

“La salute innanzitutto”, vale anche per i luoghi di lavoro?

a cura del Gruppo di Lavoro sulla Sicurezza Lavoro, disoccupazione povertà del Coordinamento Nazionale per il Diritto alla Salute (Campagna Dico 32)

Il testo che segue riprende e aggiorna, presentandolo in modo più discorsivo, la discussione avvenuta nel gruppo di lavoro del Coordinamento Nazionale quale work in progress da maggio 2020 ad oggi, e si connette alle precedenti attività di Medicina Democratica di affermazione della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro con le evidenze ulteriori che “l’epoca Covid” ha fatto emergere o ha reso più evidenti.

PREMESSA (DICEMBRE 2020)

“La salute innanzitutto” è stato il “mantra”, assieme a “andrà tutto bene”, che hanno segnato la prima fase dei provvedimenti emergenziali per il contrasto della pandemia, ma quell’affermazione non includeva la gran parte dei lavoratori e lavoratrici cosiddetti “essenziali” nell’immediato e poi tutti o quasi nella “seconda fase”.

Che la salute venga innanzitutto concordiamo pienamente, soprattutto deve venire prima del profitto e deve voler dire condizioni di lavoro sicure e salubri non solo in riferimento alla pandemia da Sars Cov2 ovvero ad un rischio biologico ma rispetto a tutti i fattori di rischio ben conosciuti e che mietono la vita di centinaia di lavoratori e lavoratrici ogni anno.

Anche in questo caso risulta evidente che va “imparata” la lezione Covid, cogliere l’evidenza dell’emergenza per cambiare la “normalità” che non rispettava questo principio.

Come è noto l’infortunio Covid è riconosciuto da INAIL “in automatico” (“presunzione di esposizione professionale”) (1) per le attività socio-sanitarie e quelle analoghe che espongono al contatto con il pubblico,

per altre categorie vale la procedura di verifica medico-legale “tradizionale”: il lavoratore deve dimostrare il nesso eziologico tra attività/esposizione e infortunio (2).

L’accertamento medico legale è, ora come allora, legato alla positività del lavoratore alla diagnosi da tampone molecolare, non hanno validità test di altro genere (anche se spesso impropriamente proposti dai medici competenti nelle aziende come se fossero integrazioni alla previgente sorveglianza sanitaria o un “benefit” aziendale rispetto alla incapacità di screening da parte del servizio pubblico). Con la stessa logica viene richiesto un tampone negativo per il rientro dal lavoro, sia esso da malattia che da infortunio. Va segnalato che, a fronte della indisponibilità in molte regioni di una capacità diagnostica sufficiente, in ottobre con una circolare del Ministero della Sanità è consentito lasciare l’isolamento/quarantena dopo 21 giorni dall’accertamento della positività anche senza tampone. Tale misura riguarda “solo” i cittadini, che potranno riprendere a uscire di casa, ma non vale per il rientro al lavoro per il quale rimane tassativo un riscontro formale di negatività. In questa situazione ci marciano i privati che offrono, con moneta sonante, tamponi veloci che il servizio pubblico non è in grado di fare (mancanza di reagenti, mancanza di laboratori ??). A ciò si aggiunga che INAIL ha “congelato” i premi in caso di infortunio covid (uno “scudo finanziario” per le aziende) e ha improvvidamente chiuso, nella “prima fase”, le strutture riabilitative gestite direttamente dall’Ente costringendo gli infortunati, non potendo attendere, a utilizzare strutture private, pagandole in proprio senza o con scarsissime possibilità di rim-

borso.

Ferme queste difficoltà e scelte gestionali l'ultimo rapporto INAIL disponibile sugli infortuni covid (dati al 31 ottobre 2020) registra 66.871 denunce di infortunio "da covid" (46.545 donne e 20.236 uomini, che confermano la maggioritaria presenza femminile nel settore socio-sanitario che costituisce il 70 % delle denunce totali).

I deceduti sono 332 (54 donne e 278 uomini, qui il rapporto si inverte per diversi fattori tra cui la maggiore età degli uomini). Tra questi non sono compresi tutti i medici di base contagiati e deceduti (328 al 20.02.2021) in quanto quelli "convenzionati" con il pubblico non sono "lavoratori subordinati" e quindi non sono soggetti alla assicurazione obbligatoria contro gli infortuni gestita da INAIL.

Un'insieme di condizioni che motivano ancora di più la critica del modello "assicurativo" (dall'INAIL al welfare aziendale) come pure il ruolo di INAIL nel "sistema", ruolo che va oltre quello di ente assicurativo erogatore di prestazioni, per assumere – nonostante quanto previsto dalla riforma sanitaria 1978 che passava tali competenze alle USSL – anche quello del riconoscimento dello stato di malattia professionale del singolo lavoratore. Un evidente "conflitto di interesse" irrisolto come pure confligge quello dei finanziamenti (bandi INAIL) alle imprese – spesso a fondo perduto – per attuare quello che queste ultime devono fare per legge ovvero rendere sicuri i luoghi di lavoro, erogando ai datori di lavoro anche importi versati dai lavoratori per l'assicurazione.

La discussione del gruppo ha fatto emergere alcuni temi che si considerano principali, cerchiamo di sintetizzare il percorso, aggiornandolo con le ultime evidenze, e le relative conclusioni.

IL POST COVID

L'obiettivo da evitare è che tutto ricominci come prima con la sola aggiunta di "mascherine", sanificazione degli ambienti e igienizzanti per le mani.

Medicina Democratica ha svolto dall'inizio una attività di informazione e orientamento delle vertenze che emergono sulla applicazione dei protocolli Covid, coglien-

do "l'occasione" per riprendere temi su cui ci si è sempre spesi (unitamente alle vertenze giudiziarie per dare voce e giustizia alle vittime come pure per migliorare la giurisprudenza e far emergere le lacune normative ambientali e sul lavoro).

Diversi interventi dei partecipanti al gruppo, nel riportare le esperienze di applicazione dei protocolli tra le parti sociali, hanno evidenziato interpretazioni datoriali tali da ridurre non solo l'impatto economico delle misure ma mettendone in discussione i contenuti sia aumentando le occasioni di contagio in ambito lavorativo che facendo pesare sui lavoratori alcune scelte (limitazione o soppressione di "accessori" lavorativi quali spogliatoi, docce, mense).

Il lavoro agile, nella sua estensione, ha mostrato il suo lato alienante, claustrofobico (oltre quello connesso alla quarantena) e di tendenziale autosfruttamento. Non è un caso che tale forma lavorativa "emergente" risulta al centro di tutte le iniziative di rilancio economico in definizione dedicando a questa attività solo qualche considerazione anche sui "nuovi" rischi connessi.

La situazione corrente richiederebbe un aggiornamento del DVR da parte delle aziende così da rendere permanente la "lezione" Covid e non limitandosi a un documento di tutela anticontagio temporaneo svincolato dal resto (si veda anche circolare Ministero della Salute del 29.04.2020 sul ruolo dei medici competenti).

I rischi negli ambienti scolastici – "rinviati" a settembre, malamente gestiti e "risolti" con una nuova chiusura dopo poche settimane – apparivano già ad un primo esame quelli con maggiore rischio: interessano 1 milione di lavoratori e 10 milioni di studenti che dovevano tornare in edifici che, nella maggior parte dei casi, non erano idonei prima della pandemia e non lo potevano essere alla ripresa. Che le scuole costituissero un rischio di ritorno pandemico amplificato soprattutto se permarrà lo scollamento con il SSN e con la medicina territoriale, in merito alla quale (la ex "medicina scolastica") non si vede nulla all'orizzonte, era evidente.

Le vicende sulla riapertura e quasi immediata nuova chiusura di gran parte degli istituti scolastici ha confermato questo punto dolente pur gestibile anche se, in realtà, le criticità principali non erano sulla organizzazione didattica e sui luoghi scolastici ma al di fuori, a partire dai trasporti. Ma la disparità di trattamento rispetto alle attività lavorative nella “seconda ondata” è evidente e inaccettabile.

La pandemia ha fatto emergere (confermare) il rapporto tra ambiente lavorativo e quello di vita, il lavoratore/cittadino condiziona la propria salute e la salute collettiva, portando sul luogo di lavoro e/o nel luogo di vita la malattia facendo da involontario vettore tra le due realtà. La risposta pertanto (v. esperienza dei comitati di Codogno) non può essere settoriale ma coordinata.

Qualcosa del genere era emerso anche nel caso del crimine ferroviario di Viareggio ove condizioni di lavoro (dei ferrovieri), sicurezza (dei lavoratori e del trasporto di sostanze pericolose) e tutela del territorio hanno interagito in un unico evento amplificandone gli effetti fino a determinare un disastro prevenibile agendo correttamente sui singoli fattori.

RIFERIMENTO STORICO

La riforma sanitaria modificava il “paradigma” precedente, dalla competenza e dall’approccio “burocratico” dell’Ispettorato del Lavoro alla competenza del Ministero della salute (e delle regioni), con un approccio partecipato (v. anche l’art. 9 Statuto dei diritti dei lavoratori) tra lavoratori e tecnici dei servizi prima SMAL poi PSAL nelle USL/ASL.

La legge 833 parla di comunicazione dei dati accertati (sulla prevenzione in ambito ambientale e di lavoro) e diffusione della loro conoscenza, dello strumento delle Mappe di rischio e degli interventi tecnici partecipati di eliminazione dei fattori di rischio.

Nella evoluzione normativa successiva il testo unico (prima il Dlgs 626/94 poi il Dlgs 81/2008) contiene, dal punto di visto tecnico-prescrittivo, norme che non necessitano di modifica se non integrazioni su aspetti emergenti o di più difficile norma-

zione come quelli connessi alla sfera organizzativa e psicologica, ma la modalità di intervento del servizio pubblico non è risultata idonea né sufficiente a fronte di una cornice di perdita di azione e potere delle forze sociali.

La frammentazione di competenze (ASL, INAIL, INL, enti specifici settoriali) non ha favorito il mantenimento di un approccio partecipato; la figura del RLS (rappresentante dei lavoratori per la sicurezza), che avrebbe dovuto essere la leva di un nuovo intervento di autogestione dei lavoratori (e di confronto con gli organi di vigilanza)



VITA DI SAN
 "Vita di San
 Guberto" dalla
 "Historia ecclesiastica
 gentis Anglorum"
 di Bede il Venerabile,
 ms. Yates Thompson 26,
 f. 2b, XII sec. Miniatura,
 Londra British Library

non è decollata (né poteva diventarlo per pura volontà legislativa a fronte di una deriva e peggioramento dei rapporti di lavoro, come precarietà e addomesticamento, se non abrogazione di fatto, dell’art. 18 dello Statuto : la forza lavoro non è più regolata da norme comuni ma divisorie anche tra chi lavora fianco a fianco).

L’aziendalizzazione ha favorito, dal lato delle ASL, l’affievolimento di tale approccio partecipato rimasto oramai solo nella sensibilità degli operatori anziani, per il resto è una pioggia di “cabine di regia” o comitati a diversi livelli in cui chi decide, in pratica, è l’assessore (il direttore generale) di turno della regione previa valutazione degli interessi delle aziende e dell’effettivo “contrappeso” dei sindacati (quando si degnano di svolgere almeno un tale ruolo). Il tutto produce obiettivi lontani dal rispondere alle esigenze sociali di tutela privilegiando la produzione di “numeri” (prestazioni) svincolati dalla qualità e dall’efficacia dell’intervento in termini di pre-

venzione. Qualcosa di simile alla esplosione del numero delle prestazioni sanitarie del tutto svincolate da obiettivi di salute collettiva verificabili, dove uno strumento (quantificabile) sostituisce uno scopo sociale (principalmente qualitativo).

Anche le modifiche dei procedimenti sanzionatori/penali (dlgs 758/94) nello spostare sui tecnici parte degli adempimenti che prima erano dei magistrati ha irrigidito l'approccio privilegiando il lato dell'intervento ispettivo/"repressivo" (ricerca della violazione di legge e dei "requisiti di sicurezza essenziali") rispetto alla ricostruzione autoorganizzata e partecipata dei cicli e l'utilizzo dei tecnici per l'individuazione degli interventi per migliori condizioni complessive nei luoghi di lavoro .

Occorre un ritorno (attualizzato) all'art. 20 della legge 833/78: un ruolo in cui l'intervento pubblico è direttamente finalizzato alla ricerca, elaborazione e attuazione di misure di tutela delle condizioni di lavoro (anche quando non previste da specifiche norme di legge) effettuati sulla base di esigenze verificate congiuntamente con le rappresentanze dei lavoratori. Approccio ben diverso dalla sempre più crescente prosopopea "alternativa" di rapporti "collaborativi" tra gli organi di vigilanza e le imprese.

Nella discussione è stata evidenziata anche la perdita culturale e tecnica dei tecnici (per abbandono di interesse da parte dei dipartimenti di prevenzione nelle USL/ASL) (3) in particolare degli aspetti di igiene del lavoro e, più in generale, ad uno sforzo sulla ricostruzione del ciclo produttivo, ci si affida alle "autocertificazioni" delle aziende e dei loro consulenti, che pesano nel rapporto con lavoratori e RLS indebolendo le loro istanze.

UN TEMA CENTRALE E IMPELLENTE : ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO E "RAPPORTO FIDUCIARIO"

Un tema centrale emergente è l'organizzazione del lavoro quale "cornice" e sostanza di tutti i rischi. Un rischio da non relegare semplicemente a una frettolosa valutazione dello stress lavoro correlato (SLC) per lo più limitata agli "eventi sentinella" e a quelli di "contesto lavorativo" (cioè alla

prima fase della procedura di valutazione proposta nel modello INAIL che "quantifica" alcuni parametri che possono evidenziare gli effetti di presenza di SLC esteso su gruppi di lavoratori) sulla base di valutazioni presuntivamente oggettive ma definite dall'impresa o comunque dal valutatore anziché procedere sul contenuto ovvero soffermandosi sulle modalità di svolgimento del lavoro e dei rapporti tra lavoratori, gerarchie aziendali ovvero considerando gli aspetti soggettivi come vissuti/percepiti dai lavoratori. La vicenda covid ha mostrato che l'organizzazione del lavoro (la disorganizzazione da un lato e dall'altro la gerarchizzazione dei rapporti tra dirigenza e lavoratori) nelle strutture sanitarie è stata decisiva nell'incrementare o meno il disagio e un rischio aggiuntivo per i lavoratori (sul tema si rimanda al contributo di Gino Carpentiero e Enzo Cordaro in questo fascicolo).

Il ruolo reale degli RLS nell'ambito della "costruzione" della valutazione dei rischi e la reale presenza e attivazione degli RLST (RLS territoriali nel caso non vi siano RSL aziendali) per coprire le aziende minori (un recente studio dell'associazione sindacale europea condivide tale obiettivo in tutti i paesi dell'Unione) allo stato attuale rimane una leva per un miglioramento dell'azione dei lavoratori come "gruppo omogeneo di rischio" (che non sono scomparsi, nonostante la tendenza e l'estensione della individualizzazione della prestazione lavorativa in particolare nei settori emergenti).

La questione della democratizzazione dei rapporti nei luoghi di lavoro include il superamento dell'art. 2105 del codice civile (4) sul quale si basa (unitamente ai "codici" aziendali) il ricatto e l'arma aziendale del "rapporto fiduciario" ovvero dell'obbligo di "fedeltà" del lavoratore (in giurisprudenza definita anche "obbligo di buona fede del lavoratore", sic !). Una norma (del 1942) formalmente finalizzata a impedire che un lavoratore si ponga in concorrenza economica col datore di lavoro sfruttando le conoscenze acquisite ma che è stata ampliata ad ogni attività, anche extralavorativa, non gradita dal datore di lavoro come il caso di Riccardo Antonini

contro FS/Moretti (crimine ferroviario di Viareggio) e i casi più recenti di provvedimenti disciplinari a lavoratori della sanità che hanno osato criticare e pubblicizzare gli errori e le carenze del modo di affrontare la emergenza covid. Una norma in contrasto con i principi costituzionali sul libero pensiero (Art. 21 della Costituzione) come pure degli arti 1 e 9 dello Statuto dei diritti dei lavoratori (5)

POSSIBILI DIREZIONI DI INTERVENTO

Tra i primi aspetti che possono essere oggetto di proposta anche in piena attuazione delle parti della 833/78 non realizzate :

-Passaggio alle ASL delle competenze (rimaste ad INAIL) sul riconoscimento delle malattie professionali (lasciando all'INAIL la pura attività assicurativa), revisione delle tabelle delle malattie professionali.

-Riforma dei Medici competenti : non più "consulenti" del datore ma convenzionati con le ASL (con rapporti e modalità di scelta analoghe a quelle dei medici di medicina generale);

-Ritorno a servizi di prevenzione delle ASL, attualizzando l'esperienza degli SMAL, in grado di essere un punto di incontro tra servizio pubblico e le esigenze soggettive dei lavoratori.

-Nel confermare l'impianto tecnico-normativo del dlgs 81/2008 approfondire il campo della organizzazione del lavoro quale quarto fattore di nocività ed in particolare gli aspetti psicologici (stress lavoro-correlati) che includono la affermazione della uguaglianza tra parti sociali in fabbrica (si segnala l'appello europeo pubblicato su Il Manifesto del 16.05.2020 "Un appello globale e tre proposte per il lavoro. Il lavoro non è una merce").

-Applicazione concreta ed estesa degli RLST anche utilizzando lavoratori pensionati volontari, con poteri di accesso in fabbrica; nel complesso un rafforzamento del ruolo, dei diritti e delle tutele dei rappresentati dei lavoratori (a partire da una loro formazione continua ed esaustiva).

-Intervenire sull'obbligo di "fedeltà" ("rapporto fiduciario") dei lavoratori nei confronti dei datori di lavoro (da ultimo si

vedano le iniziative contro i lavoratori RSA che hanno denunciato carenze, in "continuità" con situazioni analoghe del passato). Un possibile intervento in questa direzione potrebbe essere l'introduzione di un sistema analogo a quello di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. *whistleblower*) (6) esplicitando una salvaguardia (fatto salvo il reato vero e proprio di diffamazione) in caso di denuncia, anche pubblica, di criticità nella sicurezza della attività lavorativa, pubblica e privata (ovviamente tale tema si lega strettamente con quella salvaguardia del posto di lavoro, con il reintegro, prevista dall'art. 18 dello Statuto dei diritti dei lavoratori preso a picconate negli ultimi anni con un sadismo *bipartisan*).

- No all'esposizione a cancerogeni, mutageni e teratogeni (e disturbatori endocrini) in ambiente lavorativo per l'affermazione del MAC Zero, quindi revisione dei cicli produttivi quale base della loro bonifica e messa in sicurezza: altrimenti il mantra "*la salute innanzitutto ...*" rimane uno slogan vuoto.

-Valutare se sono da riproporre iniziative come la istituzione di una Procura nazionale per gli infortuni sul lavoro (Guariniello) e l'aggravante dell'omicidio sul lavoro nel caso degli infortuni mortali (l'iniziativa era anche correlata alla richiesta di revisione dei tempi della prescrizione nei processi, sul quale vi è stata, a nostro avviso, una positiva modifica normativa che va mantenuta).

LE GAMBE PER UN PERCORSO DI RIPRESA DELL'INIZIATIVA

Non è sufficiente avere delle idee chiare su cosa serve per non ritornare alla "normalità" malata ante Covid.

Il lavoro e i lavoratori vanno messi al centro anche con un nuovo Statuto dei Diritti dei Lavoratori per attualizzare ed estendere i diritti alle nuove forme dei rapporti di lavoro. Ma questo non può cadere dall'alto. Per esempio tra le ultime iniziative governative, pur dichiaratamente finalizzate a un potenziamento della medicina territoriale, si propongono (v. per esempio infermiere di quartiere) forme contrattuali precarie, e questo non è un buon viatico

per la indispensabile inversione di tendenza anche nel campo dell'intervento sulla salute della collettività che non è una questione "temporanea".

Sicuramente non può essere sufficiente la buona volontà (ove esistente), la preparazione e/o il numero dei tecnici perché la direzione non può essere invertita solo con l'approccio a soggetti tecnici "delegati" alla attuazione delle norme.

Se è necessario uno spostamento di risorse e quindi un incremento di organici negli organi di vigilanza tale condizione non è sufficiente per modificare la situazione anche nel caso, comunque necessario, in cui si provveda a una revisione della "aziendalizzazione" (e dimensione) delle ASL/ATS per renderle più "vicine" alle esigenze e alle richieste del territorio.

Più recentemente le proposte (v. ordinanza regione Lazio e Calabria) di vincolare gli operatori sanitari all'obbligo vaccinale pena la "inidoneità lavorativa" appaiono l'ultima forzatura contro i lavoratori che rovescia l'ordine e la direzione della prevenzione nella stessa "logica" per la quale la messa a disposizione di "idonei DPI" esonerebbe il datore di lavoro dal ridurre o eliminare i rischi come pure da responsabilità.

Fortunatamente questi tentativi sono stati bloccati sul nascere da sentenze dei rispettivi TAR (7).

Il ruolo dei servizi di prevenzione ASL e quindi l'efficacia di un loro rafforzamento, come indicato nella legge 833, ma soprattutto come emerso dai conflitti sociali che hanno portato a quella riforma, deve avere al centro la ricostruzione partecipata (anzi governata) dai lavoratori per la ricostruzione dei cicli produttivi e quindi delle bonifiche necessarie. Anche il ruolo di raccolta delle informazioni (epidemiologia dei rischi lavorativi) va rimessa al centro dell'azione dei servizi pubblici sia per definire una programmazione efficace degli interventi (attualizzazione delle "mappe di rischio") sia per fornire informazione ai lavoratori e agli altri soggetti sociali.

Esattamente la direzione opposta a quella della richiesta di "scudo penale" da parte delle imprese come pure dell'incremento di personale dell'Ispettorato Nazionale del

Lavoro (l'agenzia ministeriale che ha spostato dipendenti da INPS; INAIL e Ministero del Lavoro) per mantenere in vita una poco efficace attività ispettiva centralizzata.

La mobilitazione va di pari passi con "competenza". Sintetizzando con uno slogan del passato occorre tornare ai "rossi ed esperti" dove la conoscenza scientifica e la capacità di individuare obiettivi di prevenzione e modalità di attuazione devono fondersi con una rinnovata mobilitazione del movimento operaio. Su questo occorre un "ritorno al passato" basato sulla non delega dell'azione di base. Strumenti come gli RLS (e la normativa stessa) non sono né buoni né cattivi, come tutti gli strumenti dipendono dal loro utilizzo. Non è sufficiente una lista di buoni propositi ed obiettivi se il soggetto sociale non si attiva superando le difficoltà odierne (precarietà in primis). Un ruolo utile delle associazioni deve essere quello di insistere con l'informazione per far crescere la coscienza; come si affermava anni fa: "l'informazione è (già) prevenzione". Occorre pertanto, oltre alla individuazione di proposte, insistere ed estendere forme di informazione come opuscoli e altre forme comunicative fino ad approfondimenti che riguardino la vita dei lavoratori e forniscano loro strumenti di analisi e coscienza.

Altro tema discusso è come portare le nostre proposte a chi (i lavoratori) le può utilizzare per costruire vertenza. Occorre riuscire a distinguere i livelli locali e nazionale. In particolare a livello locale occorre essere disponibili a sostenere (anche tecnicamente con "sottogruppi" locali) le realtà autoorganizzate dei lavoratori (inclusi i sindacati di base) ricordando che le esperienze più recenti di lotte per il miglioramento delle condizioni contrattuali contengono tutte anche richieste relative alla salute nei luoghi di lavoro. Sempre a livello locale è stata posta in evidenza l'esperienza di cittadini-lavoratori (Codogno) che hanno costruito vertenze, appunto locali, nei confronti degli enti locali (sindaci) affinché si facessero carico non solo della tutela dei cittadini ma della corretta applicazione dei protocolli nelle aziende. Le aziende incidono sul territorio e vice-

versa.

A livello nazionale vi possono essere obiettivi quali modifiche e progetti di legge ma occorre sostenere nello stesso tempo le realtà locali. Probabilmente questo aspetto ha più difficoltà ad emergere sia perché la maggior parte delle realtà associative che partecipano al coordinamento sono di livello nazionale e perché, per le tante storie e delle diverse realtà solo una parte, come Medicina Democratica, sono tradizionalmente impegnate in ambito lavorativo e hanno nei propri obiettivi quelli di promuovere e sostenere movimenti di lotta per la salute nei luoghi di lavoro.

In ogni caso anche associazioni non tradizionalmente impegnate su questi temi, in una logica di rete e di coordinamento, possono favorire il contatto con realtà lavorative locali e ampliare la capacità di azione di tutti : di agire su più "fronti" in quanto parte dalla considerazione della unitarietà tra rischi e quindi l'opportunità di vertenze popolari unitarie riguardanti le condizioni di lavoro, di vita – che includono i servizi sociosanitari - e quelle ambientali). Si segnala, tra le altre, la necessità di sostegno tecnico nelle vertenze che si stanno aprendo per riconoscere le responsabilità aziendali nei casi di effetti permanenti di infortuni (anche riconosciuti) da Covid, in queste vertenze oltre al supporto medico-legale occorre riuscire a sostenere la inadeguatezza dell'applicazione di quelle "condizioni di sicurezza minime" contenute nei protocolli anticovid tra le parti sociali. Si potrebbe schematizzare che nel nodo locale ci si deve concentrare in azioni (costruendo e adattando metodologie utili per gli interessati) principalmente finalizzate alla difesa della salute dei lavoratori mentre a livello nazionale si discute su temi più legati a una cornice legale che favorisca tale impegno locale. L'obiettivo ottimale sarebbe quello di piattaforme locali convergenti nel metodo e nei contenuti rispetto agli obiettivi nazionali che il coordinamento saprà darsi.

Da ultimo occorre porre la questione della riduzione dell'orario di lavoro a parità di salario anche quale forma per ridurre disoccupazione e povertà, su questi ultimi temi, tenuto conto dell'arrivo dei finanzia-

menti di sostegno europei per destinarli a obiettivi di salute e ambientali ad elevata produzione di occupazione. Una grande opera è sicuramente quella delle bonifiche ambientali dei siti contaminati (nella maggior parte dei casi abbandonati da attività industriali "fuggite" dopo aver spremuto i lavoratori e sparso nocività) come pure della contaminazione diffusa, esempio tipico quello dell'amianto.

POSTFAZIONE (Dicembre 2020)

Nel mezzo della pandemia da Sars Cov2 alcune iniziative governative hanno tocca-



San Goberto con due confratelli torna dalla terra dei Pitti. da "Vita di San Goberto" dalla "Historia ecclesiastica gentis Anglorum" di Beda il Venerabile, ms. Yates Thompson 20, f. 26, XII sec. Miniatura Londra, British Library

to, in modo più o meno approfondito, i temi qui trattati ma, a nostro avviso, senza significative proposte adatte alla necessaria inversione di tendenza.

Un primo documento (8.06.2020) è certamente costituito dalle "Schede di Lavoro – Iniziative per il rilancio Italia 2020-2022" o "Piano Colao" il cui incipit (scheda n. 1) è significativo del resto : la proposta di "scudo penale": "Escludere il "contagio Covid-19" dalla responsabilità penale del datore di lavoro per le imprese non sanitarie e neutralizzare fiscalmente, in modo temporaneo, il costo di interventi organizzativi (ad es. turnazione, straordinari) conseguenti all'adozione dei protocolli di sicurezza e al recupero della produzione perduta per il fermo, per non penalizzare la competitività dell'impresa e i redditi dei lavoratori".

Per il resto del "Piano" sul tema sicurezza, vi è solo qualche accenno relativo a miglioramenti (come alla estensione) dello smart working compensati però da ulteriori

provvedimenti di “*semplificazione*” e di ampliamento del regime di “*silenzio-assenso*” per l’apertura di nuove attività come pure per decisioni in campo ambientale. Sul lavoro, emersione del lavoro nero, favorire l’inserimento lavorativo per le disabilità, sostegno dell’occupazione femminile, conciliazione dei tempi di vita/lavoro sono i titoli che hanno una qualche correlazione ma nulla di specifico. Il 6.08.2020 la Conferenza Stato-Regioni ha approvato il “nuovo” (2020-2025) Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) che ha un capitolo dedicato agli “*infortuni e incidenti* (sic ! ndr) *sul lavoro, malattie professionali*”. Il documento prende le mosse dall’andamento infortunistico a tutto il 2019 rilevando un leggero decremento del numero di infortuni denunciati ma incrementi significativi (intorno al 6 %) di quelli mortali, andamento che “*può trovare giustificazione nella precarietà del lavoro, nella mancanza di adeguate formazione per i lavoratori socialmente più deboli (giovani, stranieri), nell’invecchiamento della popolazione esposta al rischio*”, una vera e propria ammissione di colpa : l’estensione della precarietà del lavoro e l’innalzamento dell’età pensionistica producono morte sul lavoro. L’incremento delle denunce di malattie professionali (+ 2,6 %) invece viene principalmente ascritto all’emersione dei casi grazie a campagne di sensibilizzazione e miglioramenti normativi. Non sono le malattie che aumentano ma la “*copertura*” delle stesse con le prescritte denunce (aspetto su cui molti medici dovrebbero fare un esame di coscienza). Il Piano pone particolare attenzione a una serie di rischi “*trasversali*” alle diverse attività : “*età, precarietà del lavoro, scarso benessere organizzativo*”, “*il sovraccarico biomeccanico*” (movimenti ripetuti/movimentazione manuale dei carichi), “*la scarsa applicazione dei principi ergonomici nella progettazione di layout delle postazioni di lavoro e delle attrezzature di lavoro*” nonostante, anzi, in molti casi determinata dalla “*innovazione tecnologica*”. Cui si assommano, spesso con effetti sinergici, i rischi “*tradizionali*” determinanti infortuni mortali quali macchine e attrezzature non conformi (già a livello di immissione

sul mercato), lavori in quota e scavi, atmosfere esplosive, ambienti confinati o a rischio di asfissia. L’esposizione ad agenti chimici, biologici, cancerogeni (in primis ancora l’amianto) dominano la scena delle malattie professionali, secondo il PNP.

Cosa propone il Piano Nazionale della Prevenzione ? Tra le proposte principali : “*la promozione di un approccio di tipo proattivo da parte degli organi di vigilanza, indirizzando l’azione delle ASL verso il supporto del mondo del lavoro*”, i Piani Mirati di Prevenzione (“*modello territoriale partecipativo di assistenza e supporto*”) si confermano come strumenti “*in grado di organizzare in modo sinergico le attività di assistenza e di vigilanza alle imprese, per garantire trasparenza, equità e uniformità dell’azione pubblica e una maggiore consapevolezza da parte dei datori di lavoro dei rischi e delle conseguenze dovute al mancato rispetto delle norme di sicurezza, anche e soprattutto attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, dai lavoratori, ai loro rappresentanti, alle associazioni, altri enti ecc per una crescita globale della cultura della sicurezza*”. Apparentemente un messaggio di “*trascendenza*” per una “*vita migliore per tutti*”, aziende e lavoratori uniti in un unico obiettivo Nella pratica si chiede agli organi di vigilanza di mettere da parte la “*repressione*” (leggasi la ricerca e la punizione delle violazioni in materia di sicurezza sul lavoro anche prima che possano determinare infortuni o malattie professionali) in favore della “*consulenza*” per i datori di lavoro, per meglio dire “*applicare alle attività di controllo i principi dell’assistenza, dell’empowerment e dell’informazione e, ove necessario, azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell’impresa ... supportare le attività di prevenzione e controllo dei rischi (..) da parte degli organi di vigilanza, promuovendo approcci di tipo proattivi orientati a modelli di assistenza e supporto delle microimprese e piccole imprese*”. Un approccio che avrebbe un senso, mettendo però in primo piano i lavoratori rispetto alle imprese, e comunque ove si sovrapponga a una condizione di sostanziale ed esteso rispetto della normativa, ma

questa non è la realtà e queste dichiarazioni finiscono per essere una dolce cantilena per chi è abituato a scansare le normative e impegnato a farla franca

In questo modo finisce che l'unico possibile garante (con tutti i limiti ben conosciuti da decenni di giurisprudenza) finisce per essere l'autorità giudiziaria (i Pubblici Ministeri e le Procure) ma, quasi sempre, "post" dopo che l'infortunio o la malattia professionale ha già generato danni irreversibili per le vittime.

Il 16.09.2020 hanno visto la luce le "Linee guida per la definizione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza #Nextgenerationitalia" poi aggiornate il 6.12.2020 quale bozza programma con il quale accedere (anche) al "recovery fund" europeo. In queste linee guida si ricordano le priorità e le raccomandazioni del Consiglio Europeo che riguardano anche gli investimenti in campo sanitario per "rafforzare la resilienza e la capacità del sistema sanitario per quanto riguarda gli operatori sanitari, i prodotti medici essenziali e le infrastrutture". Un obiettivo che non tocca direttamente iniziative in tema di sicurezza/salute sul lavoro anche perché in quasi tutti i paesi dell'unione il tema non è "legato" alla sanità (ministero/strutture locali della sanità) ma usualmente sotto la competenza dei ministeri del lavoro. Potremmo vedere il bicchiere almeno in parte contenente qualcosa in quanto alle sei "missioni" si possono associare agevolmente interventi specifici sul tema sicurezza/salute nei luoghi di lavoro in quanto trasversali ai temi legati al sistema produttivo, alla "transizione ecologica", alla ricerca, alla equità sociale e, infine, alla "salute".

NOTE

1) "L'articolo 42, comma 2, del Decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 stabilisce che nei casi accertati di infezione da coronavirus (SARS-CoV-2) in occasione di lavoro, il medico certificatore redige il consueto certificato di infortunio e lo invia telematicamente all'Inail che assicura, ai sensi delle vigenti disposizioni, la relativa tutela dell'infortunato. Le prestazioni Inail nei casi accertati di infezioni da coronavirus in occasione di lavoro sono erogate anche per il periodo di quarantena o di permanenza domiciliare fiduciaria dell'infortunato con la conseguente asten-

L'aspettativa in tal senso viene però delusa dalla lettura dei due documenti : solo qualche accenno all'oramai "fatidico" smart working e al sacrosanto obiettivo della "qualità dell'impiego, il reddito e la stabilità occupazionale" che comprende la proposta di un salario minimo legale per i lavoratori a basso tasso di sindacalizzazione che non convince del tutto i movimenti e i sindacati.

Il documento del 6.12.2020 arriva anche a quantificare gli investimenti dall'insieme degli strumenti disponibili (8) sulla missione "salute" (9 miliardi), "l'assistenza di prossimità e telemedicina" (4,8 miliardi), "l'innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria" (4,2 miliardi), iniziative che, indirettamente, possono certo contribuire a migliorare le condizioni dei lavoratori in quanto cittadini ma nulla di specifico a meno da attendersi ulteriori e specifiche risorse dai discussi prestiti del MES, dedicati, appunto, alla sanità ma con un programma ancora tutto da definire come pure da valutare il peso sul bilancio pubblico, rispetto alla sicuramente preferibile ricerca di fondi "nazionali" (9). Che dire ? Che certamente non verrà da questa parte una significativa spinta per una inversione di tendenza a tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e neppure per favorire una ripresa di iniziativa da parte degli stessi. Le maniche dovremo, come sempre, rimboccarcele noi tutti.

Il testo e le relative note sono state assembleate da Marco Caldiroli – Presidente tempore di Medicina Democratica e Tecnico della Prevenzione

sione dal lavoro. (...) Nell'attuale situazione pandemica, l'ambito della tutela riguarda innanzitutto gli operatori sanitari esposti a un elevato rischio di contagio. A una condizione di elevato rischio di contagio possono essere ricondotte anche altre attività lavorative che comportano il costante contatto con il pubblico/l'utenza. In via esemplificativa, ma non esaustiva, si indicano: lavoratori che operano in front-office, alla cassa, addetti alle vendite/banconisti, personale non sanitario operante all'interno degli ospedali con mansioni tecniche, di supporto, di pulizie, operatori del trasporto infermi, etc. Le

predette categorie non esauriscono, però, l'ambito di intervento in quanto residuano casi, anch'essi meritevoli di tutela. " INAIL ottobre 2020.

2) "Sono ammessi a tutela tutte le altre categorie di lavoratori che esercitano attività, mansioni e compiti diversi anche per le modalità stesse di espletamento. Per questo amplissimo raggruppamento di lavoratori, non potendosi far valere la presunzione di origine professionale, l'assunzione in tutela seguirà al positivo accertamento medico-legale. Quest'ultimo sarà ispirato all'ordinaria procedura medico-legale, privilegiando gli elementi: epidemiologico, clinico, anamnestico e circostanziale" INAIL Aprile 2020.

3) Cui si è aggiunto negli ultimi due anni la beffa dell'obbligo di iscrizione dei tecnici della prevenzione pubblici (a proprie spese non rimborsate dagli enti) al nuovo ordine delle professioni sanitarie (TSRM), obbligo immotivato per i dipendenti pubblici che non possono (giustamente) svolgere attività professionale di consulenza e quindi l'obbligo di iscrizione è solo un balzello aggiuntivo per continuare a lavorare negli enti pubblici.

4) Art. 2105 del codice civile : "Il prestatore di lavoro non deve trattare affari, per conto proprio o di terzi, in concorrenza con l'imprenditore, né divulgare notizie attinenti all'organizzazione e ai metodi di produzione dell'impresa, o farne uso in modo da poter recare ad essa pregiudizio." Dpr 62/2013 (Codice dei dipendenti pubblici) "Salvo il diritto di esprimere valutazioni e diffondere informazioni a tutela dei diritti sindacali, il dipendente si astiene da dichiarazioni pubbliche offensive nei confronti dell'amministrazione" ... "La violazione degli obblighi previsti dal presente Codice integra comportamenti contrari ai doveri d'ufficio. Ferme restando le ipotesi in cui la violazione delle disposizioni contenute nel presente Codice, nonché dei doveri e degli obblighi previsti dal piano di prevenzione della corruzione, da luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile del pubblico dipendente, essa è fonte di responsabilità disciplinare accertata all'esito del procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni".

5) Art. 21 della Costituzione : "Tutti hanno diritto di manifestare liberamente il proprio pensiero con la parola, lo scritto e ogni altro mezzo di diffusione (...)" da leggere – per i temi in trattazione – sempre assieme all'art. 41 : "L'iniziativa economica privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana. La legge determina i programmi e i con-

trolli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali". Art. 1 dello Statuto dei Diritti dei Lavoratori "I lavoratori, senza distinzione di opinioni politiche, sindacali e di fede religiosa, hanno diritto, nei luoghi dove prestano la loro opera, di manifestare liberamente il proprio pensiero, nel rispetto dei principi della Costituzione e delle norme della presente legge", da leggere assieme all'art. 9 "I lavoratori, mediante loro rappresentanze, hanno diritto di controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di promuovere la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di tutte le misure idonee a tutelare la loro salute e la loro integrità fisica."

6) "L'art. 54 bis del d.lgs. 165/2001, come novellato dall'art. 1 comma 51 della L. n 190/2012, prevede specificamente il divieto di discriminazione nei confronti del c.d. whistleblower, ovvero del dipendente che segnala illeciti o comportamenti meritevoli di considerazione, all'interno dell'ATS, assicurando che la denuncia sia sottratta al diritto di accesso. L'anonimato del dipendente che segnala illeciti, viene garantito, al fine di evitare che lo stesso ometta di effettuare segnalazioni per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli, fatte salve disposizioni di legge speciale in materia penale, tributaria o amministrativa. Il Codice di comportamento individua specificamente quale misura discriminatoria ogni forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili avviate nei confronti del dipendente che ha effettuato segnalazioni. Di conseguenza, il dipendente che riferisce al proprio superiore gerarchico condotte che presume illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può quindi essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia." (il testo è ripreso da un piano anticorruzione di un ente pubblico)

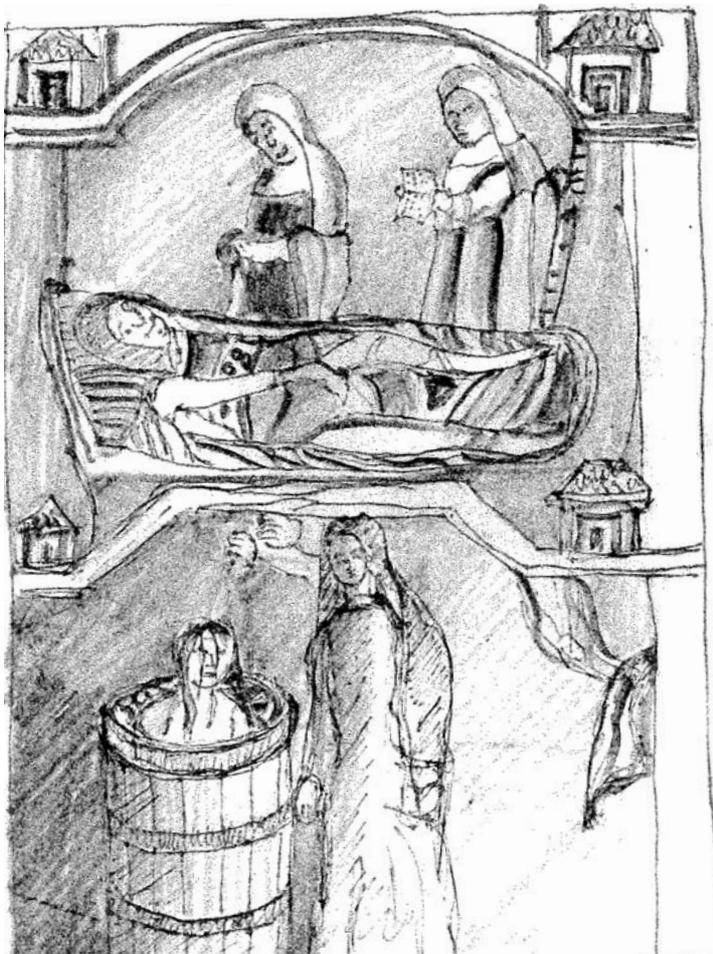
7) Sentenza TAR Calabria del 17.09.2020 "Il Tribunale intendere premettere, anticipando sin d'ora quanto si svilupperà meglio ai §§ che seguono, che risulta fondato il primo motivo di ricorso, in quanto i trattamenti sanitari obbligatori, quale l'obbligo di vaccinazione antinfluenzale, sono coperti da riserva di legge statale, alla stregua dell'art. 32, comma 2 Cost., letto in combinazione con l'art. 3 Cost. e l'art. 117, comma 3 Cost.. Ciò comporta l'accoglimento del ricorso, sebbene riconoscendo che il vizio riscontrato determina l'annullabilità e non la nullità dell'ordinanza impugnata. Ma ciò comporta altresì che questo giudice amministrativo, data la natu-

ra assorbente del vizio riscontrato, si asterrà dall'esaminare i successivi motivi di ricorso. In particolare, deve essere sottolineato come non verrà esaminato l'ultimo motivo di ricorso, con cui si contesta la logicità e la ragionevolezza dell'imposizione dell'obbligo vaccinale, e più in generale si contesta l'efficacia del vaccino antinfluenzale. All'accoglimento dell'odierno ricorso, dunque, non potrà essere ricondotto alcun significato diverso dall'affermazione che non spetta alle Regioni, ma eventualmente solo allo Stato, l'imposizione di un qualsivoglia obbligo vaccinale. - Invero, è noto che l'art. 32, comma 2 stabilisce che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge." Come si vede la sentenza non è entrata nel merito degli aspetti di contrasto con la normativa di sicurezza (né erano tra i motivi di ricorso dei ricorrenti, l'associazione

dei medici AMPAS) ma ha chiarito che la competenza per emettere ordinanze costrittive del genere sono in contrasto con il nostro ordinamento che attribuisce allo Stato il potere di tali decisioni. Un "colpetto" anche alle pretese dell'autonomia differenziata perchè ordinanze del genere costituiscono un argine all'arrogante pretesa delle singole regioni di fare di testa propria su temi che interessano tutti i cittadini.

8) Per l'Italia complessivamente 191,4 miliardi di euro dal "Recovery and Resilience Facility" 2021-2026 (63,8 miliardi di sovvenzioni e 127,6 miliardi di prestiti) cui si aggiungono altri 17,2 miliardi di altri fondi inclusi nel NGEU (Next Generation EU).

9) Sull'argomento basti rinviare alle proposte alternative di "Sbilanciamoci": <https://sbilanciamoci.info/la-controfinanziaria-2021-di-sbilanciamoci/>



Santa Redegonda
cura una donna
con i bagni e
le bende.
da "Vita di
Santa Redegonda",
ms. 250 XI sec.
Miniatura,
Poitiers.
Biblioteque
Municipale