



STORIE
D'INFORTUNIO

88



ALLE PRIME LUCI DEL GIORNO



A cura di Nicola Milione, Alessandro Franceschini, Valentina Gatta, Francesco Taddeo, Giuseppe Adriano Scordo, Servizio Psal – Equipe Territoriale 3 Garda - Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Brescia

Storia d'infortunio numero 88, agosto 2022

Arriva la chiamata

Verso le 6 di una mattina autunnale uno squillo del telefono aziendale rompeva il silenzio e mi svegliava: *“Infortunio in un’azienda metalmeccanica, è un codice rosso, è grave”* mi diceva l’operatore del 118.

Preso dall’ansia e con il cuore in gola mi sono catapultato giù dal letto vestendomi frettolosamente, immaginandomi la possibile dinamica e i possibili scenari. Giunto sul posto, in lontananza ho intravisto i lampeggianti dell’auto dei carabinieri e dell’ambulanza. Intanto il primo raggio di sole uscito dalle nubi mi dava coraggio per iniziare la giornata.

Che cosa è successo

Quando sono entrato in azienda insieme al mio collega ho appreso da un carabiniere che si trattava di un infortunio mortale. Il magistrato era già presente e da una prima ricostruzione sembrava che l’operaio fosse deceduto schiacciato da due rotoli di acciaio (detti coils) dal peso di circa 1 tonnellata ciascuno caduti al suolo.

Entrato nell’area di deposito temporaneo, nella penombra delle prime luci del mattino, ho intravisto il corpo disteso a terra dell’operaio sovrastato dai coils di nastro metallico. Udivo i pianti di alcuni parenti della vittima entrati in azienda, rannicchiati in un dolore cupo, che reclamavano di poter vedere il corpo del congiunto. Nel frattempo arrivavano i vigili del fuoco per estrarre il corpo dai coils di acciaio.

Chi è stato coinvolto

Abdul, di 52 anni e padre di famiglia, lavorava da dodici anni, come operaio addetto alla linea di produzione, nella stessa azienda. Si era trasferito, come tanti, dalla sua terra, il nord Africa, circa 20 anni fa alla ricerca di fortuna.

Dove e quando

L’infortunio è avvenuto in una notte di autunno di qualche anno fa in una ditta metalmeccanica che produce macchine e attrezzature varie a partire dalla materia prima costituita da nastri di acciaio raccolti in coils. L’infortunio è avvenuto nell’area di stoccaggio, adiacente a uno degli accessi dell’azienda per lo scarico del materiale, dove venivano temporaneamente stoccati i coils, consegnati e scaricati dai camion provenienti dall’esterno.

Che cosa si stava facendo

Il giorno dell’infortunio Abdul aveva iniziato il turno di lavoro notturno alle 22 con Paolo, operaio addetto alla profilatrice. I due, pur avendo compiti differenti in azienda, collaboravano spesso alla stessa linea di produzione. Paolo riferiva che aveva lavorato fino alle 4 e mezza col collega Abdul, che successivamente si era allontanato per recarsi all’area di stoccaggio coils.

A un certo punto

I coils di acciaio erano stati consegnati reggiati¹ dal fornitore in un pacco solido da 4. Si è ipotizzato che Abdul, per spacchettare i quattro coils tenuti insieme da tre regge metalliche, si fosse sistemato davanti ai coils e, servendosi di una cesoia manuale, avesse iniziato il taglio. Mentre tagliava la terza ed ultima reggia, due coils perdevano la posizione verticale finendo per travolgere e schiacciare il lavoratore, provocandone la morte istantanea.

Verso le ore 5 e 40, non vedendo Abdul da un po' di tempo, Paolo aveva iniziato a cercarlo, trovandolo poi nei pressi di una culla di stoccaggio coils ormai deceduto. Immediatamente erano stati informati dell'accaduto gli altri colleghi e chiamati i soccorsi: 118, Vigili del Fuoco, Carabinieri e noi dell'Azienda Sanitaria.

Un senso di colpa affliggeva e tormentava Paolo per non averlo cercato prima: *“Potevo salvarlo, avrei dovuto aiutarlo”* ripeteva in lacrime. Altri colleghi di lavoro, presenti in reparto durante il turno, dichiararono di non aver né visto né sentito nulla sino al rinvenimento del lavoratore poiché dislocati in diverse aree del reparto di lavoro, intenti a portare avanti i propri compiti. Dalla loro posizione non potevano vedere cosa stesse succedendo nel luogo di accadimento e, oltretutto, non avevano sentito rumori strani.

La mancanza di testimoni oculari non ha consentito di ricostruire con certezza e precisione la dinamica dell'evento infortunistico. L'andamento dei fatti è stato ipotizzato sulla base di quanto rilevato in sede di sopralluogo e dalle poche informazioni raccolte.

Cosa si è appreso dall'inchiesta

Dalle indagini è emerso che Abdul, nell'effettuare l'operazione di taglio delle regge allo scopo di prelevare i coils necessari per il ciclo produttivo, non faceva ricorso alle precauzioni da adottare per prevenire la caduta dei coils, non posizionando i pali come previsto dalle disposizioni aziendali e/o utilizzando direttamente il carro ponte come sostegno.

La “culla di stoccaggio” a disposizione dell'operatore, però, non consentiva una corretta gestione del rischio di caduta dei coils durante lo spacchettamento, a causa del ridotto numero di fori presenti nei montanti delle culle. Inoltre il carro ponte a servizio dell'area di deposito era dotato di un radiocomando che, al momento dell'infortunio, non funzionava e lo stesso carro ponte era sistemato in un'altra posizione rispetto al luogo dell'infortunio.

La ditta per la fase di lavoro di posa e prelievo dei coils aveva affisso una procedura nei pressi delle varie postazioni di scarico e stoccaggio coils/nastri: cartelli esplicativi con riproduzioni fotografiche dove è indicato e riprodotto espressamente che, dopo aver appoggiato i coils nella culla, bisogna *“spostare i pali di sicurezza”* e che, per iniziare lo spacchettamento e movimentazione dei coils, bisogna *“togliere le regge solo dopo aver posto il fermo di sicurezza”*. Dalla situazione riscontrata in azienda si è verificato che la procedura era presente soltanto in altre aree aziendali, ma non nella zona della culla dove è successo l'infortunio.

¹ La reggiatura è un processo attraverso il quale una reggetta in metallo o in plastica viene posizionata intorno a un prodotto

Dalle indagini è emerso anche che nel Documento di Valutazione dei Rischi non si fa menzione dell'operazione di prelievo dei coils stoccati nelle culle né della conformazione del pacco di coils interessato dall'infortunio. Pertanto non era stato correttamente valutato il rischio di investimento/schiacciamento dell'operatore nelle fasi di rimozione delle regge e prelievo dei coils con il carroponte.

L'analisi delle cause dell'infortunio ha evidenziato la scarsa consapevolezza del rischio da parte del datore di lavoro e delle persone coinvolte associata all'insufficiente conoscenza delle possibili misure di protezione da adottare, nonché l'incapacità di mettere in atto appropriate procedure di lavoro realmente applicabili alla realtà lavorativa.

Non sarebbe successo se

Nel caso specifico il datore di lavoro doveva:

- redigere un documento di valutazione dei rischi adeguato all'analisi dei rischi specifici in relazione alle caratteristiche dei pacchi di coils (anche quelli dell'infortunio), alla fase di svolgimento del lavoro di stoccaggio dei coils nelle culle (adozione attrezzature e posizionamento degli addetti), spaccettamento (rimozione delle regge) e prelievo dei coils;
- garantire che lo svolgimento delle attività di stoccaggio dei coils non avvenisse in solitudine, assicurando almeno la presenza di due operatori;
- fornire delle culle di deposito coils adeguate, dotate di un numero di fori necessari per garantire un idoneo alloggiamento dei pali di contenimento dei coils;
- impedire fisicamente l'accesso all'interno della zona pericolosa della culla e dotare i lavoratori di attrezzature /strumenti in buono stato di manutenzione ordinaria (radiocomando carroponte non funzionante al momento dell'accaduto);
- redigere una procedura di lavoro specifica che individui sia le fasi di lavoro definite che le attrezzature da utilizzare e ne detti l'esecuzione in un tempo consono allo spaccettamento e movimentazione in sicurezza dei coils.

Per maggiori informazioni contattare:

Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute,

ASL TO3 Via Sabaudia 164, 10095, Grugliasco (TO) Tel. 01140188210-502 - Fax

01140188501 - info@dors.it