nell'applicazione delle norme, scarsissimo interesse e poca premialità per la sicurezza, sanzioni irrisorie, diffusa evasione della normativa, fiscale sanitarizzazione delle attività di prevenzione (pochissimi tecnici, ingegneri e chimici , molti medici e infermieri) .

Il sistema gestionale inizia a cambiare con il già citato **D.lgs 277/91** pur permanendo un privilegiato approccio del medico pubblico che "ove possibile" era designato responsabile della sorveglianza sanitaria. Ancor più con il successivo **D.lgs 626/94** si passa ad una sorta di "autocontrollo" di prevenzione (certo diverso e forse riduttivo rispetto a quello previsto ed adottato con successo in Europa per le industrie alimentari o HACCP). All'epoca il termine "valutazione" ricorre in diversi articoli e commi (3 co. 1, 4 co. 1, 4 co. 2, 4 co. 5, 4 co. 7, 9 co. 1, 19 co. 1, 43 co. 1, 48 co. 4, 52 co. 2, 63 co. 1, 63 co. 2, 63 co. 3, 63 co. 5, 59 co. 1, 59 co. 5, 78, 79, 60 co. 1, 81 co. 1, 81 co. 2, 85 co. 1, 86 co. 1,) a testimonianza dell'interesse del Legislatore per questa innovativa procedura. Interesse poi dimostrato solo dopo diversi anni a partire dal **1997 anche con la creazione di una nuova professione sanitaria, quella dei Tecnici della Prevenzione dell'ambiente e dei luoghi di lavoro** e con l'emanazione di norme sulle loro specifiche competenze.

Ma **l'abbondanza delle norme coesistenti** (il cd testo unico che abolirà i DPR antinfortunistici è solo del 2008) determinava inevitabilmente lo spostamento dell'attenzione del preventore verso le ancora numerose condizioni di inadempimento direttamente evidenziabili dall'inosservanza ai precetti antinfortunistici, piuttosto che verso una diversa "gestione" del sistema prevenzione indirizzata anche ad ottimizzare condizioni di adempimento alla norma "penale". E gli stessi cultori della prevenzione addetti alla vigilanza osservavano come fosse difficile pensare ad un livello aggiuntivo o migliorativo di sicurezza ove ancora gli standards minimali non fossero rispettati.

Nel 2004 (capofila Proff. Apostoli e Bartolucci) la **SIMLII** redige le “Linee guida per la valutazione del rischio” soprattutto nella visuale del medico competente, peraltro successivamente chiamato dal Dlgs 81/2008 espressamente ad una diretta collaborazione, (penalmente sanzionata in caso di inadempienza), con il datore di lavoro. Nei documenti redatti emerge in modo chiaro la necessità preliminare di conoscenze scientifiche generali-teoriche sui problemi oggetto di valutazione ed “eventualmente” di indagini sul campo che possano comportare monitoraggi ambientali o biologici con successive fasi di stima il grado di esposizione.

Infine il quadro generale normativo e di impegno istituzionale si definisce ulteriormente nel **2011 con l’obbligo di valutazione di tutti i rischi: stress, gravidanza, differenze di genere, età, provenienza da altri Paesi e con l’obbligo di indagare su tutti i fattori fisici (es microclima, rumore illuminazione, NIR,vibrazioni e atmosfere iperboliche).**

Tra l’altro è proprio sulla **collaborazione del medico competente per la valutazione dei rischi** che oggi si sviluppa un importantissimo apporto per le attività di prevenzione in azienda. L’obbligo sancito dal 1 co. dell’art 25 del Dlgs 81/2008 è

...preciso,(ma) senza specificare le concrete modalità, i contenuti minimi e le procedure attraverso le quali il medico competente possa assolve(rlo)...

per cui vi è stata nel tempo una evoluzione nelle interpretazioni giuridiche (con recenti pareri, sentenze ed ampio dibattito sul tema). La questione assume ancora maggior rilievo se si pensa che, in tema di collaborazione, l’eventuale omissione “collaborativa” del RSPP non è sanzionata penalmente.

In ogni caso la Valutazione del Rischio (secondo alcuni AA traduzione non del tutto precisa dall’inglese *risk assessment*) entra nel bagaglio culturale della medicina del lavoro all’inizio degli anni Ottanta, ma in Italia viene discussa in ambito scientifico e divulgata circa 10 anni dopo. Nel 1989 la Direttiva Quadro della CE l’aveva introdotta nel panorama giuridico internazionale e il D.lgs 277 del 1991 – emanato in recepimento di alcune direttive CE – ne aveva fornito una prima ampia valorizzazione imponendola in modo particolare per alcuni rischi (amianto, piombo, rumore). A livello scientifico la VR veniva trattata in occasione del 56° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale tenuto a Venezia nel 1993 (Lotti, 1993; Saia, 1993). La procedura generalmente adottata dal mondo scientifico era comunque di derivazione anglosassone, in quanto in precedenza sperimentata negli USA dalla **Food and Drug Administration** negli anni ’50, poi utilizzata anche in ambito ambientale dalla **Environmental Protection Agency** (EPA) ed infine applicata alla sanità nel 1970 (USA, crisi del Malpractice).

Più specificatamente, in ambito di igiene e medicina del lavoro, la VR veniva formalizzata dalla **National Academy of Science** nel **1983**. All’epoca venivano già riportati terminologia e concetti oggi generalmente condivisi di *risk assessment* (caratterizzazione dei potenziali effetti nocivi dell’esposizione umana a rischi ambientali), precisandone 4 articolazioni: *hazard identification, dose-response assessment, exposure assessment e risk characterization*.

Dai concetti elaborati dal NAS (USA, 1983) deriva la separazione tra *risk assessment* e *risk management*, definendosi come gestione del rischio un processo successivo alla stima del medesimo.

Con il ***risk management*** si intendevano valutare conseguenze economiche, sociali, e sulla salute pubblica con correlata adozione di procedure o “policies” anche normative per la limitazione o riduzione del rischio.

Si deve tener presente che lo stesso concetto di rischio non ha aveva mai avuto una definizione univoca nella storia. Ad esempio, gli arabi definivano il rischio “possibile risultato fortuito e favorevole” traducendo l’antico termine *risq* in “*tutto ciò che ti è stato donato [da Dio] e dal quale puoi trarne profitto*” mentre i greci ponevano l’accento sulla casualità piuttosto che sul valore (positivo/negativo) del risultato. L’attuale significato più diffusamente condiviso del termine “rischio” è però più vicino al concetto dei latini (*risicum*) anche perché essi dimostravano già una certa contiguità all’attuale sentimento comune di rischio come “pericolo connesso al realizzarsi di un evento sfavorevole”.

Di fatto, oggi si associa il “rischio” a tutte quelle situazioni potenzialmente dannose cui è esposta un’azienda o un soggetto riconoscendolo come l’*“esposizione all’incertezza che ha potenziali conseguenze negative”*, considerandone quindi l’esposizione agli eventi negativi ed escludendone le possibili conseguenze positive indicate separatamente come “opportunità”.

Infine in Italia oggi il termine “**rischio**” è semanticamente definito – in analogia con quanto postulato in Europa - con la *probabilità di raggiungimento del livello potenziale di danno nelle condizioni di impiego o di esposizione ad un determinato fattore o agente oppure alla loro combinazione* (art 2 co 1”s”) mentre il legislatore ha definito invece “**pericolo**” (art 2 co. 1 r) la *proprietà o qualità intrinseca di un determinato fattore avente il potenziale di causare danni* ed infine come “**valutazione dei rischi**” (art 2 co. 1 q) ha inteso la *valutazione globale e documentata di tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori presenti nell’ambito della organizzazione in cui essi prestano la propria attività, finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza*.

Nonostante la VR sia poi stata assunta dall’igiene Industriale come metodo per la determinazione di alcuni importanti valori limite della concentrazione di tossici negli ambienti di lavoro (benzene, arsenico, ossido di etilene - Andersen, 1988; Paustenbach, 1990) vi sono stati “*molti agenti di rischio per i quali tale procedura o non è stata mai applicata o ha incontrato difficoltà di applicazione*”.

Nelle linee guida SIMLII si testimonia un importante fenomeno e cioè come “*gli stessi termini agente di rischio, rischio, valutazione dell’esposizione, valutazione del rischio... siano stati utilizzati in modo confuso anche dopo l’emanazione del D.Lgs. 626/94 e 25/02 (soprattutto) perché discipline affini tendevano a sviluppare proprie definizioni assegnando significati gergali*” a termini che non risultavano così riconoscibili al comune linguaggio scientifico. Al punto che, in calce alle medesime linee guida si proponeva l’adozione di un tentativo di standardizzazione del vocabolario (2004), fatto che successivamente veniva ripreso anche dal Legislatore Italiano con la riformulazione definitiva dell’art 2 del D.lgs 81/2008 ed anche con la riformulazione della

parte avente per oggetto la VR (art 28) nei suoi contenuti fondamentali e nelle modalità di effettuazione (art. 28).

Secondo l'**OSHA** e l'**Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro** “la valutazione dei rischi costituisce la base dell’approccio europeo per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali”. Infatti se il processo di valutazione dei rischi viene condotto in maniera inadeguata o se tale processo, che costituisce il punto di partenza dell’approccio alla gestione della salute e della sicurezza, non viene realizzato affatto, è poco probabile che siano individuate o messe in atto misure preventive appropriate. L’importanza di un corretto apporto preliminare è costituita dal fatto che ogni anno milioni di persone nell'UE sono vittime di infortuni sul lavoro o subiscono gravi danni alla salute e di fatto una corretta ed adeguata valutazione dei rischi rappresenta la chiave di volta per ottenere luoghi di lavoro salubri. La valutazione dei rischi è tuttavia un processo dinamico, che consente alle aziende e alle organizzazioni di mettere a punto una politica proattiva di gestione dei rischi sul lavoro ed è un processo incessante

Si deve osservare che nel panorama di Enti, Istituti ed Associazioni che hanno avuto qualche parte nel copione italiano della “Valutazione dei Rischi” vi è l'**ISPESL, il cui Dipartimento di Medicina del Lavoro ha partecipato alla emanazione di numerosi atti, linee guida e protocolli proprio per indirizzare adeguatamente gli operatori.**

Allo stesso modo l'ISPESL partecipava alle Commissioni governative e a talune Internazionali di modo che vi era impegno costante sulla specifica tematica insieme alle organizzazioni tecniche delle Regioni che hanno in diverse occasioni emanato atti di indirizzo per gli operatori dopo l'emanazione del **D.lgs 626/94**.

Ma sotto il profilo “tecnico” il riferimento comunitario più importante per quanto concerne la valutazione del rischio è pur sempre rappresentato dalla **direttiva quadro 89/391/CEE** che fornisce un quadro comprendente i “principi generali relativi alla prevenzione dei rischi professionali... nonché direttive generali per l'attuazione dei principi generali precitati” (articolo 1, paragrafo 2). **Essa stabilisce che i datori di lavoro sono responsabili di garantire la sicurezza e la salute dei lavoratori in tutti gli aspetti connessi con il lavoro, e che la valutazione dei rischi è un aspetto integrante di questa gestione obbligatoria della sicurezza e della salute sul lavoro (OSHM).**

Ed è stata questa direttiva a introdurre quale elemento chiave il principio di valutazione dei rischi specificandone gli elementi principali (ad esempio, individuazione dei rischi, partecipazione dei lavoratori, introduzione di misure adeguate aventi come priorità l'eliminazione dei rischi alla fonte, documentazione e rivalutazione periodica dei rischi sul luogo di lavoro).

Insomma, nell’ottica del Legislatore Europeo la valutazione dei rischi costituisce quindi il punto di partenza per un processo completo di gestione della sicurezza e della salute sul lavoro, giocando un ruolo centrale poiché consente ai datori di lavoro di mettere in atto le misure necessarie per tutelare la sicurezza e la salute dei loro dipendenti.

Tale approccio, condiviso e recepito dalla legislazione di vari paesi europei, ha tuttavia una particolare valenza in Italia ove la normativa di sicurezza è assistita da sanzioni penali. Di

conseguenza la giurisprudenza penale ha ampiamente discusso della valutazione del rischio.