

COVID-19, SICUREZZA SUL LAVORO E RESPONSABILITÀ

**MONITORAGGIO E IMPLEMENTAZIONE
DI “PROTOCOLLI INTEGRATI ANTI-CONTAGIO”
NELLA PROVINCIA DI MODENA
 (“PROTCOVID”)**

Progetto di Ricerca Interdisciplinare *Mission Oriented*
Fondo di Ateneo per la Ricerca

a cura di
L. Foffani, L. Lodi, M.F. Carriero

Mucchi Editore

COVID-19, SICUREZZA SUL LAVORO E RESPONSABILITÀ

**MONITORAGGIO E IMPLEMENTAZIONE
DI “PROTOCOLLI INTEGRATI ANTI-CONTAGIO”
NELLA PROVINCIA DI MODENA
 (“PROTCOVID”)**

Progetto di Ricerca Interdisciplinare *Mission Oriented*
Fondo di Ateneo per la Ricerca

a cura di
L. Foffani, L. Lodi, M.F. Carriero

Mucchi editore

isbn 978-88-7000-928-6

© STEM Mucchi Editore - 2022

41122 - Modena - Via Jugoslavia, 14

info@mucchieditore.it www.mucchieditore.it facebook.com/mucchieditore

twitter.com/mucchieditore instagram.com/mucchi_editore



Creative Commons (CC BY-NC-ND 3.0 IT)

Consentite la consultazione e la condivisione. Vietate la vendita e la modifica.

Versione pdf open access al sito www.mucchieditore.it/

Progetto grafico e impaginazione STEM Mucchi (MO)

Pubblicato in Modena nel mese di giugno del 2022

Indice

Introduzione (L. Foffani)	5
--	---

Sezione Prima. *Analisi della normativa emergenziale*

1. La decretazione d'urgenza e i c.d. "Protocolli Anti-contagio" (M.F. Carriero).....	11
--	----

Sezione Seconda. *Gli esiti della ricerca*

Parte I

1. Premessa sull'indagine svolta (L. Foffani, L. Lodi, M.F. Carriero).....	37
2. Analisi dei risultati del questionario rivolto ai Datori di lavoro (M.F. Carriero).....	41
3. Analisi dei risultati del questionario rivolto ai Responsabili del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) e Consulenti (L. Lodi).....	77
4. Analisi dei risultati del questionario rivolto ai Medici Competenti (M.F. Carriero).....	87
5. Analisi dei risultati del questionario rivolto ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) (L. Lodi).....	107
6. Conclusioni (L. Lodi).....	135

Parte II

1. Questionario per Responsabili Residenze per Anziani (A.L. Santunione, E. Silingardi)	143
--	-----

Sezione Terza. *Relazioni del Convegno del 28 aprile 2022*

Parte I – Diritto del lavoro

1. Il sistema di prevenzione aziendale a seguito del Covid-19 (P. Pascucci)	175
2. Il nuovo ruolo del sindacato nella gestione della sicurezza (pre- e post-Covid) (A. Tampieri)	185

3. L'esperienza francese
(R. Dalmasso)..... 195
4. Osservatorio sindacale sull'applicazione dei protocolli
e ruolo del RLS
(A.M. Righi)..... 201

Parte II – Diritto penale e responsabilità

1. La gestione del “rischio Covid-19”. Profili penalistici
(R. Blaiotta)..... 205
2. La colpa datoriale per l'infezione da Covid-19: l'art. 29-*bis*
quale “guida ragionevole” dell'interpretazione giurisprudenziale
(C. Cupelli)..... 211
3. L'esperienza spagnola
(A. Cardona Barber)..... 223

Parte III – Diritto, Organizzazione e Psicologia del lavoro

1. Salute e sicurezza dei lavoratori agili: lezioni dalla pandemia
(C. Spinelli)..... 231
2. Il diritto alla disconnessione dopo il protocollo 7 dicembre 2021
(A. Allamprese)..... 241
3. Aspetti organizzativi del lavoro agile e annesse criticità
(M. Neri, M. Rinaldini) 249
4. L'impatto psicologico della pandemia nelle relazioni di lavoro
(E. Casoli) 257

Parte IV – Medicina e Diritto

1. Spunti di riflessione sulla legittimità dell'obbligo di vaccinazione contro il virus SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro, tra presente e futuro
(G. Pellacani) 267
2. La sperimentazione clinica su farmaco in Italia.
Legislazione vigente e futura
(E. Serafini) 297
3. Il ruolo del medico competente nei protocolli Covid
e aspetti di sorveglianza sanitaria
(S. Barbanti) 303

Introduzione

Nell'emergenza della pandemia Covid-19, la necessità su scala europea di bilanciare il diritto alla salute, le libertà economiche e il *welfare* sociale deve ancora essere pienamente soddisfatta. Come noto, al fine di garantire che gli enti pubblici e privati svolgano le proprie attività implementando misure idonee a prevenire la malattia Covid-19, sono stati adottati in Italia **protocolli nazionali** e **aziendali** finalizzati a salvaguardare la sicurezza sui luoghi di lavoro e a limitare la diffusione del “*Nuovo Coronavirus*”. Tali protocolli svolgono il fondamentale ruolo di prevenire e gestire il contagio da Sars-CoV-2, ma non impongono né raccomandano l'adozione di misure preventive (o precauzionali) avendo riguardo ad altre possibili pandemie che potrebbero irrompere in futuro.

Lo scopo del progetto di ricerca “*Covid-19, sicurezza sul lavoro e responsabilità. Monitoraggio e implementazione di protocolli integrati anti-contagio nella Provincia di Modena*” (abbreviato in “*PROTOCOVID*”) – cui partecipano i Dipartimenti di Giurisprudenza, di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze e di Comunicazione ed Economia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia – è duplice.

Il primo è quello di condividere con gli enti locali, pubblici e privati, i dati di un “*osservatorio*” a carattere multidisciplinare. In questo contesto si inseriscono una serie di **questionari** che sono stati appositamente confezionati e diffusi, da parte del Gruppo di Ricerca, a varie realtà aziendali della provincia modenese e che hanno avuto come principali destinatari Datori di lavoro, i Responsabili del Servizio di Protezione e Prevenzione (RSPP), Medici competenti, nonché infine i Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS). Tali questionari hanno fornito dati empirici essenziali sulla cui base sono stati poi analizzati i punti di forza e le criticità dello stato dell'arte della prevenzione dei contagi da Covid-19 nei luoghi di lavoro. Il secondo obiettivo è quello di incrementare la conoscenza e la consapevolezza dell'importanza di adottare, in eventuali future pandemie, programmi preventivi e precauzionali di gestione del rischio più all'avanguardia rispetto a quelli elaborati e sperimentati finora.

Nella **prima sezione** del presente elaborato ci si sofferma sull'analisi della Normativa Emergenziale e, in particolar modo, sugli aspetti salienti del Protocollo d'Intesa del 14 marzo 2020 (sottoscritto il 24 aprile 2020) tra il Governo e le parti sociali, introdotto nell'ordinamento in allegato al d.P.C.M. del 26 aprile 2020, e da ultimo aggiornato il 6 aprile 2021. Conclusa una panoramica sul quadro normativo, verranno analizzate la "*struttura*" e le "*funzioni*" delle disposizioni contenute nei vari Protocolli Anti-contagio. Un paragrafo sarà, altresì, dedicato al delicato problema concernente l'aggiornamento del documento di valutazione dei rischi (D.V.R.).

La **seconda sezione** sarà interamente dedicata alla esposizione dei risultati della ricerca¹. L'analisi dei dati in forma aggregata ha permesso di realizzare importanti riflessioni, alcune delle quali si propongono lo scopo di avanzare azioni di miglioramento per fronteggiare eventuali e future pandemie in modo organizzato e strutturato. A fronte dell'emergenza sanitaria appare, infatti, sempre più nitida la necessità di creare misure "*chiare*", "*efficaci*" e "*comprensibili*" da parte tanto dei cittadini, quanto dei vari attori della sicurezza (Datori di Lavoro, RSPP, Medico competente, ecc.). Una parte di tale sezione è, peraltro, dedicata a riflessioni igienico-sanitarie. È stato, infatti, somministrato uno speciale questionario elaborato da Medici Legali del Dipartimento di Scienze biomediche ad alcune Strutture Residenziali per Anziani della Provincia di Modena.

La **terza sezione**, infine, è destinata a raccogliere gli atti del convegno che si è tenuto il **28 aprile 2022** presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia². In particolare, si è pensato di suddividere la giornata di lavoro in quattro macro sessioni: Diritto del Lavoro; Diritto penale e responsabilità; Diritto, Organizzazione e psicologia del lavoro; Medicina e Diritto. In tale

¹ Si informa che i grafici disponibili possono aver subito qualche arrotondamento delle percentuali in base al sistema automatico di produzione dei grafici stessi con valori ad un solo decimale dopo la virgola, ma i risultati in numero assoluto si confermano puntuali; inoltre, nei casi di risposta multipla le percentuali sono state omesse perché ogni intervistato può aver fornito più risposte.

² La registrazione delle relazioni è resa disponibile a chiunque ne faccia richiesta all'indirizzo: protocovid@unimore.it.

Introduzione

sezione sono, dunque, rinvenibili le relazioni che si sono tenute durante questo importante evento, cui hanno partecipato diversi professionisti ed esperti del settore della “*sicurezza sul lavoro*” quali, ad esempio, professori universitari (sia italiani, che stranieri), magistrati, medici del lavoro, rappresentanti sindacali, sociologi, statistici e psicologi.

L. Foffani

SEZIONE PRIMA

Analisi della normativa emergenziale

1. La decretazione d'urgenza e i c.d. “Protocolli Anti-contagio”

(M.F. CARRIERO)

1. Breve premessa

Il periodo di Emergenza Sanitaria “*Covid-19*” – il cui nome deriva dalla patologia trasmissibile dal “*Nuovo Coronavirus*” (*SARS-CoV-2*, inizialmente denominato *2019-nCoV*) – ha necessitato dell’adozione di una serie di misure eccezionali e/o straordinarie ai fini della prevenzione, nonché della gestione del rischio di contagio¹.

Volendo tentare di ripercorrere i principali passaggi che hanno condotto allo scenario attuale, si può certamente partire dal 25 gennaio 2020, giorno in cui il Ministro della Salute ha, per la prima volta, previsto la necessità di attuare “*misure profilattiche contro il nuovo Coronavirus (2019-nCoV)*”. Il 31 gennaio il Consiglio dei Ministri ha conseguentemente deliberato lo Stato di Emergenza in ragione “*del rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili*”². A partire da fine gennaio si osserverà, quindi, un costante intervento da parte tanto del Governo (che è variamente intervenuto), quanto del Presidente del Consiglio dei Ministri (che ha, per lo più, utilizzato lo strumento del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri – d.P.C.M.). Hanno assunto un ruolo certamente chiave anche il Capo Dipartimento della Protezione Civile (a cui è stato affidato il coordinamento degli

¹ L’elenco delle varie disposizioni normative e regolamentari è attualmente consultabile alla pagina web “*Coronavirus, la normativa vigente*” sul sito del Governo italiano: <https://www.governo.it/it/coronavirus-normativa>.

² Lo stato di emergenza è stato successivamente prorogato con i seguenti provvedimenti: d.l. del 29 luglio 2020 (fino al 15 ottobre 2020); delibera del Presidente del Consiglio dei Ministri del 7 ottobre 2020 (fino al 31 gennaio 2021); d.l. del 14 gennaio 2021 (fino al 30 aprile 2021); d.l. del 22 aprile 2021 (fino al 31 luglio 2021); d.l. del 23 luglio 2021 n. 105 (fino al 31 gennaio 2021). Il 15 dicembre 2021 è stata poi disposta la proroga fino al 31 marzo 2022 e con d.l. n. 24 del 24 marzo 2022 si è previsto il termine dello Stato di Emergenza.

interventi necessari a fronteggiare l'emergenza sul territorio nazionale) e il Commissario straordinario per l'emergenza Covid-19³.

Soprattutto durante la c.d. "prima fase" della pandemia, la necessità di ridurre, per quanto possibile, la diffusione del virus su scala nazionale ha condotto all'adozione, da parte degli Enti Centrali, di una serie di testi normativi con il fine ultimo di giustificare l'imposizione delle varie misure di contenimento. Tali misure miravano, per la maggior parte, alla chiusura e/o sospensione di una serie di attività e anche alla diminuzione della circolazione della popolazione; ciò evidentemente allo scopo di ridurre il rischio di diffusione del virus e, quindi, di contagio⁴.

³ È bene ricordare che la disciplina originariamente contenuta nella l. n. 225 del 1992 (concernente l'Istituzione del Servizio nazionale della Protezione civile) è stata riordinata ed è confluita nel d.lgs. n. 1 del 2018 (c.d. Codice della Protezione civile) che prevede un particolare potere del Governo di dichiarare lo Stato di Emergenza "per una durata massima di dodici mesi prorogabile per non più di ulteriori dodici mesi" (cfr. art. 24, co. 3) laddove si verifichino gli eventi contemplati dall'art. 7, lett. c) ("emergenze di rilievo nazionale connesse con eventi calamitosi di origine naturale o derivanti dall'attività dell'uomo che in ragione della loro intensità o estensione debbono, con immediatezza d'intervento, essere fronteggiate con mezzi e poteri straordinari da impiegare durante limitati e predefiniti periodi di tempo ai sensi dell'articolo 24"). Più in particolare, l'art. 24 prevede che "[a] verificarsi degli eventi che, a seguito di una valutazione speditiva svolta dal Dipartimento della protezione civile sulla base dei dati e delle informazioni disponibili e in raccordo con le Regioni e Province autonome interessate, presentano i requisiti di cui all'articolo 7, comma 1, lettera c), ovvero nella loro imminenza, il Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, formulata anche su richiesta del Presidente della Regione o Provincia autonoma interessata e comunque acquisitane l'intesa, delibera lo stato d'emergenza di rilievo nazionale, fissandone la durata e determinandone l'estensione territoriale con riferimento alla natura e alla qualità degli eventi e autorizza l'emanazione delle ordinanze di protezione civile di cui all'articolo 25". In generale, sul punto v. <https://www.protezionecivile.gov.it/it/dipartimento/amministrazione-trasparente/provvedimenti-normativi> (per le sole ordinanze del periodo emergenziale, selezionare "Coronavirus 2020").

⁴ Nel periodo imposto di "Ramadan da affetti e vizi", si è infatti deciso di prescrivere una serie di precetti che a tratti seguivano la logica del "diritto penale della mera (dis-)obbedienza" e che, non a caso, sono stati definiti, da autorevole dottrina, come "Gebote, hart, doch hoffnungserweckend (comandi, duri, ma che danno speranza)" (così: D. PULITANO, *Lezioni dell'emergenza e riflessioni sul dopo. Su diritto e giustizia penale*, in www.sistemapenale.it). Questo, d'altronde, non deve stupire dal momento che, soprattutto durante la prima fase, governava una logica precauzionale. Sul tema v. D. CASTRONUOVO, *Principio di precauzione e beni legati alla sicurezza. La logica precauzionale come fattore espansivo del "penale" nella giurisprudenza della Cassazione*, in www.penalecontemporaneo.it. In un'ottica più generale sul tema v. M. DONINI, *Modelli di illecito penale minore. Contribu-*

In tale quadro, è opportuno segnalare il d.l. 23 febbraio 2020, n. 6 (convertito con modificazioni dalla l. 5 marzo 2020, n. 13) e il successivo d.l. 25 marzo 2020, n. 19 (convertito con modificazioni dalla l. 22 maggio 2020, n. 35) i quali, pur seguendo un approccio profondamente diverso, hanno costituito, per un lasso di tempo più o meno considerevole, l'architettura della disciplina d'emergenza⁵.

Il d.l. n. 6 del 2020 demandava, nella sostanza, ai successivi Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri il compito di introdurre le misure di contenimento e di gestione dell'emergenza. Più nel dettaglio, nell'art. 1 co. 2 del d.l. si prevedeva l'elenco delle misure che potevano essere adottate nei *“comuni o nelle aree nei quali risulta positiva almeno una persona per la quale non si conosce la fonte di trasmissione o comunque nei quali vi è un caso non riconducibile ad una persona proveniente da un'area già interessata dal contagio del menzionato virus”* (art. 1 co. 1). In questo modo, di fatto, si realizzava una distinzione tra zone ad *“alto”* e *“basso”* pericolo di contagio, prevedendo la possibilità di applicare tali misure solo in relazione alla prime.

L'art. 2 del summenzionato d.l. disponeva, invece, che *“[l]e autorità competenti possono adottare ulteriori misure di contenimento e gestione dell'emergenza, al fine di prevenire la diffusione dell'epidemia da COVID-19 anche fuori dai casi di cui all'articolo 1, comma 1”*. La locuzione *“fuori dai casi”* venne intesa secondo una duplice accezione: da un lato, si concedeva la possibilità di introdurre misure ulteriori e diverse quanto al *“contenuto”* da quelle previste *ex art. 1, co. 2*; dall'altro, tramite tale dispo-

to alla riforma dei reati di pericolo contro la salute pubblica, in La riforma dei reati contro la salute pubblica. Sicurezza del lavoro, sicurezza alimentare, sicurezza del prodotto, a cura di Donini, Castronuovo, Padova, 2007.

⁵ Invero, il d.l. n. 19 del 2020 è servito per riordinare l'intricato quadro normativo e sanzionatorio predisposto dal precedente d.l. n. 6 del 2020. Oltre che ai testi citati, si possono ricordare, a titolo meramente esemplificativo, il d.l. n. 33 del 16.05.2020, il d.l. n. 15 del 23.02.2021 e il d.l. n. 52 del 22.04.2021. Tutti comunque rinviano al d.l. n. 19 del 2020 sotto il profilo sanzionatorio che, come si vedrà, è disciplinato *ex art. 4*. D'altronde, il medesimo rinvio all'art. 4 d.l. n. 19 del 2020 è previsto anche all'interno dell'art. 11 del d.l. n. 24 del 24.03.2022 (*Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza*), che ha modificato l'impianto sanzionatorio previsto dal d.l. n. 52 del 22.04.2021.

sizione si legittimava, altresì, l'opportunità di intervenire in relazione a zone del Paese diverse da quelle previste *ex art. 1, co. 1*⁶.

A completare il quadro, a tali disposizioni si aggiungeva l'art. 3, co. 4 in cui si prevedeva che *“salvo che il fatto non costituisca più grave reato, il mancato rispetto delle misure di contenimento di cui al presente decreto è punito ai sensi dell'articolo 650 del codice penale”*. Sicché, in caso di inosservanza delle misure di contenimento (sia di quelle contenute nei vari dd.P.C.M. che potevano intervenire in attuazione di quanto previsto *ex art. 2*, che di quelle adottate in base all'art. 1) si sarebbe dovuto applicare l'art. 650 c.p., fatta salva ovviamente la possibilità di integrare fatti di reato più gravi⁷.

La situazione è però, nettamente cambiata con il d.l. n. 19 del 2020. Tramite esso si è, infatti, non solo predeterminato il *“contenuto”* delle misure di contenimento (art. 1, co. 2, lett. a) e ss.), ma altresì precisato che queste potevano essere adottate *“secondo principi di adeguatezza e proporzionalità al rischio effettivamente presente su specifiche parti del territorio nazionale ovvero sulla totalità di esso”* (art. 1, co. 2). Si è, in questa maniera, giunti alla formulazione di un elenco di ventinove diverse tipologie di misure, con conseguente venir meno della precedente *“clausola in bianco”* prevista nell'art. 2 del d.l. n. 6 del 2020. Ciò ha determinato l'impossibilità di introdurre prescrizioni diverse e ulteriori rispetto a quelle espressamente previste all'interno del d.l. n. 19 del 2020, con conseguente rispetto della *“riserva di legge”* che la Costituzione prevede come condizione posta a garanzia della limitazione dell'esercizio di alcune libertà fondamentali (quali, ad esempio, la libertà di circolazione, di iniziativa economica, ecc.).

I principi di proporzione e adeguatezza sono stati, peraltro, richiamati anche all'interno dell'art. 2 del medesimo d.l. che, a sua volta, prevedeva che le misure di cui all'art. 1 potessero essere adottate con *“uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri”*, dopo avere sentito

⁶ Alla luce di questa disamina, si comprende il ruolo certamente centrale assunto dai vari dd.P.C.M. che si sono susseguiti nel corso del tempo al fine talvolta di *“determinare”* e altre di *“rendere attuative”* le varie misure di contenimento.

⁷ Si è, però, trattato di una norma con vita breve, considerando i ben noti profili di incompatibilità con il principio di riserva di legge. Per un *excursus* maggiormente dettagliato v. C. CUPELLI, *Il diritto penale alla prova dell'emergenza covid-19: nuove esigenze di tutela e profili sanzionatori*, in *Cass. Pen.*, 2020, 2209 ss.

il “*comitato tecnico-scientifico competente ad esprimersi sui profili tecnico-scientifici e a dare un parere di adeguatezza e proporzionalità*”.

L'art. 3, co. 4, del precedente d.l. n. 6 del 2020 è stato, invece, sostituito dall'art. 4 del d.l. n. 19 del 2020. Si è così introdotta una disposizione a più norme con un duplice sistema sanzionatorio: se da un lato, essa infatti ricollega alla violazione di certe misure di contenimento una sanzione amministrativa (“*del pagamento di una somma da euro 400 a euro 3.000*” ex co. 1); dall'altro dispone, al co. 6, che alla violazione della misura di contenimento indicata dall'art. 1, co. 2, lett. e) (“*soggetto sottoposto a quarantena sanitaria*”) corrisponda l'applicazione dell'art. 260 del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 (Testo unico delle leggi sanitarie), salvo però che il fatto costituisca violazione dell'art. 452 c.p. (Delitto contro la salute pubblica) o comunque un più grave reato⁸.

L'ingresso nella c.d. “*seconda fase*” ha, progressivamente, determinato la ripresa delle attività lavorative e produttive, con conseguente abbandono della logica che ispirava i precedenti testi normativi che si è visto come fossero volti alla quasi totale sospensione e/o chiusura delle attivi-

⁸ In questa maniera si sono, di fatto, introdotte due clausole di sussidiarietà: una “determinata” (rinvio all'art. 452 c.p.) e l'altra “relativamente indeterminata” (in relazione a reati “più gravi” non meglio definiti). Sull'importanza dell'impianto sanzionatorio di questa norma (per la cui descrizione si utilizza, non a caso, il verbo al presente) v. n. 5. In tale quadro, ai nostri fini, si deve prestare particolare attenzione a quanto ci deriva dal combinato disposto dall'art. 1, co. 2, lett. z) (che prevede la “limitazione o sospensione di altre attività d'impresa o professionali, anche ove comportanti l'esercizio di pubbliche funzioni, nonché di lavoro autonomo, con possibilità di esclusione dei servizi di pubblica necessità previa assunzione di **protocolli di sicurezza anti-contagio** e, laddove non sia possibile rispettare la distanza di sicurezza interpersonale predeterminata e adeguata a prevenire o ridurre il rischio di contagio come principale misura di contenimento, con adozione di adeguati strumenti di protezione individuale”), con l'art. 4 co. 1 (che prevede nel caso di “mancato rispetto delle misure di contenimento di cui all'articolo 1, comma 2”, l'applicazione di una sanzione “da euro 400 a euro 3.000”) e co. 2 del medesimo articolo che dispone “[n]ei casi di cui all'articolo 1, comma 2, lettere i), m), p), u), v), z) e aa), si applica altresì la sanzione amministrativa accessoria della chiusura dell'esercizio o dell'attività da 5 a 30 giorni” [grassetti aggiunti]. Particolarmente rilevante è, inoltre, il co. 8 del medesimo articolo in cui si prevede che “Le disposizioni del presente articolo che sostituiscono sanzioni penali con sanzioni amministrative si applicano **anche alle violazioni commesse anteriormente** alla data di entrata in vigore del presente decreto, ma in tali casi le sanzioni amministrative sono applicate nella misura minima ridotta alla metà. Si applicano in quanto compatibili le disposizioni degli articoli 101 e 102 del decreto legislativo 30 dicembre 1999, n. 507” [grassetti aggiunti].

tà. Si sono, così, ripensate le varie misure di contenimento in un'ottica diretta non più ad eliminare del tutto le occasioni di potenziale contagio impedendo (*recte*: vietando) la possibilità di entrare in contatto con potenziali “*untori*”, bensì a ridurre, per quanto possibile, la diffusione del virus sulla base di una serie di accorgimenti e, appunto, di misure anti-contagio (es. distanziamento sociale, utilizzo di mascherine, pulizia costante delle mani tramite gel disinfettante a base d'alcol, ecc.).

Quanto al mondo lavorativo, la progressiva riapertura delle varie attività d'impresa ha certamente portato con sé anche la preoccupazione che i vari Datori di lavoro (e, in generale, i soggetti responsabili di assicurare la sicurezza nei luoghi di lavoro) non fossero, come tali, in grado di garantire un ambiente sano e sicuro per la salute psico-fisica dei lavoratori in relazione ad un rischio “*ubiquitario*” e “*invisibile*” qual è, appunto, quello di contagio da Covid-19. Preoccupazione, di fatto, accentuata dalla previsione di cui all'art. 42, co. 2 del d.l. 17 marzo del 2020 n. 18 (convertito con modificazioni dalla l. 24 aprile 2020, n. 27) che ha disposto – invero a fini meramente assicurativi – l'equiparazione dei casi accertati di “*infezione da coronavirus in occasione di lavoro*” a quelli di “*infortunio sul lavoro*”.

Ciò posto, una volta tratteggiato per sommi capi il quadro normativo emergenziale riguardante la “*prima fase*”, ad accennato a quelle che erano le principali preoccupazioni del mondo datoriale in relazione alla “*seconda fase*”, si ritiene opportuno analizzare, più da vicino, gli interventi che si sono avuti in materia di sicurezza sul lavoro. Questo anche al fine di comprendere il ruolo e la funzione che, in un siffatto contesto, hanno svolto i c.d. Protocolli Anti-contagio che sono oggetto della presente ricerca.

2. I c.d. “Protocolli Anti-contagio”

La progressiva diffusione del virus *SARS-CoV-2* ha inciso non solo sulla quotidianità dei cittadini di tutto il mondo, ma anche sull'organizzazione dell'impresa e del lavoro.

In particolare, tra le varie disposizioni emergenziali è emersa, all'interno dell'articolato del d.l. n. 18 del 17.3.2020 (c.d. decreto “*Cura Italia*”, convertito nella legge n. 27 del 24.4.2020), una norma (l'art. 42, co. 2) con cui, come si è già accettato, si sono assimilati – invero a fini mera-

mente assicurativi – i casi accertati di “*infezione da coronavirus in occasione di lavoro*” ai casi di “*infortunio sul lavoro*”. Tale esplicita omologazione ha scatenato un generale allarmismo nel mondo datoriale: ha, infatti, iniziato a diffondersi il timore di una facile equazione tra “*malattia da Covid-19 = infortunio sul lavoro = responsabilità penale del datore di lavoro*”¹⁰. Questa avrebbe senz’altro condotto a scenari responsabilizzanti e poco garantistici, lasciando esigue possibilità di difendersi ai datori di lavoro a livello giudiziario. Il tutto considerando anche tanto le caratteristiche del virus, quanto le peculiarità del c.d. “*rischio di infezione da Covid-19*”: si tratta, infatti, di un rischio non solo “*esogeno*”, ma anche “*ubiquitario*”, e di cui tanto il datore di lavoro, quanto gli altri garanti della sicurezza, avevano (e, in effetti, ancora hanno) conoscenze scientifiche ridotte; ciò, proprio in ragione della “*nebulosa cognitiva*”¹¹ che, in generale, circonda il mondo scientifico quanto al nuovo coronavirus.

⁹ Più precisamente l’art. 42 del d.l. 17 marzo 2020, n. 18, prevede “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 astensione dal lavoro”. In riferimento alla equiparazione tra causa virulenta e causa violenta, nella dottrina lavoristica, cfr. E.E. BOCCAFUMI, M. FATIGATO, *Covid-19 e infortuni sul lavoro: l’equiparazione tra causa violenta e causa virulenta nelle malattie professionali ai fini dell’accesso al relativo trattamento economico nella conversione in legge del c.d. d.l. “Cura Italia”*, in *DSL*, 2020, 1, 150 ss. il quale fa notare che “la norma, dunque, **conferma** espressamente l’indirizzo vigente in materia di trattazione dei casi di malattie infettive e parassitarie, che prevede, da un punto di vista tecnico-giuridico ed assicurativo, l’equiparazione tra causa violenta, comune a tutti gli infortuni, e causa virulenta, costituita dall’azione di un evento patogeno infettivo, quale il nuovo Coronavirus” [grassetto aggiunto]; L. LA PECCERELLA, *Infezione da coronavirus e tutela contro gli infortuni e malattie professionali*, in *DSL*, 2020, 1, II, 1 ss.

¹⁰ C. CUPELLI, *Obblighi datoriali di tutela contro il rischio di contagio da covid-19: un reale. Ridimensionamento della colpa penale?*, in *SP web*, 15.6.2020.

¹¹ D. CASTRINUOVO, F. CURI, S. TORDINI CAGLI, V. TORRE, V. VALENTINI, *La gestione del rischio Covid-19*, in D. CASTRINUOVO, F. CURI, S. TORDINI CAGLI, V. TORRE, V. VALENTINI, *Sicurezza sul lavoro. Profili penali*, Torino, 2021, 387 ss. In generale v. anche D. CASTRINUOVO, *I limiti sostanziali del potere punitivo nell’emergenza pandemica: modelli causali vs. modelli precauzionali*, in *LP web*, 10.05.2020, 1 ss.

Tali timori non si sono attenuati neppure quando è intervenuta l'Inail dapprima con la circolare del 03.04.2020, n. 13¹² e poi con la successiva del 20.5.2020, n. 22¹³.

In particolare, con la prima (n. 13) – dopo aver ricordato l'indirizzo vigente in materia di trattazione dei casi di malattie infettive e parassitarie per cui *“l'Inail tutela tali affezioni morbose, inquadrandole, per l'aspetto assicurativo, nella categoria degli infortuni sul lavoro: in questi casi, infatti, la causa virulenta è equiparata a quella violenta”* – si è chiarito che *“[i]n tale ambito delle affezioni morbose, inquadrare come infortuni sul lavoro, sono ricondotti anche i casi di infezione da nuovo coronavirus occorsi a qualsiasi soggetto assicurato dall'Istituto. [...] la tutela assicurativa Inail, spettante nei casi di contrazione di malattie infettive e parassitarie negli ambienti di lavoro e/o nell'esercizio delle attività lavorative, opera anche nei casi di infezione da nuovo coronavirus contratta in occasione di lavoro per tutti i lavoratori assicurati all'Inail”*.

La seconda circolare (n. 22) è, invero, ancora più esplicita poiché si è specificato che *“la responsabilità del datore di lavoro è ipotizzabile solo in caso di violazione della legge o di obblighi derivanti dalle conoscenze sperimentali o tecniche, che nel caso dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 si possono rinvenire nei protocolli e nelle linee guida governativi e regionali di cui all'articolo 1, comma 14 del decreto legge 16.5.2020, n. 33 [...] il riconoscimento del diritto alle prestazioni da parte dell'Istituto non può assumere rilievo per sostenere l'accusa in sede penale, considerata la vigenza del principio di presunzione di innocenza nonché dell'onere della prova a carico del pubblico ministero”*.

Tali previsioni servivano, evidentemente, proprio al fine di scongiurare qualsivoglia automatica riconduzione dell'infezione da Covid-19

¹² La Circolare n. 13 è reperibile al seguente indirizzo <https://www.inail.it/cs/internet/atti-e-documenti/note-e-provvedimenti/circolari/circolare-inail-13-del-3-aprile-2020.html>. Si tratta, invero, di una circolare che precede la legge di conversione (l. n. 27 del 24.4.2020).

¹³ La Circolare n. 22 è reperibile al seguente indirizzo <https://www.inail.it/cs/internet/atti-e-documenti/note-e-provvedimenti/circolari/circolare-inail-n-22-del-20-05-2020.html>. In ogni caso, per una disamina più approfondita dei vari passaggi v. S. DOVERE, *Le misure anti-Covid-19 nei luoghi di lavoro: dalla (sicura) emergenza sanitaria alla (temuta) emergenza sanzionatoria*, in *Labour and Law issues (LLI)*, 2020, 1.

al concetto di malattia-infortunio penalmente rilevante¹⁴, tanto sotto il profilo della Responsabilità degli Enti (d.lgs. n. 231 del 2001), quanto e soprattutto sotto quello della Responsabilità del Datore di lavoro (artt. 452, 589, 590 c.p.)¹⁵.

¹⁴ Invero, le preoccupazioni concernevano la possibilità di configurare responsabilità tanto sul piano del diritto penale, quanto su quello del diritto civile. Sul datore di lavoro, in generale, anche nella prospettiva della responsabilità dell'ente collettivo, oltre alle opere già citate cfr.: V. MONGILLO, *Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro in tempi di pandemia. Profili di responsabilità individuale e dell'ente per contagio da coronavirus*, in *DPC web*, 26.06.2020; C.C. CORSARO, M. ZAMBRINI, *Compliance aziendale, tutela dei lavoratori e gestione del rischio pandemico*, in *GP web*, 26.03.2020.

¹⁵ Si richiamano i reati colposi posti a tutela sia dell'incolumità individuale (Art. 589 e 590 c.p.), che della salute pubblica e in particolare l'art. 452 c.p. (Delitti colposi contro la salute pubblica) sulla base anche della rilevanza attribuita dal legislatore a quest'ultima disposizione. Come si è visto, infatti, l'art. 4 del d.l. n. 19 del 2020 se da un lato collega alla violazione di certe misure di contenimento una sanzione amministrativa; dall'altro dispone che alla violazione della misura di contenimento indicata dall'art. 1 co. 2 lett. e) (soggetto sottoposto a quarantena sanitaria) corrisponda una sanzione penale. In quest'ultimo caso, si applicherà, nel dettaglio, l'art. 260 del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 (Testo unico delle leggi sanitarie), salvo però che il fatto costituisca violazione dell'art. 452 c.p. (Delitto contro la salute pubblica) o comunque un più grave reato. Parte della dottrina ha invero paventato l'eventuale possibilità di integrare il reato di cui all'art. 452 c.p. anche in relazione a *cluster* epidemici verificati in ambiente lavorativo. Si tratta, tuttavia, di un orientamento non condivisibile poiché il reato di epidemia richiede, proprio sul piano della proiezione offensiva, la necessità di coinvolgere un "numero considerevole di soggetti". In questo senso, si deve considerare quanto affermato dal Tribunale di Bolzano, in una sentenza piuttosto risalente (del 13 marzo 1979), allorché ha espresso la necessità che, per l'integrazione del delitto di epidemia, debba "essere colpita una comunità abbastanza numerosa da meritare il nome di popolazione". Sul reato di epidemia, v. N. STOLFI, *Brevi note sul reato di epidemia*, in *Cass. pen.*, 2003, 3946 ss.; E. PERROTTA, *Verso una nuova dimensione del delitto di epidemia (art. 438 c.p.) alla luce della globalizzazione delle malattie infettive: la responsabilità individuale da contagio nel sistema di common but differentiated responsibility*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2020, 179 ss.; M.F. CARRIERO, *L'(in)adeguatezza funzionale del delitto di epidemia al cospetto del Covid-19*, in *Arch. Pen. web*, 2019. In generale, sui reati a tutela dell'incolumità pubblica v. S. CORBETTA, *I delitti contro l'incolumità pubblica, Tomo II: I delitti di comune pericolo mediante frode*, in *Trattato di diritto penale. Parte speciale*, diretto da Dolcini, Marinucci, Padova, 2014; A. GARGANI, *Il danno qualificato dal pericolo. Profili sistematici e politico-criminali dei delitti contro l'incolumità pubblica*, Torino, 2005. Avallare un orientamento contrario condurrebbe ad una rimodulazione dei reati a tutela dell'incolumità pubblica in base alle specifiche esigenze del caso concreto, al fine di fondare un capo di imputazione. Un'operazione di tale tipo non farebbe altro, d'altronde, che aggiungersi alle "flessibilizzazioni" che già si sono avute in giurisprudenza in relazione ai reati di pericolo posti a tutela

Neppure le circolari dell’Inail sono, però, bastate.

A fronte, pertanto, delle sempre più pressanti richieste provenienti dal mondo imprenditoriale di un intervento chiarificatore a livello legislativo che fosse in grado di scongiurare qualsivoglia dubbio e/o incertezza sul tema della responsabilità penale, si è giunti all’emendamento del d.l. n. 23 del 08.4.2020 (“*Misure urgenti in materia di accesso al credito e di adempimenti fiscali per le imprese, di poteri speciali nei settori strategici, nonché interventi in materia di salute e lavoro, di proroga di termini amministrativi e processuali*”), con conseguente introduzione dell’art. 29-bis. Nello specifico, tale norma (che alcuni hanno definito come “*una norma scudo*”¹⁶) prevede che: “[a]i fini della tutela contro il rischio di contagio

dell’incolumità pubblica (c.d. reati di comune pericolo) per i quali spesso si assiste alla trasformazione del concetto di “*pericolo*” in “*rischio*”, dando in questo modo origine al fenomeno definito come “*contravvenzionalizzazione dei delitti*”. Spesso, infatti, si considera il superamento di determinati “*limiti soglia*” – che vengono invero generalmente fissati in un’ottica ultra-cautelare – per fondare appunto accuse di matrice (non già contravvenzionale o amministrativa, bensì) delittuosa. In generale su fenomeni di questo tipo e sui reati di pericolo, v. M. DONINI, *Reati di pericolo e salute pubblica. Gli illeciti di prevenzione alimentare al crocevia della riforma penale*, in *Riv. Trim. dir. Pen. Ec.*, 2013, 45 ss.; ID., *Europeismo giudiziario e scienza penale. Dalla dogmatica classica alla giurisprudenza-fonte*, Milano, 2011, *passim*. Sull’impiego dei “*limiti-soglia*” v. F. D’ALESSANDRO, *Pericolo astratto e limiti-soglia. Le promesse non mantenute del diritto penale*, Milano, 2012; A.L. VERGINE, *Il c.d. disastro ambientale: l’involuzione interpretativa dell’art. 434 cod. pen. (Parte prima)*, in *Ambiente & Sviluppo*, 2013, 534 ss. Sulla c.d. “*flessibilizzazione*” delle categorie classiche del diritto penale v. F. STELLA, *Giustizia e Modernità. La protezione dell’innocente e la tutela delle vittime*, Milano, 2003; A. GARGANI, *La “flessibilizzazione” giurisprudenziale delle categorie classiche del reato di fronte ad esigenze di controllo penale delle nuove fenomenologie di rischio*, in *Leg. Pen.*, 2011, 397 ss.

¹⁶ Così v. R. BLAIOTTA, *Diritto penale e sicurezza del lavoro*, Torino, 2020, 112 (si vedano inoltre le opportune considerazioni contenute nella relazione tenuta il 28 aprile 2022). Cfr. anche C. CUPELLI, *Obblighi datoriali di tutela contro il rischio di contagio da covid-19*, cit.; O. DI GIOVINE, *Coronavirus, diritto penale e responsabilità datoriali*, in *SP web*, 22.6.2020; D. CASTRONUOVO, F. CURI, S. TORDINI CAGLI, V. TORRE, V. VALENTINI, *La gestione del rischio Covid-19*, cit., 385 ss. Invero, quanto all’impiego dei c.d. “*scudi penali*” durante la pandemia, si può ricordare anche quanto si è realizzato negli ambienti sanitari per i vaccinatori per cui è stato disposto *ex art.* 3 d.l. 1° aprile 2021, n. 44 che “la punibilità è esclusa quando l’uso del vaccino è conforme alle indicazioni contenute nel provvedimento di autorizzazione all’immissione in commercio emesso dalle competenti autorità e alle circolari pubblicate sul sito istituzionale del Ministero della salute relative alle attività di vaccinazione”. Sul punto v. anche M. DONINI, *Nesso di rischio. Il disvalore di azione-evento*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, in corso di pubblicazione.

da Covid-19, i datori di lavoro pubblici e privati adempiono all'obbligo di cui all'articolo 2087 del codice civile mediante l'applicazione delle prescrizioni contenute nel protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro, sottoscritto il 24.4.2020 tra il Governo e le parti sociali, e successive modificazioni e integrazioni, e negli altri protocolli e linee guida di cui all'articolo 1, comma 14, del decreto-legge 16.5.2020, n. 33, nonché mediante l'adozione e il mantenimento delle misure ivi previste. Qualora non trovino applicazione le predette prescrizioni rilevano le misure contenute nei protocolli o accordi di settore stipulati dalle organizzazioni sindacali e datoriali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale”.

Giungiamo, così, finalmente in parte a comprendere e a definire maggiormente il ruolo che hanno assunto (e assumono tutt'ora) i Protocolli Anti-contagio che costituiscono oggetto della presente ricerca. In un'ottica generale, si tratta di “prodotti originariamente negoziali” utili al fine di perseguire scopi di tutela dell'interesse pubblico, cui si è poi attribuita una potestà *lato sensu* normativa¹⁷. La scelta di utilizzare strumenti di tal tipo – con conseguente coinvolgimento della comunità scientifica e, soprattutto, delle parti sociali – risulta, invero, inedita in materia di sicurezza sul lavoro, a fronte della tradizionale marginalità del ruolo della “contrattazione collettiva” in questo settore¹⁸. Tale circostanza testimonia l'acutezza, la drammaticità e l'urgenza della situazione del tutto inedita che l'intero pianeta si è trovato a fronteggiare¹⁹.

¹⁷ In quest'ultimo senso, si può ricordare, a titolo meramente esemplificativo, come il d.P.C.M. del 26.04.2020 abbia previsto, all'Allegato 6, il primo Protocollo d'Intesa del 14.03.2020 tra Governo e Parti Sociali. V. inoltre: l'art. 2, co. 6 del d.P.C.M. del 26.04.2020; l'art. 4, co. 1 del d.l. n. 19 del 2020; l'art. 1, co. 3 del d.P.C.M. del 22.03.2020; l'art. 1, co. 2, lett. gg) del d.l. n. 19 del 2020; l'art. 1, co. 14, del d.l. n. 33 del 2020; l'art. 2, co. 6 del d.P.C.M. del 26.04.2020; l'art. 1, lett. ll), punto c del d.P.C.M. del 17.05.2020; l'art. 1, lett. ll), punto c del d.P.C.M. del 11.06.2020.

¹⁸ Con termini simili P. PASCUCCI, A. DELOGU, *Sicurezza sul lavoro nella PA nell'emergenza da Covid-19*, in *Sinapsi*, 2020, 131-143 in cui si fa notare che l'attribuzione di facoltà così rilevanti alle parti sociali rappresenta in qualche modo un inedito in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro.

¹⁹ D. CASTRINUOVO, *I limiti sostanziali del potere punitivo nell'emergenza pandemica*, cit. Da ciò sarebbe derivata la necessità di adottare misure chiare e uniformi per tutti gli ambiti e settori; questo anche al fine di corresponsabilizzare tutte le rappresentanze economico-professionali. Ancora: P. PASCUCCI, A. DELOGU, *Sicurezza sul lavoro nella PA nell'emergenza da Covid-19*, cit., 133.

Invero, oltre al Protocollo citato all'interno dell'art. 29-bis (c.d. "Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro" del 14.3.2020 così come rivisto e integrato il 24.4.2020) occorre poi considerare:

- il "Protocollo condiviso di aggiornamento delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Sars-cov-2/Covid-19 negli ambienti di lavoro" del 6.4.2021;
- il "Protocollo condiviso di regolamentazione per il contenimento della diffusione del Covid-19 nei cantieri" del 24.4.2020;
- il "Protocollo condiviso di regolamentazione per il contenimento della diffusione del Covid-19 nel settore del trasporto e della logistica" del 20.3.2020²⁰.

Al di là di tali strumenti hanno, poi, senz'altro assunto una rilevanza chiave anche le c.d. "Linee guida per la ripresa delle attività economiche e sociali" formulate dalla Conferenza Stato-Regioni per la prima volta a maggio del 2020 e, da ultimo, aggiornate con l'Ordinanza del Ministro della Salute del 1° aprile 2022 che ha disposto l'adozione delle "Linee guida per la ripresa delle attività economiche e sociali" (GU n. 79 del 04.04.2022)²¹ alla luce anche delle indicazioni fornite da parte del Comitato tecnico-scientifico (seduta del 30.03.2022)²².

²⁰ Per un catalogo degli accordi protocollari, in punto di tutela dei lavoratori dal rischio Covid-19, v. https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=22008:acc&catid=151&Itemid=10.

²¹ Nell'Ordinanza del 1° aprile 2022 sull'adozione delle "Linee guida per la ripresa delle attività economiche e sociali" si prevedono nell'allegato le "Linee Guida per la ripresa delle attività economiche e sociali" che vengono adottate ai sensi dell'articolo 10-bis del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52 e ss.mm.ii. Tale ordinanza produrrà effetti "fino al 31 dicembre 2022, fatte salve le specifiche disposizioni di legge vigenti in materia" (art. 2 Ord.). Quanto alla natura delle linee guida si tratta, nella sostanza, di indirizzi operativi utili per favorire l'applicazione delle misure di prevenzione e contenimento nei diversi settori (ristorazione e cerimonie; attività turistiche e ricettive; cinema e spettacoli dal vivo; piscine termali e centri benessere; servizi alla persona; commercio; musei, archivi, biblioteche, luoghi della cultura e mostre; parchi tematici e di divertimento; circoli culturali, centri sociali e ricreativi; convegni e congressi; sale giochi, sale scommesse, sale bingo e casinò; sagre e fiere locali; corsi di formazione; sale da ballo e discoteche).

²² L'importanza di tali linee guida si desume oltre che dall'art. 29-bis, anche dall'art. 1 co. 14 del d.l. n. 33 del 2020 (cui, peraltro, il medesimo art. 29-bis rinvia), in cui si prevede che "[l]e attività economiche, produttive e sociali devono svolgersi nel rispet-

Avendo poi riguardo al “ruolo” e alla “funzione” svolta dai Protocolli Anti-contagio, si è già visto come, sulla base dell’art. 29-*bis* del d.l. 08.4.2020 n. 23, i Datori di lavoro pubblici e privati, al fine di adempiere all’obbligo di cui all’articolo 2087 c.c., abbiano il compito di applicare le prescrizioni contenute all’interno di tali importanti *dicta*²³. Oltre a tale disposizione occorre, però, considerare anche quella secondo cui le misure anti-contagio contenute nei vari testi protocollari devono essere rispettate dalle imprese; pena, altrimenti, “*la sospensione dell’attività fino al ripristino delle condizioni di sicurezza*”²⁴. Un cenno, infine, va (nuo-

to dei contenuti di protocolli o linee guida idonei a prevenire o ridurre il rischio di contagio nel settore di riferimento o in ambiti analoghi, adottati dalle regioni o dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome nel rispetto dei principi contenuti nei protocolli o nelle linee guida nazionali. In assenza di quelli regionali trovano applicazione i protocolli o le linee guida adottati a livello nazionale. Le misure limitative delle attività economiche, produttive e sociali possono essere adottate, nel rispetto dei principi di adeguatezza e proporzionalità, con provvedimenti emanati ai sensi dell’articolo 2 del decreto-legge n. 19 del 2020 o del comma 16”.

²³ In generale, sulla rilevanza assunta dall’art. 2087 c.c. avendo riguardo all’emergenza da Covid-19 v. D. CASTRINUOVO, F. CURI, S. TORDINI CAGLI, V. TORRE, V. VALENTINI, *La gestione del rischio Covid-19*, in *Sicurezza sul lavoro*, cit., 383 ss., spec. 393 ss. Un problema a parte riguarda la possibilità di configurare responsabilità penali colpose solo per “colpa specifica” (sulla base di quanto disposto dallo stesso art. 29-*bis*, per cui il rispetto delle disposizioni anti-contagio esaurirebbe la portata preventiva ed eventualmente sanzionatoria dell’art. 2087 c.c.); oppure, se sia comunque possibile avanzare un rimprovero colposo anche per (un “residuo” di) “colpa generica”. Si tratta, invero, di un aspetto molto rilevante e, in parte, dibattuto in dottrina giuspenalistica di cui si sono occupati vari Illustri autori. Sul punto, v. il monito di F. PALAZZO, *Pandemia e responsabilità colposa*, in *SP web*, 26.4.2020. Cfr. anche V. VALENTINI, *Organizzazione del lavoro e responsabilità punitivo-penali da contagio: a che punto siamo?*, in *Arch. Pen. web*, 2021, 6 ss.; D. CASTRINUOVO, F. CURI, S. TORDINI CAGLI, V. TORRE, V. VALENTINI, *La gestione del rischio Covid-19*, cit., 387. *Contra*: O. DI GIOVINE, *Ancora sull’infezione da sarscov-2*, cit., 12 ss. Ravvisa una fondamentale omogeneità tra colpa specifica e colpa generica G. FORTI, *Colpa ed evento nel diritto penale*, Milano, 1990, 313 ss. V. anche GROTTA, *Principio di colpevolezza, rimproverabilità soggettiva e colpa specifica*, Torino, 2012, 70 ss. ritiene che in presenza di incertezza scientifica non possa che esserci “colpa specifica”. Si vedano, inoltre, le osservazioni formulate da R. Blaiotta e da C. Cupelli nelle relazioni del convegno del 28 aprile 2022 (Sezione III), oltre che quanto proferito dai medesimi Autori nei seguenti lavori: R. BLAIOTTA, *Diritto penale e sicurezza del lavoro*, cit., spec. 114; C. CUPELLI, voce *Covid-19 e responsabilità colposa*, in *Enc. Dir.*, vol. II, *Reato colposo*, diretto da M. Donini, 2021, 340 ss. spec. 347 ss.

²⁴ Così, l’art. 2, co. 6 del d.P.C.M. del 26.04.2020. Cfr. anche: l’art. 1, co 3 del d.P.C.M. del 22.03.2020 secondo cui “Le imprese le cui attività non sono sospese rispet-

vamente) fatto anche all'art. 4 co. 1 del d.l. n. 19 del 2020 che dispone che “[s]alvo che il fatto costituisca reato, il mancato rispetto delle misure di contenimento di cui all’articolo 1, comma 2 [...]”²⁵ è punito con la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 400 a euro 3.000 [...]”. Alla luce di tali richiami si comprende l’importanza assunta da tali Protocolli Anti-contagio: le misure ivi previste costituivano (e costituiscono anche oggi)²⁶ un generale criterio direttivo cui dovevano (e dovrebbero)

tano i contenuti del protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus covid-19 negli ambienti di lavoro sottoscritto il 14 marzo 2020 fra il Governo e le parti sociali”; art. 1, lett. ll), punto c del d.P.C.M. del 17.05.2020 in cui si prevede che “in ordine alle attività professionali si raccomanda che [...] c) siano assunti protocolli di sicurezza anti-contagio e, laddove non fosse possibile rispettare la distanza interpersonale di almeno un metro come principale misura di contenimento, con adozione di strumenti di protezione individuale;”; all’art. 1, lett. ll), punto c del d.P.C.M. del 11.06.2020.

²⁵ V. spec. oltre che l’art. 1, c. 2, lett. z), anche lett. gg), d.l. n. 19 del 2020.

²⁶ Si è ritenuto opportuno utilizzare il tempo presente, alla luce di una serie di considerazioni. Come è stato, infatti, sottolineato dal professore A. Tampieri nella sua relazione al convegno del 28 aprile (v. III sezione) è da ultimo intervenuta Confindustria specificando nel 18.03.2022 quanto segue: “Anche nel nuovo impianto, i Protocolli di sicurezza anti-contagio continuano a costituire il riferimento per lo svolgimento in sicurezza delle attività economiche e produttive. Al contempo, non è ancora chiarito in modo inequivoco se la loro applicazione resterà prescritta dalla legge come condizione per lo svolgimento dell’attività di impresa oppure no. In ogni caso, considerato anche che i dati epidemiologici confermano che il rischio da contagio da COVID-19 non è ancora venuto meno (nemmeno per le fasce di popolazione protette dalla vaccinazione), la nostra indicazione è di **continuare ad applicare i Protocolli**, quali strumenti per assicurare la protezione dell’attività imprenditoriale e dei lavoratori. Ciò **anche ai fini dell’art. 29-bis del DL n. 23/2020**. Come noto, tale norma prevede la presunzione di pieno adempimento degli obblighi di cui all’art. 2087 c.c. per il datore di lavoro che applica, adotta e mantiene le prescrizioni contenute nel Protocollo sottoscritto il 24 aprile 2020 tra il Governo e le parti sociali, e successive modificazioni e integrazioni, nonché negli altri protocolli adottati a livello nazionale per fronteggiare la pandemia (es. Protocollo condiviso di regolamentazione per il contenimento della diffusione del COVID-19 nei cantieri e il Protocollo condiviso di regolamentazione per il contenimento della diffusione del COVID-19 nel settore del trasporto e della logistica). Considerato che l’operatività dell’art. 29-bis non è legata al perdurare dello stato di emergenza, si ritiene che la applicazione dei Protocolli, integrati secondo l’evoluzione delle indicazioni normative e scientifiche, continui a garantire la piena copertura ex art. 29-bis del DL n. 23/2020. Quindi rimane il protocollo come parametro di adeguamento dell’imprenditore al principio di cui all’art. 2087 c.c., avendo riguardo alle misure più avanzate secondo miglior scienza ed esperienza e secondo il migliore progresso tecnico”. Inoltre, il d.l. n. 24 del 2022 ribadisce che il Ministro della

bero anche ora) conformarsi le varie realtà aziendali al fine di poter non solo proseguire la propria attività in “sicurezza e salute”, ma anche proprio di evitare di andare incontro in diversi tipi responsabilità e sanzioni.

Una volta chiariti questi aspetti, si ritiene opportuno analizzare brevemente la “struttura” e il “contenuto” di siffatti testi, per la cui indagine si rinvia al paragrafo che segue.

3. (Segue) Contenuto e struttura dei Protocolli Anti-contagio

Come si è già accennato, i vari Protocolli definiscono, in un’ottica generale, quelle che sono le principali misure che dovevano (e devono tutt’ora) essere adottate dalle aziende al fine di poter riprendere e/o proseguire le attività lavorative in sicurezza.

Non a caso, emerge tra gli obiettivi previsti all’interno del Protocollo del 14.03.2020 quello primario di “*coniugare la prosecuzione delle attività produttive con la garanzia di condizioni di salubrità e sicurezza degli ambienti di lavoro e delle modalità lavorative*”. Continua, poi, il medesimo protocollo, disponendo che “*l’obiettivo del presente protocollo condiviso di regolamentazione è fornire indicazioni operative finalizzate a incrementare, negli ambienti di lavoro non sanitari, l’efficacia delle misure precauzionali di contenimento adottate per contrastare l’epidemia di COVID-19. Il COVID-19 rappresenta un rischio biologico generico, per il quale occorre adottare misure uguali per tutta la popolazione. Il presente protocollo contiene, quindi, misure che seguono la logica della precauzione e seguono e attuano le prescrizioni del legislatore e le indicazioni dell’Autorità sanitaria*”. Nondimeno, si prevede che le medesime aziende “*hanno il compito di confezionare degli appositi Protocolli Anti-contagio*” calibrati in virtù delle singole esigenze, attività e realtà aziendali. Più nel dettaglio si dispone che “*le imprese [...] oltre a quanto previsto dal suddetto decreto, applicano le ulteriori misure di precauzione di seguito elencate – da integrare con altre equivalenti o più incisive secondo le peculiarità della propria organizzazione, previa consultazione delle rappresentanze sindacali*

Salute può, con propria ordinanza, aggiornare i protocolli. Ciò significa che i protocolli hanno una “*vita ulteriore*” rispetto alla (fine della) situazione emergenziale.

aziendali – per tutelare la salute delle persone presenti all'interno dell'azienda e garantire la salubrità dell'ambiente di lavoro”.

Quanto poi alla “struttura” dei Protocolli, quello del 14.03.2020 e il successivo del 06.04.2021 presentano dei contenuti piuttosto simili, essendo ambedue strutturati in tredici paragrafi²⁷. Ciascun paragrafo è, poi, a sua volta ulteriormente suddiviso in ulteriori sotto-paragrafi la cui specificità è andata progressivamente crescendo nel corso del tempo in virtù dell'incremento delle conoscenze scientifiche sul novello *coronavirus*, nonché delle decisioni prese dalle varie parti politiche e sociali.

Discorso in parte simile può svolgersi in relazione alla “*natura delle disposizioni*” previste all'interno dei medesimi protocolli. Sulla base della definizione contenuta sempre all'interno degli stessi si comprende come si tratti di “*linee guida condivise tra le Parti per agevolare le imprese nell'adozione di protocolli di sicurezza anti-contagio*” (cfr. Prot. 14.03.2020). Al loro interno non si prevedono espressioni “rigide” e/o “perentorie”, bensì “ipotetiche” ed “elastiche” quali, ad esempio: “*per quanto possibile*” (in relazione alla necessità di ridurre l'accesso dei visitatori), “*potrà*” (rispetto al controllo della temperatura, o alla ridefinizione degli orari di lavoro), “*dove è possibile*” (*smart-work* ai fini della chiusura di reparti), “*ove presente*” (servizio di trasporto dell'azienda), “*in caso di difficoltà di approvvigionamento*” (rispetto alle mascherine), “*quando non siano possibili altre soluzioni organizzative*” (in relazione al distanziamento inferiore al metro), ecc. D'altronde, anche le disposizioni comportamentali doverose sono spesso accompagnate da clausole generali come: “*informazione adeguata sulla base delle mansioni e dei contesti lavorativi*”; “*sanificazione periodica di tastiere, schermi touch, mouse con adeguati detergenti [...]*”, “*DPI idonei*”; “*nel caso in cui non risulti sufficiente*”; “*riduzione al minimo della parteci-*

²⁷ Ci sono in tutto 13 paragrafi suddivisi in base alla “materia” trattata e strutturati nel seguente modo: Informazione; Modalità di ingresso in azienda; Modalità di accesso dei fornitori esterni; Pulizia e sanificazione in azienda; Precauzioni igieniche personali; Dispositivi di protezione individuale; Gestione degli spazi comuni (mensa, spogliatoi, aree fumatori, distributori di bevande e/o *snack*); Organizzazione aziendale (turnazione, trasferte e lavoro agile e da remoto, rimodulazione dei livelli produttivi); Gestione entrata e uscita dei dipendenti; Spostamenti interni, riunioni, eventi interni e formazione; Gestione di una persona sintomatica in azienda; Sorveglianza sanitaria/medico competente/rls; Aggiornamento del protocollo di regolamentazione

pazione alle riunioni caratterizzate dalla necessità ed urgenza; “*identificazioni dei soggetti con particolari situazioni di fragilità*”, ecc.²⁸.

L’impiego di tali clausole e formule si spiega, evidentemente, alla luce di due tipi di necessità: da un lato, si è pensato di strutturare le disposizioni e/o misure anti-contagio in maniera “*generica*” ed “*elastica*” al fine di concedere, poi, alle singole realtà aziendali, la possibilità di modularle in base alle specifiche esigenze e peculiarità lavorative; dall’altro, considerando anche la necessità di realizzare un continuo confronto con anche le parti sociali e la comunità scientifica di riferimento, si è preferito approntare misure capaci di “*aggiornarsi*” e “*plasmarsi*” in virtù delle nuove scoperte e/o migliori tecniche di prevenzione e gestione del rischio di contagio.

Alla luce di tali considerazioni, se da un lato si può escludere che il Datore di lavoro debba²⁹ adottare cautele che prescindano dalle indicazioni fornite a livello generale dai singoli protocolli, al contempo, non si dubita che lo stesso sia, comunque, chiamato a “*calibrare*” le misure anti-contagio avendo riguardo ai singoli contesti lavorativi. Tale opera di adattamento può, poi, eventualmente tradursi in una revisione (totale o parziale) dell’assetto organizzativo interno-aziendale, ed eventualmente, laddove ciò si renda necessario, anche ad un aggiornamento del D.V.R.

²⁸ Con parole simili V. MONGILLO, *Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro in tempi di pandemia*, cit., 25 ss. La diversità delle disposizioni contenute all’interno dei protocolli conduce, parte della dottrina, a ravvisare tre diverse funzioni. Secondo, infatti, S. DOVERE, *La sicurezza dei lavoratori in vista della fase 2 dell’emergenza da Covid-19*, in *www.giustiziainsieme.it*, 04.05.2020, “[l]a struttura delle disposizioni è quella delle linee guida; esse svolgono in primo luogo una funzione di descrizione di un ambito ‘sensibile’, meritevole di essere governato (“*Per l’accesso di fornitori esterni individuare procedure di ingresso, transito e uscita, mediante modalità, percorsi e tempistiche predefinite, al fine di ridurre le occasioni di contatto con il personale in forza nei reparti/uffici coinvolti*”); in secondo luogo hanno una funzione di supporto, offrendo indicazioni operative ritenute pertinenti ed utili al governo del rischio, e tuttavia lasciando ampi spazi alla discrezionalità dei datori di lavoro in merito alle modalità della sua attuazione (“*l’accesso agli spazi comuni, comprese le mense aziendali, le aree fumatori e gli spogliatoi è contingentato, con la previsione di una ventilazione continua dei locali, di un tempo ridotto di sosta all’interno di tali spazi e con il mantenimento della distanza di sicurezza di 1 metro tra le persone che li occupano*”); infine, alcune di esse presentano la struttura tipica del comando”.

²⁹ L’utilizzo del tempo al presente è voluto in quanto si considera l’importanza che ancora oggi svolgono i protocolli anti-contagio nelle realtà aziendali.

(Documento di Valutazione dei Rischi) e/o del D.U.V.R.I. (Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenti)³⁰.

Invero, la possibilità (*recte*: dovere) di aggiornare la c.d. “*valutazione dei rischi*” in virtù del nuovo rischio (c.d. rischio di contagio da Covid-19) non è oggetto di visione unanime nella dottrina giuspenalistica. All’interno dei Protocolli Anti-contagio non è infatti previsto, in maniera esplicita, un obbligo di tal tipo. Ciò ha, di fatto, condotto la dottrina a dividersi in riferimento ad una necessità di questo genere. Si tratta, tuttavia, di una questione che merita una trattazione a parte, per la quale si rinvia al prossimo paragrafo.

4. L’obbligo di aggiornamento della “*valutazione del rischio*”

Con la locuzione “*valutazione del rischio*” si intende fare riferimento alla “*principale misura generale di tutela*” prevista dall’art. 15, lett. a) e disciplinata sulla base di quanto disposto *ex artt.* 28 (“*oggetto della valutazione dei rischi*”) e 29 (“*modalità di effettuazione della valutazione dei rischi*”)³¹. Per adempiere a tale fondamentale obbligo, i vari attori della sicurezza (in specie Datore di Lavoro³², RSPP, Medico Competente alla luce di quanto previsto dall’art. 29) hanno il compito di realizzare una procedura che si articola in più fasi e che, di fatto, richiede la collaborazione di tutti al fine di avere una valutazione complessiva aggiornata e adeguata *ratione materiae*.

³⁰ L’obbligo di aggiornamento del documento di valutazione dei rischi è, *ex se*, penalmente rilevante per il Datore di lavoro sulla base di quanto previsto *ex art.* 55 del T.U.S.L. In questo contesto si inserisce l’art. 29 co. 3 del T.U.S.L. che stabilisce quelli che sono i casi per i quali l’aggiornamento del D.V.R. sarebbe obbligatorio. Nello specifico tale disposizione prevede che “la valutazione e il documento di cui al comma 1 debbono essere rielaborati, nel rispetto delle modalità di cui ai commi 1 e 2, in occasione di modifiche del processo produttivo o dell’organizzazione del lavoro significative ai fini della salute e della sicurezza dei lavoratori, o in relazione al grado di evoluzione della tecnica, della prevenzione e della protezione o a seguito di infortuni significativi o quando i risultati della sorveglianza sanitaria ne evidenzino la necessità”.

³¹ Con termini simili v. V. TORRE, *La valutazione del rischio e il ruolo delle fonti private*, in *Sicurezza sul lavoro*, cit., 44.

³² Si consideri, peraltro, che l’art. 17 del d.lgs. n. 81 del 2008 prevede, alla lett. a), tra i doveri non delegabili dal datore di lavoro anche “la valutazione di tutti i rischi con la conseguente elaborazione del documento previsto dall’articolo 28”.

Ciò posto, nell'ambito del dibattito apertosi circa la necessità di aggiornare il documento di valutazione dei rischi in ragione del nuovo rischio di contagio da Covid-19 si inseriscono due fondamentali tesi.

Ad avviso di un primo orientamento gli unici rischi che devono essere oggetto di valutazione da parte del Datore di lavoro sono quelli che attengono e promanano dall'organizzazione, nonché dall'attività lavorativa svolta. Si evoca, in questo senso, la differenza che intercorre tra il concetto di rischio "generico" e quello di rischio "specifico", nonché quella che sussiste tra la nozione di rischio "esogeno" e quella di rischio "endogeno", assegnando valore unicamente ai secondi: solo i rischi "specifici" ed "endogeni" sono, infatti, implicati dal processo produttivo e dal modo di essere dell'organizzazione; gli altri ("generico" ed "esogeno") costituiscono, al contrario, dei rischi cui è, in generale, esposta la collettività e solo eventualmente il lavoratore, ma mai in quanto tale, bensì quale membro di una comunità di soggetti non definita in ragione dell'attività lavorativa espletata³³.

Si specifica, d'altronde, come generalmente l'obbligo di valutazione del rischio sia intimamente collegato al fatto che il Datore di lavoro sia il responsabile dell'organizzazione: è a lui e solo a lui – quale detentore di poteri decisionali e di spesa (art. 2, lett. b) d.lgs. n. 81 del 2008) – che spetterebbe, dunque, definire l'organizzazione della propria impresa valutandone i rischi per sé e per i propri lavoratori e individuando, nel documento di valutazione (D.V.R.), le misure di prevenzione che dovranno essere adottate al fine di scongiurare la verificazione di infortuni lavorativi. È anche vero, però, che in relazione al rischio di contagio da Covid-19 la pubblica autorità, per evidenti ragioni di tutela della salute pubblica, ha avvocato a sé quei poteri che normalmente spetterebbero al Datore di lavoro. Quest'ultimo è stato, pertanto, nei fatti esautorato dalla possibilità di valutare questo rischio: trattandosi, infatti, di un rischio pandemico imminente ovunque, l'eventuale valutazione da parte di ogni singolo imprenditore avrebbe rischiato (e probabilmente rischierebbe tutt'ora) di far emergere misure di prevenzione inadeguate o comunque non uniformi³⁴.

³³ P. PASCUCCI, *Sistema di prevenzione aziendale, emergenza coronavirus ed effettività*, in *www.giustiziacivile.com*, 17.05.2020; P. PASCUCCI, A. DELOGU, *Sicurezza sul lavoro nella PA nell'emergenza da Covid-19*, cit.; D. CASTRONUOVO, F. CURI, S. TORDINI CAGLI, V. TORRE, V. VALENTINI, *La gestione del rischio Covid-19*, cit., 392.

³⁴ P. PASCUCCI, *Sistema di prevenzione aziendale, emergenza coronavirus ed effettività*, cit. È risaputo, in particolare, che soprattutto grazie all'influenza delle fonti sovran-

Si evidenzia, infine, che essendo l'obbligo di aggiornamento della valutazione dei rischi (artt. 28-29) un dovere *ex se* penalmente sanzionato (art. 55 del T.U.S.L.), questo non potrebbe essere oggetto di interpretazioni analogico-estensive; pena, altrimenti, la violazione del principio del divieto di analogia *in malam partem* che vige e governa la materia penale (art. 25 Cost.)³⁵. Nondimeno, certamente un obbligo di aggiornamento dovrebbe ipotizzarsi allorché l'adeguamento alla normativa anti-covid conduca ad un mutamento della "struttura organizzativa", così come previsto sempre nell'ambito dell'art. 29 co. 3³⁶. Non si tratterebbe, tuttavia, di un aggiornamento obbligatorio e/o automatico dettato in ragione del rischio (di contagio da) Covid-19; esso presuppone, al contrario, una specifica valutazione operata "a valle" da parte del Datore di lavoro, in virtù della necessità di adeguamento alle direttive previste "a monte" all'interno dei vari protocolli³⁷.

nazionali si è, nel settore della sicurezza sui luoghi di lavoro, assistito ad un progressivo abbandono della logica accentratrice del *command and control* che governava i precedenti testi normativi. Tale logica si è, infatti, dimostrata essere, con il passare del tempo, poco flessibile e inefficace a fronte delle diverse esigenze di tutela e prevenzione dei rischi che si potevano (e possono) verificare nei vari ambienti lavorativi. Questo ha, di fatto, indirizzato il legislatore di "seconda generazione" verso un sistema di "cogestione" pubblico-privata (della valutazione) del rischio. Si è così giunti ad un sistema di prevenzione aziendale ispirato alla logica del cd. *self-regulation*. Per una critica a tale metodo v. F. STELLA, *La costruzione giuridica della scienza: sicurezza e salute nei luoghi di lavoro*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2003, 55 ss. In senso opposto, v. R. BLAIOTTA, *Diritto penale e sicurezza*, cit., 89 s. In generale, sull'auto-normazione v. C. PIERGALLINI, *Autonormazione e controllo penale*, in *Dir. pen. proc.*, 2015, 261 ss.

³⁵ D. CASTRINUOVO, F. CURI, S. TORDINI CAGLI, V. TORRE, V. VALENTINI, *La gestione del rischio Covid-19*, cit., 392.

³⁶ S. DOVERE, *Covid-19: sicurezza del lavoro e valutazione dei rischi*, cit., fa l'esempio della misura del distanziamento che senz'altro incide sull'organizzazione aziendale.

³⁷ D. CASTRINUOVO, F. CURI, S. TORDINI CAGLI, V. TORRE, V. VALENTINI, *La gestione del rischio Covid-19*, cit., 394. Specifica, d'altronde, D. CASTRINUOVO *I delitti di omicidio e lesioni*, in *Sicurezza sul lavoro*, cit., che "La valutazione dei rischi è un obbligo a contenuto dinamico: ne è pre-scritta la immediata **rielaborazione** in occasioni di modifiche del processo produttivo o dell'assetto organizzativo in grado di incidere sulla sicurezza, o in relazione al grado di evoluzione della tecnica o a seguito di infortuni significativi o quando gli esiti della sorveglianza sanitaria ne evidenzino la necessità (art. 29, comma 3). Analogo contenuto dinamico riguarda, poi, anche l'obbligo di **aggiornamento** delle misure di prevenzione all'esito della rielaborazione della valutazione o in conseguenza dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche o tecniche". Nella medesima direzione v. anche P. PASCUCCI, *Sistema di prevenzione aziendale, emergenza coronavirus ed effettività*,

D'altro canto, l'orientamento favorevole all'obbligo di aggiornamento fa, in primo luogo, leva su un'interpretazione ispirata alla logica che si ritiene sottesa all'intero d.lgs. n. 81 del 2008, la quale emerge chiaramente dall'art. 2, comma 1, lett. o), laddove si definisce la salute del lavoratore come "*stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità*"; nonché, dall'art. 2, comma 1, lett. n), d.lgs. n. 81 del 2008, secondo cui la "*prevenzione*" è "*il complesso delle disposizioni o misure necessarie anche secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, per evitare o diminuire i rischi professionali nel rispetto della salute della popolazione e dell'integrità dell'ambiente esterno*"; e soprattutto, dall'art. 3, comma 1, a mente del quale "*il presente decreto legislativo si applica a tutti i settori di attività, privati e pubblici, e a tutte le tipologie di rischio*"³⁸.

Si considera, altresì, quanto previsto dall'art. 28, comma 2, lett. a), d.lgs. n. 81 del 2008 nella parte in cui dispone l'obbligo di valutare "*tutti i rischi per la sicurezza e la salute durante l'attività lavorativa*". Da tale espressione si profilerebbe, dunque, la necessità di valutare (tutti) i rischi che possono aversi nell'ambiente lavorativo; quindi, non solo quelli che derivano dall'attività lavorativa svolta (rischi che si producono "*a causa del lavoro*"), ma anche quelli che semplicemente si hanno "*durante l'attività lavorativa*"³⁹.

Si evoca, poi, nel medesimo orizzonte, un'interpretazione estensiva dell'art. 267 del T.U.L.S. ("*Esposizione ad agenti biologici*"). In particolare, si ritiene che tra i vari agenti che devono essere valutati dal Datore di lavoro debba essere ricompreso anche l'agente biologico Covid-19. Ciò

cit.; P. PASCUCCI, A. DELOGU, *Sicurezza sul lavoro nella PA nell'emergenza da Covid-19*, cit. Invero, quest'ultimo argomento in parte contraddice quanto detto in relazione all'impossibilità per il datore di lavoro di valutare il novello rischio in ragione dell'intervento predominante della pubblica autorità.

³⁸ S. DOVERE, *Covid-19: sicurezza del lavoro e valutazione dei rischi*, in www.giustiziainsieme.it, 22.04.2020.

³⁹ R. BLAIOTTA, *Diritto penale e sicurezza del lavoro*, cit., 108 il quale chiarisce che "l'aggiornamento del documento potrà avvenire anche nella forma di una nota aggiuntiva, in tutte le situazioni nelle quali le modifiche nella gestione dei rischi non siano particolarmente importanti". V. anche R. GUARINIELLO, *La sicurezza del lavoro al tempo del coronavirus*, Milano, 2020, 5 ss.; V. MONGILLO, *Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro in tempi di pandemia*, cit., 28 ss.; O. DI GIOVINE, *Ancora sull'infezione da sars-cov-2*, cit., 11 ss. In giurisprudenza v. Trib. Matera, Sez. lav., 14.09.2020, n. 1107.

in forza di una duplice in ragione: in primo luogo, si osserva che nell'allegato XLVI del T.U.S.L. (che comprende l'elenco degli agenti biologici) viene considerato anche il *Coronaviridae*, ovvero sia la famiglia di virus i cui componenti sono noti come "coronavirus"; in secondo luogo, rileva il fatto che il virus *Sars-cov-2* venga definito dagli stessi protocolli come un "rischio biologico generico".

Si considera, infine, l'art. 2087 c.c. nella parte in cui prevede l'obbligo, in capo all'imprenditore, di adottare tutte le misure che sono necessarie al fine di tutelare l'integrità psico-fisica dei lavoratori⁴⁰.

5. Conclusioni

Dall'analisi che precede, già in parte⁴¹, si comprende come i vari attori della sicurezza (e in specie, il Datore di lavoro) non si siano sempre trovati nelle condizioni migliori per operare e, al contempo, per assicurare ai lavoratori un ambiente lavorativo sano e sicuro. Oltre, infatti, ai problemi cui si è già accennato (avendo, in particolare, riguardo all'ambiguità dell'art. 42, co. 2 del d.l. 17 marzo 2020, n. 18 che ha, di fatto, condotto alla richiesta di uno "scudo protettivo" da parte del mondo imprenditoriale), spesso e soprattutto agli inizi della "seconda fase" – che ha determinato la riapertura delle attività e, quindi, la necessità di ritornare al lavoro in maniera sicura e consapevole – si è avuta la sovrapposizione di disposizioni e discipline. Sovrapposizione che potrebbe aver condotto (e che, in effetti, ha condotto) ad ulteriori dubbi e incertezze nel mondo della sicurezza sul lavoro⁴².

⁴⁰ Questa argomentazione sembra, invero, contrastare con quanto disposto all'interno dell'art. 29-bis che si è visto come ritenga adempiuto l'obbligo di cui all'art. 2087 c.c. con l'adozione delle misure previste all'interno dei protocolli condivisi anti-contagio.

⁴¹ Si tratta invero di un dato che emergerà, in tutta la sua chiarezza, durante l'indagine empirica che si è svolta, soprattutto se si considerano le risposte aperte.

⁴² Più precisamente si è trattato di sovrapposizioni di disposizioni, discipline, nonché di tecniche di tutela e misure di contenimento. Si pensi, ad esempio, alle confusioni che si sono avute in materia di "sanificazione", per cui si è assistito alla sovrapposizione dei concetti "sanificazione professionale" e "sanificazione intensiva". Per un'analisi più approfondita v. il prosieguo dello scritto (in specie il capitolo relativo all'esposizione dei risultati del questionario rivolto ai Datori di lavoro).

Oltre a ciò, il fatto che le varie disposizioni e/o misure anti-contagio presenti all'interno dei *supra* citati protocolli, abbiano avuto, fin dal principio, una struttura “*aperta*” e “*flessibile*”, se da un lato ha portato alla possibilità per le parti politiche e sociali di aggiornare siffatte misure in ragione dell'evoluzione tecnico-scientifica, allo stesso tempo potrebbe aver condotto ad ulteriori incertezze e/o disarmonie in relazione a quelle che erano (e sono) le misure che dovevano (e devono) essere adottate al fine di gestire e prevenire il rischio di contagio.

Nondimeno, occorre considerare le problematiche relative all'obbligo/dovere di aggiornamento del documento di valutazione dei rischi. Si tratta – come si è già accennato nel par. 4 – di un obbligo penalmente sanzionato che, laddove non venga adempiuto, potrebbe condurre a delle conseguenze (penalmente) rilevanti diverse da quelle previste *ex artt.* 29 e 55 del d.lgs. n. 81 del 2008. In effetti, ci si potrebbe chiedere se la mancata e/o inadeguata valutazione del rischio da contagio possa, al netto di quanto disposto negli artt. 29 e 55, assumere rilievo penale nell'ambito dell'imputazione (colposa) di un evento di malattia-infortunio, in quanto integrerebbe la violazione della regola cautelare di cui all'art. 2087 c.c.⁴³. Si tratta, tuttavia, di un quesito cui, almeno per ora, la dottrina prevalente (e in parte anche la giurisprudenza) risponde in maniera negativa per una serie di ragioni. In primo luogo, si sostiene che attribuire rilevanza alla mancata valutazione del rischio nei casi di verifica di eventi-infortunio condurrebbe, di fatto, ad una violazione di quanto previsto nell'ambito dell'art. 29-*bis* della legge 5 giugno 2020, n. 40. In secondo luogo, si specifica che la valutazione del rischio assume la funzione e il contenuto di un obbligo pre-cautelare con rilevanza assai limitata nell'ambito dell'imputazione dell'evento tipico, se non vengono poi, in concreto, individuate specifiche regole volte ad impedire o comunque a ridurre il rischio di verifica dell'evento stesso⁴⁴. Infine, si sottolinea la necessità di accertare, sotto il profilo causale, cosa sarebbe successo laddove il Datore di lavoro avesse aggiornato il docu-

⁴³ Per una ricostruzione del dibattito anche a livello giurisprudenziale v. O. DI GIOVINE, *Ancora sull'infezione da sars-cov-2*, cit., 11 ss.

⁴⁴ Con parole simili, v. D. CASTRONUOVO, F. CURI, S. TORDINI CAGLI, V. TORRE, V. VALENTINI, *La gestione del rischio Covid-19*, cit., 394. Facoltà quest'ultima che si è vista preclusa in ragione del fatto che gli enti centrali si siano appropriati dei poteri che generalmente spettano al Datore di lavoro nell'ambito della gestione e valutazione dei rischi.

mento di valutazione dei rischi e valutato il novello rischio biologico: il singolo episodio di infortunio si sarebbe verificato ugualmente? Oppure, la propagazione del virus sarebbe comunque avvenuta per fattori causali alternativi? Si tratta, invero, di un accertamento difficile da realizzare, per il quale si richiede, in ogni caso, il rispetto della regola dell'oltre il ragionevole dubbio⁴⁵.

Al netto di tali considerazioni, emerge il ruolo senz'altro chiave assunto dai vari Protocolli Anti-contagio tramite i quali gli Enti Centrali hanno, insieme alle Parti sociali e alla Comunità scientifica, tentato di attribuire organicità, coerenza e chiarezza alla disciplina anti-contagio da seguire in ambito aziendale.

Dalla lettura delle varie disposizioni contenute nei vari protocolli si comprende, poi, l'importanza assunta dal Datore di Lavoro, dal Responsabile del Servizio di Protezione e Prevenzione (RSPP), dal Medico competente, nonché infine dal Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS) nell'ambito dell'attuazione, nonché implementazione dei vari Protocolli Anti-contagio adottati a livello nazionale. Proprio per tale ragione il Gruppo di Ricerca "Protocovid" ha pensato di confezionare quattro diverse tipologie di questionari indirizzati nei riguardi di tali soggetti, cui se ne aggiunge un quinto rivolto alle Residenze sanitarie per anziani operanti a Modena e provincia⁴⁶.

⁴⁵ Sul punto v. Cass. pen., Sez. IV, 24.5.2021 n. 20416. In generale sul tema v. D. CASTRONUOVO, F. CURI, S. TORDINI CAGLI, V. TORRE, V. VALENTINI, *La gestione del rischio Covid-19*, cit., 394; D. CASTRONUOVO, *I limiti sostanziali del potere punitivo nell'emergenza pandemica*, cit.; O. DI GIOVINE, *Ancora sull'infezione da sars-cov-2*, cit., 11 ss. Sullo specifico problema del nesso di causalità v. anche S. ZIRULLA, *Nesso di causalità e contagio da covid-19*, in *SP web*, 20.04.2022.

⁴⁶ Come si è già accennato, scopo ultimo dei questionari è quello di "monitorare" e "valutare" come si sia, nel concreto, intervenuti nel territorio di Modena e provincia sul piano dell'attuazione (ed eventuale implementazione) di tali protocolli.

SEZIONE SECONDA

Gli esiti della ricerca

Parte I

1. Premessa sull'indagine svolta

(L. FOFFANI, L. LODI, M.F. CARRIERO)

La ricerca si è svolta mediante la somministrazione di questionari ad “*organizzazioni di lavoro*” e “*professionisti*” della sicurezza. In specie, sono stati sottoposti quattro diverse tipologie di questionari che hanno visto quali destinatari:

- Datori di Lavoro “DL” (con o senza auto-referenziazione nel servizio di prevenzione e protezione a norma dell’art. 34 del d.lgs. n. 81 del 2008);
- Responsabili del Servizio di Prevenzione e Protezione “RSPP” (interni o esterni, esclusi i datori di lavoro DL-SPP) e Consulenti di sicurezza sul lavoro a qualsiasi titolo coinvolti;
- Medici Competenti “MC”;
- Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) sia aziendali (“RLS-A”) che territoriali (“RLS-T”).

I questionari sono stati predisposti dal Dipartimento di Giurisprudenza, mediante l’impegno di due esperti all’uopo selezionati (l’uno di diritto penale del lavoro e l’altro di consulenza tecnica del lavoro).

L’inizio della somministrazione è datato **4 novembre 2021** (primo invio con e-mail), con lettera estesa e approvata dal Gruppo di Ricerca nel mese di ottobre. Si è proceduto coinvolgendo soggetti collettivi (come, ad esempio, “*Ordini*” e “*Collegi professionali*”) per tentare una diffusione capillare dei questionari ai professionisti iscritti nelle relative categorie di riferimento e, per il loro tramite, alle aziende assistite. Sono stati, nondimeno, realizzati invii a singole aziende, previa ricerca degli indirizzi di posta elettronica.

Nella corrispondenza è stata allegata, insieme alla “*lettera di presentazione*” del Progetto di Ricerca “*Protocovid*”, un’ulteriore “*lettera di accompagnamento*” per quanto attiene i soggetti collettivi di cui sopra, nonché l’informativa sulla *privacy* ai sensi dell’art. 13 del Reg. (UE) 2016/679.

Per la precisione, le categorie a cui è stato richiesto un contributo in termini di diffusione dei questionari sono stati i seguenti¹: *Ordine dei Consulenti del Lavoro; Collegio Notarile; Ordine degli Avvocati; Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili; Ordine degli Architetti P.P.C.; Ordine degli Ingegneri; Collegio dei Geometri e Geometri Laureati; Collegio degli Agrotecnici e degli Agrotecnici Laureati; Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatrici; Ordine dei Medici Veterinari; Ordine dei Farmacisti; Ordine delle Professioni Infermieristiche; Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Tecniche, della Prevenzione e della Riabilitazione; Ordine della professione Ostetrica; Ordine dei Biologi; Ordine degli Psicologi; Ordine dei Geologi.*

Sono stati, inoltre, coinvolti: la *Camera di Commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura (CCIAA)* di Modena; le associazioni di categoria quali *Confindustria Emilia, Confesercenti, C.N.A., Lapam Confartigianato Imprese, Confcooperative, Legacoop Estense, Confederazione italiana agricoltori (C.I.A.), Confagricoltura, Ass. Prov. Imprese di Meccanizzazione Agricola (A.P.I.M.A.).*

Un contributo compilativo e divulgativo è stato richiesto anche alle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative (*CGIL, CISL, UIL*). Il progetto è stato, altresì, posto a conoscenza del *Comune di Modena*, dell'*INAIL*, dell'*INPS* e dell'*ASL* di Modena.

In totale, tra aziende, professionisti, associazioni e ordini professionali, sono state trasmesse oltre 300 *e-mail*, riscontrabili sull'*account* dedicato del Gruppo di Ricerca (protocovid@unimore.it). Si è, inoltre, deciso di contattare telefonicamente talune aziende ed enti: ciò ha permesso di illustrare in maniera più dettagliata il progetto e di raccogliere maggiori adesioni di compilazione dei questionari. È stata, altresì, contattata "*Radio Bruno*" i cui professionisti si sono resi disponibili ad intervistare un componente del gruppo di lavoro al fine di pubblicizzare il progetto

¹ Si fa unicamente riferimento a Consigli provinciali e delegazioni di Modena e provincia, salvo che per quegli enti con rilevanza unitaria regionale, ma specificando che la ricerca afferisce esclusivamente al territorio modenese.

tramite i canali di radio-trasmissione². In relazione ad alcuni professionisti sono stati intrapresi anche invii diretti: per la categoria dei Medici competenti si è, infatti, proceduto a mezzo di posta elettronica certificata.

Alcuni ordini professionali hanno cooperato in maniera attiva, pubblicando i questionari sul proprio sito e diffondendo la notizia della ricerca tramite il canale di *newsletter* rivolto agli iscritti. In questo senso, si segnala il contributo dell'Associazione italiana dei Formatori ed Operatori della Sicurezza (AiFOS) che si è resa disponibile ad inoltrare il *link* ai questionari ai propri soci.

Inizialmente la scadenza per la compilazione dei questionari è stata fissata al **30 novembre 2021**. Questa è stata poi prorogata prima al **31 dicembre 2021** e successivamente al **31 gennaio 2022** per concedere ulteriore tempo a tutte quelle aziende che, pur essendo venute a conoscenza del Progetto, non avevano fatto in tempo a rispondere alle domande *on-line*.

Verso la fine di quest'ultimo periodo è stata avviata una seconda fase di ricerca dedicata esclusivamente alle “*Strutture Residenziali per Anziani*”, con questionari appositamente confezionati dal Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze³.

Nel mese di febbraio 2022 è cominciata l'analisi dei risultati di seguito commentati.

Nell'ambito della presente ricerca sono pubblicati anche i grafici riepilogativi dell'andamento delle risposte aggregate. Si rammenta che i dati sono stati raccolti con rispetto dell'anonimato. Nondimeno, per le imprese volenterose di fornire ulteriori dettagli, è stata concessa la facoltà di indicare nei questionari il proprio indirizzo *mail* per successivi contatti.

² L'intervista, oltre ad essere andata in onda radio, è reperibile in formato testo sul sito delle *news* di Radio Bruno: https://www.ultimissimemodena.it/Salute/7397_.html

³ I risultati di tale questionario sono riportati nella Seconda Parte della Seconda Sezione.

2. Analisi dei risultati del questionario rivolto ai Datori di lavoro

(M.F. CARRIERO)

Il Datore di lavoro viene comunemente definito, in dottrina giuspenalistica, come il “*principale debitore della sicurezza*”¹. In particolare, in base all’art. 2, comma 1, lett. *b*), d.lgs. n. 81 del 2008 (così come modificato e integrato dal d.lgs. n. 106 del 2009) con Datore di lavoro, nelle aziende private, si intende il “*titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o, comunque, il soggetto che, secondo il tipo e l’assetto dell’organizzazione nel cui ambito il lavoratore presta la propria attività, ha la responsabilità dell’organizzazione stessa o dell’unità produttiva, in quanto esercita i poteri decisionali e di spesa*”. Alla luce di questa definizione si comprende come gli indici di riconoscimento della figura del “*primo*” garante della sicurezza siano essenzialmente due: il primo, di carattere formale e civilistico, fa leva sulla c.d. “*titolarità del rapporto di lavoro*”; il secondo, invece, di natura sostanziale, riguarda i profili del “*potere gestionale e di spesa*”.

¹ Sul punto D. CASTRONUOVO, *I delitti di omicidio e lesioni*, in D. CASTRONUOVO, F. CURI, S. TORDINI CAGLI, V. TORRE, V. VALENTINI, *Sicurezza sul lavoro. Profili penali*, Torino, 326 specifica che “Il debito di sicurezza gravante sulla figura datoriale è in primo luogo di tipo “cognitivo”: è un «dovere di sapere», di prendere cognizione, di acquisire conoscenze, che consiste nella precisa individuazione, in virtù della sua posizione di “prossimità”, di tutti i fattori di rischio innescati dalla e nella attività produttiva (*risk assessment*) (art. 15, lett. a; art. 28, comma 1, t.u.s.l.). In secondo luogo, è un obbligo di tipo “regolativo” ed “organizzativo”: alla valutazione dei rischi deve seguire l’indicazione, nel DVR, delle misure di prevenzione e protezione adeguate, nonché delle procedure organizzative per l’attuazione delle misure (art. 28, lett. b, d). Infine, i compiti di sicurezza si specificano in **obblighi ulteriori** (questi ultimi **non esclusivi del datore, ma condivisi con il dirigente** e delegabili) di comunicazione del rischio (*risk communication*), mediante le menzionate attività formative, informative e addestrative, nonché di gestione operativa ed organizzativa del rischio (*risk management*), come, ad esempio: nominare il medico competente per la sorveglianza sanitaria, designare i lavoratori incaricati dell’attuazione delle misure antincendio e di gestione dell’emergenza, fornire ai lavoratori i necessari e idonei d.p.i, aggiornare le misure di prevenzione in relazione ai mutamenti organizzativi e produttivi o al grado di evoluzione della tecnica della prevenzione e della protezione”.

² Da tale definizione si comprende come il d.lgs. n. 81 del 2008 accolga il punto di vista “formale-funzionale”. In generale sul tema v. S. TORDINI CAGLI, *I soggetti*, in

Ciò posto, si specifica che in relazione al (solo) questionario rivolto ai Datori di lavoro considerando tanto le differenze settoriali, quanto le diverse specializzazioni dell'utenza destinataria dei quesiti, circa il **40%** delle risposte è stato ottenuto mediante **intervista telefonica**, con compilazione *on-line* da parte del Gruppo di Ricerca "Protocovid". Malgrado alcuni settori siano risultati meno partecipativi, l'analisi globale delle risposte permette di realizzare osservazioni utili sull'andamento della "gestione aziendale" durante il periodo di pandemia.

1. Settore di Attività (Gruppi ATECO)

Le organizzazioni di lavoro che hanno fornito un contributo all'indagine sono in tutto **187**. Queste sono state suddivise in base al "settore di appartenenza" identificato con i gruppi di codificazione ATECO. Si sono, così, ottenuti una serie di "macro-gruppi" a cui sono state, poi, aggiunte delle ulteriori "sottocategorie" in quanto valutate di particolare interesse ai fini della ricerca.



La distribuzione in base al settore è la seguente:

- 32,6 % (61 unità) Commercio;
- 18,2% (34 unità) Attività manifatturiera e industria;
- 15,5% (29 unità) Agricoltura;
- 15% (28 unità) Uffici aziendali + 1,1% (2 unità) Uffici, servizi, associazioni;
- 3,7% (7 unità) Istruzione;

Sicurezza sul lavoro, cit., 83 ss.; v. anche R. BLAIOTTA, *Diritto penale e sicurezza del lavoro*, Torino, 2020, 29 ss.

- 3,2% (6 unità) Sanità e servizi sociali;
- 3,2% (6 unità) Edilizia;
- 2,1% (4 unità) Trasporti;
- 2,1% (4 unità) Terzo settore e volontariato;
- 1,6% (3 unità) Ristorazione;
- 1,1% (2 unità) Pubblico spettacolo, discoteche, eventi e sport;
- 0,5% (1 unità) Pubblica amministrazione.

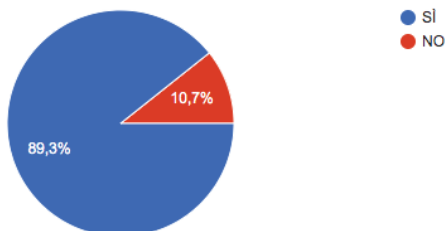
2. Chiarezza e consapevolezza dei protocolli

La prima domanda mira a comprendere quanta chiarezza sia stata raggiunta dal Protocollo d'Intesa del Governo con le Parti sociali, promosso in data 14.03.2020 (sottoscritto il 24.04.2020 e incluso nell'allegato n. 6 del d.P.C.M. del 26.04.2020) e successivamente aggiornato dal Protocollo del 06.04.2021.

Dai risultati emerge che l'**89,3%** (167 partecipanti) ritiene "*chiaro*" il contenuto dei protocolli e, conseguentemente, le regole anti-contagio da applicare; un **10,7%** (20 aziende o organizzazioni di lavoro in senso lato) ha, invece, espresso opinione contraria. Si tratta di un dato senz'altro confortevole se considerato alla luce della stratificazione normativa e regolamentare che si è avuta soprattutto durante le prime due fasi della pandemia.

Riguardo al Covid-19, i Protocolli promossi dal Governo sono stati sufficientemente chiari?

187 risposte



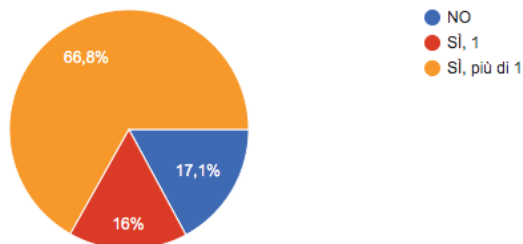
3. Informazione

È risaputo che le aziende, per rimanere aperte durante la pandemia, avevano il compito di adempiere ad una serie di obblighi, tra i quali vi era anche quello di esporre “*cartelli informativi*”; ciò al fine di assicurare la maggior diffusione possibile della conoscenza (anche fuori dell’azienda) delle misure cautelative, preventive e di sicurezza anti-contagio. Non a caso, il punto 1 (Informazione) dei Protocolli Anti-contagio adottati a livello centrale dispone che “*L’azienda, attraverso le modalità più idonee ed efficaci, informa tutti i lavoratori e chiunque entri in azienda circa le disposizioni delle Autorità, consegnando e/o affiggendo all’ingresso e nei luoghi maggiormente visibili dei locali aziendali, appositi depliant informativi*”. Si consideri, peraltro, che la Regione Emilia Romagna ha previsto, con l’Atto del Presidente (Decr. Num. 82 del 17.05.2020), tra le misure di carattere generale l’obbligo di esporre cartellonistica sia in italiano, che in inglese.

La ricerca mostra che l’**82,8%** dei partecipanti ha esposto cartelli informativi sul luogo di lavoro. Per la precisione, il **66,8%** (125 unità) ha esposto “*più cartelli*”; mentre, il **16%** (30 unità) un unico cartello indicante le diverse misure³. Si riscontra, poi, un **17,1%** (32 unità) di aziende che dichiarano di non aver esposto alcun cartello; tuttavia, da un controllo incrociato dei dati si è compreso come si tratti, prevalentemente, di “*aziende agricole*” che, lavorando all’aperto, non aveva probabilmente senso che affiggessero alcun cartello presso la propria sede.

INFORMAZIONE: sono stati esposti cartelli informativi sul luogo di lavoro?

187 risposte



³ Da contatti telefonici si è compreso come sia stata utilizzata la locandina messa a disposizione dal Ministero della Salute.

4. Partecipazione

Si è poi chiesto di indicare quali figure professionali abbiano partecipato alla stesura dei Protocolli Anti-contagio. Al primo posto – si presume per ragioni di competenza tecnico-professionale – si colloca il “*Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)*”⁴ che ha

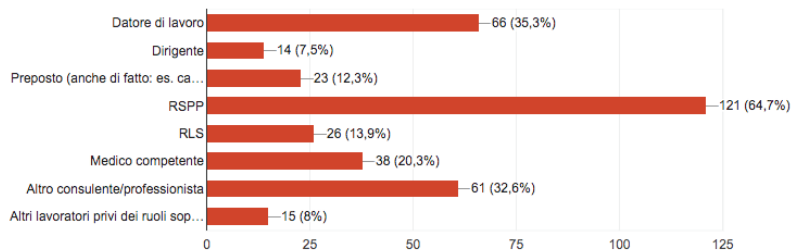
⁴ In questo senso, come fatto notare da R. BLAIOTTA, *Diritto penale e sicurezza del lavoro*, cit., spec. 57 “la nomina del responsabile costituisce obbligo non delegabile del datore di lavoro. Tale peculiare rilevanza dell’organismo è dovuta al fatto che esso **introduce nell’organizzazione aziendale competenze tecniche e scientifiche di fondamentale importanza ai fini di una avvertita gestione del rischio**; cooperando con il datore di lavoro e trasmettendogli conoscenze specialistiche” [grassetti aggiunti]. Nondimeno, si pone il problema di capire se il soggetto *de quo* possa essere concepito come un reale “*soggetto garante*” sulla base della definizione che, in generale, ci deriva dall’art. 40 cpv. c.p. Si tratta, in effetti, di una figura che non detiene poteri impeditivi in senso proprio bensì “mediato”. Pur tuttavia, come fatto notare in dottrina, quando “si è in presenza di un campo che mostra l’istituzionale agire integrato di diversi soggetti, magari con ruoli fortemente differenziati, l’assenza di autonomi poteri gestori non vale per nulla ad escludere la responsabilità, quando la violazione degli obblighi imposti all’agente si riverbera proprio sulle decisioni assunte da chi quei poteri gestori riveste”; ciò anche perché “l’errore del garante primario è talvolta generato in modo determinante da informazioni o indicazioni che promanano dal servizio, cui la legge attribuisce l’indicato, importantissimo ruolo di consulenza” (così ancora R. BLAIOTTA, *Diritto penale e sicurezza del lavoro*, cit., 58). Per cui, in relazione alla figura del RSPP pur mancando, in effetti, una posizione di garanzia in senso stretto, si potrebbe comunque giustificare un addebito *sub specie* di concorso (anche omissivo) nel reato commesso da altri, nell’ottica di evitare la messa in pericolo e/o la lesione di beni giuridici di elevato rango in relazione ai quali il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione assume un ruolo senz’altro chiave e infungibile (appunto, di consulenza tecnico-specialistica). Sul punto di fondamentale importanza è Cass., Sez. un., 24.04.2014, n. 38343 in cui è stata riconosciuta la responsabilità penale del RSPP, in quanto non avrebbe assolto “l’obbligo [...] di svolgere in autonomia, nel rispetto del sapere scientifico e tecnologico, il compito di informare il datore di lavoro e di dissuaderlo da scelte magari economicamente seducenti ma esiziali per la sicurezza”. L’accusa era, quindi, incentrata su una omessa informazione-segnalazione (art. 113 c.p.). In generale, sul ruolo del RSPP, v. L.M. PELUSI, *Competenza per il rischio e responsabilità penale all’interno del sistema della sicurezza sul lavoro: le figure del committente, dei coordinatori per la sicurezza e del rspp*, in *Cass. pen.*, 2014, 2610 ss. Quanto alla giurisprudenza, v. Cass. pen., Sez. IV, 10.03.2021, n. 24822 secondo cui “[i] responsabile del servizio di prevenzione e protezione, può essere ritenuto responsabile, anche in concorso con il datore di lavoro, del verificarsi di un infortunio, ogni qual volta questo sia oggettivamente riconducibile ad una situazione pericolosa che egli avrebbe avuto l’obbligo di conoscere e segnalare, dovendosi presumere che alla segnalazione faccia seguito l’adozione, da parte del datore di lavoro, delle iniziative idonee a neutralizzare tale situazione”. Più in generale, sulla posizione

ottenuto la percentuale del **64,7%** (121 unità a favore del RSPP); seguito dal “*Datore di lavoro*”, quale “*primo*” garante della sicurezza, che ha invece conseguito un risultato pari al **35,3%** (66 unità a favore del Datore di lavoro).

Oltre che la figura del RSPP, assume particolare rilievo anche quella del “*Consulente o altro professionista*”, con il **32,6%** (61 unità). Spesso, d'altronde, il responsabile del SPP nelle piccole imprese è un consulente esterno, anche se non mancano delle realtà in cui il consulente non ricopre anche la carica di RSPP in quanto questa è svolta direttamente dal Datore di lavoro sulla base di quanto disposto dall'art. 34 del d.lgs. n. 81 del 2008 (si fa riferimento al c.d. “*Datore di lavoro auto-referenziato*” nei compiti del servizio di prevenzione e protezione, in acronimo “DL-SPP”)⁵.

PARTECIPAZIONE: quali di questi soggetti hanno collaborato nella stesura dei protocolli anti-contagio Covid-19?

187 risposte



di garanzia in materia di sicurezza sul lavoro, v. D. MICHELETTI, *La posizione di garanzia nel diritto penale del lavoro*, in *Riv. trim. dir. pen. econ.*, 2011, 153 ss.

⁵ L'art. 34 co. 1 prevede, infatti, che “Salvo che nei casi di cui all'articolo 31, comma 6, il datore di lavoro può svolgere direttamente i compiti propri del servizio di prevenzione e protezione dai rischi, di primo soccorso, nonché di prevenzione incendi e di evacuazione, nelle ipotesi previste nell'allegato 2 dandone preventiva informazione al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza ed alle condizioni di cui ai commi successivi”. I casi in cui, pertanto, non è possibile ricorrere a questo tipo di modalità sono espressamente previsti ex art. 31 co. 6. Oltre a ciò si prevede comunque, sempre all'interno dell'art. 34, quelle che sono le condizioni affinché si possa ritenere validamente presente all'interno di una realtà aziendale un DL-SPP. In questo senso, risulta indispensabile che il datore di lavoro frequenti una serie di corsi di formazione, nonché di aggiornamento.

Minore, ma comunque interessante, la partecipazione del “*Medico competente*” che si attesta al 20,3% (38 professionisti), seguito dalla figura del “*Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza*” (RLS)⁶ con un 13,9%. In questo senso, si può ricordare quanto previsto al punto 12 (Sorveglianza sanitaria/medico competente/rls) dei Protocolli Anti-contagio in cui si dispone che “*nell’integrare e proporre tutte le misure di regolamentazione legate al COVID-19 il medico competente collabora con il datore di lavoro e le RLS/RLST*”. Da tale formula si comprende il ruolo chiave di questi soggetti nell’ambito dell’integrazione e/o predisposizione delle misure di gestione e prevenzione.

Seguono, poi, i “*preposti*” (12,3%, ovverosia 23 unità); i “*dirigenti*” con il 7,5%, superati leggermente da “*altri lavoratori privi dei ruoli di cui sopra*” (8%).

⁶ Tale figura è stata, per la prima volta, introdotta dal d.lgs. n. 626 del 1994 al fine di realizzare una maggior coinvolgimento attivo, nonché partecipazione concreta dei lavoratori nella gestione della sicurezza sul lavoro; ciò considerando anche l’orientamento dottrinale secondo cui i lavoratori non sono più solo “*creditori della sicurezza*” ma anche “*debitori della sicurezza*”: questi hanno pertanto il compito di collaborare e intervenire attivamente al fine di assicurare un ambiente sano e sicuro in azienda (tale aspetto che verrà maggiormente ripreso nel prosieguo). Tale ruolo è stato, poi, confermato anche nella normativa attuale che definisce, all’interno dell’art. 2, co. 1, lett. f) del d.lgs. n. 81 del 2008, il Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza come “la persona eletta o designata per rappresentare i lavoratori per quanto concerne gli aspetti della salute e della sicurezza durante il lavoro”. Svolge, invero, funzioni solo consultive (art. 50) e, di fatto, funge da “*raccordo*” tra i lavoratori e i vari vertici aziendali. Quanto alle modalità di elezione, occorre considerare quanto previsto ex art. 47 che dispone che “[i]l rappresentante dei lavoratori per la sicurezza è istituito a livello territoriale o di comparto, aziendale e di sito produttivo. L’elezione dei rappresentanti per la sicurezza avviene secondo le modalità di cui al comma 6. In tutte le aziende, o unità produttive, è eletto o designato il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza. Nelle aziende o unità produttive che occupano fino a 15 lavoratori il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza è di norma eletto direttamente dai lavoratori al loro interno oppure è individuato per più aziende nell’ambito territoriale o del comparto produttivo secondo quanto previsto dall’articolo 48. Nelle aziende o unità produttive con più di 15 lavoratori il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza è eletto o designato dai lavoratori nell’ambito delle rappresentanze sindacali in azienda. In assenza di tali rappresentanze, il rappresentante è eletto dai lavoratori della azienda al loro interno”.

5. *Triage all'ingresso nei luoghi di lavoro*

Nei Protocolli Anti-contagio due punti sono interamente dedicati alla modalità di ingresso all'azienda. Il primo punto (Modalità di ingresso in azienda) riguarda le generali misure che possono essere adottate al fine di consentire l'accesso in azienda; il secondo punto (Modalità di accesso dei fornitori esterni) concerne, invece, le modalità di accesso dei fornitori esterni.

Data pertanto l'importanza, in termini di prevenzione, dei "controlli" effettuati all'ingresso delle varie strutture aziendali (che si sono rilevati utili, soprattutto nelle prime fasi, in quanto volti se non ad eliminare, quantomeno a ridurre il rischio di contagio, considerando, peraltro, la possibilità di avere a che fare anche con soggetti asintomatici) si è cercato di capire quali azioni di "trriage" sono state realizzate. La concentrazione maggiore dei risultati è a favore del "controllo sul corretto utilizzo della mascherina" (96,3%, 180 risposte); al secondo posto si colloca, poi, "l'igienizzazione delle mani al momento dell'ingresso nei locali" (77,5%, 145 risposte)⁷.

Anche la "misurazione della temperatura" ha ritrovato buon riscontro, ottenendo una percentuale pari al 36,4% (68 unità). Si tratta, invece, di una misura che, nonostante l'importanza, è sempre stata concepita, almeno alla luce di quanto emerge all'interno dei Protocolli (sia quello del 14.03.2020, che quello del 06.04.2021), come oggetto di una mera facoltà e non anche di un obbligo in senso proprio. All'interno del punto 2 si prevede, infatti, che "[i]l personale, prima dell'accesso al luogo di lavoro potrà essere sottoposto al controllo della temperatura corporea. Se tale temperatura risulterà superiore ai 37,5°, non sarà consentito l'accesso ai luoghi di lavoro". Tutto ciò probabilmente in ragione delle conseguenze che si possono avere in termini di tutela della *privacy*⁸.

Nulla era, invece, previsto all'interno dei Protocolli in riferimento alla c.d. richiesta di "autocertificazione" che, in effetti, ha ottenuto un riscontro piuttosto basso (11,2% dei casi, pari a 21 aziende)⁹. Potrebbe,

⁷ Si specifica che si la risposta era multipla. Gli intervistati avevano quindi la possibilità di indicare più di un'opzione.

⁸ Non a caso, all'interno del protocollo dell'aprile 2021, si prevede la seguente dicitura "[l]a rilevazione in tempo reale della temperatura corporea costituisce un trattamento di dati personali e, pertanto, deve avvenire ai sensi della disciplina *privacy* vigente".

⁹ Si tratta di una modulistica utilizzata solo all'inizio della pandemia e successivamente caduta in disuso.

invece, essere stata utile – soprattutto agli inizi della pandemia, quando si pensava di realizzare il c.d. “*tracciamento dei contagi*”¹⁰ – la soluzione

¹⁰ Invero, si pensava di utilizzare questo tipo di tecnica sostanzialmente per due motivi: da un lato al fine di tracciare la “*catena di contagio*” e, conseguentemente, per isolare i soggetti a rischio di contrazione del virus in quanto entrati in contatto diretto con soggetti affetti dalla patologia; dall’altro, anche al fine di “*controllare*” il rispetto delle misure di contenimento che si è visto come, soprattutto nella prima fase della pandemia, fossero essenzialmente volte a ridurre al minimo il “*rischio di contatto*” (e contagio), con conseguente limitazione della libertà di circolazione della popolazione. Nondimeno, in dottrina penalistica si è addirittura proposto di fare ricorso a tecniche di c.d. *contact tracing* (tracciamento tramite telefoni, social, droni ecc.) per dare corpo e sostanza ad eventuali studi epidemiologici da utilizzare nei casi di contestazione di reati contro la salute pubblica (es. delitto di epidemia). Si tratta, tuttavia, di tecniche che possono condurre (*recte*: conducono) a delle ingenti e indebite compromissioni sulla (sfera della) libertà (e riservatezza) personale. Limitazioni e compromissioni che potrebbero nondimeno essere giustificate, in un’ottica di bilanciamento di interessi. In quest’ultima direzione – e in specie avendo riguardo al bilanciamento che, di fatto, si è svolto tra “libertà” (personale, di circolazione, di iniziativa economica ecc.) e “vita e salute” – si può, in effetti, sostenere che malgrado teoricamente (o, probabilmente, solo in apparenza) non debbano esistere “beni giuridici tiranni” si è, tramite la pandemia, in concreto accordata maggior tutela nei riguardi dei secondi “vita e salute”. Sul punto, si ricordi la sentenza della Corte Cost., del 9.05.2013 n. 85 che, chiamata a decidere sulla legittimità costituzionale del d.l. n. 207 del 2012, evidenziava la necessità di “un ragionevole bilanciamento tra diritti fondamentali tutelati dalla Costituzione, in particolare alla salute (art. 32 Cost.), da cui deriva il diritto all’ambiente salubre, e al lavoro (art. 4 Cost.), da cui deriva l’interesse costituzionalmente rilevante al mantenimento dei livelli occupazionali ed il dovere delle istituzioni pubbliche di spiegare ogni sforzo in tal senso”, precisando, peraltro, che “tutti i diritti fondamentali tutelati dalla Costituzione si trovano in rapporto di integrazione reciproca e non è possibile pertanto individuare uno di essi che abbia la prevalenza assoluta sugli altri. La tutela deve essere sempre “sistemica e non frazionata in una serie di norme non coordinate ed in potenziale conflitto tra loro” (sentenza n. 264 del 2012). Se così non fosse, si verificherebbe l’illimitata espansione di uno dei diritti, che diverrebbe “tiranno” nei confronti delle altre situazioni giuridiche costituzionalmente riconosciute e protette, che costituiscono, nel loro insieme, espressione della dignità della persona”. Sicché, è necessario garantire “un continuo e vicendevole bilanciamento tra principi e diritti fondamentali, senza pretese di assolutezza per nessuno di essi. La qualificazione come “primari” dei valori dell’ambiente e della salute significa pertanto che gli stessi non possono essere sacrificati ad altri interessi, ancorché costituzionalmente tutelati, non già che gli stessi siano posti alla sommità di un ordine gerarchico assoluto”. Nondimeno, la terza sezione del Consiglio di Stato (Cons. St., Sez. III, dec., 30.03.2020, n. 1553) ha affermato che “per la prima volta dal dopoguerra, si sono definite ed applicate disposizioni fortemente compressive di diritti anche fondamentali della persona – dal libero movimento, al lavoro, alla privacy – **in nome di un valore di ancor più primario e generale rango costituzionale, la salute pubblica, e cioè la salute della generalità dei cittadini, messa in pericolo dalla**

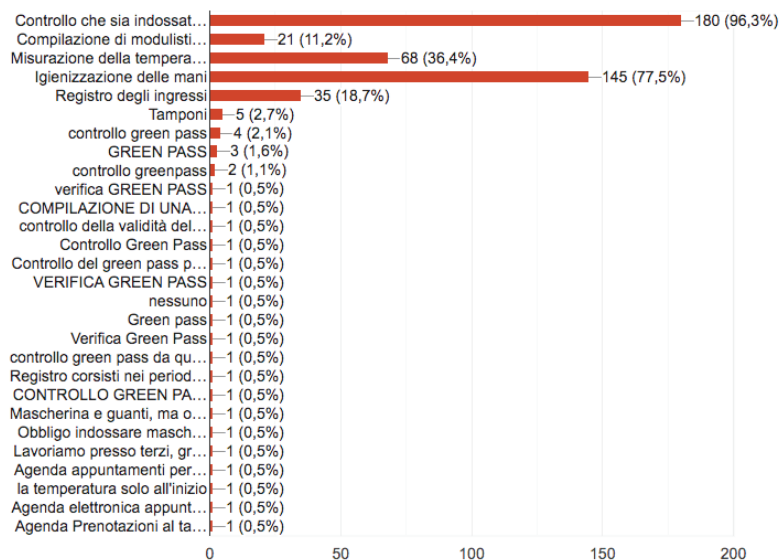
del “registro degli ingressi”: una percentuale pari al 18,7% ha, in effetti, affermato di aver fatto ricorso a questa tecnica. Alcuni intervistati hanno, inoltre, dichiarato di aver utilizzato l’agenda elettronica per documentare le presenze del personale aziendale o il ricevimento di terzi previo appuntamento (“registro delle presenze”).

Poche le imprese che hanno, invece, deciso di ricorrere all’uso del “tampona per via cautelativa” (2,7%). Si ritiene che tale scarso utilizzo sia prevalentemente dovuto al fatto che si tratta di una misura complessa da realizzare, necessitante di specifiche competenze tecnico-sanitarie.

Il resto delle risposte è marginale e/o fuorviante, compresa l’indicazione del “green pass”; strumento, questo, che esula dall’oggetto della presente ricerca.

TRIAGE: quali delle seguenti azioni vengono svolte all'ingresso in azienda?

187 risposte



permanenza di comportamenti individuali (pur pienamente riconosciuti in via ordinaria dall’Ordinamento, ma) potenzialmente tali da diffondere il contagio, secondo le evidenze scientifiche e le tragiche statistiche del periodo” [grassetti aggiunti].

6. Igiene (personale, respiratoria, ambientale)

Prima di analizzare i risultati relativi all'igiene è opportuna una premessa.

La locuzione “*norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro*” è stata introdotta dalla L. 11 maggio 1966, n. 296 (“*Modifiche degli articoli 589 (omicidio colposo) e 590 (lesioni personali colpose) del Codice penale*”), allorquando la legislazione in materia di Protezione dei lavoratori era incentrata sui decreti presidenziali emanati tra il d.P.R. 27 aprile 1955, n. 547 (“*Norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro*”) e il d.P.R. 19 marzo 1956, n. 303 (“*Norme generali per l'igiene del lavoro*”). La diversa titolazione attribuita ai due testi costituiva espressione del chiaro intento legislativo di mantenere distinte e separate le discipline: da un lato, pertanto, vi erano le norme dedicate alla “*prevenzione*”; dall'altro quelle in tema di “*igiene*”. In senso opposto si è, tuttavia, espressa la giurisprudenza che ha, fin da subito, esteso l'ambito applicativo delle “*norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro*” sino a ricomprendervi non solo le “*norme per l'igiene del lavoro*”, ma anche tutte quelle disposizioni che, pur non essendo collocate nei decreti presidenziali esplicitamente dedicati alla materia, perseguivano comunque il fine di evitare incidenti sul lavoro e/o malattie professionali. Tale tendenza è stata, dapprima, accolta dal d.lgs. n. 626 del 1994 ed è stata successivamente ripresa anche nel d.lgs. n. 81 del 2008, per cui attualmente tra le “*norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro*” si ricomprendono anche quelle volte ad assicurare l'igiene del lavoro.

L'importanza dall'igiene è stata, certamente, compresa anche dai Protocolli Anti-contagio. Altrettanto, invece, non può dirsi probabilmente in relazione alle realtà aziendali che si sono analizzate. Al netto, infatti, delle risposte fornite ai primi due quesiti (che palesano dei dati confortanti), il resto dei risultati ottenuti è, infatti, certamente preoccupante. Ma procediamo per gradi.

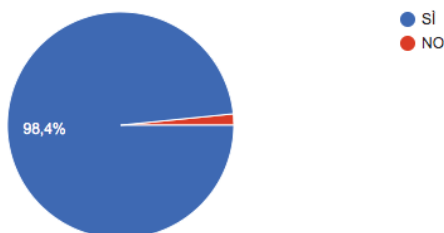
Per quanto concerne i protocolli, si può ricordare come, oltre che nel punto 4 (che è interamente dedicato alla Pulizia e Sanificazione in azienda), il concetto di igiene venga a più riprese richiamato sia nel punto 1 (relativo all'Informazione) in cui si prevede “*l'impegno a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e del datore di lavoro nel fare accesso in azienda (in particolare, mantenere la distanza di sicurezza, osservare le regole di*

igiene delle mani e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene); sia nel punto 6 (riguardante i Dispositivi di protezione individuale) in cui si dispone che “[l]’adozione delle misure di igiene e dei dispositivi di protezione individuale indicati nel presente Protocollo di regolamentazione è fondamentale; tenuto conto del perdurare della situazione emergenziale, si continua a raccomandare un loro utilizzo razionale – come peraltro sottolineato dall’Organizzazione mondiale della sanità (OMS) – secondo la disciplina vigente”.

Quanto invece ai risultati dei questionari, un primo dato confortante è che il **98,4%** degli intervistati conferma la messa a disposizione, da parte delle aziende, del “gel disinfectante”.

IGIENE PERSONALE: sono stati predisposti dispensers di gel disinfectante?

187 risposte

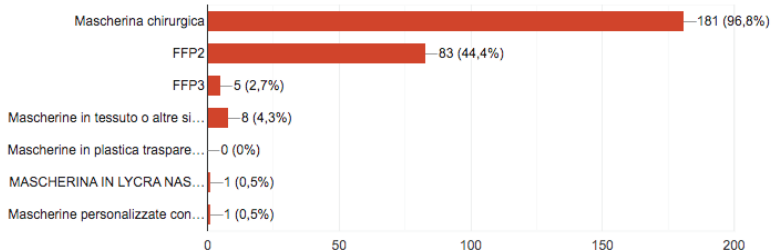


Altresì, si convalida l’utilizzo delle “mascherine”. In particolare, si conferma l’impiego della “mascherina chirurgica” (**96,8%**) (di cui l’**86,5%** per la tipologia “a tre veli”), nonché di quella FFP2 (**44,4%**, pari ad 83 intervistati). Minori le percentuali riguardanti l’impiego delle mascherine FFP3 (**2,7%**), e delle “mascherine in tessuto o altre simili anche se auto-realizzate” (**4,3%**). Percentuali del tutto irrisorie si sono, infine, ottenute in riferimento alle “mascherine personalizzate con marchio aziendale” (**0,5%**) e a quelle in “lycra naso-bocca impermeabili” (**0,5%**). Praticamente pari a zero, invece, la percentuale di soggetti che ha risposto al quesito con “mascherine in plastica trasparente o simili”.

Gli esiti della ricerca

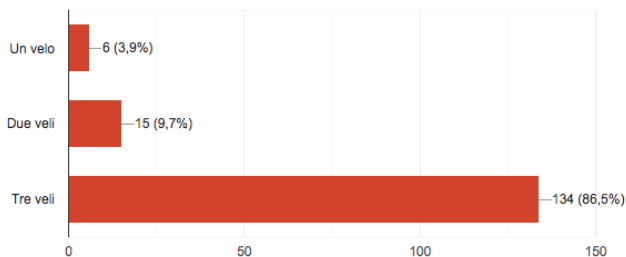
IGIENE RESPIRATORIA: quali tipologie di mascherina sono state adottate in azienda in relazione al Covid-19?

187 risposte



(Segue: facoltativa) In caso di adozione di mascherine chirurgiche, precisare il loro grado di protezione, se conosciuto:

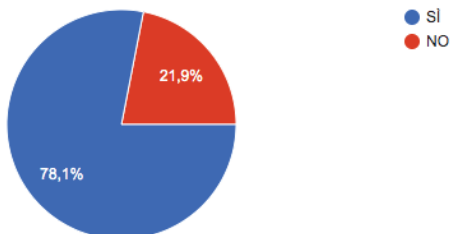
155 risposte



Si registra, poi, un positivo aumento (rispetto all'originaria prassi aziendale) delle pulizie di superfici (78,1%). Probabilmente ancora troppo alta è, però, la percentuale di soggetti che ha risposto in senso contrario: il 21,9% degli intervistati ha, infatti, dichiarato che non è aumentata la frequenza nella pulizia delle superfici rispetto a quanto avveniva pre-Covid-19.

IGIENE AMBIENTALE: è aumentata la frequenza nella pulizia delle superfici rispetto alla prassi aziendale pre-Covid-19?

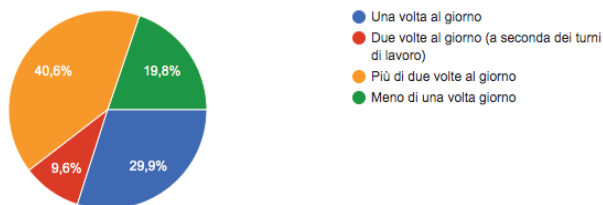
187 risposte



Si è poi domandato se fosse, in generale, aumentata la pulizia degli ambienti di lavoro e in particolare delle superfici (es. scrivanie, maniglie delle porte, materiale in uso condiviso, ecc.). Ebbene, se il **40,6%** degli intervistati ha dichiarato che sono state eseguite pulizie *“per più di due volte al giorno”*; il **19,8%** ha, invece, risposto *“meno di una volta al giorno”*. Il **29,9%** ha indicato la media di *“una volta al giorno”*; il **9,6%** le ha infine eseguite *“due volte al giorno a seconda dei turni di lavoro”*.

(Segue.) Con quale frequenza è stata eseguita la disinfezione delle superfici (es. scrivania, maniglie delle porte)?

187 risposte



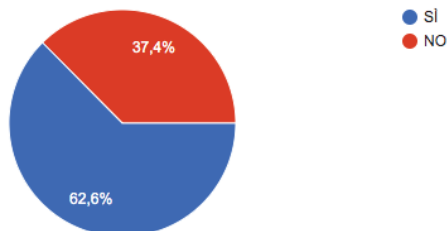
Non così rassicurante il dato concernente l'eventuale aumento delle **pulizie nei bagni**. Solo il **62,6%** (117 aziende su 187) ha dichiarato di averle aumentate. Il **37,4%** degli intervistati ha, invece, dichiarato che non è aumentata la frequenza della pulizia dei bagni¹¹.

¹¹ Sul punto occorre ricordare che l'Istituto Superiore di Sanità aveva, già agli inizi della pandemia, specificato che tra “le possibili vie di trasmissione del virus SARS-

Gli esiti della ricerca

IGIENE AMBIENTALE: è aumentata la frequenza nella pulizia dei bagni rispetto alla prassi aziendale pre-Covid-19?

187 risposte



Da ciò emerge un aspetto chiaramente critico e su cui andrà posta maggiore attenzione in ipotesi di future pandemie con “*rischio biologico generico*”¹², in relazione alle quali è noto come l’igiene giochi un ruolo fondamentale.

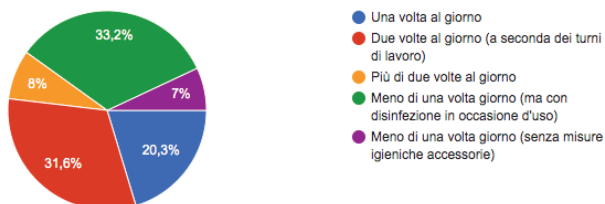
Stesse considerazioni possono essere svolte anche in relazione al grafico concernente “*la frequenza delle pulizie dei bagni*”: il 33,2% degli intervistati ha, infatti, dichiarato che le pulizie dei bagni vengono realizzate “*meno di una volta al giorno (ma con disinfezione in occasione d’uso)*”. Si tratta di una percentuale, invero, equiparabile a quella che si è espressa nel senso di dire “*due volte al giorno (a seconda dei turni di lavoro)*” (31,6%). Il 7% degli intervistati ha, peraltro, addirittura dichiarato che le pulizie vengono realizzate “*meno di una volta al giorno (senza misure igieniche accessorie)*”.

CoV-2 vi sono, le goccioline (*droplet*), il bioaerosol (*droplet* nuclei) di origine respiratoria e, potenzialmente, il bioaerosol originato dagli impianti di scarico fecali” (così il Rapporto ISS COVID-19 n. 33 del 2020, “*Indicazioni sugli impianti di ventilazione/climatizzazione in strutture non sanitarie e in ambienti domestici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Gruppo di Lavoro Ambiente-Rifiuti COVID-19*” (versione del 25.05.2020) reperibile al seguente indirizzo: https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+33_2020.pdf/f337017e-fb82-1208-f5da-b2bd2bf7f5ff?t=1590775337366).

¹² Si ricordi, in questo senso, come siano gli stessi Protocolli Anti-contagio a dire che “[i]l COVID-19 rappresenta un rischio biologico generico, per il quale occorre adottare misure uguali per tutta la popolazione”.

(Segue.) Con quale frequenza sono state eseguite le pulizie dei bagni?

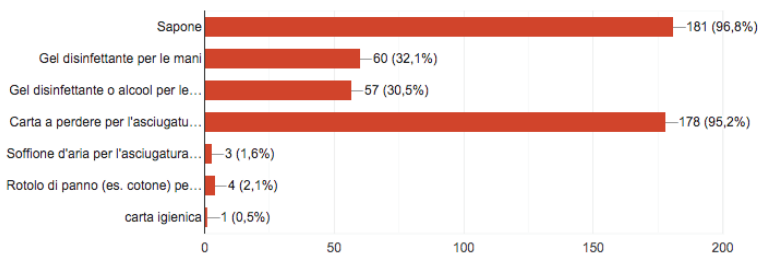
187 risposte



Quanto ai presidi utilizzati sempre all'interno dei bagni, si registrano le seguenti percentuali: *“sapone”* (96,8%), *“carta a perdere per l'asciugatura delle mani”* (95,2%), *“gel disinfettante per le mani”* (32,1%), *“gel disinfettante o alcool per le superfici”* (30,5%), *“soffione d'aria per l'asciugatura delle mani”* (1,6%), *“rotolo di panno (es. cotone) per l'asciugatura delle mani”* (2,1%), *“carta igienica”* (0,5%).

(Segue.) Quali presidi sono presenti all'interno dei bagni?

187 risposte



7. Sanificazione professionale/intensiva

Un commento a parte merita la *“sanificazione”*.

Si deve, in primo luogo, rammentare che il Protocollo Anti-contagio del 06.04.2021 prevede, al punto 4 (Pulizia e sanificazione in azienda), che *“l'azienda assicura la pulizia giornaliera e la sanificazione periodica dei locali, degli ambienti, delle postazioni di lavoro e delle aree comuni e*

di svago, in coerenza con la circolare del Ministero della salute n. 17644 del 22 maggio 2020"; nel medesimo punto si dispone, altresì, che *"nel caso di presenza di una persona con COVID-19 all'interno dei locali aziendali, si procede alla pulizia e sanificazione dei suddetti, secondo le disposizioni della circolare del Ministero della salute n. 5443 del 22 febbraio 2020, nonché alla loro ventilazione"*¹³.

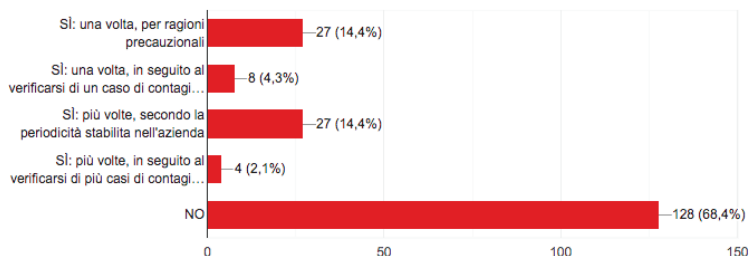
Taluni problemi si sono, però, avuti (soprattutto all'inizio della pandemia) in relazione al significato da attribuire al concetto stesso di "sanificazione", giacché si ritiene che potrebbe non esser stata ben compresa la differenza tra la c.d. "sanificazione professionale" (ovverosia quella realizzata da un'impresa specializzata sulla base di quanto disposto dalla l. n. 82 del 1994); e quella "generale" (c.d. "intensiva") che viene, invece, generalmente posta in essere da un'impresa di pulizia o autogestione e a cui fanno, invero, riferimento i Protocolli d'Intesa. È emerso infatti, da alcune testimonianze concrete fornite al Gruppo di Ricerca "Protocovid", che talune aziende hanno impropriamente (soprattutto all'inizio) frainteso e/o sovrapposto i concetti di "sanificazione" ("sanificazione professionale" vs. "sanificazione intensiva"), tanto che alcune di esse hanno richiesto interventi a imprese più o meno specializzate e/o iscritte nella Speciale Sezione delle Camere di Commercio per le imprese di sanificazione ex l. n. 82 del 1994.

Ciò premesso, analizziamo il grafico.

¹³ Invero, si deve considerare che la circolare del 21.05.2020, n. 17644 del Ministero della Salute e il Rapporto ISS COVID-19 n. 25 del 15.05.2020 menzionano, oltre che la l. 25 gennaio 1994 n. 82, una serie di agenti chimici (ozono, cloro attivo generati in situ, perossido d'idrogeno applicato mediante vaporizzazione/aerosolizzazione) che devono, però, essere utilizzati "esclusivamente da personale rispondente ai requisiti tecnico professionali, definiti dalla normativa di settore". Nella medesima direzione, la circolare n. 5443 del 2020 opera una distinzione tra le procedure di Sanificazione, a seconda che si abbia a che fare con "ambienti sanitari" per cui si rende necessario, in accordo con quanto suggerito dall'OMS, realizzare una "pulizia accurata delle superfici ambientali con acqua e detergente seguita dall'applicazione di disinfettanti comunemente usati a livello ospedaliero (come l'ipoclorito di sodio)"; o con ambienti "non sanitari" in relazione ai quali si rende invece necessario sottoporre i luoghi e le aree potenzialmente contaminati a completa pulizia con acqua e sapone. In quest'ultimo caso, ai fini della decontaminazione, si prevede l'impiego di ipoclorito di sodio 0,1% quale mera "raccomandazione".

SANIFICAZIONE: sono state effettuate sanificazioni professionali degli ambienti di lavoro?

187 risposte



Rinviando a quanto in seguito commentato sui questionari rivolti ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS), si può notare come – contrariamente proprio alle affermazioni di questi ultimi – il **68,4%** (128 soggetti) abbia dichiarato di **non** essere ricorso a procedure di “*sanificazione professionale*” (con impresa esterna specializzata); mentre il **14,4%** (valore inferiore a quello attestato dai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza) ha affermato di averla eseguita “*più volte, secondo periodicità stabilita nell'azienda*”. Stesso dato (**14,4%** pari a 27 unità) si riscontra anche in relazione alla risposta “*una volta, per ragioni precauzionali*”. Marginali, invece, le percentuali ottenute in relazione alle risposte “*SI: più volte al giorno, in seguito al verificarsi di più casi di contagi o più focolai Covid-19*” (**2,1%**) e “*SI: una volta, in seguito al verificarsi di un caso di contagio o focolaio Covid-19*” (**2,1%**).

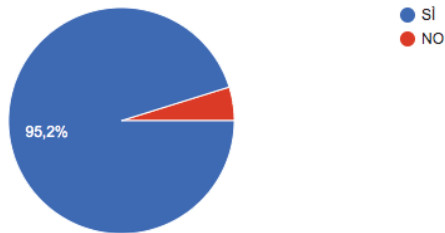
8. Misure Generali

Tra le misure generali trova pressoché piena attuazione il “*distanziamento sociale*” (**95,2%**, pari a 178 su 187 aziende). Si tratta di una misura senz'altro importante che viene a più parti ripresa anche all'interno dei Protocolli anti-contagio. In particolare, nel punto 8. del prot. del 06.04.2021 (concernente l'Organizzazione aziendale (turnazione, trasferte e lavoro agile e da remoto, rimodulazione dei livelli produttivi) si prevede che “[è] necessario il rispetto del distanziamento sociale, anche attraverso una rimodulazione degli spazi di lavoro, compatibilmente con la natura dei proces-

si produttivi e degli spazi aziendali [...] L'articolazione del lavoro potrà essere ridefinita con orari differenziati, che favoriscano il distanziamento sociale riducendo il numero di presenze in contemporanea nel luogo di lavoro e prevenendo assembramenti all'entrata e all'uscita con flessibilità degli orari”.

MISURE GENERALI: È stato garantito il distanziamento sociale?

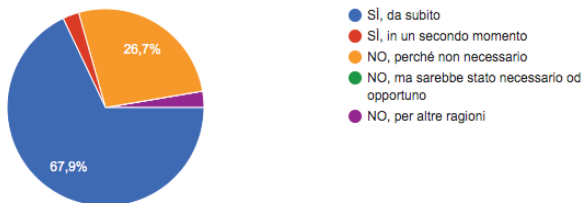
187 risposte



Relativamente al “*contingentamento degli ingressi*”, il **67,9%** (127 imprese) ha riferito di aver provveduto fin da subito in tale direzione: si è, quindi, compresa l'importanza di evitare assembramenti. Misura non necessaria per il **26,7%**, probabilmente perché la modalità di ingresso in azienda già evitava il rischio di contagio. Il **2,7%** (5 casi) degli intervistati ha poi risposto “*NO, per altre ragioni*”. Un ulteriore **2,7%** si è espressa nel senso di dire che sono intervenuti contingentando gli ingressi “*in un secondo momento*”.

MISURE GENERALI: Se la Sua attività prevede l'accesso di persone sul luogo di lavoro, ha contingentato gli ingressi?

187 risposte



Tra le misure generali rientra anche l'utilizzo del c.d. "lavoro agile". Si tratta di una particolare "modalità di esecuzione del lavoro" che, pur essendo rinvenibile nel Capo II della l. n. 81 del 2017, aveva trovato scarso utilizzo prima del Covid-19¹⁴. Soprattutto a causa di alcuni limiti imposti per ragioni di tutela della salute psico-fisica dei lavoratori (si pensi al c.d. "diritto alla disconnessione"¹⁵, al c.d. "obbligo di informativa annuale", ecc.¹⁶) tale modalità di esecuzione del lavoro è rimasta, infatti, per molto tempo in disuso.

¹⁴ Sul lavoro agile si veda la relazione di C. Spinelli riportata nella Sezione III del presente manoscritto. D'altronde, come fatto notare in dottrina, si tratta di una particolare modalità di svolgimento del lavoro a distanza, caratterizzata da tre requisiti: "la *disarticolazione organizzativa della prestazione lavorativa*, la *natura mobile della stessa all'esterno dei locali dell'azienda*, la *possibile utilizzazione di strumenti tecnologici*" (cfr. art. 18, comma 1 della l. n. 81 del 2017). Per una disamina più dettagliata v. S. TORDINI CAGLI, in *I soggetti responsabili*, cit., 118 e ss.

¹⁵ Sul diritto alla disconnessione si veda la relazione di A. Allamprese riportata nella Sezione III del presente manoscritto.

¹⁶ Si deve inoltre considerare come il percorso di "responsabilizzazione e sensibilizzazione del lavoratore" sembri trovare nuovi stimoli in relazione proprio allo svolgimento di tutta o parte dell'attività lavorativa fuori dai locali aziendali (con parole simili S. TORDINI CAGLI, *I soggetti responsabili*, cit., 119). In ipotesi del genere, in effetti, si assiste ad una acquisizione da parte del lavoratore di un ruolo (sempre) più attivo e pregnante nella realizzazione delle istanze di prevenzione. Non a caso, l'art. 22 co. 2 prevede che "il lavoratore è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali". Per quanto concerne, invece, il Datore di lavoro si può considerare quanto previsto sempre nell'art. 22 co. 1 secondo cui "il datore di lavoro garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore che svolge la prestazione in modalità di lavoro agile e a tal fine consegna al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, con cadenza almeno annuale, un'**informativa scritta** nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro". In dottrina si ritiene, tuttavia, che la disciplina prevista ex art. 22 della l. n. 81 del 2017 debba essere, in materia di salute e sicurezza, integrata alla luce di quanto disposto dal d.lgs. n. 81 del 2008 (v. relazione di C. Spinelli). In casi del genere potrebbero, in effetti, emergere novità rilevanti in tema anche di "condotta *abnorme*" per cui avrebbe senso chiedersi se la definizione che generalmente ci deriva dalla dottrina e giurisprudenza possa, in relazione a queste nuove modalità di lavoro, assumere nuove sfumature e connotati. Invero, il concetto di condotta "*abnorme*" è stato, da ultimo, ridefinito da parte della giurisprudenza: se in passato, infatti, con essa si intendeva fare riferimento al comportamento imprudente del lavoratore connotato dai caratteri della "eccezionalità"/"imprevedibilità" (Cass., Sez. IV, 14 gennaio 2014, in CED, n. 259321); oggi si valuta, per lo più, il profilo del "rischio eccentrico" che la condotta è idonea ad attivare e a concre-

Durante la pandemia, però, l'articolo 90, co. 4, del d.l. n. 34 del 2020 ha espressamente previsto, per quanto concerne il settore privato, che *“la modalità di lavoro agile disciplinata dagli articoli da 18 a 23 della legge 22 maggio 2017, n. 81, può essere applicata dai datori di lavoro privati a ogni rapporto di lavoro subordinato, nel rispetto dei principi dettati dalle menzionate disposizioni, anche in assenza degli accordi individuali ivi previsti”*. Tale comma deve essere letto in combinato con quanto previsto al co. 1 del medesimo articolo che dispone che *“i genitori lavoratori dipendenti del settore privato che hanno almeno un figlio minore di anni 14, a condizione che nel nucleo familiare non vi sia altro genitore beneficiario di strumenti di sostegno al reddito in caso di sospensione o cessazione dell'attività lavorativa o che non vi sia genitore non lavoratore, hanno diritto a svolgere la prestazione di lavoro in modalità agile anche in assenza degli accordi individuali”*¹⁷. Tutto ciò ha, di fatto, spinto le aziende ad incrementare l'utilizzo di tale modalità di lavoro¹⁸.

tizzare (Cass., Sez. IV, 22 settembre 2020, n. 28726, n.m.). Per una ricostruzione anche della giurisprudenza più risalente del tema v. DI GIOVINE, *Il contributo della vittima nel delitto colposo*, Torino, 2003, 50 ss., spec. 55 ss. e 64 ss. V. inoltre R. BLAIOTTA, *La causalità giuridica alla luce della teoria del rischio*, in *Cass. Pen.*, 2007, 365 ss.; ID., *Diritto penale e sicurezza del lavoro*, cit., 203 ss.

¹⁷ Si segnala, peraltro, che il 7 dicembre 2021 è stato raggiunto un accordo con le Parti sociali per il primo *“Protocollo Nazionale sul lavoro in modalità agile”* nel settore privato. Sulla base, poi, di quanto previsto *ex art.* 14 di tale Protocollo è stato istituito, presso il Ministero del lavoro, l'*Osservatorio nazionale bilaterale in materia di lavoro agile* con durata annuale. Tale osservatorio avrà il compito di monitorare a livello nazionale: a) i risultati raggiunti attraverso il lavoro agile, anche al fine di favorire lo scambio di informazioni, la diffusione e valorizzazione delle migliori pratiche rilevate nei luoghi di lavoro; b) lo sviluppo della contrattazione collettiva nazionale, aziendale e/o territoriale di regolazione del lavoro agile; c) l'andamento delle linee di indirizzo contenute nel Protocollo nazionale sul lavoro agile del 7 dicembre 2021 e la valutazione di possibili sviluppi e implementazioni con riferimento a eventuali novità normative e alla crescente evoluzione tecnologica e digitale. Per maggiori informazioni visita il seguente sito: <https://www.lavoro.gov.it/stampa-e-media/Comunicati/Pagine/Il-ministro-Orlando-istituisce-Osservatorio-nazionale-bilaterale-in-materia-di-lavoro-agile.aspx>

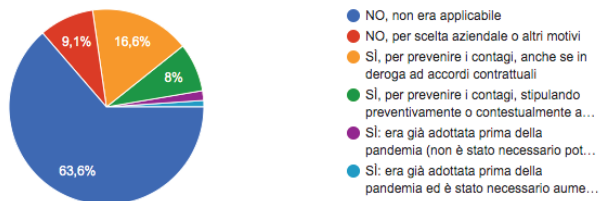
¹⁸ Non è un caso, d'altronde, che l'art. 10 co. 2 del d.l. n. 24 del 2022 ha prorogato la possibilità di utilizzare la suddetta modalità di svolgimento dell'attività lavorativa fino al 30 giugno 2022. Tale articolo, in particolare, dispone che *“I termini previsti dalle disposizioni legislative di cui all'allegato B sono prorogati al 30 giugno 2022 e le relative disposizioni vengono attuate nei limiti delle risorse disponibili autorizzate a legislazione vigente”*. A sua volta l'allegato B prevede il rinvio all'art. 90 coo. 3 e 4 del d.l. n. 34 del 2020.

L'importanza del lavoro agile si comprende anche alla luce di quanto previsto all'interno degli stessi protocolli. Se, infatti, il Protocollo del 14.03.2020 richiama il d.P.C.M. dell'11 marzo 2020 che, a sua volta, raccomanda che *“il massimo utilizzo da parte delle imprese di modalità di lavoro agile per le attività che possono essere svolte al proprio domicilio o in modalità a distanza”*; il successivo Protocollo del 6.04.2021 prevede, sempre nelle premesse, un richiamo proprio *“all'art. 90 (Lavoro agile) del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77”*.

Ciò posto, da un'analisi dei questionari emerge che il **63,6%** degli intervistati non ha utilizzato il lavoro agile perché *“non applicabile”*: si presume che si tratti di aziende che richiedono la presenza fisica dei lavoratori presso i propri stabilimenti. La restante rosa di risultati è distribuita tra un *“SI, per prevenire contagi anche se in deroga ad accordi contrattuali”* (16,6%); un *“NO, per scelta aziendale o altri motivi”* (9,1% unità); e chi, invece, dichiara *“Si per prevenire i contagi, stipulando preventivamente o contestualmente appositi accordi contrattuali”* (8%). C'è, infine, anche chi sostiene che si tratta di una misura già adottata prima della pandemia, per cui *“non è stato necessario potenziarne l'uso”* (1,6%); e chi, per altri versi, dice che pur essendo stata già adottata prima della pandemia, è stato comunque necessario *“aumentare le ore e/o il numero di lavoratori interessati”* (1,1%).

MISURE GENERALI: È stata adottata la soluzione dello smart working?

187 risposte

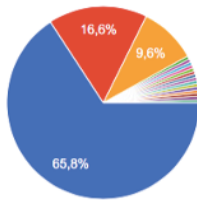


Sempre in merito all'organizzazione del lavoro si è chiesto se le aziende abbiano modificato l'orario (anche solo parzialmente o per reparti). È risultato che il **65,8%** (123 aziende su 187) non ha potuto effettuare modifiche d'orario perché *“non consentito dal tipo di attività”*; segui-

to dal 16,6% dove l'impossibilità è dovuta "a scelte aziendali o altri motivi". Invece, il 9,6% ha suddiviso il personale tra "mattino e pomeriggio", probabilmente ricorrendo (per la parte di ore di assenza) alla cassa integrazione guadagni, ovvero ad altre modalità di turnazione compatibili a seconda del tipo di azienda, attività, settore, o di flessibilità contrattuale. Si omette, invece, di commentare le risposte libere che vengono comunque riportate per intero all'interno del grafico (v. da lett. a) a lett. f).

MISURE GENERALI: Per prevenire i contagi, è stata modificata l'organizzazione degli orari di lavoro?

187 risposte



- NO, non consentito dal tipo di attività
 - NO, per scelta aziendale o altri motivi
 - (a) ● SI: una parte dei lavoratori al mattino,...
 - SI, corsi scaglionati
 - no perchè non necessaria
 - (b) ● DIFFERENZIANDO GLI ORARI DI E...
 - (c) ● Negli uffici dove lavorano più operatori...
 - Non richiesto dalla tipologia di attività
- ▲ 1/3 ▼

- ingressi scaglionati per reparti
- Per alcune attività, tipo scuola, l'orario...
- (d) ● ingressi e uscite alternati in gruppi con...
- si, ingressi scaglionati
- non era necessario
- (e) ● cassa integrazione per tutti un mese e...
- (f) ● rotazione presenze durante la settimana...
- Ognuno va su campo col trattore
- NON NECESSARIO
- no, non necessario per presenza di spazi sufficientemente ampi

- (a) Si: una parte dei lavoratori al mattino e l'altro al pomeriggio.
- (b) DIFFERENZIANDO GLI ORARI DI ENTRATA E USCITA.
- (c) Negli uffici dove lavorano più operatori si cerca di alternare i giorni di presenza e quelli di smart working per evitare affollamento. Per due lavoratori fragili sono previste visite del medico del lavoro ogni 4 mesi e possibilità di completo smart working.
- (d) ingressi e uscite alternati in gruppi con una differenza di 5/10 minuti.
- (e) cassa integrazione per tutti un mese e poi metà tempo per alternare il personale.
- (f) rotazione presente durante la settimana, non tanto mattina/pomeriggio ma nei diversi giorni (parte in presenza e parte in smart).

7. Costi sostenuti a causa della Pandemia

Si è poi tentato di comprendere a quanto ammontassero c.d. “*costi vivi*” sostenuti dalle aziende, ovvero tutti quei costi (economicamente riscontrabili in bilancio e a prescindere da eventuali rimborsi ottenuti dallo Stato) che le varie realtà aziendali hanno dovuto sostenere “*a causa*” della pandemia. Le risposte ottenute sono molte e dal contenuto piuttosto vario. Si noterà, comunque, che il campo di risposta è stato utilizzato dagli intervistati anche per aggiungere altre osservazioni¹⁹.

COSTI "VIVI": quanto è costata l'attuazione delle misure anti-contagio? (Considerare costi contabili rilevabili, es. consulenze specialistiche, acquisti di mascherine ecc., senza contare rimborsi, ristori ecc.; non includere anche le voci di costo di natura organizzativa)

187 risposte

- Non valutabile ma significativa
- 500 euro circa
- € 5.000 CIRCA
- UNA SOMMA NON PARTICOLARMENTE RILEVANTE
- Credo di avere investito più di mille euro per DPI, GEL, ALCOOL, MESSA IN SICUREZZA DELL'AMBULATORIO CON DISPENSER A MURO, ECC
- circa € 5.000,00
- oltre 5.000 €
- circa 6.000 euro
- Oltre 2.000 €.
- circa € 1.000,00
- 1.500
- Circa € 12.000,00/€13.000,00 per i materiali legati alla sanificazione, l'acquisto di attrezzature per la riorganizzazione della refezione e delle aule, cartellonistica e dispositivi di sicurezza per il personale.
- € 500
- 8.000
- 5.000€
- Non ha avuto incrementi notevoli
- 5.000€
- 10.000,00
- circa 3.500 €
- 1.000-1.500 €
- Al momento, dato non rilevabile

¹⁹ Si specifica, per ragioni di trasparenza, che le risposte sono riportate per intero. Il Gruppo di Ricerca non ha infatti ritenuto di dover operare delle modifiche e/o integrazioni.

Gli esiti della ricerca

- poco
- non possiamo fornire questo valore preciso ma di sicuro più di 5000,00 euro
- 4000,00
- 800
- Mediamente € 200 / mese
- 2500
- 21.265,00
- 2500,00
- 500
- CIRCA 1000/1500 EURO
- 15000
- 300
- il costo del personale è aumento su base oraria del 23% nonostante la cassa integrazione a costo zero per notevole calo del fatturato
- CIRCA 1000 EURO
- 200 EURO MESE
- nel 2020 € 3.500 nel 2021 al 30/10 € 500
- 7.000
- 5000,00
- circa 3000 euro
- 12.000
- 12.500,00
- circa 15.000 euro nel corso del 2020
- € 1.000,00
- CIRCA EURO 10.000
- Un po di volontà e il tempo dedicato
- 100
- Euro 5.500,00
- circa 500.000 euro
- non saprei
- € 758.576
- 38.500 Euro
- Circa 25.000 € per spese di consulenze specialistiche, formazione interna, DPI, gel disinfettante mani, prodotti per la sanificazione, assicurazione integrativa per malattie da contagio, azienda per le sanificazioni e pulizie aggiuntive, medico per controlli a lavoratori fragili
- 20.000 EURO
- Non rilevato, senz'altro costi per gel, salviette disinfettanti, alcol, nonché sapone e carta per le mani essendone aumentato l'uso
- in realtà non quantificabile, comunque alcune migliaia di Euro, nell'ordine dei 5000 € circa
- 15000 euro
- Non so ma tutto costa e nessun rimborso!
- Tanti, soprattutto perché abbiamo messo mascherine da indossare nuove ogni giorno per evitare mascherine contaminate o di igiene precario

- Non so. Mascherine
- Tanti
- Mascherine e gel. Non verificato totale.
- Non so
- Non so, le mascherine...
- Mascherine e gel. Non quantificato
- Da calcolare
- Sì, non so l'importo
- BOH
- sì
- mascherine e gel e tutto il monouso al posto della stoffa
- mascherine e gel e perdita di tempo
- mascherine e gel e alcol di difficile reperimento
- materiale di igiene e costi delle pratiche varie tra cui la CIG
- prodotti per igiene, mascherine e acquisto di macchinario ad ozono per sanificare ogni notte
- troppo
- misure di igiene e smart working
- attrezzatura
- attrezzatura varia
- tanti, da computer per smart working, consulenza informatica. ma solo per gli uffici, poi la CIG per parte dei lavoratori avendo modificato gli orari per gli operai, a tutto il materiale per la pulizia, sanificazioni e anche costi sanitari per tamponi volontari
- attrezzature varie
- attrezzatura informatica e mascherine
- informatica per smart working a rotazione sugli impiegati, mentre per operai e in generale per la ditta i costi riguardano il continuo approvvigionamento di mascherine e di alcol e la carta a perdere (in bagno c'era già ma è aumentato il consumo, inoltre abbiamo tolto i panni per le pulizie continue delle superfici usando carta a perdere)
- mascherine
- mascherina
- smart working
- carta, alcol, mascherine, aumento dei costi delle pulizie ed in particolare per il fatto della sanificazione come aggiuntiva rispetto alle pulizie ordinarie
- mascherine
- misure di igiene e smart working
- smart working
- mascherine, materiale di pulizia, separatori trasparenti sul bancone

8. Altre Informazioni

Le ultime due domande hanno permesso ai Datori di lavoro di fornire ulteriori osservazioni, commenti e critiche. Preliminarmente, però, si è chiesto come si sia intervenuti in relazione ai casi di contagio²⁰. Dalle risposte ottenute si comprende come siano state, per lo più, seguite delle “*prassi virtuose*” (si considerino le risposte evidenziate in giallo).

Se si sono verificati casi di contagio, come siete intervenuti? (Si prega di specificare il numero di lavoratori contagiati e il numero complessivo di lavoratori in azienda)

80 risposte

- no
- nessun contagio
- NO
- 0
- No
- Nessun caso
- tre contagiati su 12, isolamento domiciliare
- 2 contagi su 45 lavoratori in media. Abbiamo seguito le indicazioni dell'autorità sanitaria e il protocollo interno.
- 4 impiegati in due sedi territoriali per le quali è stato deciso di adottare per tutti i restanti operatori lo smart working per almeno due settimane e tamponi periodici
- contagiati n. 2 su un complessivo di n. 22 dipendenti
- NESSUN CASO, SIAMO 2 TITOLARI E NESSUN DIPENDENTE
- no
- NON SI SONO VERIFICATI
- NESSUN CASO DI CONTAGIO
- Non si sono verificati contagi presso il mio Ambulatorio
- Nel corso del 2020/2021 si sono verificati 4 casi COVID (su una popolazione aziendale di circa 15 persone) ma senza contagio tra colleghi (grazie alle misure di distanziamento e protezione adottate). Il personale a contatto con colleghi, anche se non stretto, sono stati precauzionalmente messi in smart-working, in attesa di valutazione da parte dei medici (sentito il medico del lavoro e i medici di base).

²⁰ Invero, il protocollo del 06.04.2021 prevede dei chiarimenti in ordine alla “riammissione al lavoro dopo l’infezione da virus SARS-CoV-2/COVID-19” per cui si dispone che questa “avverrà secondo le modalità previste dalla normativa vigente (circolare del Ministero della salute del 12 ottobre 2020 ed eventuali istruzioni successive). I lavoratori positivi oltre il ventunesimo giorno saranno riammessi al lavoro solo dopo la negativizzazione del tampone molecolare o antigenico effettuato in struttura accreditata o autorizzata dal servizio sanitario”.

Covid-19, sicurezza sul lavoro e responsabilità

- in azienda ci sono 35 addetti. Abbiamo avuto 1 primo caso a novembre 2020 con 1 persona contagiata su 2 che lavoravano assieme in cantiere. A febbraio 2021 altro contagio di 4 persone (famiglia del proprietario) e dopo 1 settimana anche altre 2 persone negli uffici. Solo in questo caso, a spese dell'azienda, sono stati eseguiti a tutti i dipendenti presenti in azienda 1 tampone molecolare dopo circa 6 gg dal primo caso e altro tampone a distanza di altra settimana. **Le persone che sono risultate positive, appena hanno avuto un sintomo si sono isolate nella propria abitazione facendo le debite denunce all'AUSL. Ultimo caso avvenuto a maggio 2021 con 1 persona anch'essa subito isolata nella propria abitazione.**
- 1 persona su 6 (contagiata in ambiente domiciliare)
- **Le persone sono state a casa in quarantena fino all'ottenimento di un tampone negativo;** 5 contagi su 18
- 1 solo caso di contagio non ha determinato la diffusione. Il numero dei lavoratori è pari a 67
- **NESSUN CASO DI CONTAGIO, NUMERO TOTALI DI LAVORATORI IN AZIENDA 6**
- chiusura aziendale a seguito di contagio di 25 bambini circa e di 5 membri dello staff. Chiusura fino a negativizzazione dello staff.
- 6 colf + 24 dipendenti: solo 1 caso di Covid contratto in ambiente familiare. Siamo intervenuti seguendo le disposizioni indicate dal DVR e dal medico del lavoro.
- chiusura e quarantena della sezione interessata a seguito di disposizione ausl
- 2 sono stati in quarantena, numero complessivo 10
- non ci sono stati di contagio in azienda
- nessuno
- Tre unità, **regolarmente rientrati dopo la guarigione o quarantena.** Il numero complessivo dei dipendenti è pari a 19 unità, di cui n. 12 unità presso la sede di Modena e n. 7 presso l'unità di Ferrara
- non si sono verificati
- Non si sono verificati casi di contagio
- No, mai
- 01
- **NESSUN CASO DI CONTAGIO N. DIPENDENTI IN AZIENDA 14**
- **NESSUN CONTAGIATO**
- **NESSUN CONTAGIATO AZIENDALE E NUMERO DI DIPENDENTI 11**
- nessun caso
- 1
- **LAVORATORI CONTAGIATI 4; NUMERO ADDETTI 8**
- **NESSUN CASO**
- C'è stato un caso in rientro da Paese estero su un totale di 45 dipendenti
- **NON CI SONO STATI CONTAGI**
- 15 contagiati da inizio pandemia su 100 dipendenti
- 3 CONTAGIATI SU 7 LAVORATORI
- non vi sono stati contagi all'interno della nostra azienda
- 6 contagiati 16 addetti tutti contagi presi in famiglia

Gli esiti della ricerca

- nel 2020 1 caso di contagio in famiglia, isolato immediatamente su 6 dipendenti complessivi. Siamo intervenuti effettuando uno screening con tamponi rapidi antigenici e sanificazione straordinaria degli ambienti di lavoro
- 1 SU 13
- non si sono verificati casi di contagio
- 5 su 10
- Non vi sono stati contagi in azienda. Solo positivi da contatti stretti familiari.
- non ci sono stati
- Non si sono verificati casi all'interno dell'azienda ma, ad ogni segnalazione di un caso positivo, i colleghi venivano inviati ad effettuare un tampone molecolare a carico dell'azienda
- È stato contagiato 1 lavoratore su 23 complessivi presenti nelle sedi della provincia di Modena. Non è stato necessario prevedere misure particolari perché i lavoratori contagiati non avevano frequentato gli uffici nei 4 giorni precedenti il contagio. In ogni caso su consenso del lavoratore è stata data informazione al personale che aveva incontrato circa una settimana prima il lavoratore contagiato.
- 5 CONTAGIATI SU 60
- sì, un Socio è risultato positivo e ha fatto la quarantena, nessun altro di 10 persone che abitualmente circolano in Azienda; tutti abbiamo poi fatto tamponi di controllo.
- Nel corso del tempo diversi lavoratori (siamo 550) si sono contagiati, in contesti diversi, su servizi diversi, spesso contagiati dai familiari. È difficile fare una panoramica generale, ma un paio di mesi fa una collega di un ufficio è risultata positiva (contagiata dal marito), è stato il primo caso in sede: abbiamo effettuato il tracciamento, sanificato l'ambiente. Nonostante non risultassero contatti stretti secondo le definizioni ausl, i lavoratori tracciati sono stati subito mandati a casa, sollecitando isolamento e autoprotezione dei familiari, e dopo alcuni giorni in smart-working (tempo definito dal medico del lavoro) sono stati inviati a tampone, con costi a carico dell'azienda, per poi rientrare al lavoro dopo l'esito negativo. Ma per fortuna nessuno era stato contagiato.
- Positivi in isolamento, nessun contagio in ditta per fortuna
- Sì, 1 ha contagiato 1 altro (o 2 di cui 1 asintomatico, non ricordo con precisione), ci siamo messi tutti in quarantena. Totale lavoratori in ditta 11 compresi due titolari. Poi abbiamo proseguito con lo Smart working.
- nessun contagio sul lavoro ma qualcuno ha avuto il covid e si è assentato, spesso eravamo chiusi per colpa delle chiusure obbligate
- mascherine e alcol
- un lavoratore positivo e abbiamo sanificato subito
- abbiamo sanificato e siamo stati attenti a tenere gruppi distinti per limitare i contagi
- sì, vari lavoratori e siamo rimasti subito tutti a casa potenziando lo smart working
- isolati i contagi e fatta sanificazione, la maggior parte delle persone risultate positive si sono contagiate senz'altro fuori dal lavoro e infatti restavano a casa senza contagiare altri

È stato poi, chiesto di esporre il contenuto e le modalità di conversione dell'attività quale soluzione per "rimanere" nel mercato durante l'emergenza pandemica. Si rivela fin da subito che – ad eccezione dell'unica ipotesi evidenziata in giallo – non vi sono stati casi di conversione in senso proprio (quantomeno in relazione alle aziende intervistate).

Se l'attività aziendale è stata convertita, in tutto o in parte, per effetto della pandemia, si prega di illustrare sinteticamente contenuto e modalità (precisare sia l'attività sospesa o cessata, sia quella nuova derivante dalla riconversione)

54 risposte

- no
- No
- non è stata convertita
- NO
- una stanza è stata adibita alle visite di probabili infetti
- Sospese soltanto le attività di alfabetizzazione nelle scuole durante il primo lockdown, tutti gli altri servizi sono rimasti attivi.
- RICEVIMENTO DEI CLIENTI SOLO PER APPUNTAMENTO
- NO NON È STATA CONVERTITA
- Non è stata convertita l'attività, sono state convertite le modalità operative e gestionali
- L'attività non si è mai interrotta del tutto. Parte dell'attività si è svolta a distanza anche durante il lockdown
- nessuna conversione avvenuta
- attività svolta in smart-working fra marzo e maggio 2020 poi a seconda delle necessità e su richiesta dei singoli i lavoratori possono chiedere di lavorare o un giorno o qualche ora da remoto.
- non applicabile
- sono state implementati dei servizi online; sono stati divisi i bambini delle sezioni in bolle più rigide ove possibile
- CHIUSURA DI 2 MESI
- Non è stato convertito nulla
- nessuna variazione
- Alcune modifiche, se non lo svolgimento della attività lavorativa parzialmente nella modalità agile.
- Non ci siamo convertiti.
- Nessuna conversione
- NESSUNA ATTIVITÀ CONVERTITA
- NESSUNA CONVERSIONE
- nulla
- NON È STATA CONVERTITA
- Azienda sospesa per tutto il periodo di pandemia, anche in zona gialla
- non è stata prevista alcuna conversione
- Con la chiusura dell'attività in zona rossa, abbiamo attivato le consegne a domicilio e incrementato le vendite on line tramite il sito E-commerce

Gli esiti della ricerca

- Convertita con webinar e web
- Video incontri inverno primavera. Attività all'aperto estivi
- l'attività aziendale non è stata convertita
- nessuna
- le attività di consulenza sono state erogate a distanza e successivamente alla riapertura è stata data la possibilità di scelta tra distanza e presenza. Le attività di formazione dopo un mese di sospensione sono state riconvertite on line. Tutti i servizi di promozione rivolti al mondo delle scuole, dopo qualche settimana di sospensione anch'essi sono stati convertiti on line, poi ripresi in presenza con il nuovo anno scolastico, per quanto possibile, o continuati on line, con gradimento molto elevato di insegnanti e studenti. Nel primo lockdown si è operato a sostegno dei Comuni e della Protezione civile per coordinare gli aiuti a cura delle associazioni dei territori e garantire i servizi di consegna alimenti e farmaci alle persone fragili o contagiate.
- noi trattiamo DPI in modo professionale, ma la pandemia ci ha costretto a considerare DPI anti COVID, guanti monouso e gel igienizzanti che prima vendevamo in modo marginale. sono state le mascherine chirurgiche, le ffp2 e gli igienizzanti a prendere, nel primo periodo, il sopravvento commerciale ... di gran lunga.
- nessuna variazione sostanziale, lavoro diminuito o aumentato a seconda dei settori
- No, abbiamo lavorato meno

In ultimo, si è posta una domanda specifica sui protocolli. Si è, in particolare, tentato di capire se i soggetti tenuti ad *“applicarli”* ed eventualmente a *“calibrarli”* in base alle specifiche esigenze aziendali (ad es. numero di lavoratori, ambiente lavorativo, tipo di attività svolta ecc.) avrebbero modificato il contenuto di quanto proposto dagli enti centrali. Anche in questo caso si evidenziano le risposte (tutte molto coerenti tra di loro) che si ritengono maggiormente rilevanti e da cui, in ogni caso, emerge la confusione, difficoltà e drammaticità della *“situazione pandemico-aziendale”*.

Avrebbe modificato contenuto o misure all'interno dei protocolli vigenti?

66 risposte

- no
- NO
- sì
- Sì
- No
- Sì
- No.
- A mio avviso sono mancate, quanto meno nel primo anno di pandemia, indicazioni chiare sui protocolli e sulla rilevanza del loro rispetto
- non saprei

- non applicabile
- Uso delle mascherine rigorosamente anche all'aperto, la gente non segue le regole
- Ritengo sia inadeguata la tutela dei lavoratori fragili in azienda, con il perdurare dello stato di emergenza rimane attiva la sorveglianza del medico del lavoro sui lavoratori fragili, che per quello che riguarda l'azienda si risolve in controlli obbligatori del medico del lavoro ogni 4 mesi, che si concretizzano da parte del medico nel riscontrare lo stato di lavoratore fragile e con le indicazioni di uso della mascherina e l'indicazione di mantenere il distanziamento sociale, direi inutile in quanto i protocolli aziendali hanno già adottato queste misure in quanto previste per legge, ma che comportano costi per pagare il medico del lavoro con queste visite più frequenti rispetto quella annuale e di costo quasi doppio a visita. L'unico vantaggio è per i professionisti e non per il lavoratore e tanto meno per l'azienda.
- Penso che tutto sia stato fatto nel modo corretto ma le decisioni in alcuni casi sono state prese troppo in ritardo.
- Maggiore vigilanza
- li abbiamo modificati
- sì, avrei lasciato la possibilità d'acquistare su appuntamento anche in zona rossa
- In diverse circostanze non è stato semplice interpretare quanto previsto dai D.P.C.M. per gli Enti di Terzo settore e conseguentemente tradurre in protocolli. In linea generale non avrei modificato i contenuti, ma avrei previsto anche modalità semplificate per gli ETS spesso formate da soli volontari.
- Più spazio a RSPP, meno uso di guanti che in alcuni protocolli regionali erano un errore
- non sono in grado di rispondere per mancanza di informazioni che mancavano in parte o in toto in quel periodo; visti i risultati a lungo termine rispetto agli altri paesi della comunità Europea, diciamo che ci siamo comportati benino.
- Le misure incomplete, che lasciano spazi all'interpretazione dei singoli sono davvero difficili da gestire. Anche i decreti che vanno a variare di qualche (sostanziale) parola decreti precedenti, ma non vengono riscritti in toto sono di difficile leggibilità per chi non ha competenze specifiche in materia legislativa.
- Sì, burocrazia, bastavano le regole che il consulente ci ha dato (noi siamo agricoltori, la burocrazia non fa per noi)
- Sì, il problema dei 21 gg Lond Covid dove il protocollo impone tampone negativo per rientrare ma per Asl si è liberi di tornare alle normali attività
- Boh
- Forse
- Forse. Sentire nostro consulente Rspg
- Non lo so
- sì, troppa confusione e troppe chiusure che ci hanno messo in difficoltà
- sì, serviva più chiarezza e meno cambiamenti continui... ok il distanziamento possibile ai tavoli e non certo tra noi, ma siamo stati attenti, però a un certo punto le varie regole continue ci hanno portato alla follia
- non saprei, perché il nostro RSPP è stato preciso come sempre dall'inizio e fatto il protocollo non abbiamo poi dovuto modificarlo in base alle novità del governo, siamo andati avanti e lui è venuto anche a controllare che fosse tutto ok

Gli esiti della ricerca

- non saprei ma fatto il protocollo abbiamo proseguito con le misure concordate con il consulente e in linea con quelle ufficiali
- no, ma la questione del green pass è assurda
- forse sì, troppe modiche e confusione e anche il nostro rspp ha fatto fatica mentre abbiamo consultato Studio Lodi che ha fornito alcuni chiarimenti sul rischio biologico e poi dopo abbiamo seguito insieme al rspp un loro webinar sul green pass dove non ci stavamo più capendo nulla

Altri commenti, osservazioni, critiche (ogni Vostra informazione rivestirà notevole importanza per lo svolgimento della ricerca)

39 risposte

- no
- NESSUNO
- ritengo che le indicazioni siano state troppo spesso adattate alle esigenze. anche politiche, del momento
- Avrei reso la vaccinazione obbligatoria *ex lege* per tutta la popolazione.
- nessuna osservazione in merito alle misure, ma occorreva maggiore attenzione alle tempistiche di emanazione ed efficacia dei decreti
- poca chiarezza da parte delle istituzioni, e continui cambi decisionali
- l'effetto inflazionistico sui prezzi di materiale di consumo quali gel, mascherina, dispenser, paratie in plexiglass e attrezzature varie andava e va gestito diversamente con interventi a livello governativo.
- In base alla tipologia dell'attività svolta l'applicazione delle normative Covid è stata più semplice o complessa. Nel mondo della scuola è risultata molto complessa e ha determinato aumenti di orari di lavoro e l'assunzione di una nuova inserviente per fare fronte a tutti i processi di sanificazione da applicare. Nella casa per ferie abbiamo dovuto ridurre i posti letto per assicurare le distanze e l'igiene degli ospiti e limitare l'accesso ad alcuni spazi. È stato molto importante per noi formare non solo i dipendenti, ma anche gli utenti delle nostre strutture, in particolare le studenti del convitto, affinché assumessero comportamenti corretti per il rispetto di tutti dentro e fuori la struttura.
- Tutto sommato non abbiamo avuto disagi nelle attività lavorative; anche perchè la ns. realtà di composta di 6 persone in spazi grandi
- No
- Uso tassativo delle mascherine chi ha contatto con il pubblico
- Alcune osservazione
- non condivido il controllare quotidianamente il green pass a seguito di ciclo vaccinale completato visto che i dipendenti sono sempre quelli ed i fornitori che accedono anche. Solo una perdita di tempo prezioso
- Abbiamo diversi operatori, tra i quali vaccinati e non. La diversità di trattamento da parte delle istituzioni delle persone ci rende totalmente insicuri in caso di contagio asintomatico su persone con GreenPass. in un'ottica di sicurezza aziendale avrei imposto il tamponare rapido a tutti gli operatori, anche quelli vaccinati.

- LA NOSTRA ATTIVITÀ PREVEDE CONTATTO CONTINUO CON IL PUBBLICO: ABBIAMO SEMPRE LAVORATO, CON TUTTE LE PRECAUZIONI DEL CASO: SCHERMI, MASCHERINE GUANTI, IGIENIZZANTI. PERCHÉ CI CHIEDIAMO MOLTE ATTIVITÀ, DOVE BASTAVA MOLTO MENO IMPEGNO PER ANTI-CONTAGIO, SONO STATE CHIUSE, OPPURE LAVORAVANO SOLO DA CASA?? (PER ES. BANCHE, UFFICI PUBBLICI ???)
- MOLTE DIFFERENZE TRA ATTIVITÀ
- È comprensibile che la normativa d'urgenza sia talvolta scritta con lacune e imprecisioni ma se in alcuni punti fosse stata inizialmente più chiara e avesse lasciato meno spazio a dubbi interpretativi, sarebbe stato certamente più semplice applicare i protocolli con maggiore precisione anche per la presenza di numerose circolari ministeriali che in realtà sostenevano talvolta anche il contrario del contenuto del protocollo stesso.
- eccessivi i controlli quotidiani dei green pass per piccole attività con 1/2 dipendenti
- il nostro RSPP Lodi è stato bravissimo, ha chiarito tutto immediatamente, ci ha detto subito cosa fare e ci ha fatto anche dei webinar per spiegarci il COVID e come comportarci, la contaminazione crociata, l'importanza di aumentare le pulizie anche nei bagni che noi non avevamo capito, l'attenzione all'uso corretto delle mascherine e l'areazione. interessante il materiale che ci ha illustrato
- Abbiamo adottato tutte le precauzioni in relazione all'ambiente di lavoro ed al tipo di mansione dei dipendenti
- I fazzoletti di stoffa non sono di buon senso e bisogna mantenere alta l'attenzione sulle procedure, la sicurezza igienica non è scontata e può dipendere dai comportamenti personali
- no-
- nessuna
- non saprei
- Segnalo che le associazioni si sono trovate in grande difficoltà a operare nella prima fase della pandemia a causa di difficoltà nel reperimento dei DPI e difficoltà ad avere l'assicurazione per malattie da contagio. Il CSV si è fatto tramite per tutto il mondo del volontariato e ha presentato queste difficoltà alle Fondazioni del territorio. Per prima Fondazione di Modena si è resa disponibile a un progetto e ha coinvolto le altre fondazioni per reperire DPI e assicurare centinaia di volontari impegnati nei servizi. Il CSV a fronte di una donazione di 47.000€ delle Fondazioni di Modena, Carpi, Vignola, Mirandola, Cento ha acquistato dispositivi, gel per la disinfezione delle mani e ha stipulato una nuova polizza per centinaia di associazioni. Con Fondazione Modena e Banca etica si è dato vita a un progetto per il credito agevolato alle associazioni.
- valutazione costi mascherine con ristori mediante procedure snelle ammettendo anche acquisti fuori da fattura purché dimostrabili
- come sempre l'unica critica è che a forza di super esperti a vario titolo che a tutte le ore e con qualunque mezzo sparlavano sui media, l'informazione vera e scientifica è diventata una farsa. La mancanza di oggettività e di una voce credibile governativa fatta passare sulla televisione di Stato, ce la portiamo dietro ancora oggi ed è sfociata nei NO VAX, gente che non sa o non conosce i rischi che corre e che fa correre ai propri cari.
- Un servizio centrale (universitario) in grado di rispondere ai dubbi delle aziende sull'interpretazione dei decreti potrebbe essere davvero apprezzato. È indiscussa l'autori-

Gli esiti della ricerca

tà decisionale del datori lavoro, rspp e medico, ma una consulenza competente esterna (anche in forma di portale) credo possa essere di interesse per tantissime aziende.

- Mascherine e gel sarebbe stato opportuno che fossero a carico dello Stato
- Noi giriamo con furgoni presso terzi, ritiriamo merce e facciamo le consegne. Ogni operatore usa un mezzo, da solo e sempre lo stesso. Quindi pulirlo sempre non serve. Mascherina per entrare poi il gel lo trovano li.
- Troppa fatica nella gestione dei casi positivi e nel contatto con Asl. Ora poi troppe regole che cambiano di continuo negli asili
- Siamo impresa familiare, in tre (di cui io e mio marito). Non riceviamo terzi. Quindi siamo semplicemente stati attenti, indossando la mascherina. Per il resto ognuno lavora sulla propria macchina.
- In contoterzismo agricolo ognuno esce con un mezzo, organizzandoci che fosse sempre quello. Le poche volte in cui si parlava col cliente lo si faceva a distanza e con mascherina. Ora va meglio.
- Sui bagni è stato RSPP a ricordarci che li poteva esserci un rischio, non ci avevamo pensato. Per il resto abbiamo pulito spesso, areato i locali (sempre consigliati da RSPP), lavorato in smart working con a rotazione la presenza in ufficio.
- lavoriamo in sicurezza, permetteteci di lavorare, basta tutte queste regole

3. Analisi dei risultati del questionario rivolto ai Responsabili del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) e Consulenti

(L. LODI)

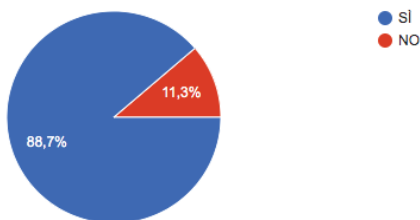
Ciò che la ricerca intende comprendere sulla base delle risposte ottenute dal questionario rivolto a RSPP e consulenti afferisce alle impressioni fornite da soggetti con un certo grado di competenza tecnica che, appunto, è ricercabile nei professionisti che hanno assistito le aziende nella stesura e applicazione dei protocolli anti-contagio. In questo senso, si dà atto che le informazioni relative alle “*misure di prevenzione e protezione*” nei luoghi di lavoro sono rientrate automaticamente nel mandato professionale dei predetti consulenti tecnici; per di più malgrado l’assenza, in taluni ambienti, del “*rischio specifico*” del contagio da SARS-CoV-2. Per contro, non si omette di osservare che la gestione di una parte dei protocolli è stata rimessa (o si sarebbe dovuta rimettere) ai medici competenti.

1. Chiarezza e consapevolezza dei protocolli

La prima domanda mira a comprendere quanta chiarezza sia stata raggiunta dal Protocollo d’intesa del Governo con le Parti sociali.

Riguardo al Covid-19, i Protocolli promossi dal Governo sono stati sufficientemente chiari?

62 risposte



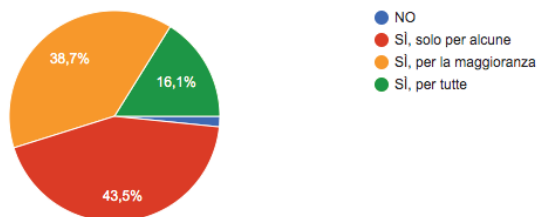
Il paniere di risposte è composto da 62 unità, dove per “unità” si intendono “*Consulenti in materia di sicurezza*” incaricati presso aziende del territorio modenese, con o senza designazione al ruolo di RSPP in quanto irrilevante ai fini della ricerca. L’88,7% (55 risposte su 62 totali) ha risposto favorevolmente, contro solo l’11,3% (7 unità) che ha non ha ritenuto sufficientemente chiari i protocolli promossi dal Governo.

2. Informazione e Formazione

Decisamente meno schierata l’opinione sull’avvenuta esecuzione di momenti di informazione/formazione nelle aziende assistite dai consulenti e RSPP intervistati. Si riscontra, infatti, una distribuzione del 38,7% (24 risposte) che ha confermato l’informazione avvenuta nella “maggioranza” di aziende, contro un 43,5% (27 r.) “*solo per alcune*” e un 16,1% (10 r.) “*Si, per tutte*”. L’1,6% (1 unità) ha, invece, risposto negativamente nel senso che non sono stati eseguiti momenti di illustrazione e/o formazione sul rischio Covid-19 e sulla gestione dei protocolli.

INFORMAZIONE: nelle aziende da voi assistite, sono stati svolti momenti di illustrazione e/o formazione sul rischio Covid-19 e sulla gestione dei Protocolli?

62 risposte



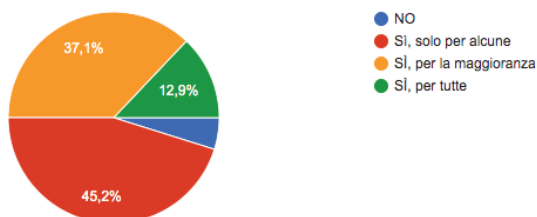
Da ciò emerge l’esigenza di rafforzare il canale informativo e della comunicazione nelle varie aziende: nonostante, infatti, il dato in commento potrebbe giustificarsi alla luce della “*eccezionalità*”, nonché della “*drammaticità*” della situazione pandemica, risulta ancora piuttosto bassa la percentuale di aziende in cui si svolgono, con costanza, momenti di “*illustrazione/formazione*” sul rischio Covid-19.

Tale necessità deriva anche dal bisogno di sensibilizzare maggiormente i lavoratori sul ruolo che questi assolvono nella gestione e prevenzione del rischio di contagio da Covid-19. D'altronde, è noto come la giurisprudenza abbia sempre riconosciuto un ruolo fondamentale alla "informazione" (art. 36 d.lgs. n. 81 del 2008) e alla "formazione" (art. 37 d.lgs. n. 81 del 2008, oltre a titoli specifici del Testo Unico) dei lavoratori, dimostrando che la "concertazione" e la "proceduralizzazione" dell'obbligo di sicurezza passano necessariamente da percorsi di sensibilizzazione e conoscenza dei rischi.

La domanda successiva affronta il ruolo dei Consulenti/RSPP negli incontri dedicati alla informazione o formazione: il valore più alto (45,2%, pari a 28 tecnici) conferma il coinvolgimento "solo per alcune" aziende, a fronte di 37,1% (23 t.) "per la maggioranza" delle organizzazioni di lavoro elettive, mentre solo 12,9% (8 t.) ha dichiarato di aver partecipato attivamente nella formazione rivolta ai propri assistiti ("Si per tutte").

FORMAZIONE: avete partecipato attivamente agli incontri di informazione o formazione (in presenza o in webinar) sulla prevenzione del Covid-19 a favore delle vostre aziende assistite?

62 risposte



Non è stata effettuata, volutamente, alcuna distinzione tra formazione "in presenza" o "webinar" perché questa è senz'altro dipesa dal tipo di realtà, dalla possibilità di garantire il distanziamento sociale, nonché dal momento storico in esame ove l'attività di formazione ha subito restrizioni su base nazionale e regionale.

Va altresì qui aggiunto che le percentuali espone non trovano una rappresentazione proporzionale agli incarichi del singolo intervistato; motivo per cui non è possibile sapere se la risposta favorevole "Sì, per tutte" è da associarsi ad un numero ampio o esiguo di imprese. Si conside-

ri, infatti, che alcuni RSPP potrebbero essere mono-mandatari (in specie per RSPP dipendenti), mentre i consulenti tecnici in libera professione hanno volumi d'affari differenti in base a vari fattori che non sono oggetto di questa ricerca.

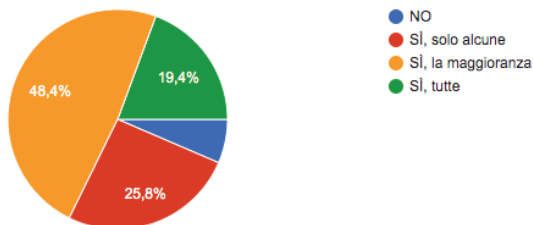
Si tratta comunque di un risultato che non sorprende più di tanto perché ogni intervistato avrà dovuto tenere conto del numero di incarichi gestiti, con impossibilità di assistere materialmente tutte le aziende mediante incontri a distanza o, addirittura, in presenza. Inoltre, si deve considerare che parte della formazione sarà stata a pagamento, vuoi all'interno di corsi di aggiornamento in materia di sicurezza sul lavoro (art. 37 del d.lgs. n. 81 del 2008 e accordo Stato-Regioni 21.12.2011) o vuoi nell'ambito di consulenza presumibilmente onerosa come previsto dal codice civile. Ovviamente, non è nota l'eventuale percentuale di formazione a titolo gratuito o ricompresa in sistemi di assistenza in regime di abbonamento.

Peraltro, non tutte le aziende potranno aver sentito l'esigenza concreta di confronto sul rischio di contagio del nuovo coronavirus, ancorché si potrebbe dimostrare come l'esecuzione di attività didattica ben progettata e realizzata possa esser risultata fortemente utile per comprendere in concreto le modalità e i canali di trasmissione del virus, nonché tutte le misure di prevenzione e protezione adottabili e anche le buone prassi igieniche.

Sempre in merito all'informazione/formazione, il successivo quesito ha cercato di indagare quanto detta attività sia stata documentata. Circa la metà delle risposte è stata positiva (48,4%), cui si aggiunge la quota a sostegno di parziale documentazione (25,5%), ed infine una netta conferma per il 19,4% contro al 6,5% negativo (assenza probatoria).

INFO/FORMAZIONE: le aziende possiedono documentazione che comprovi l'avvenuta informazione e/o formazione?

62 risposte



Considerando che, in ambito ispettivo e/o giudiziario, può essere rilevante poter dimostrare l'avvenuta formazione e informazione del personale, come previsto dalle disposizioni del testo unico di salute e sicurezza (sia nell'attuale testo legislativo, sia nel precedente decreto e nella direttiva 89/391/CEE), si osserva che maggiore impegno potrebbe essere intrapreso per documentare l'attività svolta.

Non si dimentichi, giustappunto, il ruolo chiave che assume la c.d. "tracciabilità" – tipica dell'impronta comunitaria – tanto nel *risk assessment*, quanto nel *risk management*, per quel che attiene la responsabilità sia delle persone fisiche, che di quelle giuridiche (d.lgs. n. 231 del 2001 come modificato dalla legge n. 123 del 2007).

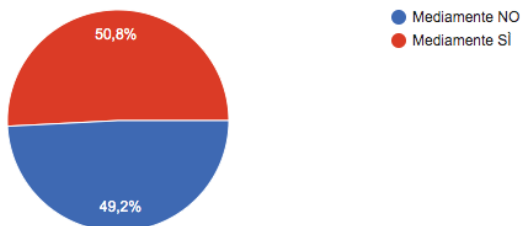
3. Partecipazione

Un discorso a parte merita la partecipazione dei lavoratori per il tramite del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS): il paniere è diviso circa a metà tra soggetti attivamente coinvolti e soggetti passivi, ovvero non partecipativi.

Tale dato potrebbe essere letto anche alla luce del fatto che sono molte le aziende prive di un RLS e che sono diversi i settori in cui la c.d. "bilateralità contrattuale" non trova applicazione, ergo non è costituito alcun organismo paritetico entro cui designare i rappresentanti territoriali a norma dell'art. 48 del d.lgs. n. 81 del 2008.

PARTECIPAZIONE: il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS) è stato coinvolto nelle attività di informazione e/o formazione Covid-19?

61 risposte

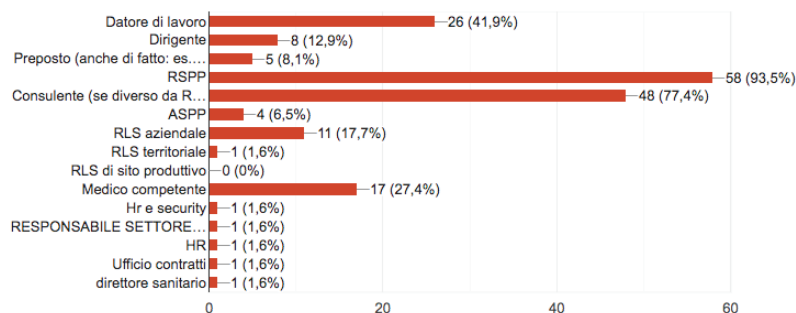


Tali grafici andranno comunque confrontati con quelli derivanti dal questionari per RLS dove, contrariamente a quanto sopra, emerge una partecipazione attiva per n. 61 RLS aziendali e RLS territoriali (perlopiù i primi, soprattutto eletti tra quelli che già ricoprono funzioni sindacali come dispone, in tono non tassativo, l'art. 47, comma 3, d.lgs. n. 81 del 2008 per le aziende con meno di 15 lavoratori, e in termini più rigorosi il comma 4 per le aziende ricadenti nella stabilità reale di cui alla legge n. 300 del 1970).

A conferma delle osservazioni appena espresse, sempre sotto il profilo della partecipazione, emerge come nella stesura dei Protocolli Anti-contagio abbia assunto un ruolo determinante il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP: 93,5%) o comunque del consulente tecnico per la sicurezza sul lavoro (77,4%). In minoranza si pongono gli altri attori della sicurezza quali, ad esempio, il rappresentante dei lavoratori (RLS-Aziendale: 17,7%, RLS-Territoriale: 1,6%, RLS di sito produttivo: 0%), il Medico competente (27,4%). Residuale, infine, la partecipazione di altre figure attestata sotto la soglia del 2% (*HSE Manager*, Ufficio contratti, direttore sanitario o delle risorse umane). Tuttavia, un richiamo è da farsi a soggetti apicali quali Dirigenti e Preposti che, ove presenti, sono stati dichiarati come coinvolti per quanto competenza (rispettivamente 12,9% e 8,1%).

PARTECIPAZIONE: chi ha collaborato nella stesura dei protocolli anti-contagio Covid-19?
(spuntare anche il ruolo svolto da chi risponde al questionario)

62 risposte



4. Consapevolezza

Proprio in ordine alle figure apicali, un quesito è stato posto sul grado di consapevolezza in merito ai Protocolli Anti-contagio da parte del Datore di lavoro. I Consulenti/RSPP hanno confermato un'adeguata conoscenza nella maggioranza delle organizzazioni assistite (69,4%) e in realtà senza mezzi termini (16,1% “*Si, in tutte le aziende*”). Invero, un 14,5% attesta che ci sono aziende dove l'adeguatezza non è raggiunta ma, fortunatamente, non c'è stata alcuna risposta in senso totalmente negativo.

Per inciso, la domanda formulata atteneva non solo la consapevolezza, bensì anche l'attuazione dei protocolli; ciò lascia intendere che con oltre i 2/3 di risposte favorevoli le aziende abbiano operato “*a favore di sicurezza*”.

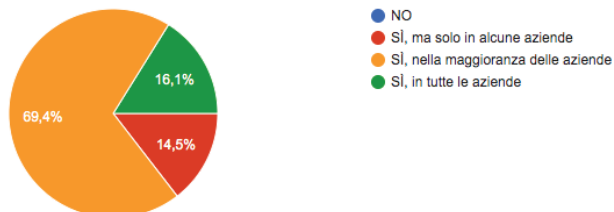
Nelle direttive impartite dal Protocollo d'intesa del 14 marzo 2020 si prevedeva, d'altronde, l'istituzione di un Comitato per la verifica dell'applicazione delle misure anti-contagio. Pertanto, in assenza di un riscontro fattuale da parte dei Comitati – di cui non vi è ancora traccia sul territorio, ma si ipotizza che ogni azienda l'abbia istituito quantomeno al proprio interno¹ –, questa domanda funge da indice di controllo sulla concreta attuazione delle misure (indipendentemente che si tratti di impressione del consulente e non già di un accertamento del Comitato).

¹ Al punto 13 del Protocollo d'intesa 14.03.2020, posto in Allegato 6 al d.P.C.M. 26.04.2020, è specificato che “è costituito in azienda un Comitato per l'applicazione e la verifica delle regole del protocollo di regolamentazione con la partecipazione delle rappresentanze sindacali aziendali e del RLS”. Inoltre, è precisato che “laddove, per la particolare tipologia di impresa e per il sistema delle relazioni sindacali, non si desse luogo alla costituzione di comitati aziendali, verrà istituito, un Comitato Territoriale composto dagli Organismi Paritetici per la salute e la sicurezza, laddove costituiti, con il coinvolgimento degli RLST e dei rappresentanti delle parti sociali”. Si consideri però che il comitato territoriale non è stato agevolmente istituito in tutti i territori, sovente per l'inattuazione degli organismi paritetici di emanazione della bilateralità prevista nella contrattazione collettiva. Inoltre, in mancanza di rappresentanza sindacale e di RLS, si segnala sul territorio l'istituzione di Comitati con composizione esclusivamente aziendale che si auspica siano sempre collegiali pur non potendo escludere l'eccezione monocratica (es. aziende molto piccole con Datore di lavoro auto-referenziano nei compiti del SPP, prive di Medico competente e senza RLS eletto internamente o rintracciato a livello territoriale).

Covid-19, sicurezza sul lavoro e responsabilità

CONSAPEVOLEZZA: Le è parso che il datore di lavoro delle aziende assistite abbia acquisito un'adeguata consapevolezza in merito ai protocolli anti-contagio Covid-19 e alla loro attuazione?

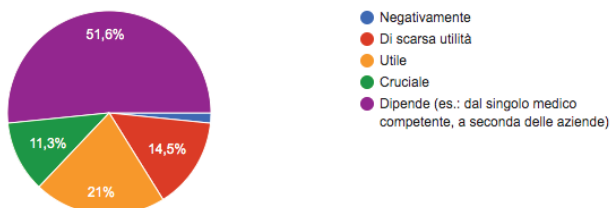
62 risposte



Ancora con riferimento alla consapevolezza, il quesito successivo ha commentato il ruolo del Medico competente nella “*gestione*” dei protocolli: oltre la metà ha dato una risposta di incertezza (51,6%: “*Dipende...*”), con apprezzamento al 21% (“*Utile*”) contrastato dalla “*scarsa utilità*” dichiarata dal 14,5% dei dichiaranti. 7 Consulenti/RSPP hanno però, dichiarato “*Cruciale*” il ruolo del Medico C. (11,3%), mentre 1 ha espresso opinione negativa (1,6%).

CONSAPEVOLEZZA: come valuta la partecipazione del medico competente nella gestione dei Protocolli anti-contagio?

62 risposte



5. Proposte e suggerimenti

L'ultima domanda è stata lasciata **aperta** per ottenere i commenti del singolo consulente o RSPP. In particolare, è stato chiesto “*Come valu-*

ta i Protocolli governativi o regionali e la correlata regolamentazione?”, ottenendo questa serie di opinioni che non si ritiene di dover commentare in quanto già esaustive.

Tutti, comunque, hanno formulato un proprio pensiero, pur non trattandosi di domanda con risposta obbligatoria. Da ciò si conviene che vi sia stata volontà di partecipazione per esprimere un'opinione.

Come valuta i Protocolli governativi o regionali e la correlata regolamentazione?

62 risposte

- chiari
- buoni
- utili
- da calibrare
- BUONI
- da adattare
- ottimi
- abbastanza esaustiva
- CONFUSI
- CHIARA
- buona
- corretti
- confuse
- poche disposizioni
- Ottimi
- da integrare
- non esaustivi
- inizialmente abbiamo avuto problemi
- poco chiari
- Incoerenti
- conformi alla situazione
- regole chiare anche se ripetute
- formulati correttamente
- Scadenti
- Non idonei, farraginosi e prive di effettiva utilità
- Sufficienti per la gestione Covid
- Nel complesso esaustivi anche se di difficile applicazione in talune realtà
- Insufficienti e interpretabili demandando al DdL le scelte strategiche
- I PROTOCOLLI ANTICONTAGGIO ERANO ESAUSTIVI, LE LINEE GUIDA OPERATIVE e POCO CHIARE
- positivi ma spesso lacunosi
- Eccessivamente pretenziosi
- UN PO' SUPERFICIALI E POCO CHIARI IN ALCUNE PARTI OPERATIVE
- tempestivi, ma talvolta di non facile applicazione, comunque utili e necessari ad orientare i comportamenti durante le fasi più critiche
- Migliorabile e da integrare. Non è possibile che aziende multi-sito abbiamo delle regolamentazioni regionali che siano l'una differente dall'altra (vedi regole per sierologici, per campagne di tamponi, etc.)
- una presa in giro, con errori e improvvisazione continua
- poco efficaci solo su carta poca sostanza
- Scarsamente precisi
- RISULTATO DELLA POCA CONOSCENZA DI QUESTO VIRUS E QUINDI IN CONTINUA EVOLUZIONE
- Sufficientemente chiari
- Sostanzialmente chiari e completi.
- POSITIVI
- Incostanti: in alcuni casi tardivi o poco pratici se non inapplicabili, in altri casi con troppo poco preavviso fra pubblicazione in G.U. e decorrenza (v. ad. es. Protocollo *Green Pass* del 15/10/2021), ma in generale necessari
- Tutto chiaro ma a volte c'erano errori (es. guanti indicati per alcune attività creando rischio di *cross contamination*)
- articolati e non sempre di immediata lettura, a volte non tempestivi considerate le necessità organizzative delle aziende, nel complesso sufficientemente efficaci

4. Analisi dei risultati del questionario rivolto ai Medici competenti

(M.F. CARRIERO)

La figura del Medico competente era già presente nella legislazione in materia di sicurezza sul lavoro degli anni '50. Pur tuttavia, è solo con il d.lgs. n. 626 del 1994, e poi con il successivo d.lgs. n. 81 del 2008 che tale figura ha assunto maggiore fisionomia e importanza¹. Attualmente, sulla base dell'art. 2, comma 1, lett. b), il Medico competente deve essere *“in possesso di uno dei titoli e dei requisiti formativi e professionali di cui all'art. 38, che collabora, secondo quanto previsto all'art. 29, comma 1, con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi ed è nominato dallo stesso per effettuare la sorveglianza sanitaria e per tutti gli altri compiti di cui al presente decreto”*². Si tratta, pertanto, di una figura che svolge, insieme anche al Responsabile per il servizio di prevenzione e protezione, una funzione essenzialmente *“consulenziale”* nei confronti del Datore di lavoro³ (considerando le inevitabili carenze di competenza specifica

¹ La nomina di tale figura è, invero, obbligatoria solo nelle aziende per le quali la legge prevede la c.d. *“sorveglianza sanitaria obbligatoria”* (art. 41, comma 1). Ciò nondimeno, non mancano opinioni secondo cui l'obbligo di nomina sorge a prescindere da quanto previsto dall'art. 41, e in riferimento a quei casi in cui la stessa valutazione dei rischi rilevi l'opportunità di predisporre la sorveglianza sanitaria. Per maggiori approfondimenti, v. S. TORDINI CAGLI, *I soggetti responsabili*, in D. CASTRONUOVO, F. CURI, S. TORDINI CAGLI, V. TORRE, V. VALENTINI, *Sicurezza sul lavoro. Profili penali*, Torino, 2021, 111.

² I requisiti previsti dall'art. 38 sono i seguenti: a) la specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori o psicotecnica; b) la docenza nelle stesse materie o materie affini (psicotecnica, tossicologia industriale, igiene industriale ecc.); c) la autorizzazione per aver svolto l'attività di medico del lavoro per almeno 4 anni (articolo 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277); d) la specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale. Oltre a tali requisiti, rimane, comunque, il compito per i professionisti sanitari di partecipare al programma di formazione continua in medicina.

³ Si deve peraltro rilevare che, a differenza della figura del RSPP, per il Medico competente sono previste una serie di sanzioni sia penali (contravvenzioni), che amministrative. In particolare, l'art. 58 prevede, in relazione alla violazione dell'art. 25 co. 1, lett. a), *“l'arresto fino a tre mesi o con l'ammenda da 400 a 1.600 euro”*. A sua volta, l'art. 25 dispone tra i compiti del Medico competente, alla lett. a) che questo *“collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi,*

di quest'ultimo in materia di igiene e salute sul lavoro); ma anche – e di riflesso – di “*protezione*” e/o “*tutela*” nei riguardi del lavoratore⁴.

Ciò posto, si intende premettere che, malgrado l'invio di n. 79 messaggi di posta elettronica certificata, solo **11 medici** hanno aderito all'iniziativa rendendosi disponibili alla compilazione dei questionari⁵. Nonostante il numero ridotto di questionari compilati, le informazioni fornite appaiono comunque sufficientemente interessanti e utili ai fini di questa ricerca, soprattutto se considerate in un'ottica comparata in relazione alle risposte fornite dagli altri operatori della sicurezza (in specie, RSPP).

L'attività di sorveglianza sanitaria si è, infatti, rivelata (e si rivela tutt'ora), senz'altro, determinante sia per evitare la diffusione del virus (anche al di fuori dell'azienda), ma anche per prevenire il rischio di sviluppo di “*focolai epidemici*” all'interno delle stesse realtà aziendali⁶. Si

anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza, e alla organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro. Collabora inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di “promozione della salute”, secondo i principi della responsabilità sociale”. Si deve comunque sottolineare come la sanzione penale non fosse presente nella versione originaria del decreto: essa è stata infatti introdotta con l'art. 35, co. 1, del d.lgs. n. 106 del 2009. Rimane comunque ferma la possibilità di contestare reati di evento (artt. 589 e 590 c.p.) nel caso in cui gli eventi lesivi costituiscano la conseguenza delle condotte colpose del medico.

⁴ Più precisamente, la dottrina suole semplificare l'elencazione contenuta nell'art. 25 d.lgs. n. 81 del 2008, suddividendo gli obblighi del Medico competenze in tre fondamentali categorie: a) obblighi di tipo collaborativo-valutativo; b) obblighi di tipo gestionale; c) obblighi di tipo informativo-comunicativo. In tale quadro assume un ruolo sicuramente centrale, come si è già accennato, l'obbligo di tipo collaborativo-valutativo nell'ambito della c.d. “*valutazione dei rischi*”; compito questo che è demandato in prima persona al Datore di lavoro il quale, però, ha il compito di intervenire consultando tanto il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione, quanto anche il Medico competente per gli aspetti e/o questioni che concernono quest'ultimo in materia di salute, igiene e sicurezza.

⁵ Al fine di reperire tali mail si è reso necessario raffrontare la lista degli iscritti all'albo (reperita nell'apposita sezione dei “medici competenti”) con il registro INI-PEC. Alcuni medici che hanno ricevuto la mail hanno peraltro risposto dichiarando di non esercitare più, nel concreto, la funzione di M.c.

⁶ In questo senso, si pensi ai focolai che si possono avere sia negli ambienti lavorativi, che in quelli classici medico-ospedalieri. Sul punto v. R. GUARINIELLO, *Il Covid-19 tra*

comprende, allora, il ruolo sicuramente chiave del Medico competente in quanto tramite il suo fondamentale operato si sono tutelati (e si tutelano anche ora) non solo i singoli lavoratori, ma anche la collettività in generale.

1. Informazioni generali

Il primo punto del questionario è servito per evidenziare le fonti cui i medici hanno fatto affidamento ai fini della prevenzione del contagio Covid-19 nei luoghi di lavoro.

Nel corso del tempo sono, infatti, intervenute diverse disposizioni normative e/o regolamentari che hanno tentato di definire maggiormente le misure della sorveglianza sanitaria correlate al Covid-19. In particolare, oltre ai comuni Protocolli Anti-contagio di marzo 2020 e aprile 2021, si possono senz'altro ricordare, a titolo meramente esemplificativo (e non esaustivo), tra i testi che hanno interessato soprattutto le prime due fasi della pandemia:

TU sicurezza, codice penale e giurisprudenza della Cassazione, Milano, 2020; ID., *La sicurezza sul lavoro al tempo del coronavirus*, Milano, 2020; V. MONGILLO, *Salute e sicurezza nei luoghi in tempi di pandemia. Profili di responsabilità individuale e dell'ente per contagio da coronavirus*, in *SP web*, spec. 6 ss.; R. BARTOLI, *Responsabilità colposa medica e organizzativa al tempo del coronavirus. Fra la "trincea" del personale sanitario e il "da remoto" dei vertici politico amministrativi*, in *SP web*, 2020, 85 ss.; C. CUPELLI, *Obblighi datoriali di tutela contro il rischio di contagio da Covid-19: un reale ridimensionamento della colpa penale?*, in *SP web*, 15.06.2020; ID., *Emergenza COVID-19: dalla punizione degli "irresponsabili" alla tutela degli operatori sanitari*, in *SP web*, 30.03.2020. Emerge, ad ogni modo, in maniera inequivoca la natura c.d. "bi-frontale" dell'obbligo di sicurezza. Sul punto v. P. PASCUCCI, A. DELOGU, *Sicurezza sul lavoro nella PA nell'emergenza da Covid-19*, in *Sinappsi*, 2020, 131-143, spec. 133. Nondimeno, occorre ricordare che in relazione ad eventuali ipotesi di reato che potrebbero configurarsi in ragione del mancato adempimento degli obblighi protocollari con conseguente verifica di malattie-infortuni dovrebbero escludersi anche i reati a tutela della salute pubblica, quale ad esempio, il delitto di epidemia. Ai fini della configurazione di tale delitto è infatti necessario che sia "colpita una comunità abbastanza numerosa da meritare il nome di popolazione". Tale definizione, di fatto, esclude che possa, nel concreto, configurarsi il reato *de quo* avendo riguardo a cluster epidemici di ridotte dimensioni, in cui il campione di riferimento è, già sul piano del fatto tipico, di per sé insufficiente. Sul punto si permetta un rinvio a M.F. CARRIERO, *L'(in) adeguatezza funzionale del delitto di epidemia al cospetto del Covid-19*, in *Arch. Pen.*, 2019.

- il “*Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-Cov-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione*”, approvato dal Comitato Tecnico Scientifico e pubblicato dall’INAIL il 23 aprile 2020⁷;
- il d.l. n. 34 del 2020 (convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020 n. 77)⁸.
- la Circolare del Ministero della Salute n. 14915 del 29 aprile 2020 contenente indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus *Sars-Cov-2* negli ambienti di lavoro e nella collettività⁹;
- la Circolare del Ministero della salute e del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali n. 13 del 4 settembre 2020 sulla sorveglianza sanitaria nei luoghi di lavoro, in relazione al contenimen-

⁷ All’interno di tale documento è in particolare previsto, nella sezione relativa ai lavoratori fragili, che “[i]n considerazione del ruolo cardine del medico competente nella tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare attraverso la collaborazione alla valutazione dei rischi ed alla effettuazione della sorveglianza sanitaria, non si può prescindere dal coinvolgimento dello stesso in un contesto del genere, al di là dell’ordinarietà. Relativamente alle aziende dove non è già presente il medico competente, in via straordinaria, va pensata la nomina di un medico competente ad hoc per il periodo emergenza o soluzioni alternative, anche con il coinvolgimento delle strutture territoriali pubbliche (ad esempio, servizi prevenzionali territoriali, Inail, ecc.) che, come per altre attività, possano effettuare le visite, magari anche a richiesta del lavoratore. Pertanto, il medico competente va a rivestire un ruolo centrale soprattutto per l’identificazione dei soggetti suscettibili e per il reinserimento lavorativo di soggetti con pregressa infezione da SARS-CoV-2”.

⁸ V. spec. art. 83 (Sorveglianza sanitaria).

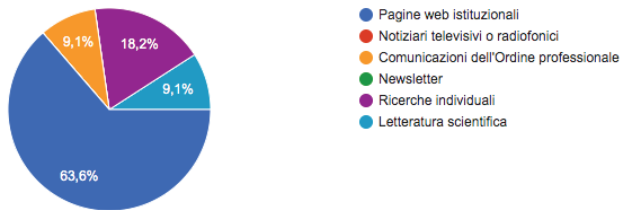
⁹ All’interno di tale documento è previsto che “[n]el contesto generale di riavvio della attività lavorative in fase pandemica, è opportuno che il medico competente che, ai sensi dell’art. 25 del citato D.lgs. 81/2008 e s.m.i. ha, tra i suoi obblighi, quello di collaborare con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, supporti il datore di lavoro nella attuazione delle misure di prevenzione e protezione già richiamate nel menzionato “Protocollo”. È fondamentale quindi che le diverse tipologie di misure di contenimento del rischio siano il più possibile contestualizzate alle differenti tipologie di attività produttive ed alle singole realtà aziendali in cui si opera; in tale contesto, la collaborazione attiva e integrata del medico competente, con il datore di lavoro e con le RLS/RLST, contribuirà al miglioramento continuo dell’efficacia delle misure stesse”.

to del rischio di contagio da *SARS-CoV-2* con particolare riguardo alle lavoratrici e ai lavoratori fragili.

Le risposte fornite al quesito rivelano l'utilizzo da parte dei medici di "Pagine web istituzionali" (63,6%, cioè 7 su 11). Si ritiene di dover interpretare tale dato nell'ottica di reperire informazioni certe e sicure sul c.d. "rischio-Covid-19", confezionate dai principali organi deputati alla gestione dell'emergenza sanitaria. Si collocano, poi, al secondo posto le "ricerche individuali" (18,2%, cioè 2 medici). Un solo professionista ha preferito attenersi alle "Comunicazioni dell'Ordine di appartenenza" e, parimenti, un altro medico alla "Lettura scientifica".

INFORMAZIONI GENERALI: Da quali fonti ha preso conoscenza delle regole e delle altre informazioni e novità rilevanti in materia di prevenzione del contagio Covid-19 sul luogo di lavoro?

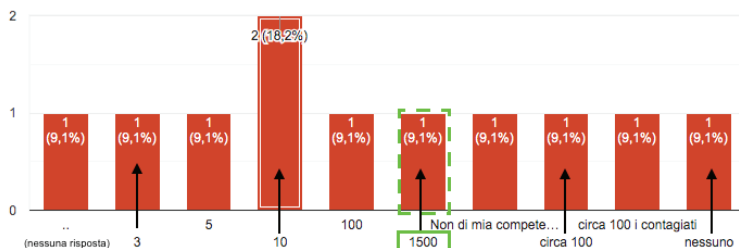
11 risposte



Per quanto, invece, concerne il numero di lavoratori assistiti "in seguito a contagio", le risposte richiamano immediatamente l'attenzione: c'è chi ha dichiarato di aver assistito ben 1.500 lavoratori contagiati, così come chi ha affermato circa 100 (tre medici hanno dato analoga risposta). Qualcuno ha attestato di non aver assistito lavoratori ("nessuno" o "non di mia competenza"). Quattro medici hanno, infine, confermato di aver fornito assistenza a non oltre 10 lavoratori.

INFORMAZIONI GENERALI: Qual è il numero di lavoratori assistiti in seguito a contagio in azienda (escluse le attività di consulenza)?

11 risposte



Si ipotizza che le risposte fornite siano state influenzate da una serie di fattori. Si pensi, ad esempio, al tipo di organizzazione del Medico competente e/o del suo ambulatorio; al tipo di “assistenza operativa” svolta da parte del Medico; al numero di aziende assistite dai medici intervistati¹⁰; al tipo mansione eseguita dai lavoratori¹¹; alla durata dell’assenza ed eventuale ospedalizzazione dei lavoratori, ecc.

2. Comunicazione e Consulenza

Con riferimento al canale maggiormente utilizzato dai Medici competenti per assistere le aziende, il 54,5% degli intervistati (cioè 6 su 11) ha dichiarato di aver contattato (o essere stato contattato dal-) le aziende telefonicamente; mentre il 27,3% (3 unità) ha preferito l’uso della posta elettronica. Minoritario, invece, il ruolo assunto dalla “consulenza”: il 9,1% ha svolto la consulenza “in sede aziendale” e un altro 9,1% ha, invece, eseguito quella “in ambulatorio”.

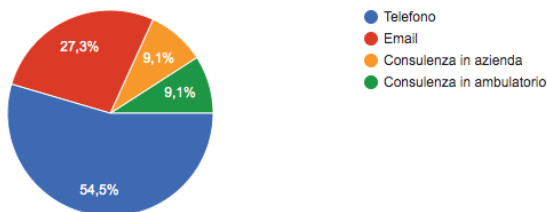
¹⁰ Si deve, infatti, considerare che il Medico competente può essere un dipendente di una struttura esterna (pubblica o privata), un libero professionista o, infine, un dipendente del Datore di lavoro (così, S. TORDINI CAGLI, *I soggetti responsabili*, cit., 111).

¹¹ Occorre sicuramente considerare anche l’eventualità del Medico competente che lavori in ambienti di lavoro con “rischio di biologico” non “generico”, bensì “specifico”.

Gli esiti della ricerca

COMUNICAZIONE E CONSULENZA: Quale canale di contatto ha utilizzato maggiormente per assistere le aziende?

11 risposte



In merito si può solo osservare che, considerata l'urgenza e la drammaticità della situazione, il canale telefonico sia certamente risultato essere quello più pratico e veloce per rispondere ai dubbi e/o richieste delle aziende e per confrontarsi attivamente con le altre figure del sistema di prevenzione aziendale (in specie, Datori di lavoro e RSPP). Nondimeno, nell'ottica di assicurare maggior "certezza" e "tracciabilità"¹² delle informazioni riferite, si sarebbe potuto prediligere l'invio di indicazioni medico-sanitarie a mezzo di posta elettronica o anche mediante messaggi telefonici.

3. Informazione e Formazione

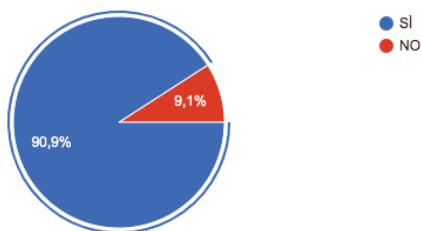
Come si è accennato, tra gli obblighi che riguardano il Medico competente si può senz'altro ricordare quello di tipo "informativo-comunicativo". All'interno di tale categoria, sulla base delle lett. d), e), g), h), i), n) dell'art. 25 del d.lgs. n. 81 del 2008, rientrano gli obblighi di informazione e comunicazione che devono essere adempiuti nei riguardi non solo del Datore di lavoro e del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, ma anche (e soprattutto) dei lavoratori.

¹² La tracciabilità costituisce un aspetto senz'altro saliente in un'ottica sia *ex ante* (in relazione al concetto di *Risk Assessment* e *Risk management*), che *ex post* in quanto potrebbe essere un utile meccanismo di difesa in eventuali dispute giudiziarie. Tale discorso riguarda in effetti eventuali responsabilità sia della persona fisica, che di quella giuridica.

In questa direzione, quanto alla partecipazione dei vari Medici competenti all'attività **informativa** e/o **formativa**, il **90,9%** degli intervistati (pari a 10 su 11), dichiara di aver preso parte a tali attività; ciò in coerenza sia al dettato normativo sul ruolo del Medico competente (spec. art. 25 del d.lgs. n. 81 del 2008), che a quanto previsto all'interno dei medesimi Protocolli Anti-contagio. In particolare, nel protocollo del 14.03.2020 al punto 12 (Sorveglianza sanitaria/Medico competente/RLS) si dispone che *“la sorveglianza sanitaria periodica non va interrotta, perché rappresenta una ulteriore misura di prevenzione di carattere generale: sia perché può intercettare possibili casi e sintomi sospetti del contagio, sia per l'informazione e la formazione che il medico competente può fornire ai lavoratori per evitare la diffusione del contagio”*.

INFORMAZIONE E FORMAZIONE: Ha svolto attività informative o formative al personale delle aziende presso le quali esercita le funzioni di medico competente?

11 risposte



Nonostante non si chieda, in maniera esplicita, che ruolo hanno assunto in relazione alla *“gestione dei protocolli”*, si ritiene che il dato in questione (concernente l'informazione e la formazione fornita al personale delle aziende) possa essere valutato alla luce anche di quanto ottenuto dai questionari rivolti nei riguardi di RSPP e Consulenti. Le risposte alla domanda *“come valuta il ruolo del Medico competente nella gestione dei protocolli”* paleserebbero, infatti, un ruolo solo parzialmente cruciale nella gestione dei protocolli di questa fondamentale figura¹³. È anche vero, però, che il numero di Medici che ha risposto al questionario è nettamente inferiore a quello degli RSPP e Consulenti (11 medici compe-

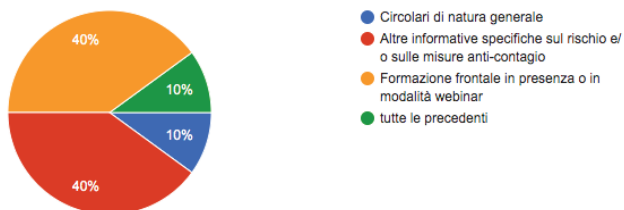
¹³ Vedi *“Risultati del questionario rivolto a RSPP e Consulenti”*, Parte 4 (Consapevolezza), Quesito 2.

tenti a fronte di 62 RSPP e/o consulenti). È pertanto difficile stabilire, con ragionevole certezza, il tipo di ruolo (primario o secondario) effettivamente svolto da siffatte figure, in generale, nella gestione e/o attuazione dei Protocolli Anti-contagio; gestione e (soprattutto) attuazione che, appunto, si ritiene che richiedano un'adeguata informazione e formazione sullo specifico "rischio di contagio".

Relativamente al "contenuto" e alle "modalità" di esecuzione dell'attività info-formativa, si riscontra un 40% di "formazione frontale" (sia essa in presenza o mediante webinar) e un 40% con "Altre informative specifiche sul rischio e/o sulle misure anti-contagio". Il 10% ha dichiarato di avere proceduto tramite l'invio di "Circolari di natura generale"; mentre il restante 10% ha dichiarato di essere intervenuto con tutte le modalità prese in esame.

(Segue) Nel caso in cui abbia svolto attività informative o formative al personale delle aziende presso le quali esercita le funzioni di medico competente, in che forma sono state svolte?

10 risposte



Si tratta di un dato che deve essere raffrontato con quanto previsto nei Protocolli Anti-contagio. In specie, in quello di aprile del 2021, al punto 10 (Spostamenti interni, riunioni, eventi interni e formazione) si prevede che "Sono sospesi tutti gli eventi interni e ogni attività di formazione in modalità in aula, anche obbligatoria, fatte salve le deroghe previste dalla normativa vigente. Sono consentiti in presenza, ai sensi dell'articolo 25, comma 7, del dPCM 2 marzo 2021, gli esami di qualifica dei percorsi di IeFP, nonché la formazione in azienda esclusivamente per i lavoratori dell'azienda stessa, secondo le disposizioni emanate dalle singole regioni, i corsi di formazione da effettuarsi in materia di protezione civile, salute e sicurezza, i corsi di formazione individuali e quelli che necessitano di atti-

*vità di laboratorio, nonché l'attività formativa in presenza, ove necessario, nell'ambito di tirocini, stage e attività di laboratorio, in coerenza con i limiti normativi vigenti, a condizione che siano attuate le misure di contenimento del rischio [...] È comunque possibile, qualora l'organizzazione aziendale lo permetta, effettuare la formazione a distanza, anche per i lavoratori in lavoro agile e da remoto*¹⁴.

4. *Screening*

Due domande del questionario sono state dedicate al c.d. *screening*.

Sulla base anche di quanto previsto all'interno del Protocollo Anti-contagio del 06.04.2021, punto 12 (Sorveglianza sanitaria/Medico competente/RLS), il Medico competente *“in considerazione del suo ruolo nella valutazione dei rischi e nella sorveglianza sanitaria, può suggerire l'adozione di strategie di testing/screening qualora ritenute utili al fine del contenimento della diffusione del virus e della salute dei lavoratori, anche tenuto conto dell'andamento epidemiologico nel territorio di riferimento e di quanto stabilito nella circolare del Ministero della salute dell'8 gennaio 2021”*. Tale disposizione deve essere, poi, letta in combinato con quanto pubblicato sul sito <https://www.regione.emilia-romagna.it> (sezione *“Salute”*) in cui si precisa che il Medico competente ha il compito di:

- *“Supportare il Datore Di Lavoro (DDL) per le valutazioni sulla opportunità di attivare il percorso di screening e sulla sua eventuale progettazione e realizzazione;*
- *Dare comunicazione ai dipendenti sulla finalità e sulle caratteristiche dei test, sottolineando che essi non possono sostituire le misure di prevenzione del contagio indicate per i luoghi di lavoro, né possono costituire elemento utilizzabile ai fini dell'espressione di giudizio di idoneità alla mansione specifica;*
- *Comunicare tempestivamente, per conto del DDL, ai competenti Dipartimenti di Sanità Pubblica, i risultati positivi in forma nominativa di eventuali tamponi eseguiti a seguito di positività (IgG, IgM o entrambi);*

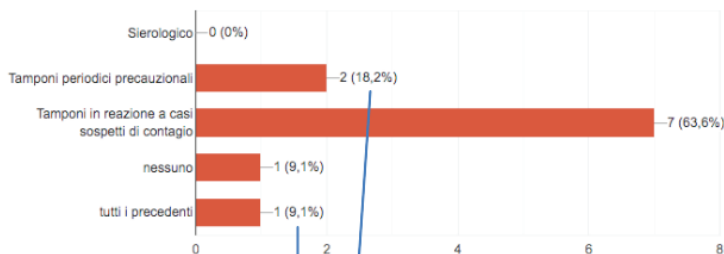
¹⁴ Alla luce di tale previsione, si ritiene che i risultati ottenuti siano coerenti con quanto disposto all'interno dei protocolli.

- Supportare DDL, nel rispetto della tutela dei dati personali, nella predisposizione della relazione recante i risultati dell'indagine in forma anche aggregata, indicando il numero di soggetti testati con test rapido, numeri con risultato positivo per IgG, positivo per IgG ed IgM, positivo per IgM, negativo, nonché i test molecolari da tampone;
- Eventualmente eseguire il test sierologico rapido previa acquisizione della specifica autorizzazione di cui al punto 7 della DGR 350/2020, previa presentazione di richiesta di autorizzazione”.

Ciò posto, dalle risposte fornite ai questionari emerge che sono stati eseguiti sia “*tamponi in relazione ai casi sospetti di contagio*” (63,6%), che “*tamponi periodi precauzionali*”.

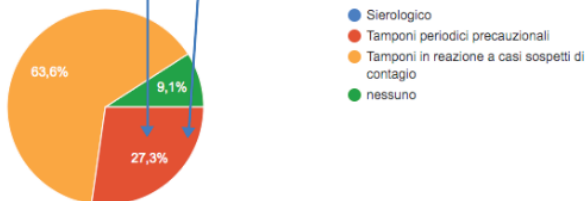
SCREENING: Quale tipologia di screening ha attuato nelle aziende che assiste?

11 risposte



(Segue.) Quale delle precedenti tipologie di screening ha attuato maggiormente?

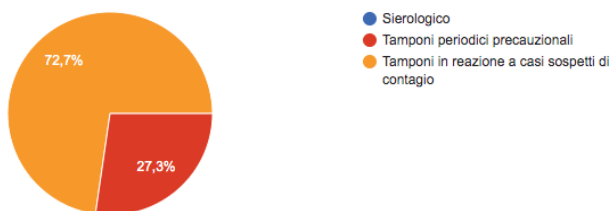
11 risposte



Si è poi, chiesto quale degli *screening* suddetti fosse stato ritenuto più utile. Anche in questo caso si è ottenuto un 72,7% a favore dei “*tamponi in relazione ai casi sospetti di contagio*” e un 27,3% a favore del “*tamponi periodi precauzionali*”.

(Segue.) Nell'ambito dei Protocolli anti-contagio aziendali e in vista di un loro perfezionamento, quale delle precedenti tipologie di screening considera il più utile?

11 risposte



5. Attività Medico-Sanitarie

Si è poi chiesto se si fossero verificati dei casi di contagio in ambulatorio “*a causa*” dell’attività professionale. Si osserva un dato favorevole: il 100% ha, infatti, dichiarato l’assenza di contagi in ambulatorio correlati all’attività aziendale.

ATTIVITÀ MEDICO-SANITARIE IN AMBULATORIO: si sono verificati casi di contagio in ambulatorio causati dallo (o correlati allo) svolgimento dell’attività professionale?

11 risposte

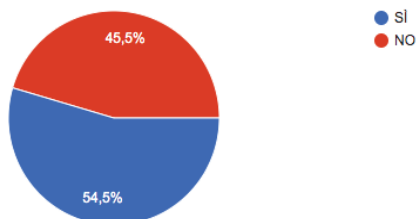


Gli esiti della ricerca

Si attesta, invece, a circa la metà il gruppo di medici (54,5%) che ha sospeso le visite periodiche e preventive durante il primo picco della pandemia.

ATTIVITÀ MEDICO-SANITARIE: Ha sospeso le visite mediche periodiche/preventive durante il primo picco della pandemia Covid-19?

11 risposte



Un dato interessante è che i medici intervistati hanno unanimemente sospeso l'accertamento “*spirometrico*” tra quelli normalmente praticati in visita medica ai fini del rilascio del giudizio di idoneità alla mansione. Ciò, in ossequio alla prassi secondo cui erano da “*evitare gli accertamenti diagnostici che possono maggiormente esporre al rischio di contagio quali esami spirometrici e test alcolimetrici (per la forte emissione di droplet e possibile formazione di aerosol)*”. L’effettuazione di questi esami richiede la possibilità di applicare misure preventive e DPI adottati in ambito ospedaliero per procedure analoghe”¹⁵.

¹⁵ Così il rapporto “COVID Documenti di lavoro CIIP (Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione) – terza raccolta”, Settembre 2021 reperibile al seguente sito: <https://www.sirsrer.com/wp-content/uploads/2021/10/Documento-COVID-19-ver.9-2021.pdf>

(Segue.) Nel caso in cui le visite periodiche/preventive siano proseguite durante il primo picco della pandemia Covid-19, quali accertamenti medico-sanitari ha sospeso?

7 risposte

spirometria con boccaglio di cartone
Spirometrie
le spirometrie
SPIROMETRIE
spirometria
visite periodiche, esami spirometrici
Spirometria

6. Dispositivi di Protezione

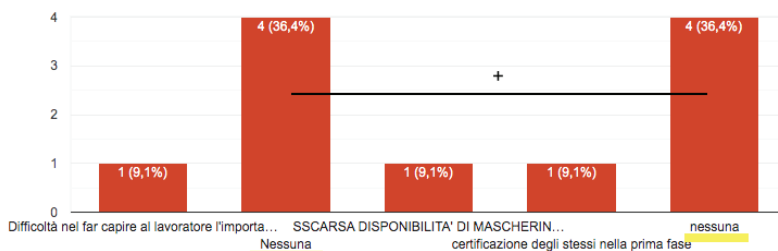
Altro aspetto oggetto di indagine riguarda le criticità nella scelta delle tipologie di mascherine da (far) indossare (in ambulatorio e/o presso le aziende assistite), nonché nell'uso delle stesse. Interessante la risposta fornita da parte di un Medico che avrebbe riscontrato *“una difficoltà di far comprendere al lavoratore”* l'importanza della protezione¹⁶. Altret-

¹⁶ Sul punto si inserisce il fondamentale ruolo che ricopre ormai anche il lavoratore nell'assicurare la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro. Ai sensi dell'art. 2, lett. a), d.lgs. n. 81 del 2008, il lavoratore è la “persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere o un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari”. In particolare se in passato si riteneva che il lavoratore fosse semplicemente un “creditore della sicurezza”, ad oggi la dottrina si esprime nel senso di dire che invero egli svolge un ruolo attivo nella realizzazione della sicurezza sui luoghi di lavoro. Ciò è amplificato anche dall'art. 20 che prevede una serie di obblighi a carico del lavoratore alcuni dei quali, se rimasti inadempiti, possono condurre a delle sanzioni penalmente rilevanti sulla base di quanto previsto ex art. 59 sempre del d.lgs. n. 81 del 2008. Per una parziale ricostruzione del dibattito v. R. BLAIOTTA, *Diritto penale e sicurezza del lavoro*, cit., 55. Avalano l'ottica collaborativa tra lavoratore-datore di lavoro: S. TORDINI CAGLI, *I soggetti responsabili*, in *Sicurezza sul lavoro*, cit., 76 ss., spec. 116; O. DI GIOVINE, *Il contributo della vittima nel delitto colposo*, Torino, 2003, 84; P. GROTTA, *Principio di colpevolezza*

tanto importante la risposta che ravvisa “*la scarsa disponibilità di mascherine*”; sono, infatti, noti i problemi che si sono avuti (soprattutto nei primi periodi) tanto di approvvigionamento, quanto anche di certificazione delle mascherine. Infine, c’è chi ha sostenuto di non aver riscontrato criticità (72,8%).

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE: quali criticità ha riscontrato nella scelta della tipologia e nell'utilizzo di mascherine? (se nessuna rispondere "nessuna")

11 risposte



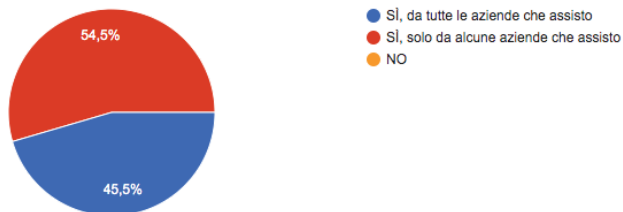
7. Elaborazione dei Protocolli

Si è chiesto al Medico competente di indicare se coinvolto in tutte, alcune, o nessuna delle aziende assistite per quanto concerne la stesura dei Protocolli Anti-contagio. Si identifica un coinvolgimento “*parziale*” per il 54,5%, e “*assoluto*” per il 45,5%.

za, rimproverabilità soggettiva e colpa specifica, Torino, 2012, 273 ss. In un’ottica diversa v. P. VENEZIANI, *Infortuni sul lavoro per omesso impedimento dell’evento*, in *Riv. trim. dir. pen. econ.*, 1998, 493 ss., spec. 521, in cui l’Autore esclude che il lavoratore possa essere “garante della sicurezza”.

ELABORAZIONE DEI PROTOCOLLI: È stata/o coinvolta/o nella stesura dei Protocolli anti-contagio?

11 risposte



Nonostante non sia stato chiesto il numero di aziende assistite, tali percentuali mostrano egualmente un dato incontrovertibile e cioè che malgrado i Protocolli d'intesa spingessero le aziende a coinvolgere i Medici competenti nella gestione e prevenzione del “*rischio Covid-19*”, non tutte hanno agito in tal senso. Sul punto si può, infatti, senz'altro ricordare quanto previsto nella Parte 12 (Sorveglianza sanitaria/Medico competente/RLS) del Protocollo Anti-contagio del 14 marzo 2020 secondo cui “*nell'integrare e proporre tutte le misure di regolamentazione legate al COVID-19 il medico competente collabora con il datore di lavoro e le RLS/RLST*”¹⁷.

Tale dato trova, comunque, un riscontro nelle risposte fornite da parte di RSPP e consulenti da cui è emerso come buona parte dell'attività di stesura dei protocolli, seppur con la cooperazione dei medici, sia stata per lo più gestita dagli uffici dei Servizi di Prevenzione e Protezione. Nel questionario per RSPP, infatti, si presentava un 93,5% di coinvolgimento di tali professionisti tecnici, contro solo un 27,4% di medici¹⁸.

Stesso discorso può svolgersi in relazione ai questionari rivolti ai Datori di lavoro. Anche in questo caso, alla domanda “*quali figure professionali hanno partecipato alla stesura dei Protocolli anti-contagio*” si è risposto nel senso di collocare al primo posto il “*Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione*” (64,7%), seguito dal “*Datore di lavoro*” (35,3% (66 datori di lavoro) e dal “*Consulente o altro professionista*”, con il 32,6%

¹⁷ Vedi anche il Protocollo del 06.04.2021, sempre Parte 12.

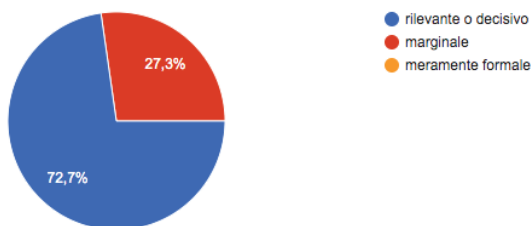
¹⁸ Vedi “*Risultati del questionario rivolto a RSPP e Consulenti*”, Parte 3. (Partecipazione), Quesito 2.

(61 unità). La partecipazione del “*Medico Competente*” si attesta invece al 20,3% (38 professionisti)¹⁹.

Il ruolo decisivo dei Medici nella stesura dei Protocolli Anti-contagio è, nondimeno, confermato dalle risposte ottenute alla domanda successiva: i professionisti sanitari hanno infatti ritenuto per lo più “*rilevante o decisivo*” il loro contributo (72,7%); assestandosi al 27,3% la percentuale che ha, invece, risposto “*marginale*”.

(Segue.) In caso di risposta positiva, come valuta il contributo prestato alla stesura dei Protocolli anti-contagio applicabili?

11 risposte



È stato, altresì, chiesto “*in che modo*” il singolo medico “*avrebbe eventualmente voluto incidere maggiormente sull’elaborazione dei protocolli*”: solo la metà degli intervistati ha formulato una risposta. Di seguito si riporta quanto ottenuto.

(Segue.) In che modo avrebbe eventualmente voluto incidere maggiormente sull’elaborazione dei Protocolli anti-contagio applicabili?

5 risposte

Non ho sentito la necessità

nessuna

nessuno

tramite una consultazione preventiva

Dando la massima configurazione del protocollo alla azienda in esame evitando protocolli generici ed impersonali (tipo copia-incolla da altri di associazioni di categoria o consulenti esterni) Certi tipi di prevenzione si fanno dall'interno.

¹⁹ Vedi “*Risultati del questionario rivolto Datori di lavoro*”, Parte 4. (Partecipazione), Quesito 1.

8. Valutazione Generale

La domanda che segue puntava ad ottenere non solo una “*valutazione generale*” sui Protocolli, ma anche eventuali consigli utili ai fini di una miglior gestione della pandemia. Si riportano in elenco le risposte.

VALUTAZIONE GENERALE: Come valuta i Protocolli governativi o regionali e la correlata regolamentazione? Come sarebbe perfezionabile la gestione pandemica, anche in termini di chiarezza e certezza per i destinatari degli obblighi di prevenzione?

11 risposte

- Ottimali
- Una maggiore tracciabilità
- MAGGIORE DEFINIZIONE DELLE CASISTICHE E DELLA REGOLAMENTAZIONE PER I LAVORATORI FRAGILI
- Non generici, ma specifici per tipologia lavorativa
- Sanzioni per i lavoratori che trasgrediscono
- I Protocolli governativi o regionali non sempre sono facilmente applicabili. La gestione pandemica sarebbe facilitata rendendo obbligatoria la vaccinazione per tutte le categorie dei lavoratori
- Adeguati
- Inizialmente ci sono stati errori e criticità superate in seguito. La “macchina burocratica” è spesso lenta a modificare le cose mentre nel mondo del lavoro la soluzione dei problemi deve essere quotidiana
- Rendere più uniformi le misure
- farei *lockdown* per i *no vax*

(l'ultima risposta va interpretata come non data)

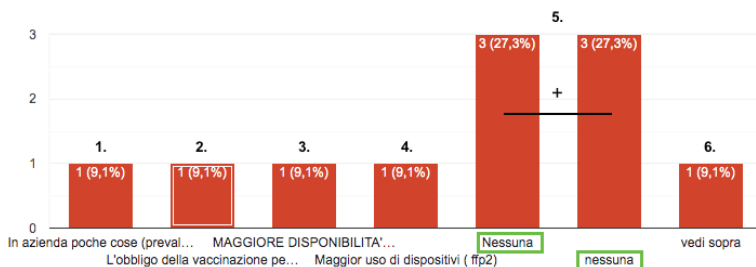
Lungi dal voler entrare nel merito delle risposte, si può unicamente osservare come queste costituiscano la riprova del fatto che la comunità aziendale non fosse (sufficientemente) preparata a gestire la pandemia (si pensi a risposte del tipo “*La macchina “burocratica” è spesso lenta [...]*”, “*Protocollo governativi o regionali non sempre sono facilmente applicabili [...]*”, “*Rendere più uniformi le misure*”).

L'interesse è stato, successivamente, rivolto a comprendere se i medici avrebbero privilegiato misure diverse da quelle attualmente imposte.

Gli esiti della ricerca

(Segue): Quali misure di prevenzione avrebbe privilegiato, diverse da quelle attualmente previste? (se nessuna rispondere "nessuna")

11 risposte



- In azienda poche cose (prevalentemente i comportamenti individuali. Personalmente ho posto l'accento su tutti i sistemi di prevenzione anche al di fuori della azienda, in particolare nell'ambito familiare.
- L'obbligo della vaccinazione per tutti i lavoratori
- Maggiore disponibilità di tamponi molecolari per casi sospetti e contatti di casi sospetti
- Maggior uso di dispositivi (FFP2)
- Nessuna
- vedi sopra

9. Valutazione Specifica

Si è, infine, domandato ai medici quali fossero le criticità – nello specifico – riscontrate durante la gestione dell'emergenza Covid-19.

VALUTAZIONE SPECIFICA: Quali criticità ha incontrato nella gestione dell'emergenza Covid-19? (se nessuna rispondere "nessuna")

11 risposte

- Nessuna
- l'abbandono iniziale
- la tracciabilità
- **ASSENZA DA OGNI PROCEDURA DI VERIFICA DEI PROTOCOLLI ATTUALI, DA PARTE DELL'INAIL**
- approccio alla patologia
- Sottovalutazione del rischio da parte di molti lavoratori e anche da parte di alcuni datori di lavoro/dirigenti aziendali
- Nessuna nella prima ondata, maggiormente in quelle successive per la minore consapevolezza del pericolo

- Le incongruenze nelle norme in particolari all'inizio della pandemia. Molto difficile da gestire la liberatoria AUSL anche con tampone positivo e la ripresa del lavoro. In tutti i miei protocolli ho ritenuto indispensabile la negativizzazione del tampone prima di rientrare al lavoro in presenza.
- Il cambio periodico delle indicazioni (isolamento ecc)

(l'ultima risposta va interpretata come non data)

5. Analisi dei risultati del questionario rivolto ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)

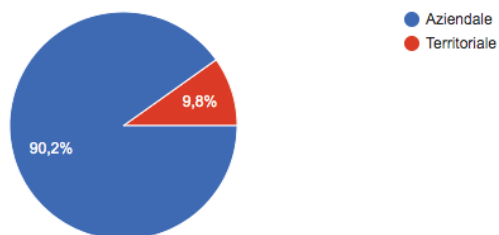
(L. LODI)

1. Informazioni generali

La partecipazione dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, in particolare aziendali (90,2%, 55 unità, contro il 9,8% pari a 6 RLS “territoriali”), è stata immediata, trovando in breve tempo un paniere di 61 questionari compilati. Tra questi, la maggior parte degli RLS aziendali pare – da informazioni sommariamente raccolte durante la somministrazione – siano di compagine sindacale, ma non si possono escludere RLS “laici”, giacché a tutte le aziende è stato chiesto di far partecipare i propri rappresentanti.

Specificare la tipologia di RLS:

61 risposte

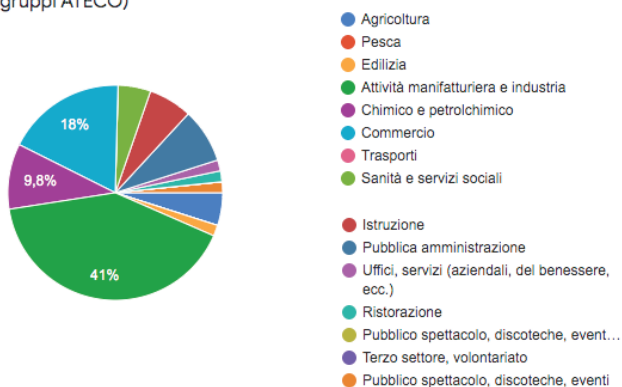


Relativamente ai settori di appartenenza, il 41% (25 aziende) ricade nel gruppo ATECO n. 4 delle Attività manifatturiere e dell’Industria, mentre il 18% del Commercio (11 aziende). Invece, 6 aziende (9,8% del totale) provengono dal comparto Chimico e petrolchimico, 5 dalla Pubblica Amministrazione (8,2%), 4 dall’Istruzione (6,6%), infine 3 dalla Sanità e servizi sociali (4,9%) e altrettanti dall’Agricoltura. Residuali gli altri settori per n. 1 rappresentante ciascuno (1,6%) che ha preso parte alla ricerca compilando il questionario: Edilizia, Pubblico spettacolo ed eventi, Ristorazione, Uffici e servizi.

Covid-19, sicurezza sul lavoro e responsabilità

Settore di attività (gruppi ATECO)

61 risposte



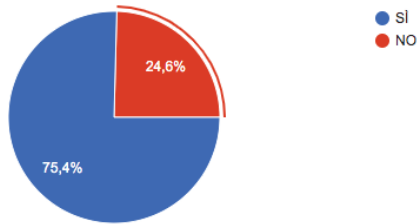
Nessun dato ottenuto da RLS per il settore dei Trasporti e per quello del Volontariato. Si tratta, invero, di realtà dove è difficilmente presente un RLS, tanto più di tipo “territoriale”, in cui la “bilateralità” non ha, ad oggi, trovato completa attuazione, generando una sorta di “impossibilità” alla partecipazione concreta di rappresentanti eletti “di diritto” ai sensi dell’art. 48 del d.lgs. n. 81 del 2008, di guisa con l’art. 47, comma 8, *ibidem*.

Inquadrata la distribuzione generale, si può passare all’esame del giudizio ottenuto sulla chiarezza dei protocolli anti-contagio Covid-19: il 75,5% (46 RLS) degli intervistati ritiene chiara l’intesa formalmente approvata tra governo e parti sociali, mentre il 24,6% si è espresso in termini negativi (15 RLS).

Gli esiti della ricerca

Riguardo al Covid-19, i Protocolli promossi dal Governo sono stati sufficientemente chiari?

61 risposte



Confrontando il dato con quello raccolto presso consulenti e RSPP, si riscontra coerenza di opinioni: detti professionisti, a medesima domanda circa la chiarezza dei protocolli promossi dal Governo, avevano risposto in maggioranza schierandosi a favore (88,7%)¹.

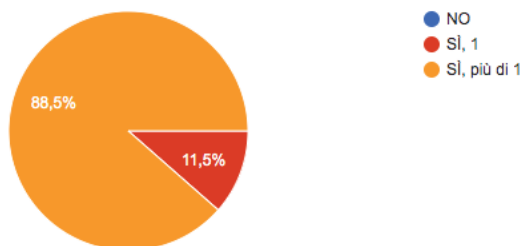
2. Informazione

Con riguardo all'esposizione di cartelli informativi nelle aziende, la maggioranza (88,5%) dei partecipanti all'indagine ha confermato che sono stati esposti diversi cartelli ("Sì, più di 1"), in alcuni casi (11,5%) ha affermato l'utilizzo di un unico cartello, mentre nessuno ha segnalato l'assenza di adeguata cartellonistica informativa. Tale dato risulta coerente con la necessità – più volte ribadita a livello centrale – di dare informazione in merito alle misure generali adottate. Peraltro, in taluni settori (si pensi, ad esempio, a quello del commercio) si è previsto un dovere informativo in doppia lingua, italiano e inglese.

¹ Vedi "Risultati del questionario rivolto a RSPP e Consulenti", Parte 1. (Chiarezza e consapevolezza dei protocolli), Quesito 1.

INFORMAZIONE: sono stati esposti cartelli informativi sul luogo di lavoro?

61 risposte



3. Partecipazione

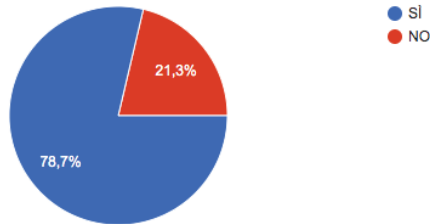
Una domanda mirata è stata fatta per conoscere il grado di partecipazione attiva dei rappresentanti dei lavoratori nell'elaborazione dei protocolli aziendali: il 78,7% ha confermato l'attività in tal senso, mentre potenzialmente preoccupante il 21,3% di RLS che non hanno partecipato, nonostante fosse un compito insito nel ruolo di rappresentanza. Confrontando questa situazione con quanto sarà esposto più avanti e anche con le affermazioni di RSPP e consulenti, si può, tuttavia, ipotizzare che una buona parte di RLS non abbia partecipato "attivamente" nell'elaborazione dei protocolli in quanto questi sono stati sovente estesi e/o attuati dai professionisti incaricati per la consulenza e l'assistenza in materia di sicurezza.

Inoltre, si tenga presente che il Protocollo d'intesa tra governo e parti sociali indicava le principali misure che dovevano essere attuate. Tali misure, pertanto, pur essendo perfezionabili, erano sostanzialmente "standardizzate" (es. igiene delle mani e delle vie respiratorie, distanziamento sociale, contingentamento degli ingressi...), potendo al più subire un processo di adattamento (ma non di reale modifica o deroga²) in base al tipo di "attività" e "azienda".

² Seppur non escludibile, in quanto il Protocollo non è norma di legge, tantomeno inderogabile, bensì atto extra legem overosia complementare ed in specie di indirizzo.

PARTECIPAZIONE: nell'esercizio delle Sue funzioni, ha partecipato all'elaborazione dei Protocolli aziendali anti-contagio?

61 risposte



4. *Triage*

Proprio in ordine alle misure generali, una sezione specifica del questionario è stata dedicata ai controlli preliminari per permettere l'accesso alle persone: il *triage*. In particolare, non potendo confezionare in modo univoco tutte le misure possibili di smistamento "*classificatorio*" in ingresso, è stato chiesto ai rappresentanti dei lavoratori di indicare le azioni adottate nelle rispettive aziende, formulando un elenco a cui si aggiungeva un campo libero per poter annotare misure diverse da quelle disponibili.

Prima di analizzare i dati, si intende precisare che taluni intervistati hanno indicato la verifica del "*Green Pass*". Si tratta, tuttavia, di un obbligo legale entrato in vigore successivamente alla predisposizione dei questionari, di cui non si analizzeranno pertanto gli effetti e ricadute sul piano concreto. D'altronde la certificazione verde esula dai protocolli aziendali ed *in primis* dal Protocollo d'intesa tra governo e parti sociali.

In generale, la percentuale dell'88,5% (54 RLS) ha visto verificare dal personale all'uopo incaricato che tutti i lavoratori (o altri soggetti) entrassero in sede indossando la mascherina; l'85,2% ha affermato l'effettivo utilizzo di gel idroalcolico per l'igiene delle mani e, sempre in testa, si riscontra la periodica misurazione di temperatura (73,8% pari a 45 risposte).

Inferiori le unità (14) in cui si è disposta la modulistica auto-certificativa (23% di casi). Si segnala, in tal senso, che nessun decreto emergenziale aveva dato una simile indicazione che risulta, peraltro, contraria agli artt. 46-47 del d.P.R. 445 del 2000 sugli stati certificabili in forma autonoma dall'interessato³. Nondimeno, sempre rimanendo sulle misure che hanno trovato dei limiti in materia di *privacy*⁴, troviamo l'utilizzo del "Registro degli ingressi" (52,5%, 32 risposte) senz'altro utile per il tracciamento.

Infine, sono 5 i rappresentanti dei lavoratori che hanno indicato l'utilizzo di tamponi (presumibilmente "antigenici rapidi"); i restanti partecipanti hanno indicato il ricorso al *Green Pass* che però, è strumento più recente.

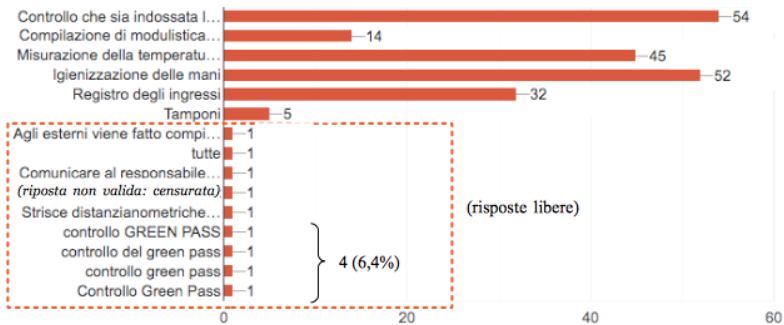
³ Si consideri sul punto un orientamento dottrinale in materia di *privacy* che ha contestato l'utilità e la validità delle autocertificazioni in relazione a qualcosa difficilmente "autocertificabile" (es. dichiarare di non essere entrati in contatto con un soggetto risultato positivo al SARS-CoV-2 oppure di non essere, esso stesso, positivo ma senza accertamenti sanitari specifici). Lo stesso Garante per la protezione dei dati personali, nelle FAQ sul coronavirus, alla domanda n.11 del comparto Scuola, in merito alle autodichiarazioni circa lo stato di salute da parte di studenti o genitori, rispondeva che "attraverso le dichiarazioni sostitutive non è possibile autocertificare il proprio o l'altrui stato di salute" e che "l'art. 49 del DPR 445/2000 prevede infatti la non sostituibilità dei certificati medici e sanitari". Analogamente, con riferimento alle imprese e ai datori di lavoro, alla relativa FAQ n. 2, il Garante chiariva che in base alla normativa di salute e sicurezza sul lavoro il lavoratore aveva l'obbligo di segnalare condizioni di rischio, come il contatto con soggetti contagiati interpolando l'art. 20 del d.lgs. n. 81 del 2008 con la disciplina emergenziale Covid-19; in tale risposta il Garante rammentava l'obbligo aziendale di avvisare in merito alla preclusione d'accesso in azienda per coloro che negli ultimi 14 giorni avessero avuto contatti a rischio e concludeva con l'invito a trattare dati strettamente necessari (quindi evitando la raccolta di autodichiarazioni sopra criticate). Le FAQ del Garante sono disponibili qui: <https://www.garanteprivacy.it/temi/coronavirus/faq>

⁴ Cfr. Comitato europeo per la protezione dei dati – EDPB – Dichiarazione sul trattamento dei dati personali nel contesto dell'epidemia di Covid-19, adottata il 19 marzo 2020 (doc. web n. 9295504). Per altri provvedimenti, sul sito del Garante Privacy è disponibile la sezione di ricerca per argomento "Coronavirus" ove è consultabile anche la "Raccolta delle principali disposizioni adottate in relazione allo stato di emergenza epidemiologica da Covid-19 aventi implicazioni in materia di protezione dei dati personali" (doc. web n. 9304313, ultimo aggiornamento: 29 luglio 2021).

Gli esiti della ricerca

TRIAGE: quali delle seguenti azioni vengono svolte all'ingresso in azienda?

61 risposte



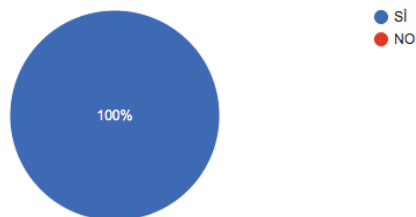
(si omette il risultato in percentuale tenendo conto che la risposta era multipla oltre a possibile risposta libera)

5. Igiene Personale

Tutti hanno confermato che sono stati predisposti in azienda i *dispenser* di gel disinfettante. Si tratta, tuttavia, di un dato che non può fornirci indicazioni ulteriori e attinenti “*tempi*” e “*modi*” di utilizzo di siffatti *dispenser*.

IGIENE PERSONALE: sono stati predisposti dispensers di gel disinfettante?

61 risposte



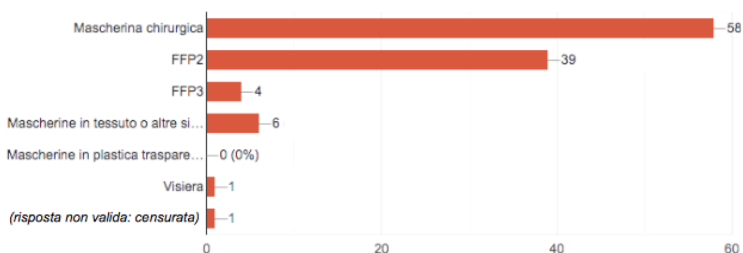
6. Igiene Respiratoria

Un quesito è stato dedicato all'igiene respiratoria. In particolare è stato chiesto quale fosse la tipologia di mascherina mediamente utilizzata in azienda: il **95,08%** (58 rappresentanti) ha risposto che la mascherina indossata è stata prevalentemente quella chirurgica, seguita immediatamente dalla FFP2 (**63,9%**). Valori inferiori per le altre tipologie di mascherine e/o eventuali visiere.

La domanda permetteva, comunque, all'intervistato di fornire più risposte. D'altronde, si deve senz'altro ammettere la possibilità che, all'interno della medesima azienda, possano comunque utilizzarsi diversi tipi di mascherine il cui impiego può variare a seconda dell'attività svolta, delle *"preferenze personali"*, dei *"tempi"*, ecc.

IGIENE RESPIRATORIA: quali tipologie di mascherina sono state adottate in azienda in relazione al Covid-19?

61 risposte



(si omette il risultato in percentuale tenendo conto che la risposta era multipla oltre a possibile risposta libera)

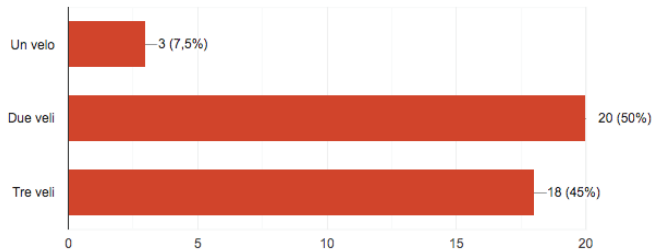
Poiché la mascherina chirurgica può essere a uno o più veli (strati), si è chiesto se fosse conosciuto il grado di protezione in questione: purtroppo si denota come in molti casi sia stata utilizzata la mascherina a due veli e addirittura la mono-velo di scarsa capacità protettiva.

Non va però scordato il periodo storico in cui l'approvvigionamento dei dispositivi è stato limitato, tant'è che il governo ha dovuto decretare la possibilità di utilizzare anche mascherine *"di comunità"*, nonché equiparare le mascherine chirurgiche ai dispositivi di protezione indivi-

duale “DPI” per operatori sanitari (art. 34, ult. co., d.l. n. 9 del 2020⁵ e tenendo a mente quanto dettato dall’art. 74 del d.lgs. n. 81 del 2008)⁶.

(Segue: facoltativa) In caso di adozione di mascherine chirurgiche, precisare il loro grado di protezione, se conosciuto:

40 risposte



(la percentuale supera lievemente il 100% perché la risposta era multipla; inoltre si consideri che essendo facoltativa, sono state raccolte 40 risposte su 61 interviste)

7. Igiene Ambientale

Aspetto cruciale per la prevenzione del rischio di contagio si riscontra (anche) nell’igiene ambientale, cioè nella necessità di assicurare e realizzare una “pulizia” e “disinfezione” periodica delle superfici varie e dei bagni. Di seguito si riportano i grafici che sono stati dedicati a tale argomento.

Si chiarisce fin da subito che, nonostante a più riprese le autorità competenti abbiano insistito sulla necessità di incrementare l’igiene delle superfici (scrivanie, maniglie delle porte, ecc.) – a cui si aggiunge l’importanza dell’igiene nei bagni da intendere quale regola sia di “prevenzione generale”, che “specifica” in relazione ad un *virus* che può diffondersi via *droplet* –, si riscontrano ancora dati non perfettamente allineati alle aspettative.

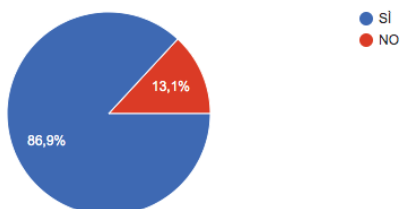
⁵ Si specifica che si tratta di una disposizione ora non più in vigore.

⁶ Successivamente (da ultimo si veda l’art. 5, co. 8, del d.l. n. 24 del 24 marzo 2022), l’equiparazione della mascherina chirurgica a DPI è stata temporaneamente estesa a tutti i settori lavorativi.

Covid-19, sicurezza sul lavoro e responsabilità

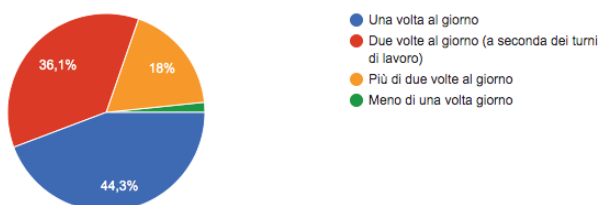
IGIENE AMBIENTALE: è aumentata la frequenza nella pulizia delle superfici rispetto alla prassi aziendale pre-Covid-19?

61 risposte



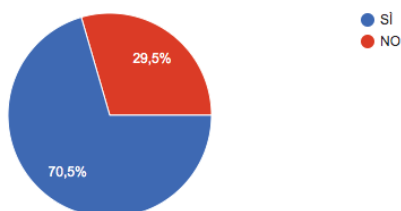
(Segue.) Con quale frequenza è stata eseguita la disinfezione delle superfici (es. scrivania, maniglie delle porte)?

61 risposte



IGIENE AMBIENTALE: è aumentata la frequenza nella pulizia dei bagni rispetto alla prassi aziendale pre-Covid-19?

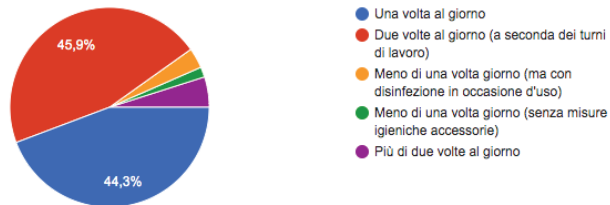
61 risposte



Gli esiti della ricerca

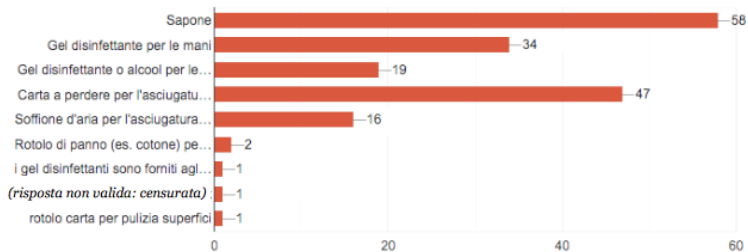
(Segue.) Con quale frequenza sono state eseguite le pulizie dei bagni?

61 risposte



(Segue.) Quali presidi sono presenti all'interno dei bagni?

61 risposte



(si omette il risultato in percentuale tenendo conto che la risposta era multipla oltre a possibile risposta libera)

Il dato che preoccupa più di tutti è quello che riguarda la pulizia dei bagni: circa il 30% delle aziende non ha infatti aumentato tale pulizia rispetto al passato.

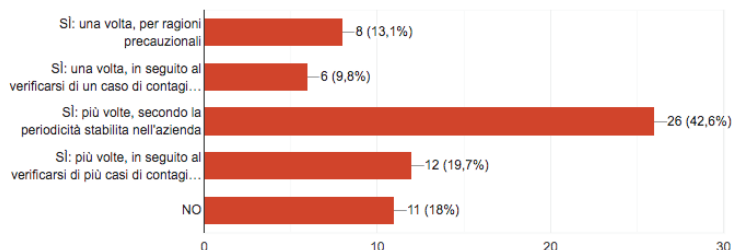
Quanto alla frequenza, indipendentemente dal fatto che tali pulizie siano aumentate o rimaste invariate, il 44,3% delle aziende dichiara di eseguire la disinfezione una volta al giorno, il 46% due volte, mentre il 3,3% meno una volta al giorno ma con disinfezione autonoma (con alcool) al momento dell'accesso e/o uscita dai servizi. Negativamente in assoluto l'1,6% che, oltre a dichiarare una pulizia inferiore a una volta al giorno, non ha disposto nemmeno la disinfezione in occasione dell'utilizzo del bagno.

8. Sanificazione

In aggiunta alle domande sull'igiene ambientale, si è dedicata una domanda alle attività di “*sanificazione professionale*”. Il 42,6% ha sostenuto di aver eseguito più volte secondo una periodicità definita in azienda tale sanificazione. Minori in percentuale, ma di evidente importanza, le casistiche di sanificazione professionale eseguite a seguito di contagi accertati (9,8% per un caso di contagio, 19,7% per sanificazioni in numero maggiori di volta perché maggiori sono stati i casi di contagio) o addirittura per ragioni precauzionali (13,1%). Per contro, il 18% delle aziende non ha eseguito alcuna sanificazione professionale (probabilmente non ne ha avuto necessità, bastando le procedure di disinfezione periodica ed areazione dei locali).

SANIFICAZIONE: Sono state effettuate sanificazioni professionali degli ambienti di lavoro?

61 risposte



Si rammenta qui quanto già chiarito sul significato di “*sanificazione professionale*” nell’ambito di quanto commentato sui questionari rivolti ai Datori di lavoro. Tuttavia, alla luce del grafico qui esposto sembrerebbe che con “*sanificazione*” si sia fatto riferimento non a quella che viene realizzata a cura di impresa qualificata secondo la l. n. 82 del 1994, bensì all’operazione di pulizia e disinfezione che, pur profonda, non può comunque ritenersi certificata *ex lege* n. 82 del 1994. Infatti, analizzando i dati complessivi, sarebbe impensabile che il 42,6% di imprese abbia “*più volte, secondo la periodicità stabilita nell’azienda*” eseguito “*sanificazioni professionali*”. Appare, piuttosto, ragionevole ipotizzare che il dato riferisca a pulizie approfondite ed eventualmente “*certificate*” come sani-

ficazioni (si pensi alle imprese di pulizia che hanno dichiarato l'esecuzione di "sanificazione" al di fuori del regime della legge cit., avendo riguardo all'avvenuta pulizia e disinfezione con agenti chimici specifici, talvolta addirittura con quegli agenti che il Ministero della Salute sconsigliava⁷, es. ozono e cloro attivo generati *in situ*, nonché perossido d'idrogeno).

9. Misure Generali

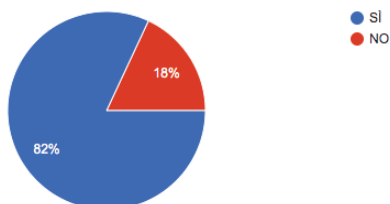
Come noto, le misure generali sono state molteplici: distanziamento sociale, utilizzo di mascherina, igiene delle mani e delle superfici, controllo della temperatura, areazione dei locali, *smart working* con procedura semplificata, (ri)organizzazione degli orari di lavoro, contingentamento degli ingressi, limitazione delle affluenze negli ambienti di lavoro ed eventuali altre misure in base al tipo di azienda e attività.

In ordine alla prima misura citata, il distanziamento sociale ha avuto applicazione nell'82% delle aziende degli RLS intervistati, mentre un 18% ne ha negato l'utilizzo: ciò non significa che non sia stata data garanzia di sicurezza, tutt'al più che vi sono state attività dove non era possibile mantenere un distanziamento tra gli operatori e, quindi, vi è stato l'obbligo di utilizzo delle mascherine come previsto nel protocollo governativo d'intesa. Infatti, va ricordato che il distanziamento sociale è stato originariamente deliberato come alternativo all'utilizzo della mascherina, poi nel tempo – un po' per prassi, un po' per obbligo – quest'ultima è divenuta essenziale anche laddove il distanziamento era (è) assicurato.

⁷ Leggasi attentamente l'ultima pagina della circolare 21.05.2020, n. 17644, del Ministero della Salute e il Rapporto ISS COVID-19 n. 25 del 15.05.2020. Gli agenti chimici menzionati – con riserva circa l'efficacia disinfettante – era indicato che fossero impiegati "esclusivamente da personale rispondente ai requisiti tecnico professionali, definiti dalla normativa di settore".

MISURE GENERALI: È stato garantito il distanziamento sociale?

61 risposte



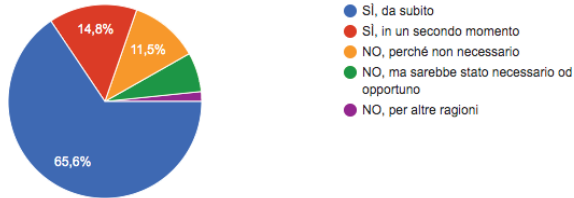
Diversa la distribuzione sul “*contingentamento degli ingressi*”, dipendente senz’altro dalla tipologia di attività: per esempio, mentre l’obbligo è stato stringente sui locali ad accesso pubblico (esercizi commerciali) ove l’affluenza è stata determinata in proporzione ai metri quadri disponibili, nelle realtà produttive (uffici, stabilimenti, ecc.) il contingentamento è stato realizzato mediante un ingresso in “fila indiana” o “scaglionato” per orari. Ogni organizzazione di lavoro ha trovato la soluzione più congeniale a seconda dei numeri di lavoratori coinvolti, attività espletate, ecc.

Quasi il 66% attesta, infatti, di aver provveduto da subito a tale misura precauzionale, un 14,8% si è adeguata in un secondo momento, mentre l’11,5% non l’ha ritenuta necessaria. Invece, preoccupante può essere il dato fornito dal 6,6% degli RLS che ritiene sarebbe stato opportuno organizzare un contingentamento di ingressi in aziende ove non già previsto: questo dato meriterebbe un approfondimento e, considerando che l’applicazione dei protocolli è stata monitorata da appositi Comitati – come poi vedremo –, non si capisce quanto la risposta di allerta fornita sia fondata.

Gli esiti della ricerca

MISURE GENERALI: se l'attività aziendale li prevede, sono stati contingentati gli ingressi sul luogo di lavoro?

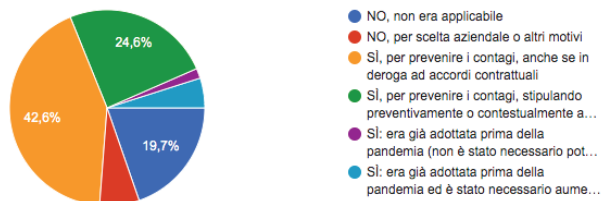
61 risposte



Buona distribuzione al 67,2% (41 aziende) nell'utilizzo del lavoro agile per prevenire i contagi, di cui 42,6% in deroga ad accordi contrattuali e 24,6% stipulando preventivamente accordi individuali o contestualmente all'avvio dello *smart working*. Il 6,5% risulta con questa modalità di lavoro a distanza già attivo in precedenza alla pandemia; solo l'1,6% non ha ritenuto necessario potenziarne l'utilizzo perché sufficiente per la propria organizzazione (il 4,9%, invece, ha aumentato il numero di ore e/o lavoratori in *smart working*). Resta escluso il 26,3% (16 aziende) che non ha applicato il lavoro agile: 19,7% perché non applicabile, il 6,6% per altre ragioni.

MISURE GENERALI: È stata adottata la soluzione dello smart working?

61 risposte

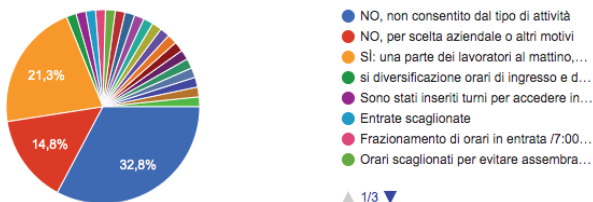


Anche la riorganizzazione degli orari di lavoro non è sempre è stata possibile (47,6%): per 20 aziende non era consentito dal tipo di attività (32,8%), 9 unità invece non sono intervenute per scelta aziendale o altre ragioni (14,8%). Il resto dei casi, invece, ha in qualche misura opta-

to per differenziare la turnazione o gli ingressi, contingentandoli o procedendo a piccole modifiche di orario a gruppi di lavoratori per evitare assembramenti.

MISURE GENERALI: Per prevenire i contagi, è stata modificata l'organizzazione degli orari di lavoro?

61 risposte



ELENCO DELLE RISPOSTE DI CUI AL GRAFICO PRECEDENTE

Risposte disponibili:

- NO, non consentito dal tipo di attività
- NO, per scelta aziendale o altri motivi
- SI: una parte dei lavoratori al mattino, l'altra nel pomeriggio
- Altro:....

Risposte fornite liberamente dagli utenti alla voce "Altro":

- si diversificazione orari di ingresso e di ricevimento
- Sono stati inseriti turni per accedere in mensa
- Entrate scaglionate
- Frazionamento di orari in entrata /7:00 /7:30 /8.
- Orari scaglionati per evitare assembramenti negli spogliatoi
- I turni erano già presenti inoltre, per creare intervalli per sanificare i bagni e le aree di lavoro, la pausa mensa è stata messa a fine turno. Indispensabile anche se ha creato disagio lavorativo. È tuttora in corso fino a fine emergenza.
- Turni sfalsati e lavoratori a giornata su due turni
- Tre ingressi scaglionati con tre uscite scaglionate
- SI
- Non necessario
- Nel nostro settore sono già scaglionati
- È stata data la possibilità ma nel mio settore non c'è stata alternanza mattino pomeriggio.
- (2 risposte non valide: censurate)
- Ogni team di ogni reparto è stato diviso a metà e fatta entrare in orari scansionati a distanza di 10 min.

- Alcuni lavoratori hanno modificato la mansione (amministrative ai varchi o ai PUV... o infermieri ai PUV), e per questo hanno modificato i loro orari.
- Non necessario
- Sì, turni sfalsati di 10 minuti
- Entrate/Uscite differenziate

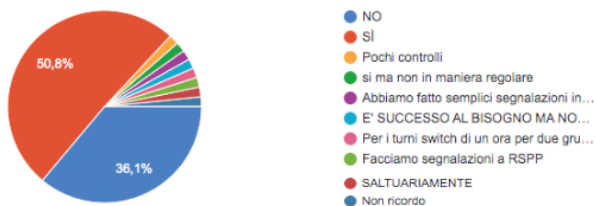
10. Sopralluoghi

Considerando che il Protocollo d'intesa del 14 marzo 2020 (e successive revisioni) ha disposto l'istituzione di un Comitato per la verifica dell'applicazione dei Protocolli Anti-contagio in azienda, si è domandato agli RLS se sono stati svolti sopralluoghi congiunti. Indicativamente la metà ha dato risposta affermativa, ma il **36,1%** dimostra che il monitoraggio non è stato realizzato. Va però detto che la pandemia ha fortemente limitato le uscite di casa non necessarie.

Tuttavia, raffrontando questa distribuzione con altre risposte al questionario, si denota che probabilmente un monitoraggio attento sarebbe stato utile ed opportuno e, in parte, anche "atteso" dagli RLS che comunque non pare abbiano sollevato doglianze di merito. Piuttosto risulta che qualche RLS abbia inoltrato segnalazioni al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), oppure indicato modifiche migliorative all'azienda, ma nulla di più.

SOPRALLUOGHI: Vengono svolti regolari sopralluoghi congiunti per monitorare la corretta attuazione dei protocolli anti-contagio?

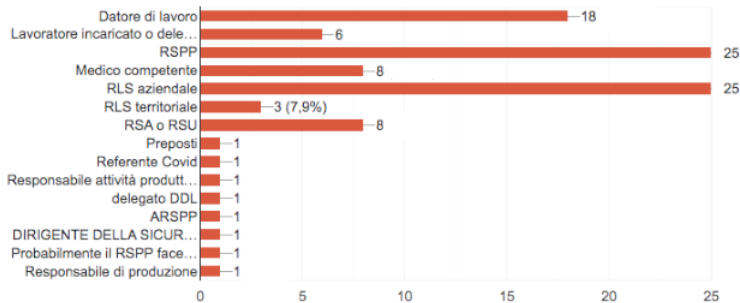
61 risposte



Quanto alla domanda successiva si è sostenuto che le figure del Datore di lavoro, RSPP e RLS aziendali sono state quelle solitamente presenti in sopralluogo, seguiti da Medico competente e dalla rappresentanza sindacale (RSA o RSU) ove elette (ipotizzando quindi aziende con almeno 15 dipendenti perché nelle realtà con dimensione occupazionale inferiore raramente non si realizza tale forma di rappresentanza di cui alla legge n. 300 del 1970). Trattandosi di domanda facoltativa, va detto che non tutti gli RLS intervistati hanno risposto ed era possibile anche rispondere indicando soggetti diversi da quelli preselezionati dal gruppo di ricerca.

(Segue.) In caso di risposta positiva, solitamente quali figure sono presenti ai sopralluoghi?

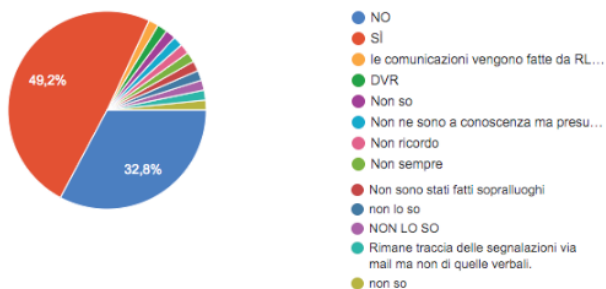
38 risposte



È stato poi chiesto se dei sopralluoghi eseguiti venissero redatti e tenuti i verbali: quasi la metà ha risposto di sì, invece il **32,8%** ha detto di no ed altri hanno formulato risposte incerte che possono essere sommate per un complessivo **18%** (di cui 1 utente ha dichiarato che non sono stati eseguiti sopralluoghi quindi non avrebbe dovuto rispondere alla domanda e un altro afferma che è tenuta traccia delle segnalazioni via *e-mail* ma non di quelle verbali).

(Segue.) Vengono redatti e conservati verbali relativi ai sopralluoghi svolti?

61 risposte



11. Elaborazione dei Protocolli

Una sezione *ad-hoc* riguarda la partecipazione dei rappresentanti dei lavoratori nella stesura dei protocolli. Il 72,1% afferma di avervi preso parte, contro il 27,9% escluso. Il dato è coerente con la domanda sulla partecipazione (dove si evinceva un 78,7% di RLS che hanno partecipato all'elaborazione dei protocolli); nondimeno si scontra con i questionari di RSPP e consulenti che, invece, evidenziavano l'assenza quasi totale degli RLS (17,7%) per quanto attiene la programmazione delle misure anti-contagio⁸. Il discorso può dipendere dal fatto che il questionario per RLS è stato prevalentemente compilato da soggetti aventi anche ruolo sindacale (pertanto tipicamente RLS di aziende con oltre 15 lavoratori); mentre il questionario per RSPP ha trovato professionisti che prestano consulenza in aziende mediamente piccole prive di rappresentanza sindacale e, per quanto qui di interesse, non aventi al loro interno un RLS.

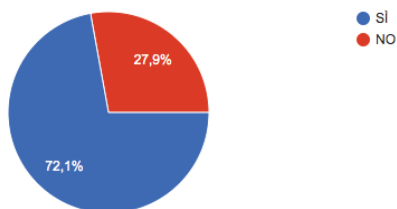
D'altronde, se da un lato sappiamo che l'art. 47 impone l'elezione o designazione di un RLS in ogni organizzazione di lavoro, è da riscontrare che in molte realtà aziendali nessun lavoratore si candida per l'elezione, con la conseguenza della designazione presso gli organismi paritetici territoriali. Non per tutti i settori la bilateralità contrattuale si è però perfe-

⁸ Vedi "Risultati del questionario rivolto a RSPP e Consulenti", Parte 3. (Partecipazione), Quesito 2.

zionata con l'istituzione di tali OO.PP.TT., di fatto rimanendo inattuato l'art. 48 del testo unico per la salute e sicurezza sul lavoro.

ELABORAZIONE DEI PROTOCOLLI: È stata/o coinvolta/o nella stesura dei Protocolli anti-contagio?

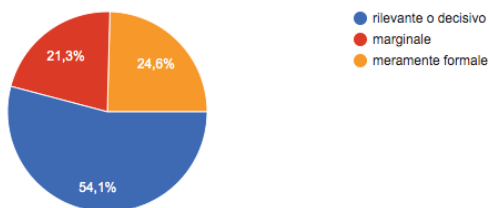
61 risposte



Interessante la risposta alla domanda seguente, in merito all'utilità del contributo fornito dal RLS nell'elaborazione dei protocolli: il 54,1% lo ritiene rilevante o decisivo, il 24,6% meramente formale, il 21,3% marginale.

(Segue.) In caso di risposta positiva, come valuta il contributo prestato alla stesura dei Protocolli anti-contagio applicabili?

61 risposte



È stato altresì chiesto in che modo avrebbero voluto incidere in questa attività, lasciando un campo a risposta libera per concedere massima espressione individuale.

Gli esiti della ricerca

(Segue.) In che modo avrebbe eventualmente voluto incidere maggiormente sull'elaborazione dei Protocolli anti-contagio applicabili?

50 risposte

- Non so
- Venendo più coinvolta come RLS
- Allargamento ad eventuali tamponi
- Un controllo a campione di tanto in tanto dagli organi preposti (AUSL)
- non si può fare diversamente nella scuola visti i numeri dei locali e le persone nelle classi
- Hanno deciso tutto loro
- Essendo coinvolto nell'elaborazione dei protocolli oppure sentire le nostre opinioni come RLS
- Per me l'elaborazione anti contagio va bene così
- Marcata vigilanza da preposti, RSPP resp.produzione
- Immediata
- Aver avuto modo di poter mettere in pratica quanto scritto, ma l'rls non può far altro che suggerire e informare
- Avrei dovuto essere un virologo
- Partecipando
- Mi ritengo soddisfatto
- Sarebbe stato utile controllare temperatura all'ingresso
- Confermo che da parte aziendale è stata chiesta la massima partecipazione di tutta la commissione sicurezza
- Mi ritengo abbastanza soddisfatto del mio coinvolgimento.
- Nessuno
- direi che sono stato ascoltato in maniera rilevante
- *[risposta incompleta]*
- In particolare sulla misurazione della temperatura in ingresso
- va bene così
- piu collaborazione tra le figure
- Gestione spogliatoi
- In azienda è stato adottato il protocollo nazionale
- Avrei voluto poter discutere con l'azienda sulla scelta migliore da intraprendere per tutelare maggiormente il lavoratore, soprattutto se fragile
- Essere chiamato in causa
- Sono stato sufficientemente coinvolto
- Scelta e modalità d'uso dei DPI, punti e distribuzione dei disinfettanti, protocolli di pulizie, capitolato di azioni sulle indagini dei contagiati e dei contatti
- Frequenza dei controlli maggiore.
- Sarebbe stato sufficiente essere anche solo interpellato
- In nessun modo
- NESSUN MODO
- Avrei in primis incaricato una ditta esterna per pulizia e sanificazione dei bagni, contingentato gli ingressi e fatti rispettare alcune regole come ad esempio maggiore pulizia ecc...

- rotazione del personale
- VA BENE COSÌ
- Inizialmente un termoscanner all'ingresso mi sembrava ... interessante e fondamentale!!!
- Abbia fatto tutto il necessario
- Integrando i protocolli
- Partecipando ai sopralluoghi che probabilmente venivano fatti in modo informale.
- nel distanziamento dei lavoratori ai fini di poter lavorare senza utilizzo delle mascherine
- Migliore informazione. Miglior gestione dei casi positivi in azienda
- chiedendomi informazioni personali... ma ciò non è stato fatto... ha deciso la direzione aziendale
- Avevo proposto un bollettino statistico sui casi Covid in azienda (circa 1500 dipendenti)
- Credo che le precauzioni messe in campo dal comitato siano state più che sufficienti.
- Le procedure adottate e espone in ditta sono state identificate bene già in precedenza dall'RSPP. Non c'è stato bisogno di modifiche.
- Anche perché al momento dell'inizio pandemia ero impegnato con la associazione di volontari. Croce Blu
- I protocolli sono soddisfacenti e funzionano bene
- purtroppo essendo un RLS territoriale, non mi è stato possibile per motivi di tempo far fronte a tutte le richieste pervenute.
- Partecipando alla consultazione preventiva alla stesura.

Altra domanda aperta ha riguardato la gestione dei “*casi di contagio*”, chiedendo anche di indicare il numero dei contagiati e il numero complessivo di lavoratori in azienda. Le risposte sono varie.

Si prega di descrivere le modalità di intervento aziendale in presenza di casi di contagio (specificando il numero di lavoratori contagiati e il numero complessivo di lavoratori in azienda)

37 risposte

- Non abbiamo avuto casi tra i dipendenti
- Tamponi rapidi ogni venerdì x tutti i lavoratori che lo richiedono e/o che sono venuti a contatto con positivi. Su base volontaria
- Questo dato non ci è mai stato comunicato.
- Più o meno 7 lavorati in tutto con gli uffici maggior mente
- Nel nostro sito non abbiamo avuto contagi, nell'altro sito 4 contagi e un deceduto.
- L'azienda ha lavoratori diretti 44 e in appalto 250, ci sono stati parecchie decine di contagi e L'azienda, quando a conoscenza di contagi, non ha sostanzialmente cambiato o fatto nulla in più di quello che stava facendo
- Allontanamento immediato. Comunicazione Immediata al medico competente per indagine contatti stretti. Nel caso allontanamento e Tamponi molecolari al gruppo. Contagiati 45 circa su 670 dipendenti
- 140 fuori campagna del fresco 3/4 casi, 240 in campagna 2 casi (periodo invernale, periodo estivo)

Gli esiti della ricerca

- Sono stati messi in quarantena precauzionale
- Medico competente avvisa ASL. Sanificazione dell'area o ufficio di lavoro. Tracciamento dei colleghi.
- Comunicazione immediata agli RLS del caso, possibilità (facoltativa) di un tampone rapido o molecolare pagato dall'azienda per i lavoratori che sono stati in contatto con il collega infetto. Avuti 20 casi di Covid su 247 lavoratori.
- Il referente Covid ha adottato le misure previste dall'AUSL
- 20 persone
- Quando un dipendente è risultato positivo non si è recato al lavoro ed è rimasto in isolamento fino ai termini prestabiliti. L'azienda come condizione per il rientro richiede non solo di aver terminato l'isolamento domiciliare, bensì di avere anche un tampone con esito negativo. In un caso un dipendente pur avendo terminato l'isolamento non si era negativizzato quindi è rimasto in malattia per almeno altre 2 settimane pur non essendo in isolamento fino a che non ha avuto il tampone negativo dopodiché è rientrato al lavoro. Il numero totale di casi di Covid non lo ricordo, tuttavia all'incirca una decina.
- Hanno fatto il tampone ai colleghi che hanno interagito col positivo
- Abbiamo 500 dipendenti di cui circa la metà in produzione, in caso di contatti i lavoratori vengono messi a casa con il 50 per cento della retribuzione fino ad esito di tampone in caso di positivo i contatti stretti... vengono isolati
- Casi isolati nei periodi di prossimità di sospensione dell'attività lavorativa.
- Numero totale lavoratori azienda 11, contagiati 4. Immediatamente mandati a casa in malattia, avvisato AUSL per sorveglianza sanitaria, contattato giornalmente i lavoratori per accertare le loro condizioni. Eseguiti tamponi allo scadere della sorveglianza, prima del rientro al lavoro. Effettuato sanificazione da parte di azienda specializzata di tutti i locali comuni
- **GESTITI DA MEDICO COMPETENTE IN QUARANTENA RIENTRO A TAMPONE NEGATIVO CIRCA 10 CASI**
- Non hanno comunicato nulla e visto che la collega contagiata era accaduto in casa sua le hanno fatto firmare una dichiarazione dove lei attestava che non aveva avuto contatti diretti con nessuno dei colleghi, ed hanno effettuato in quell'occasione la sanificazione del PV
- numero lavoratori 500 contagiati a oggi circa 30 intervento inizio pandemia individuazione di tutti contatti con la persona positiva e sanificazione del reparto con il passare del tempo solo una disinfezione maggiore delle aree coinvolte e i contatti stretti del positivo
- **NON SONO NEANCHE STATA INFORMATA QUANDO VI SONO STATI POSITIVI, L'HO IMPARATO SUCCESSIVAMENTE O DAI COLLEGGI INTERESSATI**
- Sono rimasti a casa e hanno seguito le normali procedure di quarantena!
- Tamponi e isolamento dei sospetti contattati
- I sospetti positivi sono stati inviati a casa in attesa di conferma di positività. Ai colleghi di reparto non è stato prescritto nulla presupponendo la validità delle misure di prevenzione. A parte un decina di casi quasi in contemporanea a fine marzo 2020 concentrati in un'area aziendale, quelli successivi sono stati casi singoli sparsi per tutti i reparti: a fine Agosto 2021, orientativamente ritengo che non abbiamo superato i 40 positivi, diluiti da marzo 2020 ad agosto 2021 su un totale di 520 dipendenti.

- Numero non noto, nessuna comunicazione ufficiale dell'ente. Diversi casi noti. Effettuata sanificazione ufficio quando il responsabile si è ricordato di farlo. Nessun altro tipo di intervento.
- non ci sono stati casi in azienda
- nessun contagio avvenuto in azienda ma solamente casi di contagio in famiglia, quindi interventi di sanificazione di locali e uffici
- Quarantena immediata. 16 contagi dall'inizio pandemia. 230 lavoratori totali
- Isolamento in una stanza attrezzata e il lavoratore mandato a casa
- Divieto di accesso al luogo di lavoro del dipendente a rischio. Invito a contattare il medico per Tampone Molecolare. Tampone rapido a tutti gli altri operatori dell'azienda per monitoraggio sul possibile contagio. Disinfezione dell'area di lavoro e degli strumenti di lavoro utilizzati dal dipendente a rischio. Riammissione al lavoro solo dopo tampone molecolare negativo.
- Non ci sono stati casi di COVID-19
- CONTAGIATI: 1 LAVORATORE NR. COMPLESSIVO LAVORATORI: 60
- Su 60 lavoratori totali sono risultati contagiate 7 persone che sono state isolate informando le autorità sanitarie, sono stati sanificati gli ambienti ed hanno fatto rientro al termine del periodo di isolamento
- Questionario al lavoratore contagiato per tracciamento contatti stretti sul luogo di lavoro. lavoratori contagiati n 12. lavoratori in azienda n 38
- Secondo quanto stabilito dai protocolli
- Dove era possibile isolare il contagiato e chiamare il 118, è stato fatto. Nei cantieri edili o in aziende del manifatturiero dove non vi era la possibilità di isolare il contagiato (capannoni senza uffici, magazzini di idraulici, elettricisti, lattonieri, elettrauto, panettieri, parucchiere, estetica, laboratori maglieria, ecc.) è stato mandato a casa.

Argomento a parte, ma non di minore interesse, riguarda la conversione dell'attività aziendale per effetto della pandemia. Nei casi di conversione, si è chiesto di illustrarne sinteticamente le modalità. Considerando che non è impresa semplice mutare il processo produttivo, le risposte sono state 17.

Se l'attività aziendale è stata convertita, in tutto o in parte, per effetto della pandemia, si prega di illustrare sinteticamente contenuto e modalità (precisare sia l'attività sospesa o cessata, sia quella nuova derivante dalla riconversione)

17 risposte

- 2020 fermata obbligatoria poi CIGS fino a dicembre
- Entrate è uscite limite assembramento in ambienti piccoli
- C'è stato nel 2020 un forte rallentamento nella produzione (montaggio) per circa 45 giorni poi un periodo 60 giorni 2 turni 50% personale a turno sempre per il montaggio. Adesso è un anno che lavoriamo come pre Covid (normalmente a giornata). Per gli impiegati circa 450 variava la percentuale in Smart Working. Per la pausa pranzo invece sono

Gli esiti della ricerca

state create più zone dove consumare i pasti (anche in ufficio). 2 turni in mensa con presenza di 1 persona per tavolo “sfalsate” e questo dura tuttora.

- Nessuna sospensione di attività
- Semplicemente turnazione a 15 minuti dei 2 gruppi di lavoro
- L'attività produttiva non ha avuto nessun cambiamento, a differenza dell'attività logistica, di laboratorio e impiegatizio con l'ausilio massiccio di smart-working.
- La scuola ha adottato per alcuni periodi la DAD o la Didattica Digitale Integrata
- no
- /
- NO
- L'INGRESSO DEL CITTADINO È ASSOLUTAMENTE LIMITATO. NEL MIO SETTORE LE PRATICHE VENGONO EVASE QUASI ESCLUSIVAMENTE ONLINE.
- Abbiamo seguito l'andamento del settore alimentare per cui non abbiamo mai chiuso ed abbiamo diluito la presenza dei lavoratori introducendo il doppio turno.
- Ogni settore dell'ente si è mosso autonomamente. In alcuni smart working quasi totale, in altri smart working largamente osteggiato anche quando era possibile. Accelerazione digitalizzazione diffusa, diminuzione appuntamenti
- no, non è stata convertita
- 1 fase lockdown gli operatori degli uffici sono stati abilitati allo svolgimento delle attività in smart working. Operatori di magazzino a rotazione con limitato numero di giorni per ricevimento e spedizione merce 2 fase li operatori degli uffici sono stati abilitati allo svolgimento delle attività in smart working al 50%. Operatori di magazzino presenti ma con ricezione e spedizione merce solo 3 gg la settimana 3 fase operatività 100% con distanziamento e utilizzo di strumenti di protezione. per magazzino strumenti di protezione con mascherine FFP2
- Nella fase iniziale della pandemia, alcune ditte, seppure non del settore tessile, hanno riconvertito l'attività nella produzione di mascherine
- Il settore del tessile abbigliamento, per chi ha potuto, pochissimi, è stato riconvertito nella produzione di mascherine e camici anti-covid, la meccanica di precisione ha seguito in alcuni casi la produzione legata all'agricoltura, alimentaristica e biomedicale, altra meccanica legata all'industria dell'auto o siderurgia pesante (navi, infrastrutture, edilizia, ferrovie, ecc) non è sopravvissuta, l'alimentare con le chiusure dei ristoranti, mense, ecc ha subito un calo drastico per chi non produceva per la grande distribuzione. L'edilizia si è fermata, direi che le cessazioni di attività superano di gran lunga le riconversioni.

Infine, si è cercato di ottenere riscontro circa eventuali modifiche che i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza avrebbero proposto se ne avessero avuto l'opportunità.

Avrebbe modificato contenuto o misure all'interno dei protocolli vigenti?

27 risposte

- No
- Utilizzo SOLO delle mascherine FFP2 evitando le chirurgiche
- Sì
- Sicuramente sì soprattutto nella gestione dei turni di servizio
- Sì la mascherina non indossata correttamente, alcuni lavoratori portano la stessa mascherina per giorni anche se l'azienda li consegna ad ogni cambio turno
- No, mi sarebbe bastato che fossero stati messi in pratica
- Con il senno di poi ovviamente. Ma si è rimediato con i vari aggiornamenti del protocollo Covid aziendale.
- Sostanzialmente no
- qualcosa
- /
- Credo avrei messo protocolli più rigidi, disinfezioni professionali a tempi cadenzati etc.
- Sì, obbligo di tampone dei colleghi di un infetto.
- LE RICHIESTE DI RLS E RSU SONO STATE FORMALIZZATE E CONDIVISE
- NO
- Subito dopo il primo momento di crisi di fornitura delle mascherine avrei distribuito a tutti le FFP2 perché in alcuni momenti del lavoro ho osservato la difficoltà a mantenere 1m di distanziamento.
- Sì, in particolare miglior gestione tracciamento
- sì
- quanto messo in campo ha consentito una buona protezione ed operatività. Il caso di positività di un dipendente è avvenuto fuori dall'operatività aziendale ed è stato bloccato prima del possibile contagio in azienda
- difficile dirlo, la situazione è stata ed è in continua evoluzione e non sempre i protocolli erano al passo con la situazione in essere.
- sì, in piccola parte
- no
- I protocolli sono stati condivisi con le parti sociali, aziende, e ministero della salute a livello nazionale, mancava una regia territoriale "sul campo" e le modifiche che avrei apportato le avrei volute valutare azienda per azienda collaborando con il datore di lavoro, il RSPP e medico competente.

12. Osservazioni e Critiche.

Per dare massimo spazio alla parola degli RLS, si è pensato di dedicare una sezione conclusiva volta a raccogliere, mediante testo libero, commenti e osservazioni, nonché critiche. Le risposte sono state 19 ma

si precisa che, a differenza di quanto riportato in precedenza circa il contributo che gli RLS avrebbero voluto dare nella stesura dei protocolli, qui le risposte esulano in parte dai Protocolli Anti-contagio per indirizzarsi su una gamma più ampia di interesse (es. gestione vaccinale). Il *carnet* di 19 risposte risulta egualmente apprezzabile (anche relativamente alle critiche espresse o implicite).

Altri commenti, osservazioni, critiche (ogni Vostra informazione rivestirà notevole importanza per lo svolgimento della ricerca)

19 risposte

- Soprattutto ad inizio pandemia l'azienda ha cercato di non dare troppo peso a ciò che stava accadendo, addirittura polemizzando con chi di noi metteva la mascherina anche se non c'era ancora obbligo. Si doveva ascoltare noi lavoratori a stretto contatto con l'utenza, di quali linee di prevenzione c'era bisogno ed invece non siamo mai stati coinvolti. Anzi ogni qualvolta si ponevano all'attenzione del direttore del PDV le criticità che si vivevano nella maggioranza dei casi non siamo ne presi in considerazione e addirittura venivamo tacciati per fomentatori.
- Ci sono stati dei casi di positività con approvazione USL con isolamento del soggetto, quasi sequestrato in azienda
- Come RLS, sono stato costretto, mio malgrado, a ritirare la firma dal protocollo condiviso perché per quanto ben scritto non ha mai trovato applicazione per mancanza di collaborazione da parte dei preposti e di conseguenza dell'azienda che tergiversava senza prendere mai posizione e senza mai sanzionare in maniera adeguata, come peraltro previsto dal CCNL, chi non rispettava il protocollo
- Abbiamo usato nanotecnologie a base di resine con Argento e Titanio su tutte le superfici di maggior contatto (maniglie, tastiere, scrivanie, transpallet...). Sono stati montati nei termoventil lampade al plasma freddo. Stiamo testando in mensa un diffusore/sanificatore a base di acqua ossigenata – Sono stati fatti 6 Tamponi molecolari a tutti i dipendenti (test volontario) da inizio pandemia ad oggi. È stata fatta la campagna antinfluenzale e anche quella anti Covid (Gratuita). Non è richiesto il Green pass per entrare in mensa.
- Non venendo più riconosciuta la malattia in caso di quarantena preventiva, sarà molto più complicato sensibilizzare i lavoratori in caso di contatti con positivi al Covid
- Un maggior coinvolgimento del Medico Competente
- Occorre raggiungere un maggior equilibrio tra tutela sanitaria e bisogno di socialità e attività cooperative da parte degli alunni, ad ora molto penalizzati
- no
- Credo che quando la campagna vaccinale sarà terminata, si debba tornare alla normalità e abolire tutte le misure attualmente in essere (almeno per chi ha il green pass). Perché in caso contrario la popolazione si chiederebbe per quale motivo vaccinarsi se poi dobbiamo continuare a vivere come se ci fosse la peste.
- Spesso i protocolli sono solo una condizione per restare aperti, l'applicazione di questi spesso lascia a desiderare

- SONO PRO VACCINO E SAPERE CHE ALL'INTERNO DELLA SEDE ALCUNI COLLEGGI HANNO SCELTO DI NON VACCINARSI MI LASCIA PERPLESSA SOPRATTUTTO PER LORO. ATTUALMENTE LA MODALITÀ DA REMOTO CONCESSA È DECISAMENTE DIMINUITA.
- Nel 2020 c'era paura!!! Ora vedo tanti colleghi purtroppo mollare la guardia... mascherine basse e poco distanziamento!!! Ma succede in tutto il mondo!!!
- I sopralluoghi congiunti che non abbiamo effettuato (abbiamo però fatto segnalazioni) avrebbero permesso un maggior controllo della situazione.
- la mancanza di controlli dell'azienda sull'utilizzo delle mascherine
- Penso che l'azienda abbia osservato e rispettato i protocolli richiesti in serenità
- importante è stata la logistica degli uffici e il rispetto dei protocolli attivati oltre al buon senso di chi aveva un minimo sospetto/dubbio andando a fare subito tampone di controllo
- essendo un RLS territoriale, ci sarebbe stato bisogno di una differenziazione con le domande poste ad un RLS aziendale, le tipologie di interventi che operiamo sono molto diverse.
- Il questionario è evidentemente non calibrato sull'attività del RLS territoriale. Per questo alcune risposte non sono del tutto rispondenti o inesatte. Ad esempio alla domanda iniziale (ATECO) ho risposto 'commercio' scegliendo una delle indicazioni suggerite, ma in realtà come RLS-T seguo una molteplicità di settori.
- È stato fatto, secondo me, tutto quello che era possibile fare per salvaguardare la salute dei lavoratori, dei cittadini e delle attività imprenditoriali, ma il ritardo con cui sono stati applicati i protocolli, il mancato controllo capillare da parte delle autorità di vigilanza e i ritardi nella erogazione dei sostegni economici ai lavoratori e alle imprese ha determinato la perdita di molti posti di lavoro e di chiusure aziendali, non che un'espansione velocissima del contagio.

6. Conclusioni

(L. LODI)

Una volta conclusa la fase relativa al “*monitoraggio*” dell’attuazione dei protocolli integrati anti-contagio, il *Gruppo di Ricerca ProtoCovid* si è concentrato sulla successiva fase della ricerca avente ad oggetto la “*implementazione*” dei medesimi protocolli. Si ritiene di non dover, però, suggerire un’implementazione in senso proprio di tali strumenti, in quanto già sufficientemente chiari ed esaustivi. Questo, d’altronde, è testimoniato dai risultati stessi della ricerca che palesano come i protocolli siano stati ritenuti “*chiari*” da parte dei principali attori della sicurezza, seppur qualche discrepanza rimanga per quanto attiene i “*protocolli specifici per singolo settore di attività*” che hanno provocato reazioni di conflitto nella concreta applicazione.

Nondimeno, poiché si sono riscontrate una serie di difficoltà, ma anche insufficienze proprio nell’ambito dell’attuazione di siffatti testi, i paragrafi che seguono saranno dedicati a raccogliere quelli che si considerano essere i principali punti di debolezza e le criticità emerse durante il corso della ricerca, per le quali sarebbe opportuno avere, ad opera delle singole aziende di Modena e provincia, maggior cura e attenzione.

1. I Protocolli e gli Attori coinvolti

La ricerca “*ProtoCovid*” ha permesso al gruppo di ricerca di verificare “*come*” le imprese (*rectius*: le organizzazioni di lavoro in senso lato) hanno (re)agito per scongiurare il rischio di contagio negli ambienti di lavoro.

Un primo dato chiaro è che si è certamente trattato di una pandemia a cui non si era preparati. Del resto, a distanza di quasi due anni dall’inizio della stessa, si può notare che – almeno sulla base dei dati empirici raccolti – se alcune delle misure prescritte dalle autorità competenti non sono state pienamente “*comprese*”, altre sono rimaste, invece, totalmente o parzialmente “*inattuare*”. Più in particolare, in relazione

all'aspetto della "*comprensione dell'utilità e dello scopo delle misure*", basti pensare all'utilizzo combinato che continua ancora oggi a farsi di taluni strumenti (come, ad esempio, il distanziamento sociale in aggiunta alla mascherina, nonostante le disposizioni ne avessero prescritto l'alternanza in ragione della specificità di rischio biologico sotteso, seppur si tratti evidentemente di una scelta operativa di maggior cautela). Viceversa, per quanto concerne le misure che sono rimaste "*inattuata*", si può certamente prendere come punto di riferimento la necessità di incrementare l'igiene, soprattutto dei bagni; ciò considerando soprattutto le modalità di diffusione e trasmissione del *virus*.

Probabilmente, sulla mancata e/o inesatta applicazione delle varie misure ha inciso l'eccessivo numero e il continuo aggiornamento delle disposizioni legali, regolamentari e linee-guida. In tale quadro, i Protocolli Anti-contagio certamente miravano a fornire regole certe, uniformi e sicure, evitando che ogni realtà si organizzasse in maniera indipendente e autonoma. Pur tuttavia, proprio la loro continua modifica in ragione della necessità di aggiornare le misure ivi previste in parallelo alle nuove scoperte realizzate dalla comunità scientifica, nonché talvolta gli "*errori*" contenuti nei vari protocolli (come, ad esempio, la prescrizione concernente l'utilizzo di guanti successivamente revocata per ridurre i casi di *cross contamination*) hanno, nel complesso, incrementato la confusione e/o scorretta applicazione delle regole anti-contagio.

A ciò deve, peraltro, aggiungersi l'obbligo di predisporre degli ulteriori "*protocolli aziendali personalizzati*" piuttosto che applicare, in modo generalizzato, la documentazione preconfezionata dalle autorità competenti, che ha sicuramente condotto ad ulteriori "*problematiche di gestione e prevenzione del rischio di contagio*". Si tratta infatti di un obbligo che ha presumibilmente portato ad un aggravio non solo di "*spesa*" (considerando l'attività di stesura dei protocolli e non anche gli altri costi diretti o indiretti legati alla pandemia), ma anche "*organizzativo*", poiché si sono, di fatto, dovuti "*ripensare*" e probabilmente anche "*ripartire*" i principali ruoli in materia di sicurezza sul lavoro. Ciò anche perché le aziende si sono trovate a gestire un "*rischio biologico*" non "*conosciuto e/o conoscibile*" (soprattutto all'inizio) con personale non adeguatamente formato e informato circa le possibili ricadute in materia di danno alla salute.

Proprio nell'ambito della partecipazione alla “*stesura dei protocolli aziendali*” è emerso il ruolo cruciale assunto dagli RSPP, anche se alcuni hanno dichiarato di aver partecipato solo per una quota delle aziende assistite. Si tratta, infatti, di soggetti che, pur essendo perlopiù abituati a gestire e prevenire rischi di maggiore visibilità (es. rischi tecnici, agenti fisici, ecc.), si sono certamente rilevati fondamentali nell'ambito della gestione e/o prevenzione del rischio di contagio da SARS-CoV-2.

Invero, il fatto di avere a che fare con “*rischio biologico ubiquitario e invisibile*” avrebbe potuto (*recte*: dovuto) senz'altro condurre ad attribuire un ruolo presumibilmente primario al Medico competente. Eppure, alla luce di quanto emerge dalla ricerca, i primi (RSPP e consulenti) si sono organizzati e hanno risposto al proprio mandato gestorio o di consulenza, adeguandosi a quei criteri di prevenzione di cui al Titolo X del d.lgs. n. 81 del 2008; i secondi, invece (cioè i medici competenti), quantomeno in base ai dati che emergono dalla ricerca, sembrerebbero essere stati poco coinvolti nella stesura dei protocolli¹. È anche vero però, che i Medici competenti hanno dichiarato di aver partecipato attivamente alla stesura dei protocolli; si tratta, tuttavia, di un dato non valutabile e/o comparabile con quanto ottenuto dagli RSPP: solo 11 medici hanno, infatti, aderito alla ricerca, contro 62 RSPP e 187 aziende coinvolte. Queste ultime hanno, peraltro, confermato la partecipazione attiva degli RSPP nel 93,5% dei casi, contro un 27,4% a favore del Medico competente; dato questo, che andrebbe, invero, letto in combinato con quello concernente la presenza o meno di un Medico competente in azienda, perché non tutti i Datori di lavoro hanno l'obbligo di nominare tale professionista sanitario.

Alla luce di queste evidenze e tenuto anche conto dell'importanza assunta dalla “*concertazione in materia di sicurezza*” (come stimolata dalla Direttiva 89/391/CEE e acclusa dapprima nel d.lgs. n. 626 del 1994 e poi dal d.lgs. n. 81 del 2008, e da ultimo sottolineata anche dal Protocollo d'intesa del 14 marzo 2020 per le regole anti-contagio Covid-19) si ritiene di dover suggerire **maggior collaborazione e partecipazione attiva del Medico competente** nell'ambito, se non della stesura, dei protocol-

¹ Un RLS ha sottolineato tra le critiche nell'ambito del questionario somministrato che avrebbe desiderato o preteso “*un maggior coinvolgimento del Medico competente*”.

li aziendali (quantomeno della gestione e prevenzione) e, in generale, del rischio di contagio da Covid-19.

2. L'informazione e la Formazione

Trattandosi di “*rischio biologico*” e di una pandemia assolutamente nuova, l'informazione è il più delle volte pervenuta dalle Autorità Sanitarie Pubbliche. Ciò ha determinato, a cascata, un onere informativo da parte delle aziende verso il personale e l'utenza esterna. La formazione dei lavoratori in merito al “*come*” gestire e prevenire il rischio di contagio doveva, invece, realizzarsi da parte di RSPP e Medici competenti per coerenza con l'art. 33 del d.lgs. n. 81 del 2008.

È comprensibile che soprattutto all'inizio della pandemia, considerando il caos e la sovrapposizione delle informazioni, non potesse darsi luogo ad una formazione e/o ad un'attività didattica in senso proprio. Una volta resi noti i protocolli si sarebbe però, potuto (*recte*: dovuto) procedere a **formazione mirata**: ciò, sia per “*accrescere le conoscenze*” dei destinatari delle misure prescritte nei protocolli (i lavoratori); sia per “*personalizzare le procedure*” in ragione delle specificità aziendali (avendo, quindi, riguardo alle caratteristiche dell'ambiente, alle attività lavorative svolte, ai comportamenti del personale, alla presenza di altri rischi presenti per modulare i dispositivi di protezione individuale potenzialmente in conflitto con le misure anti-Covid). Una maggiore informazione/formazione sarebbe, altresì, servita (e servirebbe ancora oggi) per “*sensibilizzare*” i preposti e i lavoratori che, a distanza di due anni dall'inizio della pandemia, sono ancora rimasti con importanti dubbi su un rischio di contagio. Non a caso i Medici competenti hanno asserito la lacuna di comprensione circa (l'importanza e) il corretto utilizzo delle mascherine da parte dei lavoratori².

² Sul punto va però, chiarito che l'osservazione sorge, almeno in parte, sulla differenza tra mascherine (chirurgica e numero di strati di cui è composta o FFP2) dove alcuni medici hanno ritenuto inadeguato un prodotto piuttosto che un altro per effetto della confusione generatasi sul tema.

3. Sopralluoghi e Comitati di monitoraggio

Alla luce della disamina dei questionari emerge un'ulteriore carenza: l'esecuzione di sopralluoghi da parte dei Comitati elettivi o, comunque, del Servizio di Prevenzione e Protezione ivi includendo RSPP, Medico competente e RLS, come da definizione *ex art. 2, co. 1, lett. l)*, d.lgs. n. 81 del 2008.

Invero, il 50% degli intervistati in rappresentanza dei lavoratori (RLS) ha confermato di aver provveduto a sopralluoghi congiunti per monitorare la corretta attuazione dei protocolli; la restante metà ha, invece, fornito risposte eterogenee (del tipo *“al bisogno”* o di limitazione a *“segnalazione a RSPP”*). Isolata, ma interessante, la risposta di un RLS: *“I sopralluoghi congiunti che non abbiamo effettuato (abbiamo però fatto segnalazioni) avrebbero permesso un maggior controllo della situazione”*. Un altro intervistato ha dichiarato di *“pensare che l'azienda abbia ottemperato ai protocolli”*, senza accertarsene mediante proprio sopralluogo.

Si consideri che l'ultimo punto del Protocollo d'intesa del 14 marzo 2020 e successivi aggiornamenti, all'allegato 6 del d.P.C.M. 26 aprile 2020, disponeva espressamente:

13-AGGIORNAMENTO DEL PROTOCOLLO DI
REGOLAMENTAZIONE

“È costituito in azienda un Comitato per l'applicazione e la verifica delle regole del protocollo di regolamentazione con la partecipazione delle rappresentanze sindacali aziendali e del RLS”

Da tale disposizione emerge come *“l'applicazione e verifica delle regole del protocollo”* richiedessero un intervento diretto e *“svolto sul campo”* da parte dei Comitati. Peraltro, la mancata istituzione di un Comitato aziendale presupponeva la sostituzione come segue:

“Laddove, per la particolare tipologia di impresa e per il sistema delle relazioni sindacali, non si desse luogo alla costituzione di comitati aziendali, verrà istituito, un Comitato Territoriale composto dagli Organismi Paritetici per la salute e la sicurezza, laddove costituiti, con il coinvolgimento degli RLST e dei rappresentanti delle parti sociali”

Si tratta però di una disposizione che non ha trovato attuazione e che, ad oggi, risulta essere “*lettera morta*”, poiché se i “*Comitati aziendali*” risultano di fatto assenti, quelli “*territoriali*” non sono pressoché noti e/o, in ogni caso, non hanno eseguito sopralluoghi bensì, al limite, un’intervista a mezzo di questionario. D’altro canto, anche nei casi di realizzazione dei sopralluoghi, questi raramente sono stati formalizzati. Dal questionario rivolto agli RLS emerge, infatti, proprio il mancato tracciamento dei sopralluoghi svolti (32,8% cui si aggiungono risposte variegata ma non in senso positivo). Si tratta però di una lacuna che si ritiene che debba essere necessariamente colmata considerando anche **il ruolo chiave assunto dalla c.d. “tracciabilità”**, in ottica sia di *risk assessment*, che di *risk management* (d.lgs. n. 231 del 2001 e art. 30 del d.lgs. n. 81 del 2008).

4. Igiene e Sanificazione

Paragrafo a parte merita la questione “*igiene*” che pare non sempre essere stata realizzata in maniera adeguata (specie nei bagni) da parte delle aziende intervistate.

Infatti, malgrado il 98,4% delle organizzazioni di lavoro abbia confermato di aver messo a disposizione il gel disinfettante per le mani, solo il 40,6% ha aumentato le pulizie giornaliere dei locali e delle superfici (es. porte, scrivanie, maniglie delle porte). Si tratta di dati senz’altro preoccupanti in quanto non sembra essere stata compresa la necessità di realizzare con rigore tali pulizie per prevenire il rischio di contagio.

È drammatica la percentuale di aziende (appena sopra al 50%) dove l’igiene ha trovato un miglioramento all’interno dei bagni in relazione ai quali ci si dovrebbe attendere una pulizia frequente a prescindere dal SARS-CoV-2: come riportato nell’analisi dei questionari rivolti ai Datori di lavoro, il 62,6% ha aumentato la pulizia dei servizi igienici, ma solo l’8% delle aziende è intervenuto più di due volte al giorno, ed il 33,2% con frequenza minore ma con disinfezione autogestita in occasione d’uso.

Comprendere l’importanza e il ruolo che gioca l’igiene costituisce uno passaggio certamente indispensabile al fine di evitare che problematiche o lacune di questo tipo si ripetano in futuro avendo riguardo a potenziali prossime pandemie che reggono sulla contaminazione diretta e crociata.

5. Chiarezza delle Linee-Guida e Armonizzazione settoriale

Infine, come anticipato all'inizio di queste conclusioni, aspetto saliente che dovrà essere necessariamente rivisto in relazione ad eventuali future pandemie è la “*comunicazione*”. Le Autorità Centrali dovranno essere, senz'altro, capaci di non frammentare la disciplina delle eventuali e future misure anti-contagio in diversi protocolli e/o linee-guida, ma di **orientare in modo univoco il cittadino e le imprese**. È noto, infatti, come l'accessibilità alle informazioni e la prevedibilità di eventuali sanzioni costituiscano, nel complesso, dei connotati indispensabili ai fini della comprensione da parte dei concittadini delle disposizioni imposte o previste.

In questo senso, basti solo pensare alle problematiche che si sono avute (e che invero si hanno tutt'ora) in riferimento al concetto stesso di “*sanificazione*” il cui significato si è visto come sia stato oggetto di dispute e dibattiti.

La “*chiarezza delle regole*” è, dunque, fondamentale per giungere a comportamenti corretti e consapevoli. Solo tramite essa si può, infatti, giungere ad una adeguata informazione, formazione e sensibilizzazione dei lavoratori, nonché ad approntare un **funzionante ed efficace sistema di prevenzione e controllo del rischi-infortunio**.

Parte II

1. Questionario per Responsabili Residenze per Anziani

(A.L. SANTUNIONE – E. SILINGARDI)

Scopo della nostra indagine è una analisi retrospettiva ed esplorativa di ordine generale delle esperienze acquisite, delle difficoltà intercorse, dei comportamenti adottati, presso le strutture residenziali per anziani della provincia di Modena nel corso dell'emergenza pandemica, con particolare riferimento alle problematiche gestionali, alle modificazioni intercorse sul piano organizzativo, alla applicazione delle misure di prevenzione e protezione degli operatori e degli ospiti, ai rapporti con l'autorità sanitaria e con i familiari.

1. Premessa

Questa sezione della ricerca, in coerenza con gli obiettivi generali del progetto, si è prefissa lo scopo di approfondire gli aspetti relativi alle esperienze acquisite presso le strutture residenziali per anziani della provincia di Modena nel corso dell'emergenza pandemica. La ragione della scelta generale è intuitivamente legata alla particolare delicatezza di queste comunità, formate da persone anziane, diversamente condizionate da limiti di autonomia fisica e psichica, e generalmente più esposte al rischio di subire il contagio e di contrarre la malattia in forma clinicamente severa. Si tratta al tempo stesso di comunità che possono risentire, sia pure in vario modo e misura a seconda delle tipologie, di limiti strutturali, organizzativi, gestionali e finanziari, che possono condizionare le modalità di reazione e risposta a situazioni emergenziali.

La scelta di tentare l'estensione dell'indagine a tutte le strutture residenziali, mediante l'invio di un questionario strutturato in tre sezioni, piuttosto che limitarla ad alcune di esse, è legata a molteplici considerazioni.

In primo luogo, tenuto conto della probabilità di ottenere, in simili sondaggi, una adesione piuttosto ristretta, l'eventuale delimitazione dell'indagine ad alcune tipologie di residenze – scelta che ha caratterizzato, nella prima fase della pandemia, alcune ricerche svolte peraltro su ambiti territoriali più vasti, regionali e nazionali, e indirizzate ad indagare soprattutto l'incidenza dei decessi ed i ritardi nella messa in moto della misure di contrasto – così come l'eventuale scelta di stratificare la ricerca sulle residenze suddividendole per tipologie, avrebbe comportato, nella prima ipotesi, una raccolta di dati numericamente molto esigui e quindi prospetticamente poco utili, nella seconda ipotesi una eccessiva disaggregazione e dispersione di dati, poi difficilmente ricostruibili in una seppur minima visione complessiva.

In secondo luogo, abbiamo ritenuto che, se nella prima fase, o nella prima ondata pandemica, una ricerca circoscritta alle residenze verosimilmente più coinvolte e più impegnate potesse avere avuto senso sia per valutare “a caldo” le difficoltà emerse in funzione della necessità di reagire all'impreparazione diffusa e dare una risposta alle problematiche in condizioni del tutto emergenziali, sia per evidenziare gli effetti negativi provocati nell'immediato dai ritardi nella adozione di misure di contrasto; al contrario, nella fase ormai stabilizzata e vaccinale in cui si è svolta la nostra ricerca – pur essendo consapevoli di introdurre un *bias* legato alla selezione del campione, suscettibile di tradursi a sua volta in un *bias* di risposta, in quanto è noto che in queste indagini mostrano maggiore attitudine partecipativa le strutture meglio dotate sul piano delle risorse – abbiamo comunque ritenuto più utile cercare di gettare uno sguardo d'insieme, sondare le percezioni diffuse ed i problemi più largamente condivisi, e raccogliere, in questa prospettiva ed in modalità aggregata, esperienze di strutture diverse, comprese quelle che pur essendo risultate *Covid free*, sono state a loro volta investite del problema e hanno dovuto adottare misure di contrasto e di controllo. In sostanza, ci si è prefissi, con questa indagine, una sorta di primo piccolo bilancio generale, un tentativo di tirare le somme, una possibilità di osservare le problematiche con il distacco concesso dal tempo, e, nei limiti del possibile, in chiave unitaria, e naturalmente senza nessuna ambizione di tipo statistico, nella prevalente prospettiva di dare un piccolo contributo alla costruzione di un modello organizzativo utile, in caso di future pandemie, ad una gestione più strutturata ed auspicabilmente più efficace.

I risultati della ricerca che saranno ora presentati e sinteticamente discussi, pur se quantitativamente alquanto circoscritti, sembrano corrispondere in linea di massima a questa impostazione, almeno nella misura in cui hanno portato alla luce una visione abbastanza omogenea dei problemi e delle difficoltà che strutture diverse tra loro hanno dovuto affrontare nel biennio appena trascorso.

2. **Materiali e metodi**

Il campione prescelto per l'indagine e individuato come fonte dei dati è consistito in 67 residenze per anziani presenti sul territorio della provincia di Modena e censite in una banca dati appositamente costruite presso la Sezione dipartimentale di Medicina Legale. Alle residenze – in particolare ai rispettivi responsabili – è stato inoltrato via *e-mail* un questionario composto da 47 *items* e suddiviso da tre parti, dedicate rispettivamente alle caratteristiche e risorse delle strutture, agli ospiti, ed al personale. Le risposte pervenute sono state complessivamente 14, pari al 21% del totale delle strutture coinvolte.

3. **Risultati**

Sezione 1 - Le strutture

I primi dati esaminati riguardano le dimensioni delle strutture rispondenti, la consistenza complessiva di posti letto, e la disponibilità di posti letto differenziati per tipologie o per livelli di assistenza (figg. 1-2).

Quale il numero complessivo di posti letto disponibili nella struttura?

14 risposte

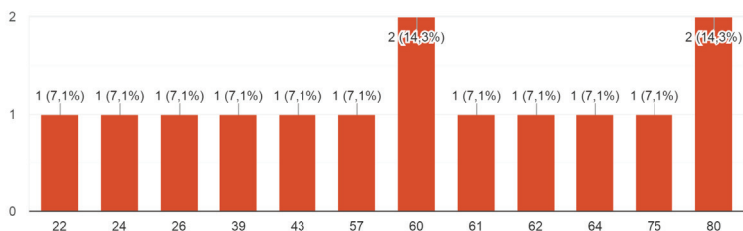


Fig. 1

E' prevista una differenziazione dei posti letto per diverse tipologie o per diversi livelli di assistenza?

14 risposte

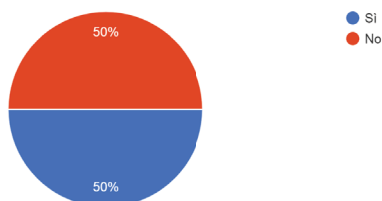


Fig. 2

Il quesito successivo (cfr. tab. 1) ha riguardato le disponibilità di risorse professionali. In particolare è stato indagato il numero complessivo degli operatori sanitari, di assistenza e altri operatori, suddivisi per categorie: 1) medici; 2) infermieri; 3) altri professionisti (fisioterapisti, terapisti occupazionali, psicologi); 4) operatori socio-sanitari (OSS) e responsabili attività assistenziali (RAA); 5) personale con specifiche competenze tecnico professionali (educatori, animatori, assistenti sociali); 6) altro personale (ausiliari di cucina, manutentori).

La maggior parte delle strutture ha dichiarato di disporre di uno o due medici propri; per il resto, la componente di OSS appare sempre proporzionata al numero di posti letto, a differenza della componente infermieristica, che in alcuni casi risulta alquanto squilibrata; e come si vedrà meglio in seguito (cfr. tab 2), la difficoltà di ottenere la presenza di

un numero adeguato di infermieri è risultata una delle problematiche di maggiore rilievo, unitamente alla difficoltà di ottenere, malgrado la presenza di medici interni, una assistenza medica sistematica senza fare ricorso ai medici di medicina generale e ad altri medici (cfr. fig. 28).

N. operatori	Distribuzione per ruoli, funzioni e competenze
17	1 coordinatore 2 RAA 1 infermiere 7 OSS 1 animatore 3 ausiliari di cucina 1 manutentore
18	2 Infermieri 2 OSS 10 fisioterapisti 1 animatore 1 addetto cucina 2 coordinatori responsabili
22	1 medico 5 infermieri 12 OSS 1 fisioterapista 1 terapeuta occupazionale 1 coordinatore di Struttura 1 RAA
22	1 medico 3 infermieri 1 fisioterapista 13 OSS 1 animatrice 2 coordinatori 7 ausiliari
31	1 medico 3 infermieri 19 OSS 1 fisioterapista 2 RAA 1 animatore 2 addette cucina
32	2 medici 4 infermieri 2 altri professionisti sanitari 23 OSS 5 altro personale con specifiche competenze
36	non specificato
36	2 medici 3 infermieri 1 fisioterapista 19 OSS 1 animatrice 2 RAA 7 addetti a cucina
43	non specificato
43	1 medico 5 infermieri 1 fisioterapista 1 podologo 22 OSS 2 RAA 5 ausiliari 1 manutentore 2 animatrici 1 psicologo 1 coordinatore
48	1 medico 5 infermieri 1 fisioterapista 30 OSS 3 RAA 2 animatori 1 coordinatore di struttura 5 altro personale
53	2 medici 1 coordinatore Infermieristico 8 Infermieri 3 RAA 30 OSS 2 animatori 2 fisioterapisti 1 terapeuta occupazionale 1 psicologa
53	1 medici 6 infermieri 1 fisioterapista 30 OSS 2 animatori 10 altro personale
72	1 medico 6 infermieri 45 OSS 1 animatore 1 terapeuta occupazionale 13 tra ausiliari cucina e altri

Tab. 1

Sono poi stati indagati i problemi organizzativi e gestionali emersi all'inizio dell'emergenza.

Una prima parte di quesiti ha riguardato l'interfaccia delle strutture con le istituzioni sanitarie pubbliche preposte ad individuare ed indicare le necessarie misure di prevenzione e di controllo. Il totale delle risposte conferma che da parte delle istituzioni sanitarie sono effettivamente pervenute, in linea generale, comunicazioni, indicazioni e disposizioni (fig. 4).

Dopo l'inizio dell'emergenza pandemica sono pervenute alla struttura comunicazioni/indicazioni/disposizioni dalla AUSL o dal Distretto sanitario di riferimento?
14 risposte

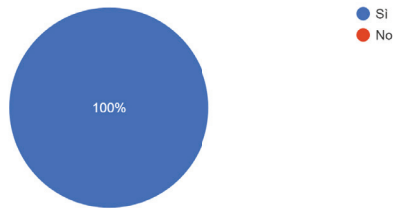


Fig. 3

Tutte o gran parte delle residenze confermano di avere ricevuto linee guida generali o specifiche, disposizioni particolari su approvvigionamento e modalità di utilizzo di tamponi, test sierologici, DPI e farmaci, e successivi aggiornamenti delle disposizioni. Alcune di esse peraltro hanno segnalato l'insufficienza delle comunicazioni o il ritardo con cui sono pervenute (fig. 6).

Gli esiti della ricerca



Fig. 4

Le comunicazioni/indicazioni/disposizioni sono state aggiornate in momenti successivi?

14 risposte

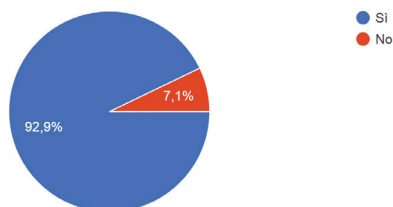


Fig. 5

Interessanti appaiono le risposte relative alla applicazione delle misure indicate dall'Autorità Sanitaria (fig. 6). Se da un lato non sono state segnalate particolari difficoltà nella comprensione delle disposizioni normative, le strutture hanno peraltro denunciato difficoltà con riguardo alla applicazione generale delle disposizioni stesse (42,9% dei casi) e nell'ambito della logistica (approvvigionamento di tamponi, test sierologici e DPI - 50%). Altri problemi hanno riguardato le assenze del personale assistenziale, in parte legate alla insufficiente dotazione, ma probabilmente legate anche alla stessa diffusione del contagio all'interno delle residenze (64,3%); altre problematiche si sono evidenziate in riferimento alle difficoltà di isolare i pazienti contagiati o sospetti (57,1%), ed in minor misura alle difficoltà di eseguire tamponi e test sierologici

(21.4%). Per contro, nessuna criticità è emersa nelle operazioni di ospedalizzazione degli ospiti, così come nell'approvvigionamento di farmaci, ossigeno e altro materiale sanitario.

Quali sono state le principali difficoltà che la struttura ha riscontrato nel corso dell'emergenza?

14 risposte

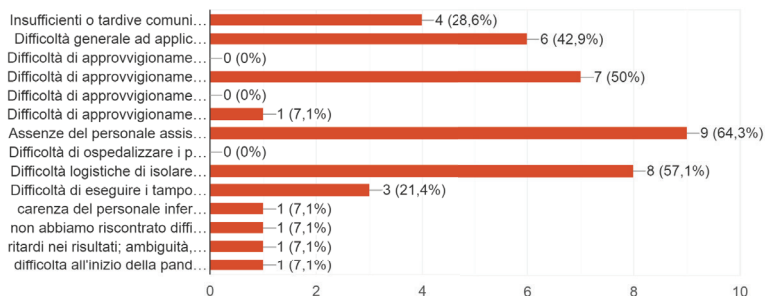


Fig. 6

Appare pertanto rilevante che 12 strutture (85,7%) abbiano dovuto fare ricorso a consulenze esterne (fig. 7).

E' stata ottenuta una consulenza esterna (richiesta dalla struttura o fornita dalla AUSL o da altri) per la gestione delle problematiche logistiche, assistenziali, di prevenzione?

14 risposte

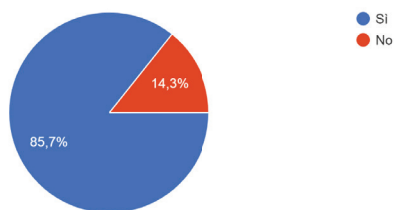


Fig. 7

Tutte le strutture rispondenti hanno poi adottato procedure interne scritte, che auspicabilmente resteranno come riferimento, certamente da implementare in vista di future emergenze pandemiche (fig. 8).

Gli esiti della ricerca

Per la gestione dell'emergenza la struttura ha adottato una procedura interna scritta, eventualmente fruibile anche in caso di future pandemie?

14 risposte

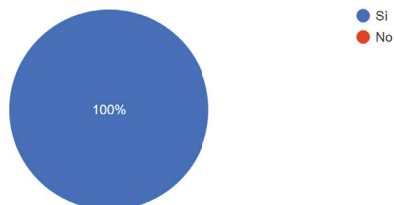


Fig. 8

Quasi tutte le strutture hanno applicato le disposizioni ricevute riguardo al divieto posto alle visite dei familiari, con l'eccezione dei casi di fine vita. È probabile che l'unica struttura che afferma di non avere adottato questa misura probabilmente non ha avuto casi di contagio tra i propri ospiti (fig. 9), e sono state organizzate modalità di contatto alternative. L'unica struttura che non ha riportato di avere vietato le visite è probabilmente rimasta *Covid free*, come sembrano confermare anche le risposte a numerosi dei quesiti successivi (v. *infra*).

Sono state vietate le visite dei familiari ai sensi del DPCM 8.3.2020?

14 risposte

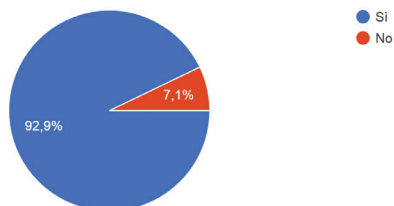


Fig. 9.

Covid-19, sicurezza sul lavoro e responsabilità

In alternativa alle visite, sono state adottate misure altre modalità di comunicazione con i familiari?

14 risposte

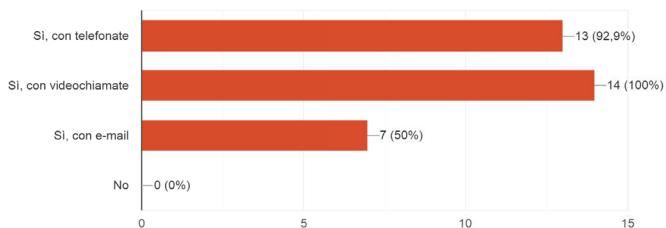


Fig. 10.

La parte successiva dell'indagine ha riguardato la formazione degli operatori per una migliore gestione dell'assistenza (fig. 11) ...

Sono stati attivati, eventualmente anche in modalità telematica, programmi di formazione del personale per lo svolgimento dell'assistenza agli ospiti?

14 risposte

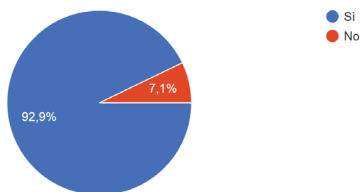


Fig. 11.

... e sull'uso corretto dei DPI (fig. 12).

Sono stati attivati programmi di formazione del personale sull'uso corretto dei DPI?

14 risposte

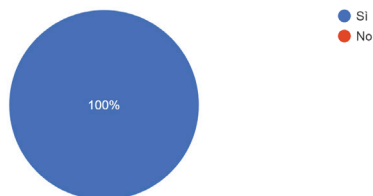


Fig. 12

Gli esiti della ricerca

Il personale pare essersi adeguato di buon grado alle necessarie modifiche dell'attività connesse all'emergenza (fig. 13), sebbene sia risultato impossibile in alcuni casi sostenere le difficoltà senza incidere in senso restrittivo sull'organizzazione dei turni di lavoro (fig. 14), il che ha verosimilmente inciso sui profili di sicurezza individuale (fig. 15).

Il personale si è adeguato alle necessarie modifiche dell'attività connesse all'emergenza pandemica in modo spontaneo?

14 risposte

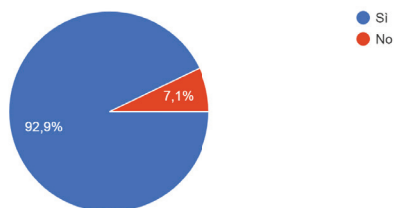


Fig. 13

L'organizzazione dei turni di lavoro degli operatori nell'emergenza pandemica ha permesso di garantire al personale adeguati momenti di riposo e recupero?

14 risposte

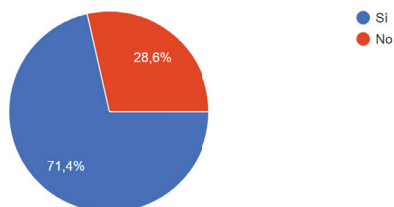


Fig. 14

Covid-19, sicurezza sul lavoro e responsabilità

Ritiene che l'eventuale sovraccarico di lavoro correlato all'emergenza pandemica abbia determinato maggiori rischi per la sicurezza individuale degli operatori?

14 risposte

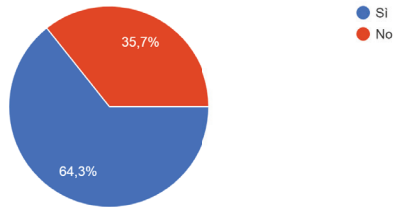


Fig. 15

Importante e degna di nota, sebbene non da tutti adottata, l'iniziativa di attivare programmi di informazione e sensibilizzazione degli ospiti sulle questioni connesse all'emergenza (fig. 16).

Sono stati attivati programmi di informazione e di sensibilizzazione per gli ospiti sulle problematiche e necessità connesse all'emergenza?

14 risposte

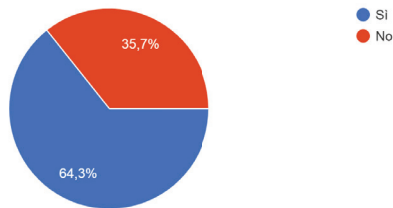


Fig. 16

Un altro profilo che si è ritenuto importante indagare riguarda eventuali incidenti connessi all'uso di materiali, strumenti e dispositivi, o allo spostamento degli ospiti. È stato segnalato un unico caso, sul quale peraltro non sono stati forniti dati di ordine circostanziale.

Gli esiti della ricerca

Nell'ambito della gestione dei casi Covid19 -accertati o sospetti- sono stati osservati incidenti connessi all'uso di materiali, strumentazioni o dispo...ivi sanitari, o legati allo spostamento degli ospiti?
14 risposte

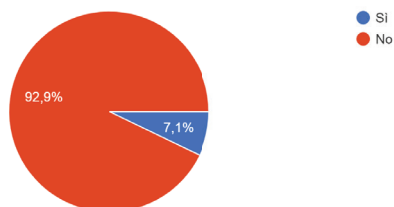


Fig. 17

Un ulteriore elemento degno di attenzione riguarda il ricorrere di un solo episodio conflittuale (fig. 18).

Sono stati osservati eventi conflittuali nel periodo dell'emergenza (es. eventi azioni conflittuali tra o con gli ospiti o tra i componenti del personale, aggressioni, etc.)?
14 risposte

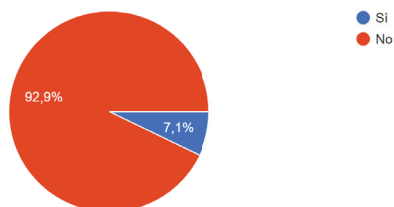


Fig. 18

Buona pare essere stata anche la risposta alle esigenze peculiari dettate dall'incremento del numero di decessi, quantomeno nel senso della predisposizione di una procedura dedicata (fig. 18).

Covid-19, sicurezza sul lavoro e responsabilità

E' stata adottato un protocollo nella gestione dei decessi?

14 risposte

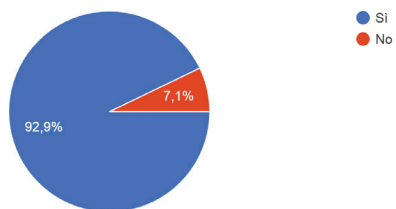


Fig. 19

Sezione 2 – Ospiti

In questa sezione (cfr. figg. 20-33) abbiamo cercato di ricostruire l'impatto che le strutture rispondenti hanno dovuto effettivamente sostenere nel corso dell'emergenza, in rapporto con l'incidenza dei contagi negli ospiti e nel personale, e la natura, entità e difficoltà delle misure adottate.

Il primo aspetto preso in considerazione (cfr. figg. 20-21 e tab. 2) riguarda il prevedibile decremento nel numero degli ospiti, in rapporto all'esigenza di ridurre l'esposizione al rischio, messo in atto sia con spostamenti in uscita (temporanei rientri a domicilio degli ospiti autosufficienti, ricoveri ospedalieri per gli ospiti contagiati ed in condizioni di maggiore impegno clinico), sia con il blocco di nuovi ingressi.

Il secondo aspetto, strettamente connesso al primo (cfr. figg. 22-26) è relativo all'impatto dei contagi, esaminati sia sul piano dell'incidenza complessiva nel campione in esame, sia differenziando i casi asintomatici o paucisintomatici, i sintomatici con necessità o meno di ricovero ospedaliero, i casi di ospiti deceduti.

Sono poi state prese in considerazione le misure adottate per fronteggiare l'emergenza, con particolare riguardo alle diverse modalità adottate per l'isolamento degli ospiti (fig. 27), le modalità di assistenza medica nei casi di contagio di ospiti non ricoverati in Ospedale (fig. 28), la possibilità di eseguire una buona campagna di vaccinazione (figg. 29-30), la persistenza, in alcune strutture, di casi di positività tra gli ospiti al momento della chiusura dell'indagine (figg. 31).

Quanto al primo punto, il 71,4% delle strutture ha affermato di avere avuto un decremento numerico degli ospiti, attribuito in tutti i casi all'insorgere della pandemia. Le relative motivazioni, espresse in forma libera e riportate nella tab. 2, variano dalla necessità di tenere posti liberi per gli isolamenti, al blocco forzato degli accessi, alla insufficienza di personale infermieristico, alla preferenza per il ritorno al domicilio degli ospiti autosufficienti.

Covid-19, sicurezza sul lavoro e responsabilità

Nel corso dell'emergenza il numero di ospiti:

14 risposte

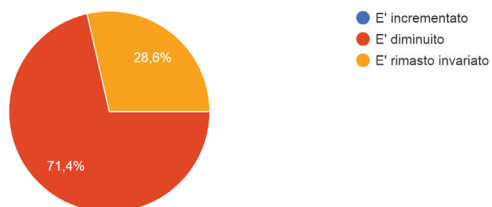


Fig. 20

L'eventuale incremento o diminuzione del numero di ospiti è correlabile all'emergenza pandemica?

14 risposte

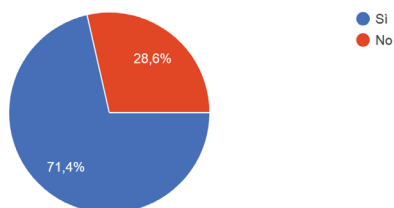


Fig. 21

Motivazioni alla base del decremento di presenze

- necessità di posti da tenere liberi per eventuali isolamenti
- in seguito ai decessi, ragioni precauzionali hanno reso impossibile per diversi mesi accogliere nuovi ospiti
- blocco degli accessi dopo i casi di positività di ospiti o di personale
- mancanza di personale
- preferenza di un ritorno al domicilio degli ospiti autosufficienti
- decessi da Covid 19
- blocco degli ingressi
- difficoltà legate al mantenimento della pianta organica infermieristica
- decessi da Covid 19 avvenuti nel corso del primo anno di pandemia
- impossibilità di reperire infermieri

Tab. 2

Quanto all'incidenza totale dei contagi (per i quali, così come per i casi di decesso, è stata indicata nel questionario, quale criterio di selezione, la conferma mediante tampone o test sierologico), compresi i casi asintomatici o paucisintomatici, l'incidenza è risultata sostanzialmente proporzionale alla dimensione delle diverse strutture ed al rispettivo numero di posti letto, ma comunque complessivamente piuttosto elevata. Un aspetto importante riguarda il confronto tra il numero di casi segnalati (367), il numero di casi sintomatici non ricoverati (242), e tra questi il numero di casi asintomatici o paucisintomatici (71); l'elevato numero di ospiti contagiati rimasti nelle strutture rende piuttosto evidente la rilevanza dell'impegno sostenuto, tra l'assistenza prestata ai pazienti sintomatici e le misure di isolamento rese necessarie anche per gli asintomatici e per i casi di contatti a rischio. Nessuna difficoltà, come già ricordato, è stata segnalata in ordine allo svolgimento delle procedure di ospedalizzazione.

Quanti casi di positività a Sars-Cov2 (accertati mediante tampone o test sierologico) si sono avuti tra gli ospiti nel periodo febbraio 2020 - maggio 2021?

14 risposte

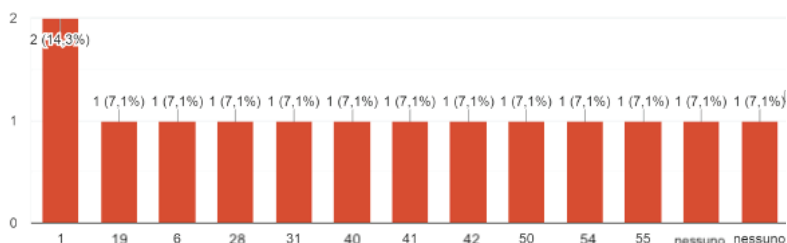


Fig. 22

Covid-19, sicurezza sul lavoro e responsabilità

Di questi casi di positività a Sars-Cov2 tra gli ospiti, quanti positivi asintomatici o paucisintomatici?

13 risposte

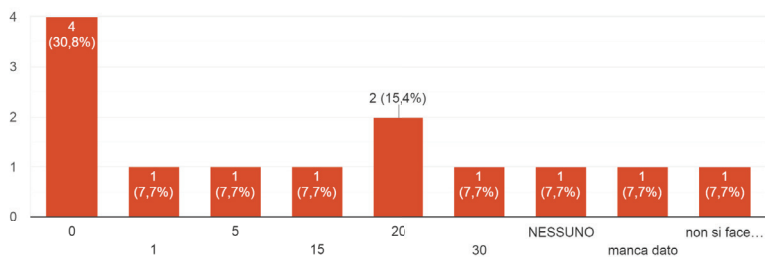


Fig. 23

Di questi casi di positività a Sars-Cov2 tra gli ospiti, quanti positivi sintomatici non ricoverati in ospedale?

13 risposte

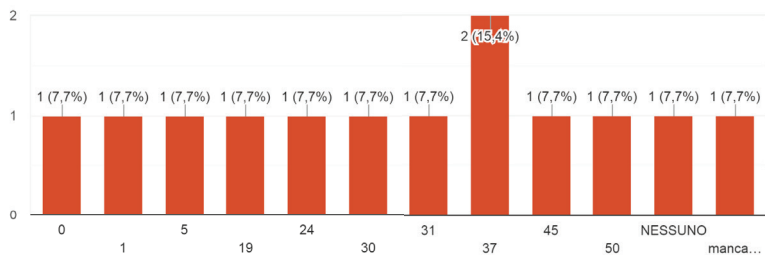


Fig. 24

Gli esiti della ricerca

Di questi casi di positività a Sars-Cov2 tra gli ospiti, quanti positivi ricoverati in ospedale?

13 risposte

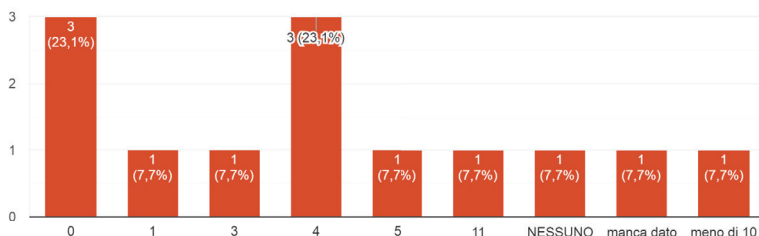


Fig. 25

Di questi casi di positività a Sars-Cov2 tra gli ospiti, quanti deceduti in struttura o in seguito a ricovero in ospedale?

13 risposte

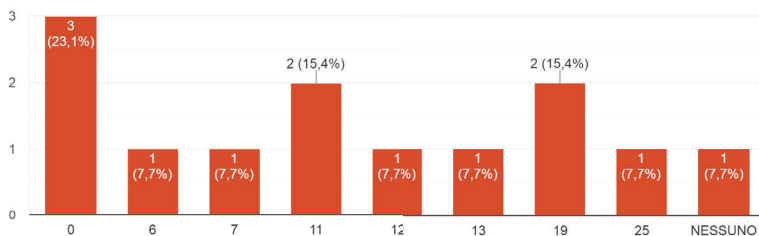


Fig. 26

Una considerazione a parte può meritare l'incidenza dei decessi, sui quali non si è ritenuto in questa indagine di porre particolari approfondimenti, ma che hanno comunque comportato la necessità di adottare misure organizzative imposte dalle disposizioni normative vigenti (tra cui l'immediata diagnosi tanatologica mediante ecg, la susseguente chiusura dei defunti in sacchi appositamente predisposti, l'avvio alla cremazione, ecc). Peraltro questi ultimi particolari profili non sono stati oggetto dell'indagine.

L'insieme delle misure che si sono rese necessarie o sono comunque risultate possibili per una adeguata gestione degli ospiti con infezione

accertata o sospetta è analizzato nel grafico successivo, dove si osserva che tutte le strutture hanno dovuto adottare qualche provvedimento; per la maggior parte dei casi è stato attuato l'isolamento in stanze riservate a casi di contagio, o in parti separate della struttura, o entrambe queste misure, mentre solo alcune strutture hanno potuto attuare l'isolamento in stanze singole, ed altre hanno trasferito gli ospiti presso sedi diverse. Come già evidenziato in precedenza, nessuna delle strutture rispondenti ha dichiarato di avere accolto ospiti provenienti da altre strutture.

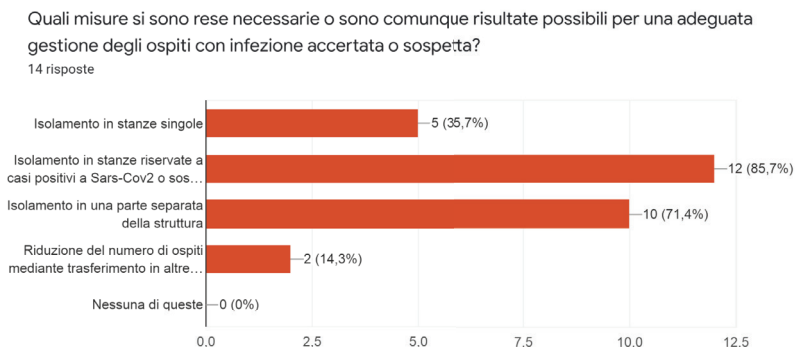


Fig. 27

Dalla fig. seguente si desume che, malgrado la maggior parte delle strutture abbia dichiarato la disponibilità di almeno un medico interno, soltanto alcune hanno avuto la possibilità di gestire l'assistenza senza fare ricorso ad altri medici; nella maggior parte dei casi sono stati coinvolti i medici di medicina generale, da soli o in collaborazione con gli stessi medici interni. Una simile modalità gestionale risente probabilmente di limiti legati alla scarsa disponibilità o insufficiente presenza dei medici, a forse anche, almeno in parte, ad una inadeguata preparazione specificamente geriatrica. Il dato, considerato unitamente a quanto evidenziato in precedenza riguardo alla carenza di personale infermieristico, pone l'assistenza propriamente sanitaria interna alle strutture tra i problemi di maggiore rilievo a cui dedicare una specifica attenzione.

Gli esiti della ricerca

La gestione medica degli ospiti positivi al Sars-Cov2 è stata affidata a:

14 risposte

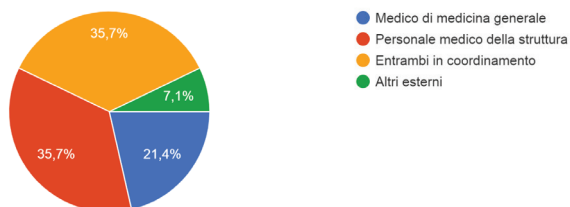


Fig. 28

Riguardo allo svolgimento della campagna vaccinale, dall'indagine non sono emerse difficoltà: oltre la metà delle strutture rispondenti hanno sottoposto a vaccinazione tutti gli ospiti, tutte le altre hanno raggiunto percentuali molto elevate. Ciò permette di desumere che, sin dall'inizio della campagna vaccinale, la cui fase di primo avvio, per disposizioni dell'Autorità Sanitaria centrale, ha avuto di mira la tutela dei soggetti più anziani e più fragili, vi sia stata una regolare disponibilità di dosi ed un adeguato apparato organizzativo per l'effettuazione delle inoculazioni. È tuttavia degno di nota, al momento della chiusura dell'indagine, che diverse strutture dichiarino la persistenza di casi di positività tra gli ospiti.

Gli ospiti sono stati vaccinati?

14 risposte

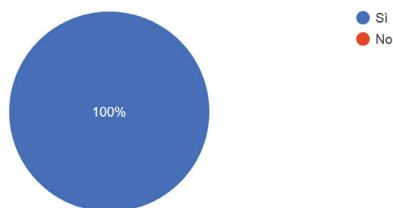


Fig. 29

Covid-19, sicurezza sul lavoro e responsabilità

Se sì, in che percentuale?

14 risposte

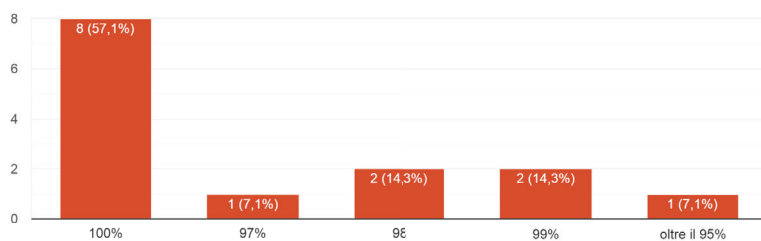


Fig. 30

Attualmente vi sono ancora casi di positività tra gli ospiti?

14 risposte

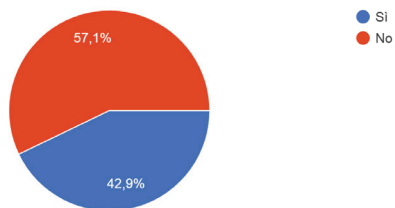


Fig. 31

Sezione 3 – Operatori

Questa terza e ultima sezione è tesa ad indagare l'impatto della pandemia sugli operatori delle strutture, con riguardo: a) all'incidenza effettiva del contagio, facendo distinzione tra i casi sintomatici senza necessità di ospedalizzazione, i casi ospedalizzati, i casi di operatori deceduti, e considerando a parte i casi di operatori non contagiati ma posti in quarantena in seguito a contatti a rischio; b) all'applicazione sistematica, su tutti gli operatori, di misure di prevenzione e controllo, dall'effettuazione dei *tests* sierologici e molecolari, al controllo biquotidiano della temperatura corporea, all'esecuzione delle vaccinazioni.

La rilevanza di questi profili è ben intuibile, con riferimento prioritario alla necessità di tutelare la salute di operatori dedicati all'assistenza verso una comunità particolarmente esposta, ma anche di contenere, in seconda linea, il riflesso negativo dei contagi e dei contatti a rischio degli operatori sulle attività assistenziali delle strutture, deprivate, per periodi di tempo non trascurabili, di risorse professionali indispensabili.

Quanto al primo punto (cfr. figg. 31-35), molto variabile ma complessivamente rilevante è stato l'impatto della pandemia sulla salute degli operatori, sia per quanto riguarda l'incidenza globale dei contagi (155 casi), sia per quanto riguarda i casi sintomatici (106 casi), sebbene soltanto in 3 casi sia stato necessario fare ricorso a cure ospedaliere. È stato segnalato soltanto un decesso. Ma l'impatto effettivo sulla gestione delle strutture deve essere misurato anche in base ai casi di operatori che, pur non essendosi contagiati, sono stati posti in quarantena a causa di intercorsi contatti a rischio (79 casi).

Covid-19, sicurezza sul lavoro e responsabilità

Quanti casi di positività a Sars-Cov2 (accertati mediante tampone o test sierologico) si sono avuti tra gli operatori nel periodo febbraio 2020 - maggio 2021?

14 risposte

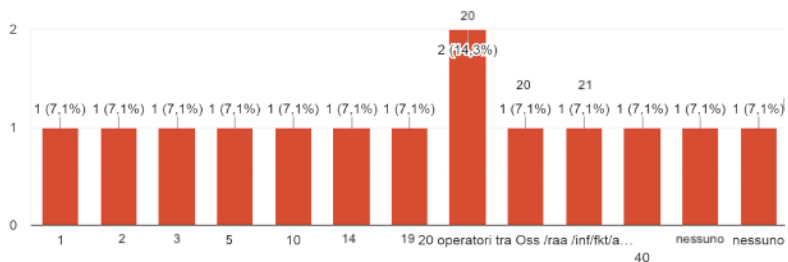


Fig. 32

Di questi casi di positività a Sars-Cov2 tra gli operatori, quanti positivi sintomatici non ricoverati in ospedale?

14 risposte

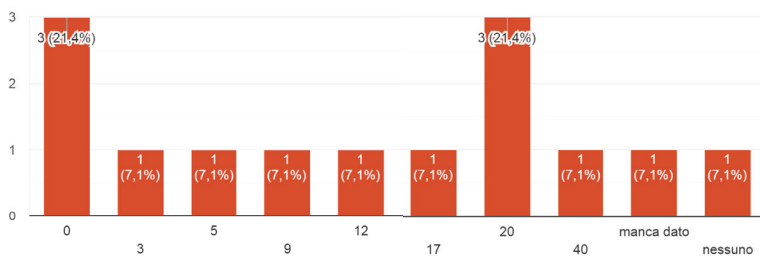


Fig. 33

Gli esiti della ricerca

Di questi casi di positività a Sars-Cov2 tra gli operatori, quanti positivi ricoverati in ospedale?

14 risposte

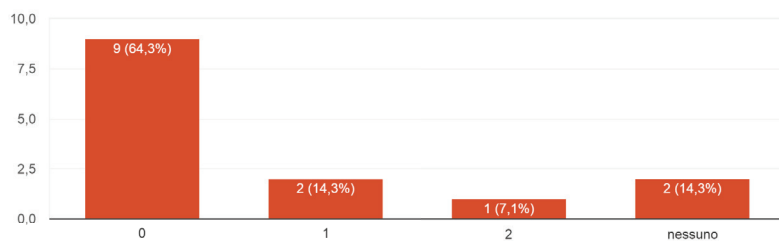


Fig. 34

Di questi casi di positività a Sars-Cov2 tra gli operatori, quanti deceduti in struttura o in seguito a ricovero in ospedale?

14 risposte

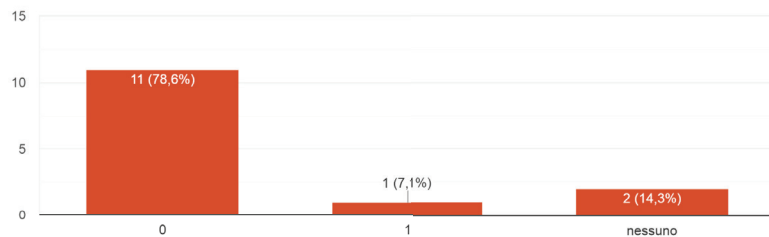


Fig. 35

Quanti operatori sono stati posti in quarantena a causa di contatti a rischio?

14 risposte

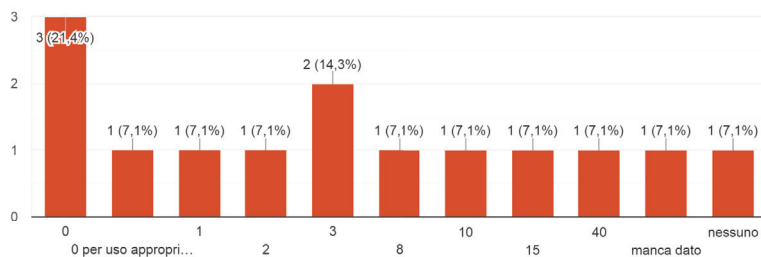


Fig. 36

Quanto al secondo punto (cfr. grafici 36-42), in tutte le strutture sono stati effettuati i controlli: nella maggiore parte dei casi sono stati eseguiti tamponi e test sierologici, sebbene con scansioni temporali diverse (nella maggior parte dei casi ogni 14 giorni, in altri casi ogni 7 o 21 giorni), pur se una struttura ha riferito di avere eseguito solo tamponi molecolari o rapidi, ed un'altra ha limitato il proprio raggio d'azione a controlli in caso di bisogno. Ciò sta ad indicare, che almeno nell'arco di tempo complessivamente considerato, e malgrado la difficoltà di approvvigionamento dei kit segnalata nella prima sezione, con il tempo la disponibilità dei *test* è risultata adeguata alle necessità. Un segnale di buona gestione del personale emerge poi dai dati sul controllo biquotidiano della temperatura.

Quanto alla vaccinazione degli operatori (peraltro obbligatoria in questo contesto), la campagna è stata effettuata coprendo in misura quasi totale il personale, ma al momento della chiusura di questa indagine risulta ancora elevato (superiore allo stesso numero di strutture che hanno segnalato positività negli ospiti – cfr. fig. 30) il numero di strutture presso le quali sono segnalati casi di positività negli operatori.

Gli esiti della ricerca

Nel corso dell'emergenza gli operatori sono stati sottoposti a tamponi/test sierologici?

14 risposte

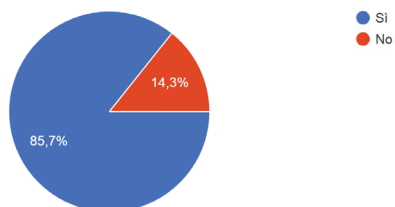


Fig. 37

Con periodicità sistematica?

14 risposte

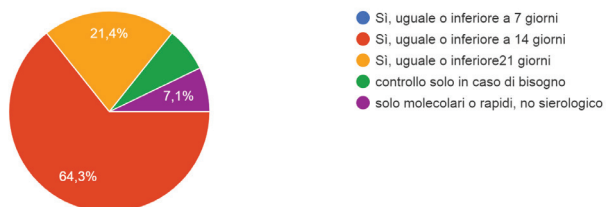


Fig. 38

Il personale è stato controllato con la misurazione biquotidiana della temperatura?

14 risposte

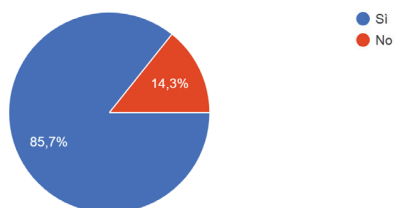


Fig. 39

Covid-19, sicurezza sul lavoro e responsabilità

Il personale è stato vaccinato?

14 risposte

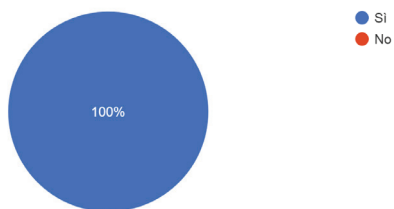


Fig. 40

Se sì, in quale percentuale?

14 risposte

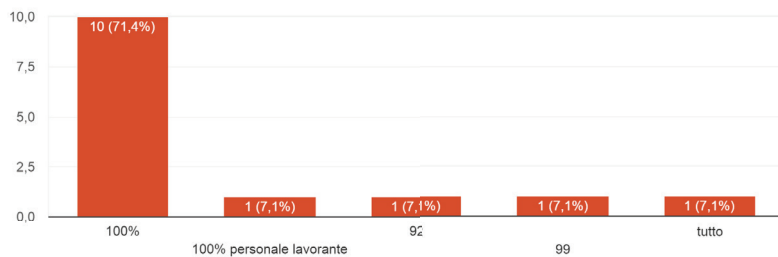


Fig. 41

Attualmente vi sono ancora casi di positività tra gli operatori ?

14 risposte

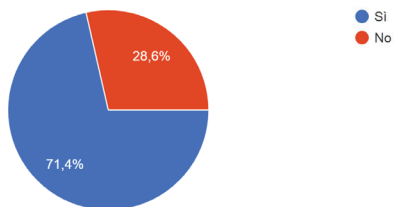


Fig. 42

4. Conclusioni

La natura e l'ambito di questa indagine non permettono di trarre vere e proprie conclusioni, ma consentono di porre in evidenza le maggiori problematiche meritevoli di attenzione in esito alla esperienza acquisita nel corso della pandemia.

Sintetizzando le questioni che l'indagine ha generalmente evidenziato, una prima considerazione riguarda certamente la necessità di porre mano alla implementazione ed omogeneizzazione delle procedure interne, che tutte le strutture hanno affermato di avere già adottato per fronteggiare future emergenze, e che potranno includere modelli gestionali flessibili, con riguardo alle modalità di sensibilizzazione degli ospiti e dei loro familiari rispetto alle necessarie misure di distanziamento e isolamento, alle modalità di approvvigionamento ed all'uso appropriato e sistematico dei dispositivi di protezione individuale, alla organizzazione integrata dei modelli di assistenza medica e infermieristica, alla disciplina degli accessi e delle visite, ad una maggiore integrazione dei rapporti con le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali. Tutto ciò auspicabilmente porterà ad un consolidamento delle buone prassi adottate nella fase emergenziale, così da riuscire ad applicarle più celermente al ripresentarsi di nuovi eventi pandemici.

Ma a monte di ciò emerge la necessità di costruire, ed il problema coinvolge anche le Autorità Sanitarie regionali e locali, un piano di rafforzamento strutturale delle residenze, auspicabilmente inseribile in un progetto di riforma o revisione delle procedure di accreditamento e di governo delle residenze stesse, in cui vengano focalizzate le esigenze di fissare, anche attraverso l'individuazione di misure differenziate per le singole tipologie residenziali, risorse minime per l'isolamento, ed i valori soglia per un rinforzo dell'apparato assistenziale, con particolare riguardo alle risorse professionali infermieristiche e OSS, al fine di incrementare la gestione integrata dell'assistenza, garantire la sostenibilità dei turni di lavoro, ridurre i fattori stressogeni, contenere i rischi di contagio tra gli stessi operatori. Il tutto senza trascurare le misure di efficientamento dell'apparato logistico per le forniture di dispositivi e di tutto quanto altro necessario, e l'organizzazione di un apparato preposto al controllo ed al tracciamento dei contagi.

Oltre a ciò, pare rilevante la necessità di attivare, differenziandoli naturalmente per tipologie di operatori, ma senza trascurarne alcuna, progetti di formazione, nell'ottica di una maggiore qualificazione e responsabilizzazione di tutte le figure professionali coinvolte.

SEZIONE TERZA

*Relazioni del Convegno
del 28 aprile 2022*

(Giornata Mondiale della Sicurezza e della Salute sul Lavoro)

Parte I

Diritto del Lavoro

1. Il sistema di prevenzione aziendale a seguito del Covid-19

(P. PASCUCCI)

1. Com'era prevedibile, la pandemia da *SARS-CoV-2* ha riportato al centro del dibattito politico e scientifico il tema della tutela della salute e della sicurezza di chi lavora: un tema che, nonostante la sua attualità perdurante da fin troppo tempo, ha registrato in passato altalenanti indici di interesse, per lo più coincidenti con vicende drammatiche.

Se è evidente che, di fronte alla grave minaccia dell'eccezionale emergenza pandemica per l'incolumità di chiunque, sarebbe stato impossibile non dedicare particolare attenzione anche alla salute e alla sicurezza di chi lavora, rispetto ad altre occasioni una differenza c'è stata, e non di poco conto.

Infatti, mentre quasi sempre la reazione ai più eclatanti eventi infortunistici si è tradotta soprattutto nella richiesta di maggiori controlli e di sanzioni più severe – un fenomeno ripropostosi anche di recente dinnanzi alle ripetute morti sul lavoro verificatesi in questa delicata fase di c.d. “ripresa” o “ripartenza” alla quale il Governo ha risposto con l'emanazione del d.l. n. 146 del 2021 –, nel caso della pandemia, per le più che ovvie caratteristiche di tale evento, l'attenzione si è concentrata soprattutto sulla dimensione della *prevenzione* del rischio in atto.

2. Fin dalla prima ora è così emerso un vivace dibattito che, a partire dalla questione relativa alla necessità o meno di aggiornare il documento di valutazione dei rischi e da quella sull'identificazione delle misure di contenimento da rispettare (ben presto incentratasi sui contenuti dei protocolli anti-contagio sottoscritti dalle parti sociali con l'avallo del Governo), ha evidenziato il non facile rapporto tra la disciplina ordinaria di tutela della salute e sicurezza sul lavoro di cui al d.lgs. n. 81 del 2008 e

quella speciale emergenziale emersa nei vari decreti legge e nei numerosissimi decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri via via succedutisi, sulla cui legittimità si è espressa la Corte costituzionale (n. 198/2021).

Un rapporto problematico anche a causa dello speciale apparato di controllo e sanzionatorio cui è stata affidata la garanzia del rispetto delle misure precauzionali messe in atto dalla pubblica autorità anche per il tramite dei protocolli, non dovendosi appunto trascurare che, più che di *prevenzione*, si è parlato di *precauzione* presumibilmente per l'estrema incertezza, anche dal punto di vista scientifico, che ha caratterizzato e tuttora in parte connota l'emergenza pandemica.

A fronte di questi spiccati tratti di specialità, inestricabilmente connessi alla finalità di tutela della salute pubblica della disciplina emergenziale dovuta alla natura ubiquitaria del virus, sono emersi dubbi circa la piena applicabilità al rischio pandemico della disciplina ordinaria di prevenzione dei rischi lavorativi.

Dubbi almeno in parte stemperati allorché il legislatore dell'emergenza, traendo spunto proprio dal tradizionale armamentario dell'ordinaria disciplina di prevenzione, ha esplicitamente richiamato alcune norme del d.lgs. n. 81 del 2008 – come l'art. 74 a proposito della configurazione delle mascherine chirurgiche quali dispositivi di protezione individuale (art. 16 del d.l. n. 18 del 2020) – o ha creato nuovi strumenti *ad hoc* per contrastare gli effetti della pandemia come la “sorveglianza sanitaria eccezionale” per i lavoratori “fragili” maggiormente esposti al rischio del contagio per ragioni anagrafiche o per particolari condizioni di salute (art. 83 del d.l. n. 40 del 2020).

Evidenziando un raccordo ancorché particolare tra disciplina speciale e disciplina ordinaria, queste previsioni hanno reso un po' più nitida quella prospettiva di proficua interazione e integrazione tra i due sistemi di prevenzione che già lo stesso protocollo nazionale anti-contagio del 14 marzo 2020 (ritoccatto il 24 aprile 2020 e aggiornato il 6 aprile 2021) aveva lasciato intravedere evocando l'operatività di tipici istituti del d.lgs. n. 81 del 2008 come, ad esempio, la formazione e la stessa sorveglianza sanitaria.

A ben guardare, l'interazione tra i due sistemi non sarebbe venuta del tutto meno neppure sostenendo la non necessità, almeno nella primissima fase dell'emergenza, di aggiornare il documento di valutazione dei rischi essenzialmente in virtù della natura generica del rischio biologi-

co in atto (nei settori non sanitari) e dell'assunzione della sua valutazione da parte della pubblica autorità. Infatti, come ha riconosciuto il Tribunale di Matera, anche chi ha escluso nella primissima fase l'obbligatorietà di tale aggiornamento non ha mai negato che il datore di lavoro, in virtù dell'art. 2087 c.c., fosse tenuto a garantire la puntuale attuazione di tutte le misure e le cautele tipizzate previste dalla pubblica autorità per contrastare la diffusione del contagio e che, perdurando l'emergenza, sarebbe stato necessario riconsiderare la valutazione dei rischi.

3. Alla dimensione della prevenzione evocata dalla pandemia non potevano risultare estranei i profili delle responsabilità relative al rispetto delle misure finalizzate a contrastare il contagio, come ha dimostrato la discussa richiesta di uno "scudo penale" per i datori di lavoro dopo che il legislatore – ribadendo noti principi previdenziali – ha configurato come infortuni sul lavoro, ai fini del relativo indennizzo, i casi accertati di infezione da *SARS-CoV-2* in occasione di lavoro (art. 42 del d.l. n. 18 del 2020).

Alla preoccupazione dei datori di lavoro che dalla configurazione del contagio come infortunio sul lavoro, al di là del rilievo previdenziale, potessero scaturire conseguenze sul piano delle loro responsabilità penali e civili il legislatore ha risposto in modo meno *tranchant* con l'art. 29-*bis* del d.l. n. 23 del 2020, ai sensi del quale, in relazione all'emergenza pandemica, l'adempimento dell'obbligo di sicurezza datoriale di cui all'art. 2087 c.c. si estrinseca nell'applicazione delle prescrizioni contenute nel protocollo anti-contagio generale del 24 aprile 2020 ed in quelli settoriali di cui all'art. 1, co. 14, del d.l. n. 33 del 2020.

Anche il dibattito sul significato dell'art. 29-*bis* ha riguardato il modo in cui apprestare un'efficace ed effettiva prevenzione del rischio pandemico nel momento in cui si è concentrato sulla capacità o meno di tale previsione, al di là del suo dato letterale, di sterilizzare le misure di sicurezza innominate che la giurisprudenza da sempre ricomprende nell'oggetto dell'art. 2087 c.c.

Secondo l'opinione prevalente, l'art. 29-*bis* non poteva comportare la sterilizzazione dell'art. 2087 c.c. né precludere le misure innominate anche perché molte prescrizioni dei protocolli hanno un contenuto aperto da declinare secondo le specificità della singola azienda con un'ovvia discrezionalità datoriale. Lo stesso protocollo generale prevede che le proprie misure vadano integrate con altre "equivalenti o più incisive secon-

do le peculiarità dell'organizzazione aziendale, previa consultazione delle rappresentanze sindacali aziendali". In sostanza il legislatore avrebbe inteso individuare standard minimi, necessari ma non sufficienti per adempiere l'obbligo di sicurezza.

Identificando il rispetto dei protocolli come modalità di adempimento dell'obbligo di sicurezza dell'art. 2087 c.c., il legislatore ha indicato che l'"esperienza" e la "tecnica" – o, se si vuole, le conoscenze scientifiche – cui fare riferimento erano quelle che, nella perdurante incertezza sulla pandemia, si inveravano essenzialmente nelle previsioni dei protocolli, in quanto ritenute più idonee nel "determinato momento storico" a contrastarne l'effetto senza rischiare di produrre ulteriori conseguenze dannose o che "future possibili nuove acquisizioni e rimedi possano essere pretesi retroattivamente dal datore dell'oggi". Così come è evidente che le misure dei protocolli vanno applicate nelle diverse realtà alla luce dell'altro criterio codicistico della "particolarità del lavoro". L'art. 29-*bis* ha dunque interpretato il tendenziale raggio di azione dell'art. 2087 c.c., precisando "i limiti della diligenza esigibile dal datore di lavoro nel quadro delle prescrizioni dell'art. 2087 c.c., in rapporto ai caratteri dell'infezione".

Peraltro, se lo stesso protocollo non esclude l'adozione di misure innominate prevedendo l'integrazione delle proprie misure con altre equivalenti o più incisive, queste ultime, in quanto "integrative", più che sostituire quelle protocollari parrebbero piuttosto potersi affiancare ad esse o appunto integrarne il contenuto là dove sia generico, dovendo comunque trattarsi di misure non distoniche rispetto alla filosofia regolativa del protocollo a causa dello stato di grave incertezza regnante in materia e senza trascurare i rischi insiti nella eterogeneità delle misure di prevenzione a fronte di un rischio universale presente dentro e fuori i luoghi di lavoro.

La stessa giurisprudenza ha ammesso che se in via di principio non sarebbe astrattamente consentito limitare l'obbligo datoriale di sicurezza alle sole misure sin qui emerse nella gestione emergenziale, è tuttavia anche ragionevole ritenere che, allo stato, l'autorità pubblica, con il concorso delle parti sociali, abbia dettato, in modo tendenzialmente esaustivo, le misure necessarie alla prevenzione del rischio da Covid-19 secondo l'esperienza e la tecnica ad oggi nota, spettando al datore di lavoro un obbligo essenzialmente attuativo/traspositivo di quelle misure al massimo livello di sicurezza tecnica disponibile nello specifico contesto aziendale.

Senza diffondersi ulteriormente sul valore dei protocolli, di cui parlerà il collega Tampieri, vale però la pena sottolineare la straordinaria importanza di questa esperienza che, evidenziando il ruolo delle istanze sindacali al loro massimo livello come coprotagoniste della tutela della salute e sicurezza sul lavoro, ha fatto sì che un prodotto dell'autonomia collettiva, seppur indotto dalla pubblica autorità, assurgesse, grazie alla sua sostanziale recezione da parte del legislatore, al rango di fonte normativa con efficacia generale.

Tanto che ci si potrebbe chiedere se questo ruolo delle confederazioni sindacali non possa in qualche modo perpetuarsi anche con riferimento alle sempre più pressanti esigenze di sostenibilità dell'agire imprenditoriale con riferimento tanto all'ambiente interno di lavoro quanto all'ambiente circostante all'impresa.

Quanto infine alla necessità di considerare il fattore dell'incertezza ai fini della valutazione delle responsabilità, non va trascurato l'ulteriore intervento del legislatore relativamente al settore sanitario quando, con l'art. 3-*bis* del d.l. n. 44 del 2021, ha previsto che, durante lo stato di emergenza, le ipotesi di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime commesse nell'esercizio di una professione sanitaria e che trovano causa nella situazione di emergenza siano punibili solo nei casi di colpa grave, dovendo il giudice tenere conto, ai fini della valutazione del grado della colpa, tra i fattori che ne possono escludere la gravità, della limitatezza delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie da *SARS-CoV-2* e sulle terapie appropriate, nonché della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, oltre che del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato impiegato per far fronte all'emergenza.

4. Una volta divenuti disponibili i vaccini, è sempre nella prospettiva della prevenzione del rischio che si è andato sviluppando un vivacissimo dibattito sull'obbligo vaccinale, così come, successivamente, quello sull'obbligo di possedere ed esibire il *green pass* per accedere al luogo di lavoro.

Prima ancora che il legislatore introducesse per il personale sanitario l'obbligo vaccinale, è proprio con riferimento al tema della prevenzione che la discussione sulla sussistenza o meno di tale obbligo è letteralmente

te “esplosivo” sol che si pensi alla delicata questione relativa alla possibilità di rinvenire nelle pieghe dell’ordinamento vigente un potere/dovere del datore di lavoro di richiedere ai propri lavoratori di vaccinarsi e, correlativamente, un obbligo – o un onere – di questi ultimi di sottoporsi alla vaccinazione. Questione sulla quale si sono registrate opinioni differenti, essenzialmente condizionate dall’interpretazione dell’art. 32 Cost. e, in particolare, della riserva di legge da esso prevista per la configurazione dell’obbligatorietà dei trattamenti sanitari.

Pur senza scendere in eccessivi dettagli, la collocazione del dibattito nel contesto del più ampio sistema di prevenzione è stata confermata anche dal richiamo – peraltro non sempre a proposito – a varie disposizioni del d.lgs. n. 81 del 2008: dall’art. 20 relativo agli obblighi di cooperazione alla sicurezza gravanti sui lavoratori, fino all’art. 279 che, nell’ambito delle attività della sorveglianza sanitaria relative ai rischi biologici, prevede, là dove ritenuto necessario dal medico competente, la messa a disposizione da parte del datore di lavoro di vaccini efficaci o, in alternativa, l’allontanamento temporaneo del lavoratore secondo le procedure dell’art. 42.

Ma è soprattutto inquadrando l’art. 2087 c.c. come norma attuativa dell’art. 32 Cost., che si è tentato di far leva per sostenere la sussistenza dell’obbligo vaccinale.

Senonché, se è indubbio che la vaccinazione costituisce una misura di prevenzione che mira a tutelare la salute del lavoratore, non si deve tuttavia dimenticare che essa è innanzitutto un “trattamento sanitario” che presenta un elemento fenomenologico aggiuntivo rispetto alle altre misure di prevenzione in quanto il lavoratore è sottoposto ad una specifica attività medica che riguarda la sua sfera personalissima e interagisce direttamente con la sua dimensione psico-fisica. Un elemento assente nelle altre misure di prevenzione, le quali al più incidono, in termini comportamentali, sul modo in cui il lavoratore esegue la prestazione: si pensi all’uso dei dispositivi di protezione individuali o collettivi o alle altre misure relative all’organizzazione del lavoro.

Ben può il vaccino costituire una misura di prevenzione purché però si consideri e si rispetti la sua peculiare natura di trattamento sanitario che, in quanto tale, non può essere imposto se non in virtù di una specifica disposizione di legge ai sensi dell’art. 32 Cost. che appunto espressamente lo contempla, non essendo sufficiente a tal fine l’art. 2087 c.c.

Più convincenti sono apparse quelle ricostruzioni che, pur riconoscendo l'esigenza di una specifica norma *ad hoc* per imporre la vaccinazione, nondimeno hanno ritenuto che, nonostante l'assenza di tale norma, la mancata vaccinazione possa comunque rilevare sul piano del sistema di prevenzione ordinaria sulla scorta delle misure generali di tutela dell'"eliminazione dei rischi" e della loro "riduzione alla fonte" *ex art.* 15 del d.lgs. n. 81 del 2008, proponendo di valorizzare il ruolo della sorveglianza sanitaria e del medico competente (artt. 41 e 42) in relazione alla inidoneità alle mansioni "di contatto" dei lavoratori non vaccinati.

Analoghe questioni sono riemerse in parte nel momento in cui il legislatore ha introdotto l'obbligo di vaccinazione per il personale sanitario, sulla base di una specifica disposizione di legge (art. 4 del d.l. n. 44 del 2021) – come postulato dall'art. 32 Cost. – la cui inosservanza dava luogo in origine ad alcune conseguenze non molto dissimili da quelle previste dal sistema di prevenzione generale nel caso di inidoneità alla mansione, vale a dire, l'adibizione, ove possibile, a mansioni non "di contatto", eventualmente anche inferiori (senza però la conservazione del trattamento economico originario), prevedendosi peraltro, in caso di impossibilità di tale adibizione, la sospensione senza emolumenti dell'esercizio della professione o del rapporto di lavoro.

Anche le criticità rilevate nell'originaria formulazione dell'art. 4 del d.l. n. 44 del 2021 hanno riguardato la dimensione della prevenzione, come è emerso con la discutibilissima limitazione dell'obbligo vaccinale solo ad alcune categorie (gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario) così trascurandosi inspiegabilmente che il rischio di contagio – per sé e per gli altri – non fa distinzioni tra i diversi ruoli professionali quando operano nello stesso contesto lavorativo: un aspetto colto e peraltro risolto parzialmente dal legislatore solo in seguito.

Né va sottaciuta la sottovalutazione, anch'essa pertinente alla dimensione della prevenzione, del possibile ruolo del medico competente in merito alla valutazione/individuazione di possibili mansioni "non di contatto" per i sanitari non vaccinati che la prima versione dell'art. 4 del d.l. n. 44 del 2021 ha affidato letteralmente al solo datore di lavoro.

5. Non è questa la sede per diffondersi sui complessi e spesso critici intrecci che si sono andati progressivamente evidenziando tra l'obbligo vaccinale e l'obbligo di possesso ed esibizione del *green pass* per l'accesso al lavoro, entrambi oggetto di ripetuti interventi legislativi.

Ciò che è opportuno qui rimarcare è piuttosto che, al di là di alcuni riferimenti ai principi del d.lgs. n. 81 del 2008, il sistema complessivo di gestione dell'emergenza pandemica ha tendenzialmente operato a prescindere dalla disciplina ordinaria di prevenzione, come è emerso anche negli approdi finali della disciplina dell'obbligo vaccinale e del *green pass* che, in caso di inadempimento, ha prefigurato conseguenze – da un lato la sospensione dal diritto di svolgere l'attività lavorativa e dall'altro l'assenza ingiustificata dal lavoro – rispetto alle quali il datore di lavoro è esautorato da qualunque valutazione del rischio in atto, operata a monte dallo stesso legislatore.

Cionondimeno è difficile dubitare che le disposizioni emergenziali, comprese quelle sui vaccini e sul *green pass*, abbiano condiviso una duplice finalità, come peraltro esplicitato dalle rispettive normative: quella della tutela della salute pubblica e quella della salute di chi lavora.

D'altronde, come ha evidenziato il Consiglio di Stato con riferimento all'obbligo vaccinale per il personale sanitario, l'art. 4 del d.l. n. 44 del 2021 “interseca” tanto “il più generale e grave problema della sicurezza nei luoghi di lavoro a tutela dei lavoratori” quanto “il principio di sicurezza delle cure” che, come prevede l'art. 1, co. 1, della l. n. 24 del 2017, è “parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività”. “La vaccinazione obbligatoria selettiva” per il personale sanitario “risponde ad una chiara finalità di tutela non solo – e anzitutto – di questo personale sui luoghi di lavoro e, dunque, a beneficio della persona, secondo il [...] principio personalista, ma a tutela degli stessi pazienti e degli utenti della sanità, pubblica e privata, secondo il [...] principio di solidarietà, che anima anch'esso la Costituzione, e più in particolare delle categorie più fragili e dei soggetti più vulnerabili” e che “proprio per questo sono di frequente o di continuo a contatto con il personale sanitario o sociosanitario nei luoghi di cura e assistenza” (Cons. Stato, sez III, n. 7045/2021).

6. Se, per un verso, per le precipue finalità perseguite, il sistema speciale di prevenzione messo in campo con la legislazione dell'emergenza ha posto talora in secondo piano la rilevanza del sistema ordinario di prevenzione, per un altro verso non bisogna tuttavia dimenticare la fondamentale lezione che, nonostante la sua complessa evoluzione ed alcune contraddizioni, proviene da quel sistema speciale, i cui riflessi paio-

no destinati a trascendere l'auspicabile fase di declino della pandemia da cui è scaturito.

Quel sistema insegna che per tutelare adeguatamente tanto la salute pubblica quanto la salute e la sicurezza di chi lavora occorre prima di tutto mettere in atto una seria riflessione su modelli prevenzionistici incentrati sul principio della prevenzione primaria, mirando quindi anzitutto ad eliminare il rischio o quantomeno a ridurlo ove sia ineliminabile. Ed è quanto si è riscontrato rispetto agli effetti delle vaccinazioni che, pur non scongiurando in assoluto il rischio di contagio, ne stemperano sensibilmente le possibili conseguenze dannose.

Se si amplia la riflessione al più complessivo contesto della sicurezza sul lavoro, ben vengano quindi maggiori controlli e più efficaci sanzioni, purché si sia pienamente consapevoli – come dimostra la lezione della pandemia – che ben poco potranno senza la predisposizione a monte di adeguati apparati prevenzionistici finalizzati effettivamente ad eliminare o ridurre i rischi che emergono nell'organizzazione del lavoro.

2. Il nuovo ruolo del sindacato nella gestione della sicurezza (pre- e post-Covid)

(A. TAMPIERI)

1. Premessa

Vorrei innanzitutto ringraziare l'amico e collega prof. Luigi Foffani per questa presentazione e per avermi consentito di partecipare a questa ricerca, che presenta degli esiti molto interessanti. Ringrazio anche i colleghi giuslavoristi presenti, in particolare i professori Paolo Pascucci e Carla Spinelli, che appartengono ad altri atenei e che hanno voluto essere con noi in questa importante giornata.

Molte cose le ha già dette il prof. Pascucci in realtà; cose che mi vedono pienamente d'accordo, come dirò. Il mio intento è quello di mostrare un'altra prospettiva della legislazione della pandemia in rapporto alla sicurezza sul lavoro: mi concentrerò sul nuovo ruolo del sindacato e, più in generale, sui profili collettivi della salute, che in qualche modo la legislazione pandemica anti-Covid ha evidenziato in modo positivo.

Cercherò di spiegarmi esaminando in primo luogo, molto brevemente, il ruolo dei profili collettivi della sicurezza nel Testo Unico della sicurezza sul lavoro. Poi parlerò di due fasi, quella concernente i protocolli per la sicurezza – perché si tratta di un aspetto centrale – e quella riguardante un documento del 2018, il primo attuativo del c.d. “Patto per la fabbrica” sottoscritto nel marzo di quell'anno da Confindustria, CGIL, CISL e UIL: questo documento sulla sicurezza e salute ha avuto, come dirò, tra gli altri, il merito di aggiornare l'accordo interconfederale sulle rappresentanze per la sicurezza che risaliva al lontano 1995.

2. Sindacato e contrattazione collettiva nel Testo Unico sulla sicurezza

Analizziamo dunque sinteticamente nel Testo Unico (d.lgs. n. 81 del 2008) la partecipazione del sindacato come “organizzazione” o come “entità”, e, in generale, la partecipazione delle parti sociali, quindi i sindacati dei lavoratori e dei datori di lavoro.

Nella mia presentazione ho scritto che il coinvolgimento delle parti sociali è abbastanza “marginale”, e, in effetti, la partecipazione è riservata ad aspetti strettamente istituzionali. In particolare, viene in primo luogo in considerazione il “Comitato per l’indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro” di cui all’art. 5 T.U., i cui obiettivi vengono fissati previa consultazione delle parti sociali (art. 5, comma 4).

Nella Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza del lavoro (art. 6 T.U.), invece, le parti sociali entrano nella composizione istituzionale (comma 1, lett. h) ed i). Poi c’è l’art. 6, comma 8, lett. h) che parla della “valorizzazione” di quegli accordi sindacali che, “in considerazione delle specificità dei settori produttivi di riferimento, orientino i comportamenti dei datori di lavoro, anche secondo i principi della responsabilità sociale, dei lavoratori e di tutti i soggetti interessati, ai fini del miglioramento dei livelli di tutela definiti legislativamente”: si tratta di una norma che ha trovato curiosamente attuazione proprio nella legislazione pandemica, dove c’è una valorizzazione dei già citati protocolli di intesa, che altro non sono – come ha scritto il prof. Pascucci – se non accordi sindacali interconfederali.

Ancora, le parti sociali – qui denominate con maggior precisione “organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative”, sia dei lavoratori che dei datori di lavoro, possono presentare quesiti alla Commissione per gli interpelli (art. 12 T.U.); infine esse sono coinvolte nel c.d. SINP (Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro: art. 8 T.U.), mediante una periodica consultazione.

Si tratta, quindi, di un coinvolgimento sindacale in ambito istituzionale, ma tutto sommato, come detto, abbastanza marginale. Nel seguito del Testo Unico, l’apporto delle parti sociali è importante, ad esempio, in tema di consultazione per quanto riguarda la formazione dei lavoratori in generale (art. 37, comma 2) e per l’istituzione del repertorio degli organismi paritetici, dove ancora una volta si preferisce il riferimento alle associazioni comparativamente più rappresentative (art. 51, co. 1-*bis*). Poi, nell’art. 52 co. 3, si parla di intesa con il sindacato comparativamente più rappresentativo in materia di funzionamento e articolazione territoriale del Fondo di sostegno al rappresentante territoriale e alle piccole e medie imprese, nonché agli organismi paritetici.

Dal punto di vista della contrattazione collettiva, abbiamo competenze in materia di formazione e, in questo caso, quella specifica per il rappresentante per la sicurezza (art. 37, co. 11 T.U.), ma ancor di più in tema di definizione del numero, delle modalità di designazione o di elezione del RLS, nonché del tempo di lavoro retribuito e degli strumenti per l'espletamento delle funzioni (art. 47, co. 3), tutti aspetti importantissimi per il funzionamento delle rappresentanze, e infine delle modalità di esercizio delle funzioni dei RLS (art. 50 co. 3). Poi, molto più avanti, si parla della individuazione delle pause nel lavoro al videoterminale (art. 175, co. 2).

Quindi, il ruolo della contrattazione collettiva nel Testo Unico è sostanzialmente abbastanza circoscritto. Forse c'è una ragione, o almeno io mi sono interrogato da tempo su questo aspetto, che deriva dall'impostazione tradizionalmente penalistica del Testo Unico, dal quale deriva che la contrattazione collettiva difficilmente riesce a intervenire, anche perché ci sono poche norme penali c.d. in bianco in materia di sicurezza. Invece, come vedremo, e come ha detto molto bene il professor Pascucci, la contrattazione collettiva nella legislazione successiva alla pandemia da Covid-19 entra in modo prepotente nella definizione dell'art. 2087 c.c., cioè degli obblighi datoriali.

Il principale ambito dove il sindacato *come organizzazione* è coinvolto riguarda dunque le rappresentanze per la sicurezza: mi riferisco agli artt. 47, 50, 51 del Testo Unico. Qui va ricordato che sin dallo Statuto dei Lavoratori del 1970 (art. 9) c'è sempre stata una tendenziale identificazione delle rappresentanze per la sicurezza con le rappresentanze sindacali. L'art. 9 – che è norma pienamente vigente – dice che “I lavoratori, mediante *loro* rappresentanze” possono esercitare funzioni di controllo e di iniziativa in materia di sicurezza sul lavoro: la mancanza dell'articolo determinativo sembra una sfumatura, ma è importante, in quanto, se l'art. 9 avesse detto “mediante *le* loro rappresentanze” si sarebbe pensato subito a quelle dell'art. 19 Statuto, cioè alle RSA. Invece, l'art. 9 lascia aperta la definizione delle rappresentanze per la sicurezza. Si è così consolidata, in via di prassi (che è poi stata anche codificata), un'identificazione tendenziale tra le rappresentanze della sicurezza e le rappresentanze sindacali in azienda, RSA e poi RSU. Questo viene sostanzialmente confermato, come vedremo, dalla successiva normativa legale e contrattuale.

3. **La nuova intesa interconfederale sulle rappresentanze per la sicurezza (2018)**

Passiamo ora al primo documento di cui volevo parlare: si tratta di un documento concertato nel dicembre del 2018 che è il primo accordo attuativo del cd. “Patto per la fabbrica” sottoscritto tra Confindustria e le maggiori confederazioni sindacali (CGIL, CISL, UIL) nel marzo dell’anno precedente.

Questo documento del dicembre 2018 ribadisce, ovviamente, l’importanza e la centralità della materia della sicurezza, ma ha un obiettivo più ambizioso, che è quello di completare il disegno del decreto n. 81 del 2008, migliorando e attuando le indicazioni del Testo Unico della sicurezza. Indubbiamente la novità principale è però la seconda parte del documento del 2018, che è relativa all’aggiornamento dell’intesa interconfederale sul RLS (rappresentanze per la sicurezza) che risale al 1995. Non dobbiamo pensare che questo aggiornamento sia stato rivoluzionario; tutt’altro, io direi. Ma ha fissato alcuni punti fondamentali: intanto il ruolo cardine del rappresentante per la sicurezza territoriale, accanto a quello aziendale.

È noto che ci sono nel Testo Unico tre tipologie di rappresentante per la sicurezza, ovvero sia l’RLS aziendale, l’RLS territoriale (in caso di piccole aziende; e la contrattazione collettiva di settore ha puntato molto su questa figura) e il rappresentante per la sicurezza “di sito produttivo” (cioè grandi cantieri, porti, ecc.). L’intesa del 2018 ribadisce la centralità del rappresentante per la sicurezza istituito nel Testo Unico e, ancor prima, già nel d.lgs. 626 del 1994 che lo prevedeva in tutte le aziende e in tutte le realtà produttive pubbliche e private. Mentre questo non vale per le rappresentanze sindacali, tendenzialmente limitate – sia per le RSA che per le RSU – alle unità produttive oltre i 15 dipendenti. Poi, l’intesa ribadisce l’incompatibilità – ma lo dice anche il Testo unico – tra incarico di RLST e “funzioni sindacali operative” (art. 48, co. 8 T.U.); ma si aggiunge, in modo forse un po’ impreciso, che qualsiasi “attivista sindacale” o semplice iscritto al sindacato può rivestire il ruolo di RLS e in particolare di RLST. Si ribadisce tuttavia, al contempo, che altri incarichi operativi sono incompatibili, e questo è un dato opportuno.

Ciò che rimane di ambiguo, almeno a mio avviso, nell’intesa del 2018 è questa duplicità di fondo tra “designazione” ed “elezione” delle rappresentanze per la sicurezza. Sappiamo che le RSU sono elettive;

l'RLS può essere elettivo, ma può anche essere designato su iniziativa del sindacato in prima battuta e dei lavoratori in seconda battuta (questo dice l'intesa interconfederale: punto 2.2.1.). Questa ambiguità è un nodo di fondo che andava risolto, e non lo è stato perché risulta chiaro che, da un certo punto di vista, il sindacato si riserva una designazione che non proviene dalla comunità di rischio, dalla collettività dei lavoratori; non a caso, come vedremo, sia nell'intesa che nei protocolli rimane comunque una differenziazione tra rappresentanze sindacali e rappresentanze per la sicurezza.

4. I protocolli anti-contagio del 2020-2021

Per quanto concerne invece i protocolli anti-Covid, di cui hanno già parlato il professor Pascucci e anche il professor Foffani nella sua introduzione, abbiamo il protocollo generale del 24 aprile 2020 tra Governo e parti sociali, aggiornato il 6 aprile 2021, sulle misure di sicurezza anti-Covid nelle imprese, cui si aggiungono i protocolli specifici (ad esempio nei cantieri, nella logistica, ecc.). Sono documenti importantissimi, che hanno lo scopo di favorire il “confronto preventivo” – così si legge – con le “rappresentanze sindacali sui luoghi di lavoro” e “per le piccole imprese le rappresentanze territoriali” (RLST) per una gestione concertata della sicurezza.

Si tratta di una formulazione, però, che è già di per sé ambigua: per rappresentanze sindacali nei luoghi di lavoro si intendono RSA e RSU o genericamente il RLS? Perché se intendiamo le rappresentanze sindacali in senso stretto, abbiamo già una giustapposizione con le rappresentanze per la sicurezza, che tendenzialmente dovrebbero invece sovrapporsi, almeno nel disegno che va dallo Statuto dei lavoratori fino ad oggi.

Ora, non v'è dubbio che i protocolli d'intesa siano importanti: hanno infatti non solo limitato i contagi ma soprattutto – per ciò che qui interessa – hanno rivitalizzato la gestione concertata della sicurezza sul lavoro. Ha scritto sul tema, sulla rivista diretta dal professor Pascucci, Cinzia Frascheri, la quale – parlando in realtà dell'intesa interconfederale del 2018 sul RLS – ha messo bene in rilievo l'importanza di “soluzioni condivise” nella gestione della sicurezza sul lavoro (cfr. C. Frascheri, *Una conferma del modello partecipativo quale via privilegiata per la prevenzio-*

ne e le tutele della salute e sicurezza sul lavoro dalle Parti sociali per il settore industria. Intesa tra Confindustria e Cgil, Cisl, Uil, sui temi della salute e sicurezza sul lavoro, in DSL, n. 2/2018).

5. Sindacato “come organizzazione” e rappresentanze per la sicurezza

Viene dunque rivitalizzata, dai Protocolli del 2020-21, la contrattazione collettiva in materia di sicurezza. Rimane tuttavia la contrapposizione cui ho accennato: partendo dal presupposto che RLS/RLST e rappresentanze sindacali in azienda dovrebbero in qualche modo sovrapporsi – cioè il rappresentante per la sicurezza dovrebbe essere un rappresentante sindacale *specializzato* nella materia della sicurezza – rimane un profilo di ambiguità del protocollo.

Ad esempio, il Comitato per l'applicazione e la verifica delle regole del protocollo comprende esplicitamente *sia* le rappresentanze sindacali, *sia* le rappresentanze per la sicurezza; e il fatto che le rappresentanze sindacali siano da intendersi come tali, lo ha ben chiarito una nota sentenza del Tribunale di Treviso, sezione lavoro, 2.07.2020, n. 2571 che ha dichiarato “antisindacale” il comportamento del datore di lavoro che non attui il Comitato previsto dal protocollo. Quindi, il sindacato *come organizzazione* si riserva una sua posizione distinta dal RLS; questo deve essere molto chiaro. Giusto o sbagliato che sia, indubbiamente va contro una prassi pluridecennale che ha le sue origini nell'art. 9 dello Statuto che vedeva una tendenziale sovrapposizione tra le due forme di rappresentanza. Ancora, il punto 8 del protocollo generale parla esplicitamente di intese con le RSA/RSU per quanto riguarda il lavoro agile o lo *smart working*. Questo è giustissimo, ma ancora una volta si lasciano da parte RLS/RLST, o per lo meno si contrappongono le due figure.

6. L'efficacia generale dei protocolli e l'art. 2087 cod. civ.

Di un altro tema ha parlato molto bene Paolo Pascucci, e su questo non mi soffermo più di tanto: molti hanno detto che i protocolli avrebbero efficacia generale o “forza di legge” (art. 1, co. 14, d. l. n. 33 del 2020, art. 4, d.P.C.M. 2.03.2021) e questa sarebbe una grande novità. In fon-

do, come ha scritto anche lo stesso prof. Pascucci in uno dei suoi numerosi contributi in materia, questi protocolli non sono altro che “accordi interconfederali” e in questo caso andrebbero ad acquisire un’efficacia generalizzata. Lo dice, del resto, anche l’art. 1, co. 14, d.l. n. 33 del 2020 e lo ha ribadito il Tribunale di Treviso nella sentenza sopraccitata.

Tuttavia, lo scopo, almeno secondo me, dei concertatori e del Governo non era tanto quello di dare efficacia generale al protocollo – anche se molti si sono ovviamente occupati di questo aspetto nell’ambito giuslavoristico – bensì quello di fissare il contenuto dell’art. 2087 c.c. in questa materia, cioè di stabilire parametri di attuazione per il principio, previsto dall’articolo in questione – e ribadito dal Testo unico - della “massima sicurezza tecnologicamente fattibile” (art. 29-*bis* d.l. n. 23 del 2020). Questa è in effetti una vera novità: si sono fissati parametri di attuazione dell’art. 2087 c.c. con una gestione concertata in sede sindacale; e non tanto (o non solo) l’estensione generalizzata dell’accordo sindacale.

La specificazione negoziale degli obblighi datoriali di cui all’art. 2087 c.c. è rafforzata dal fatto che i protocolli avranno una “vita ulteriore”. C’è una recente nota di Confindustria del 18.03.2022 in cui si raccomanda agli iscritti e agli aderenti l’osservanza dei protocolli anche dopo la fine dell’emergenza, cioè dopo il 31.03.2022, sempre però ai fini dell’art. 2087 c.c. Quindi rimane il protocollo come parametro di adeguamento dell’imprenditore al principio di cui all’art. 2087 c.c., avendo riguardo alle misure più avanzate secondo la miglior scienza ed esperienza e secondo il migliore progresso tecnico.

Da ultimo, in un incontro tra Ministeri interessati (Lavoro, Salute, Sviluppo Economico), INAIL e parti sociali tenutosi il 4 maggio 2022, è emerso l’impegno comune a mantenere in vigore i protocolli anti-Covid, salva una ulteriore verifica a fine giugno 2022.

Infine, è significativo che il d.l. 24 del 2022, con cui si esce dall’emergenza, ribadisca un aspetto che già affermavano i precedenti decreti, e cioè che il Ministro della Salute, con propria ordinanza, può aggiornare i protocolli. Ciò conferma che i protocolli sopravviveranno alla fine della situazione emergenziale, e probabilmente anche alla fine della pandemia.

7. Osservazioni conclusive

Prima di concludere volevo riprendere un punto cui ha accennato il prof. Pascucci. In realtà, anch'io credo che i protocolli non esauriscano le misure di cui all'art. 2087 c.c. e qui, secondo me, c'è un dato testuale. L'art. 1 del d.l. n. 33 del 2020, al comma 15, prevede che il datore di lavoro possa attuare l'art. 2087 c.c. in materia di prevenzione da Covid anche al di fuori dei protocolli, allorché adottati delle misure, degli "adeguati livelli di protezione". L'art. 1 co. 15 parla, invero, al negativo, cioè dice che i datori di lavoro, che non rispettino i protocolli e non assicurino adeguati livelli di protezione, sono sanzionati con la sospensione dell'attività fino al ripristino delle condizioni di sicurezza.

Allora qui, secondo me, c'è spazio per dire che il protocollo non esaurisce tutto, perché la legge ipotizza anche un'altra possibilità, appunto che vengano adottati adeguati livelli di protezione per i lavoratori anche "oltre" e "al di fuori" dei protocolli. I protocolli, dunque, non esauriscono tutto il contenuto dell'art. 2087 c.c.; sono un parametro importante, ma non completamente esaustivo.

In conclusione, nella normativa più recente è indubbia non solo la valorizzazione, ma anche la istituzionalizzazione dei profili collettivi della sicurezza. Si è parlato più volte - ma il discorso è molto teorico e non lo voglio affrontare in questa sede - del ruolo pubblicistico delle rappresentanze per la sicurezza, che viene in qualche modo rivitalizzato ed esaltato. Ma al di là di questo, è indubbio che la gestione concertata della sicurezza, a livello collettivo, abbia acquistato molta importanza sia con l'intesa del 2018, sia con i protocolli. Si tratta di una novità senz'altro positiva.

La innovazione sostanziale, ripeto, è comunque l'affermazione che l'obbligazione di sicurezza *ex art.* 2087 c.c. - che prevede un obbligo di fonte contrattuale, in quanto si parla di obblighi per l'imprenditore che derivano dal contratto di lavoro che stipula con il lavoratore - possa essere adempiuta anche, e anzi principalmente, uniformandosi ai parametri individuati in sede concertativa e negoziale. In sostanza, le parti sociali sono abilitate alla definizione e alla realizzazione del principio contenuto nell'art. 2087 c.c., e anche nel testo unico, della "massima sicurezza tecnologicamente fattibile".

Rimane però irrisolto il nodo dei rapporti tra rappresentanze sindacali (RSA e RSU) e rappresentanze per la sicurezza, perché il sinda-

cato come organizzazione in materia di sicurezza sul lavoro si è riservato delle competenze che non ha lasciato alle rappresentanze per la sicurezza. Quindi, forse, una rilettura dell'art. 9 dello Statuto dei lavoratori, in chiave moderna, potrebbe giustificare l'esistenza di rappresentanze per la sicurezza, non dico estranee al sindacato, ma per lo meno estranee alle rappresentanze sindacali in azienda. Pensare alle rappresentanze per la sicurezza esterne non è una novità: ricordo un bellissimo commento (secondo me insuperato) del professor Giorgio Ghezzi sull'art. 9 dello Statuto dei lavoratori (cfr. G. Ghezzi, *Sub art. 9*, in G. Ghezzi, G.F. Mancini, L. Montuschi, U. Romagnoli, *Statuto dei diritti dei lavoratori*, Zanichelli-Il Foro italiano, Bologna-Roma, 1972, 156), in cui già all'epoca si profilavano rappresentanze per la sicurezza dei lavoratori esterne all'impresa.

Ciò potrebbe essere realizzabile senza particolari sconvolgimenti del quadro esistente, proprio perché il sindacato, comunque, si riserva già una competenza aggiuntiva e diversa rispetto al RLS. Allora, perché non pensare ad un RLS estraneo alla comunità di rischio in ambito aziendale? È in fondo la logica del RLST. Quello che volevo rimarcare, per concludere, è che sicuramente i profili collettivi della salute e sicurezza sul lavoro, da questa legislazione post-pandemica, sono stati rivitalizzati e questo è un ottimo segnale; un segnale che, a mio avviso, mancava nel testo unico. È forse una delle poche eredità positiva della pandemia. Grazie dell'attenzione.

3. L'esperienza francese

(R. DALMASSO)

Grazie per l'invito, sono davvero molto contento di poter essere qui con voi in questi mesi come *visiting*. Ancora grazie Andrea per l'invito e ringrazio anche tutta l'università di Modena e Reggio Emilia. Ci sarebbero tantissime cose da dire sulla esperienza francese, in quanto abbiamo avuto tantissime fasi e testi che hanno tramite i quali si è cercato di fronteggiare questa crisi. Tuttavia, anziché fare una panoramica generale, ho preferito parlare solo di due leggi recenti, ovverosia la legge del 5 agosto del 2021 e la legge del 22 gennaio 2022. Sono le leggi ancora attuali in Francia e si occupano di una problematica che esiste anche in Italia, e cioè quella della vaccinazione dei dipendenti e dell'eventuale rifiuto dei dipendenti di vaccinarsi.

Nel 2020, finalmente, il legislatore si è preoccupato di assicurare la cd. "*chômage partiel*" (cassa integrazione) per i dipendenti in stato di quarantena. Siamo stati così giunti ad avere – e questo è stato storico in Francia – più di dieci milioni di dipendenti in orario ridotto per alcune settimane. Con le ondate successive e lo sviluppo del vaccino del 2021, si è data priorità all'organizzazione aziendale; ciò al fine di garantire il rientro al lavoro dei lavoratori, evitando il più possibile nuovi *lockdown*. Soprattutto all'inizio molti dipendenti si sono, tuttavia, dimostrati contrari o comunque riluttanti al vaccino.

Di fronte a questa corrente *anti-vax*, condivisa anche da alcuni medici e deputati dei partiti politici, il legislatore ha risposto nel seguente modo. Si è in primo luogo prevista la rinuncia, da parte del Governo, all'obbligo di vaccinazione, eccetto per i sanitari (medici, infermieri ecc). Tale esplicita rinuncia ha trovato riscontro nella legge del 5 agosto 2021 con cui si è introdotto il cd. "*pass sanitaire*". Di fronte alla persistente riluttanza di alcuni dipendenti a farsi vaccinare, il legislatore francese è poi successivamente intervenuto con la legge del 22 gennaio 2022 che ha, invece, previsto l'introduzione del cd. "*pass vaccinal*". Si è così trasformato il "*pass sanitaire*" in "*pass vaccinal*".

L'applicazione di questi testi ha causato molti problemi nel diritto e nella gestione delle risorse umane nelle aziende.

Più in particolare, con la legge del 5 agosto del 2021 il legislatore ha voluto incoraggiare i suoi dipendenti ad essere vaccinati, distinguendo però tra due tipi di dipendenti e obblighi. Da un lato si è previsto l'obbligo di vaccinazione per i dipendenti del settore sanitario (medici, infermieri); dall'altro si è prevista la cd. *pass sanitaire* per alcuni dipendenti che si trovano a contatto con il pubblico. Per cui, in relazione al lavoratore del settore sanitario (medici, infermieri, ecc.) e al personale affine (psicologi e, più in generale, chiunque sia in contatto con persone immunodepresse), il legislatore ha imposto l'obbligo di completare un "ciclo di vaccinazione" entro l'autunno del 2021. Si trattava invero di un obbligo di vaccinazione corredato da scadenze abbastanza rigide. Nel dettaglio, il personale ha dovuto fornire la prova della somministrazione di almeno una prima dose di vaccino tra il 15 settembre e il 15 ottobre 2021: si doveva, quindi, fornire la prova della somministrazione di due dosi o anche di una dose singola in caso di previa contrazione della malattia. A partire dal 30 gennaio 2022, i dipendenti dovevano poi adempiere all'obbligo di richiamo (corrispondente alla terza dose di vaccinazione, o alla seconda dose in caso di precedente contrazione del Covid-19). Peraltro, si è avuta una discrasia in relazione alle terre francesi d'oltremare. In particolare, in Guadalupa e Martinica, gran parte del personale sanitario si è dichiarato ostile ai vaccini, rischiando di disorganizzare gli ospedali già indeboliti dalla crisi del Covid. Tuttavia, il legislatore ha mantenuto l'obbligo di vaccinare il personale, concedendo un ulteriore lasso di tempo entro cui adempiere all'obbligo.

Per alcune categorie di lavoratori, il legislatore dell'agosto 2021 ha introdotto il cd. "*pass sanitario*". Si tratta di un pass che ha, nel dettaglio, interessato tutti coloro che frequentano luoghi di svago, convivialità, o che comunque lavorano nei trasporti pubblici o in certi grandi magazzini. Per poter visitare questi luoghi o comunque per svolgere il proprio lavoro, le persone dovevano presentare alternativamente un certificato di vaccinazione (in grado di attestare un ciclo di vaccinazione completo) o un tampone effettuato 72 ore prima con esito negativo, o un certificato medico contenente la controindicazione al vaccino.

La situazione si è poi modificata con la legge del 22 gennaio 2022 che ha determinato la trasformazione del "*pass sanitario*" in "*pass di vaccinazione*", per cui attualmente i dipendenti che lavorano in luoghi pubblici devono essere vaccinati. Non è più, pertanto, sufficiente fornire un tampone con esito negativo.

Il legislatore ha quindi aumentato gradualmente la pressione sui dipendenti. Si deve tuttavia sottolineare che i lavoratori non hanno un obbligo in senso stretto di vaccinarsi, ma se non lo fanno non possono lavorare.

Un numero abbastanza considerevole di lavoratori del settore sanitario è tuttavia ancora contrario al vaccino. Alcuni citano una cifra che si aggira a circa 15.000 operatori sanitari non vaccinati, anche se si tratta di un importo difficile da verificare. Nessuna cifra è stata, invece, resa pubblica per i dipendenti che frequentano e/o lavorano in luoghi di svago o divertimento.

Il legislatore ha voluto mantenere le cose semplici per i lavoratori del settore sanitario (o dipendenti a questi assimilati): la mancata vaccinazione determina la sospensione del loro contratto. Il datore di lavoro che scopre che il dipendente non è stato vaccinato entro i termini stabiliti dalle leggi dell'agosto 2021 e del gennaio 2022 è, quindi, obbligato a notificare al dipendente la sospensione del contratto. Non si tratta però, di una sanzione in senso stretto, ma si palesa solo l'impossibilità di continuare ad avere un contratto di lavoro. In molti ospedali e cliniche questo è stato un fattore di grande tensione sociale soprattutto se si considera l'importanza che questi operatori hanno.

Per i dipendenti soggetti prima al "*pass sanitario*" e poi, a partire dal gennaio 2022, a quello *vaccinale*, la procedura si articola in più fasi: il datore di lavoro è obbligato a convocare il dipendente entro 3 giorni per esaminare le modalità di regolarizzare della sua situazione. In particolare, si valuta la possibilità di assegnazione, anche temporanea, all'interno dell'azienda ad un'altra mansione per la quale non è previsto l'obbligo di vaccinazione. Una volta che questo colloquio ha avuto luogo, se il dipendente persiste nel rifiutare il pass, il datore di lavoro può, e anzi deve, sospendere il contratto. La scelta di sospendere il contratto può, a prima vista, sembrare un'opzione relativamente indulgente: il contratto è salvato e il dipendente potrà tornare al lavoro non appena rispetterà il *pass*. Si tratta tuttavia di una misura molto incisiva e dolorosa per il dipendente: questo, infatti, non ha più diritto al lavoro e non riceve alcuna paga. Non può, al contempo, definirsi "disoccupato" in quanto il suo contratto persiste ancora: non ha, pertanto, diritto al "trattamento di fine rapporto" o alle "indennità di disoccupazione". In casi del genere, il dipendente si trova in una situazione, pertanto, difficile perché non è più pagato. Può,

tutt'al più, scegliere di dimettersi e sembra, in effetti, che molti lavoratori si siano dimessi o prima o dopo una sospensione. Tuttavia, le dimissioni privano il dipendente di qualsiasi indennità di fine rapporto e del diritto alle indennità di disoccupazione.

Il dipendente può anche richiedere la risoluzione del contratto (*rupture conventionnelle individuelle*). In questi casi, si determina lo scioglimento del contratto di lavoro con l'accordo di entrambe le parti. Per il dipendente, questa soluzione è certamente più vantaggiosa, poiché potrà beneficiare di un'indennità di fine rapporto e di un'indennità di disoccupazione. Si tratta, pertanto, di uno strumento che può senz'altro aiutare ad allentare le forti tensioni che possono sussistere tra datore di lavoro e dipendente. È anche vero però, che il datore di lavoro non ha interesse a questo tipo di cessazione del rapporto di lavoro.

In caso di *impasse*, il dipendente può essere licenziato. Tuttavia, questa scelta non è senza rischi per il datore di lavoro, tant'è che ci sono stati pochissimi casi di licenziamento. In assenza di contenzioso, è poi difficile specificare il regime di licenziamento applicabile.

La maggioranza della dottrina ritiene che il medico che rifiuta il vaccino commetta una "cattiva condotta" che giustifica il licenziamento. Alcuni ritengono, addirittura, che la cattiva condotta possa qualificarsi come "grave"; ciò priverebbe il dipendente del trattamento di fine rapporto. A prescindere comunque che la cattiva condotta sia grave o meno, sembra ammissibile il licenziamento disciplinare degli operatori sanitari contrari al vaccino.

Il licenziamento di un dipendente non sanitario anti-vax è invece più difficile da giustificare. Secondo la maggior parte della dottrina, è possibile avere un licenziamento per *trouble objectif* ("disordine oggettivo"). Si tratta di un licenziamento che si basa sull'incapacità oggettiva di lavorare. In Francia è una sorta di licenziamento soggettivo, ma legato a una causa oggettiva di cessazione del rapporto. In questi casi il dipendente avrebbe diritto ad un trattamento di fine rapporto. In Italia, questo tipo di licenziamento è più comunemente classificato come un "licenziamento per giustificato motivo oggettivo".

La legge prevede la possibilità di assegnazione anche temporanea, all'interno dell'azienda, ad un'altra mansione per la quale non è previsto l'obbligo di vaccinazione per il dipendente che rifiuta il vaccino. Si tratta di una disposizione che in parte ricorda l'obbligo di "*repêchage*" in vigore

per i licenziamenti economici. Permangono comunque ancora incertezze su questo obbligo. In particolare ci si chiede cosa succede se il datore di lavoro non lo rispetta questa disposizione e se il dipendente possa oppure no chiedere la reintegrazione.

Altra questione aperta è quella concernente l'eventuale responsabilità del datore di lavoro che non controlla se il suo dipendente sia stato vaccinato. In casi del genere, ci si chiede se questo possa essere ritenuto responsabile in caso di contaminazione all'interno dell'ambiente di lavoro.

Certamente, uno dei vantaggi di questi testi è che sono riusciti a prevedere la vaccinazione dei dipendenti senza introdurre, in senso proprio, un obbligo di vaccinazione. Parte della dottrina ha notato come il legislatore, posto di fronte alla necessità di far rispettare la vaccinazione, si sia adoperato al fine di introdurre nuove forme di vincoli o comunque di obblighi meno stringenti e non coattivi. Si tratta comunque di un "obbligo innominato" che può, comunque, essere causa di forti tensioni sociali nelle aziende.

Grazie per la vostra attenzione.

4. Osservatorio sindacale sull'applicazione dei protocolli e ruolo del RLS

(A. M. RIGHI)

Vista la presenza nell'*auditorium* di persone non strettamente provenienti dal mondo sindacale credo sia bene innanzitutto chiarire cosa sia l'OPTA.

L'OPTA è un organismo paritetico che regola e coordina l'attività dei RLST (rappresentanti dei lavoratori alla sicurezza territoriali) del settore dell'artigianato. L'Organismo è costituito in ogni provincia italiana e la pariteticità è garantita dalla presenza di un egual numero di partecipanti sia di estrazione dei sindacati dei lavoratori più rappresentativi, che delle Associazioni datoriali dell'artigianato.

Nella fattispecie l'OPTA di Modena coordina l'attività di 6 Rappresentati dei lavoratori alla sicurezza territoriali il cui lavoro a tempo pieno consiste nell'esercitare il diritto di cui all'articolo 50 comma 1 lettera a) del d.lgs. n. 81 del 2008, ossia accedere ai luoghi di lavoro – in questo caso ditte artigiane – i cui lavoratori abbiano deciso di prediligere un rappresentante dei lavoratori “esterno” alla ditta (territoriale o di comparto), piuttosto che “interno”.

L'accesso viene effettuato segnalando alle ditte la volontà di un RLST di visitarle per prendere visione di tutta la documentazione inerente alla salute e sicurezza sul lavoro e anche delle condizioni dell'ambiente di lavoro. Laddove possibile, il RLST effettua anche una chiacchierata coi lavoratori per presentarsi, riferire loro di essere il loro rappresentante per le questioni inerenti alla salute e sicurezza e per segnalare al datore di lavoro eventuali criticità/non conformità rilevate durante il sopralluogo e da sanare nel più breve tempo possibile. La pariteticità ha consentito di addivenire ad un accordo tra le parti che prevede che qualora una ditta non si regolarizzi nonostante l'invito del RLST a sanare le irregolarità, tale mancanza venga segnalata alle Associazioni datoriali che compongono il “tavolo” OPTA prima che all'Autorità giudiziaria. Se nel giro di breve tempo, nonostante l'invito delle Associazioni datoriali, la ditta persiste nella volontà di non regolarizzarsi, resta impregiudicata la facoltà del RLST di attuare quanto previsto dall'articolo 50,

comma 1, lettera o), del d.lgs. n. 81 del 2008 (segnalare l'inadempienza agli Organi di vigilanza).

I 6 RLST modenesi dell'artigianato sono i rappresentanti per la sicurezza di circa 5000 ditte aderenti a questo sistema e ognuno di loro visita sistematicamente le ditte assegnate.

Fatta questa debita premessa possiamo passare all'ordine del giorno in tema di Covid-19.

Per il sindacato dei lavoratori – che io qui rappresento, benché in veste di componente di estrazione sindacale dell'OPTA di Modena – l'esplosione della pandemia con la necessità di adottare misure speciali, ha costituito una situazione del tutto inedita per diverse ragioni: le aziende italiane (escluse quelle sanitarie o veterinarie), più o meno come quando nella nostra Regione ci fu il terremoto, si sono trovate davanti all'interrogativo se fosse o meno necessario adottare misure atte a prevenire un fattore di rischio che non scaturiva direttamente dall'attività lavorativa. Questo infatti è normalmente quanto il Datore di lavoro è chiamato a fare in base al d.lgs. n. 81 del 2008. Poi, da una lettura attenta dell'articolo 28 del d.lgs. 81 del 2008 si è capito che forse il legislatore, nel dare indicazione al datore di lavoro di valutare “tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori”, aveva adottato una dicitura che verosimilmente non escludeva i rischi “esogeni” all'attività lavorativa, qualora questi avessero esplicato i propri effetti anche all'interno del luogo di lavoro nell'arco delle otto ore lavorative giornaliere. Forse erano prematuri i tempi per pensare che i fattori di rischio “esogeni”, come ad esempio gli effetti di un terremoto o di una pandemia, dovessero trovare cittadinanza in un D.V.R.; ma d'altronde, alcuni esempi in tal senso sono già presenti nell'“Allegato IV” al d.lgs. n. 81 del 2008. Al capitolo “Microclima” si dispone infatti che *“Nei luoghi di lavoro chiusi, è necessario far sì che tenendo conto dei metodi di lavoro e degli sforzi fisici ai quali sono sottoposti i lavoratori, essi dispongano di aria salubre in quantità sufficiente anche ottenuta con impianti di areazione”*. Ciò lascia intendere che se un ufficio si affaccia su di tratto veicolare ad altissima percorrenza il datore di lavoro, non potendo garantire aria salubre in quantità sufficiente in modo naturale, dovrà evitare l'ingresso dell'aria inquinata dalle finestre (fattore esogeno) installando un impianto di areazione per far sì che l'aria respirata dai lavoratori sia salubre.

In ogni caso al deflagrare della pandemia la questione di fondo è presto divenuta quella di proteggere i lavoratori. Non si è dissertato a lungo su quale fosse lo strumento necessario e utile per rendere cogenti alcuni obblighi che, di fatto, sono stati resi esigibili attraverso uno strumento altrettanto inedito ovvero sia gli “Accordi fra le parti sociali” (cc.dd. Protocolli di regolamentazione per contrastare la diffusione del Covid-19) varati sotto la supervisione e l’invito della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Si è trattato forse di una delle prime volte nella storia in cui un d.P.C.M. ha chiesto alle Parti sociali di assurgere al ruolo di “quasi legislatore”. I vari dd.P.C.M. “Riaperture” via via emanati prevedevano infatti che si potesse continuare a tenere aperti i battenti delle aziende solo qualora si fosse data concreta applicazione ai contenuti di questi Protocolli.

I Sindacati dei lavoratori, firmando questi accordi, erano consapevoli che avrebbero acconsentito ad una deroga alle tutele previste dallo Statuto dei lavoratori e fino a quel momento considerati inviolabili come, ad esempio, il divieto, previsto dall’art 5 della l. n. 300 del 1970, posto in capo al datore di lavoro, di verificare direttamente lo stato di salute dei lavoratori: per senso di responsabilità si è deciso di soprassedere in via transitoria al mancato rispetto di diritti individuali in nome del bene più ampio della “salute collettiva”. Credo che vada riconosciuta alle OO.SS. (Organizzazioni sindacali dei lavoratori) il merito di essersi assunte una grande responsabilità sociale; ciò anche subendo, a tratti, pesanti contestazioni da parte della opinione pubblica. Non vanno, infatti, sottaciuti i numerosi atti vandalici subiti da diverse sedi sindacali in Italia.

Venendo poi al merito dei Protocolli, nel costituire una modalità del tutto nuova di regolamentare le questioni afferenti alla salute e sicurezza sul lavoro, fino a quel momento assegnata solo al D.V.R. (documento di valutazione dei rischi derivanti dalle lavorazioni svolte in azienda), essi hanno previsto, fra l’altro, una modalità di coinvolgimento delle Rappresentanze sindacali aziendali diversa da quanto previsto dal d.lgs. n. 81 del 2008. In particolare, in base alle previsioni contenute nei Protocolli sottoscritti a livello nazionale, il datore di lavoro – in luogo di assumere decisioni previa obbligatoria acquisizione del parere del solo RLS (Rappresentante dei lavoratori alla sicurezza) – per quanto atteneva le misure da adottare per contrasto del Covid-19, era tenuto ad acquisire il parere di tutte le Rappresentanza e sindacali in azienda (RSU/RSA), rivedendo quanto già previsto prima dell’avvento del d.lgs. n. 626 del

1994, ossia il coinvolgimento, relativamente alle questioni della sicurezza, di tutte le Rappresentanze sindacali in azienda, come previsto dall'art. 9 dello Statuto dei lavoratori e non del solo RLS come vuole la normativa vigente (d.lgs. n. 81 del 2008).

Per quanto riguarda, poi, un aspetto dei “Protocolli Anti-contagio” che ha particolarmente coinvolto le RSU/RSA ossia i “Comitati di verifica e controllo”, possiamo dire che nella stragrande maggioranza delle aziende di grandi dimensioni essi sono stati costituiti con la presenza, oltre che del datore di lavoro e delle RSU/RSA, anche del RSPP e del medico competente aziendale ed effettuavano sopralluoghi con cadenza dapprima settimanale, poi anche quindicinale. In alcuni casi, le eventuali difformità rilevate dal Comitato rispetto a quanto previsto dai Protocolli venivano annotate su di un diario e prontamente sanate. Per quanto, invece, riguarda le aziende artigiane, la Regione Emilia Romagna ha previsto che le stesse potessero evitare la Costituzione di Comitati Covid, inviando presso l'OPTA una autocertificazione (*check list*) composta da diversi quesiti per indagare se le stesse avessero adempiuto a quanto previsto dai Protocolli.

In ogni caso, i RLST del settore artigianato ci hanno riferito che in relazione ai sopralluoghi da essi compiuti, la stragrande maggioranza delle aziende aveva correttamente applicato tutte le misure imposte dai Protocolli.

Infine, come nota a margine, non va nascosto che avendo i Protocolli nazionali previsto che il Datore di lavoro potesse emanare ulteriori protocolli aziendali Covid, validi solo per la propria azienda, abbiamo avuto la materia della salute e sicurezza trattata a diverse velocità: dai datori di lavoro più ligi, che hanno previsto sia la misurazione della temperatura quotidiana, che l'effettuazione di tamponi e test sierologici per tutti i lavoratori ogniquale volta si fosse verificato un caso Covid positivo in azienda; ad aziende che invece hanno legittimamente adottato solo quanto previsto dai Protocolli nazionali, senza prevedere misure aggiuntive.

Detto ciò l'auspicio è che si possa tornare presto ad un regime di normalità e che la sicurezza e la salute tornino ad essere materie che vedano la previsione di misure identiche per tutti i lavoratori e soprattutto che non debbano più verificarsi situazioni emergenziali come quella che abbiamo drammaticamente vissuto.

Parte II

Diritto Penale e Responsabilità

1. La gestione del “rischio Covid-19”. Profili penalistici

(R. BLAIOTTA)

Grazie per avermi invitato a questo evento a cui partecipo molto volentieri. Come ricordava il professor Foffani, ho lavorato a lungo nella quarta sezione della Corte di cassazione e le camere di consiglio dedicate agli eventi mortali nel nostro campo sono sempre state molto drammatiche e molto coinvolgenti. Si tratta di morti atroci che continuano a ripetersi e quindi bisogna essere davvero molto impegnati e attenti nella riflessione, nello studio e nell’analisi delle situazioni fattuali e dei problemi giuridici sottesi a questa materia.

Venendo al nostro tema del rischio pandemico, ricordiamo tutti che all’inizio si sono posti due interrogativi: il primo relativo al tema della gestione del rischio nei luoghi di lavoro; il secondo concernente le connesse responsabilità, anche penali. Le incertezze e i timori su questi importanti temi hanno condotto a dibattere sulla necessità di scudi protettivi: una discussione che, se non erro (ne costituisce una testimonianza anche un recente studio collettivo dell’Università di Milano) ha contrassegnato solo l’ordinamento italiano. Questa richiesta di scudi protettivi costituisce una peculiarità che in effetti si è tradotta, come sappiamo, in norme specifiche che hanno riguardato i settori maggiormente esposti a responsabilità: quello sanitario e quello lavorativo.

Tentando di schematizzare, semplificare, separare temi che sono tra loro intrecciati, per ciò che riguarda l’ambito lavorativo è subito emersa la necessità di valutare l’impatto del rischio nei diversi contesti e di aggiornare il documento di valutazione dei rischi. Ne abbiamo discusso in quello che forse è stato il primo di moltissimi *webinar*, cui hanno preso parte il professore Pascucci e il professore Foffani oggi presenti qui. Si dibatteva su ciò che si poteva e doveva fare nel campo della sicurezza sui luoghi di lavoro per tentare di governare l’immane, nuovo rischio. Ci si focalizzò,

quindi, nell'immediato, sul documento di valutazione dei rischi, come era naturale che fosse; ma non si sapeva bene cosa si sarebbe potuto realmente fare per gestire la nuova emergenza.

Il tema è diventato sempre più complesso e più ampio ed ha chiamato in campo, rinnovandolo, uno storico dibattito che ha coinvolto la scienza penalistica a proposito del ruolo dell'autonormazione e della sfera pubblica nel governo del rischio. Il nuovo rischio ha interessato la sfera della salute pubblica e della sicurezza collettiva e ha messo in discussione diritti e interessi di segno opposto che attendevano di essere conciliati ed equilibrati. Ovviamente non era accettabile la sospensione dell'attività umana in attesa che il Covid passasse (e sappiamo che non è ancora passato). Si è, quindi, profilata la necessità di definire una sfera di rischio "accettabile" e quindi "consentito" sia pure a determinate condizioni. Mi pare che in modo molto appropriato, nel campo della sicurezza sui luoghi del lavoro le condizioni di accettabilità del rischio siano state stabilite dalla legislazione di urgenza e dai provvedimenti attuativi costituiti dai Decreti Presidenziali, che hanno legalizzato i protocolli frutto di intese tra le parti sociali.

Se ne è parlato anche questa mattina e quindi non torno sui dettagli, ma è importante sottolineare che questi protocolli prevedono prescrizioni di vario genere finalizzate a contenere, ma non ovviamente ad escludere il rischio; e che, in questo modo, la sfera pubblica e le valutazioni tecniche e politiche delle parti sociali coinvolte si sono composte in modo armonioso e virtuoso.

Questo intreccio tra le parti private e le valutazioni tecnico-politiche della sfera pubblica richiama lo storico dibattito cui accennavo prima. Un dibattito segnato da uno scritto, ormai storico e importantissimo, del professor Federico Stella proprio a proposito dei limiti dell'autonormazione privata. Egli sostenne, in quello scritto molto polemico ed intenso, che le scelte a proposito dell'individuazione delle misure cautelari e del rischio accettabile implicano valutazioni di carattere politico cariche di valore, che non possono essere lasciate alla responsabilità dei singoli, ma devono appunto coinvolgere la sfera pubblica. Egli ci propose una metafora molto suggestiva: non si può chiedere alla capra di svolgere i compiti che sono del giardiniere. Non può la capra stabilire da sola dove potrà pascolare e brucare, essendo questo un compito inalienabile del giardiniere che rappresenta, metaforicamente, la sfera pub-

blica. Attorno a questo importante articolo si è svolta, a suo tempo, una grande discussione tra i maggiori giuspenalisti che si sono occupati della nostra materia.

Il discorso ci porterebbe un po' troppo lontano. Però, pur con la dovuta brevità, credo che una chiosa debba essere fatta proprio alla luce della particolare importanza della giornata odierna nella quale ci interroghiamo su cosa la sfera giuridica possa veramente fare per attenuare questo drammatico rischio inerente allo svolgimento dell'attività lavorativa. Le autorevoli sottolineature sui limiti insiti nell'autonormazione privata da parte del datore di lavoro non ci devono condurre a trascurare che l'autodisciplina da parte del garante primario e dei suoi consulenti ha avuto nel recente passato ed ha ancora un importante ruolo per ragioni teoriche e pratiche che sono davvero molto note. Il rischio si caratterizza e specializza nell'ambito di ciascuna organizzazione e quindi deve essere individuato, analizzato e governato con provvedimenti cautelari *ad hoc*. Devo dire che, di fatto, nelle grandi organizzazioni, nelle organizzazioni più importanti, in quelle che fanno della *compliance* una finalità primaria, i rischi e gli eventi avversi si sono davvero ridotti al minimo. Sono stati creati sistemi di controllo interno che hanno funzionato e che funzionano e minimizzano i rischi.

Nella mia esperienza, i più tragici eventi maturano nelle micro-organizzazioni, nelle organizzazioni marginali e aliene dalla cultura della sicurezza. Eventi che, nella maggior parte di casi, non sono riconducibili alla violazione di cautele *ad hoc*, ma alla plateale e a volte sfrontata violazione di regole basiche della sicurezza del lavoro che sono ampiamente codificate nel Testo unico. Quindi, questa situazione, questo contrasto tra l'adeguatezza dei sistemi di controllo più sofisticati delle grandi organizzazioni e la plateale inadeguatezza della sicurezza nell'ambito di alcune micro-organizzazioni ci deve interrogare. Credo ci debba condurre a convenire che la sfera privata è sicuramente importante, ma vi è un non meno importante ruolo dell'intervento regolatorio e soprattutto ispettivo della sfera pubblica.

Il ruolo "ispettivo" è molto importante ma, ahimè, molto trascurato, soprattutto nei settori marginali e più avversi alla responsabile gestione della sicurezza. Vedo che qualcosa si sta muovendo proprio per potenziare questi strumenti ispettivi e spero che si vada avanti. È noto che in questo campo il Testo unico è molto moderno, è molto dialettico e

immagina un'interlocuzione tra l'ispettore, il datore di lavoro e gli esperti dell'organizzazione. Immagina l'ispettore come un agente di polizia, ma al contempo come un tecnico, un consulente che aiuta il datore di lavoro nel rimediare tempestivamente alle eventuali irregolarità nell'organizzazione del lavoro. Quindi, è uno strumentario molto sofisticato ma forse eccessivamente generoso rispetto alle organizzazioni che non si preoccupano dei problemi così drammatici di cui oggi discutiamo.

Resta il fatto – ritornando al filone centrale della discussione – che la disciplina protocollare, che noi abbiamo tutti lodato, non ha sedato le preoccupazioni dei datori di lavoro che hanno chiesto e ottenuto uno “scudo legale”. Si è stabilito, come è stato già ricordato diverse volte, che l'impegno prevenzionistico del datore di lavoro, condensato nella mirabile norma quadro, norma principio, costituita dall'art. 2087 cod. civ., è soddisfatto con l'adozione delle prescrizioni indicate dai protocolli e nulla più.

Quindi, con il richiamo allo scudo legale entriamo nel secondo tema che accennavo all'inizio e al quale vorrei dedicare qualche breve riflessione: il tema, cioè, della responsabilità. Lo scudo ha svolto più un ruolo di mera assicurazione che di contenimento della sfera di responsabilità, perché la norma enuncia un principio che è già saldamente inscritto nel nostro sistema: il reato colposo è impregnato della categoria del rischio consentito. Le regole sottendono, di solito, ponderazioni che riguardano l'utilità, la pericolosità delle attività, la disponibilità, il costo, l'efficacia dei rimedi disponibili. Queste cautele predefiniscono l'ambito di accettabilità di attività che sono insanabilmente esposte ad eventi avversi, che in alcuni casi non possono essere completamente controllati e prevenuti. Fermo lo stato delle conoscenze e degli strumenti cautelari, la esaustiva disciplina legale determina ed esaurisce, secondo me, l'ambito di ciò che può essere chiesto al garante: entro questo limite, pertanto, l'eventuale contagio costituisce un doloroso “accidente” giuridicamente accettabile. Si tratta di un ordine di idee che è stato già scolpito nel nostro art. 15 del Testo Unico sulla sicurezza sui luoghi di lavoro: il rischio deve essere azzerato, ma quando ciò non è possibile deve essere ridotto al minimo attraverso l'adozione di tutte le misure cautelari possibili, disponibili e accettabili. Quindi, la presenza di protocolli codificati, convalidati e prodotti con il sistema virtuosamente dialettico di cui abbiamo parlato, esclude l'applicabilità della colpa generica in aggiunta a quella specifica

definita dalla regolamentazione legalizzata. È vero – come è stato ricordato stamane – che alcune regole protocollari hanno un contenuto elastico, ma questo accade quasi sempre. Ad esempio, se noi guardiamo il Codice della Strada, per uscire un momento dal nostro contesto, vediamo che tante norme hanno contenuto “elastico”, pur essendo norme di colpa specifica. Da questo non mi pare che si possa trarre l’affermazione che il sistema abbia legittimato forme di colpa generica aggiuntive rispetto alla “colpa specifica”.

Naturalmente il discorso rischia di ampliarsi ai rapporti tra la colpa specifica e la colpa generica. I penalisti presenti in aula sanno che la giurisprudenza e parte preponderante della dottrina hanno sempre ritenuto che tali configurazioni della colpa possano coesistere. Tuttavia, in entrambi gli ambiti (forse più nella dottrina, che nella giurisprudenza) si è sottolineato che l’ingresso della regola cautelare non normata accanto a quella formalizzata può aver luogo solo in presenza di speciali esigenze e in situazioni molto determinate, nelle quali la disciplina cautelare legale palesa chiaramente la propria inadeguatezza e impone, quindi, al garante di attivarsi per assumere cautele disponibili e maggiormente efficienti. Il professor Palazzo ha scritto belle pagine, in diverse occasioni, sulla necessità di limitare la sovrapposizione della colpa generica rispetto alla colpa specifica, per non vanificare l’importantissima esigenza di determinatezza e di legalità che la colpa chiama in causa. Quindi, in linea di principio, no alla colpa generica aggiuntiva rispetto alle regole molto dettagliate che sono espresse nei protocolli legalizzati.

Per chiudere e restando al discorso penalistico vorrei proporvi un’ultima considerazione. Di fronte al rischio nuovo e immane ci siamo trovati a corto di conoscenze scientifiche, a corto di strumenti di protezione e di cura e, quindi, era ed è abbastanza chiaro (lo era già nei nostri primi *webinar*) che fosse difficile l’utilizzazione dello strumentario penale in relazione ai reati di evento per l’impossibilità di ricostruire le catene causali del contagio. Si è visto che il rischio ha una tale diffusività che ricostruire la catena causale, nella maggior parte dei casi, è quasi impossibile. Altrettanto difficile (e crudele, oserei dire) appare l’analisi dei profili di colpa di persone che sono state molto coinvolte nella gestione del rischio e hanno molto pagato, spesso anche con la vita in contingenze di travolgente urgenza. Già all’inizio appariva inappropriato muovere rimproveri, considerate le difficoltà ed i sacrifici affrontati in particolare dal

personale sanitario. Però, così non è stato. Si è assistito alla solita scena: ci sono state molte iniziative giudiziarie, spesso sollecitate dalle vittime, e in risposta ci sono state legittime richieste di rassicuranti scudi protettivi cui vi ho fatto cenno all'inizio.

L'ultimo tema sul quale mi interrogo è quello degli scudi protettivi: una fenomenologia (sarebbe forse meglio definirla una "patologia") solo italiana, che dovrebbe indurci a qualche riflessione. Le norme ci sono, i principi pure. Tuttavia, chi svolge un'attività rischiosa nel nostro campo, ma anche in altri campi, si trova di fronte al timore, spesso fondato, che la prassi non riesca ad utilizzare le norme o i principi. Si teme di essere coinvolti ingiustificatamente in dolorose ed interminabili diatribe giudiziarie, dall'esito incerto. Si tratta di un timore che deve preoccupare, perché denuncia una difficoltà della giurisprudenza nell'inverare nella quotidiana attività principi ormai consacrati. Naturalmente, si potrebbe discutere delle cause di questa patologia della giurisprudenza italiana e io mi auguro sempre che se ne discuta, anche alla luce della mia lunga esperienza di magistrato spesso frustrato al cospetto di iniziative giudiziarie non condivisibili. Mi limito a porre il tema, ben sapendo che non è qui possibile discuterne. Magari in un altro convegno.

Nel frattempo mi fermo e vi ringrazio per l'attenzione.

2. La colpa datoriale per l'infezione da Covid-19: l'art. 29-bis quale "guida ragionevole" dell'interpretazione giurisprudenziale

(C. CUPELLI)

1. Gli *effetti indiretti* della pandemia e gli obblighi datoriali di tutela contro il rischio da contagio da Covid-19

Tra gli effetti che, sul piano giuridico, la diffusione del virus SARS-Cov-2 lascia in eredità vi sono alcune soluzioni normative temporanee che incidono su settori assai problematici della responsabilità colposa.

Sul versante della sicurezza sul lavoro, la ripresa post pandemica delle attività lavorative e produttive conseguente all'ingresso nella c.d. "fase 2", caratterizzata dall'allentamento e, dunque, dalla parziale modifica delle prescrizioni contenitive in vista di un graduale ritorno alla normalità, ha posto, sul piano politico, l'esigenza di attenuare la preoccupazione del fronte imprenditoriale per l'eventuale responsabilità dei datori di lavoro connessa a possibili casi di infezione da coronavirus contratta da propri dipendenti¹.

¹ Nella medesima direzione di ridimensionamento dell'area di responsabilità, si muoveva anche il rapporto *'Iniziativa per il rilancio Italia 2020-22'* del Comitato di esperti in materia economica e sociale, nel quale – al punto 1.i della sezione dedicata a "imprese e lavoro motore dell'economia" – si suggeriva di "escludere il 'contagio Covid-19' dalla responsabilità penale del datore di lavoro per le imprese non sanitarie". Più nel dettaglio, si spiegava che "il possibile riconoscimento quale infortunio sul lavoro del contagio da Covid-19, anche nei settori non sanitari, pone un problema di eventuale responsabilità penale del datore di lavoro che, in molti casi, si può trasformare in un freno per la ripresa delle attività", suggerendo, per ridurre il rischio di responsabilità penale, che "l'adozione, e di poi l'osservanza, dei protocolli di sicurezza, predisposti dalle parti sociali (da quello nazionale del 24 aprile 2020, a quelli specificativi settoriali, ed eventualmente integrativi territoriali), costituisca adempimento integrale dell'obbligo di sicurezza di cui all'art. 2087 del codice civile", evidenziandosi che "essendo la materia della sicurezza sul lavoro, intesa come contenuto dell'obbligo di sicurezza, e quella relativa ai contratti, di competenza statale esclusiva, è la legislazione nazionale che deve prevedere questo meccanismo,

Si è trattato di una preoccupazione che, in termini più generali, si è innestata su un terreno già di per sé estremamente complesso e che è stata ulteriormente stimolata e accentuata dall'equiparazione, disposta dal secondo comma dell'articolo 42 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 (c.d. decreto *Cura Italia*, convertito nella legge 24 aprile 2020, n. 27) a fini assicurativi, dei casi di infezione da coronavirus in occasione di attività lavorative a veri e propri infortuni sul lavoro.

Così, nel corso dell'esame in sede referente del disegno di legge di conversione del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23 (c.d. decreto liquidità), è stato introdotto l'articolo 29-bis (dedicato agli "*obblighi dei datori di lavoro per la tutela contro il rischio di contagio da Covid-19*"² e poi definitivamente confluito nella legge 5 giugno 2020, n. 40), a tenore del quale, "*ai fini della tutela contro il rischio di contagio da Covid-19, i datori di lavoro pubblici e privati adempiono all'obbligo di cui all'articolo 2087 del codice civile mediante l'applicazione delle prescrizioni contenute nel protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro, sottoscritto il 24 aprile 2020 tra il Governo e le parti sociali, e successive modificazioni e integrazioni, e negli altri protocolli e linee guida di cui all'articolo 1, comma 14, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, nonché mediante l'adozione e il mantenimento delle misure ivi previste*" e "*qualora non trovino applicazione le predette prescrizioni rilevano le misure contenute nei pro-*

a garanzia dell'uniformità su tutto il territorio nazionale di una disciplina prevenzionale". In questi termini, il datore che adempie all'obbligo di sicurezza, "non andrebbe incontro né a responsabilità civile né a responsabilità penale, pur in presenza di un eventuale riconoscimento da parte dell'Inail dell'infortunio su lavoro da contagio Covid-19".

² Sull'intervento normativo in esame e sulla responsabilità del datore di lavoro in caso di contagio, si vedano, a prima lettura e per tutti, S. DOVERE, *Le misure anti Covid-19 nei luoghi di lavoro: dalla (sicura) emergenza sanitaria alla (temuta) emergenza sanzionatoria*, in corso di pubblicazione in *Labour and Law issues (LLI)*; ID., *Covid-19: sicurezza del lavoro e valutazione dei rischi*, in *Giustizia insieme*, 22 aprile 2020; ID., *La sicurezza dei lavoratori in vista della fase 2 dell'emergenza da Covid-19*, ivi, 5 maggio 2020; C. CUPELLI, *Obblighi datoriali di tutela contro il rischio di contagio da Covid-19: un reale ridimensionamento della colpa penale?*, in *SP*, 15 giugno 2020; O. DI GIOVINE, *Coronavirus, diritto penale e responsabilità datoriali*, ivi, 22 giugno 2020; ID., *Ancora sull'infezione da Sars-Cov-2: omicidio e lesioni personali tra incertezze scientifiche, sovradeterminazioni causali e trappole cognitive*, in *Legisl. pen.*, 27 gennaio 2021; V. MONGILLO, *Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro in tempi di pandemia*, in *Dir. pen. cont. - Riv. trim.*, 2/2020, 16 ss.

*toccolli o accordi di settore stipulati dalle organizzazioni sindacali e datoriali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale*³.

Nella sostanza, l'art. 29-*bis* ha affermato che il rispetto delle prescrizioni contenute nei protocolli citati corrisponde all'assolvimento dell'obbligo di cui all'articolo 2087 c.c. ai fini della tutela contro il rischio di contagio; va altresì aggiunto che l'applicabilità di tale articolo è stata successivamente estesa, dal comma 5 dell'art. 1 del decreto-legge 6 agosto 2021 n. 111, al personale scolastico e universitario, allorquando siano rispettate le prescrizioni previste nel medesimo decreto (mascherine, distanza di sicurezza e divieto di accesso per soggetti sintomatici) e dalle linee guida e dai protocolli in materia⁴.

³ Il comma 14 dell'articolo 1 del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33 (recante "*Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19*") stabilisce che "le attività economiche, produttive e sociali devono svolgersi nel rispetto dei contenuti di protocolli o linee guida idonei a prevenire o ridurre il rischio di contagio nel settore di riferimento o in ambiti analoghi, adottati dalle regioni o dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome nel rispetto dei principi contenuti nei protocolli o nelle linee guida nazionali. In assenza di quelli regionali trovano applicazione i protocolli o le linee guida adottati a livello nazionale", aggiungendo che "le misure limitative delle attività economiche, produttive e sociali possono essere adottate, nel rispetto dei principi di adeguatezza e proporzionalità, con provvedimenti emanati ai sensi dell'articolo 2 del decreto-legge n. 19 del 2020 o del comma 16". Va altresì segnalato quanto previsto, sul punto, anche dall'art. 2 del d.P.C.m. 17 maggio 2020, attuativo del d.l. n. 33 del 2020 (recante "*Misure di contenimento del contagio per lo svolgimento in sicurezza delle attività produttive industriali e commerciali*"), che rinvia espressamente al protocollo di cui sopra e ad altri protocolli, allegandoli all'atto normativo stesso. L'art. 2, infatti, prevede che "sull'intero territorio nazionale tutte le attività produttive industriali e commerciali, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 1, rispettano i contenuti del protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro sottoscritto il 24 aprile 2020 fra il Governo e le parti sociali di cui all'allegato 12, nonché, per i rispettivi ambiti di competenza, il protocollo condiviso di regolamentazione per il contenimento della diffusione del Covid-19 nei cantieri, sottoscritto il 24 aprile 2020 fra il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e le parti sociali, di cui all'allegato 13, e il protocollo condiviso di regolamentazione per il contenimento della diffusione del Covid-19 nel settore del trasporto e della logistica sottoscritto il 20 marzo 2020, di cui all'allegato 14".

⁴ Un primo commento in A. NATALINI, *Green pass obbligatorio per personale scolastico e universitario: il precetto, le sanzioni e la "norma scudo"*, in *NT+Diritto*, 11 agosto 2021.

2. Le peculiarità del sottosistema della sicurezza sul lavoro. Cenni

Per inquadrare la tematica e cogliere portata e senso dell'innovazione, è necessario ricordare come, tra le molte peculiarità del microsistema della sicurezza sul lavoro, vi sia quella per cui, a fronte della spinta alla positivizzazione delle regole e dell'apparente guadagno in termini di determinatezza e conoscibilità del precetto, è ancora prevalente, in sede giurisprudenziale, il ricorso quale parametro della colpa a regole cautelari dai contenuti elastici, massicciamente presenti (pur se travestite da cautele rigide) nel *corpus* normativo, a partire dal d.lgs. n. 81 del 2008; l'effetto che ne deriva è l'ingenerare regole di accertamento ambigue e ibride, nelle quali i tratti semplificatori tipici della colpa specifica vengono riferiti a cautele elastiche che, pur essendo formalizzate, presentano tutti i requisiti contenutistici della colpa generica.

Agli stessi fini, va altresì richiamata la tendenza a fare ricorso a vere e proprie clausole generali, il cui più significativo esempio è rappresentato dall'art. 2087 c.c., che attribuisce all'imprenditore (con il quale in questo caso il datore di lavoro va a coincidere) l'obbligo di adottare, nell'esercizio dell'impresa, *le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro*: un obbligo tanto ampio quanto indeterminato, limitandosi il precetto a individuare il soggetto su cui grava e i destinatari della tutela, senza fornire ulteriori informazioni sulla condotta da tenere o sull'esistenza di poteri impeditivi. Ora, sebbene parte della giurisprudenza abbia in talune occasioni provato a riempire la clausola aperta rappresentata dall'art. 2087 c.c., precisando che tale obbligo non vada esteso a ogni cautela possibile e innominata, ma riferito solo a comportamenti che trovino fondamento in fonti del diritto di rango primario o secondario o suggeriti dalla tecnica e che siano concretamente individuati e individuabili⁵, l'elasticità *strutturale* della fattispecie civilistica ha stimolato, sul fronte penale, interpretazioni altrettanto 'elastiche', dirette a estendere la portata della posizione di garanzia/protezione del datore di

⁵ Fra le varie, si vedano Cass. 14 gennaio 2005, n. 644; Cass. 1° febbraio 2008, n. 2491; Cass. 23 settembre 2010, n. 20142; Cass. 3 agosto 2012, n. 13956; Cass. 8 ottobre 2018, n. 24742; più di recente, Cass. 11 febbraio 2020, n. 3282.

lavoro nei confronti dei suoi dipendenti. È sufficiente ricordare, in proposito, la lettura secondo cui l'art. 2087 c.c., come tutte le clausole generali, finirebbe per assumere una funzione di adeguamento permanente dell'ordinamento al caso concreto e alla sottostante realtà socio-economica, che consentirebbe di supplire a ogni lacuna della normativa, inevitabilmente non in grado di contemplare tutti i fattori di rischio. Alla norma, per tale via, viene riconosciuta la funzione di *ulteriore fonte* di regole cautelari, la cui inosservanza viene a fondare la colpa del datore di lavoro: una vera e propria *norma di chiusura* del sistema prevenzionistico, che finisce per ampliare a dismisura la diligenza richiesta al datore, che non si esaurisce quasi mai nel rispetto delle regole cautelari scritte⁶.

3. Un nuovo fattore di rischio

In questo contesto problematico di base, è evidente come l'incertezza scientifica (non solo della prima fase) sulle precise caratteristiche del virus e sulle sue potenzialità di trasmissione abbia posto (e continui a porre) il datore di lavoro, nella gestione della sicurezza, di fronte a un fattore di rischio nuovo e in gran parte eterogeneo rispetto all'attività lavorativa, con tutte le difficoltà legate all'esatta perimetrazione di un livello di rischio accettabile nella ripartenza delle attività lavorative, finendo per amplificare i segnalati timori di una iperpenalizzazione in ambito antinfortunistico.

Ad accentuare tali preoccupazioni ha contribuito l'evoluzione della normativa emergenziale. Il riferimento è, in particolare, a quanto disposto dal ricordato art. 42 del decreto-legge n. 18 del 2020, che ha confermato, anche per le infezioni da virus SARS-CoV-2, l'applicazione del principio generale in base al quale le malattie infettive contratte in occasione di lavoro (ad esclusione di quelle inquadrate come malattie professionali) sono considerate *infortuni sul lavoro* ai fini della relativa assicura-

⁶ Sulle tendenze oggettivizzanti della prassi con riferimento all'art. 2087 c.c., si vedano, tra gli altri, D. CASTRONUOVO, *La colpa penale*, Milano, 2009, 568 ss.; A. GARGANI, *La flessibilizzazione giurisprudenziale delle categorie classiche del reato di fronte alle esigenze di controllo penale delle nuove fenomenologie di rischio*, in *LP*, 2011, 424 ss.; D. PULITANÒ, voce *Igiene e sicurezza sul lavoro (tutela penale)*, in *Dig. disc. pen.*, vol. I. *Aggiornamento*, Torino, 2000, 397 ss.

zione obbligatoria⁷. Per sgombrare il campo da possibili fraintendimenti, vi è stata su tale articolo una presa di posizione da parte dell’Inail. La circolare 20 maggio 2020, n. 22, in qualche modo anticipando i contenuti dell’art. 29-bis, ha riconosciuto che *“la responsabilità del datore di lavoro è ipotizzabile solo in caso di violazione della legge o di obblighi derivanti dalle conoscenze sperimentali o tecniche, che nel caso dell’emergenza epidemiologica da Covid-19 si possono rinvenire nei protocolli e nelle linee guida governativi e regionali di cui all’articolo 1, comma 14 del decreto legge 16 maggio 2020, n. 33”*. Ancora, si è aggiunto come *“il rispetto delle misure di contenimento, se sufficiente a escludere la responsabilità civile del datore di lavoro, non è certo bastevole per invocare la mancata tutela infortunistica nei casi di contagio da Sars-Cov-2, non essendo possibile pretendere negli ambienti di lavoro il rischio zero. Circostanza questa che ancora una volta porta a sottolineare l’indipendenza logico-giuridica del piano assicurativo da quello giudiziario”*. Si è conclusivamente esplicitato inoltre che *“il riconoscimento del diritto alle prestazioni da parte dell’Istituto non può assumere rilievo per sostenere l’accusa in sede penale, considerata la vigenza del principio di presunzione di innocenza nonché dell’onere della prova a carico del pubblico ministero. Così come neanche in sede civile l’ammissione a tutela assicurativa di un evento di contagio potrebbe rilevare ai fini del riconoscimento della responsabilità civile del datore di lavoro, tenuto conto che è sempre necessario l’accertamento della colpa di quest’ultimo nella determinazione dell’evento”*⁸.

⁷ Tale articolo, infatti, recita: “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 astensione dal lavoro. I predetti eventi infortunistici gravano sulla gestione assicurativa e non sono computati ai fini della determinazione dell’oscillazione del tasso medio per andamento infortunistico di cui agli articoli 19 e seguenti dell’allegato 2 al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 27 febbraio 2019, recante ‘Modalità per l’applicazione delle tariffe 2019’. La presente disposizione si applica ai datori di lavoro pubblici e privati”.

⁸ La prima circolare Inail (la n. 13 del 3 aprile 2020) ha, invece, individuato le fattispecie professionali per le quali viene riconosciuta una presunzione semplice di contrazione in occasione di lavoro (della malattia in oggetto), demandando, per le altre fattispecie, la definizione dell’eventuale sussistenza dell’occasione di lavoro all’accertamento medico-legale (quest’ultimo – afferma la circolare – “seguirà l’ordinaria procedura, privi-

Ciò nonostante, è stata pressante l'invocazione, da parte del mondo imprenditoriale, di un intervento chiarificatore di rango legislativo. Si è così giunti alla proposta emendativa citata in apertura, la quale, finalizzata a introdurre elementi di certezza, sembra muovere dalla piena consapevolezza della tendenza espansiva della prassi e puntare a ridefinire, con specifico riferimento al segnalato rischio di contagio, il contenuto dell'obbligo di tutela dell'integrità psico-fisica del lavoratore gravante, ai sensi dell'art. 2087 c.c., sui datori di lavoro pubblici e privati. Inserendo una disposizione che preveda che l'adozione di pre-date misure di contenimento costituisca assolvimento dell'obbligo di sicurezza, l'effetto pratico perseguito è che – considerata la peculiarità della situazione – ciò che si può esigere dai datori di lavoro è soltanto l'adozione, l'applicazione e il mantenimento delle prescrizioni contenute nei protocolli espressamente richiamati (e successive modificazioni e integrazioni⁹) e negli altri protocolli e linee guida di cui all'articolo 1, comma 14, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33.

4. *Per concludere: un ridimensionamento della colpa penale o solo della drammaticità della colpa antinfortunistica da Covid-19?*

Delineato in estrema sintesi il quadro, s'impongono alcune riflessioni conclusive sugli effetti e le implicazioni delle norme esaminate.

Il principio stabilito all'art. 29-*bis*, come evidenziato, afferma che il rispetto delle prescrizioni contenute nei protocolli citati corrisponde,

leggiando essenzialmente i seguenti elementi: epidemiologico, clinico, anamnestico e circostanziale⁹).

⁹ Il Protocollo condiviso tra Governo e parti sociali del 24 aprile 2020 integra il protocollo precedentemente stipulato il 14 marzo dalle stesse parti; come recita in premessa il testo del Protocollo, "l'obiettivo del presente protocollo condiviso di regolamentazione è fornire indicazioni operative finalizzate a incrementare, negli ambienti di lavoro non sanitari, l'efficacia delle misure precauzionali di contenimento adottate per contrastare l'epidemia di Covid-19. Il Covid-19 rappresenta un rischio biologico generico, per il quale occorre adottare misure uguali per tutta la popolazione. Il presente protocollo contiene, quindi, misure che seguono la logica della precauzione e seguono e attuano le prescrizioni del legislatore e le indicazioni dell'Autorità sanitaria".

nella sostanza, all'assolvimento dell'obbligo di cui all'articolo 2087 c.c. ai fini della tutela contro il rischio di contagio. Sul piano della responsabilità penale, sembrerebbe dunque che l'intento legislativo sia quello di fissare la misura della diligenza richiesta al datore all'interno di misure preventive condivise e frutto della migliore scienza ed esperienza del momento, al fine di impedire in futuro che, in fase di accertamento giudiziale, si attui un recupero di responsabilità per colpa fondato sulla clausola generale di cui all'art. 2087 c.c., laddove il contagio si sia verificato pur in presenza dell'adozione e dell'efficace attuazione delle misure protocollari stabilite.

Pur chiara nelle intenzioni, la norma lascia tuttavia residuare non pochi dubbi in merito all'effettiva capacità di raggiungere gli obiettivi. Se è vero che l'art. 42 del decreto-legge n. 18 del 2020, rettamente inteso, si limita a qualificare l'infezione virale da Covid-19 quale infortunio sul lavoro *soltanto* ai fini della sua protezione indennitaria nell'ambito del sistema dell'assicurazione obbligatoria gestita dall'Inail, senza entrare nel campo della responsabilità datoriale né stabilendo alcun rilievo di tale qualificazione a fini penali o civili, è altrettanto vero che l'ordinamento penale non contempla alcuna differenza normativa tra infortunio e malattia professionale. Tuttavia, combinandosi l'equivocità della disposizione con l'indeterminatezza degli obblighi datoriali, per di più in un contesto complicato come quello pandemico, appare comprensibile e forse giustificabile l'avvenuto acuirsi del timore di una facile, per quanto erronea, equazione: *malattia da Covid-19 = infortunio sul lavoro = responsabilità penale del datore di lavoro*.

È altresì innegabile che già gli ordinari criteri di imputazione della responsabilità, se rettamente applicati, possano essere idonei a scongiurare interpretazioni eccessivamente penalizzanti per i datori, a partire dalla verifica del nesso causale (alla stregua dei parametri elaborati dalle Sezioni unite Franzese), connotata in questo caso da un evidente ed elevato tasso di complessità – che difficilmente potrebbe condurre ad escludere decorosi causali alternativi e a corroborare l'ipotesi accusatoria con un alto grado di probabilità logica¹⁰ –, sino a quella della colpa, fondata sui parame-

¹⁰ Sulla difficoltà, nel caso di specie, di escludere i fattori causali alternativi, in ragione, fra l'altro, del carattere ubiquitario e silente del virus e dell'incertezza sulla data in cui è cominciata l'infezione, cfr. O. DI GIOVINE, *Ancora sull'infezione da Sars-Cov-2: omicidio e lesioni personali tra incertezze scientifiche, sovradeterminazioni causali e trappo-*

tri della concretizzazione del rischio, dello scopo della norma violata, del comportamento alternativo lecito e soprattutto della misura soggettiva.

Senonché, una volta superato lo scoglio causale, sul versante soggettivo un *approccio realistico*, che tenga conto della concreta declinazione delle dinamiche processuali e delle tendenze giurisprudenziali, non può che indurre a un certo scetticismo in merito all'effettiva 'tenuta' dei ricordati principi. Si pensi, ad esempio, a come, nella prassi, non si possa fare ragionevole affidamento sulla sola potenzialità 'salvifica' della c.d. misura soggettiva della colpa¹¹. Si tratta di una categoria certamente capace – in linea teorica – di fornire un adeguato strumento di valutazione delle emergenze 'contestuali' e personali, legate alle difficoltà contingenti in cui si è chiamati a svolgere la propria attività (anche) nel settore della sicurezza sul lavoro. Questo tipo di accertamento fa leva sull'applicazione in sede penale della clausola generale contenuta all'art. 2236 c.c., che, in presenza di "*problemi tecnici di speciale difficoltà*" della prestazione professionale, limita la responsabilità del prestatore d'opera ai soli casi di dolo e colpa grave. Tuttavia, soprattutto sul terreno della responsabilità sanitaria, la giurisprudenza penale in ben poche occasioni vi ha effettivamente fatto ricorso, finendo per degradare la disposizione civilistica da canone valutativo a mera clausola di stile, sotto la rassicurante – ma poco appagante sul piano della declinazione pratica – formulazione di "*regola di esperienza cui il giudice può attenersi nel valutare l'addebito di imperizia quando il caso specifico sottoposto all'esame del sanitario imponga la soluzione di problemi di speciale difficoltà*"¹².

le cognitive, cit., 4 ss., nonché, in precedenza, D. CASTRONUOVO, *I limiti sostanziali del potere punitivo nell'emergenza pandemica: modelli causali vs. modelli precauzionali*, in *LP*, 10 maggio 2020, 6 ss.; da ultimo, S. ZIRULIA, *Nesso di causalità e contagio da Covid-19*, in *SP*, 20 aprile 2022.

¹¹ Nell'ambito della copiosa bibliografia sulla misura soggettiva, ci si può in questa sede limitare a segnalare i contributi di A. CANEPA, *L'imputazione soggettiva della colpa. Il reato colposo come punto cruciale nel rapporto tra illecito e colpevolezza*, Torino, 2011, 19 ss.; D. CASTRONUOVO, *La colpa "penale". Misura soggettiva e colpa grave*, in *Reato colposo e modelli di responsabilità*, a cura di M. Donini e R. Orlandi, Bologna, 2013, 183 ss. e M. DONINI, *L'elemento soggettivo della colpa. Garanzie e sistematica*, ivi, 231 ss.; di recente, anche C. PIERGALLINI, voce *Colpa (diritto penale)*, in *Enc. dir.*, Annali. X, Milano, 2017, 243 ss. e M. CAPUTO, *Misura e grado della colpa*, in *Discrimen*, 16 dicembre 2021.

¹² Per tutti, Cass., Sez. un., 21 dicembre 2017 (dep. 22 febbraio 2018), n. 8770, Mariotti, cit., § 10.2; un recente (ma ancora isolato) esito innovativo, in tema di individualizzazione del giudizio di colpa nel settore della sicurezza del lavoro, in Cass., sez. I, 8

E così, l'opportunità dell'intervento può essere misurata e apprezzata al metro dei potenziali effetti attuali e futuri che, da questo punto di vista, potrà sprigionare: *oggi*, innescando una responsabilizzazione ulteriore dei datori di lavoro in ordine alla necessità di *attuare e mantenere* effettive misure preventive corrispondenti a quelle previste da protocolli e linee guida condivisi, che riproducono le *best practices* del settore; *domani*, in chiave di possibile esonero della responsabilità datoriale per violazione dell'art. 2087 c.c.

Un duplice effetto di tutela, dunque: per i datori, delimitando il novero delle matrici colpose addebitabili ed escludendo che si possa pretendere, sempre e comunque e *a posteriori*, che *qualcosa di meglio e di più* si sarebbe potuto (e dovuto) fare; ma anche (e forse soprattutto) per i lavoratori e per le loro *aspettative* di sicurezza. Senza tralasciare i riverberi benefici connessi alla ripresa e al rilancio delle attività economiche e dei livelli occupazionali.

Venendo alle perplessità, legate soprattutto all'effettivo conseguimento dei fini perseguiti, è evidente come la previsione di adeguatezza non esaurisca tutto il ventaglio delle cautele ipotizzabili e delle imputazioni colpose addebitabili. Anzitutto perché, come sappiamo, oggi il fuoco della colpa specifica *ibrida* è principalmente incentrato sulle prescrizioni contenute nel d. lgs. n. 81 del 2008, di talché il peso dell'art. 2087 c.c., in fondo, tende a diminuire e ad assumere i contorni di norma di chiusura (pur dai potenziali effetti espansivi).

Ma soprattutto poiché, oltre che per quanto in precedenza detto anche per ciò che emerge dalla semplice lettura del contenuto di molte cautele descritte nei protocolli richiamati dall'art. 29-*bis*, residuerà sempre un margine di accertamento della effettiva idoneità tecnica e strutturale delle procedure normativamente previste; si pensi, a titolo esemplificativo, al funzionamento della strumentazione per la misurazione della temperatura al momento dell'ingresso sui luoghi lavorativi¹³. Di conseguenza, non si potrà prescindere – in qualsivoglia contestazione in materia – da una perdurante quota di residua colpa generica, legata a doppio filo alla fisiologica genericità di alcune prescrizioni (configuranti rego-

ottobre 2020 (dep. 13 gennaio 2021), n. 1096, V.F., in *Giur. it.*, 2021, con nota di D. CASTRINUOVO, *Misura soggettiva, esigibilità e colpevolezza colposa: passi avanti della giurisprudenza di legittimità in tema di individualizzazione del giudizio di colpa*.

¹³ Sul punto, M. PELISSERO, *Covid-19 e diritto penale pandemico*, cit., 541.

le cautelari elastiche) e alla necessità (che pone una stringente similitudine con quanto previsto per la colpa medica) di adeguarle alle *specificità del caso concreto*, per il tramite (quantomeno) di un'appropriatezza manutenzione degli strumenti, di una corretta attuazione dei protocolli estesa alla vigilanza sul rispetto da parte dei lavoratori delle cautele adottate e di una verifica – *ex ante* e in concreto – della loro idoneità allo scopo. Non è casuale, allora, che dallo stesso art. 29-*bis* continui a essere richiesto al datore, oltre all'adozione delle misure previste nei protocolli e nelle linee guida, proprio il loro mantenimento, con ciò esigendo un'opportuna attività organizzativa per la loro efficace attuazione. Ricavare dal rispetto dei protocolli e delle linee guida indicate nella norma – frutto di concertazione tra le parti sociali – una sicura esclusione di responsabilità dovrebbe necessariamente passare per una diversa e più esplicita scelta politica, vale a dire per un'opzione legislativa che escluda espressamente ogni responsabilità penale (per colpa specifica e generica) del datore di lavoro in caso di rispetto delle cautele inserite nelle fonti richiamate, che impedisca di attribuire rilievo penale ad ogni altro comportamento pur produttivo dell'evento infausto, riconducibile ad altre pur possibili violazioni cautelari¹⁴.

L'auspicio più realistico è che, introducendosi nel tessuto normativo *indizi* di certezza del diritto – in termini di riconoscibilità del precetto e prevedibilità della risposta sanzionatoria – e prospettandosi, in questo ambito, il passaggio verso un'eteronormazione¹⁵, si possano in ogni caso attenuare le più macroscopiche problematiche legate all'accertamento della colpa generica, soprattutto allontanando la tentazione di un pericoloso scivolamento verso la logica semplificatoria del giudizio *ex post*, per la quale – a posteriori – si può e si potrà sempre pretendere qualcosa in più da parte dei datori di lavoro: in questa chiave di lettura, l'art. 29-*bis* assume così la fisionomia di una *norma di indirizzo*, dal valore 'pedagogico', quale guida *ragionevole* dell'interpretazione giurisprudenziale nei casi complessi di contagio in ambito lavorativo.

¹⁴ In questo senso, S. DOVERE, *Le misure anti Covid-19 nei luoghi di lavoro*, cit., § 4.2.

¹⁵ Sui rapporti tra auto ed eteronormazione, nella prospettiva penalistica, cfr. per tutti C. PIERGALLINI, *Autonormazione e controllo penale*, in *Dir. pen. proc.*, 2015, 261 ss.

3. L'esperienza spagnola

(A. CARDONA BARBER)

Innanzitutto, vorrei ringraziare gli organizzatori di questa giornata di lavoro e, in particolare, il professore Luigi Foffani, per avermi dato la possibilità di partecipare a questo convegno. Userò il tempo che mi avete dato a disposizione per cercare di evidenziare alcuni degli aspetti del diritto penale spagnolo legati ai problemi di salute pubblica che sono sorti durante la gestione della pandemia del Covid-19, rivolgendo un'attenzione particolare alle questioni legate al diritto penale del lavoro. Inoltre, cercherò di evidenziare alcune differenze di diritto penale tra ciò che è avvenuto in Italia e ciò che è accaduto, invece, in Spagna. Cercherò comunque di non prolungarmi molto.

Partiamo dall'inizio: come tutti sappiamo, all'inizio del 2020, gli Stati hanno ritenuto necessario predisporre misure anti-contagio per cercare di tutelare la salute pubblica in virtù del virus Covid-19. Questo è stato un aspetto che ha accomunato la Spagna e l'Italia. In Spagna, di fronte a questa eccezionale situazione è intervenuto, nel mese di marzo di 2020, il Governo spagnolo nel tentativo di fornire una copertura costituzionale alle misure anti-contagio (alcune delle quali fortemente limitative di diritti fondamentali) approvando per mezzo del "Regio Decreto 463/2020", un primo "Stato di Emergenza costituzionale" con riflessi su tutto il territorio nazionale.; stato di emergenza che è stato più volte prorogato dal Congresso dei Deputati. Il 26 ottobre 2020 è stato poi approvato, (con il Regio Decreto 926/2020), un nuovo "Stato di Emergenza costituzionale Nazionale", per affrontare la seconda ondata della pandemia (anche questi prorogato più volte dal Congresso dei Deputati). Tramite la dichiarazione di "Stato di Emergenza" si è, tra le altre cose, previsto: il coprifuoco, l'uso di mascherine, l'isolamento sociale, la riduzione, la limitazione o la chiusura de attività aziendale, ecc.

In questo senso, è importante notare come il legislatore spagnolo abbia deciso, per tutelare la salute pubblica, di utilizzare strumenti di natura per lo più giuridico-amministrativa: Il Codice penale non è stato infatti modificato, né è stata predisposta una normativa penale speciale per punire le violazioni delle misure anti-contagio. È inoltre opportuno

sottolineare che il diritto penale spagnolo non ha un reato simile a quello previsto dall'articolo 452 del Codice penale italiano (epidemia colposa). Il fatto tuttavia che in Spagna non esistano reati assimilabili ai comuni reati di epidemia (peraltro previsti anche dal Codice penale tedesco), e anche il fatto che non siano state create norme penali *ad hoc* per punire specifiche condotte in violazione delle disposizioni anti-contagio, non significa, ovviamente, che non possano comunque assumere rilevanza penale alcuni comportamenti legati alla pandemia. Si possono, ad esempio, ricordare le condotte riconducibili ai “reati di falso” (ci sono stati, ad esempio, casi di persone che offrivano codici QR di vaccinazione “falsificati”, che integrerebbero gli estremi di un reato di falso in atto pubblico); o anche di “truffa” (per esempio, si sono verificate ipotesi di vendita di materiale sanitario consapevolmente difettoso o con inganno dell'intermediario che ha aumentato il prezzo reale della merce per incrementare la sua percentuale di commissione). Ovviamente, anche negli ambienti pubblici possono essere stati commessi dei crimini: si può, ad esempio, ricordare il caso del funzionario che approfitta dei contratti d'emergenza per l'acquisto di materiale sanitario per fare soldi illegalmente o per favorire un amico o un parente (condotta riconducibile ad un reato contro la pubblica amministrazione). In Spagna, ci sono stati persino casi di cause penali per crimini d'odio: così, sono stati aperti processi per determinare l'eventuale responsabilità penale lavoratori nel campo dello spettacolo che avevano criticato pubblicamente gli “anti-vax”, incoraggiando l'odio contro questo gruppo di persone. Personalmente, penso che questo caso non abbia alcun senso.

In ogni caso, per ragioni di tempo, e dato il tema principale di questo convegno, ritengo che sia più appropriato selezionare e commentare solo alcune questioni legate ai tre seguenti gruppi di reati: reato di disobbedienza all'autorità; reati contro la salute e la vita delle persone; infine, il reato contro i diritti dei lavoratori. Inoltre, per alcuni di questi reati si sono già avute alcune interessanti pronunce giurisprudenziali. È tuttavia necessaria precisare, prima di proseguire oltre, che in Spagna non si può parlare di un diritto penale “della” pandemia di Covid (perché questo non esiste realmente), ma di un diritto penale “nella” o “durante” la pandemia di Covid.

Per quanto riguarda al **reato di disobbedienza all'autorità** questo è previsto dall'articolo 556 del Codice penale spagnolo, che stabilisce che chi disobbedisce gravemente alle agenti della autorità nell'esercizio del-

le loro funzioni è punito con la reclusione da 3 mesi a 1 anno. Inoltre, il secondo comma di questo reato stabilisce che chi manca di rispetto all'autorità, che sta agendo nell'esercizio delle sue funzioni, è punito con una multa da uno a tre mesi. Ovviamente, se oltre a disobbedire all'ordine, si attacca l'autorità, si commetterebbe un reato molto più grave, nello specifico il reato di attacco all'autorità previsto dall'articolo 550 del Codice penale spagnolo punibile con una pena da 1 a 4 anni di prigione.

Ebbene, questo reato (quello della disobbedienza all'autorità) è probabilmente stato il reato che si è maggiormente verificato in relazione in relazione alla pandemia di Covid: tutti gli atti di disobbedienza a un ordine, in relazione alle norme sulla protezione del Covid 19, potrebbero infatti aver dato luogo a questo reato. si consideri ad esempio il caso del soggetto che viene trovato per strada dagli agenti della polizia nonostante l'obbligo di quarantena; se gli agenti gli chiedono di tornare a casa e questo soggetto, invece di rispettare l'ordine, si rifiuta è chiaro che integrerà gli estremi del reato di disobbedienza. Lo stesso reato sarebbe potrebbe essere stato commesso da una persona che ha disobbedito all'ordine dell'autorità di indossare una maschera. Gli esempi, quindi, sono facili da identificare, e i casi di reati di disobbedienza che sono stati verificati in Spagna durante la pandemia sono molto numerosi. Potrebbe aver ricevuto rilevanza anche in relazione al mondo del lavoro nel caso di mancato rispetto delle misure.

Ho comunque ritenuto che fosse opportuno commentare questo reato perché, in relazione ad esso, in Spagna c'è stato un problema giuridico che merita di essere evidenziato: a differenza del sistema giuridico italiano, il diritto penale spagnolo non ha un reato che punisce specificamente chi non rispetta un ordine legalmente emesso da un'autorità per prevenire l'invasione o la diffusione di malattie infettive dell'uomo, reato che in Italia è previsto nell'art. 260 del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 (Testo unico delle leggi sanitarie).

In Spagna, le regole che, se disobbedite, davano luogo al reato di disobbedienza, erano i due Regi Decreti con cui sono stati approvati i due "Stati di emergenza", che ho già commentato all'inizio del mio intervento, e che sono serviti a limitare alcuni diritti fondamentali. Ma ora, con due recenti sentenze (la prima è la n. 148 del 2021, la seconda è la n. 183 del 2021) la Corte Costituzionale spagnola, il massimo interprete delle garanzie costituzionali del nostro sistema giuridico, ha dichiarato la

nullità di parte dei Regi Decreti dello Stato di Allarme. In particolare, la Corte Costituzionale spagnola, riguardo al primo Regio Decreto, ha previsto che la dichiarazione dello “Stato di Emergenza” non fosse sufficiente per la sospensione dei diritti fondamentali essendo invece necessario il ricorso allo “Stato di Eccezione” o lo “Stato di Sitio” (forse “Sitio” si può tradurre come “Stato di Assedio”). A seguito di sentenza della Corte costituzionale spagnola, i tribunali penali spagnoli stanno assolvendo gli imputati (molti di loro già condannati in primo grado) per i reati di disobbedienza all’autorità che avevano commesso perché non possono essere condannati per aver disobbedito agli ordini imposti da una legge dichiarata incostituzionale.

La Corte Suprema spagnola ha, ad esempio, recentemente assolto un uomo condannato in prima istanza per disobbedienza per essere stato in strada in pieno coprifuoco e non aver obbedito agli ordini impartiti dalla polizia dicendo che non sarebbe tornato a casa finché non avesse finito la sua sigaretta. Qui la Corte Suprema spagnola ha detto che l’ordine ricevuto, nella misura in cui non aveva altro supporto normativo se non il Regio Decreto di marzo, espressamente dichiarato incostituzionale per la Corte Costituzionale, era un ordine manifestamente contrario all’ordinamento giuridico in quanto violava i diritti fondamentali. Inoltre, secondo la Corte Suprema, l’accusato di disobbedienza all’autorità era nell’esercizio legittimo dei suoi diritti quando i poliziotti gli hanno ordinato, in modo illegale, di smettere di godere dei suoi diritti fondamentali (in questo caso il diritto fondamentale alla libertà personale e alla libertà di movimento).

Alla luce di questa interpretazione della Corte Suprema, è molto probabile che tutte le condanne per reato di disobbedienza, per avere disobbedito alle regole create dal primo Stato di allarme, saranno annullate dai tribunali.

Nella seconda sentenza della Corte Costituzionale sul secondo Stato di allarme, (come ho già detto, approvato in ottobre 2020) non si sono annullate tutte le misure restrittive imposte dal Governo. Si è infatti detto che queste possono essere proporzionate a condizione che intervenga, nel concreto, la giustizia ordinaria per rivederle, caso per caso. Questa nullità parziale permetterà, probabilmente, di mantenere valide le condanne che si sono avute per disobbedienza alle regole del secondo Stato di allarme nazionale, create del Regio Decreto di ottobre. In ogni caso,

dovremo aspettare per vedere come si risolveranno i ricorsi dei condannati per disobbedienza nei prossimi mesi.

Altri gruppi di reati, che anche potrebbero essere studiati alla luce dei nuovi scenari di Covid 19 sono i **reati di lesioni** e i **reati di omicidio colposo**.

I possibili esempi che potremmo immaginare qui sono i seguenti: una persona sa di essere infettata dal virus e, nonostante ciò, decide di uscire di casa e avere contatti sociali con altre persone, (si pensi al caso del soggetto positivo che decide di recarsi ugualmente sul posto di lavoro mettendo a rischio i suoi colleghi). Nel caso in cui alcune delle persone entrate in contatto si infettano e si ammalano, si potrebbe dar luogo a un reato di lesioni; o, addirittura, se le persone contagiate muoiono, si potrebbe ipotizzare la configurazione di un reato di omicidio colposo.

Tuttavia, questi reati di lesioni o di morte, a differenza dei reati di disobbedienza, sono reati di evento, e, come tutti i reati di evento, ai fini di una condanna penale è necessario provare un rapporto di causalità e di imputazione oggettiva tra l'azione (o l'omissione se c'è una posizione di garanzia) e il risultato di lesioni del bene giuridico. Vi potrebbero pertanto esserci delle questioni di ordine probatorio. In questi casi una adeguata difesa penale potrebbe sostenere l'impossibilità di escludersi i decorsi causali alternativi.

Si deve peraltro segnalare la presenza di una decisione della Corte Suprema spagnola riguardanti questi due reati (lesioni, e omicidio colposo per la trasmissione negligente del Covid 19). In particolare, la Corte Suprema del 18 dicembre del 2020 ha respinto diverse richieste di condanne penali per i reati di lesioni e omicidio colposo per i membri del Governo spagnolo (il suo presidente e alcuni dei loro ministri). Si accusavano, infatti, i membri del governo spagnolo di aver permesso e incoraggiato la celebrazione di grandi eventi (la Festa della Donna dell'8 marzo 2020) quando il virus era già noto o, anche, di aver nascosto alla popolazione spagnola informazioni rilevanti sulla gravità e sulla reale virulenza del Covid 19 e, con tutto ciò, di essere penalmente responsabile di lesioni e morti. Ebbene, la Corte Suprema spagnola ha dichiarato (a mio avviso correttamente) che c'erano problemi insormontabili sul piano della causalità e dell'imputazione oggettiva. In concreto, si è sostenuto, (secondo me su una base completamente ragionevole), che, per punire la morte o le lesioni gravi, sarebbe indispensabile provare che se il Governo spagno-

lo non avesse permesso la manifestazione dell'8 marzo, i concreti risultati dannosi e mortali sarebbero stati evitati. A questo proposito, la Corte Suprema spagnola ricorda che l'imputazione di atti lesivi o dannosi, non può essere costruita in termini statistici, ma in termini strettamente probatori, legati alla morte o alle lesioni subite da ciascuna delle vittime. E, inoltre, continua dicendo che "l'assenza nel Codice penale spagnolo di un crimine di pericolo, che punisce la negligenza nella gestione di una pandemia, impedisce l'apertura di un procedimento penale per indagare su un comportamento che sappiamo già essere atipico".

In ogni caso, vorrei chiarire che in questa risoluzione la Corte Suprema non nega la possibilità di punire penalmente i reati di lesione (e persino di omicidio) per la condotta negligente di persone che, con la consapevolezza di avere il virus, attraverso la loro attività negligente, lo diffondono ad altre persone che finiscono per ammalarsi (o, addirittura, muoiono). Ciò che la Corte Suprema afferma è che una condanna di questo tipo non può mai essere fatta senza rispettare i principi inalienabili del diritto penale, come il principio di colpevolezza, e che, nei reati di evento è sempre necessario fornire la prova del nesso causale tra l'azione (o omissione nei reati di commissione mediante omissione) e l'evento che si concretizza nella lesione del bene giuridico della salute o, della vita umana.

Infine, per concludere il mio intervento, indicherò alcune questioni relative ai reati contro i **diritti dei lavoratori**, nel sistema penale spagnolo, sempre alla luce degli scenari nati durante la gestione della pandemia di Covid 19.

Nella questione che ha visto interessato direttamente il Governo spagnolo (che ho già menzionato), il Presidente e diversi Ministri sono stati anche accusati di un reato contro i diritti dei lavoratori. In particolare, si è detto che, una volta che la crisi pandemica si era diffusa, il Governo non ha fornito agli agenti di polizia misure e strumenti di protezione adeguati, il che avrebbe potuto costituire un reato ai diritti dei lavoratori. In questo senso, nel Codice penale spagnolo (articoli 316 e 317) è punita l'omissione (intenzionale o temeraria rispettivamente), di cautele e misure utili per garantire lo svolgimento del lavoro in condizioni di sicurezza e igiene; omissione che rileva sotto il profilo della tutela della vita, salute e integrità fisica dei lavoratori. I reati contro i diritti dei lavoratori sono strutturati come reati di pericolo e, quindi, poiché non hanno la struttura dei reati di evento, non è necessario che ci sia un effettivo danno alla

salute dei lavoratori perché il datore di lavoro, responsabile di condizioni di lavoro, sia penalmente condannato. Ciò che è penalmente punito, qui, è la mancanza predisposizione e fornitura delle necessarie misure di protezione; questo è sufficiente ai fini della messa in pericolo della salute dei lavoratori. Così, questo reato punisce una condotta di omissione di un dovere aziendale. Pertanto, in un'azienda, pubblica o privata, la mancata adozione di misure specifiche per prevenire la diffusione del Covid 19, a prescindere che sia volontaria e consapevole (con dolo) o negligente (colposa), costituirebbe un reato contro i diritti dei lavoratori, senza la necessità di provare uno specifico nesso di causalità.

Tornando alle accuse che sono state mosse ai membri del Governo spagnolo, la Corte Suprema sul tema concernente la possibilità di integrare gli estremi dei reati contro i diritti di lavoratori, ha detto che reati di tal tipo potrebbero in effetti essere stati commessi, ma che gli autori (autori materiali delle omissioni penalmente tipiche), alla luce della struttura gerarchica e decentralizzata della distribuzione delle funzioni della pubblica amministrazione, difficilmente potrebbero essere i membri del Governo. Per questo motivo, la Corte Suprema ha sottolineato la necessità di incrementare le indagini sia per determinare se il reato era stato effettivamente commesso, sia e soprattutto per determinare chi potrebbe essere il reale autore del reato.

A questo proposito, la Corte Suprema ricorda che per poter valutare la rilevanza penale di azioni od omissioni violative del diritto dei lavoratori ad una protezione effettiva, è indispensabile delimitare l'ambito dei soggetti giuridicamente obbligati a fornire tale protezione. Solo in questo modo sarà infatti possibile imputare il danno subito dai lavoratori alle omissioni di coloro che, come garanti, erano obbligati a fornire i mezzi necessari per neutralizzare quei rischi.

Per concludere, vorrei solo sottolineare che, è fuori di dubbio che, in generale, i datori di lavoro, nella propria sfera funzionale, assumono la condizione di "garanzia penale". E, con questo, nulla impedisce l'apertura di un'indagine volta a determinare chi fosse la persona legalmente obbligata a fornire i mezzi indispensabili ai lavoratori per svolgere la loro attività nel rispetto delle norme di salute e sicurezza sul lavoro. Questo significa che il datore di lavoro ha l'obbligo di garantire la sicurezza dei suoi lavoratori, e quindi, di assicurare che l'attività della sua azienda si svolga con tutte le misure di protezione necessarie, nel caso di pande-

mia per Covid-19, fornendo ai suoi lavoratori con tutti i mezzi e sistemi di protezione. In caso contrario, potrebbe essere ritenuto responsabile e autore di un reato contro i diritti dei lavoratori.

Io mi fermo qui. Spero che presto potremo voltare pagina su questo brutto periodo che abbiamo dovuto vivere, e lasciarci alle spalle il maledetto virus. Vi ringrazio.

Parte III

Diritto, Organizzazione e Psicologia del lavoro

1. Salute e sicurezza dei lavoratori agili: lezioni dalla pandemia

(C. SPINELLI)

1. Genesi del lavoro agile nell'ordinamento italiano

Nell'ambito di questo seminario, davvero molto interessante nella sua complessa articolazione, maturata a valle della disamina dei questionari che è stata prima presentata, proverò a svolgere qualche breve considerazione introduttiva rispetto al focus del nostro *panel*, non prima di aver ringraziato gli organizzatori per avermi coinvolto e rinviando ai colleghi che seguiranno l'approfondimento di aspetti specifici.

Per un'adeguata analisi del lavoro agile emergenziale, a mio avviso, occorre soffermarsi anche sull'esperienza e la disciplina del lavoro agile pre-pandemia, così come sui suoi possibili scenari evolutivi. Il contributo del lavoro agile emergenziale si comprende, infatti, meglio, attraverso la ricostruzione delle origini dell'istituto, che è tanto necessaria quanto utile nella prospettiva delle sue possibili applicazioni per il futuro.

La prima regolamentazione legislativa del lavoro agile è stata introdotta con la l. n. 81 del 2017, il cd. Statuto o *Jobs Act* del lavoro autonomo. La collocazione di queste disposizioni normative, contenute negli articoli da 18 a 23, già ne rivela l'ispirazione di fondo, che consisteva nel prospettare una nuova modalità di esecuzione del lavoro subordinato contaminata da un certo grado di autonomia (o dovremmo meglio dire di discrezionalità)¹ nello svolgimento della prestazione. L'altro obiettivo

¹ R. ALBANO, S. BERTOLINI, Y. CURZI, T. FABBRI, T. PARISI, *DigitAgile: l'ufficio nel dispositivo mobile. Opportunità e rischi per lavoratori e aziende*, Osservatorio M.U.S.I.C. Working Paper, 2017.

implicito del legislatore del 2017 era superare l'esperienza poco efficace del telelavoro, come forma di lavoro da remoto, alleggerendo proprio la disciplina in materia di salute e sicurezza sul lavoro, come preciserò tra breve, che era considerata una delle principali cause della scarsa applicazione di quell'istituto. L'intervento legislativo sul lavoro agile si collocava nel solco di una regolamentazione dettata dalla contrattazione collettiva, soprattutto aziendale, che, in forma sperimentale, aveva introdotto il lavoro da remoto in modalità alternata, nel senso che la prestazione veniva eseguita in parte all'interno della sede aziendale e in parte all'esterno, in luoghi non preventivamente identificati, ma scelti liberamente dal lavoratore. Sulla scorta di questa sperimentazione, la finalità del lavoro agile veniva espressamente identificata, dal legislatore del 2017, nel bilanciamento tra esigenze datoriali di maggiore produttività del lavoro ed esigenze di conciliazione "vita-lavoro" dei dipendenti. Tale bilanciamento, che si riteneva un effetto automatico della flessibilità spazio-temporale della prestazione, appariva virtuoso e a beneficio di entrambe le parti, sul presupposto che il lavoratore più contento, perché soddisfa le sue esigenze personali, lavora con maggiore impegno e raggiunge, quindi, migliori risultati in termini di produttività.

Con riferimento al tema della salute e sicurezza sul lavoro, come anticipato, al fine di prevedere una disciplina specifica in materia, il legislatore ha inteso qualificare il lavoro agile come "altro" rispetto al telelavoro. Sicché la previsione dell'art. 22 della legge n. 81 del 2017 consentirebbe di esaurire, nella predisposizione dell'informativa ivi regolata, l'adempimento degli obblighi datoriali in materia di salute e sicurezza. Già nel dibattito dottrinale sul lavoro agile pre-pandemico, tuttavia, la questione è apparsa tutt'altro che pacifica, poiché il legislatore può avere delle intenzioni, ma poi le norme vanno considerate nel contesto ordinamentale in cui si collocano. Allora, per quanto nella legge sul lavoro agile non ci sia alcun richiamo espresso al d.lgs. n. 81 del 2008, l'interpretazione sistematica non consente di prescindere, anche solo con riferimento alla disciplina relativa all'uso dei videoterminali². Pertanto, una riflessione sul rapporto tra telelavoro e lavoro agile, in termini di qualificazione giuridica, si è resa indispensabile per risolvere questa come altre questioni

² V. per tutti A. ALLAMPRESE, F. PASCUCCI, *La tutela della salute e della sicurezza del lavoratore "agile"*, in *Riv. giur. lav.*, 2017, 307 ss.

interpretative. Personalmente mi sono schierata tra coloro i quali reputano – e oggi, devo dire, a distanza di tempo, ne sono ancora più convinta – che il telelavoro e il lavoro agile siano due *species* di un unico *genus*, qual è ormai il lavoro da remoto, il quale, a sua volta, origina dalle previsioni del lavoro a domicilio della fine degli anni '70³.

2. L'esperienza pandemica di *home working* e i lavoratori fragili

La pandemia ha innescato una sperimentazione di vasta portata di questa modalità di esecuzione della prestazione lavorativa. Come sappiamo, non del lavoro agile così come concepito dal legislatore nel 2017 si è trattato, ma di una forma piuttosto assimilabile al telelavoro a domicilio, peraltro obbligato come nel settore pubblico e comunque disposto unilateralmente dal datore di lavoro. Se, infatti, nel settore privato il lavoro agile è stato prevalentemente consigliato ai datori di lavoro, come strumento per favorire il distanziamento sociale, nel settore pubblico, in relazione all'evolversi della pandemia, prima è stato solo consigliato, poi è diventato obbligatorio, infine è ritornato ad essere una delle modalità con cui si svolge l'attività lavorativa⁴.

Il cd. lavoro agile pandemico non solo è stato – e continua ad essere, per il vero, anche se in via di superamento ormai – strutturalmente difforme dal modello legale, ma si è anche prestato a perseguire finalità diverse. Esso ha svolto, infatti, funzioni di tutela della salute dei lavoratori e della salute pubblica, ma anche, nel settore pubblico certamente, di alternativa all'assenza di ammortizzatori sociali, e, quindi, ha garantito la continuità del reddito consentendo questa massiva assegnazione del personale al lavoro da casa. Ecco, allora, un primo elemento che si ricava dalla sperimentazione pandemica: il lavoro da remoto, nelle sue diverse forme, si presta a soddisfare una molteplicità di finalità. Il legislatore nel 2017 l'ha identificata nella combinazione virtuosa tra incremento della produttività e migliore conciliazione vita-lavoro, ma con la pandemia

³ Sia consentito il rinvio a C. SPINELLI, *Tecnologie digitali e lavoro agile*, Bari, 2018, 84 ss.

⁴ Per maggiori approfondimenti rinvio a C. SPINELLI, *Le potenzialità del lavoro digitale nelle pubbliche amministrazioni: da modalità ordinaria di gestione dell'emergenza a volano per l'innovazione?*, in *Lav. pubbl. amm.*, 2020, 21 ss.

abbiamo compreso che il lavoro agile può assolvere anche ad una funzione di tutela della salute.

Al riguardo, ritengo vada evidenziato un primo esito positivo dell'esperienza pandemica, che riguarda la tutela dei lavoratori "fragili" (disabili gravi, immunodepressi, pazienti oncologici, ecc.). Come è noto, con riferimento a questi lavoratori, si è parlato di un "diritto al lavoro agile", in base alle previsioni della legislazione emergenziale⁵, che più esattamente dovremmo definire, invece, come un "diritto a richiedere il lavoro agile", al pari di quanto previsto dal legislatore europeo nella direttiva sulla conciliazione vita-lavoro (n. 2019/1158), per cui il *caregiver* ha il diritto di chiedere permessi, ma non di ottenerli. Anche per il lavoro agile emergenziale, infatti, è stata lasciata alla discrezionalità del datore di lavoro la valutazione circa l'oggettiva compatibilità tra le mansioni del lavoratore istante e l'esecuzione in modalità agile della prestazione. Un eventuale diniego, tuttavia, doveva fondarsi su ragioni giustificatrici di carattere oggettivo, la cui legittimità si esponeva al sindacato giudiziale. In effetti, nelle pur poche pronunce intervenute al riguardo, con riferimento, peraltro, tanto ai lavoratori pubblici quanto a quelli privati, i giudici hanno quasi sempre accolto il ricorso del lavoratore, perché il datore di lavoro non aveva fornito sufficienti elementi probatori a supporto della sussistenza di esigenze organizzative tali da giustificare il rifiuto di assegnazione al lavoro agile. In alcuni casi, era stata negata questa possibilità proprio a quel lavoratore che, in ragione delle sue condizioni, era quello tra i suoi colleghi che ne avrebbe avuto maggiormente diritto; in un'altra ipotesi (in cui si trattava peraltro di una lavoratrice del settore sanitario che svolgeva essenzialmente indagini epidemiologiche, quindi rispondeva al telefono) è stata negata l'illegittimità del trasferimento contestato dalla ricorrente, ma le è stato riconosciuto il diritto al lavoro agile, essendo la richiedente una *caregiver* di soggetti disabili gravi, dato che le mansioni assegnatele ben potevano essere svolte da remoto⁶.

Evidenzio questo aspetto perché, a mio avviso, la sperimentazione pandemica e la legislazione sulla fragilità hanno acceso i riflettori su una realtà che già in parte esisteva, ma che ha ottenuto un ulteriore riconoscimento normativo, che la giurisprudenza ha poi avallato con la sua inter-

⁵ M. BROLLO, *Fragilità e lavoro agile*, in *Lav. dir. eur.*, 2022, 1 ss.

⁶ C. SPINELLI, *Il lavoro agile al vaglio della giurisprudenza cautelare: potenzialità e limiti del diritto emergenziale*, in *Riv. giur. lav.*, 2021, 91 ss.

pretazione. Mi riferisco alla questione degli accomodamenti ragionevoli, ovvero a quelle misure volte a contrastare le discriminazioni per disabilità, ma non solo, e del ricorso al lavoro agile con questa funzione. Come è noto, per effetto di una condanna della CGUE, il nostro Paese è stato costretto a modificare la normativa sui divieti di discriminazione nel lavoro (art. 3, c. 3 *bis*, d.lgs. n. 216 del 2003), proprio perché non era stata prevista correttamente la trasposizione della Direttiva n. 2000/78 su questo aspetto, ovvero che la predisposizione di misure di accomodamento ragionevole fosse un obbligo per il datore di lavoro, al fine di garantire il rispetto della parità di trattamento e favorire il pieno inserimento delle persone con disabilità. A quest'obbligo il datore di lavoro può sottrarsi solo se il suo adempimento implica un onere eccessivo e sproporzionato, in termini di costi economici oppure organizzativi da sostenere. Al riguardo, il concetto di disabilità contenuto nella Direttiva ha una connotazione "sociale" e non "sanitaria", solo da ultimo recepita nel nostro ordinamento, con la legge delega n. 227 del 2021. È disabilità, quindi, ogni limitazione fisica, mentale, intellettuale o sensoriale che, in combinazione con barriere di diversa natura, possa ostacolare la piena ed effettiva partecipazione della persona alla vita lavorativa. Pertanto, occorre modificare il contesto per compensare/superare la condizione di svantaggio e non incorrere in trattamenti discriminatori. Nell'interpretazione della Corte di Giustizia UE, anche la malattia, purché di lunga durata, se causa questo tipo di effetto, rientra nella nozione di disabilità⁷. L'introduzione della definizione di fragilità, a mio avviso, è coerente con questo orientamento del giudice europeo in merito alla possibilità di intendere in senso estensivo la nozione di disabilità e, auspicabilmente, la legislazione sopravveniente potrà consolidarne la portata oltre il contesto pandemico.

3. I presupposti organizzativi per un'efficace implementazione del lavoro agile

Il lavoro agile, così come è stato attuato a causa della pandemia, ha costituito una sorta di *stress-test*, che ha permesso di sperimentare il lavoro a distanza evidenziandone tanto le potenzialità quanto le criticità. Sono state effettuate plurime indagini sulle opinioni dei lavoratori, che hanno

⁷ C. Giust., 11 aprile 2013, cause C-335/11 e C-337/11, *HKDanmark*.

rivelato diversità di posizioni: ci sono lavoratori che hanno particolarmente apprezzato questa modalità da remoto e che vorrebbero continuarla, ma ci sono anche lavoratori che auspicavano un rapido rientro in presenza. La medesima disparità di posizioni può apprezzarsi tra i datori di lavoro del settore privato, mentre maggiori resistenze a proseguire l'esperienza di remotizzazione vengono dalle pubbliche amministrazioni. Questa diversità di approccio emerge anche dalle Linee guida sul lavoro agile che sono state adottate nel mese di dicembre del 2021, rispettivamente, dalle parti sociali e dal Ministero per la P.A. Analizzandone i contenuti, infatti, si può osservare come nelle linee guida del ministro Brunetta prevalga un approccio organizzativo, per cui ci si rivolge alle amministrazioni, ponendo anche una serie di condizionalità per l'utilizzo a regime del lavoro agile, più che intervenire sulla disciplina del rapporto di lavoro, che è rimessa invece alla contrattazione collettiva; mentre nel settore privato, si tratta di linee guida che si rivolgono proprio alla futura contrattazione collettiva, con indicazioni precise in merito alle condizioni di lavoro.

L'utilizzo del lavoro a distanza durante la pandemia è stato più agevole ed efficace nelle realtà organizzative, pubbliche e private, ma soprattutto private, che già avevano iniziato a sperimentare il lavoro agile e che, quindi, avevano già introdotto misure di organizzazione dei processi e di digitalizzazione delle attività che rendevano possibile, e anzi favorivano, questa modalità di lavoro (si pensi al settore delle telecomunicazioni, ma anche assicurativo, bancario, ecc.). Nel settore pubblico, si è pagato molto di più lo scotto dell'inefficienza organizzativa delle amministrazioni, sebbene non siano mancate quelle capaci di intervenire rapidamente sulla digitalizzazione dei loro processi organizzativi e di lavoro. Anche da questo punto di vista, quindi, la sperimentazione pandemica ha prodotto un effetto indiretto positivo: si è accelerato il processo di evoluzione organizzativa in senso digitale per diverse amministrazioni pubbliche. D'altro canto, le carenze dello sviluppo organizzativo nel settore pubblico alimentano reticenze rispetto al mantenimento di questa modalità flessibile di svolgimento della prestazione di lavoro nel periodo post-pandemico, come confermano le linee guida ministeriali, che, tra le condizioni di accesso al lavoro agile, prevedono che le amministrazioni non debbano avere arretrati di attività, presentino un determinato grado di sviluppo tecnologico, e altro ancora. Le medesime linee guida hanno previsto, altresì, che, in alternativa al lavoro agile, le pubbliche amministra-

zioni possano utilizzare altre forme di lavoro a distanza, che seguono le stesse regole del rapporto di lavoro svolto in presenza, a partire dal rispetto del medesimo orario di lavoro che si osserverebbe se si fosse in ufficio. Le pubbliche amministrazioni scontano, cioè, un disagio organizzativo rispetto al quale l'autonomia, non già sulla determinazione della durata, ma perfino quella sulla sola collocazione temporale della prestazione di lavoro, fatica ad affermarsi.

La pandemia ha posto l'accento sullo scarto organizzativo tra settore privato e pubblico rispetto all'utilizzabilità di strumenti di flessibilità nella prestazione lavorativa ed ha fatto emergere la consapevolezza che non si può partire dal fondo: non è sufficiente, cioè, regolamentare le modalità di svolgimento del rapporto di lavoro da remoto, ma occorre innestare lo sviluppo del lavoro agile in un contesto organizzativo "tecnicamente idoneo", ma anche provvisto di una "cultura organizzativa adeguata". In altri termini, per un'efficace implementazione del lavoro agile occorre un'organizzazione del lavoro *friendly*.

A tal proposito, un elemento fondamentale di cui occorre tenere conto, quale leva strategica per il cambiamento, è la formazione, una formazione specifica a "lavorare in modalità agile". E non è importante solo la formazione del lavoratore, ma anche quella della linea di comando e, in particolare, del *middle management*, cioè di quello che tendenzialmente interagisce direttamente con i lavoratori, che deve rimodulare il suo modo di esercitare il potere di direzione, il potere di controllo e all'occorrenza il potere disciplinare. A proposito della disciplina dei poteri datoriali, quando debbano esercitarsi sull'attività lavorativa svolta al di fuori dei locali del datore di lavoro, la legge n. 81 del 2017 rimanda all'accordo individuale tra il datore di lavoro e il lavoratore agile (artt. 19 e 21). Si tratta di una scelta coerente con gli intendimenti del legislatore dell'epoca, ma criticabile, in quanto tematiche che hanno un rilievo comune per tutti i lavoratori andrebbero piuttosto affidate alla regolamentazione della contrattazione collettiva, ma su questo tornerò in sede di conclusioni. In merito alla formazione, il legislatore del 2017 si è mostrato lungimirante, poiché non si è limitato a prevedere che debba essere garantita la formazione in materia di salute e sicurezza, ma ha disposto che nell'accordo individuale si possa prevedere il diritto all'apprendimento permanente e alla periodica certificazione delle relative competenze (art. 20, c. 2).

Sul fronte organizzativo c'è un altro aspetto da considerare, questa volta con riferimento alle possibili patologie dell'ambiente di lavoro, e, cioè, lo stress lavoro-correlato, rispetto al quale si segnala un vuoto normativo nella legge sul lavoro agile, da colmare, come già rilevato più in generale a proposito degli obblighi datoriali in materia di salute e sicurezza, con rinvio alle disposizioni del testo unico n. 81 del 2008, per quanto compatibili. Il lavoro agile pandemico è stato per tanti un'occasione per rallentare il proprio ritmo di lavoro, ma per molti altri – generalmente lavoratori già molto efficienti e produttivi in presenza – un motivo per incrementare l'intensità del lavoro. La definizione dei carichi di lavoro può costituire una criticità nello svolgimento del lavoro agile, che si riverbera tanto su aspetti connessi alla salute del lavoratore e al rispetto dei suoi tempi di vita personale, di cui dirò a breve, quanto sulla determinazione del trattamento economico del lavoratore agile. L'orientamento al risultato nel lavoro agile, infatti, si coniuga pur sempre con una fattispecie di lavoro di subordinato, per la quale, peraltro, il legislatore impone una parità di trattamento complessiva rispetto ai lavoratori che svolgono le medesime mansioni esclusivamente all'interno dell'azienda (art. 20).

La sperimentazione pandemica ha dimostrato, insomma, che se i carichi di lavoro non sono equilibrati, se non c'è una formazione idonea, se manca un substrato organizzativo compatibile con l'applicazione della modalità da remoto del lavoro agile, sicuramente si può innescare un fattore di disagio, che va monitorato accuratamente negli ambienti di lavoro virtuali più che in quelli fisici. A ciò deve aggiungersi il rischio dell'isolamento, invero più contenuto rispetto al telelavoro, stante l'alternanza nel modello tipico di lavoro agile tra prestazione resa a distanza e prestazione presso la sede del datore di lavoro. Al riguardo, la normativa contrattuale interviene di solito molto efficacemente, prevedendo per il lavoratore occasioni di rientro in sede, anche per l'esercizio dei diritti sindacali.

4. Gli equivoci sul lavoro agile come strumento di conciliazione vita-lavoro

Tra le criticità che sono emerse durante la sperimentazione del lavoro agile emergenziale vi è quella relativa alla difficoltà di mantenere un confine netto tra l'attività lavorativa e gli impegni personali e sottrarsi

alla richiesta di disponibilità continuativa da parte del datore di lavoro (*always on*), che l'utilizzo della tecnologia digitale favorisce e alla quale si oppone – spesso debolmente – il riconoscimento del diritto alla disconnessione. Su quest'ultimo, sulla sua qualificazione giuridica e la relativa funzione, però, non mi soffermo, rinviando alla trattazione del collega Allamprese. Desidero soltanto evidenziare come quella che è una finalità tipica – o meglio è dichiarata essere una finalità tipica – del lavoro agile, ovvero sia la conciliazione vita-lavoro, non sia affatto scontata. In altri termini, non vi è garanzia che lavorando in modalità da remoto si riesca necessariamente a soddisfare l'esigenza conciliativa tra tempi di vita e tempi di lavoro. Il legislatore del 2017, invece, la dà per acquisita, ritenendo che il solo fatto di poter alternare giorni di lavoro in presenza a giorni di lavoro a distanza, potendo disporre della flessibilità della collocazione spazio-temporale della prestazione, realizzi di per sé l'effetto conciliativo⁸. L'esperienza pandemica ci ha insegnato che questo automatismo è tutt'altro che garantito, condizionato com'è dalle situazioni personali dei lavoratori, ma anche dalla concreta organizzazione aziendale.

Se poi approcciamo la questione in una prospettiva di genere, ci accorgiamo che la sperimentazione pandemica ci ha dimostrato come quello strumento di migliore conciliazione vita-lavoro, secondo l'intendimento del legislatore, sia stato in realtà patito da molte donne e, in particolar modo, da quelle che dovevano occuparsi anche della cura dei figli a casa nei periodi di didattica a distanza, o nei casi di malattia conclamata o quarantena. Al riguardo, il legislatore pandemico ha dimostrato un'insufficiente comprensione del fenomeno, perché, nell'estendere il diritto al lavoro agile emergenziale ai genitori di figli minori, ha posto la condizione che l'altro genitore non fosse a sua volta in *smart-working*, sul presupposto evidentemente che un genitore in lavoro agile può attendere agevolmente alla cura dei figli, per cui è sufficiente che ce ne sia uno ad usufruire di tale modalità lavorativa affinché il soddisfacimento delle esigenze familiari sia realizzato. Ma la realtà è un'altra, perché se il tempo di contattabilità, che impone la compresenza virtuale con gli altri colleghi dell'ufficio o la modalità con cui si svolge il lavoro agile comunque impongono determinati vincoli, non è detto che si possa attendere alla

⁸ A.R. TINTI, *Il lavoro agile e gli equivoci della conciliazione virtuale*, WPCSDLE “Massimo D'Antona”.IT – 419/2020.

cura dei figli, dei genitori anziani, ecc. Qui c'è, a mio avviso, spazio per un intervento regolativo nel post-pandemia che dovrebbe prescindere dal condizionare la possibilità di utilizzare il lavoro agile al fatto che l'altro coniuge non ne sia già titolare. Più in generale, questo della conciliazione vita-lavoro è un ambito sul quale la contrattazione collettiva non si è spesa ancora abbastanza, mentre al contrario sarebbe certamente un terreno sul quale varrebbe la pena di impegnarsi nella ricerca di soluzioni regolative nell'interesse dei lavoratori.

5. Considerazioni conclusive

Giunti al termine di questa analisi, mi pare si possa convenire nel riconoscere che l'utilità della sperimentazione pandemica del lavoro agile, pur con tutte le sue peculiarità, sta nell'aver evidenziato, insieme alle potenzialità dello strumento anche oltre quanto si era figurato il legislatore, talune criticità sul fronte degli assetti di contesto, anche regolativi, di cui un'organizzazione, privata o pubblica che sia, deve disporre per un'efficace applicazione del lavoro agile. Tra questi pare auspicabile un ruolo più decisivo della contrattazione collettiva, in quanto idonea a regolare alcuni aspetti del lavoro da remoto in maniera omogenea per tutti i lavoratori. Fermo restando, infatti, che ci possono essere esigenze specifiche che poi vanno valorizzate in sede di accordo individuale – concernenti, per esempio, l'individuazione dei luoghi esterni per lo svolgimento della prestazione oppure la collocazione delle fasce di contattabilità – altri aspetti come il diritto alla disconnessione, la formazione, la determinazione dei carichi di lavoro, il trattamento economico accessorio, restano territorio d'elezione della contrattazione collettiva, ad integrazione di quello che è lo scarno dato legislativo.

2. Il diritto alla disconnessione dopo il protocollo 7 dicembre 2021

(A. ALLAMPRESE)

1. In questo mio intervento vorrei partire dalla definizione di “*diritto alla disconnessione*”. Cosa intendiamo con questa espressione?

In considerazione del sempre più ampio utilizzo del lavoro da remoto, quale strumento di contenimento dei rischi – sanitari ed economici – connessi al persistere della pandemia, e dei rischi psicofisici a cui può essere soggetto chi lavora *always online*, il considerando H della Risoluzione del Parlamento europeo del 21 gennaio 2021¹ definisce il diritto alla disconnessione come “diritto fondamentale, costituendo esso una parte inseparabile dei nuovi modelli di lavoro dell’era digitale”.

Qui si evoca una ricostruzione del diritto alla disconnessione come diritto della persona seppur di nuova generazione², quale sfaccettatura del diritto alla privacy, diritto del lavoratore a non subire intrusioni da parte del datore nel proprio tempo di vita extralavorativa (cfr. artt. 7 e 8 della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea). Possiamo definirlo come il diritto del lavoratore a interrompere i contatti con il datore di lavoro (non rispondendo alle e-mail, spegnendo lo *smartphone*, ecc.), senza per questo incorrere in un inadempimento contrattuale e quindi esporsi a sanzioni disciplinari.

2. Uno sguardo ora alle fonti del diritto. A differenza di quanto accade in alcuni Stati membri dell’Ue, il diritto alla disconnessione dagli strumenti tecnologici di lavoro non ha ancora trovato nell’ordinamento eurounitario una sua disciplina specifica. Le iniziative legislative sul punto si sono finora limitate alla Risoluzione del Parlamento europeo di cui sopra, cui

¹ Risoluzione del Parlamento europeo del 21 gennaio 2021 recante raccomandazioni alla Commissione sul diritto alla disconnessione (2019/2181(INL), Bruxelles).

² C. SPINELLI, *Tecnologie digitali e lavoro agile*, Bari, 2018, 7.

si aggiunge l'Accordo quadro sulla Digitalizzazione sottoscritto il 22 giugno 2020 dalle parti sociali a livello europeo³.

A livello dei singoli Stati, ci sono esperienze più avanzate rispetto all'elaborazione teorica ed alla disciplina giuridica: il caso francese *in primis*⁴. In Francia si sono sviluppate nell'ultimo decennio esperienze avanzate di contrattazione per ridurre il lavoro a distanza informale e irregolare, fino ad arrivare alle recenti modifiche al *Code du travail* (prima ad opera della c.d. "loi El Khomri" dell'8 agosto 2016, n. 2016-1088, poi, tramite l'ordinanza c.d. "Macron" n. 2017-1385 del 22 ottobre 2017).

La tecnica protettiva di cui parliamo ha comunque trovato – come appena detto da Carla Spinelli – un riconoscimento legislativo in Italia nella l. n. 81 del 22 maggio 2017, che al Capo II disciplina l'istituto del lavoro agile. È stato rilevato da più parti un vuoto nella contrattazione sullo *smartworking* precedente al 2017, che non ha previsto misure specifiche per controllare il fenomeno della connessione continua del lavoratore. Ora, il riferimento alla "disconnessione" da parte della l. n. 81 del 2017 lascia aperti alcuni interrogativi; a voler essere rigorosi la legge neppure qualifica la disconnessione come "diritto", però prevede tra i contenuti necessari dell'accordo individuale sul lavoro agile, oltre ai tempi di riposo, anche «le misure tecniche ed organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro» (art. 19, co. 1).

3. Uno dei principali problemi sulla "disconnessione" è quello dell'effettività del relativo diritto, come assicurarne concretamente l'applicazione. Infatti, in un recente articolo⁵, mi sono posto l'obiettivo di verificare se il meccanismo di tutela in discorso, per come è concepito e regolato dalla l. n. 81 del 17 e dal Protocollo nazionale del 7 dicembre 2021 con riferimento al lavoro agile nel settore privato, risulti adeguato al perseguimento della finalità di protezione contro i rischi per la salute e sicurezza dei dipendenti, evitando un prolungamento eccessivo della

³ *European Social Partners Framework Agreement on Digitalisation*, sottoscritto dalla Confederazione europea dei sindacati e dalle organizzazioni europee dei datori di lavoro BusinessEurope, Ceep e SmeUnited.

⁴ Rinvio ad A. ALLAMPRESE, *Del diritto alla disconnessione*, in *Variazioni in Tema di Diritto del lavoro*, 2022, 155 ss.

⁵ A. ALLAMPRESE, *Del diritto alla disconnessione*, cit., 147 ss.

prestazione lavorativa. La risposta al quesito, allo stato attuale, presenta ancora margini di incertezza.

Sono sorti dubbi in dottrina. In effetti occorre rilevare che la configurazione dell'interesse alla disconnessione come "diritto" sembra contrastare con la disponibilità che della disconnessione stessa la legge consente alle parti. V'è da chiedersi quanto possa essere effettivo un diritto che è solo enunciato dal legislatore e deve trovare la sua regolamentazione nell'accordo accessorio sul lavoro agile. In altre parole, la critica consiste in ciò: il diritto è solo affermato dal legislatore del 2017 senza che se ne specificino le modalità di attuazione. Diversamente dal *Code du travail* francese, poi, la legge italiana non ha ritenuto di attribuire una specifica competenza regolativa alla contrattazione. Le parti sociali possono certo addivenire a soluzioni negoziali. E abbiamo avuto nel 2021 due Protocolli nazionali sull'argomento: uno nel settore pubblico (vedi le linee guida del Ministro Brunetta precedute da un Protocollo del 10 marzo 2021), l'altro nel settore privato (il già citato Protocollo nazionale sul lavoro in modalità agile del 7 dicembre 2021).

A ciò si aggiunge la mancata previsione di sanzioni operanti nel caso in cui il diritto alla disconnessione non sia rispettato dal datore di lavoro, unico rimedio restando la richiesta di risarcimento da parte del lavoratore con tutte le problematiche relative all'onere probatorio.

Alcuni modelli di accordo individuale sul lavoro agile presentano sul punto un'ambiguità tale da rasentare la nullità per contrarietà a norma imperativa. Infatti, se si legge con attenzione la previsione di cui all'art. 19 della l. 81 del 2017, ci si accorge come le «misure tecniche e organizzative necessarie ad assicurare la disconnessione» siano strettamente legate ai «tempi di riposo del lavoratore», e quindi, come tali, debbano essere specificamente individuate nell'accordo sul lavoro agile proprio al fine di rendere effettivo il periodo di riposo (la collega Spinelli in un recente libro parla in proposito di "adattamento tecnologico del diritto al riposo"). L'interpretazione teleologica – non avrebbe senso, infatti, accordarsi sui tempi di riposo senza accordarsi sulle modalità di disconnessione – fa il paio con quella letterale, considerato che la norma specifica chiaramente che l'accordo «individua» – e non «può individuare» – detti «tempi» e dette «misure». Poi sappiamo che nei settori pubblico e privato è stata derogata la regola dell'obbligatoria sottoscrizione di un accordo individuale (art. 4, d.P.C.M. 1.3.2020 e l'art. 90, co. 4, del d.l. n. 34 del 2020,

conv. in l. n. 77 del 2020), con la conseguenza che il diritto alla disconnessione è risultato privo di regolazione: nel settore pubblico la regola è di nuovo in vigore dal 16 ottobre 2021, nel settore privato lo sarà dal 1° settembre 2022 (ai sensi dell'art. 10, co. 2, decreto-legge n. 24/2022).

Una ulteriore conferma di tale impostazione si ritrova nel Protocollo del 7 dicembre 2021, che ha dettato – valorizzando le poche esperienze di contrattazione già esistenti in specie a livello decentrato – linee di indirizzo (anche) sul diritto alla disconnessione, a cui i contratti dovranno attenersi. Il Protocollo sia all'art. 2, co. 2, lett. *f*) con riguardo al contenuto dell'accordo individuale, sia all'art. 3, ribadisce la necessità di individuare le misure organizzative necessarie ad assicurare la disconnessione, richiedendo «in ogni caso», ove la prestazione di lavoro sia «articolata in fasce orarie», l'individuazione di una «fascia di disconnessione nella quale il lavoratore non eroga la prestazione» (art. 3, co. 2).

4. La questione dell'effettività del diritto alla disconnessione potrebbe essere risolta garantendo il rispetto delle 11 ore di riposo giornaliero prescritte dal d.lgs. n. 66 del 2003.

Il prestatore di lavoro agile resta comunque libero di disconnettersi al raggiungimento del limite legale di durata massima dell'orario giornaliero di 13 ore (ricavabile, *a contrario*, dalla norma che impone un riposo minimo giornaliero di 11 ore consecutive ogni 24 *ex* art. 7 del d.lgs. n. 66 del 2003, cui si aggiungono le pause giornalieri intermedie di 10 minuti dopo 6 ore di lavoro), salvo deroghe della contrattazione ove applicabile (*ex* art. 17, co. 1, d.lgs. n. 66), in quanto la prestazione resa al di fuori di detto limite sarebbe non dovuta e quindi inesigibile da parte del datore, perché contrastante con la previsione dell'art. 18, co. 1, della l. n. 81 del 2017; questa norma infatti stabilisce un vincolo per la prestazione di lavoro agile: l'impossibilità di oltrepassare i limiti relativi «alla durata massima dell'orario giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva» (2° periodo).

Altri strumenti giuridici sono stati prospettati per limitare la disponibilità del lavoratore agile oltre i limiti dell'orario di lavoro (che attraverso la “disconnessione” si vuole arginare). Un approdo viene individuato nella previsione di fasce di reperibilità entro le quali il lavoratore deve essere sempre raggiungibile per il datore di lavoro; al di fuori di queste fasce egli avrà diritto di non utilizzare i dispositivi telematici, senza che

da ciò derivino conseguenze sul piano retributivo e sulla prosecuzione del rapporto⁶. Peraltro si è visto come il Protocollo nazionale del 7 dicembre 2021 richieda piuttosto «in ogni caso», ove la prestazione di lavoro sia «articolata in fasce orarie», che sia individuata una «fascia di disconnessione nella quale il lavoratore non eroga la prestazione» (art. 3, co. 2).

Se il diritto alla disconnessione non corrisponde a tutto ciò che supera i limiti legislativi dell'orario di lavoro, ma si sostanzia *in quel che è funzionale al riposo*, le numerose possibilità di deroga incondizionata ammesse dall'art. 17, co. 1, del d.lgs. n. 66 del 2003, ed in particolare la possibilità per la contrattazione di derogare al periodo minimo di riposo giornaliero ed all'intervallo per pausa, finiscono per porre il diritto di disconnessione nella disponibilità – almeno collettiva, se non anche individuale – delle parti. E questo rischia di vanificare una delle finalità della l. n. 81 del 2017, ossia la conciliazione tra tempi di vita lavorativa e tempi di vita extralavorativa, con possibili gravi conseguenze sulla salute del dipendente dovute all'*always on*.

Abbiamo però visto che la formulazione letterale sia dell'art. 2, co. 2, lett. *f*), sia dell'art. 3, co. 2, del Protocollo nazionale del 7 dicembre 2021, impongono chiaramente la previsione delle fasce di disconnessione e delle misure organizzative atte a garantire quest'ultima all'interno dell'accordo accessorio sul lavoro agile. Da questo punto di vista, il diritto alla disconnessione rimane dunque tutelato anche in caso di deroga *ex art. 17*, d.lgs. 66 del 2003, dato che, in ogni caso, sia la contrattazione collettiva (anche aziendale) incaricata di dare attuazione ai contenuti del Protocollo, sia – a maggior ragione – quella individuale, non potranno porsi in contrasto con quest'ultimo (cfr. art. 15, co. 1, del Protocollo cit.).

5. Un importante interrogativo che il tema della regolamentazione della disponibilità del lavoratore agile solleva riguarda quali tempi vadano computati nell'«orario di lavoro» del lavoratore agile.

Storicamente abbiamo fatto i conti con un orientamento restrittivo della Corte di Giustizia in materia di raggiungibilità del prestatore di lavoro subordinato. I giudici europei hanno tradizionalmente interpretato la nozione di «orario di lavoro» di cui all'art. 2 della Direttiva 2003/88 (su «alcuni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro») come se

⁶ C. SPINELLI, *Tecnologie digitali e lavoro agile*, Bari, 2018, 156.

richiedesse al prestatore di lavoro di essere fisicamente presente nel luogo stabilito dal datore di lavoro (in ospedale, nei locali aziendali, ecc.). Nel caso dei lavoratori agili o dei lavoratori mobili, tale condizione è esclusa tutte le volte che la prestazione è resa al di fuori del perimetro aziendale e in un luogo liberamente determinato dal lavoratore.

Però in casi recenti i giudici di Lussemburgo hanno esteso la nozione eurounitaria di “orario di lavoro” ai casi in cui sia in vigore un sistema di “*stand-by times*” (cioè quando il lavoratore non è costretto a permanere presso il luogo di lavoro, ma deve essere disponibile a reagire in un “tempo minimo” alla chiamata del datore di lavoro). Nel caso *Ville de Nivelles c. RudyMatzak* (Corte giust., 21 febbraio 2018, C. 518/15), la Corte Ue ha chiarito che l’art. 2 della Dir. n. 2003/88 dev’essere interpretato nel senso che le ore di guardia che un lavoratore trascorre al proprio domicilio con l’obbligo di rispondere alle convocazioni del suo datore di lavoro entro 8 minuti, obbligo che limita in maniera significativa la possibilità di svolgere altre attività, devono essere considerate come «orario di lavoro» (in tal senso, da ultimo, Corte giust., 9 settembre 2021, C-107/19, *Dopravní podnik hl. M. Prahy*).

D’altra parte, secondo i giudici europei, il “luogo di lavoro” dev’essere inteso come qualsiasi luogo in cui il lavoratore è chiamato ad esercitare un’attività su ordine del proprio datore di lavoro, anche quando tale luogo non sia il posto in cui egli esercita abitualmente la propria attività professionale (Corte giust., 9 marzo 2021, C-344/19, *D.J. c. Radiotelevizija Slovenija*, punto 34).

Infine, la Corte di Giustizia ha preso in considerazione la questione – che interessa anche il lavoro agile – della computabilità nell’«orario di lavoro» di alcuni tempi di spostamento dei lavoratori che non hanno un *luogo di lavoro fisso o abituale*, collegati con *smartphone* ad una centrale operativa e la cui prestazione è svolta costantemente mediante l’utilizzo di mezzi di trasporto. Nella decisione resa nel caso *Federación de Servicios Privados del sindicato CC.OO*, la Corte ha affermato che sono da considerare «orario di lavoro» gli spostamenti dei lavoratori che si trovano nella suddetta situazione per recarsi dai clienti indicati dal datore di lavoro; questi tragitti – che il datore comanda di effettuare – costituiscono infatti lo *strumento necessario* per l’esecuzione delle prestazioni tecniche *effettivamente svolte* presso tali clienti. Poiché gli spostamenti sono intrinseci alla qualità di lavoratore che non ha una postazione di lavoro fissa o abi-

tuale, il «luogo di lavoro» di siffatti lavoratori non può essere ridotto ai luoghi di intervento fisico presso i clienti decisi giornalmente dal datore di lavoro.

Ebbene l'assenza di una postazione esterna fissa rappresenta un elemento tipico anche della figura del lavoro agile. Ma la l. n. 81 del 2017 e l'art. 4 del Protocollo nazionale del 7 dicembre 2021 ci fanno capire che un margine di scelta nell'individuazione del luogo di esecuzione della prestazione, purché «idoneo» (art. 6 del Protocollo) ed «in condizioni di sicurezza e riservatezza» (art. 4), è rimesso nelle mani del lavoratore agile.

6. Per concludere uno sguardo sul futuro. Cosa possiamo attenderci a breve sul tema della regolamentazione della disponibilità del lavoratore agile?

A livello dell'Unione europea siamo in una fase strana. Abbiamo avuto una Commissione europea che è stata esuberante negli ultimi anni ed ha aperto un dossier che non ci si aspettava avrebbe mai aperto. Se contiamo tutte le iniziative che sono state prodotte a livello di proposte di raccomandazioni, Direttive o Regolamenti partorite dal Pilastro europeo dei diritti sociali (Peds), vediamo che ce ne sono tantissime.

A Bruxelles c'è anche però la sensazione che si sta esaurendo il Peds e non ci saranno molte altre iniziative che possono essere ricondotte al Pilastro. Tuttavia sono emersi due segnali interessanti nelle ultime settimane. Forse la Commissione europea è disposta ad aprire il dossier sul diritto alla disconnessione e – a quanto pare –, se dovessero fallire le trattative tra le organizzazioni sindacali europee dei lavoratori e dei datori di lavoro per un accordo quadro sul telelavoro, potrebbe mettere mano anche ad una proposta di Direttiva su questa materia. Tutto ciò è molto interessante perché ci fa pensare che le istituzioni dell'Ue stanno iniziando a sviluppare nuovi dossier a prescindere dal Peds.

3. Aspetti organizzativi del lavoro agile e annesse criticità

(M. NERI, M. RINALDINI)

1. Introduzione

Nel presente scritto si affronta in termini organizzativi la questione della salvaguardia della sicurezza sui luoghi di lavoro in relazione alla diffusione del cosiddetto “Nuovo Coronavirus”.

Ci si prefigge di analizzare il contributo che la riflessione organizzativa può fornire alla questione della salute sul lavoro e più in particolare alla interpretazione del “ruolo” dei protocolli aziendali in merito, anche in termini del filone di studio indicato come quello della *giustizia organizzativa*.

Il contributo propone quindi un ‘ponte’ tra la questione della regolazione giuridica e quella organizzativa, ‘costruito’ proprio per mezzo del concetto di giustizia.

2. Le radici della Teoria Organizzativa e della Giustizia Organizzativa

Anche se il pensiero organizzativo ha radici molto antiche, dato che principi gestionali che richiamano questioni organizzative “canoniche” si ritrovano già in contributi di epoca pre-cristiana, è opinione comune far risalire l’origine della Teoria Organizzativa allo *Scientific Management* di Taylor e all’affermarsi, in ambito economico-aziendale e più in generale nelle scienze sociali, di quella che si è poi costituita come la concezione dominante di organizzazione e cioè quella di sistema predeterminabile, ispirata da una prospettiva positivista e fondata sull’idea di razionalità *ex-ante*.

Dagli anni Sessanta a oggi, il pensiero *mainstream* ha confutato la natura meccanicistica dell’organizzazione, interpretando l’organizzazione stessa come sistema predeterminabile *organico*, fisiologicamente aper-

to alle relazioni con l'esterno tanto da essere determinato, nel suo assetto, da fattori esogeni. L'attuale concezione prevalente, quindi, non abbandona l'impostazione positivista, determinista e oggettivista, ma definisce l'organizzazione in termini non universalistici, contingenti, affidando rilevanza critica alla nozione di flessibilità e agli interventi – strutturali e non – che la sostengono (si pensi ai filoni della Teoria delle Contingenze e a quello dei Sistemi Socio-Tecnici).

Nel passaggio da una concezione di organizzazione meccanica-chiusa ad una organica-aperta la procedura – la norma, la regola, *il protocollo* – non si qualifica più come l'unico modo possibile con cui governare l'azione organizzativa, venendo legittimate anche altre forme di coordinamento più *soft*, come obiettivi, cultura, *leadership*. La procedura stessa, inoltre, perde la sua natura di guida impersonale e trascendente: le regole, le norme, i protocolli, sono applicati in funzione dei requisiti sistemici e quindi interpretati e adattati in modo 'eventualmente' flessibile.

Questa concezione – come detto prevalente nella letteratura scientifica e nella pratica manageriale – che interpreta l'organizzazione come sistema predeterminabile è stata criticata sulla base di visioni anti-positiviste, che si oppongono all'impostazione determinista, pongono al centro dell'analisi l'attore organizzativo e la sua esperienza idiosincratca. Queste prospettive di studio propongono quindi una visione di organizzazione come costruzione sociale, una concezione di razionalità come razionalizzazione *ex-post*, tendono a confutare l'efficacia della prescrizione e quindi anche della progettazione organizzativa. Conseguentemente cambia l'interpretazione della natura della norma, delle procedure, dei protocolli che, lungi dal possedere una funzione di guida *ex-ante* dei comportamenti, si qualificano solo in termini simbolico-culturali: i comportamenti non si valutano in termini di conformità alle procedure (norma, protocollo, ecc.), ma sono ciò che plasmano, istituzionalizzandoli, i "reali", ancorché soggettivi, significati delle procedure stesse.

La questione della giustizia organizzativa, evidentemente, è tratta in coerenza con il modo di concepire i fenomeni organizzativi nel loro complesso. Nella concezione di *mainstream*, la giustizia è oggettivizzata e incorporata nel "sistema" di regole che governa le decisioni e le attività organizzative: il florido filone di studi dell'*Organizational Justice Theory*¹

¹ Il 'fondatore' del filone di studi è considerato Jerald Greenberg, nel 1987, con l'articolo "*A taxonomy of organization aljustice*", pubblicato su *Academy of Management*

si caratterizza per la ricerca dei “giusti” criteri – distributivi e procedurali – che dovrebbero dare origine a “giuste” relazioni organizzative. È, in sostanza, una visione della giustizia che – in accordo con Rawls – si preoccupa di progettare giuste istituzioni (sistemi organizzativi). L’impostazione è, quindi, positivista, determinista, prescrittiva e generalizzante.

Nella concezione alternativa, organizzazione come costruzione sociale non predeterminabile, anche la giustizia è una “emergenza”, un sistema di valori che emerge in modo imprevedibile e contestuale, collegato alle specifiche esperienze degli attori organizzativi. Qui il carattere di guida dei comportamenti che può assumere la giustizia emerge a posteriori, secondo il senso attribuito dagli attori che si “incontrano” nel campo organizzativo. Non esistono, agli occhi dell’osservatore esterno, categorie di valutazione della bontà di procedure/protocolli, men che meno della loro reale applicazione.

3. Sicurezza sul lavoro e conoscenza organizzativa

È fondato asserire che anche la modalità di concepire la gestione organizzativa della sicurezza sul lavoro, così come tutte le questioni ad essa riportabili, si collegano alla concezione di organizzazione che si assume².

Dal lavoro di Heinrich del 1931³ in poi, nella consapevolezza che la sicurezza e la salute dei lavoratori siano collegate alle scelte organizzative, ci si è concentrati sullo studio sistematico dei “rischi del mestiere”, con una impostazione che deriva dalla tendenza ad intervenire secondo i principi di quella che nei decenni successivi è stata definita *job analysis*. In sostanza, si procede ad analizzare il lavoro che è stato preventivamente scomposto nelle fasi che lo costituiscono, individuando i pericoli associati a tali fasi e le eventuali procedure funzionali alla riduzione dei peri-

Review (12, 1: 9-22). Ci si permette di rinviare anche alla nostra *review* contenuta in M. NERI, M. RINALDINI, *Tempo e Giustizia nell’analisi organizzativa*, Roma, 2016; M. NERI, *Justice and organization: confronting conceptions / Giustizia e organizzazione: concezioni a confronto*, in TAO Digital Library, www.amsacta.cib.unibo.it, 2018.

² Qui si fa riferimento implicito agli innumerevoli lavori sul tema di B. Maggi, di cui si può trovare molte opere sul sito della TAO Digital Library www.taoprograms.org/tao-digital-library.

³ W. HEINRICH, *Industrial Accident Prevention: A Scientific Approach*, New York, 1931.

coli stessi. L'esito è evidentemente quello della proceduralizzazione, il cui significato organizzativo deve essere qui richiamato: la procedura sottrae all'operatore la regolazione del proprio processo d'azione e diventa un'attività separata, assegnata ad altri operatori a essa preposti, con cui si presume di poter governare, valutare e correggere i processi di lavoro dei soggetti cui è imposta⁴. Benché nel tempo si siano evidenziati oltre che i vantaggi anche i limiti della standardizzazione procedurale, questa è ancora considerata l'elemento centrale dell'*organizzare per la sicurezza*.

I limiti di cui sopra sono oggetto delle critiche del filone di studi, originato da una prospettiva a carattere soggettivista, che dalla convinzione che non sia possibile pre-scrivere quello che non è pre-vedibile (e quindi dal rifiuto di una concezione riduzionista della nozione di incertezza) trae la consapevolezza che si possa e si debba ragionare in termini di *costruzione sociale della sicurezza*, considerata in chiara opposizione alla *cultura del rischio*⁵. Questi studi, così come quelli che vanno sotto la definizione di *Critical Management Studies*, non sono però riusciti sensibilmente ad incidere sul piano dell'azione manageriale, se non in termini formativi, dato che sono orientati a comprendere la fenomenologia della sicurezza producendo una (auto-)riflessione che *può* avere impatto sulla realtà organizzativa non in termini prevedibili e predeterminabili: l'obiettivo è quello di facilitare i processi di sviluppo della conoscenza di aspetti quali ad esempio le modalità con cui si interpretano norme di controllo, di diffusione e rendicontazione delle informazioni sui rischi e gli incidenti, così come l'elaborazione emotiva degli incidenti stessi, il senso comune della sicurezza la costruzione del cosiddetto clima per la sicurezza o, infine, le dinamiche di potere e la retorica contenuta nel linguaggio collegato alle politiche di sicurezza sul lavoro.

Questo breve excursus sulle concezioni di organizzazioni, di giustizia organizzativa e gestione della sicurezza sul lavoro può essere ancor più sinteticamente presentato grazie alla schematizzazione proposta nella tabella seguente:

⁴ In questo senso, si veda ancora B. MAGGI, *Digitalizzazione e regolazione dei processi di lavoro*, in Salento A. (Ed.) *Industria 4.0: Oltre il determinismo tecnologico*, www.amsacta.cib.unibo.it, TAO Digital Library, 2018.

⁵ Sul tema si vedano i lavori di Silvia Gherardi, ad esempio, tra i più recenti, S. GHERARDI, A. MURGIA, *L'insicurezza sul lavoro tra imposizioni formali e pratiche quotidiane: un'introduzione*, in *Studi Organizzativi*, 2015, 7-17.

concezione di organizzazione	concezione di giustizia organizzativa	concezione di gestione della sicurezza sul lavoro	orientamento metodologico/ implicazioni manageriali
organizzazione intesa come sistema oggettivato pre-determinabile	il termine <i>giusto</i> è associato al 'sistema' di norme, procedure, risultati dell'organizzazione	sistema di interventi volti alla riduzione di rischio associato alle attività lavorative	quantitativo, universalizzante normazione, disegno organizzativo sistemi (es. gru) giusti
organizzazione intesa come sistema emergente non pre-determinabile	il termine <i>giusto</i> è associato alla esperienza del soggetto	analisi, valutazione, sviluppo di percorsi specifici di responsabilizzazione connessi a cultura, clima, senso comune del rischio e della sicurezza	qualitativo contestuale analisi, interpretazione,

(fonte: propria)

4. Conoscenza organizzativa e protocollo Covid

Ricapitolando, le prospettive di studio a carattere organizzativo più rilevanti, che qui indichiamo come quella *oggettivista-mainstreaming* e quella *soggettivista-critical*, si confrontano sul piano della gestione della sicurezza *ex-ante*, a carattere procedurale, contrapposta a quello della comprensione *ex-post* dei fenomeni come unica strada per il miglioramento delle condizioni di lavoro.

L'organizzazione del lavoro, in questa contrapposizione, si configura nella visione oggettivista come un "dato di fatto" immutabile, il cui disegno obbedisce ad altri criteri, in primis quelli della coerenza con la strategia d'impresa, nel quadro del mantenimento di condizioni di efficienza. Le procedure, i protocolli per la sicurezza rappresentano *la* modalità per ridurre i rischi conaturati ai processi di lavoro "altrove" cristallizzati. Allo stesso modo, il concretizzarsi della giustizia organizzativa dipende dalla *bontà* del sistema di procedure che corregge eventuali distorsioni prodotte nel percorso di strutturazione del lavoro.

Nella visione soggettivista, l'organizzazione del lavoro è una “emergenza” in senso etimologico, le procedure e i protocolli non assumono una funzione unidirezionale, possono costituire un aiuto così come una costrittività nella misura in cui vincolano l'azione dei soggetti, unici depositari del significato (e quindi della ‘responsabilità’) della sicurezza. Anche l'esperienza di giustizia, anche con riferimento al rischio-sicurezza, emerge contestualmente a prescindere dal (o addirittura in contrapposizione al) sistema di procedure, relativamente alle quali si può solo cercare di comprendere i processi di assunzione di significato.

Se si interpretano con questa chiave di lettura i risultati che emergono dalla ricerca oggetto del presente lavoro, si possono effettuare le seguenti considerazioni.

Innanzitutto la domanda di ricerca, l'analisi relativa alle modalità di applicazione del protocollo Covid-19, si configura come coerente con l'impostazione di *mainstream*, secondo la quale una volta assunta l'organizzazione del lavoro come data e individuata la procedura (il protocollo) utile alla riduzione del rischio, ci si preoccupa di analizzare la *conformità* di applicazione della procedura stessa e la sua efficacia nell'orientare i comportamenti.

Come è lecito attendersi, al di là della esaustività e della chiarezza dei protocolli applicati, emerge la rigidità dello strumento a contrasto di un fenomeno imprevisto e che si configura in modo molto differente a seconda del tipo di attività svolta: la necessità di adattamento del protocollo non sembra essere soddisfatta sufficientemente.

Emerge inoltre una attitudine alla partecipazione che potrebbe essere migliorata, con un coinvolgimento più “ricco” delle diverse componenti aziendali, in relazione alla definizione dei protocolli, dei percorsi formativi e più in generale dei cambiamenti a livello di organizzazione del lavoro. Proprio sul rapporto tra protocollo e organizzazione del lavoro è importante soffermarsi: l'impatto che il protocollo sembra aver avuto sull'organizzazione del lavoro non si evidenzia, così come non si evidenzia la tendenza a ri-orientare l'organizzazione aziendale assumendo i vincoli che la questione emergenziale comporta come “vincoli progettuali”.

Lo scarso ricorso allo *smartworking* sembra spiegabile proprio in relazione alla difficoltà di intervenire su un assetto, che nella concezione prevalente si considera *dato*.

In sintesi, ed estendendo la valutazione alla gestione organizzativa della pandemia, si sostiene che tale gestione è stata concepita prevalentemente in termini di coordinamento *previo*, proposto in condizioni di sistema organizzativo dato, in piena coerenza con la concezione di organizzazione prevalente, assumendone quindi gli stessi punti di forza e limiti.

Le concezioni di giustizia organizzativa e di gestione della sicurezza ricalcano la medesima impostazione e si configurano come interventi volti a ridurre i rischi connessi alle possibili iniquità e alle minacce alla salute, che si producono nello svolgimento dei processi lavorativi la cui strutturazione, lo si ripete nuovamente, è considerata “indipendente”.

5. **Organizzazione, giustizia, sicurezza: concezioni a confronto e direzioni alternative**

L’ipotesi che qui si sostiene è che la maggior o minor efficacia delle misure aziendali anti-Covid-19 dipenda solo parzialmente dalle specifiche caratteristiche del protocollo – nel caso di studio – o dalla corretta applicazione del protocollo stesso. In altri termini, gli elementi che emergono dalla presente ricerca (così come da altri fonti) ci sostengono nell’ipotesi che il protocollo sia stato adeguatamente predisposto e che sia stato tutto sommato adeguatamente applicato, nei limiti delle possibilità di predisposizione di uno strumento che ha come obiettivo quello di definire misure di contrasto a un fenomeno che non si conosce e nei limiti della possibilità di applicazione emergenziale delle imprese.

Al tempo stesso, i problemi che emergono nella gestione dell’emergenza e che limitano l’efficacia delle misure adottate, riportano al modo di concepire i fenomeni socio-organizzativi: se ci si “appoggia” alla visione di *mainstream*, che concepisce l’organizzazione con un sistema predeterminato, gli interventi che si propongono di migliorare giustizia e sicurezza saranno conseguentemente concepiti come fattori di prevenzione *non primaria*: interventi che si limitano a ridurre ingiustizie e rischi prodotti “a monte”.

Come visto, la prospettiva soggettivista-critica rappresenta una alternativa solo parzialmente percorribile, proprio per la sua natura tendenzialmente descrittiva-interpretativa.

Qui si sostiene l'opportunità di perseguire un approccio che vada oltre i limiti delle concezioni sopra descritte, in grado di incidere sugli specifici processi di lavoro senza cadere nella astratta oggettivizzazione-generalizzazione degli interventi a carattere procedurale. In sostanza, appare opportuno rilanciare una concezione di organizzazione che non rinunci all'obiettivo di governare i processi di lavoro ma li orienti costitutivamente ai valori di giustizia e sicurezza: che concepisca in altri termini, l'*organizzazione* in termini di *prevenzione primaria*.

Per fare questo, si propone di riflettere sull'opportunità di un cambio di paradigma che non può non coinvolgere il rapporto tra regolazione giuridica e regolazione organizzativa. Se si prende a riferimento la proposta di una possibile *terza via organizzativa*, come ad esempio quella che si ritrova nel lavoro più volte citato di B. Maggi, e si accetta la sfida di andare oltre la (solo apparentemente) rassicurante idea di sistema di norme (di fonte organizzativa e/o giuridica) *separata* dal processo d'azione lavorativo, senza "scadere" nella semplice descrizione/interpretazione del vissuto soggettivo (nella *speranza* che questa influenzi i comportamenti futuri), ci si trova di fronte alla necessità di utilizzare in particolare una nozione di partecipazione che non sia rivolta all'adattamento funzionale a requisiti di sistema, ma alla creazione di spazi in cui i lavoratori siano posti in condizione di valutare le situazioni di lavoro, di interpretare ed agire sulle costrittività organizzative, intervenendo sulle scelte di lavoro.

In altre parole, se si intende potenziare la comprensione del fenomeno e conseguentemente intervenire efficacemente sulla realtà lavorativa, con un orientamento rivolto a valori di sicurezza – e capacitazione-giustizia-benessere per accostarsi all'insegnamento di A. Sen – non si deve commettere l'errore di non riconoscere che l'enfasi sulle procedure e sulle modalità di partecipazione "tradizionali", possono incidere solo parzialmente in modo positivo su sicurezza e giustizia, proprio perché ancorate alla visione "classica" di organizzazione.

Introdurre una (alternativa) visione di organizzazione come processo di azione e decisione può indurre ad utilizzare una nozione di giustizia come capacitazione, rinforzare l'importanza della partecipazione attiva del soggetto all'analisi, all'interpretazione, alla regolazione del processo di lavoro, orientato costitutivamente ad obiettivi di salute e sicurezza.

4. L'impatto psicologico della pandemia nelle relazioni di lavoro

(E. CASOLI)

1. Introduzione

A due anni dall'esplosione della pandemia da Covid-19, seppure con le dovute cautele e prudenze, stiamo riprendendo il possesso della nostra quotidianità. Tuttavia abbiamo attraversato un lungo periodo in cui le abitudini e gli stili di vita di ciascuno di noi sono state completamente modificate, portando con sé inevitabili ripercussioni psicologiche individuali e nei contesti relazionali, culturali e nel lavoro. L'esordio dell'evento pandemico e l'immediato susseguirsi di interventi contenitivi e preventivi di emergenza (d.P.C.M.) che hanno stravolto il quotidiano e il mondo del lavoro, ha portato la comunità scientifica e gli psicologi di tutto il Paese a lavorare da subito su modelli di prevenzione e contenimento del rischio, attraverso campagne di comunicazione, progetti di sostegno psicologico per il personale sanitario o la fascia di popolazione più fragile che maggiormente ha patito le conseguenze dell'impatto della pandemia (si ricorda, *in primis*, l'importante sforzo promosso dal Consiglio Nazionale degli Psicologi coordinato dal Ministero della Salute, che ha visto la collaborazione di tutte le scuole di psicoterapia e i professionisti del territorio che, a titolo gratuito, hanno offerto per mesi un sostegno psicologico *online*). Nonostante questi enormi sforzi e il fiorire di contributi scientifici, ricerche e studi, oggi non siamo ancora pienamente in grado di stimare le ricadute di questo evento critico sui contesti di lavoro e produttivi, quantomeno nella letteratura italiana; l'attenzione riservata agli approfondimenti di natura psicologica, infatti, è stata perlopiù centrata sugli interventi di emergenza volti al sostegno individuale e alla presa in carico del disagio psicopatologico. Questo contributo vuole essere una riflessione su ciò che questi due anni di convivenza col virus ha lasciato nelle relazioni interpersonali e, soprattutto, nelle relazioni di lavoro, per poter cominciare a pensare a modelli di intervento futuri per comprendere e gestire meglio i cambiamenti che questo evento critico ha apportato nei luoghi di lavoro.

2. La pandemia e il suo impatto psicologico sulle persone e nelle relazioni di lavoro

Possiamo affermare che nessuno di noi abbia attraversato questo periodo pandemico senza conseguenze sia su un piano psicologico che relazionale. Chi più e chi meno, tutti quanti abbiamo fatto l'esperienza di un prima e di un dopo. Questo perché è venuta a mancare una "base sicura", rappresentata dalla *routine* quotidiana, ma le nostre abitudini sono state stravolte di punto in bianco: nel modo di lavorare, di vedersi con gli amici, di andare a fare la spesa, di salutarsi, di incontrarsi e persino di pensare e programmare il proprio futuro. Si sono interrotti i viaggi, gli spostamenti e la totale libertà del nostro comune agire quotidiano è stata fortemente compromessa e condizionata dal rischio di contagio di questo Covid-19 che intanto assumeva rapidamente la configurazione di una pandemia mondiale.

All'improvviso il Presidente del Consiglio dei Ministri, in un comunicato stampa alla televisione, legge il primo d.P.C.M. che obbliga l'Italia ad adottare misure di contenimento straordinarie e che, in poche settimane, mette in discussione tutte le certezze e le abitudini di ciascuno, fermando il lavoro, le attività commerciali, tutto. Nessuno, fino a quel momento, poteva sospettare un evento di tale portata poiché prima era circolata solo qualche sconnessa notizia proveniente dalla lontanissima Wuhan, in Cina, in cui si stava diffondendo una epidemia pericolosa ma che ancora non pareva riguardare il nostro mondo. Le misure di contenimento e di "distanziamento sociale" sancite da una dichiarazione di stato di emergenza mondiale dell'O.M.S., che ha portato i governi nazionali ad attivare misure restrittive per il contenimento della diffusione del virus al fine di proteggere la salute pubblica ed evitare il collasso sanitario, ha sottoposto tutti quanti a pressioni, stress, sforzi e sacrifici enormi. Anche i luoghi di lavoro si sono trovati a dover gestire procedure obbligatorie di prevenzione e protezione e a tentare di far fronte al disagio e alla gestione delle varie reazioni individuali delle persone. Superato il primo *lockdown* generale, alla ripresa delle attività di lavoro, non è stata per niente facile la gestione delle cose. I provvedimenti che sono attuati hanno previsto varie azioni a diversi livelli: *misure protettive individuali* (igiene delle mani, l'utilizzo di dispositivi di protezione come mascherina chirurgica e guanti monouso); *misure ambientali e di distanziamento sociale* (obbli-

go di gel disinfettante in varie stanze finanche tutte, riduzione dei lavoratori in presenza negli uffici, di clienti negli esercizi commerciali, lavoro da casa, isolamento dei casi positivi, quarantene per chi era entrato anche solo in contatto con un positivo).

Numerosi sono gli studi in letteratura sui rischi per la salute psicologica legata ai grandi eventi traumatici e alle catastrofi. Questi hanno permesso di intervenire tempestivamente con campagne adeguate e anche di poter fare qualche previsione realistica in merito ai probabili danni che il “colpo di coda” della pandemia avrebbe portato nella società, per intervenire tempestivamente con modelli e programmi di più ampio respiro.

Possiamo ricordare, a titolo di esempio, l'epidemia da SARS nel 2003 in cui si era già evidenziato quanto le misure di contenimento sociale (quarantena) avessero portato ad un'incidenza di **disturbo post traumatico da stress (DPTS)** e osservato come i rischi per la salute psicologica degli individui, soprattutto i giovani e i bambini, fossero maggiori se accompagnati da una serie di altri fattori quali: prolungato isolamento sociale; elevato timore di contagio; affettività negativa (frustrazione, noia, disagio, solitudine); accesso ad informazioni inadeguate; perdite finanziarie/incertezza economica; stigma sociale.

Non bisogna dimenticare poi il proliferare di notizie mediatiche che hanno seminato un vero e proprio terrorismo psicologico. A tale proposito, infatti, L'OMS ha introdotto il termine di “*infodemia*” per indicare la circolazione di una quantità eccessiva di informazioni, talvolta non veritiere o non provenienti da fonti attendibili e affidabili, che rendono difficile orientarsi su un determinato argomento. Si è pertanto rivelato di particolare importanza trovare una contromisura a questo fenomeno, mettendo in guardia dalle cosiddette *fake news* che il coronavirus di Wuhan sembrava essersi portato con sé in molti paesi del mondo. Anche nel nostro Paese tutto ciò, unitosi al susseguirsi di notizie, dd.P.C.M. e linee guida poco chiare e in continuo divenire, hanno alimentato panico e angoscia, oltre ad esasperare il generale stato di incertezza e di tensione.

E cosa è accaduto in questo periodo nel mondo del lavoro? Come hanno avvertito il colpo i lavoratori e le lavoratrici? Come già anticipato, sono ancora pochi i contributi della psicologia in questo ambito. I motivi sono stati sopra esposti, ovvero la priorità data all'emergenza e agli aspetti clinici e relativi alla psicopatologia. Inoltre, le realtà lavorative si deli-

neano in una grande varietà e diversità tra loro e la psicologia del lavoro ancora non è così presente e attiva nel panorama italiano.

Certamente fenomeni come la *paura*, *l'ansia diffusa*, la difficile convivenza con i nuovi *dispositivi di protezione* individuali e collettivi (o comunque per la generalità dei lavoratori, in senso atecnico del termine), hanno impattato notevolmente sulle relazioni di lavoro aumentando i livelli di stress e di difficoltà. Occorre, *in primis*, ricordare le perdite economiche, la disoccupazione o la sottoccupazione di molte categorie di lavoratori (si pensi al turismo o allo spettacolo) che ha portato molte persone a sopportare condizioni di lavoro più difficili, con una limitata disponibilità di supporti sociali e organizzativi, orari di lavoro irregolari, complicazioni nell'accesso ai dispositivi di sicurezza e all'assistenza sanitaria (ricordiamo tutti la prima fase della pandemia in cui non erano presenti i vaccini e non tutti i luoghi di lavoro disponevano delle condizioni adeguate per la salute e la sicurezza dei lavoratori come per esempio gli operatori sanitari o anche i meno citati operatori di supermercati, sempre in prima linea nella pandemia). Uno sguardo lucido e vigile va poi tenuto sul futuro perché è già stato sottolineato dagli economisti come la recessione correlata a questa pandemia probabilmente provocherà licenziamenti, disoccupazione e ridimensionamenti aziendali che aumenteranno la *job insecurity*, vera o presunta, con una ripercussione soprattutto sui giovani e su vari settori aziendali (ristorazione, turismo, commercio).

Una riflessione più approfondita riguarda sicuramente quello che ha rappresentato il cambiamento più diffuso nel modo di lavorare della maggior parte delle persone: il *lavoro a distanza*, altrimenti detto *lavoro agile* o *smartworking*. Sugli scenari possibili, nella prospettiva in cui questa modalità lavorativa sarà mantenuta in futuro, ci sono già molti contributi e approfondimenti interessanti, alcuni anche stimolanti perché aprono possibilità di riflessione su un possibile nuovo panorama che si potrebbe delineare nel mondo del lavoro, con conseguenze sul relativo impatto psicologico e sociale. Una prima prospettiva, ad esempio, attribuirebbe all'adozione del *lavoro agile* una diversa percezione sul tipo di lavoro, che si andrebbe a delineare in “buoni lavori” (altamente qualificati, centrali e di concetto, attuabili anche a distanza) e in “cattivi lavori” (poco qualificati, poveri, periferici, attuabili solo in un determinato luogo di lavoro) aumentando così il divario tra di loro e la disparità di accesso per alcune categorie sociali svantaggiate. Si è poi osservato che questa

disparità (che colpirebbe maggiormente le donne, le minoranze etniche, i lavoratori precari, a basso reddito, con limitato livello di istruzione e i *low skilled*) potrebbe accrescere le già presenti disparità socio-economiche.

Un'ulteriore riflessione possibile riguarda l'impatto che lo *smartworking* ha avuto sui rischi legati alla cosiddetta **interfaccia casa-lavoro** ovvero sugli effetti che il lavoro agile da casa può avere nella gestione delle attività famigliari, dei confini tra famiglia e ruoli lavorativi e degli spazi domestici. Tale rischio è stato rilevato più nelle donne, perché solitamente sono loro ad assumersi la responsabilità nella gestione famigliare e quindi la repentina diffusione del lavoro da casa le ha penalizzate sicuramente in misura maggiore. Occorre pertanto trovare un equilibrio nuovo tra lavoro e vita privata per evitare un aumento di stress, di esaurimento emotivo e *burnout*.

La psicologia del lavoro e delle organizzazioni pone da tempo l'attenzione al lavoro a distanza a patto che si tengano conto di importanti innovazioni che favoriscano l'agilità del lavoro e anche delle esigenze personali (flessibilità nei rapporti e contratti di lavoro; flessibilità nella programmazione del lavoro e l'adozione di nuovi modi di controllo centrati sugli obiettivi e su un clima di fiducia organizzativa; flessibilità degli spazi come lo *smartworking* o delle aree di *coworking*; flessibilità di tempi e orario di lavoro). Il lavoro a distanza è ormai considerato dalla psicologia del lavoro una delle aree problematiche centrali da studiare empiricamente per comprenderne l'impatto sulla vita delle persone e sul funzionamento dell'organizzazione (G. Sarchielli, 2020).

È bene ricordare che l'essere umano è fatto di un corpo e questo non può essere trascurato volendo promuoverne il benessere, ciò significa che le relazioni hanno bisogno di un certo grado di "fisicità" e non bisogna perdere l'abitudine ad uscire, guardarsi in faccia, avere il tempo per un caffè con i colleghi nei momenti di pausa o per spostarsi da una sede a un'altra. Un effetto dello *smartworking*, infatti, è proprio lo stress da sovraccarico lavorativo a causa dell'iper-efficienza che "l'*online*" ha provocato. Ricordiamoci, inoltre, che non è possibile comunicare solo attraverso uno schermo e che il 55% della **comunicazione** passa attraverso il **para-verbale** che è il modo in cui ci si scambia implicitamente le informazioni, attraverso ciò che si indossa, il contesto, le formalità o le battute tra un caffè e i convenevoli. La relazione nasce lì e quei momenti devono continuare ad esistere per le relazioni di lavoro.

In ultima analisi si pone l'accento su un altro fenomeno che ha fortemente influenzato le relazioni di lavoro e le organizzazioni, ovvero il generarsi di *paura* e *ansie diffuse* che ha compromesso in modo significativo il benessere organizzativo, soprattutto del comparto socio sanitario che ha visto gli operatori sottoposti a rischi di *stress* e *burnout* senza precedenti. Numerosi sono gli studi e le indagini esplorative nelle AUSL e nei comparti ospedalieri in cui si evidenziavano livelli di *distress* molto elevati e l'esigenza di intervento rapido e tempestivo. In merito a questo va citata l'importante ricerca/azione che il Consiglio Nazionale degli Psicologi, in collaborazione con INAIL e Ministero del lavoro, ha condotto nel 2020 durante la cosiddetta "prima ondata" che ha portato al *lockdown* totale; essa era rivolta al personale sanitario (operatori sanitari, soccorritori, operatori socio assistenziali). Questo importante e maestoso intervento ha messo in campo molti sforzi da parte dei professionisti che, su base volontaria e a titolo gratuito, si sentivano di offrire un contributo attraverso supporto psicologico *online* di primo e secondo livello. Come previsto dalle linee di indirizzo per l'intervento psicologico a distanza a favore della popolazione nelle emergenze, si è ritenuto di estrema importanza intervenire precocemente allo scopo di: a) comprendere al meglio la domanda espressa; b) mitigare il livello di stress; c) ridurre l'eventuale impatto emotivo; d) valorizzare le risorse individuali, familiari e comunitarie se presenti e utilizzabili; e) riconoscere e valorizzare le risorse individuali e collettive; f) intervenire sulla normalizzazione delle risposte emotive e proporre azioni psicoeducative se necessario; g) contrastare sempre la diffusione di *fake news* alimentate dai *social* e dai *media*.

Ma la paura e l'ansia diffusa non hanno riguardato solo gli operatori sanitari bensì tutte le categorie lavorative e hanno contribuito, a pieno titolo, ad avere forti impatti nelle relazioni di lavoro. Ebbene, che cos'è la **paura**, quell'emozione primaria che conoscono tutti? A quali "effetti" della paura occorre prestare attenzione per evitare rischi ulteriori nelle relazioni e nelle organizzazioni?

La paura è un'emozione primaria ovvero innata e universale caratterizzata da uno stato emotivo spiacevole di apprensione e repulsione in prossimità di un pericolo vero o presunto. Come ci insegnano le neuroscienze, la paura risiede in quella parte della corteccia cerebrale che coinvolge la nostra "parte affettiva" cioè la corteccia temporale e l'amigdala. La paura di solito è attivata da stimoli esterni potenzialmente pericolosi.

si che elicitano risposte di stress mediante l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. L'attivazione dell'amigdala viene processata nella corteccia prefrontale e orbito frontale e così porta, sul piano cognitivo, l'esperienza psicologica della paura (Steimer, 2002). La paura ha sempre avuto una funzione molto importante sul piano evolutivo poiché ha permesso alla specie umana di proteggersi dalle minacce e dai pericoli, affrontandoli attivando la risposta di "attacco e fuga" mediata dal sistema nervoso centrale o attivando una risposta di "congelamento" davanti a pericoli inevitabili e sovrastanti, mediata dal sistema nervoso autonomo. Tuttavia livelli eccessivi di paura o protratti per tempi prolungati portano a sregolare la normale capacità reattiva della persona e a portare ad una alterazione della risposta neuroendocrina allo stress con conseguenze negative sul piano cerebrale, sul corpo e, conseguentemente, anche sul piano psicologico, aumentando il rischio di disregolazione emotiva e di psicopatologia.

Oggi la psicologia possiede molti strumenti per la diagnosi e il trattamento della psicopatologia e i disturbi legati alla cosiddetta regolazione emotiva ma molto deve essere fatto sul piano della prevenzione e dell'intervento precoce, soprattutto sui luoghi di lavoro che sono ancora piuttosto sguarniti di interventi attivi e efficaci per rispondere ai reali rischi di **stress lavoro-correlato** e nella valutazione delle situazioni di disagio rilevanti.

È stato fatto uno studio interessante (Schimmenti *et al.*, 2020) che ha esaminato le proprietà psicometriche della versione italiana di un questionario di rilevazione, il MAC-RF che misura le paure delle persone legate al Covid-19 e offre uno *screening* di ciò che potrebbe essere clinicamente rilevante nelle organizzazioni e potrebbe essere di aiuto nell'orientare il lavoro diagnostico e il tipo di intervento nei contesti della promozione della salute e della prevenzione e cura del disagio psicologico. L'aspetto interessante che si ritiene utile riportare riguarda il modello teorico che vi sta a monte, ovvero che l'emozione della paura riferita alla pandemia può coinvolgere ciascuno dei quattro domini centrali dell'organizzazione psichica di una persona. Questi sono:

- a) **dominio corporeo**: è il corpo che è percepito come fonte di pericolo, capace di "tradire" ammalandosi o soffrendo. Questa paura per il corpo aumenta il bisogno di proteggerlo dall'infezione e, nelle sue forme più estreme, può portare l'individuo alla rinuncia totale di contatto con oggetti e persone;

- b) **dominio relazionale:** riguarda la paura degli altri e per gli altri; la paura riguarda i contatti sociali, compreso quelli con i familiari e il *partner*;
- c) **dominio cognitivo:** la paura di sapere che porta la persona a evitare le informazioni sulla pandemia e al bisogno di distrarsi per proteggersi dall'ansia; ma all'opposto riguarda anche la paura di non sapere e di evitare le emozioni negative nel percepire un senso di padronanza attraverso l'acquisizione di tutte le informazioni possibili, affidabili o meno;
- d) **dominio comportamentale:** porta l'individuo a muoversi su due poli opposti tra la paura di agire, bloccato dall'incertezza rispetto al presente e al futuro o, di contro, la paura di non agire che lo porta ad allontanare i sentimenti negativi attraverso spinte impulsive prive di riflessività.

3. Conclusioni

Probabilmente anche grazie al contributo degli psicologi e di quanto si conosce e si legge in letteratura, durante la pandemia Covid-19 si è potuti intervenire da subito con campagne di comunicazione per arginare gli effetti disastrosi che inevitabilmente ciò avrebbe portato con sé anche in termini di disagio psichico. Qualcosa è stato fatto ma molto è ancora da fare perché gli effetti del periodo che abbiamo passato si vedono più chiaramente ora che si raccolgono i cocci. Nei luoghi di lavoro e nella scuola ancora si convive con la paura e regole che cambiano continuamente e che condizionano la quotidianità portando molti problemi nella gestione casa-lavoro. Nonostante questo non bisogna perdere l'abitudine di uscire e di incontrarci, vincere le paure e le resistenze. Occorre contrastare la tendenza del lavoro da remoto, anche se per alcuni aspetti si è rivelato utile e comodo. In realtà esso non permette di riallacciare le relazioni con i colleghi ma solo di coltivare legami deboli che non hanno la forza di segnare e incidere sulla nostra vita apportando conseguenze significative. **Serve incontrarsi.** Perché incontrare di persona un collega o fare una riunione con il capo permette il "fuori onda", mette le basi per la fiducia, così importante nelle relazioni di lavoro e specialmente in questo momento storico. Incontrarsi di persona adesso può essere

visto come faticoso ma ne vale la pena: migliora il senso di appartenenza e ci restituisce un sentimento di autoaffermazione e autostima. Concludendo, potremmo dire che è nell'incontro con l'altro che diventiamo più coraggiosi, perché solo cogliendo i segnali dell'altro capiamo di più, diciamo di più e diventiamo più audaci e questo meriterebbe una opportuna riflessione per la programmazione del lavoro che ci attende.

4. Bibliografia

- G. Sarchielli, *Pandemia da Covid-19, lavoro e carriere. L'importanza del career counseling*, in *Counseling*, 2020, 14-25;
- A. Schimmenti, *Pandemia e paura*, in www.oprs.it;
- A. Schimmenti, J. Billieux, V. Starcevic, *The four horsemen of fear: An integrated model of understanding fear experiences during the COVID-19 pandemic*, in *Clinical Neuropsychiatry*, 2020, 41-45;
- H. Steele, *COVID-19, fear and the future: An attachment perspective*, in *Clinical Neuropsychiatry*, 2020, 97-99;
- A. Schimmenti, V. Starcevic, A. Giardina, Y. Khazaal, J. Billieux, *Multidimensional Assessment of COVID-19-Related Fears (MAC-RF): A Theory-Based Instrument for the Assessment of Clinically Relevant Fears During Pandemics*, in *Front Psychiatry*, 2020, 748;
- G. Femia et al., *Gli effetti psicologici della pandemia: strategie di coping e tratti di personalità*, in *Cognitivism clinico*, 2020, 119-135;
- Stefano Gheno, *Il lavoro nel post Covid-19: tra desiderio e cambiamenti necessari*, in *Lavoro Diritti Europa, Rivista nuova del diritto del lavoro*, 2020.

Parte IV

Medicina e Diritto

1. Spunti di riflessione sulla legittimità dell'obbligo di vaccinazione contro il virus SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro, tra presente e futuro

(G. PELLACANI)

1. Il dibattito sulla configurabilità di un generico obbligo di vaccinazione contro il Coronavirus SARS-CoV-2) nei luoghi di lavoro: le posizioni dottrinali

La disponibilità, dai primi giorni del 2021, di una *misura di prevenzione di riconosciuta efficacia*, vale a dire di *vaccini* contro il Coronavirus (SARS-CoV-2)¹ e il convincimento che soltanto una vaccinazione di massa avrebbe verosimilmente consentito di raggiungere la cosiddetta “immunità di gregge” e quindi di porre fine alla pandemia a livello generale ha innescato un acceso dibattito sulla possibilità ed opportunità di imporne la somministrazione anche *contra volentem* o in alternativa, di limitarsi ad una raccomandazione, semplice oppure rafforzata da penalizzazioni di vario genere (quali ad esempio limitazioni all'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblici o all'ingresso in locali aperti al pubblico) per chi decidesse di non sottoporvisi. Di qui l'emergere della tensione fra la dimensione solidaristica e collettiva del diritto alla salute (art. 32, co. 1 Cost.) e l'interesse individuale a non essere sottoposto a trattamenti sanitari imposti².

¹ Su tali aspetti cfr. F. GOBBA, *Aspetti medici della vaccinazione anti-covid-19 nei lavoratori: il rischio di infezione negli ambienti di lavoro, la efficacia ed i rischi dei vaccini*, in R. Pinardi (a cura di), *L'obbligo vaccinale dei lavoratori durante l'emergenza sanitaria*, Quaderni Fondazione Marco Biagi, n. 1/2021, 29 ss.

² In argomento v. R. PINARDI, *Pandemia da Covid-19 e obbligo vaccinale per i lavoratori: quali limiti costituzionali?*, in R. Pinardi (a cura di), *L'obbligo vaccinale dei lavora-*

In ambito giuslavoristico ci si è fin da subito interrogati sulla possibilità/necessità per i datori di lavoro di pretendere che un proprio dipendente si sottoponga alla vaccinazione, messa a disposizione gratuitamente dal servizio sanitario o dallo stesso Datore di lavoro. Dopo le iniziali prese di posizione, a favore e contro³, il dibattito che si è sviluppato in dottrina ha condotto sostanzialmente a due tesi:

- a) secondo un primo orientamento, in una situazione di pandemia il datore di lavoro, per tutelare la sicurezza e la salute dei lavoratori nonché delle altre persone che si trovano negli ambienti di lavoro può, alla luce degli artt. 2087 c.c., 20 e 279 d.lgs. n. 81 del 2008, e “a seguito di attenta valutazione del rischio specifico nella propria azienda effettuata con l’assistenza del medico competente, richiedere a tutti i propri dipendenti la vaccinazione, dove questa sia per essi concretamente possibile” nonché “idonea a realizzare condizioni di sicurezza contro il rischio dell’infezione apprezzabilmente maggiori”⁴;
- b) per altra dottrina, invece, la vaccinazione può essere richiesta dal datore di lavoro, previa valutazione del rischio specifico con l’assistenza del medico competente, solo con riferimento agli ambienti di lavoro in cui il Coronavirus-2 (*SARS-CoV-2*) costituisca un rischio specifico⁵, ovvero laddove il virus sia introdotto intenzionalmente nel ciclo

tori durante l'emergenza sanitaria, cit., 4 ss.

³ Quanto al dibattito iniziale, tendenzialmente favorevoli, pur con sfumature diverse, R. GUARINIELLO, *Sorveglianza sanitaria: vaccino obbligatorio per i lavoratori?*, in *DPL*, 2021, 27 ss.; P. ICHINO, *Perché e come il dovere di vaccinarsi può nascere da un contratto di diritto privato*, in *LDE*, 2021. *Contra* G. FALASCA, *Non si può licenziare il dipendente che rifiuta di vaccinarsi*, in *www.open.online.it*, 25.12.2020. Per una ricostruzione delle diverse posizioni G. BENINCASA, G. PIGLIALARMÌ, *COVID-19 e obbligo giuridico di vaccinazione per il dipendente*, in *WP Salus*, 2021, 13.

⁴ Cfr. P. ICHINO, *Perché e come l'obbligo di vaccinazione può nascere anche solo da un contratto di diritto privato*, in *LDE*, 2021, 4; L. MENGHINI, *Covid, sicurezza, vaccini: rappresentanze e partecipazione*, ivi, 2021; A. DE MATTEIS, *Dal Tribunale di Belluno al Consiglio di Stato 20 ottobre 2021 n. 7045. Uno sguardo sulla giurisprudenza in tema di obbligo di vaccino*, in *Labor*, 5.11.2021; muovendo dalla necessaria rielaborazione della valutazione dei rischi *ex art. 29, co. 3, d.lgs. n. 81/2008* e valorizzando il ruolo del medico competente *ex artt. 41, comma 1, lett. b, e 42 del d.lgs. n. 81/2008* P. PASCUCCI, A. DELOGU, *L'ennesima sfida della pandemia Covid-19: esiste un obbligo vaccinale nei contesti lavorativi?*, in *DSL*, 2021, spec. 107 ss..

⁵ V. la nota 0a) all'allegato XLVI del d.lgs. n. 81 del 2008 (nota inserita dall'art. 4, c. 1, del d.l. 7 ottobre 2020, n. 125, convertito, con modificazioni, dalla l. 27 novembre 2020, n. 159)

produttivo, come nei laboratori di ricerca, di didattica o di diagnostica, o, quale conseguenza del dovere di protezione gravante sul lavoratore, nelle strutture sanitarie dove siano ricoverati e sottoposti a cure pazienti affetti da Coronavirus-2 (*SARS-CoV-2*) o soggetti particolarmente esposti al rischio in caso di contagio (strutture per anziani)⁶. Oltre alle previsioni dell'articolo 2087 del codice civile e dei protocolli condivisi (innanzitutto il protocollo 14 marzo 2020, integrato il 24 aprile 2020, aggiornato il 6 aprile 2021)⁷, richiamati dall'articolo 29-*bis* del cosiddetto "decreto liquidità" (d.l. n. 23 del 2020), viene infatti in rilievo anche il titolo X del Testo unico sulla sicurezza (d.lgs. n. 81 del 2008) e la vaccinazione rientra senz'altro tra le misure da prendere in considerazione in sede di giudizio di idoneità⁸ e quindi da adottare per proteggere contro i rischi per la salute e la sicurezza derivanti dall'esposizione all'agente biologico i lavoratori e tutti "terzi che si trovino nell'ambiente di lavoro, indipendentemente dall'esistenza di un rapporto di dipendenza con il titolare dell'impresa" (da ultima Cass. Pen. sez. IV, 26 febbraio 2019, n. 13583)⁹, soprattutto se "fragili". Per di più "intendendo il rinvio legislativo" (di cui all'art. 29-*bis* d.l. n. 23 del 2020) "esteso, oltre che alle misure di sicurezza espressamente tipizzate dal Protocollo, anche a quelle dinamicamente individuate o individuabili nel necessario processo di adattamento dei Protocolli nazionali ai contesti aziendali", si ritiene "corretto affermare che nel difficile bilanciamento dei molti diritti coinvolti in questa materia il datore di lavoro possa legittimamente porre in essere, anche

⁶ Si consenta il rinvio a G. PELLACANI, *La vaccinazione contro il Coronavirus (SARS-CoV-2) negli ambienti di lavoro tra norme generali in tema di prevenzione e tutela della salute e sicurezza, disciplina emergenziale per la pandemia COVID-19 e prospettive di intervento del legislatore*, in *LDE*, 2021; O. MAZZOTTA, *Vaccino anti-covid e rapporto di lavoro*, *ibidem*; L. ZOPPOLI (l'opinione di), *Dibattito istantaneo su vaccini anti-covid e rapporto di lavoro*, in *Labor*, 22.01.2021.

⁷ Sull'inedito intreccio fra fonti legislative e non legislative (d.P.C.M.) e atti di autonomia negoziale collettiva v. M. MARAZZA, *L'art. 2087 nella pandemia COVID-19 (e oltre)*, in *RIDL*, 2020, I, 267 ss.; A. PERULLI, «*Diritto riflessivo*» e autonomia collettiva al tempo del COVID-19, *ivi*, 2020, I, 299 ss.

⁸ In argomento v. M. GIOVANNONE, *Somministrazione vaccinale e gestione prevenzionistico-cautelare del rapporto di lavoro: dalle misure generali di tutela al Titolo X del D.lgs. N. 81/2008*, in R. Pinardi (a cura di), *L'obbligo vaccinale dei lavoratori durante l'emergenza sanitaria*, cit., 54 ss.

⁹ In *RIDL*, 2019, II, 392.

nei confronti dei no vax, tutte le misure di sicurezza contemplate dai Protocolli nazionali cui espressamente rinvia la legge e/o riconducibili alla loro diligente applicazione”, “con la centralità del ruolo del medico competente, nel rispetto delle procedure previste dagli accordi (a partire dal coinvolgimento del Comitato aziendale o territoriale) e con il coinvolgimento dei soggetti ivi previsti”¹⁰.

2. **Segue: le letture giurisprudenziale anteriori all'introduzione dell'obbligo vaccinale e della Certificazione Verde Covid-19 (c.d. *green pass*)**

La prima di giurisprudenza di merito, pur in mancanza di una previsione che imponesse l'obbligo vaccinale, ed in un contesto in continua evoluzione, ha confermato le scelte di quei datori di lavoro che, in ambienti particolari (come le case di cura o le residenze per anziani), avevano richiesto ai lavoratori addetti alla cura e all'assistenza di persone anziane o con molteplici patologie, la vaccinazione, quale requisito per l'esercizio dell'attività, talvolta previo giudizio del medico competente. E, conseguentemente, sono stati ritenuti legittimi i provvedimenti (di natura non disciplinare, ma organizzativa) adottati a seguito del rifiuto ingiustificato di sottoporsi alla vaccinazione, quali la sospensione dal lavoro e dalla retribuzione, lo spostamento a mansioni diverse, il collocamento in ferie anche non retribuite o in aspettativa non retribuita, dichiarando altresì non fondate le questioni di legittimità costituzionale¹¹.

¹⁰ M. MARAZZA, *Gli effetti giuslavoristici della mancata vaccinazione*, in *GCiv*, 2021, 9.

¹¹ V. ad es. Trib. Modena, ord. 23.07.2021 n. 2467; Trib. Modena, 19.05.2021; Trib. Belluno, ord. 19.03.2021 n. 12; Trib. Belluno, ord. 06.05.2021 n. 328; Trib. Verona, 24.05.2021; Trib. Roma, ord. 28.07.2021 n. 18441, relativa a personale non sanitario; Trib. Milano 16.09.2021, n. 2135, che peraltro accoglie il ricorso per la mancata prova dell'impossibilità di adibizione a mansioni diverse e, per il periodo successivo all'introduzione dell'obbligo vaccinale, per violazione della procedura prevista dalla legge. In arg. A. DE MATTEIS, *Dal Tribunale di Belluno al Consiglio di Stato 20 ottobre 2021 n. 7045*, cit., 7-8; L. PAPA, N. A. MAGGIO, *Il lungo viaggio "senza fermate giurisprudenziali" del green pass (e della sua obbligatorietà) nel nostro ordinamento*, in *LDE*, 2021, 12-13.

3. La previsione dell'obbligo vaccinale e l'introduzione della Certificazione Verde Covid-19 (c.d. *green pass*)

Preso atto che il compito di realizzare il bilanciamento fra il complesso di interessi e diritti costituzionali in gioco, della collettività, dei lavoratori e dei terzi, spetta in via prioritaria al legislatore e non ai datori di lavoro, il Governo decide di prendere il timone della situazione innanzitutto col d.l. n. 44 del 1° aprile 2021 (convertito in l. n. 76 del 2021) ed introducendo, sino alla completa attuazione del piano strategico nazionale dei vaccini previsto dall'articolo 1, comma 457, della legge n. 178 del 30 dicembre 2020 e comunque non oltre il 31 dicembre 2021, un obbligo di vaccinazione per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario (art. 4). La vaccinazione è gratuita e costituisce requisito essenziale per l'esercizio della professione e per lo svolgimento delle prestazioni lavorative rese dai soggetti obbligati. Il decreto recepisce le richieste provenienti dal mondo delle professioni sanitarie e le indicazioni e i suggerimenti degli esperti, realizzando un ragionevole bilanciamento fra l'interesse collettivo alla salute e quello individuale a non essere sottoposti a trattamenti sanitari contro la propria volontà, facendo prevalere il primo ma con adeguati temperamenti. L'imposizione è infatti riferita solamente alle categorie di lavoratori maggiormente esposti al rischio di essere contagiati e di diffondere il contagio, è limitata all'arco temporale strettamente indispensabile, è prevista un'esenzione in caso di comprovate controindicazioni mediche. In ogni caso, poi, il rifiuto di sottoporsi al vaccino non comporta provvedimenti definitivi (licenziamento o radiazione dall'albo), ma soltanto temporanei (spostamento a mansioni compatibili¹² o sospensione dall'esercizio dell'attività senza retribuzione o alcun tipo di trattamento).

Immediatamente dopo (6 aprile 2021) le parti sociali, al fine di favorire la vaccinazione ed accelerare il completamento della campagna vaccinale (che rimane un'iniziativa di sanità pubblica), sottoscrivono, su invito del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali e del Ministro della Salute, un protocollo un Protocollo nazionale per la realizzazione dei piani aziendali finalizzati all'attivazione di punti straordinari di vaccinazione anti *SARS-CoV-2*/Covid-19 nei luoghi di lavoro, che con-

¹² Possibilità successivamente eliminata dal legislatore.

sente (quindi non impone) ai “*datori di lavoro, singolarmente o in forma aggregata e indipendentemente dal numero di lavoratrici e lavoratori occupati, con il supporto o il coordinamento delle Associazioni di categoria di riferimento*” di “manifestare la disponibilità ad attuare piani aziendali per la predisposizione di punti straordinari di vaccinazione anti SARS-CoV-2 (Covid-19) nei luoghi di lavoro destinati alla somministrazione in favore delle lavoratrici e dei lavoratori che ne abbiano fatto volontariamente richiesta”¹³.

Da questo momento si assiste ad una vera e propria “cavalcata” di disposizioni legislative¹⁴.

Con il d.l. n. 52 del 22 aprile 2021 (conv. in l. n. 87 del 2021) fanno la loro comparsa le certificazioni verdi Covid-19 (art. 9), attestanti lo stato di avvenuta vaccinazione contro il SARS-CoV-2, la guarigione dall’infezione da SARS-CoV-2, ovvero l’effettuazione di un test antigenico rapido o molecolare (c.d. *green pass*), che prima diventa requisito necessario per l’accesso a taluni servizi ed attività (art. 9-bis, aggiunto dal d.l. n. 105 del 23 luglio 2021, conv. in l. n. 126 del 2021) e subito dopo, a fronte della perdurante cosiddetta “esitazione vaccinale”, assurge a requisito per lo svolgimento dell’attività lavorativa, prima per il personale della scuola e dei trasporti, e a poco a poco per tutto il personale delle pubbliche amministrazioni, della giustizia, e nel settore privato (art. 9-bis ss. d.l. n. 52 del 2021, introdotti e modificati da una serie di decreti successivi: d.l. 111, 122, 127, 172, 221 del 2021).

Sempre a partire dall’autunno del 2021, l’obbligo di vaccinazione per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario viene esteso ad altre categorie di soggetti, ovvero agli studenti e ai tirocinanti nonché a chiunque operi, a qualsiasi titolo, nelle strutture sanitarie, incluse le strutture semiresidenziali e quelle, a qualsiasi titolo, ospitano persone in situazione di fragilità, al personale scolastico, delle università, delle isti-

¹³ Il 12.05.2021 viene pubblicato il Documento tecnico operativo per l’avvio delle vaccinazioni in attuazione delle indicazioni ad interim per la vaccinazione anti-SARS-COV-2/COVID-19 nei luoghi di lavoro approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome l’8 aprile 2021, di Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Inail, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Struttura di supporto alle attività del Commissario straordinario per emergenza Covid-19 e per l’esecuzione della campagna vaccinale nazionale.

¹⁴ Così A. DE MATTEIS, *Dal Tribunale di Belluno al Consiglio di Stato 20 ottobre 2021 n. 7045*, cit., 3.

tuzioni di alta formazione artistica, musicale e coreutica e degli istituti tecnici superiori, dei Corpi forestali, della difesa, sicurezza e soccorso pubblico e della polizia locale e dell'amministrazione penitenziaria, per poi arrivare, fino all'estensione a chiunque abbia compiuto il cinquantesimo anno di età. Nel contempo mentre per l'accesso ad una serie di attività viene richiesto non più il *green pass* base ma quello rafforzato, conseguibile solo a seguito di vaccinazione o di guarigione. I predetti obblighi vengono quindi successivamente attenuati o eliminati per alcuni e mantenuti per altri (ad esempio, fino al 15 giugno 2022 per il personale della scuola, del comparto difesa, sicurezza e soccorso pubblico, della polizia locale, delle università, nonché per gli ultracinquantenni e fino al 31 dicembre 2022 per il personale sanitario, fermo restando l'obbligo di possesso ed esibizione, per l'accesso ai luoghi di lavoro, di una delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test – v. art. 8, d.l. n. 24 del 24 marzo 2022).

4. Le letture giurisprudenziali successive all'introduzione dell'obbligo vaccinale e della Certificazione Verde Covid-19

A seguito dell'introduzione dell'obbligo di vaccinazione per talune categorie di lavoratori¹⁵, la giurisprudenza sia amministrativa che ordinaria, chiamata a pronunciarsi sulla legittimità dei provvedimenti sospensivi adottati a seguito del rifiuto ingiustificato a sottoporsi alla vaccinazione e sulla costituzionalità delle previsioni legali, ha costantemente confermato la legittimità dell'operato del legislatore e respinto (fino ad una svolta, di cui si dirà *infra*, § 4) le questioni di legittimità costituzionale sollevate dai ricorrenti.

4.1. La giurisprudenza amministrativa. I Tribunali amministrativi regionali

I Tribunali amministrativi regionali hanno costantemente respinto i vari ricorsi, confermando la legittimità dei provvedimenti sospensivi dei lavoratori inadempienti, escludendo che la scelta vaccinale si collo-

¹⁵ Precisando che, come rileva R. PINARDI, *Pandemia da Covid-19 e obbligo vaccinale per i lavoratori: quali limiti costituzionali?*, cit., 6, ci troviamo di fronte, ad un trattamento sanitario obbligatorio, ma non coattivamente imposto.

chi in una dimensione strettamente individuale e quindi in alcun modo coercibile; affermando, nel contesto dell'emergenza pandemica, la prevalenza dell'interesse pubblico a prevenire la diffusione della malattia da Covid-19, soprattutto in ambiti particolari come quelli sanitari, assistenziali e scolastici, e a mitigare l'impatto sul SSN, rispetto a quello individuale a non sottoporsi alla vaccinazione; escludendo violazioni dei principi del legittimo affidamento e del consenso informato e, soprattutto, dell'art. 32 Cost., sotto una pluralità di profili, alla luce delle sufficientemente provate sicurezza ed efficacia dei vaccini; negando, quindi, la configurabilità di dubbi di legittimità costituzionale delle norme prevedenti l'obbligo vaccinale, non avendo il diritto alla salute valenza assoluta né potendo essere inteso come intangibile, avuto presente che deve essere razionalmente correlato e temperato con gli altri fondamentali, essenziali e poeriori interessi pubblici quali quello attinente alla salute pubblica a circoscrivere l'estendersi della pandemia e a quello di assicurare il regolare svolgimento di essenziali servizi pubblici, come quelli sanitari, assistenziali o della scuola in presenza¹⁶.

Siffatte considerazioni valgono, a maggior ragione, con riferimento al necessario "possesso della certificazione verde (attestante, tra l'altro, non già il solo completamento del ciclo vaccinale, bensì anche lo status di soggetto guarito o che ha subito un test antigenico) e la sottoposizione a test molecolari o antigenici rapidi ai fini della mancata sottoposizione alle sanzioni previste"¹⁷.

¹⁶ Tra i tanti: T.A.R. Lazio – Sez. III Quater, 04.06.2021, n. 6599; T.A.R. Lazio – Sez. I, 22.07.2021, n. 11543 T.A.R. Friuli-Venezia Giulia sez. I – Trieste, 10.09.2021, n. 261; T.A.R. Puglia sez. II – Lecce, 05.08.2021, n. 480; T.A.R. Puglia sez. II – Lecce, 19.11.2021, n. 1685; T.A.R. Lazio – Sez. III Quater, 10.11.2021, n. 11543; T.A.R. Lazio sez. III – Roma, 17.12.2021, n. 7394; T.A.R. Sicilia – Palermo, sez. II, 07.01.2022, n. 30; T.R.G.A. Trentino Alto Adige – Bolzano, 28.01.2022, n. 26; T.A.R. Palermo, (Sicilia) sez. I, 31.01.2022, n. 284 respinge il ricorso per difetto di giurisdizione; T.A.R. Sicilia sez. IV – Catania, 07.04.2022, n. 182 respinge l'istanza *ex art.* 56 c.p.a. di sospensione del provvedimento di accertamento dell'inadempimento all'obbligo vaccinale, "in quanto l'obbligo in questione discende direttamente da un atto avente forza di legge, il quale, in quanto atto politico, non può essere sindacato dal giudice amministrativo".

¹⁷ T.A.R. Lazio – Sez. III – Terza Bis, 08.11.2021, n. 6154, relativamente al personale scolastico; T.A.R. Lazio – Sez. III – Terza Bis, 02.09.2021, n. 4531 e n. 4532.

4.2. Il Consiglio di Stato

Anche il Consiglio di Stato ha in ogni occasione confermato la legittimità dell'operato del legislatore ed escluso rilievi di legittimità costituzionale in ordine alla previsione di un obbligo vaccinale per talune categorie di soggetti. Si riportano di seguito, pressoché testualmente, estratti dei passaggi più significativi.

Consiglio di Stato, sez. III, 20 ottobre 2021 n. 7045:

- l'autorizzazione¹⁸ condizionata dei quattro vaccini immessi sul mercato fornisce sufficienti garanzie circa la loro efficacia e sicurezza, sulla base degli studi eseguiti e delle conoscenze acquisite e dei rapporti dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), cui compete la farmacovigilanza, e si struttura sul modello della c.d. amministrazione precauzionale riflessiva, in quanto caratterizzata dalla flessibilità dell'azione pubblica e dalla capacità di incorporare la mutevole contingenza, nell'ottica di una continua ridefinizione degli obiettivi e di un continuo monitoraggio;
- le risultanze statistiche evidenziano dunque l'esistenza di un bilanciamento rischi/benefici assolutamente accettabile;
- nella situazione emergenziale, determinata dalla pandemia, le misure per il contenimento del contagio richiedono alle autorità sanitarie un intervento pronto e risoluto, ispirato alla c.d. amministrazione precauzionale, la quale deve necessariamente misurarsi con quello che, in dottrina, è stato definito il c.d. *ignoto irriducibile*;
- il legislatore, in una situazione pandemica che vede il diffondersi di un virus a trasmissione aerea, altamente contagioso e spesso letale per i soggetti più vulnerabili per via di malattie pregresse – si pensi ai pazienti cardiopatici, diabetici od oncologici – e dell'età avanzata, ha il dovere di promuovere e, se necessario, imporre la somministrazione dell'unica terapia – quella profilattica – in grado di prevenire la malattia o, quantomeno, di scongiurarne i sintomi più gravi e di arrestare o limitarne fortemente il contagio;

¹⁸ Da parte della Commissione europea, previa raccomandazione dell'EMA, attraverso la procedura di autorizzazione condizionata (c.d. CMA, *Conditional marketing authorisation*), disciplinata dall'art. 14-bis del Reg. CE 726/2004 del Parlamento Europeo e dal Reg. CE 507/2006 della Commissione.

- la riserva di scienza, alla quale il decisore pubblico sia a livello normativo che amministrativo deve fare necessario riferimento nell'adottare le misure sanitarie atte a fronteggiare l'emergenza epidemiologica, lascia a questo, per l'inevitabile margine di incertezza ... un innegabile spazio di discrezionalità nel bilanciamento tra i valori in gioco, la libera autodeterminazione del singolo, da un lato, e la necessità di preservare la salute pubblica e con essa la salute dei soggetti più vulnerabili, dall'altro;
- in fase emergenziale, di fronte al bisogno pressante, drammatico, indifferibile di tutelare la salute pubblica contro il dilagare del contagio, il principio di precauzione, opera in modo inverso rispetto all'ordinario e, per così dire, contro-intuitivo, perché richiede al decisore pubblico di consentire o, addirittura, imporre l'utilizzo di terapie che, pur sulla base di dati non completi assicurino più benefici che rischi, in quanto il potenziale rischio di un evento avverso per un singolo individuo, con l'utilizzo di quel farmaco, è di gran lunga inferiore al reale nocimento per una intera società, senza l'utilizzo di quel farmaco;
- in un ordinamento democratico la legge non è mai diritto dei meno vulnerabili o degli invulnerabili, ma tutela dei più vulnerabili e il fondamentale principio personalista, a fondamento della nostra Costituzione, che vede nella persona sempre un fine e un valore in sé, quale soggetto e giammai oggetto di cura, non può essere assolutizzato, ma letto in connessione con l'altrettanto fondamentale principio di solidarietà (art. 2), la quale riconosce libertà, ma nel contempo richiede responsabilità all'individuo;
- per quanto riguarda il personale sanitario, la relazione di cura e fiducia tra medico e paziente, che deve poter confidare nella sicurezza non solo della cura, ma anche di chi cura e del luogo in cui si cura, e il conseguente dovere di cura, e dunque di tutelare il paziente, nonché di concorrere all'attività di prevenzione del rischio attuata dalle strutture sanitarie, consente di affermare che nel bilanciamento tra i due valori, quello dell'autodeterminazione individuale e quello della tutela della salute pubblica, compiuto dal legislatore con la previsione dell'obbligo vaccinale nei confronti del solo personale sanitario, non vi è legittimo spazio né diritto di cittadinanza in questa fase di emergenza contro il virus *SARS-COV-2* per la c.d. esitazione vaccinale;

- le prospettate censure di legittimità costituzionale per presunta violazione dei principi di uguaglianza ragionevolezza, proporzionalità e non discriminazione (art. 3 Cost.) e di autodeterminazione (art. 32 Cost.), anche in rapporto ai valori protetti dall'art. 2 Cost., sono manifestamente infondate, spettando al decisore pubblico, nell'esercizio del c.d. *biopotere*, fissare le regole e i limiti entro i quali l'esercizio dell'autodeterminazione da parte di ciascuno, senza divenire un diritto tiranno e indifferente alle sorti dell'altro, si possa accordare con la tutela della salute degli altri secondo una legge universale di libertà, ma questo delicato bilanciamento, per tutte le ragioni sin qui viste, non ha varcato nel caso di specie, ad avviso di questo Consiglio, i limiti della ragionevolezza, della proporzionalità e dell'eguaglianza;
- parimenti infondate sono le censure relative ad una ipotetica violazione degli artt. 1, 2, 3, 4, 35 e 36 Cost. determinata dal fatto che il rifiuto della vaccinazione comporta la sospensione dell'esercizio professionale, autonomo o dipendente e dalla percezione di un compenso che fornisce al lavoratore e alla sua famiglia le risorse necessarie ad assicurare un'esistenza libera e dignitosa. La sicurezza delle cure, rispondente ad un interesse della collettività (art. 32 Cost.), è infatti sicuramente prevalente, nelle attuali condizioni epidemiologiche, sul diritto al lavoro, di cui all'art. 36 Cost., ed in ogni caso il legislatore, seguendo un criterio di gradualità, ha stabilito sanzioni proporzionate all'impossibilità di adibire il lavoratore ad altre mansioni come *extrema ratio*, prevedendo l'obbligo di adibire il lavoratore, ove possibile, a mansioni, anche inferiori (obbligo in seguito eliminato) e fissando un limite temporale (31 dicembre 2021) (limite oggi esteso al 31 dicembre 2022).

Consiglio di Stato, sez. III, 21 dicembre 2021, n. 8454:

- l'adibizione "a mansioni anche diverse, senza decurtazione della retribuzione, in modo da evitare il rischio di diffusione del contagio da SARS-COV-2" è prevista dal vigente comma 7 nei soli confronti dei soggetti esentati dall'obbligo vaccinale. Rilevata la "non conformità" della certificazione trasmessa dal ricorrente "alle modalità specificate al comma 2 dell'art. 4 del decreto Legge 1° Aprile 2021, n. 44 (specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal medico di medicina generale)";
- la norma che attribuisce al medico di medicina generale il compito di attestare l'"accertato pericolo per la salute, in relazione a specifiche

condizioni cliniche documentate”, richiede che di tali elementi costitutivi della fattispecie di esonero deve darsi espressamente atto nella certificazione all’uopo rilasciata;

- vanno respinte le questioni di costituzionalità sollevate per presunta violazione del principio di ragionevolezza nel non consentire lo svolgimento di attività previo tampone, dal momento che il tampone ha una prevalente finalità diagnostica, essendo finalizzato ad accertare l’avvenuta infezione da *SARS-CoV-2*, mentre il vaccino persegue anche una funzione preventiva. Si aggiunga che la previsione dell’obbligo vaccinale risponde anche ad una finalità protettiva nei confronti dello stesso operatore sanitario, la quale non può che essere maggiormente avvertita in un contesto lavorativo caratterizzato, a differenza di quello scolastico, da un maggiore grado di esposizione al rischio infettivo.

Consiglio di Stato sez. III – 2 dicembre 2021, n. 6401:

- va confermata la prevalenza del diritto fondamentale alla salute della collettività rispetto a dubbi individuali o di gruppi di cittadini sulla base di ragioni mai scientificamente provate, principio che assume una connotazione ancor più peculiare e dirimente allorché il rifiuto di vaccinazione sia opposto da chi, come il personale sanitario, sia – per legge e ancor prima per il cd. “giuramento di Ippocrate” – tenuto in ogni modo ad adoperarsi per curare i malati, e giammai per creare o aggravare il pericolo di contagio del paziente con cui nell’esercizio dell’attività professionale entri in diretto contatto;
- soltanto la massiva vaccinazione anche ed anzitutto di coloro che entrano per servizio ordinariamente in contatto con altri cittadini, specie in situazione di vulnerabilità, rappresenta una delle misure indispensabili per ridurre, anche nei giorni correnti, la nuovamente emergente moltiplicazione dei contagi, dei ricoveri, delle vittime e di potenzialmente assai pericolose nuove varianti; quanto ora sottolineato, anche sotto il profilo del danno irreparabile, indica che, semmai, esso sarebbe incomparabilmente più grave per la collettività dei pazienti e per la salute generale, rispetto a quello lamentato dall’operatore sanitario sulla base di dubbi scientifici certo non dimostrati a fronte delle amplissimamente superiori prove, con l’erogazione di decine di milioni di vaccini solo nel nostro Paese, degli effetti positivi delle vaccinazioni sul contrasto alla pandemia e alla sue devastanti conseguenze umane,

sociali e di deprivazione della solidarietà quale principio cardine della nostra Costituzione;

Consiglio di Stato sez. III – 29 novembre 2021, n. 6379:

- le verifiche scientifiche e i procedimenti amministrativi previsti per il rilascio delle autorizzazioni per i vaccini risultano conformi alla normativa e approfonditi comunque al punto da fornire, anche in un'ottica di rispetto del principio di precauzione, sufficienti garanzie – allo stato delle attuali conoscenze scientifiche, unico possibile metro di valutazione – in ordine alla loro efficacia e sicurezza tali da far escludere l'irrazionalità della scelta legislativa di prevedere l'obbligatorietà della vaccinazione di talune categorie di lavoratori a fronte della grave minaccia alla salute pubblica determinata dalla diffusività globale del virus;
- nel bilanciamento tra gli interessi coinvolti – pur tutti costituzionalmente rilevanti e legati a diritti fondamentali – deve ritenersi assolutamente prevalente la tutela della salute pubblica e, in particolare, degli utenti della sanità pubblica e privata specialmente “delle categorie più fragili e dei soggetti più vulnerabili”.

Consiglio di Stato sez. III – 11 novembre 2021, n. 6098:

Nell'affermare la legittimità del *green pass* in ambito scolastico e ribadendo la gerarchia ricavabile anche in ambito comunitario e costituzionale fra il dovere di solidarietà sociale correlato alla tutela collettiva del diritto alla salute e le contrarie “convinzioni personali” dei singoli, aggiunge che:

- le mansioni svolte dagli appellanti implicano “una responsabilità specifica e rafforzata verso i propri studenti, che costituisce componente essenziale della funzione (se non addirittura missione) di ogni docente”;
- “la natura meramente economica del lamentato pregiudizio relativo alla sospensione retributiva” è comunque “tale da escludere la irreparabilità e irreversibilità” del pregiudizio.

Consiglio di Stato sez. III – 28.01.2022, n. 416:

- va riconfermata la legittimità di un intervento normativo dello Stato volto alla previsione di un obbligo vaccinale per determinate categorie di soggetti, tanto più in ambito scolastico, settore in cui, all'esigenza di protezione della salute pubblica – di per sé già determinante – deve aggiungersi la necessità di garantire la continuità della didattica in presenza che costituisce strumento di sviluppo della persona umana da

improntarsi a criteri di efficienza, solidarietà ed eguaglianza non sempre sufficientemente protetti dalla modalità a distanza. Le misure contestate si inseriscono nel quadro di una strategia generale di contrasto alla pandemia e non risultano essere sproporzionate né discriminatorie, né lesive dei diritti fondamentali dei destinatari, atteso che il diritto all'autodeterminazione di quanti abbiano deciso di non vaccinarsi è da ritenersi recessivo rispetto alla tutela di beni supremi quali sono la salute pubblica e il diritto allo studio in condizioni di uguaglianza. Ciò tanto più in considerazione del fatto che il diritto alla salute del singolo è garantito dalle previsioni legislative che consentono l'esenzione ovvero il differimento dell'obbligo vaccinale in presenza di situazioni cliniche incompatibili.

Consiglio di Stato sez. III – 17 settembre 2021, n. 5130:

- devono escludersi lesioni del diritto alla riservatezza sanitaria in ordine alla scelta compiuta in relazione al sistema di verifica del possesso della certificazione verde.

Consiglio di Stato, sez. III, ord. 22 dicembre 2021, n. 6790, nel confermare la legittimità della sospensione di un direttore sanitario non vaccinato e il diniego a svolgere l'attività in *smart working*:

- “con riguardo alla ragionevolezza della misura della sospensione dall'esercizio della professione e al sotteso bilanciamento tra gli interessi coinvolti dalla presente vicenda – pur tutti costituzionalmente rilevanti e legati a diritti fondamentali – meritano conferma le considerazioni già espresse da questa Sezione (ord. caut., 3 dicembre 2021, n. 6477), dovendosi ritenere assolutamente prevalente la tutela della salute pubblica e, in particolare, la salvaguardia delle categorie più fragili e dei soggetti più vulnerabili (per l'esistenza di pregresse morbilità, anche gravi, come i tumori o le cardiopatie, o per l'avanzato stato di età) bisognosi di cura ed assistenza, spesso urgenti, e proprio per questo posti di frequente a contatto con il personale sanitario o sociosanitario; verso costoro sussiste uno stringente vincolo di solidarietà, cardine del sistema costituzionale (art. 2 Cost.) ed immanente e consustanziale alla stessa relazione di cura e di fiducia che si instaura tra paziente e personale sanitario, che impone di scongiurare l'esito paradossale di un contagio veicolato dagli stessi soggetti chiamati alle funzioni di cura ed assistenza”;
- “quanto alla possibilità di collocare l'appellante in *smart working* anziché sospenderla, sul rilievo l'attività di direttore sanitario ben può esse-

- re esercitata da remoto”, si osserva che “le responsabilità connesse a tale ruolo – che non sono quelle proprie di un impiegato – richiedono una presenza pressoché costante sul luogo di lavoro e la possibilità, in ogni caso, di recarsi di persona al verificarsi di determinate problematiche, cosa che il sanitario privo di vaccinazione non potrebbe fare”;
- quanto al *periculum*, “a fronte del danno economico dell’appellante e a prescindere dalla circostanza che lo stesso è conseguenza di un comportamento omissivo, occorre dare prevalenza al danno per la collettività dei pazienti e per la salute generale”.

4.3. La giurisprudenza ordinaria

Anche i Tribunali del lavoro hanno per lo più respinto i ricorsi promossi dal personale sanitario o sociosanitario sospesi ai sensi dell’art. 4, del d.l. n. 44 del 2021 in conseguenza della mancata sottoposizione al vaccino.

Il *Tribunale Genova, con ordinanza 6 ottobre 2021*, pronunciandosi sul caso di un tecnico sanitario di laboratorio biomedico che, non operando a contatto con i destinatari delle prestazioni di cura ed assistenza rese dall’Ospedale, né con loro parenti o accompagnatori, richiede *ex art. 700 c.p.c.* la reintegrazione ed il pagamento della retribuzione a seguito della sospensione disposta a causa della mancata sottoposizione alla vaccinazione afferma che:

- “la tutela che deve essere apprestata nel settore di appartenenza della dott. (*omissis*) quello sanitario, vede i predetti diritti dotati di particolare forza, in quanto riferiti ad un ambiente di persone che, presuntivamente e comunque secondo la scelta del legislatore, appartengono ad una categoria particolarmente vulnerabile in modo diretto, o in modo indiretto”. “[l]a circolazione e diffusione di un virus in tali ambienti costituisce” infatti “oltre che un pericolo di normale intensità, rapportata al fenomeno, per gli operatori presenti (ad esempio per i colleghi del non vaccinato) o per chi l’ambiente comunque frequenta, un rischio di intensità maggiore per l’utenza (o comunque per gli operatori) che da tali problemi è affetta”;
- “una interpretazione, ritenuta sostanzialmente ingiustificata e troppo estensiva da parte ricorrente, dell’inciso contenuto in detta disposizione “al fine di tutelare la salute pubblica e mantenere adeguate condi-

zioni di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza”, tanto da ricomprendere tra chi eroga tali prestazioni anche figure quali il tecnico di laboratorio, non pare affatto tale, rispondendo, per contro, pienamente, alle finalità che la stessa normativa persegue, quale legislazione dal carattere speciale e emergenziale, che ai fini della tutela di fondamentali diritti, in un'ottica di bilanciamento, ben quindi può imporre pesi, in termini, come detto, di meri oneri, per quanto indubbiamente gravosi, a chi tale tutela, sempre secondo la legge, in qualche modo preclude”;

- “l'art. 4 d.l. 44 del 2021 non fonda” una distinzione fra operatori nel settore sanitario che hanno un contatto interpersonale con chi beneficia delle prestazioni e chi questo contatto, in ragione dei compiti affidati, normalmente non abbia”.

Il *Tribunale di Catanzaro*, con ordinanza 17 dicembre 2021, respinge il ricorso ex art. 700 c.p.c. di un'infermiera sospesa per non aver assolto all'obbligo vaccinale, negando la sussistenza del *periculum in mora* in quanto:

- “è mancata la prospettazione di elementi fattuali” (ad esempio una situazione di grave difficoltà economica e della necessità di far fronte a spese primarie indilazionabili o al pagamento del canone di locazione/mutuo per l'appartamento di abitazione) “dai quali poter ricavare che la sospensione dal lavoro ed il correlativo omesso versamento dello stipendio possano configurarsi, nel tempo occorrente per scrutinare il diritto fatto valere nell'ordinario giudizio di merito, quale fonte di pregiudizio irreparabile (di situazioni giuridiche soggettive che potrebbero subire una definitiva compromissione – il danno irreparabile appunto – se non tutelate nelle more del giudizio di merito), così da rendere improcrastinabile il provvedimento cautelare richiesto”;
- “non è ammissibile il rimedio previsto dall'art. 700 c.p.c. quando il danno temuto possa essere agevolmente tutelato con le ordinarie azioni di risarcimento. La stessa giurisprudenza ritiene che il danno economico costituito dalla perdita della retribuzione non concretizza di per sé il requisito del *periculum in mora*, trattandosi di danno sempre risarcibile, per cui il pregiudizio meramente economico è privo del carattere della irreparabilità”;

Due passaggi di questa sentenza paiono particolarmente interessanti, nella prospettiva di valutazione della legittimità costituzionale della norma:

- il lavoratore può fare venire meno in qualunque momento la sospensione dal lavoro e dalla retribuzione con una sua scelta, ovvero vaccinarsi: “la sospensione dal diritto di svolgimento della prestazione lavorativa e dalla conseguente retribuzione produce effetti fino all’assolvimento dell’obbligo vaccinale o, in mancanza, fino al completamento del piano vaccinale nazionale e comunque non oltre il 31 dicembre 2021: ciò vuol dire che l’efficacia della sospensione comminata alla ricorrente deve intendersi condizionata ad un evento risolutivo dipendente dalla volontà della medesima; in altri termini, la sospensione dal lavoro e dalla retribuzione è sottoposta, *ex lege*, ad una sorta di condizione risolutiva potestativa (assolvimento dell’obbligo vaccinale) il cui accadimento rientra nella disponibilità del lavoratore il quale in qualunque momento, con un comportamento volontario – che, anzi, sarebbe doveroso atteso lo specifico obbligo vigente a suo carico – può far cessare gli effetti della sua sospensione dal lavoro e dalla conseguente retribuzione”;
- la sospensione dal lavoro e dalla retribuzione ha una durata prestabilita dalla legge la quale, in ogni caso, “prevede come termine finale dell’effetto sospensivo suddetto il giorno 31.12.2021, che segna, dunque, la data di ritorno al lavoro della ricorrente e di ripristino della retribuzione, sicché il pregiudizio da essa lamentato è comunque destinato a terminare nel volgere di pochi giorni”.

Per quanto non indispensabile ai fini della decisione, data la rilevanza della questione, il Tribunale di Catanzaro decide di pronunciarsi anche sul *fumus boni juris* affermando che:

- “il diritto soggettivo individuale al lavoro ed alla conseguente retribuzione è sì meritevole di protezione, ma solo fino all’estremo limite in cui la sua tutela non sia suscettibile di arrecare un pregiudizio all’interesse generale (nella specie, la salute pubblica), di fronte al quale è destinato inesorabilmente a soccombere, sicché, ove il singolo intenda consapevolmente tenere comportamenti potenzialmente dannosi per la collettività, violando una disposizione di legge che quell’inte-

resse miri specificamente a proteggere, deve sopportarne le inevitabili conseguenze”;

- “[i]n difetto di ragioni ostative indicate dalla legge come deroghe all’obbligo di somministrazione del vaccino, non possono rilevare le visioni personali ed egoistiche del singolo non giustificate sul piano scientifico, né la paura indotta da eventuali complicazioni riconducibili alla sua assunzione: ciò, tanto più allorché il soggetto che rifiuti di sottoporsi all’obbligo vaccinale è un esercente la professione sanitaria all’interno di una pubblica struttura ospedaliera, dove è maggiore il rischio di favorire la diffusione del contagio in forza del contatto quotidiano con gli utenti del servizio sanitario nazionale”;
- “deve escludersi l’irragionevolezza della norma che parte ricorrente ha censurato e, conseguentemente, può reputarsi, *prima facie*, infondata la questione da essa sollevata di legittimità costituzionale dell’art. 4” d.l. n. 44 del 2021.

Il *Tribunale Alessandria, con ordinanza, 19 gennaio 2022* respinge il ricorso ex art. 700 c.p.c. di una lavoratrice (infermiera in servizio presso una residenza sanitaria per anziani) prima posta in ferie o poi sospesa senza retribuzione per mancato assolvimento dell’obbligo vaccinale affermando che: “[l]a mera perdita della retribuzione non concretizza di per sé il pregiudizio imminente ed irreparabile, trattandosi sempre di danno risarcibile *ex post*, con la conseguenza che il lavoratore che agisce in via d’urgenza deve allegare e provare le circostanze di fatto in relazione alle quali il provvedimento di sospensione della retribuzione produce, in concreto, effetti lesivi di carattere irreparabile che non possono ritenersi insiti nella mera perdita della retribuzione”.

Il *Tribunale di Taranto, con sentenza 11 febbraio 2022, n. 355*, richiamando la sentenza n. 7045/2021 del Consiglio di stato, afferma che la vaccinazione obbligatoria selettiva introdotta dall’art. 4 d.l. 44 del 2021 per il personale medico e, più in generale, di interesse sanitario, risponde ad una chiara finalità di tutela non solo e anzitutto di questo personale sui luoghi di lavoro ... ma anche degli stessi pazienti e degli utenti della sanità, alla stregua del principio di solidarietà, che anima la Costituzione, e dichiara infondata la censura di illegittimità costituzionale per violazione dell’art. 32 Cost., dell’art. 3 della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea (C.d.f.u.e.), dell’art. 36 del Regolamento n. 953/21 UE “in quanto l’obbligo vaccinale è finalizzato proprio alla tutela

della salute individuale e collettiva garantita dall'art. 32 co. 1 Cost., e la sua previsione mediante normazione primaria soddisfa la riserva di legge istituita dal co. 2, né risultano violati “i limiti imposti dal rispetto della persona umana”; inoltre, la materia degli obblighi vaccinali non costituisce di per sé oggetto di una disciplina comunitaria, laddove, per costante giurisprudenza della C.g.u.e., della Corte costituzionale e della Corte di cassazione, le disposizioni della C.d.f.u.e. (quale l'art. 3, che sancisce il diritto al consenso libero e informato) sono applicabili agli Stati membri solo nelle materie regolate dal diritto comunitario (in termini, cfr. ancora Trib. Roma 8.12.2021 in proc. 26698/2021 r.g.); non è configurabile poi la violazione dell'art. 36 del Regolamento 2021/953/UE in quanto esso sancisce un divieto di discriminazione per le persone non vaccinate nella diversa materia del diritto di libera circolazione”.

Particolarmente interessante è l'ordinanza del *Tribunale di Cagliari* 18 marzo 2022, n. 2690, in quanto relativa ad una lavoratrice addetta alle pulizie (dunque non appartenente al personale sanitario) che svolge la propria attività presso le abitazioni degli assistiti (dunque non all'interno di una struttura sanitaria o assimilata)¹⁹. Il giudicante osserva che l'obbligo vaccinale ha una portata applicativa quanto mai ampia, applicandosi a tutti i soggetti, anche esterni, che prestano attività lavorativa presso strutture sanitarie, incluse quelle semiresidenziali e che ospitano a qualsiasi titolo persone in situazione di fragilità, la cui protezione è interesse primario dell'ordinamento. Avendo riguardo “al valore preminente tutelato, ossia a salute dei soggetti più deboli”, secondo il tribunale “il luogo ove essi materialmente si trovano costituisce un mero elemento accidentale”. Nemmeno rileva, poi, che chi lavora si addetto ad attività non di cura o assistenza, come le pulizie domestiche, “atteso che tali compiti comportano la prossimità con i beneficiari ed all'occorrenza anche il contatto con costoro ... con conseguente pericolo di esposizione al contagio dell'infezione da SarsCov-2”. L'ordinanza si pronuncia altresì sulla prospettata violazione del Regolamento Europeo n. 953/2021, escludendola in considerazione del fatto che la materia degli obblighi vaccinali non costituisce oggetto di disciplina dell'Unione e rispetto alla quale ogni Sta-

¹⁹ Per un commento G. SANFILIPPO, *Obbligo vaccinale, diritto alla salute (collettiva) e dignità della persona. Nota a Tribunale Ordinario di Catania, Sezione Lavoro, del 14.03.2022 e Tribunale Ordinario di Cagliari, Sezione Lavoro, del 18.03.2022*, in *LDE*, 2022.

to mantiene ampi margini di autonomia. Anche con riferimento ad un presunto contrasto con gli artt. 1, 3, 4, 32 e 35 Cost. il tribunale fa proprie le considerazioni del Consiglio di Stato (sentenza n. 7045 del 2021) rilevando la ragionevolezza del bilanciamento operato dal legislatore e dichiarando la questione non fondata. Sempre richiamando il Consiglio di Stato viene esclusa anche la violazione degli artt. 8 e 14 della CEDU.

Le pronunce di segno contrario sono rare e per di più, a parte un caso²⁰, relative a situazioni particolari.

Il *Tribunale Milano*, con sentenza 15 settembre 2021 dichiara illegittimo il provvedimento di collocamento in aspettativa non retribuita di una ausiliaria socio-assistenziale per il mancato adempimento della vaccinazione anti Covid-19 per non avere il datore di lavoro, alla luce della disciplina *pro-tempore* vigente (art. 44, c. 3-6, d.l. n. 44 del 2021), valutato l'esistenza in azienda di posizioni lavorative alternative, astrattamente assegnabili al lavoratore, atte a preservare la condizione occupazionale e retributiva, da un lato, e compatibili, dall'altro, con la tutela della salubrità dell'ambiente di lavoro, in quanto non comportanti il rischio di diffusione del contagio.

Sempre il Tribunale Milano dichiara illegittima la sospensione di due lavoratrici che non si sono sottoposte alla vaccinazione obbligatoria, ma solo in quanto in congedo di maternità (sentenza 15 novembre 2021) o in aspettativa retribuita *ex l.* n. 104 del 1992 (sentenza 26 novembre 2021), rilevando che la sospensione costituisce l'*extrema ratio* e presuppone, al momento della sua adozione, lo svolgimento in concreto delle prestazioni professionali.

Quanto al *green pass*, un'interessante decisione del Tribunale di Firenze (4 marzo 2022, n. 155) afferma che, in assenza di un obbligo di

²⁰ Trib. Velletri, ordinanza 14.12.2021, secondo cui, alla stregua di una lettura costituzionalmente orientata (e dunque obbligata) l'obbligo e la conseguente sospensione non si giustificano nell'ottica di un necessario bilanciamento costituzionale degli interessi, laddove per i particolari compiti svolti dall'operatore di interesse sanitario (ad esempio compiti meramente amministrativi e, comunque, senza specifica esposizione nei confronti di soggetti potenzialmente fragili o di coloro che hanno rapporti con questi ultimi) o per le modalità di svolgimento (ad esempio lavoro agile) lo svolgimento dell'attività lavorativa del prestatore non vaccinato non si traduce in un effettivo rischio specifico e superiore rispetto a quello che corre qualunque lavoratore di altri settori pubblici o privati. In senso fortemente critico v. E. PUCETTI, *L'interpretazione costituzionalmente orientata per disapplicare (rectius: violare) una norma*, in *LDE*, 2022, 11 ss.

legge, il possesso di *green pass* in corso di validità non possa essere richiesto dal datore di lavoro al lavoratore, quale misura necessaria al fine di preservare la salubrità del luogo di lavoro. Alla luce di quanto stabilito dall'art. 29-*bis* del d.l. n. 23 del 2020, conv. in l. n. 40 del 2020 e dal protocollo del 24 aprile 2020 (che si limita a prevedere che “[q]ualora, per prevenire l’attivazione di focolai epidemici, nelle aree maggiormente colpite dal virus, l’autorità sanitaria competente disponga misure aggiuntive specifiche, come ad esempio, l’esecuzione del tampone per i lavoratori, il datore di lavoro fornirà la massima collaborazione” (art. 2), così chiarendo implicitamente che l’obbligo di tampone può derivare solo da un provvedimento dell’autorità sanitaria e a stabilire che, solo a seguito di motivata ed esplicita richiesta del medico competente possono essere “suggeriti” particolari mezzi diagnostici, e che “il medico competente, in considerazione del suo ruolo nella valutazione dei rischi e nella sorveglianza sanitaria, potrà suggerire l’adozione di eventuali mezzi diagnostici qualora ritenuti utili al fine del contenimento della diffusione del virus e della salute dei lavoratori” (art. 12) deve ritenersi “che (secondo la normativa vigente all’epoca dei fatti) il possesso di tampone negativo poteva essere richiesto al lavoratore in adempimento degli obblighi di cui all’art. 2087 c.c. gravanti sul datore di lavoro solo in presenza di un provvedimento dell’autorità sanitaria o di una motivata richiesta del medico competente, fattispecie che pacificamente esulano dal caso all’esame del giudice”.

L’illegittimità del rifiuto della prestazione da parte del datore di lavoro “è comunque cessata il 15 ottobre del 2021, data nella quale l’obbligo di possesso di *green pass* in capo a tutti i lavoratori è stato imposto dalla legge, rendendo doveroso il rifiuto datoriale”.

Il *Tribunale di Busto Arsizio*, con ordinanza 21 marzo 2022, n. 832 ha ritenuto che le misure adottate dal datore di lavoro, in epoca anteriore all’entrata in vigore del *green pass* ed in un contesto non socio-sanitario, consistenti nell’isolamento e nello spostamento a sede distaccata, sporca e non riscaldata, dei lavoratori non vaccinati anche se muniti di *green pass* base, siano illogiche, eccessive e lesive della libertà di autodeterminazione qualificando la condotta datoriale come discriminatoria e ritorsiva.

Interessante, in prospettiva, la sentenza 8 febbraio 2022, n. 549 del *Tribunale di Bergamo* che, con riferimento a lavoratori operanti in contesto non sociosanitario (stabilimento di imbottigliamento di acque minerali), ha confermato la legittimità della decisione datoriale di impedi-

re l'accesso ai locali ai lavoratori che si rifiutino di sottoporsi al tampone antigenico nel contesto di una campagna di *screening* anti Covid-19 organizzata dal datore di lavoro, in quanto funzionale all'esigenza di garantire l'incolumità psico-fisica di tutti i lavoratori.

5. Il vento sta cambiando? I “distinguo” sull'ambito di applicazione dell'obbligo vaccinale in alcune recenti decisioni

Con il nuovo anno, forse a causa del protrarsi di una situazione che in un primo momento era prefigurata come temporanea e della conseguente ripetuta proroga delle misure emergenziali oltre le scadenze previste, forse a causa di un progressivo affinamento nell'individuazione e prospettazione delle questioni di rilievo da parte dei ricorrenti, nel muro granitico fino a quel momento opposto all'esitazione vaccinale dalla magistratura, sia amministrativa che ordinaria, iniziano ad aprirsi delle crepe.

Il *T.A.R. Lombardia sez. I – Milano, con sentenza 17 gennaio 2022, n. 109*, con riferimento al personale sanitario, ritiene che “l'unica interpretazione della norma che consenta di perseguire il fine primario della tutela precauzionale della salute collettiva e della sicurezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie in una situazione emergenziale, senza comprimere in modo irragionevole – sia pure temporaneamente – l'interesse del sanitario a svolgere un'attività lavorativa, sia quella di limitare, come espressamente enunciato dall'articolo 4, comma 6, gli effetti dell'atto di accertamento dell'inadempimento dell'obbligo vaccinale allo svolgimento delle prestazioni e delle mansioni che comportano contatti interpersonali e di quelle che, pur non svolgendosi mediante un contatto interpersonale, comportino un rischio di diffusione del contagio da *Sars-CoV-2*”. Pertanto, deve ritenersi che il personale medico non vaccinato, possa svolgere la propria attività con modalità che non comportino un diretto contatto con le persone e nel caso di specie, la possibilità di utilizzare lo strumento della telemedicina”.

5.1. La questione della sospensione da ogni trattamento economico, anche alimentare

Particolarmente critica appare la privazione dei lavoratori sospesi da ogni trattamento economico, anche “alimentare”, questione che si fa via via più delicata con l’allungarsi dei tempi della sospensione a seguito delle ripetute proroghe dell’obbligo vaccinale (v. T.A.R. Lazio sez. I – Roma, 14 febbraio 2022, n. 192, *infra*).

Il T.A.R. Lazio-Roma sez. V, con tre decreti del 2 febbraio 2022 (nn. 721, 723, e 726), accoglie le istanze cautelari dei ricorrenti valorizzando il pericolo derivante alla privazione della retribuzione quel fonte di sostegno delle esigenze fondamentali di vita: “il ricorso, prospettando in sostanza profili di illegittimità costituzionale della normativa concernente l’obbligo, per determinate categorie di personale in regime d’impiego di diritto pubblico, di certificazione vaccinale ai fini dell’ammissione allo svolgimento della prestazione lavorativa, richiede adeguato approfondimento nella sede propria collegiale. Ritenuto che, in relazione alla privazione della retribuzione e quindi alla fonte di sostegno delle esigenze fondamentali di vita, sussistono profili di pregiudizio grave e irreparabile, tali da non tollerare il differimento della misura cautelare sino all’esame collegiale”.

Sempre il T.A.R. Lazio, Sez. 1 Bis, 14 febbraio 2022, n. 919, ritenendo sussistenti, in relazione ad una serie di provvedimenti di sospensione dal servizio e dalla retribuzione per alcuni dipendenti no-vax del Ministero della Difesa, “le ragioni di pregiudizio tale da integrare la previsione di cui all’art. 56 cpa, nelle more della cognizione collegiale”, “accoglie e per l’effetto sospende medio tempore l’efficacia dei provvedimenti sospensivi impugnati”.

Il T.A.R. Lazio-Roma sez. V, con ordinanze 25 febbraio 2022, n. 1234 e 1240 accoglie i ricorsi di due agenti di polizia penitenziaria, riconoscendo in via cautelare il diritto alla corresponsione di un assegno alimentare pari alla metà del trattamento retributivo in attività, o stipendio, “che il ricorso richiede approfondimento di merito, in relazione ai profili di doveroso bilanciamento di valori costituzionali, tra la tutela della salute come interesse collettivo – cui è funzionalizzato l’obbligo vaccinale – e l’assicurazione di un sostegno economico vitale – idoneo a sopperire alle esigenze essenziali di vita, nel caso di sospensione dell’attività di servizio

per mancata sottoposizione alla somministrazione delle dosi e successivi richiami, c.d. booster – tenuto conto che la sospensione è dichiaratamente di natura non disciplinare e implica la privazione integrale del trattamento retributivo”.

In senso favorevole al riconoscimento dell’assegno alimentare si era espresso anche il *T.A.R. Sicilia, Palermo, Sez. III, con ordinanza 27 febbraio 2022, n. 123*, peraltro successivamente riformata da *Cons. giust. amm. Sicilia sez. giurisd., 11 marzo 2022, n. 92*, secondo cui a specialità della disciplina in tema di obbligo vaccinale “non consente la corresponsione di assegno alimentare, a differenza di altre ipotesi di sospensione dal servizio”, non consentendo la “estensione analogica di regole dettate per altri casi di sospensione dal servizio”.

Per la giurisprudenza ordinaria, il *Tribunale di Catania, con ordinanza 14 marzo 2022*, nelle more della decisione della Corte costituzionale chiamata dal medesimo tribunale a decidere sulla questione di legittimità della speciale disciplina dell’art. 4, d.l. 44 del 2021 (v. *infra*), dispone quale misura cautelare interinale, il pagamento dell’assegno alimentare pari al 50% dello stipendio tabellare, nonché degli assegni al nucleo familiare e della retribuzione individuale di anzianità, ove spettanti, a decorrere dal 1° gennaio 2022 (giorno successivo alla scadenza originaria dell’obbligo vaccinale, poi prorogato al 15 giugno e, oggi, per il personale sanitario al 31 dicembre 2022), in considerazione del fatto che la situazione giuridica dedotta potrebbe subire un pregiudizio grave ed irreparabile, tenuto conto: a) della particolare durata del rapporto di sospensione, con effetti economici analoghi a quelli di un licenziamento; b) l’assenza di misure economiche diverse; c) l’impedimento, per la durata della sospensione, a svolgere qualsiasi altra attività professionale; d) la prolungata mancata corresponsione di ogni trattamento economico può compromettere le esigenze di sostentamento primarie e la lesione di beni non ristorabili alla dignità della persona.

5.2. La parola passa alla Corte costituzionale

Sempre più numerosi sono anche i giudici che ritengono di sollevare questione di legittimità costituzionale della normativa in tema di obbligo vaccinale.

Il *T.A.R. Lazio sez. I – Roma, 14 febbraio 2022, n. 192*, “ritiene di dover sollevare la questione di legittimità costituzionale dell’articolo 4, comma 4, del decreto legge 1 aprile 2021, n. 44, convertito con modificazioni nella legge 28 maggio 2021, n. 76, così come modificato dal decreto legge 26 novembre 2021, n. 172, convertito nella legge 21 gennaio 2022, n. 3, nella parte in cui prevede, quale effetto dell’accertamento dell’inadempimento dell’obbligo vaccinale, “l’immediata sospensione dall’esercizio delle professioni sanitarie”. Il collegio, poi, ritenendo che “la preclusione assoluta dell’esercizio della professione, imposta dalla norma sospettata di illegittimità costituzionale, integra un pregiudizio grave e non altrimenti riparabile all’avviamento dell’attività professionale intrapresa, consistente nella perdita della clientela e delle relazioni professionali nonché nell’impossibilità di rispondere alla crescente domanda di prestazioni sanitarie, almeno sino al 15 giugno 2022 e, in caso di ulteriori eventuali proroghe della situazione di emergenza, per un tempo potenzialmente indeterminato” accoglie nelle more la domanda cautelare sospendendo il provvedimento impugnato “nella parte in cui non limita la sospensione della ricorrente dall’esercizio della professione di psicologa alle prestazioni che implicano contatti interpersonali o comporta, in qualsiasi altra forma, il rischio di diffusione del contagio da *Sars-CoV-2*, con conseguente annotazione di tale limitazione della sospensione nell’Albo professionale degli Psicologi”.

Anche il *T.A.R. Lazio sez. I – Roma, 14 febbraio 2022, n. 192* ritiene “opportuno sollevare la questione di legittimità costituzionale dell’art. 4, comma 4, d.l. 1 aprile 2021, n. 44, conv., con modificazioni, nella l. 28 maggio 2021, n. 76, così come modificato dal d.l. 26 novembre 2021, n. 172, conv. nella l. 21 gennaio 2022, n. 3, nella parte in cui prevede, quale effetto dell’accertamento dell’inadempimento dell’obbligo vaccinale, “l’immediata sospensione dall’esercizio delle professioni sanitarie”. La preclusione assoluta dell’esercizio della professione, imposta dalla norma sospettata di illegittimità costituzionale, integra un pregiudizio grave e non altrimenti riparabile all’avviamento dell’attività professionale intrapresa, consistente nella perdita della clientela e delle relazioni professionali nonché nell’impossibilità di rispondere alla crescente domanda di prestazioni sanitarie, almeno sino al 15 giugno 2022 e, in caso di ulteriori eventuali proroghe” (attualmente fino al 31 dicembre 2022) “della situazione di emergenza, per un tempo potenzialmente indeterminato”.

L'impressione, come si è accennato, è che siano soprattutto le continue proroghe dell'obbligo vaccinale, con gli effetti sospensivi connessi a carico dei non vaccinati, a indurre deviazioni da un orientamento che fino a qualche tempo prima pareva granitico.

Il *Cons. giust. amm. Sicilia sez. giurisd.*, con decisione del 17 gennaio 2022, n. 38, dopo aver affermato "l'applicabilità ai tirocinanti di area medico-sanitaria dell'obbligo di vaccinazione", afferma che "va disposta istruttoria affidata ad un collegio composto dal segretario generale del ministero della salute, dal presidente del consiglio superiore della sanità operante presso il ministero della salute e dal direttore della direzione generale di prevenzione sanitaria, al fine di valutare la non manifesta infondatezza della questione di legittimità costituzionale dell'art. 4 d.l. n. 44 del 2021, nella parte in cui prevede l'obbligo di vaccinazione per il personale medico e paramedico (tra cui i tirocinanti in area medica), in riferimento agli artt. 2, 3, 32 e 117 Cost."

Sempre il *Cons. giust. amm. Sicilia sez. giurisd.*, 22 marzo 2022, n. 351 dichiara "rilevante e non manifestamente infondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 4, commi 1 e 2, del d. l. n. 44 del 2021 (convertito in l. n. 76 del 2021), nella parte in cui prevede, da un lato l'obbligo vaccinale per il personale sanitario e, dall'altro lato, per effetto dell'inadempimento all'obbligo vaccinale, la sospensione dall'esercizio delle professioni sanitarie, per contrasto con gli artt. 3, 4, 32, 33, 34, 97 della Costituzione, sotto svariati profili. Il numero di eventi avversi, la inadeguatezza della farmacovigilanza passiva e attiva, il mancato coinvolgimento dei medici di famiglia nel *triage* pre-vaccinale e comunque la mancanza nella fase di triage di approfonditi accertamenti e persino di test di positività/negatività al Covid-19 non consentono infatti di ritenere soddisfatta, allo stadio attuale di sviluppo dei vaccini antiCovid e delle evidenze scientifiche, la condizione, posta dalla Corte costituzionale, di legittimità di un vaccino obbligatorio solo se, tra l'altro, si prevede che esso non incida negativamente sullo stato di salute di colui che è obbligato, salvo che per quelle sole conseguenze 'che appaiano normali e, pertanto, tollerabili'; dell'art. 1 della l. n. 219 del 2017, nella parte in cui non prevede l'espressa esclusione dalla sottoscrizione del consenso informato delle ipotesi di trattamenti sanitari obbligatori, e dell'art. 4, del d.l. n. 44 del 2021, nella parte in cui non esclude l'onere di sottoscrizione del con-

senso informato nel caso di vaccinazione obbligatoria, per contrasto con gli artt. 3 e 21 della Costituzione”.

Il *Tribunale di Catania*, nella già richiamata *ordinanza 14 marzo 2022*, ritenuta non “percorribile la strada dell’interpretazione costituzionalmente orientata” dell’art. 4, comma 5, d.l. n. 44 del 2021, nella parte in cui prevede che “per il periodo di sospensione non sono dovuti la retribuzione né altro compenso o emolumento, comunque denominato”, esprime un contenuto chiaro ed inequivocabile, e che, trattandosi di disciplina speciale, la stessa deroga ad ogni altra di ordine generale, valorizzata la “natura pacificamente assistenziale che riveste, nel nostro ordinamento, l’assegno alimentare”, considerato che il lavoratore sospeso non può accedere ad alcuna forma di sostegno del reddito (ammortizzatori sociali quali l’indennità di disoccupazione o tantomeno pensionistici e financo quell’assegno alimentare che è riconosciuto a chi è sospeso perché coinvolto in un procedimento penale e disciplinare), che l’art. 2 Cost. “non sembra permettere l’adozione di misure che, per l’intransigenza che le connoti, possano arrivare fino al punto di ledere la dignità della persona, circostanza che può verificarsi quando a questa si precluda ogni forma di sostentamento per far fronte ai bisogni primari della vita” (secondo quanto affermato da Corte Cost. 20 luglio 2021, n. 137).

6. Considerazioni conclusive

Il giudice delle leggi è dunque chiamato ad un delicato compito di bilanciamento tra una pluralità di valori coinvolti, il cui esito non appare scontato o del tutto prevedibile. La questione si presenta infatti particolarmente delicata e la Corte, alla stregua del canone della “ragionevolezza”,²¹ declinabile in una pluralità di modi, forme ed aspetti (uguaglianza²², congruenza, proporzionalità, bilanciamento), dovrà valutare il corretto uso da parte del legislatore della discrezionalità che gli compete, “per verificare se abbia adeguatamente preso in considerazione *tutti* i valori e i prin-

²¹ Su cui v. A. BARBERIS, *Eguaglianza, ragionevolezza e diritti*, in *Riv. fil. dir.*, 2013, 197.

²² Il *chi* e il *che cosa* dell’uguaglianza, secondo N. BOBBIO, *Uguaglianza e libertà*, Torino, 1995, 3

cipi costituzionali” coinvolti²³, in un giudizio in cui non sarà semplice distinguere tra “legittimità e merito, diritto e politica”²⁴.

La considerazione, in particolare, per cui si tratterà di una decisione “politica”²⁵, è ovvia: “la neutralità degli organi di garanzia costituzionale non può significare a-politicità” e “pretendere un giudice freddo e asettico, rinchiuso nella torre d’avorio dei suoi stretti limiti procedurali, tradirebbe la funzione di custode concreto della Carta e dei suoi valori: ritenere che la giurisdizione costituzionale non sia in qualche modo anche politica sarebbe un’ingenuità, se non addirittura la negazione di un’evidenza, così come sarebbe teorico, irrealistico ed ingenuo pensare che la Corte costituzionale sia il legislatore negativo di Kelsen”²⁶. Tanto più quando il tema oggetto di decisione è “ad alta sensibilità” politica, come quello relativo all’obbligo vaccinale per il *SARS-CoV-2*.

Se, in linea di massima, è ragionevole attendersi un giudizio di conferma della legittimità, in generale, delle scelte operate dal legislatore, l’esistenza di qualche aspetto di potenziale criticità non può essere negata.

La richiamata decisione del Tribunale di Catania mette bene in evidenza talune aporie. In particolare, sottolinea come Corte Cost. 20 luglio 2021, n. 137²⁷ abbia dichiarato incostituzionale una norma che, nei con-

²³ M. DOGLIANI, *La sovranità (perduta?) del Parlamento e la sovranità (usurpata?) della Corte costituzionale*, in R. Romboli (a cura di), *Ricordando Alberto Pizzorusso. Il pendolo della Corte. Le oscillazioni della Corte costituzionale tra l’anima ‘politica’ e quella ‘giurisdizionale’*. Atti della Tavola rotonda per ricordare Alessandro Pizzorusso ad un anno dalla sua scomparsa (Pisa 15 dicembre 2016), Torino, 2017, 79, il quale aggiunge: “Di qui, dunque, discende la “politicità” delle decisioni in esame”.

²⁴ M. BARBERIS, *Dei difetti della giurisprudenza costituzionale*, in A. VIGNUDELLI, *Il vaso di pandora. Scritti sull’interpretazione*, F. Pedrini e L. Vespignani (a cura di), Quaderni de *Lo Stato*, Modena, 2018, vol. II, 582.

²⁵ Sulla funzione politica della Corte come attività rivolta a produrre convivenza, unione (*pactum societatis*) v. G. ZAGREBELSKY, *Principi e voti*, Torino, 2005, 35 ss.

²⁶ R. ROMBOLI, *Le oscillazioni della Corte costituzionale tra l’anima “politica” e quella “giurisdizionale”*. Una tavola rotonda per ricordare Alessandro Pizzorusso ad un anno dalla sua scomparsa, in Id. (a cura di), *Ricordando Alberto Pizzorusso. Cit.*, 4, e ivi il riferimento a A. SPADARO, *Sulla intrinseca “politicità” delle decisioni “giudiziarie” dei tribunali costituzionali contemporanei*, in R. Romboli, (a cura di), *Ricordando Alberto Pizzorusso. Il pendolo della Corte*, cit., 117 ss.

²⁷ La quale, financo nei confronti di coloro che hanno gravemente violato il patto di solidarietà che è alla base della convivenza civile, cioè i condannati per taluni gravi reati, quali terrorismo, associazione mafiosa, e simili, ha ricordato che la possibilità di modulare la disciplina delle misure assistenziali “non può pregiudicare quelle prestazio-

fronti di soggetti che hanno gravemente violato il patto di solidarietà che è alla base della convivenza civile (ovvero i condannati per taluni gravi reati, quali terrorismo, associazione mafiosa) revocava le prestazioni, comunque denominate (indennità di disoccupazione, assegno sociale, pensione sociale, pensione di invalidità) aventi una funzione in senso lato “alimentare”, ricordando che la possibilità di modulare la disciplina delle misure assistenziali “non può pregiudicare quelle prestazioni che si configurano come misure di sostegno indispensabili per una vita dignitosa, così come anche per le provvidenze destinate al soddisfacimento dei bisogni primari e volte alla garanzia per la stessa sopravvivenza, la cui attribuzione comporta in coinvolgimento di una serie di principi, tutti di rilievo costituzionale (tra cui l’art 2 Cost.)”.

Rilevante pare altresì la circostanza che, in taluni casi, ancor oggi (nonostante il superamento della previsione nei rinnovi contrattuali di alcuni di comparti) un assegno alimentare sia riconosciuto a favore dei lavoratori pubblici sospesi perché sottoposti a procedimento penale e disciplinare.

È allora evidente che analogamente, e *a fortiori*, la privazione di qualsivoglia trattamento con funzione “alimentare”, nei confronti dei lavoratori sospesi a seguito della mancata vaccinazione, finisce per porsi in conflitto con i principi e valori espressi dall’art 2, dall’art. 3 (sotto il profilo della ragionevolezza e della disparità di trattamento) oltre che, quanto meno dagli artt. 36 e 38 Cost. E ciò soprattutto alla luce delle continue proroghe dell’obbligo vaccinale e del protrarsi delle conseguenze pregiudizievoli a carico dei non vaccinati.

Un altro aspetto di criticità, ad avviso di chi scrive, può essere individuato nella disciplina dell’esonero o differimento del vaccino, consentiti solo in caso di accertato pericolo per la salute, in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal proprio medico curante di medicina generale ovvero dal medico vaccinatore, nel rispetto delle circolari del Ministero della salute in materia di esenzione dalla vaccinazione anti *SARS-CoV-2*.

ni che si configurano come misure di sostegno indispensabili per una vita dignitosa, così come anche per le provvidenze destinate al soddisfacimento dei bisogni primari e volte alla garanzia per la stessa sopravvivenza, la cui attribuzione comporta in coinvolgimento di una serie di principi, tutti di rilievo costituzionale (tra cui l’art 2 Cost.)”.

La genericità e non esaustività delle indicazioni provenienti dal Ministero²⁸ e la circostanza che il certificato del medico generale, anche se attestante le “specifiche condizioni cliniche” che comportano un “accertato pericolo per la salute”,²⁹ costituisca un mero “filtro” delle istanze di differimento (o di esonero), che lascia al soggetto competente (l’ordine professionale, il responsabile della struttura, il datore di lavoro o altri) la responsabilità di verificarne la idoneità (cfr. Trib. Taranto, 11 febbraio 2022, n. 355 e ivi il richiamo a Trib. Ravenna 31.12.2021 in proc. 689-1/2021 r.g) determinano margini di discrezionalità ed incertezza troppo ampi, con esiti potenzialmente molto diversi da caso a caso. Laddove è invece evidente che la legittimità dell’imposizione vaccinale richiede un’assoluta chiarezza non solo in positivo (individuazione delle situazioni in cui l’obbligo è configurabile) ma anche in negativo (individuazione delle situazioni in cui l’obbligo deve essere escluso o differito).

²⁸ La Circolare del Ministero della Salute 4 agosto 2021, n. 35309 elenca “le principali condizioni o situazioni che possono rappresentare o meno una controindicazione e precauzione alla vaccinazione anti-SARS-CoV-2” precisando però che “data la complessità dell’argomento trattato, le condizioni riportate non sono esaustive”.

²⁹ Sui requisiti del certificato v. Cons. Stato, sez. III, 21.12.2021, n. 8454. Oltre alla richiamata Circ. Min. Salute n. 35309 del 2021 si v. anche il d.P.C.M. 04.02.2022.

2. La sperimentazione clinica su farmaco in Italia. Legislazione vigente e futura

(E. SERAFINI)

Nel corso degli ultimi due anni il dramma della pandemia ha messo in luce le criticità del sistema sanitario non solo sotto il profilo organizzativo, ma anche rispetto all'ambito della ricerca e sviluppo.

Sul piano sociale abbiamo assistito al diffondersi di opinioni, convinzioni di tutti i tipi, cordate di persone avverse alle politiche nazionali su diversi fronti. Inoltre, l'informazione dei mass media ha evidenziato la complessità dell'argomento, confrontandosi con la difficoltà dell'alfabetizzazione sanitaria, alimentando talvolta animosi confronti poco esaustivi delle verità scientifiche. L'ambizione di semplificare la complessità della scienza medica per renderla comprensibile e alla portata di tutti è talvolta fallita dai metodi divulgativi.

In queste poche righe non intendo fare quella chiarezza che è mancata su tutto il fenomeno della pandemia, ma limitarmi a dare alcune informazioni circoscritte su come nasce un farmaco.

Iniziamo dicendo che il percorso che origina un farmaco è normato a livello internazionale (*European Medicines Agency-EMA*) e a livello nazionale è controllato e governato da un consolidato pacchetto di norme sotto il governo dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) deputato al controllo. Quindi, tutte le fasi che caratterizzano la **ricerca clinica** necessarie per dimostrare la sicurezza e l'efficacia di un farmaco sono stabilite, condizionando l'operatività di tutti gli attori e garantendo il percorso. In particolare, a livello internazionale esistono le *Good Clinical Practice (GCP)* che costituiscono le procedure da seguire obbligatoriamente per realizzare una ricerca clinica.

Delle migliaia di molecole oggetto di studio da parte dei ricercatori solo alcune entrano nella progettazione di uno studio clinico. Ciò accade quando studi di laboratorio sono in grado di dimostrare possibili effetti benefici sulle patologie dell'uomo.

In questo caso, in estrema sintesi, il soggetto promotore della ricerca (azienda farmaceutica o istituto di ricerca pubblico) presenta una ricca documentazione a supporto della scoperta agli organismi competenti

e attraverso la scrittura del protocollo di ricerca inoltra la domanda per realizzare la ricerca clinica.

La ricerca clinica, se approvata, inizia con la fase cosiddetta di “pre-clinica”. Questa fase della sperimentazione è utile per osservare come si comporta e qual è il livello di tossicità della molecola su un organismo vivente complesso: qual è la via di somministrazione, come viene assorbita e successivamente eliminata.

La descrizione seguente delle fasi di una ricerca clinica per la produzione di un nuovo farmaco è attinta dal sito di AIFA.

Inizialmente sono eseguiti gli studi “*in vitro*” al fine di comprendere le caratteristiche della sostanza da cui si ritiene di poter ricavare un farmaco. La sostanza viene messa in provetta insieme a colture cellulari o a microrganismi e sottoposta a una serie di test, eseguiti in laboratori altamente specializzati.

Soltanto quando si è appurato in laboratorio che la molecola possiede potenziali effetti terapeutici si può passare alla sperimentazione sugli animali. Gli studi “*in vivo*” hanno lo scopo di verificare se l’efficacia della sostanza attiva dimostrata *in vitro* viene confermata in specifici modelli animali di malattie umane. Tali studi hanno anche lo scopo di fornire dati preliminari sul comportamento della molecola sperimentale una volta presente nell’organismo in termini di assorbimento, distribuzione all’interno dei tessuti, metabolismo ed escrezione (farmacocinetica) e di dimostrare l’effettiva sicurezza prima di iniziare la sperimentazione nell’uomo (tossicologia).

Superata questa fase, con l’approvazione di AIFA, si procede con le fasi successive.

Fase I: Con lo studio di fase 1 ha inizio la sperimentazione del principio attivo sull’uomo che ha lo scopo di fornire una prima valutazione della sicurezza e tollerabilità del medicinale. Questi studi sono condotti in pochi centri selezionati su un numero limitato di volontari sani per i quali è documentata l’assenza e la non predisposizione a malattie. L’obiettivo principale è la valutazione dei potenziali effetti collaterali che possono essere attesi, in base ai risultati delle precedenti sperimentazioni sugli animali e la valutazione della modalità di azione e distribuzione del farmaco nell’organismo.

I volontari vengono divisi in più gruppi, ciascuno dei quali riceve una diversa dose di farmaco, per valutare gli eventuali effetti indesiderati

della sostanza in relazione alla quantità somministrata. Se l'oggetto della sperimentazione sono gravi patologie, questi studi possono essere condotti direttamente su pazienti che ne sono affetti e per i quali il farmaco è stato pensato. Se il farmaco dimostra di avere un livello di tossicità accettabile rispetto al beneficio previsto (il cosiddetto profilo beneficio/rischio), la sperimentazione può passare alle successive fasi della sperimentazione.

Fase II: Nello studio di fase 2 inizia a essere indagata l'attività terapeutica del potenziale farmaco, cioè la sua capacità di produrre sull'organismo umano gli effetti curativi desiderati. Questa fase serve inoltre a comprendere quale sarà la dose migliore da sperimentare nelle fasi successive, e determinare l'effetto del farmaco in relazione ad alcuni parametri (come, ad esempio, la pressione sanguigna) considerati indicatori della salute del paziente.

Negli studi di fase 2 la sostanza è somministrata a soggetti volontari affetti dalla patologia per cui il farmaco è stato pensato.

I soggetti "arruolati" per lo studio vengono generalmente divisi in più gruppi, a ciascuno dei quali è somministrata una dose differente del farmaco e, quando eticamente possibile, un placebo (una sostanza priva di efficacia terapeutica). Per evitare che la somministrazione del placebo influenzi le aspettative dei partecipanti, le valutazioni dei parametri di attività e sicurezza sono condotte senza che il paziente (studio in cieco singolo), o medico e paziente (studio in doppio cieco), conoscano il tipo di trattamento ricevuto o somministrato.

Questa fase dura circa un paio d'anni ed è utile a dimostrare la non tossicità e l'attività del nuovo principio attivo sperimentale.

Fase III: Lo studio di fase 3 serve a determinare quanto è efficace il farmaco, se ha qualche beneficio in più rispetto a farmaci simili già in commercio e qual è il rapporto tra rischio e beneficio. In questo caso i pazienti "arruolati" sono centinaia o migliaia.

L'efficacia del farmaco sui sintomi, sulla qualità della vita o sulla sopravvivenza è confrontata con un placebo, con altri farmaci già in uso o con nessun trattamento.

La tipologia di studio di riferimento in questa fase è lo studio clinico controllato randomizzato. Si tratta di un tipo di studio in cui ai pazienti viene assegnato casualmente (*random*) il nuovo principio attivo o un farmaco di controllo (in genere il trattamento standard usato per la

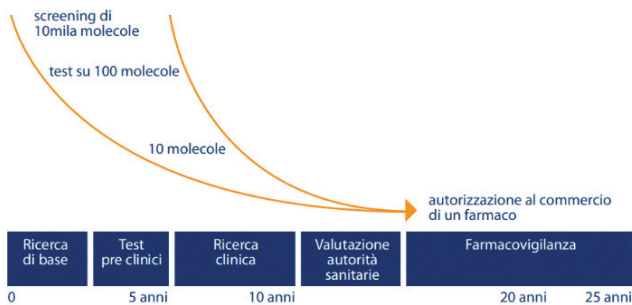
patologia oggetto della ricerca) ed è molto affidabile nel definire l'efficacia di un medicinale.

Infatti, l'attribuzione casuale del nuovo farmaco o del farmaco di controllo garantisce che i due gruppi siano simili per tutte le caratteristiche salvo che per il medicinale assunto. Dunque, alla fine della sperimentazione, sarà possibile attribuire ogni differenza nella salute dei partecipanti esclusivamente al trattamento e non a errori o al caso.

Durante questa fase vengono controllate con molta attenzione l'insorgenza, la frequenza e gravità degli effetti indesiderati. La durata della somministrazione del farmaco è variabile a seconda degli obiettivi che la sperimentazione si pone, ma in genere dura mesi. Il periodo di monitoraggio degli effetti del farmaco è invece spesso più lungo, arrivando in qualche caso a 3-5 anni.

Fase IV: È la fase della sperimentazione clinica che include gli studi condotti dopo l'approvazione del farmaco nell'ambito delle indicazioni approvate e in piena osservanza di quanto contenuto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP); è detta della "sorveglianza *post marketing*" perché viene attuata dopo l'immissione in commercio.

In questa fase, che può durare qualche anno, si acquisiscono ulteriori e nuove informazioni e vengono valutate le reazioni avverse più rare, quelle che negli studi clinici non potevano emergere, ma che con l'uso di massa del nuovo farmaco possono diventare rilevabili.



Secondo le informazioni di AIFA e sulla base dei dati forniti da Farmindustria, la ricerca clinica, dagli studi in laboratori sulle molecole alla immissione in commercio, ha un tempo di realizzazione che varia dai 10 ai 15 anni.

La domanda che può sorgere spontanea è: come mai non abbiamo impiegato 10 anni o 15 per avere il vaccino, se il percorso sopra descritto è quello che deve rispettare la ricerca clinica? La risposta è duplice, il Covid-19 appartiene al ceppo SARS, già conosciuto, quindi è stato possibile “lavorare” partendo da conoscenze acquisite, in secondo luogo, sono state compattate tutte le fasi riducendo i normali tempi di gestione, analisi e controlli, allo scopo di contenere i tempi di attesa.

Per queste due ragioni la scienza è stata in grado di mettere a punto un primo vaccino in grado di contrastare la letalità del Covid-19.

È importante notare che i soggetti che entrano in campo durante una sperimentazione clinica sono:

- L'azienda farmaceutica o l'Istituto di Ricerca pubblico che promuove lo studio;
- AIFA ed i Comitati Etici che approvano lo studio clinico;
- L'azienda *Contract Research Organization* (CRO) che supporta tutta la ricerca e monitora la corretta applicazione delle procedure (GCP);
- I Centri di Sperimentazione ospedalieri che reclutano i pazienti e somministrano il farmaco sperimentale;
- L'azienda che attua la farmacovigilanza, monitorando gli eventi avversi che si possono verificare durante la sperimentazione, segnalandoli alle autorità;
- I pazienti ai quali viene sottoposto il “foglio informativo” per informarli sul percorso che affronteranno, i rischi che potranno incontrare e l'utilità della loro partecipazione alla sperimentazione. Con il foglio informativo viene chiesto di manifestare il proprio “consenso” alla partecipazione.

Occorre sottolineare il ruolo della farmacovigilanza. Non solo durante lo studio clinico, ma anche successivamente il ruolo di chi si occupa di vigilare sul farmaco riveste un ruolo importante poiché monitora gli eventuali effetti collaterali che si possono manifestare sul paziente. A questo proposito, infatti, occorre immaginare che mentre il farmaco è uguale a sé stesso per migliaia di volte, le persone a cui si rivolge sono tutte diverse, per età, sesso, malattie pregresse o presenti. Quindi, non si può escludere in assoluto che il farmaco possa dare effetti collaterali nocivi.

Non solo, l'etimologia della parola farmaco, che deriva dal greco, è "rimedio", ma anche "veleno". In altri termini, la ricerca clinica ha lo scopo di accertare e definire quali dosi e posologia sono opportune per rendere efficace il farmaco senza arrecare danni all'organismo derivanti da una somministrazione eccessiva. Il foglio illustrativo contenuto nella confezione del medicinale riporta le istruzioni da seguire e più volte viene ripetuta la raccomandazione del consulto col medico. L'importanza di quest'ultimo sta proprio nel verificare le caratteristiche del farmaco in relazione alla singola persona, valutando così le condizioni fisiche complessive del paziente.

In conclusione, il farmaco in commercio affronta un percorso complesso, viene sottoposto a verifiche puntuali da diversi soggetti sin dall'origine e anche dopo la pubblica distribuzione e il sistema normativo vigente è in grado di garantire sufficiente sicurezza alle persone.

Infine, è auspicabile che per il futuro gli organi di informazione istituzionale riescano a gestire la comunicazione in maniera corale, coinvolgendo anche attori con competenze nelle scienze sociali ed umane, ricordandoci tutti che la scienza medica è complessa e l'assenza di alfabetizzazione adeguata genera confusione.

3. Il ruolo del medico competente nei protocolli Covid e aspetti di sorveglianza sanitaria

(S. BARBANTI)

La prima fase della pandemia da Covid-19 nei primi mesi del 2020, in un contesto iniziale in cui ancora non erano disponibili informazioni chiare ed esatte e caratterizzata da notizie poche precise, dalla presenza di comunicazioni poco attendibili e provenienti da fonti non ufficiali cd. “Fake news”, l’attività del medico competente è stata quella di fornire indicazioni corrette ai Datori di lavoro e ai loro lavoratori nelle aziende in cui era stato nominato ai sensi dell’art. 38 del d.lgs. n. 81 del 2008.

In seguito all’emanazione della normativa d’urgenza e in particolare i diversi dd.P.C.M. che si sono succeduti da lì a poco, il Medico competente ha provveduto ad inviare una informativa in cui comunicava ai diversi attori della prevenzione, ovvero Datori di lavoro (DL), e in copia ai Responsabili del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ai Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS), le prime istruzioni operative per tutelare la salute dei lavoratori all’interno dei luoghi di lavoro, precisando che non solo il Medico competente era a disposizione per fornire informazione e formazione e sorveglianza sanitaria mirata privilegiando le visite mediche a richiesta, pre-assuntive e preventive, e da rientro da malattia o infortunio con assenza superiore a 60 giorni, ma soprattutto a fornire la propria disponibilità ad effettuare le visite mediche a richiesta da parte di lavoratori che si trovassero in condizioni di ipersuscettibilità con patologie croniche o con comorbidità ovvero stati di immunodepressione congenita o acquisita (d.P.C.M. del 04.03.2020), con situazioni di particolare fragilità e/o presenza di eventuali patologie attuali e pregresse attraverso la compilazione di uno specifico modulo appositamente creato e messo a disposizione per tale istanza.

Nelle prime settimane di emergenza pandemica, inoltre, il medico competente ha attivato uno specifico servizio telefonico all’interno di una determinata fascia oraria riservato ai lavoratori delle aziende che avevano aderito alla proposta, ovvero la messa a disposizione di un supporto ed aiuto agli stessi al fine di fornire precise informazioni su loro speci-

fiche richieste e/o condurre *triage* telefonici per l'individuazione di possibili casi di contatti stretti.

Il medico competente ha dovuto naturalmente modificare immediatamente gli usi e anche le consuetudini relativamente all'esecuzione delle visite mediche. Difatti sono stati sospesi tutti gli accertamenti sanitari che potevano provocare un aumento di *droplets* e quindi una maggior diffusione del contagio (es. prove di funzionalità respiratoria). Sono state sospese tutte le visite mediche che solitamente venivano svolte nei locali dell'azienda, fatto salva la presenza dell'infermeria aziendale, ed è stata data pronta comunicazione che obbligatoriamente le stesse sarebbero dovute venire effettuate in ambulatorio medico all'interno di una struttura sanitaria che garantisse idonee e adeguate misure per contenere la diffusione del virus. La conseguente ricerca di idonei dispositivi di protezione individuale che permettessero di eseguire la sorveglianza sanitaria urgente in totale sicurezza, è stato un aspetto decisivo e di fondamentale importanza, in un momento in cui vi era scarsa disponibilità degli stessi e con costi d'acquisto che raddoppiavano giorno dopo giorno.

In data 8 marzo 2020 è stato emanato a cura del Presidente del Consiglio dei Ministri il d.P.C.M. che ha introdotto la raccomandazione a tutte le persone anziane o affette da patologie croniche o con multimorbilità, ovvero con stati di immunodepressione congenita o acquisita, di evitare di uscire dalla propria abitazione o dimora fuori dai casi di stretta necessità e di evitare comunque luoghi affollati nei quali non fosse possibile mantenere la distanza di sicurezza interpersonale di almeno un metro di cui all'allegato 1 lettera d) e successivamente è stato pubblicato in data 17 marzo 2020 il decreto legge denominato "Cura Italia", che ha previsto all'art. 26 co. 2, fino al 30 aprile 2020 (termine più volte prorogato) ai lavoratori pubblici e privati in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 5 febbraio 1992 nr. 104, nonché ai lavoratori in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, ai sensi dell'art. 3 comma 1 della medesima legge n. 104 del 1992, che il periodo di assenza dal servizio prescritto dalle competenti autorità sanitarie, fosse equiparato al ricovero ospedaliero di cui all'articolo 19 comma 1 del decreto legge 2 marzo 2020, nr. 9.

A questo riguardo l'attività del medico competente è stata duplice: da una parte informare il datore di lavoro circa la necessità di prestare massima tutela della salute dei lavoratori e in particolare di quelli considerati "fragili". Dall'altra parte fare in modo che tutti i soggetti annoverati nel precedente indicato articolo di legge, potessero ricevere le informazioni necessarie e le relative procedure per tutelare al meglio il loro stato di salute sulla base anche delle indicazioni fornite dalle Società Scientifiche di Medicina del lavoro.

Quasi contemporaneamente è stato emanato dal Governo italiano il d.P.C.M. 11 marzo 2020, al fine di contrastare e contenere il propagarsi del virus, adottando una misura d'urgenza ovvero quella della sospensione della maggior parte delle attività economiche, sia commerciali, che di ristorazione e servizi alla persona sull'intero territorio nazionale, una misura molto forte ma necessaria¹, mentre sono state fatte salve le attività produttive e professionali, ma con l'obbligo di osservare scrupolose raccomandazioni, poi anch'esse sospese con l'emanazione del d.P.C.M. del 22.03.2020, ad eccezione di quelle essenziali o che erogassero prestazioni e servizi di pubblica utilità.

Per questo motivo, in concomitanza e in particolare, il 14 marzo 2020 è stato sottoscritto il primo Protocollo di sicurezza anti-contagio che ha avuto lo scopo di favorire la riapertura e la prosecuzione delle attività lavorative in presenza di necessarie condizioni che avrebbero potuto assicurare ai lavoratori adeguati livelli di protezione. Successivamente tale protocollo condiviso è stato integrato e modificato in data 24 aprile 2020 e poi successivamente il 6 aprile 2021.

Il 9 aprile 2020 il Comitato Tecnico scientifico istituito presso il Dipartimento della Protezione Civile ha approvato il "documento tecnico sulla rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione" e sulla scorta di questi due documenti e in linea con i loro principi, il Ministero della Salute ha emanato una sua Circolare in data 29.04.2020, nella quale sono state fornite indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimen-

¹ Consultato il 28 febbraio 2022, https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=21997:conf.covid20&catid=82&Itemid=142

to della diffusione del virus *SARS-CoV-2* negli ambienti di lavoro e nella collettività².

A questo riguardo il medico competente si è prontamente messo a disposizione del Comitato per l'Applicazione e la verifica delle regole del protocollo di contenimento come previsto dal punto 13 di tale documento e costituito nella maggior parte di aziende in cui era stato nominato, chiedendo alle stesse di inviare il protocollo di contenimento al fine di contribuire ad individuare le procedure corrette da applicare per ogni singola realtà aziendale e provvedere quindi alla più totale disponibilità di fornire consulenza sanitaria a 360 gradi.

Per consegnare alle aziende maggiori precisazioni e rilasciare chiare istruzioni operative e procedure in seguito ai documenti predisposti dal Governo e dalle parti sociali, nonché da altri enti istituzionali, il medico competente ha predisposto ulteriori informative per i datori di lavoro e per i lavoratori comprensivi di quelli cd. "fragili", ovvero l'avviso che, qualora lo stesso avesse ritenuto di possedere una controindicazione alla salute correlata all'attività lavorativa prestata e/o rientrasse in una delle condizioni per cui potesse essere ritenuto un lavoratore "fragile", avrebbe potuto effettuare una visita a richiesta.

Nei primi mesi della pandemia, è stata fondamentale la collaborazione, seppur con la presenza di numerose difficoltà a causa della cornice normativa entro il quale si doveva necessariamente permanere, con i medici di medicina generale al fine di poter definire la corretta procedura di tutela dei lavoratori cd. "fragili". Numerosi sono stati i contatti tra questi professionisti della salute, in un periodo in cui di definito c'era solo la sensazione sempre costante di non riuscire a proteggere tutte le persone e in particolare quelle più vulnerabili al virus.

Ancora durante la ripresa e la ripartenza delle attività lavorative, è stato estremamente importante l'attività del medico competente volta all'identificazione dei lavoratori particolarmente fragili in correlazione alla verifica di incompatibilità alla mansione specifica nel reinserimento lavorativo. È stato altresì fondamentale che la sorveglianza sanitaria abbia potuto porre particolare attenzione ai soggetti fragili anche in rapporto all'età anagrafica.³

² Consultato il 28 febbraio 2022, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73956&parte=1%20&serie=null>

³ Consultato il 28 febbraio 2022, <https://www.siml.it/post/ruolo-del-medico-competente-mc-e-malattia-covid-19-ambito-non-sanitario>

Occorre tuttavia porre in evidenza come questo periodo, ma anche quello successivo che si protrae fino ai giorni nostri, è stato caratterizzato dalla controversa tutela dei lavoratori “fragili”, con la presenza di una normativa confusa, non sempre chiara e priva di precise indicazioni operative che ha destato particolare difficoltà nella gestione dei casi; trattamenti che sono stati assai complessi con l’obbligo di osservare scrupolosamente anche le norme relative alla protezione dei dati personali e i relativi provvedimenti del Garante della Protezione dei Dati Personali; attenzione massima è stata prestata, affinché non venissero trasmesse specifiche patologie sofferte dal lavoratore al datore di lavoro, ma che venisse comunicato esclusivamente il caso specifico del lavoratore con una condizione di fragilità e che tale potesse interferire con lo stato di salute, nell’adibire quel soggetto alla mansione specifica⁴, scaricando tuttavia talvolta la responsabilità ultima sul medico competente.

Di fondamentale importanza, al fine di cercare di interpretare correttamente le numerose e complesse sopra citate disposizioni normative, sono stati anche i documenti pubblicati dalle principali associazioni scientifiche di medicina del lavoro, come la Società Italiana di Medicina del Lavoro (SIML)⁵ e l’Associazione Nazionale Medici d’Azienda e Competenti (ANMA)⁶.

Successivamente, una volta che sono stati validati taluni accertamenti diagnostici di facile utilizzo e disponibilità quali i test sierologici, sono state registrate forti pressioni sul medico competente da parte dei datori di lavoro per potervi accedere ed essere quindi utilizzati per individuare quei lavoratori che presentassero un eventuale stato di contagio.

A questo riguardo tali test sierologici, per identificare gli anticorpi IgM e IgG da infezione da *SARS-CoV-2* sono stati inizialmente molto utilizzati, ma è occorso sempre tenere in evidenza e correttamente rappresentato alle aziende, che sono stati sì, certamente molto importanti nella ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale, ma che non erano utili a sostituire il test molecolare basato sull’identifi-

⁴ Consultato il 01.03.2022, <https://www.garanteprivacy.it/temi/coronavirus/faq>

⁵ Consultato il 04 marzo 2022, <https://www.siml.it/post/ruolo-del-medico-competente-mc-e-malattia-covid-19-ambito-non-sanitario>

⁶ Consultato il 04 marzo 2022, <http://www.anma.it/news-anma/accompagnare-al-rientro-vademecum-mc/>

cazione di RNA virale da tampone naso-oro faringeo secondo i protocolli identificati dall'OMS.

Si sono poi succeduti numerosi provvedimenti normativi e circolari ministeriali in materia di tutela dei lavoratori e delle lavoratrici più vulnerabili, in ultimo il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e il Ministro per la pubblica amministrazione del 03 febbraio 2022 in cui viene fatta più chiarezza circa i criteri necessari ad identificare i lavoratori cd. "fragili"⁷ ai fini dell'individuazione dei presupposti per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile, definendo quali sono i casi, indipendentemente dallo stato vaccinale o contemporanea presenza di esenzione alla vaccinazione per motivi sanitari, sulla base della presenza di almeno una delle condizioni elencate su tale atto ministeriale.

Se da un lato c'è stata la necessità di proteggere i lavoratori e le lavoratrici "fragili" e tutelare quindi la loro salute, dall'altro c'è stata la situazione di dover far fronte a nuovi incrementi di soggetti positivi al Covid-19, sulla base delle diverse ondate che hanno caratterizzato distinti periodi dell'anno, e collaborare quindi con il datore di lavoro a fornire un supporto per la definizione dei contatti stretti (*contact tracing*) di persone presenti in azienda in cui era stata riscontrata la positività, talvolta estendendosi anche ai famigliari e conviventi andando anche quindi oltre ai compiti tipici delle attività del medico competente definiti come indicate dal d.lgs. n. 81 del 2008 e smi.

In questo contesto d'emergenza è occorso fare particolare attenzione a non creare anche disparità di trattamento tra lavoratori "fragili", che potevano svolgere un'attività lavorativa con modalità agile e ci riferiamo in particolare alle mansioni di tipo impiegatizio, rispetto alla maggioranza di altri lavoratori "fragili", che in realtà non avevano l'attività lavorativa compatibile con la loro mansione, dal momento che la prestazione doveva avvenire direttamente in azienda come ad esempio gli operai⁸; da questo punto di vista è stato fondamentale il coordinamento con i datori di lavoro anche per cercare di contemperare interessi diversi ma sempre rivolti nell'ottica della massima estensione della tutela della salute di ogni lavoratore.

⁷ Consultato il 03 marzo 2022, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/02/11/22A01023/sg>

⁸ Consultato il 01 marzo 2022, <https://www.siml.it/post/il-rientro-al-lavoro-dei-soggetti-fragili>

Di fondamentale importanza per cercare di arginare la diffusione del Covid-19 all'interno dei luoghi di lavoro, è stato l'utilizzo, a fianco del tampone molecolare su campione naso faringeo, definito *gold standard*, di test rapidi antigenici, che hanno avuto soprattutto il compito di rilevare qualitativamente gli antigeni nucleoproteici virali della *SARS-CoV-2* in campioni rinofaringei con la tecnica dell'immunodosaggio cromatografico a flusso laterale a supporto e in collaborazione con il servizio pubblico anche in merito alla tipologia di test da eseguire sulla base di valutazioni che sono state gestite caso per caso. Se all'inizio del loro utilizzo, tali test rapidi sono stati effettuati solo dietro presentazione di ricetta medica, e qualora avesse dato un riscontro positivo, avrebbe dovuto essere stato obbligatoriamente eseguito un test molecolare per confermare o meno la diagnosi da *SARS-CoV-2*, successivamente è andata scomparendo la prescrizione medica e ad oggi, come sappiamo, il test rapido antigenico vale anche come diagnosi di inizio/fine isolamento/quarantena⁹.

Un'altra attività che ha visto impegnato il medico competente, in una prima fase, è stata quella relativa alla promozione dell'attività vaccinale anti Covid-19 da condursi tra i lavoratori delle aziende in cui era stato nominato. Una seconda fase in cui il medico competente è stato coinvolto direttamente all'interno delle aziende, sia per la raccolta delle adesioni alla campagna e calendarizzazione delle stesse, sia per l'effettuazione di attività di medico vaccinatore in specifici hub vaccinali aziendali, qualora l'azienda fosse in grado di presentare formalmente determinate condizioni come specificato da diversi documenti tecnici predisposti da INAIL¹⁰, dal Protocollo nazionale per la realizzazione dei piani aziendali finalizzati all'attivazione di punti straordinari di vaccinazione anti *SARS-COV-2* nei luoghi di lavoro¹¹, dalla delibera regionale emanata in Emilia Romagna dalla Giunta¹² e dal documento di indirizzo predisposto dal Garante per la Pro-

⁹ Consultato il 04 marzo 2022, <https://salute.regione.emilia-romagna.it/notizie/regione/2021/dicembre/test-antigenici-rapidi-sufficienti-in-caso-di-risultato-positivo-senza-conferma-tramite-tampone-molecolare>

¹⁰ Consultato il 14 aprile 2022, https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbli-documento-tecnico-vaccinazione-luoghi-di-lavoro_6443162042662.pdf

¹¹ Consultato il 14 aprile 2022, <https://www.lavoro.gov.it/notizie/Documents/Protocollo-Covid-vaccinazioni-luoghi-lavoro-6-aprile-2021.pdf>

¹² Consultato il 14 aprile 2022, <https://vaccinocovid.regione.emilia-romagna.it/aggiornamenti/lemilia-romagna-pronta-vaccinare-il-mondo-del-lavoro-libera-agli-hub-nelle-aziende>

tezione dei Dati Personali in merito alla vaccinazione nei luoghi di lavoro e le indicazioni generali per il trattamento dei dati personali¹³.

Lo svolgersi di questo intervento è stato particolarmente complesso anche per il propagarsi di informazioni basate unicamente su “passaparola” e/o raccolte da fonti non ben identificate prive di qualsiasi evidenza scientifica unitamente al sussistere di un clima sociale particolarmente acceso con la presenza di una piccola percentuale di soggetti che rimane convinta con proprie idee contro l’efficacia dell’attività vaccinale e dei rischi sulla salute da Covid-19 in genere.

Da porre in evidenza che non sono stati rari i momenti di tensione in sede di visita medica, nel momento in cui veniva informato il lavoratore dell’importanza della vaccinazione anti Covid-19, sempre nel rispetto assoluto della libertà di scelta di ciascun individuo, salvo naturalmente in quei settori o per età anagrafica per cui invece è risultato nel tempo diventare obbligatoria.

Sono state ricevute offese e anche talvolta minacce verbali, anche di elevato grado di intensità, da parte di lavoratori contrari alla vaccinazione anti Covid-19, tanto che l’Ordine Provinciale dei Medici e Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Modena ha attivato recentemente un osservatorio sulla violenza sui medici in genere¹⁴.

Se inizialmente l’obbligo vaccinale è stato destinato esclusivamente al personale sanitario, i decreti legge emanati nel corso del 2021 e inizio 2022, hanno allargato la platea dei soggetti e lavoratori obbligati a sottoporsi all’obbligo vaccinale ma in questo caso non è stato *ex lege* demandato al medico competente la verifica dello stato vaccinale dei soggetti obbligati proprio perché la legge non lo ha previsto¹⁵ e pertanto rimane fondamentale in questo ambito la promozione dell’attività vaccinale e la sua importanza nei confronti del diffondersi del contagio del Covid-19 sui luoghi di lavoro.

¹³ Consultato il 14 aprile 2022, <https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/9585356>

¹⁴ Consultato il 13 aprile 2022, <https://www.ordinemedicimodena.it/news/2021/osservatorio-violenza-medici/>

¹⁵ Consultato il 04 marzo 2022, <https://www.siml.it/post/ruolo-del-medico-competente-nella-gestione-del-dato-vaccinale-nellambito-sanitario-ove-si-applica-il-dl-44-2021>

versione open access al sito
www.muccheditore.it



9788870009286