



# **Linee di indirizzo per l'organizzazione del Servizio di Prevenzione e Protezione nelle Aziende Sanitarie e Ospedaliere**

La redazione del presente documento si è conclusa a settembre 2024, a cura di un gruppo di lavoro istituito e coordinato dalla Associazione Italiana Responsabili Servizi di Prevenzione e Protezione in Ambiente Sanitario (AIRESPSA). Il Direttivo AIRESPSA ha approvato il contenuto del presente documento nella seduta del 18/09/2024.

I componenti del gruppo di lavoro sono:

- Giovanni Ceccanti, Dirigente delle Professioni Sanitarie della Prevenzione, RSPP della Azienda Ospedaliero Universitaria di Pisa; componente direttivo AIRESPSA.
- Franco Pugliese, Medico Specialista in Medicina del lavoro, past-president e componente direttivo AIRESPSA
- Giuseppe Smecca, Dirigente Medico, Specialista in Medicina del Lavoro, RSPP della ASP di Ragusa; presidente AIRESPSA.

Hanno contribuito alla stesura del presente documento

- Alessia Cappello, Dott.ssa in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione, con i contenuti della tesi magistrale da lei discussa ad aprile 2023 presso l'Università degli studi di Firenze titolata: "Il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale tra disposizioni di norma e Management: il riesame del ruolo nell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana"
- Francesca Caruso, Dott.ssa in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione, con i contenuti della tesi magistrale da lei discussa ad aprile 2024 presso l'Università degli studi di Firenze titolata: "Il Servizio di Prevenzione e Protezione nelle Aziende Sanitarie: proposta di un algoritmo per la determinazione del numero degli addetti".

## Indice generale

1. Premessa.....	4
2. Inquadramento normativo .....	5
2.1 Il Servizio di Prevenzione e Protezione .....	5
2.2 L'evoluzione normativa della valutazione del rischio .....	6
3. Letteratura in materia .....	7
3.1 Le “ <i>linee guida per l'applicazione del D.Lgs. 626/94</i> ” .....	7
3.2 La “Prassi di riferimento <i>UNI/PdR 87/2020</i> ” .....	8
3.3 Valutazione dei piani di fabbisogno del personale del SSN .....	8
3.4 Pubblicazione a cura di FIASO “Gestione, sviluppo e valorizzazione delle competenze del middle management del SSN (edito da EGEA SpA luglio 2021).....	9
3.5 European Agency for Safety and Health at Work – Discussion paper 13/06/2024: “occupational safety and health preventive service: the professionals' prospective”.....	9
4. Metodi per la determinazione del numero ASPP nelle aziende sanitarie .....	11
4.1 Metodo proposto nel 1998 dall'Assessorato alla Sanità e Servizi Sociali della Regione Liguria.....	11
4.2 Metodo proposto nel 1998 dalla Giunta della Regione Piemonte .....	11
4.3 Metodo proposto nel 2010 dall'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia.....	12
4.4 Metodo proposto nel 2022 dal Coordinamento dei RSPP delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere Universitarie della Regione Toscana .....	12
4.5 Sperimentazione e confronto dei metodi .....	13
5. Compiti svolti dai SPP non ricompresi nell'art. 33 del D.lgs 81/2008 smi.....	14
6. Linee di indirizzo .....	16

## 1. Premessa

All'indomani della ennesima tragedia nei luoghi di lavoro, le Organizzazioni Sindacali e l'opinione pubblica chiedono maggiore "prevenzione", la cui definizione è riportata al comma 1 lettera f) dell'art. 2 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 e succ. Mod. E inte. (D.Lgs 81/2008 s.m.i. nel seguito), dove si legge:

*«prevenzione»: 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.*

In pratica la "prevenzione primaria", esercitata dal datore di lavoro tramite il "servizio di prevenzione e protezione", strumento introdotto nello scenario normativo sociale con la Direttiva del Consiglio della Comunità Europea del 12 giugno 1989 n. 89/391/CEE "concernente l'attuazione delle misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori"; nella quale all'art. 7 si legge: [...] *il datore di lavoro designa uno o più lavoratori per occuparsi delle attività di protezione e delle attività di prevenzione dei rischi professionali nell'impresa e/o nello stabilimento [...]. Se le competenze nell'impresa e/o nello stabilimento sono insufficienti per organizzare dette attività di protezione e prevenzione, il datore di lavoro deve fare ricorso a competenze (persone o servizi) esterne all'impresa e/o allo stabilimento [...] in ogni caso il numero dei lavoratori designati e delle persone o servizi esterni consultati deve essere **sufficiente** per assumere le attività di protezione e prevenzione, tenendo conto delle dimensioni dell'impresa e/o dello stabilimento e/o dei rischi a cui i lavoratori sono esposti, nonché della ripartizione dei rischi nell'insieme dell'impresa e/o dello stabilimento.[...] **Gli stati membri possono definire il numero sufficiente [...].***

Come rappresentato nel seguito, nel tempo:

- alcune Regioni hanno fornito indicazioni ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere per definire il numero sufficiente di lavoratori da adibire alle attività di protezione e prevenzione, ovvero di Addetti al Servizio di Prevenzione e Protezione (ASPP nel seguito);
- il Coordinamento delle Regioni e delle Province Autonome, con la collaborazione dell'ISPESL e dell'Istituto Superiore di Sanità, ed anche la UNI hanno cercato di dare indicazioni per calcolare detto numero;
- di fatto non è stato definito un metodo condiviso ed adottato dai datori di lavoro per la determinazione del numero sufficiente di ASPP.

Con il presente elaborato si rappresentano gli esiti di un metodo condiviso e testato dai Servizi di Prevenzione e Protezione (SPP nel seguito) di 28 Aziende Sanitarie e Ospedaliere di diverse regioni italiane per la determinazione del numero sufficiente di ASPP per adempiere ai compiti ex art. 33 del D.lgs 81/2008 s.m.i, nonché per l'organizzazione del SPP dati i mutati modelli gestionali delle aziende. In concreto il metodo proposto può costituire la principale e prioritaria "*Linea di Indirizzo in materia di salute e sicurezza sul lavoro*" di cui all'art. 9 comma 5 lettera n) del CCNL del personale del comparto sanità triennio 2019-2021; perchè mancando il giusto dimensionamento del SPP, rispetto alla complessità dell'azienda, viene meno lo strumento per l'adozione della prevenzione primaria a tutela dei lavoratori. In contrattazione decentrata con le Organizzazioni Sindacali, potrà essere definito il numero integrativo degli ASPP per far fronte a particolari complessità aziendali (descritte al seguente punto 4.5) o per svolgere attività aggiuntive rispetto a quelle previste all'art. 33 succitato (attività aggiuntive elencate al seguente punto 5).

## 2. Inquadramento normativo

### 2.1 Il Servizio di Prevenzione e Protezione

Il Servizio di Prevenzione e Protezione dai rischi (SPP nel seguito) è *“l'insieme delle persone, sistemi e mezzi esterni o interni all'azienda finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali per i lavoratori”*. Questa è la definizione riportata all'art. 2 comma 1 lett. I) del Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 e successive modifiche ed integrazioni (D.Lgs. 81/2008 smi nel seguito).

Come riportato in premessa, il SPP è lo strumento operativo del Datore di Lavoro per dare concretezza alla “prevenzione primaria” a tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, ovvero la principale forma di prevenzione, consistente nell'adozione di interventi e comportamenti in grado di evitare o ridurre a monte l'insorgenza e lo sviluppo di malattie professionali o l'accadimento degli infortuni.

L'organizzazione del SPP, le competenze ed i compiti degli Addetti e del Responsabile, sono disciplinate nel Titolo I, Capo III *“Gestione della Prevenzione nei Luoghi di Lavoro”*, Sezione III *“Servizio di Prevenzione e Protezione”* del D.Lgs. 81/2008 smi; nello specifico:

- art. 31: organizzazione del SPP;
- art. 32: capacità e requisiti professionali degli Addetti e del Responsabile del SPP;
- art. 33: compiti del SPP.

Ai sensi del sopra citato art. 31 nelle strutture di ricovero e cura, pubbliche e private, con oltre 50 lavoratori, il Datore di Lavoro:

- deve istituire il SPP all'interno dell'azienda, con un numero di addetti sufficiente rispetto alle caratteristiche della medesima; i quali devono: disporre di mezzi e di tempo adeguati per lo svolgimento dei compiti loro assegnati; essere in possesso (addetti e responsabile) di specifiche capacità e requisiti professionali, definiti all'articolo 32;
- il RSPP deve essere interno all'azienda;
- può avvalersi di persone esterne all'azienda in possesso delle conoscenze professionali necessarie per integrare, ove occorra, l'azione di prevenzione e protezione del SPP.

I compiti del SPP declinati all'art. 33 del D.Lgs 81/2008 smi, sono immutati rispetto a quelli disciplinati all'art. 9 comma 1 dell'abrogato Decreto Legislativo 19 settembre 1994 n. 626, entrato in vigore il 27/11/1994, e consistono nel provvedere:

- a) *all'individuazione dei fattori di rischio, alla valutazione dei rischi e all'individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale;*
- b) *ad elaborare, per quanto di competenza, le misure preventive e protettive di cui all'articolo 28, comma 2, e i sistemi di controllo di tali misure;*
- c) *ad elaborare le procedure di sicurezza per le varie attività aziendali;*
- d) *a proporre i programmi di informazione e formazione dei lavoratori;*
- e) *a partecipare alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alla riunione periodica di cui all'articolo 35;*
- f) *a fornire ai lavoratori le informazioni di cui all'articolo 36.*

All'art. 2 comma 1 lett. f) del D.Lgs. 81/2008 smi è riportata la seguente definizione di “responsabile del servizio di prevenzione e protezione: persona in possesso delle capacità e dei requisiti professionali di cui all'articolo 32 designata dal datore di lavoro, a cui risponde, per

*coordinare il servizio di prevenzione e protezione dai rischi”.*

È compito non delegabile del Datore di Lavoro:

- effettuare la valutazione di tutti i rischi con la conseguente elaborazione del documento previsto all'art. 28 del D.Lgs 81/2008 smi [ex art. 17 comma 1 lett. a) del D.Lgs. 81/2008 smi];
- designare il RSPP, sentiti i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza [ex art. 17 comma 1 lett. b) e art. 50 comma 1 lett c) del D.Lgs 81/2008 smi].

È compito del Datore di Lavoro:

- effettuare la valutazione ed elaborare il documento di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a), in collaborazione con il RSPP e il Medico Competente, nei casi di cui ricorra l'obbligo di sottoporre a sorveglianza sanitaria i lavoratori.
- chiedere il parere al RSPP ed al Medico Competente, per fornire ai lavoratori i necessari Dispositivi di Protezione Individuale [ex art. 18 comma 1 lett. d) del D.Lgs 81/2008 smi];
- istituire il registro dei lavoratori che svolgono attività comportanti l'uso di agenti biologici del gruppo 3 o 4 e ne cura la tenuta tramite il RSPP.

Le capacità ed i requisiti professionali degli Addetti e del Responsabile del SPP sono definiti all'art. 32 e nell'accordo 128 del 7 luglio 2016 della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Documento nel quale la Sanità è identificata quale Macro Settore ATECO a maggiore rischio di infortuni e malattie professionali, assieme ai Macro Settori: dell'Agricoltura e della Pesca; delle Attività Estrattive e delle Costruzioni; del settore Chimico e Petrochimico.

Per lo svolgimento della funzione di RSPP, oltre ai requisiti di ASPP, è necessario possedere un attestato di frequenza, con verifica dell'apprendimento, a specifici corsi di formazione in materia di prevenzione e protezione dei rischi, anche di natura ergonomica e da stress lavoro-correlato, di organizzazione e gestione delle attività tecnico amministrative e di tecniche di comunicazione in azienda e di relazioni sindacali [secondo capoverso del comma 2 dell'art. 32 del D.Lgs. 81/2008 smi].

## **2.2 L'evoluzione normativa della valutazione del rischio**

Recependo i contenuti dell'art. 6 comma 3 lettera a) della Direttiva 89/391/CEE, con quanto disposto all'art. 4 del D.Lgs 626/94, entrato in vigore il 27/11/1994, valutare il rischio significava, *in relazione alla natura dell'attività dell'azienda ovvero dell'unità produttiva*, il dover valutare, *nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o dei preparati chimici impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro, i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti i gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari*. Obbligo, datoriale, che nel tempo si è trasformato in un compito non sempre oggettivo, culminato con la “generalista” valutazione di tutti i rischi, *tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro nonché i rischi derivanti dal possibile rinvenimento di ordigni bellici inesplosi nei cantieri temporanei o mobili interessati da attività di scavo*. Percorso che dal 1994, ha visto aggiungersi l'obbligo della valutazione:

- del rischio di incendio, quale parte integrante del documento di valutazione dei rischi; obbligo introdotto con il DM 10/03/1998, abrogato e sostituito dal DM 02/09/2021 e dal DM 03/09/2021; valutazione che per le strutture sanitarie necessita di competenze specialistiche;
- dei rischi per la salute e sicurezza delle lavoratrici gestanti o in periodo di allattamento, disciplinato dal D.Lgs. 26/03/2001 n. 151/01; obbligo richiamato all'art. 28 del D.Lgs 81/2008 smi;
- del rischio per esposizione ad agenti chimici, introdotta con il D.Lgs. 02/02/2002 n. 25 di modifica del D.Lgs 626/94;
- per esposizione al rischio di atmosfere esplosive, introdotta con il D.Lgs 12/06/2003 n. 233 di modifica del D.Lgs 626/94;
- dei rischi interferenziali nel caso in cui sia affidato a terzi l'esecuzione di lavori, servizi o forniture, e la redazione di specifico documento di valutazione; obbligo introdotto con l'art. 3 della Legge 03/08/2007 n. 123, di modifica dell'art. 7 del D.Lgs. 626/94;
- dell'esposizione alle vibrazioni, ai campi elettromagnetici ed alle radiazioni ottiche artificiali, introdotto con il D.Lgs 81/2008;
- per la protezione dalle ferite da taglio e da punta nel settore ospedaliero e sanitario, introdotta con il D.Lgs. 19/02/2014 n. 19 di modifica del D.Lgs 81/2008 smi;
- dei rischi per molestie e violenze introdotta con la Raccomandazione 206 del 21/06/2019 della Conferenza Generale dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro;
- dei rischi per radio esposizione disciplinato dal D.Lgs 101/2020 smi, ovvero l'integrazione nel documento di valutazione dei rischi dei risultati delle misurazioni e delle relazioni tecniche dell'esperto di radioprotezioni;

Con il D.Lgs 81/2008 smi è stata introdotta un'altra modifica all'originario testo del D.Lgs 626/94: agli allora commi 2 e 3 dell'art. 8 del D.Lgs 626/94 con i quali si disponeva che il datore di lavoro designasse un "numero sufficiente" di addetti del SPP, nella trasposizione al comma 2 dell'art. 31 del D.Lgs 81/2008 smi detta "sufficienza" è stata correlata alle "caratteristiche dell'azienda"; però, come riportato in premessa, in questi 30 anni il legislatore non ha mai definito cosa debba intendersi per "numero sufficiente".

Sempre con il D.Lgs 81/2008 smi, nello specifico con l'art. 30, è stato introdotto il concetto di implementazione del Modello Organizzativo di Gestione in materia di salute e sicurezza sul lavoro (SGSL).

### **3. Letteratura in materia**

#### **3.1 Le "linee guida per l'applicazione del D.Lgs. 626/94"**

Il primo atto di rilievo nazionale che ha preso in esame la problematica in parola sono le "*linee guida per l'applicazione del D.Lgs. 626/94*", predisposte dal coordinamento delle Regioni e delle Province autonome con la collaborazione dell'ISPESL e dell'Istituto Superiore di Sanità. Atto approvato nella prima versione il 16/07/1996 ed aggiornato con atto del 06/10/1998.

Nel Documento n. 8 al paragrafo 5 "*struttura e dimensione del servizio di prevenzione e protezione*", non è fornito un metodo per il calcolo del numero degli ASPP perché: "*troppe sono le variabili da doversi valutare*". Nell'Allegato II, correlato al Documento 8, si definiscono gli "*indicatori, i criteri e gli standard per la costituzione e valutazione dei Servizi di Prevenzione e Protezione*", questo mettendo in relazione gli indicatori, i criteri, i pericoli degli ambienti di lavoro e

gli elementi che concorrono alla costituzione del SPP. In buona sostanza, l'intento è quello di fornire gli strumenti per creare un modello che a priori e nel tempo permetta di analizzare, e stimare la capacità tecnica di intervento nel ridurre i rischi da parte del SPP. In concreto detto modello è di difficile applicazione, tant'è che ad oggi non risulta impiegato.

### **3.2 La “Prassi di riferimento UNI/PdR 87/2020”**

La UNI in collaborazione con il Consiglio Nazionale degli Ingegneri hanno prodotto la “Prassi di riferimento UNI/PdR 87/2020”, che fornisce elementi utili al datore di lavoro e, in generale, a tutti i soggetti coinvolti nell'organizzazione e gestione della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, per esplicitare le attività tipiche svolte dal SPP per attendere ai compiti declinati all'art. 33 del D.Lgs. 81/2008 s.m.i.

Dopo aver illustrato quali sono le attività tipiche del SPP, ovvero l'insieme dei compiti svolti all'interno di un processo, la UNI/PdR cerca di stimare, in giorni-persona/annui, l'impegno degli Addetti al SPP per determinarne il numero necessario in relazione alla complessità dell'azienda: l'estrema precisione del metodo analitico lo rende complesso da applicare.

### **3.3 Valutazione dei piani di fabbisogno del personale del SSN**

Il Ministero della Salute unitamente alla Conferenza Stato-Regioni ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha istituito un gruppo di lavoro tecnico con il compito di elaborare una metodologia per la valutazione dei piani di fabbisogno del personale ospedaliero, applicabile da parte di tutte le Regioni (D. Lgs. 66/2003, Direttive 93/104/CE e 2000/34/CE, Legge di Stabilità per l'anno 2016, DM 70/2015). Detta metodologia è stata approvata in data 20/12/2017, non si riferisce ad un'unica professionalità, ma è concepita come una metodica da applicare per valutare i piani di fabbisogno del personale, in termini generali, sulla base di tre fattori:

1. organizzazione della rete di offerta,
2. produzione,
3. tempo lavoro.

Con il “Patto per la salute 2019-2021” fu stabilito che *“al fine di dare attuazione a quanto previsto dall'ultimo periodo dell'articolo 11 comma 1 del decreto legge n. 35/2019 il Ministero della salute, previa informativa sindacale, propone la metodologia per la valutazione del fabbisogno del personale ospedaliero già approvata e testata con le regioni ed avvia, altresì, il processo di valutazione della metodologia del fabbisogno del personale dei servizi assistenziali territoriali”*.

Quanto sopra viene ripreso con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato il 13 luglio 2021, con Decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione Europea (Fascicolo interistituzionale: 2021/0168 NLE).

In tale contesto, AGENAS ha condotto il progetto di ricerca *“Definizione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale”*, nell'ambito della ricerca corrente 2020-2021 *“linea di ricerca n. 1: analisi e misurazione degli esiti di salute per valutare percorsi di cure integrate all'interno di reti cliniche e i fattori di mobilità sanitaria e per identificare modelli sanitari basati sul valore (Value-based health care)”*.

Il progetto ha avuto avvio nel marzo 2021 ed è stato articolato in 3 linee di attività che hanno riguardato i tre macro-ambiti sanitari: ospedale, territorio e dipartimento di prevenzione. Il metodo proposto da AGENAS è stato recentemente superato dall'introduzione di una nuova versione del

metodo, adottata con il Decreto del 9 gennaio 2023, che prende in considerazione:

1. una nuova versione del Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale ospedaliero;
2. il Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale operante in ADI;
3. gli Standard per l'assistenza territoriale dei servizi salute mentale adulti, dipendenze patologiche, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e salute in carcere.

AGENAS ad oggi non ha preso in considerazione il computo del numero degli Addetti ai SPP delle aziende sanitarie.

### **3.4 Pubblicazione a cura di FIASO “Gestione, sviluppo e valorizzazione delle competenze del middle management del SSN (edito da EGEA SpA luglio 2021)**

Nel 2016 la Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO) ha deciso di costituire un FORUM, coinvolgendo le Associazioni professionali e le Società scientifiche rappresentative del *middle management* delle Aziende Sanitarie, per rispondere alle sollecitazioni alle quali è esposto di continuo il sistema sanitario, con diversi obiettivi tra i quali definire e valorizzare i profili ed i percorsi professionali del management.

Nel 2020 ha portato a termine una ricerca (realizzata in collaborazione con i centri di ricerca accademici dell'Università Cattolica, dell'Università di Tor Vergata e l'Università di Milano) sui profili professionali delle diverse figure di *middle manager*. Questa ricerca ha dato la possibilità di applicare il modello metodologico di *Spencer* che prevede:

- una *job description* della funzione;
- una valutazione delle competenze più importanti di quella funzione;
- un set di indicatori delle performance di esercita dette funzioni.

Le finalità della ricerca sono:

- la valorizzazione del *middle management* delle aziende sanitarie e ospedaliere;
- l'individuazione dei percorsi di formazione e aggiornamento di dette funzioni;
- la formulazione di una politica di intervento sul *middle management*, definendo su quali ruoli e figure professionali investire, quanto investire e con quali modalità.

Tra i profili di *middle management* oggetto di ricerca c'è anche la figura del RSPP, collocato nelle seguenti aree strategiche di impatto: economico-finanziaria; processi interni, produttività, qualità; innovazione e cambiamento; performance organizzativa.

Sono state individuate le seguenti competenze chiave nonché linee prioritarie per lo sviluppo professionale del RSPP: comunicazione e ascolto; proattività.

### **3.5 European Agency for Safety and Health at Work – Discussion paper 13/06/2024: “occupational safety and health preventive service: the professionals' prospective”**

Tale documento presenta la prospettiva dei professionisti della salute e della sicurezza dell'UE nell'attuale dibattito sul ruolo dei servizi di prevenzione (interni ed esterni) nel supportare i datori di lavoro ai fini del rispetto delle norme in materia di salute e sicurezza

Come definito da Walters et al. (2022), "in Europa, il termine "prevenzione o servizi preventivi" è normalmente utilizzato per descrivere il supporto professionale qualificato, interno o esterno all'azienda, fornito ai datori di lavoro per consentire loro di adempiere ai propri obblighi normativi in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (nel seguito SSL)".

Il *Discussion paper* in parola fa parte dell'attività di "Supporting Compliance" avviata nel 2020 dall'Agencia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro (EU-OSHA), con l'obiettivo principale di fornire dati ai ricercatori ed ai responsabili politici per comprendere meglio come supportare l'applicazione delle norme in materia di sicurezza e salute sul lavoro (SSL).

I dati riportati nel *Discussion paper* sono stati raccolti da professionisti della SSL che sono membri della European Network of Safety & Health Professional Organizations (ENSHPO) e lavorano nei servizi di prevenzione esterni o interni alle aziende.

Le informazioni sono state raccolte in due modi:

1. attraverso questionari inviati a un campione di professionisti in 10 sedi europee, rappresentate da organizzazioni ENSHPO, con risposte ricevute da lavoratori dei servizi di prevenzione sia interni che esterni;
2. attraverso interviste ai principali rappresentanti di 11 organizzazioni ENSHPO.

In sintesi, gli esiti della ricerca possono essere così riassunti:

- il lavoro consulenziale come professionisti della SSL richiede conoscenze tecniche ampie e approfondite, ma anche la capacità di creare relazioni con altri soggetti che possono influenzare gli ambienti di lavoro, la comprensione e l'applicazione della legislazione di settore, la capacità di comunicazione, la leadership e le competenze quali formatori;
- la qualità, la capacità e l'abilità dei professionisti rappresentano i principali punti deboli dei professionisti, pertanto è necessaria una armonizzazione a livello europeo dei requisiti minimi di qualificazione/certificazione per esercitare la professione di consulente in SSL, interno o esterno alle aziende/impres, prevedendo un sistema strutturato per la formazione continua del professionista atto a garantire le sue competenze e conoscenze di settore, puntando a: migliorare le conoscenze tecniche di base, implementare le competenze trasversali (ascolto e comunicazione), accrescere le capacità per la gestione del cambiamento;
- sarebbe opportuno istituire dei registri nazionali dei professionisti della SSL nonché promuovere un rapporto di cooperazione con gli "ispettori del lavoro";
- l'efficacia dei SSP deve essere migliorata agendo sul profilo di qualificazione ed esperienziale dei professionisti nonché implementandone in modo significativo il numero degli addetti;
- le organizzazioni devono migliorare i propri investimenti in materia di SSL comprendendone i conseguenti vantaggi, anche se nelle aziende di grandi dimensioni i professionisti della SSL vengono già inseriti nel management e le indicazioni/considerazioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro e di tutela ambientale stanno diventando obiettivi strategici delle organizzazioni.

## **4. Metodi per la determinazione del numero ASPP nelle aziende sanitarie**

### **4.1 Metodo proposto nel 1998 dall'Assessorato alla Sanità e Servizi Sociali della Regione Liguria**

Con propria nota del 13/01/1998 prot. 268/3378, l'allora Assessore Regionale alla Sanità e Servizi Sociali forniva ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Liguria, indicazioni in merito al dimensionamento ed organizzazione del SPP.

Tali indicazioni tenevano conto del numero dei dipendenti delle strutture sanitarie/ospedaliere, della vetustà e del numero degli edifici, della presenza di situazioni di particolare complessità.

Nello specifico:

- minimo due addetti per aziende fino a 1000 dipendenti,
- un ulteriore addetto per ogni 1000 dipendenti o frazione, oltre i prime mille.

Al numero di addetti come sopra desunto andava aggiunto un ulteriore addetto nei seguenti casi:

- se il 50% degli edifici aveva più di 30 anni (criterio di vetustà);
- se l'attività veniva svolta in più di 10 edifici (criterio numero strutture);
- se erano presenti laboratori di ricerca, laboratori di anatomia patologica, il reparto di malattie infettive (criterio complessità).

Al numero di ASPP dovevano essere aggiunte due unità di personale amministrativo. Oltre a quanto sopra si dava indicazione che:

- il RSPP dovesse essere individuato tra il personale in possesso di laurea scientifica o tecnica ed in possesso di esperienza nel settore della prevenzione;
- il SPP dovesse avere "dignità" di unità operativa operante in staff al Direttore Generale;
- che gli ASPP venissero scelti tra il personale appartenente alle aree tecnica, chimica e biologica, con preferenza per i diplomati in Igiene Ambientale e del Lavoro (diploma universitario prodromo dell'attuale laurea in Tecniche della Prevenzione A.L.L.).

### **4.2 Metodo proposto nel 1998 dalla Giunta della Regione Piemonte**

Con Delibera della Giunta Regionale del 16/11/1998 n. 38, la Regione Piemonte ha emanato una direttiva contenente le indicazioni metodologiche per l'organizzazione del SPP presso le aziende sanitarie ed ospedaliere regionali.

Nello specifico il SPP doveva essere composto da:

- il RSPP,
- una figura laureata del ruolo professionale (ingegnere o architetto) o del ruolo sanitario (chimico) per garantire la professionalità nel campo della sicurezza impiantistica e di igiene del lavoro,
- un dirigente medico di primo livello per partecipare all'elaborazione del programma per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere,
- un numero di assistenti tecnici (geometri o periti) pari ad uno ogni 500 dipendenti con un minimo di uno; il numero così definito doveva essere integrato con un assistente tecnico ogni 250 posti letto, sempre con un minimo di uno,
- un assistente o coadiutore amministrativo ogni 1.000 dipendenti con un minimo di due.

#### 4.3 Metodo proposto nel 2010 dall'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia

L'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia, con propria circolare del 26 luglio 2010 n. 1273, a seguito di incontri con i RSPP delle Aziende Sanitarie Provinciali, ha adottato le "*Linee guida sull'assetto organizzativo e funzionale dei servizi di prevenzione e protezione delle strutture sanitarie della Regione siciliana*". In sintesi, rifacendosi ai compiti del SPP riportati all'art. 33 del D.Lgs. 81/2008 s.m.i., con tale atto deliberativo si propone il seguente schema per computare la dotazione standard organica degli Addetti da includere nel SPP:

- 1 ASPP ogni 500 dipendenti, oppure
- 1 ASPP ogni 2 presidi ospedalieri;
- una o più unità di personale amministrativo

Quanto sopra con indicazione che gli ASPP possono essere individuati nell'ambito delle seguenti professionalità:

- Ingegnere;
- Architetto;
- Medico (preferibilmente igienista o di direzione sanitaria);
- Fisico;
- Chimico;
- Biologo;
- Psicologo;
- Geometra;
- Perito Industriale;
- Esperto informatico;
- Tecnico della Prevenzione A.L.L..

#### 4.4 Metodo proposto nel 2022 dal Coordinamento dei RSPP delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere Universitarie della Regione Toscana

Nel 2022 in Regione Toscana, la Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale. Tramite il Settore Risorse Umane del SSR, ha chiesto ai RSPP delle sette Aziende Sanitarie e Ospedaliere-Universitarie di definire un metodo condiviso per la determinazione del numero degli Addetti al SPP.

A dicembre 2022 il Coordinamento dei RSPP delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere Universitarie della Regione Toscana ha proposto un metodo costituito da due formule matematiche, una per le Aziende Sanitarie Locali di Area Vasta (ASL nel seguito) ed una per Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU nel seguito), questo nell'intento di differenziare la determinazione del numero ASPP, tramite dati oggettivi, in relazione alla diversa complessità delle ASL rispetto alle AOU. Le prime caratterizzate dalla dispersione sul territorio dei presidi di attività assistenziale, le seconde per la presenza dell'attività didattica dei tirocini dei corsi di studio universitari delle varie professioni sanitarie.

Per le ASL sono stati presi a riferimento il numero dei dipendenti, il numero della popolazione ed il numero dei comuni presenti sul territorio di competenza, ed utilizzata la seguente formula matematica:

$$\underline{\text{Numero ASPP ASL}} = (\text{num. Dipendenti} \times \text{coefficiente X}) + \text{coefficiente T}$$

Il coefficiente T è così calcolato:

$$\underline{\text{Coefficiente T}} = (\text{num. Comuni} \times \text{coefficiente Y}) + (\text{num. Popolazione} \times \text{coefficiente Z})$$

I Coefficienti X, Y e Z sono coefficienti fissi, rispettivamente: 0,0015; 0,05; 0,000002.

La formula integrale è la seguente:

$$\text{Num. ASPP ASL} = [(\text{num. Dipendenti} \times \text{coefficiente } 0,0015)] + [(\text{num. Comuni} \times 0,05) + (\text{num. Popolazione} \times 0,000002)]$$

Per le AOU sono stati presi a riferimento il numero dei dipendenti sommato al numero degli “specializzandi” (medici e non) e dei dottorandi, moltiplicato il sopra riportato coefficiente X. In pratica la formula per le AOU è:

$$\text{Numero ASPP AOU} = (\text{num. Dipendenti} + \text{num. Specializzandi} + \text{num. Dottorandi}) \times 0,0015.$$

Non è stato preso a riferimento il numero di tutti i tirocinanti dei corsi di studio universitario perchè il numero ASPP risultante è abnorme.

#### 4.5 Sperimentazione e confronto dei metodi

Nel 2024 il metodo testato nel 2022 dalle 7 aziende della Regione Toscana, è stato sperimentato in 21 tra Aziende Sanitarie, Ospedaliere Universitarie ed IRCCS, afferenti alle seguenti regioni:

1. Lombardia (ASST Cremona, ASST Bergamo, ASST Mantova, IRCCS Milano, ASST Valle Olona – Busto Arsizio);
2. Piemonte (AOU Alessandria, ASL Torino);
3. Emilia-Romagna (AOU Modena, AUSL Reggio Emilia);
4. Marche (AOU Ancona, AST Macerata)
5. Lazio (ASL Frosinone, ASL Roma 3, IRCCS Roma, ASL Viterbo);
6. Basilicata (ASM Matera);
7. Sardegna (AOU Sassari, ASL Sassari);
8. Sicilia (ASP Siracusa, ASP Palermo).

I RSPP delle sopra elencate Aziende sono stati contattati tramite l'AIREPSA, il Consiglio d'Albo Nazionale dei Tecnici della Prevenzione A.L.L., oppure per conoscenza diretta. Gli stessi hanno confermato che il numero ASPP determinato con le suddette formule corrispondono al numero di ASPP da loro stimato come necessario per adempiere ai compiti previsti all'art. 33 del D.Lgs 81/2008 s.m.i.

La sperimentazione ha confermato altresì due limiti delle formule proposte per valutare le seguenti complessità aziendali:

1. nelle Aziende Ospedaliere con un numero tra dipendenti e specializzandi inferiore a 2.000, il numero ASPP è sottostimato;
2. nelle ASL con territori estesi, con un basso tasso di popolazione e pochi comuni, il numero ASPP determinato è insufficiente per compensare il tempo impiegato negli spostamenti.

Applicando i metodi della Regione Sicilia, della Regione Liguria e della Regione Piemonte alle sette aziende della Toscana (prendendo a riferimento i dati del 2022) e confrontandone i risultati, emerge che il metodo della Regione Sicilia e della Regione Toscana forniscono un numero di ASPP confrontabile, in linea con la media e la mediana dei quattro metodi. Il metodo della Regione Toscana, data la sua articolazione, prende in considerazione la differente organizzazione che contraddistingue le aziende territoriali da quelle ospedaliere (vedasi grafico 1), con i limiti sopra riportati.

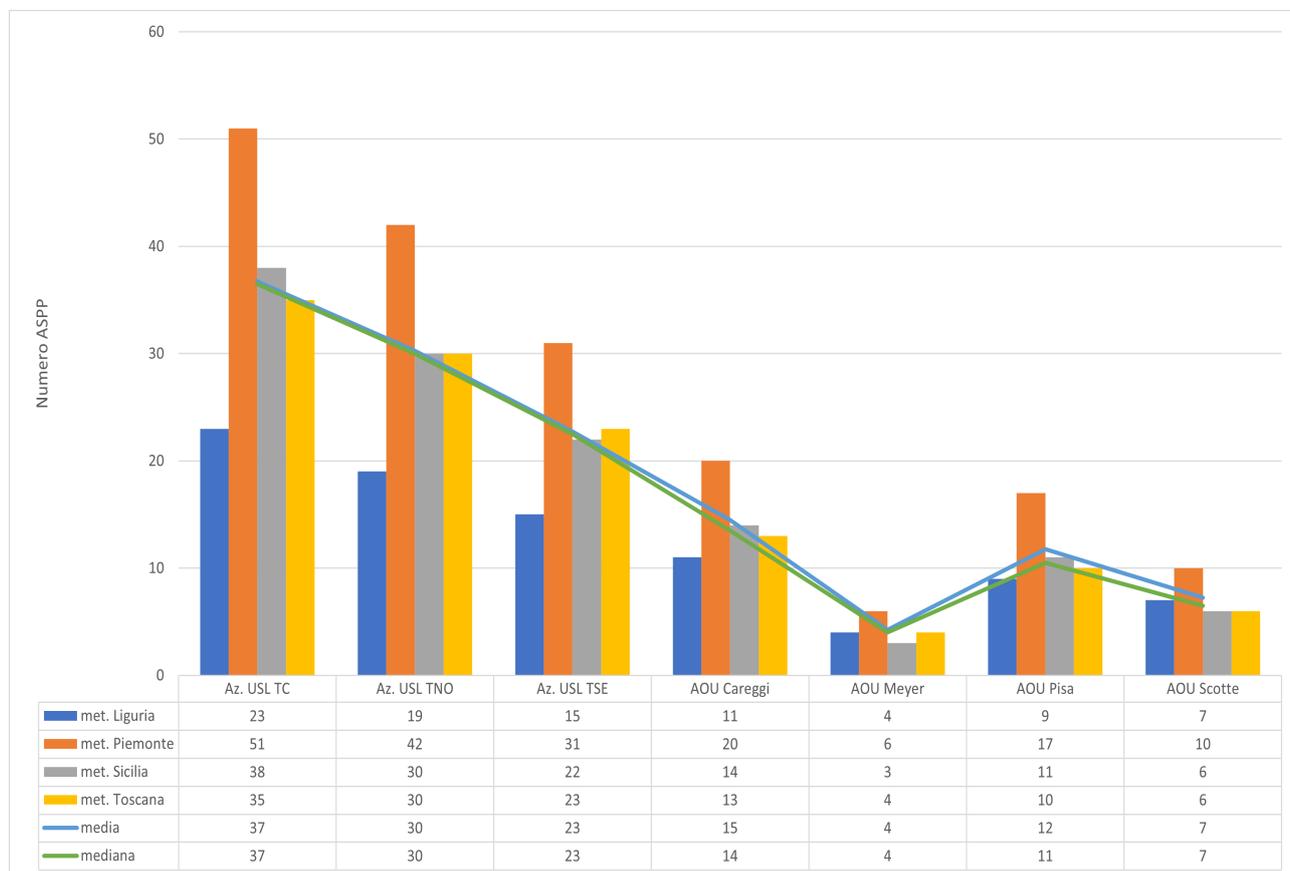


Grafico 1: confronto tra i metodi di calcolo numero addetti ASPP

## 5. Compiti svolti dai SPP non ricompresi nell'art. 33 del D.lgs 81/2008 smi

I metodi descritti sono finalizzati a determinare il "numero sufficiente", ovvero minimo, dei componenti dei SPP, RSPP "escluso", per poter adempiere ai compiti specifici definiti all'art. 33 sopra citato, nei quali, a nostro avviso, non possono essere implicitamente ed automaticamente ricompresi i seguenti compiti perché aggiuntisi nel tempo, dalla prima applicazione del D.Lgs 626/94, quali obblighi del datore di lavoro. Compiti concretamente e responsabilmente svolti dai SPP senza riconoscimento alcuno. Inoltre, in ogni azienda sanitaria, a seconda della propria organizzazione, i seguenti compiti possono essere svolti dal SPP e/o da altre strutture organizzative:

- Valutazione dei rischi di prevenzione e protezione antincendio e quanto ad essa correlato, in quanto la normativa in materia determina la necessaria istituzione di un Servizio di

Prevenzione e Protezione Antincendio (SPPA) il cui responsabile e componenti devono possedere competenze diverse da quelle previste dall'art. 32 del D.Lgs 81/2008 smi per gli ASPP ed i RSPP, vedasi DM 10/03/1998 e attuali DM 02/09/2021 e DM 03/09/2021, che definiscono: i contenuti della valutazione dei rischi antincendio; che la stessa fa parte di quella ex Art. 17 comma 1 lett a) del D.Lgs 81/2008 smi; i requisiti degli addetti del SPPA, in abbinamento al DM 19/03/2015 che definisce i requisiti del Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio, quale figura deputata alla elaborazione ed attuazione del Sistema di Gestione per la Sicurezza Antincendio che comprende anche la specifica valutazione del rischio; Sistema di Gestione per la Sicurezza Antincendio che non si esaurisce con gli adeguamenti alla vigente normativa di prevenzione e protezione antincendio, ma che deve essere mantenuto col fine di assicurare nel tempo i necessari requisiti in materia,

- b) Valutazione dei rischi interferenziali ex art. 26 del D.Lgs 81/2008 smi per le attività svolte all'interno delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere Universitarie da aziende/imprese in appalto; le valutazioni dei rischi interferenziali ex art. 3 comma 12-bis per le attività svolte dalle associazioni di volontariato all'interno delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere Universitarie; perchè attività aggiuntive inserite in successive modifiche apportate sia al D.Lgs 626/94 che al D.Lgs 81/2008 smi.
- c) Valutazione dei rischi interferenziali derivanti dallo svolgimento di attività da parte di soggetti terzi nei luoghi di lavoro delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere Universitarie non ricompresi nella disciplina ex art. 26 del D.Lgs 81/2008 smi, ad esempio:
- attività Universitaria di ricerca (non integrata con l'attività assistenziale) e di didattica (aule didattiche);
  - attività profit di sperimentazione clinica di farmaci e/o dispositivi medici e/o dispositivi medico diagnostici in vitro, commissionate da soggetti terzi (sponsor);
  - attività no-profit di sperimentazione clinica di farmaci e/o dispositivi medici e/o dispositivi medico diagnostici in vitro, in collaborazione con altre Aziende Sanitarie e/o Ospedaliere Universitarie e/o Enti di ricerca (es. Università, CNR);
  - attività di collaborazione con altre Aziende Sanitarie e/o Ospedaliere Universitarie per l'impiego di attrezzature tecnologicamente avanzate (es. chirurgia robotica).
- d) Valutazione della congruità alle regole del codice della strada della viabilità interna agli stabilimenti ospedalieri, nonché della gestione delle politiche di agevolazione della mobilità casa-lavoro dei lavoratori, in quanto di competenza del Mobility Manager, vedasi decreto-legge 34/2020 convertito con legge 77/2020.
- e) Valutazione e gestione delle problematiche connesse all'inserimento lavorativo di persone con disabilità in attuazione a quanto disposto dalla legge 68/1999 e smi, in quanto compito del Responsabile dell'Inserimento Lavorativo nei Luoghi di Lavoro, vedasi D.Lgs. 151/2015 smi e DM 11/03/2022 n. 43.
- f) Valutazione, governo e mitigazione delle criticità di natura prevalentemente criminosa, che possono compromettere le risorse materiali, immateriali, organizzative e umane di cui un'organizzazione dispone o di cui necessita per garantirsi nel tempo un'adeguata capacità produttiva e concorrenziale in quanto compiti del Security Manager (UNI 10459/2017).
- g) Valutazione dei rischi connessi alla radio-esposizione, in quanto compito specifico dell'Esperto di Radioprotezione le cui competenze sono definite nel D.Lgs 101/2020, che ha altresì disposto che la suddetta valutazione fa parte della valutazione dei rischi ex Art. 17 comma 1 Lett a) del D.Lgs 81/2008 smi).
- h) Valutazione dei rischi in Risonanza Magnetica, in quanto compito specifico dell'Esperto Responsabile per la Sicurezza in Risonanza Magnetica, ai sensi del DM 14/01/2021, valutazione che necessariamente deve essere integrata nella valutazione ex Art. 17 comma

- 1 Lett a) del D.Lgs 81/2008 smi).
- i) Valutazione dei rischi per utilizzo di radiazioni ottiche Laser, in quanto compito specifico dell'Addetto alla Sicurezza Laser ai sensi della Norma CEI 76-6, che definisce le competenze, i compiti e le responsabilità di detta figura, valutazione che necessariamente deve essere integrata nella valutazione ex Art. 17 comma 1 Lett a) del D.Lgs 81/2008 smi).
  - j) Valutazione approfondita dello stress lavoro-correlato (circolare 18/11/2010 del Ministero del Lavoro) che vede il necessario coinvolgimento di figure professionali specializzate quali gli psicologi del lavoro.
  - k) Valutazione del rischio per presenza di Materiale Conteneente Amianto (MCA) ex SM 06/09/1994, compito dell'Area Tecnica delle aziende, in quanto misure prettamente manutentive dei manufatti in amianto, compresa l'eventuale "bonifica".
  - l) Valutazione e gestione del rischio elettrico, in quanto correlato alla corretta progettazione realizzazione e manutenzione degli impianti elettrici; attività in carico alle Aree Tecniche aziendali, questo con particolare riferimento al rischio da contatti diretti ed indiretti, il buon funzionamento degli impianti di terra e per le scariche atmosferiche, compresa la valutazione del rischio di fulminazione, la valutazione del rischio da atmosfere esplosive, la valutazione del rischio da "arc-flash" dei quadri elettrici.
  - m) Istruttoria e gestione delle pratiche con l'Ispettorato Territoriale del Lavoro, inerenti alla tutela della maternità ex art. 17, comma 2, lett. b) e c) del D.Lgs 26/03/2001, n. 151 e s.m.i., relativamente all'istanza di interdizione anticipata o post partum dal lavoro per la lavoratrice addetta a lavori vietati o pregiudizievoli alla salute della donna e del bambino.
  - n) Programmazione e gestione della formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro, in quanto compito specifico delle articolazioni organizzative che si occupano delle politiche e gestione delle risorse umane delle Aziende, in quanto normalmente gestiscono le risorse (umane ed economiche) a tal fine necessarie, mentre, ai sensi dell'art. 33 del D.Lgs 81/2008 smi, è compito del SPP solo proporre i programmi di formazione.
  - o) Verifica della applicazione delle misure di mitigazione del rischio definite nella valutazione del rischio in quanto compito specifico del datore di lavoro.
  - p) Implementazione del Modello di Organizzazione e di Gestione (MOG) dei rischi in materia di salute e sicurezza sul lavoro [es. Linee Guida UNI INAIL (SGSL) per le aziende sanitarie; UNI ISO 45000], disciplina introdotta dall'art. 30 del D.Lgs. 81/2008 smi.

## 6. Linee di indirizzo

L'adeguata organizzazione del Servizio di Prevenzione e Protezione, ovvero la definizione del numero di addetti correlato alla complessità aziendale, il riconoscimento del suo inquadramento quale struttura organizzativa complessa nell'organigramma aziendale ed in staff alla direzione aziendale, costituisce la principale linea di indirizzo in materia di salute e sicurezza sul lavoro di cui all'art. 9 comma 5 lettera n) del CCNL 2019-2021, del personale del comparto sanità.

In concreto, nelle aziende sanitarie ed ospedaliere, il numero di addetti dei SPP può essere definito applicando il metodo proposto dal *Coordinamento dei RSPP delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere Universitarie della Regione Toscana* descritto al precedente punto 4.4.

Definito il numero minimo (sufficiente) delle risorse del SPP, lo stesso è da integrarsi in contrattazione decentrata con le OO. SS. del comparto e della dirigenza, sentiti i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, definendo:

I. il numero aggiuntivo di ASPP da sommare al numero sufficiente per poter adempiere ai compiti non ricompresi nell'art. 33 D.Lgs 81/2008 s.m.i. e nello specifico svolti dal SPP, riportati al precedente punto 5, nonché eventualmente altri come la sicurezza ambientale;

II. il numero aggiuntivo di ASPP da sommare al numero sufficiente, per quelle aziende per le quali il metodo sottostima il fabbisogno di SPP in relazione ai limiti riportati al precedente punto 4.5:

- a) Aziende Ospedaliere con un numero tra dipendenti e specializzandi inferiore a 2.000;
- b) ASL con territori estesi, con un basso tasso di popolazione e pochi comuni, dove è necessario un tempo significativo negli spostamenti tra le varie sedi aziendali.

Inoltre, per garantire l'efficacia dell'azione preventiva del SPP all'interno delle Organizzazioni Aziendali, risulta opportuno che:

1. il RSPP rivesta qualifica dirigenziale (*middle management*), in adozione del CCNL della dirigenza nello specifico applicabile, per poter assumere a pieno titolo la direzione e responsabilità gestionale di una struttura complessa in staff alla Direzione Generale;
2. sia definita la relazione che intercorre tra il RSPP e le altre figure rappresentate al precedente punto 5 (chiamate a gestire alcuni rischi peculiari che richiedono una specifica professionalità) al fine di comporre il documento "unico" di valutazione dei rischi ex art. 17 comma 1 lett. a) del D.Lgs 81/2008 s.m.i., il quale è costituito dall'insieme di tutte le valutazioni del rischio, complementari tra loro, che a tal fine necessariamente devono avere la stessa chiave di lettura;
3. sia previsto per gli Addetti al SPP un incarico "professionale di base" utile a riconoscere la professionalità e responsabilità necessaria per svolgere detto compito di rilevanza aziendale e sociale;
4. venga istituito il Servizio di Prevenzione e Protezione Antincendio, in ottemperanza alla vigente normativa in materia, ai fini di una corretta gestione del Sistema di Gestione per la Sicurezza Antincendio (vedasi precedente punto 5);
5. venga istituita l'Area di Coordinamento della Prevenzione, utile anche alla implementazione del Sistema di Gestione in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro, alla quale devono afferire quantomeno le strutture organizzative che assolvono ai seguenti compiti:
  - ✓ il Servizio di Prevenzione e Protezione
  - ✓ Il Servizio di Prevenzione e Protezione Antincendio
  - ✓ Il Medico Competente e Autorizzato;
  - ✓ l'Esperto di Radioprotezione
  - ✓ l'Esperto Responsabile per la Sicurezza in Risonanza Magnetica
  - ✓ l'Addetto alla Sicurezza Laser.

Area da collocarsi nello staff della Direzione Generale, il cui coordinamento può essere gestito direttamente dal Direttore Generale o dal RSPP dietro specifico e formale incarico.

\*\*\*\*\*