

## Il decreto legislativo n. 19/2014

La salute e sicurezza dei lavoratori del settore ospedaliero e sanitario sono una delle condizioni fondamentali per garantire un'assistenza sanitaria di qualità e sono strettamente collegate alla salute dei pazienti. I lavoratori del settore sanitario e ospedaliero sono esposti al rischio di punture di ago e di ferite da taglio. Tali infortuni sono potenzialmente pericolosi perché la persona può essere infettata da agenti patogeni presenti nel sangue (virus, batteri e altri microrganismi patogeni). La categoria più soggetta a questo tipo di lesioni sono gli addetti sanitari dei reparti di degenza. Tuttavia, anche altri lavoratori del settore, tra cui il personale ausiliario, come gli addetti alle pulizie e alla lavanderia, sono esposti a tale rischio.

Il decreto legislativo 19 febbraio 2014, n. 19, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10 marzo 2014 ed entrato in vigore il 25 marzo 2014, recepisce la Direttiva 2010/32/UE con la quale viene attuato l'accordo quadro, concluso da HOSPEEM (Associazione europea datori di lavoro del settore ospedaliero e sanitario) e FSEPS (Federazione sindacale europea dei servizi pubblici), in materia di prevenzione dalle ferite da taglio e da punta nel settore ospedaliero e sanitario.

Con il decreto legislativo n. 19/2014 è stato inserito nel D.lgs. 81/08 il Titolo X bis «Protezione dalle ferite da taglio e da punta nel settore ospedaliero e sanitario», con il quale sono state previste specifiche misure di prevenzione e protezione per i lavoratori che, a qualsiasi titolo, prestano servizio in ambito sanitario e ospedaliero.

Al Datore di Lavoro viene imposto di effettuare una specifica valutazione dei rischi e di predisporre le relative misure di prevenzione, che si applicano a tutti i

lavoratori che operano, nei luoghi di lavoro interessati da attività sanitarie, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, ivi compresi i tirocinanti, gli apprendisti, i lavoratori a tempo determinato, i lavoratori somministrati, gli studenti che seguono corsi di formazione sanitaria e i sub-fornitori.

In caso di inosservanza degli obblighi sono previste sanzioni a carico del Datore di Lavoro e dei Dirigenti.

Finalità del decreto è quella di eliminare o almeno contenere il rischio di ferite da dispositivi medici taglienti e il conseguente rischio di infezione, attuando un'attività di prevenzione ad ampio raggio, nel corso della quale si deve attribuire il dovuto rilievo anche alla necessità di sensibilizzare gli operatori sulla rilevanza di tale rischio e sulle conseguenze a cui esso potrebbe condurre. Il presente numero di **Io scelgo la sicurezza** si occupa di salute e sicurezza dei lavoratori del settore ospedaliero e sanitario, proponendo due articoli di approfondimento sulle principali novità introdotte dal nuovo Titolo X bis del D.lgs. 81/08 e sulle misure di prevenzione e protezione per i lavoratori del settore.

### IN QUESTO NUMERO

#### FOCUS

**La prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore sanitario e ospedaliero**

#### NEWS

**La vigilanza nelle attività di formazione in materia di salute e sicurezza del lavoro**

**Decreto gestione sicurezza PMI**

**La valutazione dei rischi strutturali nelle scuole**

# Prevenzione delle ferite da taglio o da puntura nelle strutture ospedaliere

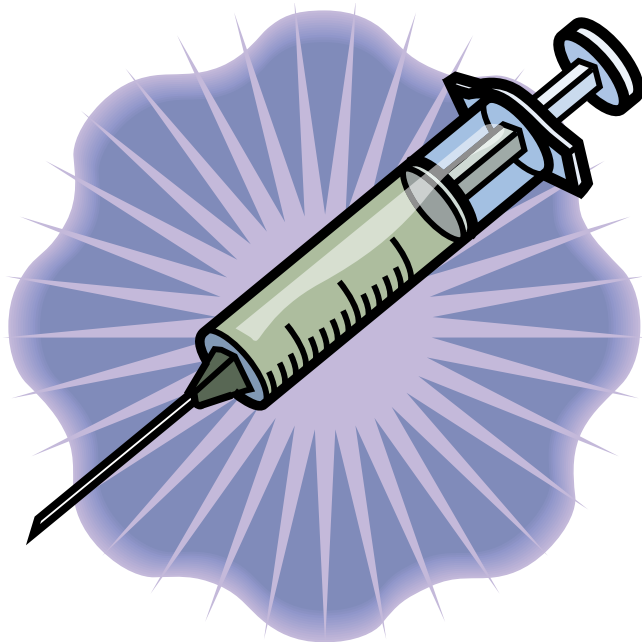
di F. Gota e R. Ceron (ASL CN1)

Il Decreto Legislativo 19 febbraio 2014, ha integrato il quadro normativo vigente (titolo X del D.lgs. 81/08 e smi) relativamente alla gestione del rischio e alle misure di prevenzione e protezione generali e specifiche, con particolare riferimento agli agenti biologici trasmissibili a seguito delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario.

La norma si applica pertanto a tutte le strutture o servizi sanitari del settore pubblico o privato ove si svolgono attività e servizi sanitari, ed è rivolta non solo a tutti i lavoratori o equiparati (indipendentemente dalla tipologia contrattuale), ma anche ai "sub-fornitori" della struttura sanitaria, quali i fornitori di materiali (dispositivi medici e lenzuola), di servizi di pulizie o mensa, oppure di attività mediche effettuate da personale sanitario esterno, "nel quadro di un rapporto contrattuale di lavoro con il datore di lavoro".

I dispositivi medici taglienti vengono definiti quali oggetti che possono causare un'infezione a seguito di tagli o punture e sono da considerarsi ai sensi del presente decreto delle vere e proprie attrezzature di lavoro, alle quali appaiono pertanto applicabili le disposizioni previste dal titolo III del D.lgs. 81/08 e smi.

Con l'inserimento dell'art 286 quinquies - titolo X bis del D.lgs. 81/08, viene ribadito l'obbligo di effettuare la valutazione dei rischi ai sensi dell'art 17 comma 1 in relazione alle situazioni che possano comportare ferite e contatto con materiale biologico



potenzialmente infetto, e di adottare le misure generali di tutela e di prevenzione specifiche.

Tra le prime, vi è l'obbligo di formazione del personale, di adozione di misure idonee ad eliminare o contenere al massimo il rischio biologico attraverso procedure di lavoro che tengano conto delle tecnologie più avanzate nel quadro di un approccio globale alla prevenzione e di monitorare con attenzione il grado di incidenza degli infortuni, promuovendone la segnalazione al fine di evidenziarne le cause sistemiche.

## io scelgo la sicurezza

**Numero 2 - anno XI - Giugno 2014**  
**Regione Piemonte - Direzione Sanità**  
**Settore Prevenzione e veterinaria**

Via Lagrange 24, 10123 Torino  
Tel. 011.432.4761 E-mail: [prevsan@regione.piemonte.it](mailto:prevsan@regione.piemonte.it)

Tutti gli articoli pubblicati sulla newsletter sono da considerarsi articoli resi a titolo gratuito. E' consentita la riproduzione e diffusione, parziale o totale, degli articoli pubblicati nella newsletter, a condizione che gli articoli riprodotti non siano oggetto di forme di commercializzazione e che sia riportata l'indicazione della fonte, dell'articolo e degli autori.

### Coordinamento redazionale

Alessandro Palese

### Redazione

Pierluigi Gatti (SPreSAL ASL AL), Raffaele Ceron, Francesca Gota (SPreSAL ASL CN1), Erica Moretto (SPreSAL ASL CN2), Antonino Bertino (SPreSAL ASL TO1), Michele Montrano, Giacomo Porcellana (SPreSAL ASL TO3), Maria Gullo (INAIL Piemonte), Silvano Santoro (DoRS ASL TO3)

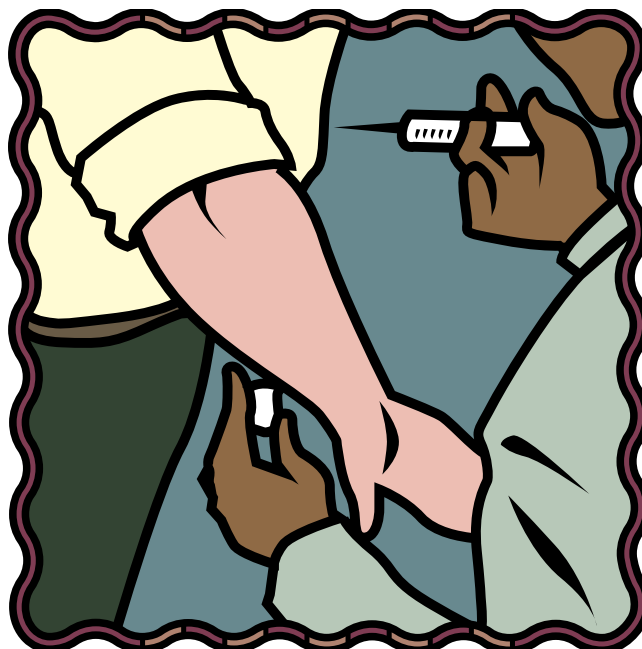
### Hanno collaborato a questo numero

Roberto Arione, Fabrizio Meliga e Antonella Spigo (Città della Salute), Carla Maria Zotti (Università di Torino), Pier Angelo Argentero (Ospedali Riuniti Rivoli), Antonietta Di Martino (I Circolo di Rivoli), Salvatore La Monica (Regione Piemonte)

Chi volesse proporre articoli, argomenti di discussione, ecc. può contattare la redazione scrivendo a: [prevsan@regione.piemonte.it](mailto:prevsan@regione.piemonte.it)  
La newsletter isls è pubblicata nel sito web della Regione Piemonte.

Relativamente alle misure specifiche, da adottarsi qualora la valutazione di cui sopra evidenzi il rischio di ferite da taglio o da punta e di infezione, si prevedono, tra l'altro:

- procedure di sicurezza per l'utilizzo e l'eventuale eliminazione degli strumenti medici comportanti il rischio specifico, con posizionamento adeguatamente segnalato dei contenitori quanto più vicino alle zone di lavoro; tali procedure dovranno essere periodicamente riesaminate, e oggetto di informazione e formazione dei lavoratori;
- adozione di dispositivi medici taglienti dotati di meccanismo di protezione e di sicurezza in grado di proteggere l'operatore durante la manipolazione degli stessi, nonché in occasione delle operazioni relative alla loro raccolta e smaltimento;
- divieto della pratica del reincappucciamento manuale degli aghi in assenza di dispositivi di protezione e sicurezza per le punture;
- sorveglianza sanitaria;
- formazione in merito alla profilassi da attuarsi in caso di ferite o punture tenendo in doverosa considerazione la capacità di infettare della fonte di rischio;
- informazione in merito all'importanza dei trattamenti immunizzanti preventivi e post-esposizione, con obbligo di fornitura gratuita di vaccini a tutti i lavoratori ed agli studenti che prestano assistenza sanitaria ed attività correlate nel luogo di lavoro;
- indicazione delle procedure di profilassi post-esposizione al fine di prestare cure immediate ed esami medici all'infortunato, nonché di assicurare la corretta notifica al



fine di favorire la conoscenza e l'adeguata gestione del fenomeno.

L'obiettivo fondamentale di tale norma è sicuramente quello di abbattere i danni derivanti dal rischio biologico connesso all'uso di strumenti taglienti o acuminati; peraltro l'adozione di misure preventive e protettive adeguate potrà garantire nel tempo una riduzione dei costi diretti e indiretti derivanti da infortuni quali ad esempio i costi dei trattamenti post-esposizione (accertamenti emato-chimici e trattamenti farmacologici specifici), quelli assicurativi, e derivanti dalle assenze per infortunio del personale con possibili criticità di erogazione delle prestazioni sanitarie.



**E' possibile rivolgere quesiti su questioni inerenti la sicurezza nei luoghi di lavoro al seguente indirizzo e-mail:**

**[info.sicuri@regione.piemonte.it](mailto:info.sicuri@regione.piemonte.it)**

**[www.regione.piemonte.it/sanita/cms/sicurezza.html](http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms/sicurezza.html)**

# Le misure di prevenzione e protezione per i lavoratori del settore sanitario e ospedaliero

di R. Arione, F. Meliga, A. Spigo (Città della salute), C.M. Zotti (Università di Torino) e A. Argentero (O.R.R.)

## DATI EPIDEMIOLOGICI DELLO STUDIO SIROH

In ambito sanitario gli infortuni a rischio biologico sono la prima causa di infortunio, seguiti da cadute, distorsioni, urti.

Secondo le stime, in Europa si verificano ogni anno 1 milione di ferite da puntura di ago; lo Studio Italiano Rischio Occupazionale da HIV e da altri patogeni a trasmissione ematica (SIROH) ha raccolto una grande quantità di dati epidemiologici che possono offrire un significativo apporto in termini di prevenzione e che hanno rilevato che le modalità di esposizione prevalenti sono due:

- muco cutanea (25% delle esposizioni totali) quando il materiale biologico potenzialmente infetto entra accidentalmente in contatto con le mucose degli occhi e/o della bocca e con la cute (integra o lesa) dell'operatore esposto;
- percutanea (75% delle esposizioni totali) quando l'operatore si ferisce accidentalmente con un tagliente contaminato, ad esempio con un ago, una punta, una lama, un frammento di vetro; di queste esposizioni il 63% è riconducibile a punture con ago cavo, il 33% con pungenti o taglienti diversi quali ad esempio aghi di sutura e lancette, il 4% ad altri dispositivi; è questa la modalità di esposizione con la maggior probabilità che gli agenti patogeni potenzialmente presenti nei materiali biologici (e soprattutto nel sangue) infettino l'operatore esposto (siero conversione).

A parità di altre condizioni, la profondità della ferita ed il volume di sangue trasferito/inoculato sono variabili in grado di influenzare significativamente la probabilità di infezione.

Per quanto riguarda il paziente fonte, le 70.810 esposizioni percutanee, documentate dal SIROH tra il 1994 ed il 2011, hanno evidenziato fonte negativa per HIV, HCV, HBV nel 47% dei casi, fonte non testata nel 18%, fonte non identificabile nel 15%, in particolare nei laboratori e nella fase di smaltimento, fonte positiva per almeno uno dei tre patogeni testati (HIV, HCV, HBV) nel 20%.

L'infortunio da puntura di ago e/o tagliente rappresenta, con un'incidenza del 41%, l'infortunio occupazionale più frequentemente segnalato tra gli operatori sanitari. Oltre a ciò, vanno considerate anche le possibili conseguenze connesse al pericolo di contagio

di infezioni e di altre patologie gravi, configurando l'esistenza di un vero e proprio "rischio professionale", non solo per i medici e gli infermieri, ma anche per il personale addetto ai servizi assistenziali e di supporto. In tale contesto, va anche valutato l'impatto economico, considerando che il costo medio ad evento è di circa 850 euro, per un totale di 72 milioni di euro.

Peraltro, gli incidenti segnalati dagli operatori rappresentano notoriamente solo una parte di quelli effettivamente verificatisi, e quindi questa stima va ulteriormente corretta tenendo conto del problema della "mancata notifica" (underreporting) con un tasso che ammonta al 50% circa. Per quanto riguarda la frequenza delle esposizioni percutanee, tra il 1994 e il 2013 tra le varie categorie gli infermieri sono la categoria maggiormente coinvolta (54%), seguita dal personale in formazione e dai chirurghi (10% per entrambe le categorie), successivamente da medici, laboratoristi, ostetriche, addetti pulizie. L'area maggiormente interessata è quella chirurgica (41% di frequenza di esposizioni professionali), seguita da quella medica (26%), terapia intensiva (6%), servizi (6%), Pronto Soccorso 5%, successivamente dall'area laboratoristica e dalle infettivologie.

Anche la Regione Piemonte partecipa dal 1999 al sistema di sorveglianza nazionale con il SIOP (Sorveglianza Incidenti Occupazionali Piemonte) evidenziando circa 1500 incidenti percutanei e 500 esposizioni mucocutanee ogni anno, con una frequenza (nel periodo 1999-2009) di circa 3-4 incidenti percutanei ogni 100 operatori sanitari e 1,5 esposizioni mucocutanee ogni 100 operatori sanitari, dati pressoché confermati nel 2011.

## INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

È stato ribadito in un recente Interpello FNOMCEO che il ruolo del medico competente nella valutazione del rischio deve essere attivo con una fattiva collaborazione con il datore di lavoro; premesso questo, è fondamentale non considerare mai come inesistente un rischio (art.286 quater comma 1 lettera d del D.lgs. 81/08), applicando la legge anche in settori a volte "dimenticati" e su soggetti che operano

nella sanità non prettamente inquadrati come operatori sanitari (per esempio personale ausiliario come addetti alle pulizie e alla lavanderia), che sottostanno a un rischio altrettanto importante.

L'adozione di adeguate misure di protezione deve essere particolarmente mirata ai lavoratori a rischio quali:

- lavoratori disabili,
- lavoratori immigrati,
- lavoratori giovani e anziani,
- donne incinte e madri in allattamento (che devono essere allontanate dall'esposizione al rischio biologico),
- personale inesperto,
- addetti alla manutenzione,
- lavoratori con sistema immunitario compromesso.

Occorre inoltre valutare tutti i rischi aggiuntivi (art. 286 - quater comma 1 lettera b) quali ad esempio l'eventuale stress o disagio derivante da eccessivo carico di lavoro o attribuzione di mansioni improprie, da verificare in sede di stesura e aggiornamento del DVR e nell'espletamento della sorveglianza sanitaria. Peraltro è importante anche la valutazione del rischio per terzi che può derivare da una alterazione dello stato di salute psicofisica di un lavoratore e investe numerosi ambiti.

Nell'ambito delle modalità di esposizione inoltre, non bisogna trascurare il rischio da punture ipodermiche o da aghi di sutura, con un rischio di infezione più basso rispetto ad altri incidenti controbilanciato da un maggior numero di occasioni di utilizzo nell'ambito di tali contesti (casi di infezioni da HIV o HCV, sono stati ben documentati e descritti in letteratura). In questo quadro è di interesse la crescita relativa delle esposizioni in sala operatoria a testimonianza della difficoltà dell'attuazione degli interventi preventivi in quel contesto.

### **MISURE PREVENTIVE SPECIFICHE**

Dopo aver identificato i rischi occorre mettere in atto le misure di protezione e di prevenzione (art. 286 sexties) attraverso un piano di definizione delle priorità (probabilmente non tutti i problemi possono essere risolti immediatamente), e individuare le persone responsabili di mettere in atto determinate misure e il relativo calendario di intervento, nonché i mezzi assegnati per attuare tali misure.

Le punture accidentali sono in larghissima parte prevenibili attraverso il rispetto delle Precauzioni Standard, l'adozione di dispositivi di sicurezza (NDP= Needlestick Prevention Devices) e un

adeguato programma di sensibilizzazione, informazione e formazione.

Tutto ciò è possibile implementando varie misure preventive e di protezione quali:

- soppressione dell'uso non necessario di oggetti taglienti o acuminati;
- fornitura di dispositivi di recente introduzione che è in grado, teoricamente, di rimuovere il rischio da patogeni a trasmissione ematica dal luogo di lavoro eliminando la possibilità di ferita con aghi e oggetti taglienti.

In Italia, l'introduzione di questi dispositivi, secondo i dati raccolti dal SIROH, ha dimostrato la possibilità di ridurre del 75% i tassi di esposizione specifici. Anche in Piemonte, in questi primi anni di parziale e disomogeneo utilizzo, si è evidenziata una riduzione degli incidenti con aghi a farfalla del 40% e con agocannula dell'80%.

È importante sottolineare, inoltre che, a differenza dei dispositivi di protezione individuale, un NPD è assimilabile ad una "misura di protezione collettiva" in quanto i benefici ottenuti dall'utilizzo di tali dispositivi sono goduti da tutti gli operatori che potenzialmente potrebbero venire a contatto con il dispositivo utilizzato.

Numerose agenzie internazionali hanno fissato alcuni importanti criteri guida per la corretta definizione e valutazione di un dispositivo per la prevenzione delle punture accidentali:

- il meccanismo di protezione deve essere preferibilmente attivabile in modo automatico (innescato attivo o passivo) e, comunque, con una sola mano;
- le mani dell'operatore devono sempre trovarsi dietro la parte acuminata del dispositivo;
- l'attivazione del meccanismo di protezione deve essere la più precoce possibile;
- il dispositivo deve essere affidabile, di facile ed intuitivo uso;
- il meccanismo di protezione deve creare una barriera efficace, permanente e irreversibile tra la parte acuminata del dispositivo e l'operatore;
- il meccanismo di protezione non può essere disattivato e deve assicurare la sua funzione protettiva anche durante e dopo lo smaltimento;
- il dispositivo deve essere dotato di un segnale (udibile e/o visibile) che consenta di verificare l'avvenuta attivazione del meccanismo di protezione;
- il meccanismo di protezione deve essere una parte integrante del dispositivo e non un accessorio;
- l'utilizzo del dispositivo non deve generare rischi addizionali per la sicurezza (es. rischio di esposizione mucocutanea);

- il dispositivo non deve in alcun modo compromettere la qualità dell'intervento e la sicurezza per il paziente.

Sussiste la problematica relativa al maggior costo, destinato comunque a diminuire nel tempo, che quasi tutti i NPD hanno rispetto al dispositivo convenzionale; sicuramente sono utili le gare regionali, per evitare la diversità di costi per vari presidi; comunque numerose esperienze dimostrano che la prevenzione delle punture accidentali è economicamente praticabile e vantaggiosa (il saldo tra costo della prevenzione e costo della gestione delle esposizioni percutanee è attivo); infatti, ogni infortunio ha sia costi diretti, quali prelievi, visite, profilassi, sia indiretti, come le ore di lavoro impiegate per la notifica e i controlli, il costo del personale coinvolto...

Oltre al problema dei costi, sussistono problemi nella scelta del dispositivo adatto e della strategia migliore da adottare per la sua implementazione. Il principale ostacolo ad un corretto utilizzo e conseguentemente ad una piena efficacia dei NPD sembra infatti risiedere nell'addestramento insufficiente degli operatori; a questo proposito European Biosafety Network ha realizzato un sito dedicato al problema:

[www.europeanbiosafetynetwork.eu/resources](http://www.europeanbiosafetynetwork.eu/resources)  
Tra le misure di prevenzione risultano fondamentali inoltre: l'applicazione di sistemi di lavoro sicuri, l'attuazione di procedure di utilizzo e di eliminazione sicure di dispositivi medici taglienti, il divieto della pratica di reincappucciamento degli aghi, l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale, ormai ben accettato dagli operatori.

## FORMAZIONE

I datori di lavoro e i rappresentanti dei lavoratori devono consultarsi in merito ai programmi di formazione e addestramento, alla modifica di pratiche operative e alla scelta dei dispositivi di sicurezza. Le componenti fondamentali di un buon programma di prevenzione e protezione sono la valutazione dei rischi nell'ambito specifico, la sensibilizzazione, informazione e formazione degli operatori sanitari sui rischi associati che accrescano in essi la percezione del rischio nel lavoro quotidiano, sull'importanza di attenersi alle procedure di sicurezza, sull'uso efficace degli strumenti di protezione, sulla necessità di segnalare ogni evento; necessari l'addestramento, l'applicazione delle Precauzioni Standard e delle "pratiche di iniezione sicure" (safe injection practices), l'adozione e l'utilizzo di aghi e dispositivi incorporanti una protezione messi a disposizione dall'evoluzione tecnologica; inoltre deve essere dato molto spazio all'obbligo della notifica di infortunio per permettere un'analisi

epidemiologica attendibile e a fini medico legali. Devono essere diffuse le procedure post infortunio, comprese le tempistiche per la profilassi anti HIV, che devono essere avviate entro quattro ore dall'esposizione; la formazione deve essere implementata con refresh delle procedure a tutti i lavoratori, specialmente a quelli "itineranti" come gli studenti in tirocinio, che svolgono la loro attività in ambiti ospedalieri differenti. E' importante avviare processi formativi differenziati per dirigenti, preposti, lavoratori e non trascurare di inviare sistematicamente le procedure ai coordinatori e direttori, diffondendo materiale informativo su intranet, dotando il personale di materiale informativo. E' inoltre infine indispensabile informare sulla possibilità di vaccinazione per l'epatite B per i pochi non vaccinati e sull'opportunità di richiamo per i soggetti non responder.

## SORVEGLIANZA SANITARIA

E' assodata l'importanza dell'esecuzione dei controlli sierologici sull'operatore infortunato, variabili per tipo e periodismo in base allo stato sierologico del sangue del paziente fonte di infortunio; in caso di fonte sconosciuta, i controlli devono essere eseguiti come se il paziente fosse positivo sia per HCV che HBV e HIV; invece, per quanto riguarda la sorveglianza sanitaria periodica, indicazioni regionali e la letteratura nazionale e internazionale ritengono non giustificata l'esecuzione routinaria dei marcatori virali di infezioni ematogene occupazionali in assenza di eventi infortunistici, nell'ottica di una sorveglianza mirata esclusivamente al lavoratore; ma poiché le procedure invasive condizionano un rischio di trasmissione di virus anche da operatore a paziente, pare opportuna una sorveglianza in tal senso.

La revisione dei casi di trasmissione di HIV, HBV e HCV da operatore sanitario a paziente, segnalati in letteratura, evidenzia che, dal 1972, sono stati riportati 50 casi di OS infetti (la maggior parte chirurgici), che hanno trasmesso l'infezione a circa 500 pazienti. Inoltre, sono stati segnalati tre casi di lavoratori che hanno trasmesso l'HIV (8 pazienti infettati) e otto casi di HCV (18 pazienti infettati).

Inoltre, è auspicabile una sorveglianza periodica finalizzata anche alla ricerca di situazioni di forte suscettibilità individuale alle infezioni (per esempio condizioni di immunodepressione) che conduca a sconsigliare l'adibizione a mansioni a rischio.

La normativa attuale, relativamente alla sorveglianza sanitaria concede poco spazio di intervento in quanto rivolge l'attenzione del medico competente esclusivamente alla tutela dal lavoratore e non alla tutela della salute di terzi, eccetto che per controlli mirati all'alcol-

dipendenza ed al consumo di sostanze stupefacenti; ma il MC deve necessariamente occuparsi anche della tutela della salute e della sicurezza delle collettività, sia nell'esercizio delle sue funzioni di Medico Competente, sia in considerazione del suo ruolo di promotore della salute, prescritto dal D.lgs. 81/08 e s.m.i., e di consulente globale, auspicato dalle associazioni di settore. Il fatto che la tutela dei lavoratori rischiosi per altri coinvolga inevitabilmente interessi legittimi e contrapposti fa sorgere dilemmi etici che comunque non possono, alla fine, che privilegiare la salute del singolo e della collettività rispetto ad altre problematiche; il giudizio di idoneità dovrà comunque sempre tener conto anche del diritto al lavoro e alla salvaguardia della professionalità.

Il programma SIROH ha sviluppato raccomandazioni nazionali ed europee per la gestione delle esposizioni ad HIV, HBV e HCV (trasmissione paziente-operatore e operatore-paziente), inclusa la profilassi con antiretrovirali in caso di esposizione a rischio con HIV positivi o soggetti sierologicamente non noti ma fortemente a rischio.

Effettivamente il decreto sottolinea la obbligatorietà della denuncia delle esposizioni e della analisi dei dati raccolti a fini preventivi. Le procedure di monitoraggio richieste sono molto analitiche e non si limitano quindi alla semplice compilazione, ricalcando sostanzialmente il modello SIOP SIROH.

## VACCINAZIONE

In una strategia di riduzione del rischio di trasmissione ematica un ruolo centrale assume la vaccinazione anti HBV che dovrebbe essere eseguita, se non effettuata in precedenza (per le nuove generazioni è obbligatoria nel primo anno di vita), all'inizio del percorso formativo o all'atto dell'assunzione; è importante la valutazione dell'avvenuta immunizzazione attraverso il controllo post vaccinazione (da eseguirsi a cura del medico competente), il monitoraggio degli eventuali non responders e di coloro che rifiutano la vaccinazione, con particolare attenzione per questi soggetti della formulazione del giudizio di idoneità specifico alla mansione. La disponibilità di un vaccino efficace sia come prevenzione che nella gestione post-esposizione ha profondamente modificato la situazione epidemiologica; l'Italia è oggi un paese a bassa epidemia (la prevalenza stimata di soggetti HBsAg positivi è al di sotto dell'1%) e pur persistendo un pericolo di esposizione a fonte HBV positiva (soggetti portatori) l'infezione occupazionale è divenuta un evento raro.

Anche il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 ne promuove l'esecuzione su tutti gli operatori suscettibili possibilmente prima dell'inizio dell'attività

a rischio; in caso di esposizione a rischio già avvenuta è possibile una vaccinazione rapida a 4 dosi; in caso di soggetti non responders (4-5% dei vaccinati) possono essere ripetuti richiami fino al numero totale di sette dosi; nel protocollo di sorveglianza è utile inserire un controllo che attesti l'avvenuta sier conversione per avere la certezza dell'instaurazione della memoria immunologica, che permetterà di non eseguire più ulteriori richiami.

## CONCLUSIONI

Il nuovo decreto legislativo pone quindi l'accento su un intervento corale e multidisciplinare per la prevenzione delle punture da ago e dalle lesioni da taglienti, ponendo l'attenzione su problematiche spesso sottovalutate o valutate superficialmente, tendendo alla omogeneizzazione sul territorio nazionale e europeo con un target in ascesa, aumentando l'attenzione verso la sorveglianza sanitaria a rischio biologico emotrasmesso e soprattutto sulle misure di prevenzione, responsabilizzando datori di lavoro e dirigenti, sanzionati in caso di mancata ottemperanza della legge. Infatti il mancato impiego delle risorse e delle tecnologie disponibili per la riduzione delle esposizioni occupazionali individua gravi profili di responsabilità civile e penale, sia a carico dei diversi preposti e responsabili sia a carico dell'organizzazione nel suo insieme.

Per questo è indispensabile la corretta e puntuale notifica e un successivo monitoraggio per l'individuazione di adeguate misure di prevenzione; la registrazione e l'analisi delle cause di ogni infortunio dovrà infatti essere utilizzata per rivalutare ogni procedura per permettere di risolvere ogni possibile criticità.

## BIBLIOGRAFIA

1. OSHA-U.S. Department of Labour. *Enforcement Procedures for the Occupational Exposure to Bloodborne Pathogens*. Directive number: CPL 2-2.69, 2001
2. OSHA-U.S. Department of Labour. *Safer Needle Devices: Protecting Health Care Workers*. Occupational Safety and Health Administration, 1997
3. Alessio L, Porru S, e coll. *Linee guida per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori della sanità esposti a rischio biologico*. In: Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del Medico del Lavoro. Società italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale.
4. CDC-NIOSH Alert. *Preventing Needlestick Injuries in Health Care Setting*. DHHS (NIOSH) Publication No. 2000-108, 1999
5. ISPESL - Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro. *Linee guida sugli standard di sicurezza e di igiene del lavoro nel reparto operatorio*, 2009
6. NHS Employers - *Implementation Advice on Sharp Agreement*. [www.nhsemployers.org](http://www.nhsemployers.org), October 2010
7. Puro V., De Carli G., Di Bari V. *Il Panorama epidemiologico nazionale e applicazione della direttiva europea 2010/32/UE*- SIROH Bologna 2014

# La vigilanza sulla formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro

di P. Gatti (ASL AL) e S. La Monica (Regione Piemonte)

Con determinazione n. 180 del 17 marzo 2014 la Regione Piemonte – Direzione Sanità – ha provveduto alla costituzione del gruppo di lavoro "Vigilanza sulla formazione alla sicurezza". Composizione e obiettivi del gruppo sono indicati nella determina di cui si riporta di seguito un ampio stralcio.

"Premesso che:

la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro sono certamente fra gli indicatori principali del grado di civiltà di un paese e che la formazione può costituire, se ben progettata e realizzata, uno strumento di notevole efficacia sia per creare la necessaria consapevolezza in merito all'importanza di questo tema, sia per accrescere conoscenze e competenze di tutte le figure a vario titolo coinvolte nella gestione dei processi che creano sicurezza;

negli ultimi anni il legislatore ha voluto dare un segnale inequivocabile in tal senso, estendendo notevolmente l'obbligo formativo ed entrando nel dettaglio della definizione dei percorsi formativi stessi, coinvolgendo spesso la conferenza per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano;

con DGR n. 22-5962 del 17.06.2013 la Regione Piemonte ha approvato le *Indicazioni operative per la formazione alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al dlgs 81/08 e smi* con il fine di semplificare e uniformare le procedure per l'organizzazione e la fruizione dei corsi, nonché di favorire e monitorare la qualità dei corsi stessi;

Considerato che:

l'elevato numero di persone soggette a obbligo formativo ha generato un mercato della formazione di notevoli dimensioni, che richiede un'attenzione particolare da parte dell'ente pubblico nella sua funzione di regolatore del sistema, anche attraverso lo strumento della vigilanza;

[...] il Dirigente determina [...]

di costituire un gruppo di lavoro che affronti le problematiche legate all'attività di vigilanza sulla formazione all'igiene e sicurezza del lavoro, con i seguenti obiettivi:

- definire gli strumenti operativi più idonei ad espletare efficacemente l'attività di vigilanza,
- definire indirizzi finalizzati ad uniformare tale attività su tutto il territorio regionale;
- definire le modalità per un'ottimale collaborazione con la commissione regionale per la verifica dei requisiti dei soggetti formatori, di cui alla DGR n. 22-5962 del 17.06.2013".

Tale gruppo, coordinato dal Settore regionale Prevenzione e Veterinaria della Regione Piemonte, è composto da rappresentanti degli SPreSAL delle ASL TO1, TO3, CN1, AL, NO e VCO.

## Indicazioni operative per la formazione alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Nel Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte del 15 maggio 2014 è stata pubblicata la Determinazione n. 239 del 1 aprile 2014, che approva la seconda edizione delle *Indicazioni operative per la formazione alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.lgs. 81/08 e smi*, la quale sostituisce integralmente la prima. Oltre a piccole correzioni e miglioramenti al testo della prima edizione, la sostanziale novità è l'introduzione del capitolo relativo alla formazione degli operatori incaricati dell'uso delle attrezzature ex art. 73 del D.lgs. 81/08. Il documento si può trovare nella sezione dedicata alla sicurezza del lavoro del sito della Regione Piemonte all'indirizzo:

[www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/sicurezza/](http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/sicurezza/)



sicuri  
di essere  
sicuri



# Adozione dei modelli di organizzazione e gestione della sicurezza nelle PMI

di M. Gullo (INAIL Piemonte - ConTARP)

Nella Gazzetta Ufficiale n. 45 del 24 febbraio 2014, serie generale, è stato pubblicato il Decreto Ministeriale 13 febbraio 2014, che recepisce le procedure semplificate, elaborate dalla Commissione Consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro per l'adozione e l'attuazione dei modelli di organizzazione e gestione della sicurezza nelle piccole e medie imprese, che decidano volontariamente di adottare un modello di organizzazione e gestione della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (Mog), idoneo ai fini dell'efficacia esimente nei confronti dei reati previsti dall'articolo 25 septies del decreto legislativo 231/2001 (omicidio colposo o lesioni colpose gravi e gravissime derivanti dalla violazione delle norme antinfortunistiche).

Le procedure, allegato al DM di cui costituiscono parte integrante, sono strutturate in 17 Capitoli e sono corredate di 18 allegati come esposto nella Tabella 1. I singoli capitoli, dopo la premessa e l'introduzione, ripercorrono i contenuti dell'articolo 30 del D.lgs. 81/08 mettendo a disposizione, tramite gli allegati, la modulistica di sostegno. Data la peculiarità dell'argomento, l'ultimo capitolo tratta nel dettaglio la materia relativa all'audit.

Come specificato dal Ministero del Lavoro, le PMI potranno modificare ed integrare la modulistica messa a disposizione con le procedure a seconda della complessità tecnico organizzativa della struttura aziendale.

Senza entrare nel merito della descrizione di ogni singolo capitolo, si fa osservare che le procedure, approvate nella seduta del 27 settembre 2013, sono il prodotto di un percorso condiviso all'interno della Commissione Consultiva con le Parti Sociali e hanno come fondamento la libera volontà dell'impresa di attivare un circolo virtuoso attraverso il quale migliorare continuamente le proprie prestazioni in tema di salute e sicurezza del lavoro, fissando nel tempo sempre nuovi obiettivi di miglioramento della sicurezza.

L'auspicio è che le PMI, grazie a queste procedure, siano incoraggiate nell'adozione di sistemi aziendali che consentano di tenere sotto controllo tutte le performance in materia di salute e sicurezza del lavoro.

È noto, infatti, come l'adozione di questi modelli, se efficacemente attuati, consente di

prevenire i reati in materia di salute e sicurezza sul lavoro e, di conseguenza, di essere esentati dalla responsabilità amministrativa ad essi collegata. Infatti, dalla valutazione dei dati statistici elaborati dalla Consulenza Statistico Attuariale dell'INAIL emerge che nelle aziende in cui si adottano questi sistemi di gestione si riscontrano indici di frequenza e gravità infortunistica inferiori a quelli caratterizzanti le aziende che non li adottano. Mediamente si tratta del 27% in meno nel caso dell'indice di frequenza e del 35% in meno per la gravità infortunistica.

In considerazione di ciò, l'INAIL sostiene l'utilizzo di tali modelli utilizzando le forme di incentivo economico previste dall'art. 11, c. 5 del D.lgs. 81/08 attraverso le quali, sulla base degli avvisi pubblici regionali, le imprese che vogliono adottare un Mog ex art. 30 D.lgs. 81/08 possono accedere ad un finanziamento in conto capitale che ammonta, con l'avviso 2013, al 65 % del costo complessivo.

Le procedure semplificate sono disponibili nel sito del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, nella sezione Sicurezza Lavoro all'indirizzo:

[www.lavoro.gov.it/SicurezzaLavoro](http://www.lavoro.gov.it/SicurezzaLavoro)

Capitoli	Allegati
1. Premessa	Allegato 1 – Scheda analisi iniziale;
2. Introduzione	Allegato 2 – Piano di miglioramento – Modulo pianificazione obiettivi e attuazione della politica;
3. Politica aziendale di salute e sicurezza, obiettivi e piano di miglioramento	Allegato 3 – Elenco normativa applicabile;
3.1. Piano di miglioramento	Allegato 4 - scheda manutenzione macchina;
4. Rispetto degli standard tecnico strutturali di legge relativi ad attrezzature, impianti, luoghi di lavoro, agenti chimici, fisici e biologici	Allegato 5 - scheda consegna/gestione DPI;
5. Attività di valutazione dei rischi e di predisposizione delle misure di prevenzione e protezione conseguenti	Allegato 6 - Programma annuale di formazione, informazione e addestramento;
6. Attività di natura organizzativa, quali gestione delle emergenze e primo soccorso	Allegato 7 - Registro presenze partecipanti;
7. Gestione appalti	Allegato 8 - Scheda formazione/informazione/addestramento lavoratore;
8. riunioni periodiche di sicurezza e consultazione dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza	Allegato 9 - Registro addestramento lavoratore;
8.1. Comunicazione e rapporto con l'esterno	Allegato 10 - Elenco documentazione obbligatoria;
8.2. Consultazione e partecipazione	Allegato 11 – Modulo rilevazione: situazione pericolosa – incidente – non conformità;
9. Attività di sorveglianza sanitaria	Allegato 12 - Modulo rilevazione infortunio;
10. Attività di informazione e formazione dei lavoratori	Allegato 13 - Piano di Monitoraggio;
11. Attività di vigilanza	Allegato 14 – Programma degli/dell'audit interno;
12. Acquisizione di documentazioni e certificazioni obbligatorie per legge	Allegato 15 – Piano di audit;
13. Periodiche verifiche	Allegato 16 – Verbale di audit;
13.1. Sorveglianza/monitoraggio o misurazione dell'adozione delle procedure/modelli	Allegato 17 – Riesame periodico del modello organizzativo;
13.2. Indagine su infortuni, incidenti e situazioni pericolose	Allegato 18 – Riunione periodica.
13.3. Non conformità, azioni correttive ed azioni preventive	
14. Sistemi di registrazione	
15. Articolazione di funzioni per la verifica, valutazione, gestione e controllo del rischio	
16. Sistema disciplinare	
17. Sistema di controllo e riesame	
17.1. Audit interno di sicurezza	
17.2. Programmazione dell'audit	
17.3. Identificazione degli auditor interni	
17.4. Conduzione dell'audit	
17.5. Riesame	

# Valutazione dei rischi strutturali in locali non direttamente accessibili alla normale ispezione e sopralluogo<sup>1</sup>

di A. Di Martino (Dirigente scolastico)

A seguito della recente sentenza, in sede di appello, di condanna penale di tre Responsabili del Servizio di Prevenzione e di Protezione (RSPP) che si sono succeduti presso il Liceo Darwin di Rivoli in provincia di Torino (che in primo grado erano stati assolti), l'argomento oggetto di questo articolo è diventato di pressante attualità e pone interrogativi da parte delle scuole che richiedono di essere affrontati e chiariti.

Com'è noto, ai sensi dell'art. 17 c. 1 l. a) del D.lgs. 81/08, spetta al Datore di lavoro, quindi al Dirigente Scolastico, la valutazione di tutti i rischi, compresi quelli strutturali edili e impiantistici relativi all'edificio sede dell'istituzione scolastica.

Nel caso dei rischi strutturali edili e impiantistici la valutazione avviene sia tramite l'esame della documentazione e certificazione di legge fornita dall'Ente Proprietario e sia tramite sopralluogo nei locali

scolastici effettuato dal RSPP e dagli Addetti del Servizio di Prevenzione e di Protezione. Nelle scuole esistono però alcuni locali, zone e aree che risultano essere non direttamente accessibili al Dirigente Scolastico e che quindi non possono essere soggetti al controllo/sorveglianza del Servizio di Prevenzione e di Protezione attivo presso ciascuna scuola.

In particolare si possono distinguere:

A. Aree\zone\locali soggetti permanentemente alla responsabilità di un altro datore di lavoro.

B. Aree\zone\locali soggetti temporaneamente alla responsabilità di un altro datore di lavoro.

C. Aree\zone\locali non utilizzati come luogo di lavoro dalla scuola e quindi non accessibili ai dipendenti, ma solo all'Ente Proprietario per motivi di controllo e manutenzione.

Tali aree\zone\locali possono essere individuati in modo non esaustivo come segue:

A. Aree\zone\locali soggetti permanentemente alla responsabilità di un altro datore di lavoro		
Cod.	Descrizione	Datore di Lavoro
A.1	<ul style="list-style-type: none"><li>● Locale cucina o preparazione e smistamento pasti pre-cotti.</li><li>● Locale lavaggio.</li><li>● Deposito e dispensa.</li><li>● Spogliatoio e servizi igienici per il personale.</li></ul>	Titolare Ditta per la Ristorazione (refezione scolastica).
A.2	<ul style="list-style-type: none"><li>● Locale retro-bar.</li><li>● Deposito e dispensa.</li><li>● Spogliatoio e servizi igienici per il personale.</li></ul>	Titolare Ditta per la Ristorazione (bar interno).
A.3	<ul style="list-style-type: none"><li>● Alloggio custode.</li><li>● Cantina del custode.</li><li>● Area esterna pertinenziale del custode.</li></ul>	Ente Proprietario
A.4	<ul style="list-style-type: none"><li>● Locali tecnici, quali la centrale termica, la cabina elettrica, cabina ascensore, etc.</li></ul>	Ente Proprietario o Ditte erogatrici della fornitura.
A.5	<ul style="list-style-type: none"><li>● Locali utilizzati dall'Ente Proprietario per propri fini (depositi, archivi, etc.).</li></ul>	Ente Proprietario.
A.6	<ul style="list-style-type: none"><li>● Locali dati dall'ente Proprietario in utilizzo esclusivo ad associazioni esterne (banda musicale, comitato di quartiere, ambulatorio medico, etc.) che non forniscono alcun servizio alla scuola.</li></ul>	Ente Proprietario, Associazione, etc.

B. Aree\zone\locali soggetti temporaneamente alla responsabilità di un altro datore di lavoro		
Cod.	Descrizione	Datore di Lavoro
B.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Palestre o altri locali utilizzati in orario non scolastico.</li> <li>● Centri estivi.</li> </ul>	Ente Proprietario/Associazione sportiva o Cooperativa.
B.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cantiere edile (quelle con previsione di consegna dell'area all'E.P. in quanto perimetrata e isolata dal resto della scuola).</li> </ul>	Ente Proprietario.
C. Aree\zone\locali non utilizzati come luogo di lavoro dalla scuola e non direttamente accessibili		
Cod.	Descrizione	Datore di Lavoro
C.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Locali tecnici di cui al punto a.4.</li> <li>● Vani tecnici (verticali e orizzontali) realizzati per il passaggio di impianti.</li> </ul>	Ente Proprietario.
C.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Intercapedini orizzontali e verticali.</li> </ul>	Ente Proprietario.
C.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sottotetti non utilizzati dalla scuola (accessibili per es. mediante botole o smantellamento di controsoffitti).</li> </ul>	Ente Proprietario.
C.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tetti (piani e inclinati) con relativi elementi accessori (manti di copertura tegole, etc.), cordoli, grondaie e pluviali, camini, etc.</li> </ul>	Ente Proprietario.

Con riferimento ai punti A1-A2-A6-B1-B2 il dirigente Scolastico è tenuto all'applicazione dell'Art. 26 del D.lgs. 81\08, relativo al coordinamento dei rischi interferenziali (a seconda dei casi il solo comma 1 oppure i commi 1, 2 e 3) mentre con riferimento ai punti A3-A4-A5-C1-C2-C3-C4 si aprono due scenari differenti:

#### **Ipotesi 1**

I sopralluoghi e i controlli nei locali non direttamente accessibili e cioè inaccessibili alla normale ispezione o controllo visivo (ad es. solai, tetti, sottotetti controsoffitti con relativi elementi accessori), o con divieto di accesso al personale (ad es. caldaie, scantinati, locali tecnici, intercapedini), o richiedenti azioni in quota o comunque assimilabili alla manutenzione ordinaria/straordinaria (spostamento o smantellamento di controsoffitti, apertura botole ecc.), sono compito dell'Ente Proprietario.

Il dirigente scolastico è tenuto a:

1. richiedere periodicamente (almeno una volta all'anno) all'Ente proprietario di effettuare le ispezioni e i controlli periodici e di fornirne riscontro formale alla scuola, ai sensi dell'art. 18 c. 3 del D.lgs. 81/08

2. segnalare prontamente all'Ente Proprietario la presenza di anomalie riscontrabili a seguito di un evento (ad es. caduta di tegole a causa del vento) o riscontro visivo (ad es. la presenza d'infiltrazioni o fessurazioni) per i necessari interventi, sempre in riferimento all'art. 18 c. 3 del D.lgs. 81/08

3. valutare il rischio in base all'esito dei predetti riscontri da parte dell'Ente Proprietario e in base alla presenza di eventuali anomalie.

4. nel caso si rendessero evidenti segnali di pericolo concreto e attuale di danno agli alunni e personale adottare opportuni provvedimenti di delimitazione o chiusura degli spazi a rischio

#### **Ipotesi 2**

Spetta al Dirigente Scolastico/Datore di Lavoro, tenuto alla valutazione del rischio, oltre a quanto previsto nei punti 2,3,4 sopra indicati, anche ispezionare e controllare i locali non direttamente accessibili, e tale incombenza dovrà essere affidata al proprio RSPP (se possiede le necessarie competenze tecniche per farlo) o a personale/ditte esterne specializzate

Nel caso dell'**ipotesi 1** la responsabilità delle ispezioni in locali non direttamente accessibili è dell'Ente proprietario, in quanto è un'azione assimilabile alla manutenzione ordinaria/straordinaria (1), concetto su cui mi soffermerò più avanti per una migliore comprensione del problema, mentre nel caso dell'**ipotesi 2** la responsabilità di tali ispezioni e controlli è attribuita al dirigente scolastico in quanto associata alla valutazione dei rischi, di competenza del Datore di Lavoro.

La manutenzione deve essere un'attività di natura preventiva, finalizzata a ridurre le probabilità di un guasto, ovvero a controllare il processo di deterioramento che porta al guasto di un sistema.

In funzione dei metodi d'analisi utilizzati, la **manutenzione preventiva** può essere suddivisa in:

- preventiva basata sulle ispezioni;
- preventiva basata su metodi statistici (frequenza dei guasti);
- preventiva secondo condizione;
- preventiva basata su modelli (predittiva).

La manutenzione preventiva basata sulle ispezioni, intendendo per "ispezione" l'insieme delle azioni volte a determinare e a valutare il corretto funzionamento di una entità, è realizzata quando l'edificio/gli impianti/le apparecchiature sono in esercizio, e ha come fine quello di verificare il loro regolare funzionamento (verifiche di funzionamento) sia nel loro stato ed ambiente di esercizio e sia nelle condizioni prescritte dal costruttore. Se una sola di queste condizioni non è realizzata, viene tempestivamente attivata un'attività di **manutenzione correttiva**.

La manutenzione correttiva è chiamata anche a guasto: è la manutenzione eseguita a seguito della rilevazione di un'avaria ed è volta a riportare un'entità nello stato in cui essa possa eseguire una funzione richiesta. La manutenzione preventiva e la manutenzione correttiva sono strettamente connesse tra loro: la prima deve essere attuata in modo periodico e la seconda ne costituisce la naturale conseguenza, con l'ulteriore aggravio di dover necessariamente valutare se l'intervento sia **urgente** (*immediate maintenance*, intervento da eseguire senza indugio dopo la rilevazione del guasto in modo da evitare conseguenze inaccettabili) o **differibile** (*deferred maintenance*, intervento di manutenzione che può essere differito in quanto l'entità in avaria non è critica).

Tornando a considerare le due ipotesi espresse, è pacifico che da una manutenzione non prevista, non fatta o fatta male possano derivare situazioni molto pericolose atte a provocare gravi infortuni e danni alla salute.

Si aprono quindi alcuni 'preoccupanti' interrogativi da parte delle scuole: è ancora valida l'integrazione delle funzioni tra Ente Proprietario e scuola, come previsto dalla prima ipotesi, oppure dobbiamo ritenere compito della scuola effettuare le ispezioni/controlli nei locali citati come previsto dalla seconda ipotesi? O forse ancora tali ispezioni devono essere svolte da entrambi i soggetti? E' quasi scontato dire che allo stato attuale il Dirigente Scolastico non possiede gli strumenti e le attrezzature né la possibilità

economica di affidare le ispezioni nei locali non direttamente accessibili al proprio RSPP/ Servizio di Prevenzione e di Protezione (posto che, ripeto, abbiano la competenza per farlo dato che la formazione prevista per legge non lo prevede) o a ditte esterne.

Siamo dunque di fronte all'ennesimo caso di specificità dell'ambiente scuola quale luogo di lavoro, per le quali il D.lgs. 81/08 riconosce "particolari esigenze connesse al servizio espletato o alle peculiarità organizzative" (art. 3).

Non vi è dubbio che tra le peculiarità organizzative vi è quella di essere un luogo di lavoro che vede la ripartizione di competenze tra due soggetti: il dirigente scolastico e l'Ente Proprietario dei locali.

In molte occasioni le scuole e gli Uffici Scolastici Regionali hanno chiesto che il Regolamento di attuazione nelle scuole del Testo Unico sulla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (D.lgs. 81/08), non ancora emanato, contenesse chiarimenti e approfondimenti sulle rispettive competenze e responsabilità dei due soggetti sopra richiamati. Così come su molte altre difficoltà interpretative dello stesso Testo Unico che rendono veramente pesante e difficoltoso per i dirigenti scolastici gestire al meglio questa delicata parte dei propri obblighi di lavoro. E si è fatto anche presente che il dilatarsi, oltre ogni ragionevole previsione, d'incombenze a carico dei dirigenti scolastici richiede uno stanziamento adeguato di risorse finanziarie.

E' urgente che questo Regolamento finalmente esca senza più ritardi. Ci auguriamo che non si limiti a richiamare sostanzialmente le norme dell'impianto di disciplina generale, ma che introduca le specificità reali delle scuole in modo tale che compiti e responsabilità siano chiaramente definiti a priori e non siano soggetti a contrastanti interpretazioni giurisprudenziali conseguenti a un evento dannoso. Solo in questo modo il decreto attuativo sarà garanzia di applicazione corretta e piena tutela di alunni e personale, e si farà un passo importante affinché il doloroso caso Darwin non abbia più a ripetersi.

1) Articolo pubblicato in *Dirigere la scuola* n. 3/2014 - Euroedizioni - TORINO

(2) I concetti di manutenzione 'ordinaria' (insieme di operazioni programmate e programmabili) e di manutenzione 'straordinaria' (insieme di operazioni imprevedute, non programmate o programmabili) espressi dalla norma UNI 11063:2003, sono stati aggiornati dai concetti di manutenzione preventiva e di manutenzione correttiva espressi dalla più recente norma europea UNI EN 13306:2010

Tra gli ultimi interPELLI pubblicati nel sito del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, si segnalano i seguenti quesiti:

## **Interpello n. 9/2014**

Con l'Interpello n. 9/2014, la Commissione per gli InterPELLI ex art. 12 del D.lgs. 81/08 ha dato risposta ad una istanza, presentata dal Consiglio Nazionale dell'Ordine dei Consulenti del Lavoro, relativa all'applicabilità della sanzione per mancata vidimazione del registro infortuni a seguito dell'entrata in vigore del D.lgs. 81/08.

La Commissione InterPELLI ha stabilito che, in attesa dell'emanazione del DI di cui all'art. 8 del D.lgs. 81/08, istitutivo del SINP che disciplinerà le modalità di comunicazione degli infortuni e che farà venir meno le disposizioni relative al registro infortuni, sono soggette alla tenuta del registro infortuni tutte le aziende che ricadono nella sfera di applicazione dello stesso.

## **Interpello n. 8/2014**

Con l'Interpello n. 8/2014, la Commissione per gli InterPELLI ex art. 12 del D.lgs. 81/08 ha dato risposta ad una istanza, presentata dalla Federazione Italiana Cronometristi, relativa all'obbligatorietà della redazione del documento di valutazione dei rischi, ai sensi dell'art. 17 del D.lgs. 81/08 da parte delle associazioni periferiche affiliate non aventi personale dipendente ma che si avvalgono dell'ausilio di volontari. La Commissione InterPELLI ha stabilito che il regime applicabile per i soggetti che prestano la propria attività volontariamente e a titolo gratuito per le associazioni sportive dilettantistiche sia quello previsto per i lavoratori autonomi, per i quali si applica l'art. 21 del D.lgs. 81/08.

E' possibile consultare le risposte complete ai quesiti presentati alla Commissione InterPELLI nella Sezione dedicata alla sicurezza nei luoghi di lavoro del sito del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali:  
[www.lavoro.gov.it/sicurezzaalavoro/](http://www.lavoro.gov.it/sicurezzaalavoro/)

## **Salute e sicurezza nell'utilizzo di prodotti chimici sul lavoro**

In occasione della celebrazione della Giornata mondiale per la salute e la sicurezza sul lavoro del 2014, l'Ufficio Internazionale del Lavoro (ILO) ha realizzato la pubblicazione

"Salute e sicurezza nell'utilizzo di prodotti chimici sul lavoro", che fa il punto sulla situazione attuale per quanto riguarda l'uso dei prodotti chimici e il loro impatto nei posti di lavoro e sull'ambiente. La pubblicazione presenta anche interventi di prevenzione e di controllo delle esposizioni al rischio chimico adottati da alcune imprese, che possono dare un contributo ad assicurare una corretta gestione dei prodotti chimici sul lavoro. La pubblicazione si può reperire al seguente indirizzo: [www.fondazionerubestriva.it/](http://www.fondazionerubestriva.it/)

## **Formazione su salute e sicurezza in ambito agricolo**

E' stato siglato il 14 marzo 2014 dai direttori generali degli uffici competenti del Ministero del Lavoro, della Pubblica Istruzione, dell'Agricoltura e dal direttore centrale per la prevenzione dell'INAIL, l'accordo di collaborazione Green Safety, relativo alla formazione sulla salute e sicurezza in ambito agricolo. Il progetto è finalizzato allo svolgimento di attività di formazione specifica per la promozione e la diffusione della sicurezza sul lavoro e nell'uso delle macchine agricole nel contesto rurale e stradale e prevede l'erogazione di corsi di formazione per gli studenti degli Istituti Tecnici Agrari e degli Istituti Professionali ad indirizzo agrario.

## **Decreto per le notifiche ex articolo 67**

Il decreto legislativo 81 prevede all'articolo 67 che in caso di costruzione e di realizzazione di edifici o locali da adibire a lavorazioni industriali, nonché nei casi di ampliamenti e di ristrutturazioni di quelli esistenti, i relativi lavori, oltre ad essere eseguiti nel rispetto della normativa di settore, devono essere notificati all'organo di vigilanza competente per territorio. Le informazioni da trasmettere, secondo criteri di semplicità e comprensibilità, nonché i modelli da utilizzarsi ai fini di tale comunicazione sono state approvate con il Decreto 18 aprile 2014 del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e del Ministero per la pubblica amministrazione e la semplificazione, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Di tale decreto, reperibile sul sito internet del Ministero del lavoro [www.lavoro.gov.it/Lavoro](http://www.lavoro.gov.it/Lavoro) all'interno della sezione «Sicurezza nel Lavoro», se ne dà avviso sulla gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, serie Generale n. 106 del 9 maggio 2014.

# Che utilità ha l'elenco ministeriale dei Medici Competenti?

Premetto che scrivo in veste di "comune cittadino" ma sono un dipendente dell'ASL AL e lavoro allo SPreSAL.

Sul n. 1/2014 di **Io scelgo la sicurezza** ho letto l'articolo inerente l'aggiornamento professionale del MC sostanzialmente concernente gli obblighi formativi specifici, gli obblighi di comunicazioni al ministero, l'iscrizione dei MC nell'elenco ministeriale e i prossimi controlli ministeriali da attivarsi dal 2015.

Al riguardo, vorrei fare qualche osservazione di base ed esprimere alcune perplessità su un'interpretazione ministeriale.

Che fine e che utilità pratica ha l'elenco ministeriale? Mi sembra un po' difficile a dirsi (a parte il controllo sugli ECM) poiché, almeno attualmente, l'iscrizione NON costituisce un requisito/titolo necessario per lo svolgimento dell'attività di MC.

In altri termini, nel rispetto degli artt. 38 e 39 D.lgs. 81/08, se un medico non ha provveduto a chiedere l'iscrizione nell'elenco ministeriale (e quindi non vi è iscritto), può darsi che prima o poi qualcuno rilevi la mancata comunicazione al ministero e magari individui ed irroghi qualche sanzione per questa mancanza, ma, comunque, quel medico può tranquillamente svolgere l'attività di MC.

Se il MC ha provveduto ad effettuare le dovute comunicazioni al Ministero, si apre la questione delle esclusioni o dell'inserimento nell'elenco in argomento.

Al riguardo posso fornire una testimonianza diretta di un orientamento ministeriale che appare non pienamente conforme alle vigenti normative (D.lgs. 81/08 e DM 04/03/09).

Mi riferisco al fatto che, interpretando in maniera un po' particolare l'art. 1 comma 2 del DM 04/03/09, il Ministero non iscrive nell'elenco nazionale i medici che pur possedendo i requisiti ex art. 38 D.lgs. 81/08 lavorano negli SPreSAL (qui da noi, ASL AL, è successo) adducendo la motivazione che questi medici ai sensi dell'art. 39 comma 3 D.lgs. 81/08 non possono svolgere l'attività di MC.

L'interpretazione ministeriale è discutibile per diversi motivi e qui di seguito ne cito 3:

1. Dubito che un DM possa modificare/stravolgere il dettato di una norma superiore (D.lgs.), specie se quest'ultima non contiene

richiami/rimandi espliciti ad una successiva emanazione di DM esplicativi/regolatori.

2. In ogni caso, volendo astrattamente seguire il (discutibile) ragionamento ministeriale e con ciò attenersi alla norma su cui basa il proprio orientamento il Ministero (art. 1 comma 2 DM 04/03/09), si osserva che la medesima dice espressamente che «nell'elenco...sono iscritti tutti i medici che SVOLGONO l'attività di MC in possesso dei titoli e dei requisiti previsti dall'art. 38...»; da ciò dovrebbe conseguire che, dall'entrata in vigore del DM, prima di procedere all'iscrizione nell'elenco il Ministero avrebbe dovuto verificare l'effettivo svolgimento dell'attività di MC (lo evidenzio: quella norma prevede espressamente l'inserimento di quelli CHE SVOLGONO, non di quelli che potrebbero svolgere). Ma in tal senso, visto l'attuale elenco ministeriale e preso atto che vi sono inseriti alcuni colleghi che con ogni probabilità non svolgono l'attività di MC (anzi, qualcuno forse non l'ha proprio mai svolta), se ne deduce che il Ministero non ha provveduto a ben verificare il requisito dello «svolgimento dell'attività di MC» limitandosi per quanto dato di sapere a lasciar fuori i medici SPreSAL (dell'ASL AL).

3. «L'assegnazione agli uffici pubblici incaricati di vigilanza» sarebbe quindi per il Ministero lo status che impedisce l'iscrizione nell'elenco ma tale condizione, specie di questi tempi, non può essere considerata definitiva/immodificabile nel senso che un'ASL potrebbe proporre a uno o più medici SPreSAL di occuparsi d'altro, ad es. di fare il MC aziendale.

Fausto Gatti

