



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME
10/051/CR/C7

**DOCUMENTO RELATIVO ALLE PROBLEMATICHE DELLE
MALATTIE PROFESSIONALI ED AI SISTEMI DI ACQUISIZIONE E
GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI E DELLE INFORMAZIONI
SULLE MALATTIE PROFESSIONALI
AI FINI DELL'AUDIZIONE PRESSO LA COMMISSIONE
PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUGLI INFORTUNI SUL LAVORO**

Nei documenti allegati si trattano gli aspetti sostanziali relativi all'insieme delle domande poste dalla Commissione.

Preme, tuttavia, sottolineare 4 aspetti:

1. Primo aspetto relativo alle modalità di acquisizione dei casi di malattia professionale da parte dei Servizi e, successivamente, quale seguito sia dato dai servizi delle ASL.

Ai servizi delle ASL pervengono le denunce/referti di malattia professionale ai sensi dell'art. 139 del DPR 1124/65 o dell'art. 365 C.P. a seguito dell'attività di sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti, o da Istituti Universitari e per azioni di sorveglianza - ricerca poste in essere direttamente dalle Asl (ad es: sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto o c.v.m. o ricerca di patologie da sovraccarico biomeccanico).

Nel 2009, a livello nazionale, sono state indagate dai servizi delle ASL 10.417 denunce di MP per la ricerca di responsabilità penali ai sensi degli artt. 589 e 590 del CP. Nel 10,6 % dei casi indagati è stata segnalata alla magistratura un'ipotesi di responsabilità penale per la M.P. Poche sono le esperienze di procedimenti penali conclusi con la condanna dell'imputato.

In diverse regioni o province esistono protocolli operativi tra ASL e magistratura finalizzati alla definizione delle procedure di indagine più efficienti.

In termini di efficacia dell'azione di indagine, è opportuno valutare due differenti aspetti:

- l'aspetto penale, con finalità di giustizia e di risarcimento per il lavoratore danneggiato o per i superstiti;

- l'aspetto di prevenzione condizionato dai lunghi tempi di latenza della malattia cronica (ad es: oltre 30 anni per l'amianto) che ci portano al riscontro odierno di danni derivanti da esposizioni avvenute da 30 o più anni.

Nel valutare le cause di una probabile sottostima delle malattie professionali, occorre tenere conto del mancato interessamento/coinvolgimento al problema degli operatori della sanità pubblica, con esclusione dei medici del lavoro, come documentato nella relazione allegata. Ne deriva, anche, che categorie di lavoratori non sottoposte all'obbligo della sorveglianza sanitaria da parte del medico competente (coltivatori diretti, artigiani autonomi, "partite iva", dipendenti statali), sfuggano ai sistemi di registrazione-monitoraggio e sorveglianza epidemiologica delle Asl o dell'Inail.

Occorre anche considerare il fatto che l'INAIL riconosce mediamente il 30 % dei casi di patologia professionale denunciati; ciò può portare ad una sorta di autocensura da parte del medico del lavoro, finalizzata alla tutela del lavoratore stesso, soprattutto per le forme di patologia correlata al lavoro non facilmente riconosciute dall'Inail.

2. Secondo aspetto relativo ai sistemi in uso nelle ASL per il monitoraggio e la sorveglianza delle malattie professionali o di ricerca delle malattie perdute.

Come avvenuto per gli infortuni mortali, le Regioni, con Ispesl, hanno sperimentato il sistema MALPROF, a metà anni '90, per definire obiettivi e caratteristiche di un sistema di registrazione delle malattie professionali svincolato da finalità assicurative. Inizialmente portato all'avvio volontario dell'attività di sorveglianza in due regioni: Lombardia dal 1999 e Toscana dal 2000, successivamente, il sostegno del Ministero ed il Patto per la tutela della Salute hanno favorito nel tempo l'adesione di altre Regioni. A testimonianza di ciò, nel corso degli ultimi otto anni sono stati pubblicati quattro Rapporti biennali. Il quarto Rapporto è stato pubblicato nel 2009, con informazioni provenienti in complesso dai Servizi di Prevenzione di 13 Regioni. Al momento, è in corso di preparazione il quinto Rapporto, che prevede un ulteriore allargamento della partecipazione delle Regioni (14).

E' operativo il Registro Nazionale dei Mesoteliomi (DPCM 308/2002) presso Ispesl, articolato nei COR (centri operativi regionali) presenti in 19 regioni con copertura del 98 % della popolazione italiana, ad oggi sono stati redatti 2 Rapporti nazionali, presenti su web. Tale linea d'intervento permette alle ASL il monitoraggio dei casi in tempo reale e l'attivazione delle indagini giudiziarie necessarie.

In alcune regioni, si affiancano, interventi di sorveglianza sanitaria dedicati agli ex esposti ad amianto effettuati direttamente dalle ASL (LEA in Veneto).

La definizione dei contenuti e delle modalità di trasmissione dell'informazione necessarie all'attivazione del registro dei tumori (art. 244) da parte dei Ministeri interessati d'intesa con le regioni permetterà la completa definizione del sistema di sorveglianza, anche attraverso le informazioni che già giungono alle ASL (registri dei lavoratori esposti a cancerogeni).

A tale proposito, si sottolinea l'importanza del flusso informativo ex art. 40, D. Lgs. 81/08, secondo lo schema sperimentato nel 2009, in quanto permette l'evidenza delle aziende ove è attiva la sorveglianza sanitaria per il rischio cancerogeno e l'inidoneità lavorative espresse.

A titolo di esempio, nel documento allegato (n. 1) si riportano i dati di un campione pari a circa il 30 % dei lavoratori del Veneto, significativi di una diffusione del rischio da cancerogeni pari al 5 % del totale dei lavoratori.

L'attivazione definitiva di tale flusso permetterebbe il monitoraggio delle aziende e delle attività dei medici competenti in maniera mirata ai rischi per la salute (cancerogeni, movimentazione carichi, agenti chimici, ecc.), analogamente ai flussi Inail - Regioni per la sicurezza del lavoro.

3. Terzo aspetto relativo all'integrazione dei flussi informativi esistenti del sistema salute INPS, INAIL, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) nell'ottica del SINP, quale strumento essenziale per le azioni di prevenzione nei luoghi di lavoro, in un'ottica di efficienza ed efficacia della Pubblica Amministrazione.

L'esperienza condotta con il progetto CCM: Realizzazione di modalità e strumenti per integrare le informazioni correnti del "sistema salute" e del "sistema lavoro" ai fini delle attività di prevenzione e vigilanza sul territorio degli infortuni sul lavoro e le malattie professionali ha evidenziato come sia possibile, attraverso l'integrazione delle informazioni già esistenti, il raggiungimento degli obiettivi dell'art. 8. (allegato n. 2: progetto assegnato alla Regione Veneto/Ulss di Verona, con l'adesione di ISPESL, Regione Emilia Romagna/ AUSL di Reggio Emilia, Regione Toscana/AUSL Poggibonsi, Regione Lazio/Azienda Uls Roma C, Regione Marche Servizio Salute e Sanità Pubblica, Regione Campania Area Generale Coordinamento Assistenza Sanitaria, Regione Puglia/ AUSL di Bari, Regione Molise/ASREM Zona territoriale di Agnone (IS), Regione Piemonte, Ulss di Torino e la partecipazione "esterna" al gruppo di lavoro della Regione Liguria/ASL 3, della Regione Piemonte/ASL Torino 4).

Peraltro, sono già operativi in alcune regioni sistemi gestionali unici o centralizzati delle attività di vigilanza dell'ASL e sono state sperimentate, a livello locale o provinciale forme di integrazione degli archivi ASL con Inail, Inps, DPL, Prefetture o Enti Paritetici. Sono anche attivi sistemi informativi condivisi, relativamente ai certificati di infortunio, tra Servizi di Pronto Soccorso delle ASL, Inail e Servizi di vigilanza delle ASL.

Sperimentazioni sull'utilizzo delle SDO, come possibile strumento per la ricerca delle malattie professionali perdute, si sono limitate a valutazioni di ordine statistico generale, in quanto la possibilità di evidenziare singole persone e singoli casi è impedita dalle limitazioni relative alla privacy dei dati. Tale aspetto può condizionare lo sviluppo di un SINP efficace ai fini della vigilanza.

4. Ipotesi di miglioramento possibile nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione.

Posto che gli interventi attualmente in atto dei Servizi di prevenzione delle ASL per migliorare il benessere di chi lavora e ridurre il numero delle malattie da lavoro siano quantitativamente adeguati (LEA pari al numero corrispondente al 5 % delle unità locali con almeno un dipendente o socio lavoratore), ancorché non omogenei tra regioni, si ritiene che esistano margini di un miglioramento possibile sul piano della qualità degli interventi, in termini di efficacia e di scelta delle priorità.

Il raffronto tra regioni delle attività svolte evidenzia differenze e disomogeneità, probabilmente, non imputabili solamente alla diversa lettura dei processi di lavoro.

Le cause sono, principalmente, da ricercarsi nelle diversità sociali, economiche e produttive dei diversi ambiti territoriali, oltre che di organizzazione della Pubblica Amministrazione.

Le ipotesi di miglioramento percorribili nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione e nella sua articolazione costituita dai Piani Regionali sono pertanto relative allo sviluppo di obiettivi comuni, da ricercarsi attraverso il coordinamento interregionale.

Sicuramente, gli obiettivi da condividere dovranno riguardare le priorità di comparto in termini di sicurezza e di salute, come l'edilizia e l'agricoltura, o di rischio, come il chimico e il cancerogeno, ma anche di danno, come gli infortuni e le malattie professionali.

Nell'attesa, speriamo breve dell'implementazione del SINP, la progettualità regionale, dovrà necessariamente prevedere strumenti informativi di sorveglianza dei danni e dei rischi da lavoro, oltre che di monitoraggio delle attività di prevenzione delle ASL. Strumenti di supporto ed integrazione al futuro sistema nazionale della prevenzione.

In ambito formativo, le azioni condivise tra Regioni- Ispesl, nell'ambito dei Piani Nazionali Edilizia e Agricoltura, e di sorveglianza sugli infortuni mortali e sulle malattie professionali potranno essere rese permanenti e messe a sistema.

Appare, infine, non ulteriormente procrastinabile lo sviluppo di un progetto formativo nazionale finalizzato allo sviluppo delle competenze proprie allo svolgimento dell'ispezione del lavoro e all'espletamento dell'attività di polizia giudiziaria collegata.

Allegati/c.s.

Roma, 8 luglio 2010

Allegato I
ANALISI DELLE RELAZIONI DI SORVEGLIANZA SANITARIA EX ART.
40 D.Lgs. 81/2008 IN VENETO

Metodo

L'analisi viene svolta su **8.784** dei documenti che i medici competenti hanno inviato alle AULSS secondo le disposizioni dell'art. 40 del D.Lgs. 81/08. Essi sono solo *una parte* dei file inviati; infatti, una parte consistente dei documenti ricevuti non era in formato elaborabile elettronicamente. Dalle analisi pervenute da alcune Ulss si ricava che i documenti elaborabili sono una quota compresa tra il 17% e il 63% del materiale pervenuto. Non sono pervenuti i dati delle Ulss 4 e 17 e non sono elaborabili i dati dell'Ulss 10.

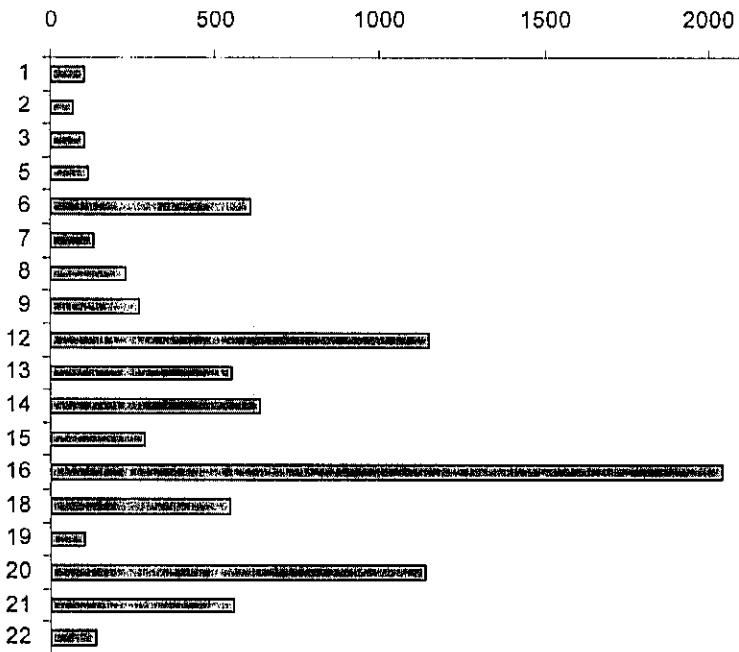
Di seguito si riportano i risultati ottenuti dalle analisi effettuate sui record già parzialmente ordinati e selezionati dal dr. Serpelloni (SPISAL 20).

Risultati

Ogni file elaborato corrisponde approssimativamente a una Unità Locale situata sul territorio regionale. In **Tabella 1** si mostra il numero di unità locali per Ulss: circa un quinto delle unità locali si trova sul territorio dell'Ulss 16, seguono le Ulss 12 e 20 con il 13% delle unità locali. Si osserva che questa distribuzione non riflette tanto la reale distribuzione sul territorio delle attività soggette a sorveglianza sanitaria, quanto la possibilità di elaborare i file pervenuti.

Tabella 1: numero di record elaborabili per ULSS

ULSS	N° RECORD	% elaborabili
1	105	
2	71	
3	104	
5	114	
6	610	
7	130	
8	228	17%
9	271	
10	(1.595)	0%
12	1.149	
13	550	
14	639	63%
15	287	
16	2.044	48%
18	546	
19	106	
20	1.133	



21	559	
22	138	
Totale	8.784	100%

I dati si riferiscono a **374 medici competenti (tabella 2)**, che seguono fino a un massimo di 468 unità locali ciascuno. Quindici medici (4%) seguono oltre 100 aziende ciascuno per un totale di 3.502 unità locali (46%); settantasette medici seguono più di 20 aziende ciascuno, per un totale di 6.304 unità locali (84%). In media le aziende per medico sono 19,5 (mediana=3). *In 1.251 record (14%) l'informazione sul medico competente è assente o non elaborabile.*

Si può risalire al numero di soggetti sottoposti a sorveglianza sanitaria per medico (**Tabella 3**): 28 medici seguono oltre 1000 soggetti ciascuno, cioè oltre la metà dei soggetti dichiarati, e 41 medici seguono tra 500 e 1000 soggetti. La maggior parte dei medici (130, cioè il 39% dei medici) segue meno di 50 soggetti, ma quasi un centinaio segue tra 100 e 500 soggetti. *Questo dato si ricava dai record che contengono sia l'informazione del medico competente sia del numero di soggetti sottoposti a sorveglianza sanitaria, cioè 5.333 record (61%), mentre 3.450 record non sono elaborabili in questo caso.*

Tabella 2: numero di unità locali per medico

Aziende per medico	medici	aziende	% aziende
>100	15	3.502	46%
50-100	21	1.499	20%
20-49	41	1.303	17%
5-19	85	847	11%
<5	212	382	5%
totale	374	7.533	100%
non elaborabili		1.251	14%

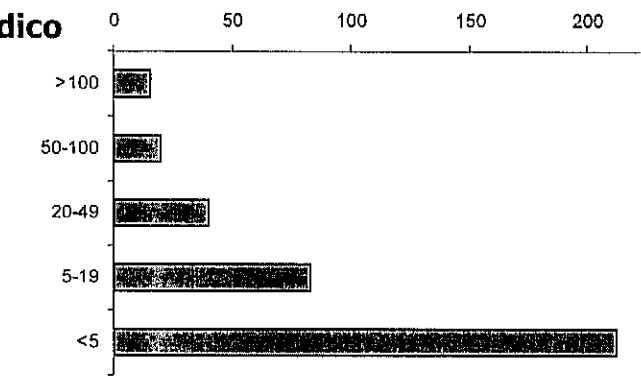
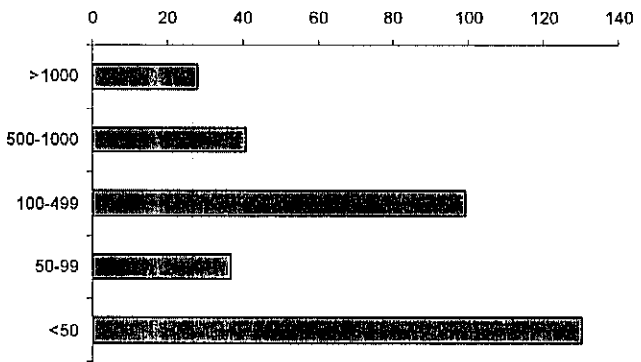


Tabella 3: numero di soggetti sottoposti a sorveglianza sanitaria per medico

soggetti per medico	Numero medici	Totale soggetti	% soggetti
>1000	28	64.789	53%
500-1000	41	28.051	23%
100-499	99	25.171	21%
50-99	37	2.534	2%
<50	130	2.104	2%
totale	335	122.649	100%
Record non elaborabili		3.450	39%



I dipendenti delle unità locali in esame risultano essere complessivamente 213.094, di cui il 95% lavoratori subordinati e il 5% con altri tipi di contratto. Le femmine sono complessivamente il 37%. (**tabella 4**)

Gli infortuni denunciati sarebbero 16.009, chiaramente questo dato non ha nulla a che vedere con il numero di infortuni denunciati ricavabili da fonte Inail, che sono oltre 100.000. Ciò è dovuto soprattutto al fatto che i documenti analizzabili sono una parte rispetto al totale dei documenti ricevuti, quindi sia il numero di infortuni che gli altri dati presenti in queste tabelle sono *sottostimati e di dubbia attendibilità per i problemi di estrazione sopra riportati*. In **tabella 4** si riporta anche il numero di unità locali che di volta in volta concorrono al risultato e la relativa percentuale sul totale delle unità locali. Non sono state infatti prese in considerazione le unità locali che non hanno indicato nulla nella risposta o la cui risposta non è elaborabile. Non è noto se la risposta non è indicata perché non pertinente o per mancanza dell'informazione.

Se i numeri riportati sono delle sottostime, la proporzione maschi/femmine sembra invece essere attendibile. Gli infortuni avvenuti a femmine sono infatti il 23% e le giornate perse per infortunio dalle femmine sono il 26%: un risultato simile si riscontra con i dati Inail. Le giornate perse dalle femmine per malattia non di competenza Inail sono invece il 36%, coerentemente con la proporzione per sesso degli occupati.

Tabella 4: dati su occupati, infortuni, malattie e assenze

2008	Maschi	Femmine	TOTALE	Numero unità locali elaborate
------	--------	---------	--------	-------------------------------

				Maschi	Femmine
N. totale lavoratori subordinati equivalenti	128.254	74.310	202.563	5.249 (60%)	4.155 (47%)
N. totale lavoratori equivalenti con altri tipi di contratto	6.478	4.053	10.531	1.097 (12%)	572 (6%)
N. infortuni denunciati	12.289	3.720	16.009	1.783 (20%)	459 (5%)
N. giorni assenza per infortunio e/o malattia professionale DI COMPETENZA INAIL	159.511	53.825	213.336	1.909 (22%)	547 (6%)
N. giorni assenza per malattia non di competenza INAIL	920.234	522.310	1.442.544	3.293 (37%)	2.246 (25%)
N. giorni assenza per congedo di maternità (sia obbligatoria che facoltativa) e paternità	Non attendibile	805.349	805.349		1.189 (13%)

In **tabella 5 e 6** si riporta la distribuzione degli occupati e di infortuni e giornate perse per Ulss: questi dati sollevano notevoli perplessità, infatti la distribuzione per Ulss non sembra plausibile (vedi sopra quanto detto a proposito della distribuzione delle relazioni per ULSS).

Tabella 5: occupati per Ulss e sesso

ULSS	N. totale lavoratori subordinati equivalenti			N. totale lavoratori equivalenti con altri tipi di contratto		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
1	3.881	4.198	8.078	206	109	316
2	2.859	2.542	5.401	16	7	22
3	860	350	1.210	26	44	70
5	1.021	220	1.241	51	4	55
6	7.637	3.122	10.759	325	119	444
7	2.022	924	2.946	40	6	46
8	4.064	1.922	5.986	43	17	60
9	2.677	1.584	4.261	158	37	194
12	17.889	9.106	26.995	746	561	1.307
13	6.124	3.192	9.316	325	230	555
14	3.905	2.212	6.117	214	141	355
15	2.874	2.638	5.512	95	96	192
16	22.593	13.348	35.941	2.989	2.182	5.171
18	9.307	4.938	14.246	144	60	204
19	1.741	727	2.468	36	27	63
20	31.026	19.524	50.550	715	230	944
21	5.931	2.616	8.547	324	171	495
22	1.843	1.146	2.989	26	11	37
Totale	128.254	74.310	202.563	6.478	4.053	10.531

Tabella 6: infortuni e giorni di assenza per Ulss e sesso

ULSS	N. infortuni denunciati			N. giorni assenza per infortunio e/o malattia professionale DI COMPETENZA INAIL			N. giorni assenza per malattia non di competenza INAIL		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
1	32	14	46	271	101	372	3.953	2.264	6.217

2	27	18	45	403	307	710	3.122	2.109	5.231
3	66	15	81	2.310	197	2.507	10.839	6.087	16.926
5	145	13	158	2.480	416	2.896	10.786	2.746	13.532
6	453	120	573	10.246	4.846	15.092	68.666	24.420	93.086
7	52	8	60	1.191	300	1.491	6.096	4.423	10.519
8	113	9	122	2.307	142	2.449	10.594	4.999	15.593
9	185	36	221	4.584	1.147	5.731	14.874	6.749	21.623
12	1.484	312	1.796	17.818	7.499	25.316	140.885	72.640	213.525
13	552	203	755	12.616	3.178	15.794	74.082	22.809	96.891
14	369	160	529	5.563	2.666	8.229	31.420	28.667	60.087
15	139	123	262	3.549	1.586	5.135	19.420	12.524	31.944
16	3.979	1.653	5.632	59.651	19.033	78.684	320.290	219.083	539.373
18	305	231	536	10.547	2.031	12.578	78.900	19.269	98.169
19	43	3	46	965	87	1.052	3.446	2.573	6.019
20	4.034	686	4.720	18.066	7.017	25.083	87.582	53.185	140.766
21	273	116	389	6.232	3.248	9.480	32.804	35.566	68.370
22	38		38	714	24	738	2.476	2.197	4.673
Totale	12.289	3.720	16.009	159.511	53.825	213.336	920.234	522.310	1.442.544

I lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria obbligatoria (vedi tabella 7) risultano 143.621 e le malattie professionali denunciate dai medici competenti risultano 397, di cui l'80% in maschi.

Risultano inoltre certificate 33.021 inidoneità alla mansione, di cui 30.759 parziali (93%); 20.919 sono inidoneità permanenti (63%). Fatto 100 il totale delle non idoneità, queste riguardano una donna nel 21% dei casi. Il 77% dei lavoratori visitati risulterebbe idoneo; si ricorda però ancora una volta come questi dati siano assolutamente parziali e con problemi di attendibilità.

Tabella 7: numero di malattie professionali e giudizi di idoneità

2008	Maschi	Femmine	TOTALE	Numero unità locali elaborate	
				Maschi	Femmine
N. MP segnalate	316	81	397	107	14
n. lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria	91.970	51.651	143.621	5.378	3.274
n. lavoratori visitati nell'anno di riferimento	88.719	36.451	125.170	6.737	3.642
n. idonei	66.732	29.315	96.047	6.274	3.210
n. idoneità parziali temporanee	8.657	1.917	10.574	1.609	612
n. idoneità parziali permanenti	15.476	4.709	20.185	2.771	1.040
n. inidoneità temporanee	1.290	238	1.528	108	34
n. inidoneità permanenti	607	127	734	49	28

Il principale rischio a cui sono esposti i soggetti di questo campione (tabella 8) è la movimentazione manuale dei carichi (40%), a cui si aggiunge il 19% degli esposti a sovraccarico biomeccanico arti superiori (in alcuni casi i rischi si potrebbero sovrapporre nello stesso soggetto). Segue il rumore (15%), seguito dai rischi chimici (13%). Il 12% risulta esposto a VDT. L'8% è esposto a vibrazioni. Il 2% dei lavoratori risulta esposto a cancerogeni che aumenta al 3% se aggiungiamo gli esposti a radiazioni ionizzanti. Il 2% è esposto a stress lavoro correlato. Le femmine in totale rappresentano il 36% dei soggetti, ma per alcuni rischi sono in proporzione molto maggiore, in particolare sarebbero più

esposte agli agenti biologici e al videoterminale.

Poiché anche tra i documenti elaborabili molti erano in difetto di queste informazioni o compilati in modo errato, questi risultati sono da assumere con la massima cautela.

Tabella 8: Esposti a rischio

Rischi lavorativi *	Maschi	Femmine	TOTALE	% esposti al rischio sui soggetti a sorveglianza san.	% di Femmine per rischio
n. esposti a movimentazione manuale dei carichi	41.654	15.823	57.477	40%	28%
n. esposti rumore	46.650	4.828	51.478	36%	9%
n. esposti ad agenti chimici	30.469	11.920	42.389	30%	28%
n. esposti videoterminali (vdt)	22.319	19.749	42.069	29%	47%
n. esposti a sovraccarico biomeccanico arti superiori	16.833	10.025	26.858	19%	37%
n. esposti ad agenti biologici	8.918	12.352	21.270	15%	58%
n. addetti lavoro notturno	10.391	7.275	17.666	12%	41%
n. esposti vibrazioni mano braccio	16.369	1.032	17.401	12%	6%
n. esposti ad altri fattori emersi in seguito alla val. rischi	13.011	3.546	16.557	12%	21%
n. esposti vibrazioni corpo intero	11.293	452	11.745	8%	4%
n. esposti microclima severo	8.154	640	8.794	6%	7%
n. esposti ad agenti cancerogeni e mutageni	5.302	2.293	7.595	5%	30%
n. esposti stress lavoro-correlato	4.158	2.419	6.577	5%	37%
n. esposti radiazioni ionizzanti	3.469	956	4.425	3%	22%
n. esposti radiazioni ottiche artificiali	3.922	271	4.193	3%	6%
n. esposti campi elettromagnetici	1.192	464	1.656	1%	28%
n. esposti infrasuoni	475	66	542	0%	12%
n. esposti ultrasuoni	179	68	247	0%	28%
n. esposti atmosfere iperbariche	156	10	166	0%	6%
TOTALE soggetti a sorveglianza sanitaria	91.970	51.651	143.621		36%

* lo stesso soggetto può essere esposto a più rischi contemporaneamente

Conclusioni

I dati richiesti dall'allegato 3b potrebbero essere molto interessanti se fossero adeguatamente compilati su un supporto adeguato e trasmessi alle aULSS in formato leggibile in quanto potrebbero consentire di monitorare e valutare lo "stato di salute" delle aziende e dei lavoratori, oltre che di tenere sotto controllo i fattori di rischio. Al momento questi dati purtroppo non sono molto significativi, essendo riferiti a una parte non quantificabile di documenti pervenuti ed essendo spesso compilati in modo incompleto o

non analizzabile o non affidabile. Se il sistema di trasmissione dei dati sarà perfezionato in modo tale da garantire un livello soddisfacente di qualità del dato, per es. con una trasmissione via web attraverso una maschera standardizzata e con un controllo software sulla qualità dei dati, i medici potranno essere una fonte preziosa di informazioni soprattutto per la parte di aziende e addetti che non sono coperti dall'INAIL.

Allegato 2

Progetto CCM: Realizzazione di modalità e strumenti per integrare le informazioni correnti del “sistema salute” e del “sistema lavoro” ai fini delle attività di prevenzione e vigilanza sul territorio degli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

BANCHE DATI DISPONIBILI	DATA SET MINIMO
1. Persona	
1.1 <u>Infortuni:</u>	Tracciato record di Sbagliando s’impara (ISPESL) + Codifica ESAW (INAIL) + Variabile “Conclusioni indagini infortuni” (Vigilanza ASL) • Per lesioni colpose (art. 589-590 CP) • Verbale 758 redatto – articoli violati
1.1.1 Archivio inchieste infortuni (Organo di Vigilanza ASL)	
1.1.2 Archivio denunce infortunio (INAIL)	
1.1.3 Inchieste amministrative per infortuni (DPL)	
1.1.4 Certificati infortunio (PS)	
1.1.5 DB (data base) NFI (nuovi flussi informativi) INAIL-Regioni-ISPESL	
1.1.6 DW Progetto CCM InforMo (ISPESL) – Sbagliando s’impara	
1.2 <u>Malattie professionali:</u>	Tracciato record di Mal Prof (ISPESL) + Variabile “Conclusioni indagini Malattie professionali” (Vigilanza ASL) • Per lesioni colpose (art. 589-590 CP) • Verbale 758 redatto + Schede specifiche in caso di Mesotelioma e Tumori Nasali e Sinusali (ISPESL)
1.2.1 Archivio inchieste MP (Organo di Vigilanza ASL)	
1.2.2 Archivio referti/denunce MP (Organo di Vigilanza ASL)	
1.2.3 Registro Naz. Mesoteliomi (ReNaM)	
Registro Naz. Tum. Nasali e Sinusali (ReNaTuSN) – (ISPESL)	
1.2.4 Archivio Malattie Professionali (INAIL)	
1.2.5 DB (data base) NFI (nuovi flussi informativi) INAIL-Regioni-ISPESL	
1.2.6 DW MalProf (ISPESL)	
1.3 <u>Dati Sanitari</u>	Tracciato record dei Registri esposti ex art. 243, 260 e 280 (ASL-ISPESL)
1.3.1 Archivio lavoratrici madri / apprendisti / minori (DSP-DPL)	
1.3.2 Archivio CedAP (Certificati di Assistenza al Parto)	
1.3.3 SDO Aziende Sanitarie Pubbliche e Private	
1.3.4 Registri esposti ex art. 243, 260 e 280 (OV ASL - ISPESL)	

1.4 <u>Dati Persona</u>	Tracciato record del Sistema CO - Comunicazioni Obbligatorie(MinWelfare) + Variabile "Soggetto del provvedimento indagini" (Vigilanza ASL) • Datori di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori • Lavoratori autonomi • Committenti e/o responsabili dei lavori • Coordinatori per la sicurezza • Medico competente
1.4.1 Archivio Persona (INPS) informatizzato - certificati di malattia	
1.4.2 Archivio Nazionale Schede Persona CCIAA (infor.ta)	
1.4.3 DB DNA – Denuncia Nominativa Assicurativa (INAIL)	
1.4.4 DW CO (MinWelfare, Centri per l'impiego, INPS, INAIL)	
1.4.5 Anagrafe Assistiti ASL informatizzata	

2. Unità produttiva	
2.1 Azienda	Tracciato record dell'Archivio ditte (CCIAA) +
2.1.1 DB (data base) NFI (nuovi flussi informativi) INAIL-Regioni-ISPEL	Scheda DPL su lavoro nero, irregolare, prescrizioni, sanzioni +
2.1.2 Archivio aziende ispezionate (Serv. Sicurezza ASL)	Tracciato record dell'Archivio CPI (VVF) +
2.1.3 Archivio ditte (CCIAA)	Variabile "Tipologia del controllo indagini" (Vigilanza ASL) • Primo sopralluogo • Sopralluogo di verifica • Valutazione sorveglianza sanitaria • Valutazione documentale • Udienza • Sopralluogo amianto • Notizia di reato • Incontro/riunione • Altre attività d'ufficio
2.1.4 Archivio aziende con controllo amministrativo e tecnico (DPL)	+
2.1.5 Archivio CPI (VVF)	Variabile "Provvedimenti" (Vigilanza ASL) • Disposizione • Dissequestro • Prescrizione (articoli di legge violati) • Segnalazioni al Ministero • Sequestro preventivo • Sequestro probatorio • Sospensione art. 14 D. Lgs 81/2008 • Verbale amministrativo
2.1.6 Archivio aziende controllate (DP ASL)	+
2.1.7 Archivi prescrizioni Organo di Vigilanza informatizzati Regioni per ASL - MinLavoro per DPL	Informazioni ex art. 40, DLgs 81/08 (ASL)
2.1.8 Informazioni ex art. 40, DLgs 81/08 (OV ASL - ISPEL)	

2.2 <u>Cantieri</u>	Tracciato record dell'Archivio cantieri notificati art. 99 D.Lgs 81/08 all. XII (ASL) +
2.2.1 Archivio cantieri notificati art. 99 D.Lgs 81/08 all. XII (Serv. Sicur. ASL)	Scheda DPL su lavoro nero, irregolare, prescrizioni, sanzioni +
2.2.2 Archivio cantieri ispezionati (Serv. Sicurezza ASL)	Variabile "Tipologia del controllo indagini" (Vigilanza ASL) • Primo sopralluogo • Sopralluogo di verifica • Valutazione sorveglianza sanitaria • Valutazione documentale • Udienda • Sopralluogo amianto • Notizia di reato • Incontro/riunione • Altre attività d'ufficio +
2.2.3 Archivio piani bonifica amianto art. 256 D.Lgs 81/08 (Serv. Sicurezza ASL)	(in caso di cantieri amianto)
2.2.4 Archivio DIA per vigilanza edilizia (COMUNE)	Variabili Piani bonifica amianto art. 256 D.Lgs 81/08 (ASL)
2.2.5 Archivio cantieri con controllo amministrativo e tecnico (DPL)	

3. Dati di sintesi	Informazioni ex art. 40, DLgs 81/08 (OV ASL - ISPEL) +
3.1 Informazioni ex art. 40, DLgs 81/08 (OV ASL - ISPEL)	Sistema di rilevazione nazionale attività Serv. Sicurezza ASL (ISPEL Regioni) +
3.2 Sistema di rilevazione nazionale attività Serv. Sicurezza ASL (ISPEL Regioni)	Banca dati statistica INAIL: aziende assicurate, eventi denunciati, eventi indennizzati, rischio +
3.3 Banca dati statistica INAIL: aziende assicurate, eventi denunciati, eventi indennizzati, rischio	Banca dati statistica ISPEL infortuni (gravi e mortali) e mal. prof.
3.4 Banca dati statistica ISPEL (infortuni gravi e mortali) e mal. prof.	

Ipotesi di sistema software gestionale dell'attività di vigilanza negli ambienti di lavoro

1. Identificazione Amministrazione che inserisce	Note
DPL ULSS INAIL VV.FF. VV.UU. ARPA ISPESL Ecc. Data Nominativo soggetto che ha effettuato l'ispezione	Amministrazioni autorizzate che inseriscono informazioni (ad es: CPI) o necessitano semplicemente di poter disporre di informazioni utili ai loro compiti di istituto
2. Identificazione impresa controllata	
Anagrafe ditte Inail Anagrafe ditte Camera di Commercio (eventuale)	Selezionare campi utili e minimi (allegato) Identificativo Partita IVA Collegamento a flussi INAIL – ISPESL con possibilità di evidenziare il profilo di rischio infortunistico per azienda
3. Identificazione motivo del controllo	
Indagine infortunio Indagine malattia professionale Ispezione in cantiere edile (identificazione aziende edili da archivio ditte) - di cui per amianto Ispezione in azienda (identificazione tipologia con cod. Ateco in archivio ditte) - pianificazione di servizio - indagine delegata - richiesta di terzi (Magistratura, OO.SS., privato, Comune, ecc..) Emissione parere (NIP, deroghe e industrie insalubri, gas tossici, autorizzazioni per locali interrati e seminterrati, radiazioni ionizzanti)	Collegamenti per alimentare archivi ISPESL Malprof, Informo Specificare se ispezione coordinata con DPL, INAIL, INPS

[illegible]

6. Identificazione soggetto del provvedimento	
Dati anagrafici e CF del soggetto destinatario del provvedimento	Problema <i>privacy</i> da verificare
7. Identificazione tipologia soggetto del provvedimento	
Datore di lavoro Dirigente Preposto Medico competente Lavoratore autonomo Lavoratore Coordinatore sicurezza Committente Costruttore Progettista, fabbricante, fornitore, installatore Coltivatore diretto Componente impresa familiare	

Allegato 3

Senato della Repubblica – XVI legislatura **Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli** **infortuni sul lavoro, con particolare riguardo alle cosiddette** **“morti bianche”**

Le malattie da lavoro in Italia **Audizione di luglio 2010**

1. La tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro: le politiche delle Regioni e delle Province autonome

È ormai noto che la legge costituzionale n. 3/2001, nel modificare il Titolo V della Costituzione, ha inserito nel comma 3 dell'art. 117 la *“tutela e sicurezza del lavoro”* quale materia assegnata alla competenza legislativa concorrente delle Regioni e P.A., intendendosi per tale una potestà legislativa da esercitare nel pieno rispetto dei principi fondamentali dettati dalla legge dello Stato; è del tutto evidente come il legislatore abbia voluto in tal modo affidare alle Regioni e P.A. un ruolo di affiancamento dello Stato al fine precipuo di adattare, in quanto più vicine alle istanze dei lavoratori e delle imprese, i provvedimenti normativi alle specifiche esigenze territoriali.

In tal senso vanno lette, a titolo esemplificativo, le leggi della Regione Toscana 23 dicembre 2003, n. 64 recante *“Norme per la prevenzione delle cadute dall'alto nei cantieri edili”*, e 3 gennaio 2005, n. 1 recante *“Norme per il governo del territorio”*, ma anche le leggi della Regione Emilia Romagna 1 agosto 2005, n. 17 recante *“Norme per la promozione dell'occupazione, della qualità, sicurezza e regolarità del lavoro”* e della Regione Lombardia 28 settembre 2006, n. 22 *“Il mercato del lavoro in Lombardia”*.

In tale ottica il ruolo che le Regioni devono svolgere, sempre nel rispetto di quei vincoli posti dalla legislazione dello Stato, è ampio e composito.

In primo luogo un ruolo attivo di partecipazione al livello della legislazione statale, attraverso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, che dia concreta affermazione al principio della *“leale collaborazione”*, inserito nel comma 2 del modificato art. 120 della Costituzione e più volte proclamato dalla Corte Costituzionale come principio di

generale applicazione, al punto che oggi la leale collaborazione viene intesa come collaborazione paritaria tra lo Stato e le Regioni.

A tal fine, il sistema delle Regioni e Province Autonome da molti anni si avvale di uno strutturato Coordinamento Tecnico, organizzato per gruppi di lavoro permanenti e temporanei che svolgono una attività di supporto alla Conferenza delle Regioni ed al coordinamento degli Assessori alla Salute della Commissione Salute, l'elaborazione di posizioni unitarie per l'istruttoria di pareri in sede di Conferenza Stato-Regioni sui documenti concernenti l'area della prevenzione nei luoghi di lavoro e vari adempimenti esterni di carattere costituzionale per la collaborazione e il raccordo con gli Istituti centrali, i Ministeri e gli altri Enti competenti.

I predetti Gruppi di lavoro interregionali si avvalgono di tecnici e specialisti che operano a stretto contatto con il territorio e con le problematiche inerenti alla prevenzione e alla tutela della salute dei lavoratori, permettendo al coordinamento il necessario approfondimento delle tematiche trattate. L'impegno costante e responsabile di tali gruppi ha reso possibile l'elaborazione di molteplici documenti tecnici, quali le indicazioni operative, le buone prassi e le linee guida richieste in questi anni per agevolare l'applicazione delle norme vigenti e, allo stesso tempo, garantire uno strumento di intervento omogeneo e qualificato in tutto il territorio nazionale. La qualificazione dei gruppi ha riguardato tutti gli ambiti del rischio lavorativo, dalle esposizioni alla silice, agli agenti fisici, alle fibre artificiali e all'amianto, così come quello derivante dallo svolgimento di particolari mansioni o dall'utilizzo di determinate attrezzature.

L'elevato grado di specializzazione dei tecnici regionali è emerso durante l'esperienza del lavoro tecnico di predisposizione della normativa nazionale in materia di sicurezza: il serrato e costante confronto tra Ministeri e Regioni, propedeutico all'espressione dei relativi pareri in Conferenza Stato Regioni, si è svolto tra il 2007/08 e il 2009, rispettivamente per la stesura e per le modifiche del D. Lgs. 81/08. In quella fase, attraverso la segreteria del coordinamento, è stato possibile coordinare l'attività dei tecnici e professionisti delle varie Regioni e P.A. garantendo, in particolare nella fase di stesura del D. Lgs. 81/08, la loro presenza ai tavoli interistituzionali.

All'indomani della approvazione delle modifiche al D. lgs. 81/08, alcuni Gruppi di Lavoro interregionali hanno continuato l'importante attività di istruttoria di linee di indirizzo e di documenti specifici, di proposte ed iniziative in sinergia con soggetti pubblici, associazioni e parti sociali al fine di fornire validi supporti interpretativi delle principali novità normative. In tal senso, per esempio, hanno operato più di recente i gruppi Agenti Fisici, Edilizia e Macchine attraverso l'elaborazione di Indicazioni operative sulla prevenzione dai rischi dedicati agli specifici titoli del D. Lgs. 81/08.

Il Coordinamento rappresenta, dunque, un momento di incontro e confronto per favorire la circolazione delle diverse esperienze regionali, agevolare l'uniformità dei comportamenti degli operatori, ma anche un sistema strutturato per promuovere lo sviluppo di iniziative e di programmi comuni di attività nel rispetto delle diverse autonomie. Ha altresì svolto una fondamentale attività di monitoraggio in merito alla applicazione di determinate disposizioni normative in ambito regionale, come nel caso dell' art. 7 (Comitati Regionali di Coordinamento), dell'art. 11 (Piani formativi regionali) e dell'art. 13 (utilizzo sanzioni amministrative) del suddetto decreto legislativo, garantendo il necessario supporto informativo e documentale.

Un secondo livello, non meno importante, è rappresentato dall'adattamento attraverso la normativa regionale delle leggi dello Stato al contesto economico e produttivo dei territori, soprattutto sotto il profilo dell'affermazione della cultura della prevenzione che passa attraverso interventi di formazione ed informazione dei lavoratori e di sensibilizzazione delle imprese con la previsione di un sistema premiale delle cosiddette imprese virtuose.

A tale proposito va ricordato l'Accordo siglato il 20 novembre 2008 con il Governo e con il quale le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano si sono impegnate a destinare 30.000.000 di euro di risorse statali per interventi di formazione ulteriori rispetto ad altri già eventualmente finanziati.

Tali interventi di formazione sono stati rivolti principalmente a:

- presidi, insegnanti e studenti delle scuole di ogni ordine e grado;
- lavoratori stranieri;
- lavoratori con meno di due anni di esperienza nell'esercizio delle proprie mansioni o attività;
- lavoratori stagionali del settore agricolo;
- datori di lavoro delle piccole e medie imprese, piccoli imprenditori di cui all'art. 2083 del codice civile e lavoratori autonomi;
- rappresentanze dei lavoratori per la sicurezza.

Allo stato attuale, alla luce del monitoraggio sopra citato, informiamo che l'erogazione del finanziamento si è avuto in circa la metà delle Regioni e P.A.; in quest'ultime è stata generalmente avviata anche la procedura per la pubblicazione degli avvisi pubblici aventi ad oggetto il finanziamento dei progetti di formazione in materia di sicurezza, rivolti principalmente al mondo del lavoro e/o alla scuola. Per una parte delle Regioni e P.A., invece, è stata solo di recente avviata dal Ministero del Lavoro la procedura di finanziamento.

Il terzo livello è senza dubbio quello della programmazione e del coordinamento, attraverso gli appositi comitati regionali, di tutti gli interventi nella materia della tutela della salute e della sicurezza nonché il necessario raccordo con le competenze assegnate agli organismi statali.

Un'importante occasione per le Regioni nella gestione concreta della salute e della sicurezza e di avvicinamento della politica dello Stato alle realtà locali è rappresentata dai Comitati regionali di coordinamento (già previsti dall'art. 27 del d.lgs. n. 626/1994) istituiti con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 dicembre 2007 (richiamato dall'art. 7 del D. Lgs. n. 81 del 2008), con il compito primario di realizzare una programmazione coordinata di interventi uniformi e di creare il necessario raccordo sia con 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 che con la Commissione consultiva permanente.

Rendiamo noto che, al fine di consentire alle amministrazioni regionali una piena e tempestiva attuazione del suddetto decreto e favorirne una omogenea applicazione in ambito nazionale, evitando altresì l'esercizio dei poteri sostitutivi prescritti in caso di inadempimenti dall'art. 4, la Commissione Salute ha approvato il 7 settembre 2008 e successivamente trasmesso a tutti gli assessorati regionali alla salute la proposta operativa *Prime indicazioni relative all'applicazione del DPCM 21 dicembre 2007* elaborata dal medesimo coordinamento tecnico.

L'attività di monitoraggio condotta dal coordinamento, riferita agli anni 2007-2009, ha rilevato l'istituzione del suddetto comitato nella quasi totalità delle Regioni e le P.A., che hanno di fatto provveduto a costituire/ricostituire o integrare la composizione dei Comitati regionali e, in molti casi, ad attivare gli uffici operativi. Di norma è stata attribuita al Presidente della Giunta regionale o ad un Assessore da lui delegato la presidenza dell'organismo. Tale delega, generalmente, in coerenza con le suddette indicazioni operative, è stata conferita all'Assessore regionale alla salute in ragione delle competenze in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro riconosciute fin dalla legge n. 833 del 1978 al Servizio Sanitario Nazionale e al fine di garantire la necessaria coerenza con quelle che la Conferenza delle Regioni e P.A. ha attribuito in materia alla Commissione salute.

La quasi totalità delle Regioni e P.A. ha altresì provveduto ad integrare la composizione dei comitati prevedendo la partecipazione delle parti sociali, provvedendo in alcuni casi ad individuare, con propri atti amministrativi, le organizzazioni sindacali più rappresentative a livello territoriale.

2. Il Patto per la salute e la sicurezza

Il "Patto per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" è stato approvato in data 1 agosto 2007 dalla Conferenza Stato-Regioni e costituisce ancora oggi un documento di straordinaria importanza che impegna Regioni, Province Autonome e Ministeri nella realizzazione di azioni dirette alla salvaguardia della salute e della sicurezza del "cittadino che lavora".

Si colloca a pieno titolo nella più ampia strategia posta in essere dal sistema delle Regioni e finalizzata a individuare criticità e priorità della complessa attività di promozione della salute oltre che di prevenzione dei rischi nei luoghi di lavoro, attraverso la definizione di strumenti più efficaci e una presenza più puntuale dei sistemi sanitari regionali del nostro Paese.

Il "Patto", che va ad integrare il "Patto per la salute" approvato dal Ministero della Salute con le Regioni e Province Autonome, nell'intenzione dei soggetti coinvolti doveva innanzitutto garantire, attraverso il coordinamento strategico di tutti i soggetti istituzionali impegnati sul fronte della prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, un apporto qualificato, anche di consulenza preventiva, che permettesse di identificare le misure migliori da attuare contro il fenomeno degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali.

A tal fine l'accordo era strutturato secondo due importanti direttrici, la prima delle quali contemplava il raggiungimento di obiettivi strategici del Servizio Sanitario Nazionale attraverso il rispetto di criteri e vincoli omogenei per tutto il territorio nazionale, l'erogazione delle prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il rispetto degli impegni assunti con il "Piano nazionale della Prevenzione 2005-2007" approvato con l'intesa Stato, Regioni e Province autonome siglata il 23 marzo 2005 e il potenziamento complessivo dell'attività ispettiva e la definizione, per i Servizi di prevenzione delle ASL, di standard di attività di vigilanza omogenei sul territorio nazionale con il conseguente potenziamento degli organici dei Servizi delle ASL, sia in termini numerici sia in termini di aggiornamento e formazione professionale.

La seconda direttrice invece delineava tematiche di particolare rilevanza per il Servizio Sanitario Nazionale rispondenti al raggiungimento di diversi obiettivi fra cui il consolidamento degli strumenti di sorveglianza epidemiologica dei fenomeni avversi alla salute dei lavoratori attraverso la creazione di un Sistema Informativo Nazionale e la predisposizione di piani operativi, a valenza almeno triennale, contestualizzati nelle realtà regionali e territoriali e mirati a specifici comparti, cercando di cogliere i rischi emergenti per la salute dei lavoratori. In coerenza con tale direttrice, il coordinamento delle Regioni ha approvato, attraverso la Conferenza delle Regioni e P.A., il Piano Nazionale Edilizia e il Piano Nazionale Agricoltura e Selvicoltura, resi in larga parte già operativi dalle attività messe in capo dai due specifici Gruppi di lavoro interregionali.

In tale ambito si inserisce anche l'attività di sostegno ed assistenza alle imprese, intesa come reale coinvolgimento e partecipazione delle stesse al processo di sicurezza al loro interno, attraverso la predisposizione di adeguati strumenti informativi, soprattutto per le unità produttive più piccole, a cura dei soggetti pubblici in collaborazione con gli enti di riferimento, nonché la programmazione e lo svolgimento di attività formative finalizzate alla conoscenza delle norme di legge e tecniche in materia di prevenzione.

Infine, l'accordo rivelava la necessità di implementare e rivisitare l'attività complessiva di sorveglianza sanitaria in modo da renderla adeguata all'evoluzione normativa e produttiva.

3. Vigilanza e prevenzione

Nell'esaminare le funzioni di controllo esercitate dalla pubblica amministrazione in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e l'assetto organizzativo delle strutture ad esse deputate occorre fare principalmente riferimento alla legge del 23 dicembre 1978, n. 833.

La legge che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale ha avuto, tra gli altri presupposti, anche quello di ricomporre in un unico ambito istituzionale le funzioni della prevenzione, della cura e della riabilitazione.

Nel corso degli anni la legge 833/78 ha subito diverse modifiche, la più importante delle quali è rappresentata dal D.Lgs. 502/92, modificato dal D.Lgs. 517/93, con il quale la USL è stata trasformata in Azienda Sanitaria Locale.

Le funzioni in materia di tutela della salute dei lavoratori vengono oggi svolte, all'interno dell'ASL, dal Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, servizio che, insieme ad altri, compone il Dipartimento di Prevenzione.

L'art. 23 dello stesso D.Lgs. 626/94, come modificato dal D.Lgs. 242/96, aveva assegnato all'allora Ispettorato del lavoro (ora Direzione Provinciale del lavoro) la possibilità di esercitare l'attività di vigilanza in materia di sicurezza del lavoro in alcuni settori lavorativi comportanti rischi particolarmente elevati, individuati nel successivo D.P.C.M. n.412 del 14 ottobre 1997, nel settore delle costruzioni edili o di genio civile e in quello dei lavori mediante cassoni in aria compressa e lavori subacquei.

Questa attività doveva essere svolta in forma coordinata con gli organi di vigilanza delle ASL concordando preventivamente con gli stessi i programmi di intervento.

Anche in questo caso lo strumento normativo per la realizzazione del coordinamento era costituito dal Comitato di coordinamento regionale previsto dall'art. 27 del D.Lgs. 626/94 e dalle sue eventuali articolazioni provinciali.

L'art. 13 del decreto 81/08 ha sostanzialmente ribadito l'attuale ripartizione esistente tra i vari organismi prevista dall' art. 23 del D.Lgs. 626/94, prevedendo peraltro la possibilità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni, di un ampliamento delle funzioni degli organi ispettivi del Ministero del lavoro.

Molto opportunamente, però, viene puntualizzato che la vigilanza è esercitata nel rispetto del coordinamento esercitato dal 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, previsto dall'art. 5 e dai Comitati regionali di coordinamento, previsti dall'art. 7.

In ogni caso è prevista l'assoluta incompatibilità, a qualsiasi titolo e in qualunque parte del territorio nazionale, tra funzioni di vigilanza e di consulenza, ma, diversamente dalla disciplina precedente, l'incompatibilità si estende a tutto il personale degli uffici che svolgono attività di vigilanza.

Si prevede poi che l'importo delle somme che l'azienda sanitaria locale, in qualità di organo di vigilanza, ammette a pagare in sede amministrativa ai sensi dell'art. 21 del D. Lgs. n. 758/1994, integra l'apposito capitolo regionale per finanziare l'attività di prevenzione nei luoghi di lavoro svolta dai dipartimenti di prevenzione delle stesse aziende sanitarie locali.

4. Conoscenze sullo stato di salute dei lavoratori

La Relazione del sen. Carlo Smuraglia, a conclusione dell'indagine conoscitiva sulla sicurezza e l'igiene del lavoro condotta dal Comitato Paritetico delle Commissioni Lavoro del Senato e della Camera del 1997, segnalava come le malattie professionali, siano, in Italia, un fenomeno non ancora degnamente rappresentato sia nelle statistiche INAIL, sia nei Servizi di Prevenzione delle ASL, tanto da meritare il termine di "malattie professionali perdute".

La ragione di questo fenomeno è da ricercarsi principalmente nella sottodenuncia da parte dei medici che formulano la prima diagnosi di sospetta malattia lavoro correlata (medici competenti, medici di medicina generale, medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali, ecc.), determinata da fenomeni differenti a seconda dei punti di osservazione. Tra gli altri, si citano:

- per i medici competenti la debolezza contrattuale, che li rende facilmente ricattabili da parte dei datori di lavoro, soprattutto in considerazione della difficoltà di mantenere il giusto equilibrio a favore dei lavoratori tra due diritti primari tutelati dalla Costituzione (quello alla salute e quello al lavoro), a maggior ragione valutando le attuali situazioni socio economiche tanto più nei territori maggiormente disagiati. È necessario rendere i medici competenti ancor più indipendenti rispetto a vincoli contrattuali nei confronti dei

datori di lavoro e/o delle molteplici società di servizio sorte sul territorio nazionale. L'indipendenza intellettuale ed operativa di questi professionisti passa non solo attraverso il raggiungimento di standard qualitativi adeguatamente valutati ma anche inevitabilmente attraverso un rapporto contrattuale forte e trasparente;

- per i medici di medicina generale e specialisti (ambulatoriali o ospedalieri) la scarsa dimestichezza con le procedure quando non proprio la difficoltà dal punto di vista diagnostico. Al riguardo sarebbe opportuno incentivare occasioni di formazione obbligatoria su queste materie e adeguare i percorsi formativi universitari alle nuove esigenze;
- per tutti i medici: invio del caso da parte del medico competente al medico di medicina generale o al medico specialista per l'approfondimento diagnostico. In molti casi si osserva una scarsa disponibilità al confronto tra queste categorie di professionisti, chiamati a relazionarsi partendo da ottiche diametralmente opposte. Il Medico competente opera infatti in una prospettiva prevalentemente di tipo preventivo mentre il medico di medicina generale e lo specialista operano in una prospettiva quasi esclusivamente diagnostica e terapeutica (spesse volte, come detto, non avendo presenti le problematiche correlate alle attività lavorative).

Si deve considerare che una parte delle malattie da lavoro risultano non tabellate e non vengono denunciate per il semplice motivo che non sono diagnosticate come tali.

Vi è una difficoltà degli operatori sanitari ad individuare le malattie da lavoro, dovute alla carenza di informazioni adeguate, con produzione, quindi, di segnalazioni all'INAIL basate su documentazione probatoria insufficiente o assente.

È certamente e gravemente carente la notifica prevista dall'art. 139 del DPR 1124/65. Il miglioramento, atteso con l'emanazione del DM 27 Aprile 2004, non è avvenuto. Quest'ultimo ha introdotto una nuova lista di malattie professionali o lavoro - correlate, classificate, sulla base della forza del nesso causale, ad elevata probabilità, limitata probabilità o possibile origine lavorativa⁽¹⁾. Lo scopo dichiarato era di aggiornare le patologie da tenere sotto osservazione ai fini della revisione delle tabelle delle malattie professionali di cui agli articoli 3 e 211 del D.P.R. del 30 giugno 1965, n. 1124, Testo Unico in materia di assicurazione per eventi di danno sul lavoro⁽²⁾. Il DM ha inoltre fornito la procedura che un medico (qualunque sia la posizione che ricopra al

⁽¹⁾ Il nuovo elenco ha sostituito la vecchia lista, in parte oggettivamente anacronistica, contenuta nel Decreto Ministeriale del 18 aprile del 1973. Il DM 14 gennaio 2008 ha ulteriormente aggiornato l'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia.

⁽²⁾ Gli artt. 3 e 211 del D.P.R. 1124/65 (Testo Unico) rimandano alla tabella approvata con il D.P.R. 336/1994.

momento della diagnosi: medico competente, specialista, di medicina generale, ecc.) è tenuto a seguire in caso di riscontro di una delle malattie elencate nel DM stesso, in ottemperanza al disposto dell'art. 139 del D.P.R. 1124/65. Seppure gli obiettivi del DM erano certamente appropriati e condivisibili, ad oltre sei anni dalla sua entrata in vigore, alla luce altresì del dibattito e delle conclusioni emerse in momenti di confronto tecnico scientifico realizzati al riguardo, si evidenziano in particolare le seguenti gravi difficoltà di applicazione:

- il numero di denunce pervenute ai Servizi di Prevenzione delle ASL nel corso di questi anni, riportanti il codice identificativo della patologia⁽³⁾, è, infatti, stato gravemente esiguo;
- altrettanto gravemente carenti sono la qualità dell'informazione riferita all'anamnesi lavorativa e le procedure per esprimere la diagnosi clinica ed eziologica.

Il Quarto rapporto MAL.PROF. 2005 - 2006 fornisce dati dimostrativi di questa seconda rilevante criticità. Emerge che nelle Regioni Lombardia e Toscana (le uniche in grado di fornire elementi di valutazione sui nessi di causalità in relazione agli standard definiti dal progetto) la percentuale dei nessi positivi assegnati dai Servizi PSAL (in funzione della completezza e correttezza dei dati disponibili e della qualità della diagnosi) sono stati rispettivamente pari al 78% e al 71.8% nel 2005 e al 74.1% e al 67.8% del totale delle segnalazioni nel 2006. Anche in questo caso si è osservata una significativa variabilità tra le diverse patologie⁽⁴⁾.

Per converso, nella banca dati INAIL la frazione dei casi riconosciuti è mediamente pari al 30% (15% quelle realmente indennizzate), significativamente più bassa.

Tale dato, oltre a rendere evidente la presenza di filtri differenti nei due sistemi, con procedure di riconoscimento della positività del nesso a maglie più strette per l'INAIL (che punta, per ragioni previdenziali, ad una maggiore specificità a fronte della ricerca di maggiore sensibilità del sistema per quanto concerne il progetto MAL.PROF.), dimostra la bassa capacità complessiva del servizio sanitario di condurre compiutamente le diagnosi eziologiche differenziali delle tecnopatie⁽⁵⁾.

Il concetto di "malattie professionali perdute" potrebbe però essere anche esteso a quello di "malattie professionali non segnalate in quanto non ancora riconosciute come tali". In questa ottica, a fronte di un sistema di registrazione degli eventi lavoro correlati legato prevalentemente

⁽³⁾ Articolo 2 del DM 27/04/2004: "Nella denuncia di cui all'art. 1, limitatamente alle liste I e II, va indicato il codice identificativo, riportato in dette liste, della malattia correlata all'agente."

⁽⁴⁾ Il nesso causale con il lavoro nel 2006 è riconosciuto nel 75.6% delle ipoacusie in Lombardia e nel 71.8% in Toscana, rispettivamente 74.2% e nel 90.7% dei tumori maligni della pleura e del peritoneo, nel 80.2% e nel 75.2% delle sindromi del tunnel carpale, nel 84.7% e nel 67.2% delle patologie cutanee, nel 75% e nel 63.4% delle patologie muscolo scheletriche.

⁽⁵⁾ E' condiviso che il rapporto tra casi identificati con nesso positivo / denunce pervenute, oltre a misurare le differenze di metodo nell'attribuzione del riconoscimento delle malattie professionali, costituisce anche un indicatore per la misura della capacità del sistema, ed in primo luogo del sanitario che ha l'obbligo della segnalazione, di effettuare diagnosi eziologiche correttamente compiute.

agli aspetti previdenziali, è opportuno sviluppare iniziative finalizzate all'emersione dei fattori di rischio e delle patologie "sommerse", estendendo la conoscenza dell'eziologia professionale.

Per una stima delle carenze in commento, si vedano a titolo di esempio le aspettative e gli standard contenuti negli atti regionali emanati dalla Regione Lombardia, tesi a produrre un incremento delle segnalazioni delle malattie da lavoro⁽⁶⁾.

La sotto notifica dei casi non riguarda indistintamente tutte le patologie. Le ipoacusie rimangono le patologie maggiormente segnalate, probabilmente sovrastimate anche se in evidente decremento nel corso degli ultimi anni⁽⁷⁾.

Sono invece verosimilmente sotto notificati i casi di tumore professionale⁽⁸⁾. Un'identica sottonotifica si rileva con riferimento alle patologie osteo - articolari dell'arto superiore ed all'asma bronchiale⁽⁹⁾.

Particolare attenzione dovrebbe inoltre essere posta al comparto agricolo, nel quale i dati messi a disposizione dall'INAIL sono significativamente sottodimensionati probabilmente a causa dell'estrema parcellizzazione di queste attività produttive sul territorio nazionale, di rapporti di lavoro particolarmente instabili e spesso volte sottaciuti, con grande prevalenza di lavoro in nero e di lavoratori migranti. Il Gruppo Interregionale Agricoltura e Selvicoltura ha manifestato un particolare interesse allo sviluppo della sorveglianza sanitaria proprio in considerazione dei dati

⁽⁶⁾ Deliberazione della Giunta Regionale n. VI/1439 del 4 ottobre 2000 "La prevenzione delle malattie professionali". Il progetto regionale aveva il seguente indicatore: Incremento del numero di casi segnalati alle ASL rispetto alla media dei casi segnalati nel precedente quinquennio secondo il seguente schema:

- allergopatie > 50%
- osteoartropatie > 200%
- broncopneumopatie > 50%.

⁽⁷⁾ Con riferimento al Quarto rapporto MAL.PROF. esse rappresentano nel 2006 il 52.6% del totale in Lombardia, il 28.1% in Toscana, il 59.6% in Emilia Romagna, il 43.9% in Piemonte e il 45.7% in Veneto.

⁽⁸⁾ Con riferimento alla Lombardia, applicando la stima di Doll e Peto, i decessi per tumori professionali dovrebbero essere circa 1.100/anno, a fronte di un numero di casi denunciati nel biennio 2003 - 2004 pari, mediamente, a circa 245/anno (corrispondenti a circa il 7.8% delle denunce totali). Analogamente in Toscana nello stesso periodo sono stati denunciati in media circa 91 tumori professionali l'anno (pari al 7,8% del totale), in Emilia Romagna 109 casi (3,1% del totale), in Piemonte 368 casi (pari al 13,5% del totale) e in Veneto 251 casi (pari al 12,6% del totale). Nel quarto Rapporto MALPROF si assiste invece ad un forte incremento delle segnalazioni riconosciute con nesso causale positivo per la pleura e il peritoneo (pari a + 38,3% in Lombardia e +97% circa in Toscana).

⁽⁹⁾ In Lombardia, sulla base delle Schede di Dimissione Ospedaliera, che registrano 15.203 casi/anno di patologia osteo - articolare a carico dell'arto superiore, il Patronato INCA CGIL stima che per 5.169 casi, pari al 34%, vi sia una correlazione con il lavoro; per l'asma bronchiale, l'attesa è che 360 casi/anno siano di natura professionale. Rispetto a questi riferimenti, dal Terzo rapporto MAL.PROF. emerge come in Lombardia nel biennio in considerazione sia stato possibile attribuire un nesso di causalità positivo solo al 4,7% circa delle segnalazioni di Sindrome del Tunnel Carpale e al 1% circa di quelle per Asma bronchiale lavoro correlata, e in Toscana rispettivamente pari al 5% e al 0,5% circa dei casi segnalati. Questo dato indurrebbe a segnalare non solo il fenomeno della sottodenuncia ma anche quello della scarsa qualità delle segnalazioni pervenute. Dal Quarto rapporto emerge una flessione nel biennio in osservazione (2005 - 2006) del 33% dei nessi positivi per sindrome del tunnel carpale in Lombardia, mentre in Toscana si registra un lieve incremento (+3.6%). Sempre dal rapporto MAL.PROF. si evince come nel biennio 2003 - 2004 in Emilia Romagna le Patologie Muscolo Scheletriche complessivamente segnalate siano state mediamente pari al 24,4% del totale (salite al 31.8% nel 2006), e l'Asma bronchiale lavoro correlata sia stata segnalata mediamente nel 0,3% dei casi (0.1% nel 2006), mentre in Piemonte questi dati siano rispettivamente pari al 19,5% e al 1% (10% e 1.2% nel 2006) e in Veneto al 9,2% e al 18,4%. In merito ai Work Related Muscolo Skeletal Disorders (WMSDs), occorre inoltre ricordare come in molte delle nazioni Europee maggiormente sviluppate (tra le quali Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Spagna e Svezia), queste patologie rientrano sin dal 1998 ai primi due posti nella graduatoria delle principali malattie professionali riconosciute dagli Istituti assicuratori, mentre in Italia (proprio a causa, tra l'altro, del fenomeno delle sottodenunce) solo di recente iniziano a comparire ai vertici di questa speciale graduatoria.

sulle malattie professionali registrati in agricoltura: negli anni 2003-2007: il numero complessivo su tutto il territorio nazionale ha oscillato tra 334 e 512, tra 35 e 87 le malattie "tabellate" e tra 237 e 424 quelle non "tabellate". Inoltre appare rilevante la disomogenea distribuzione dei casi di malattia professionale, sia dal punto di vista temporale sia dal punto di vista geografico, che verosimilmente non dipende esclusivamente dalla diversa esposizione a rischio o dalla diversa suscettibilità degli operatori: un ruolo importante riveste l'attenzione dei lavoratori alla loro salute e dei sanitari ai fattori di rischio lavorativi. Negli anni considerati le malattie non "tabellate" risultano più numerose delle malattie "tabellate", difatti la diagnosi di malattia da lavoro in casi di malattia a genesi multifattoriale dipende dall'attenzione dei sanitari ai fattori di rischio lavorativo, per quanto in modo disomogeneo geograficamente..

Lo sviluppo della sorveglianza sanitaria e del relativo sistema di sorveglianza epidemiologica da parte dei Servizi di Prevenzione delle ASL dovrebbe permettere una stima più affidabile della diffusione delle malattie professionali e la programmazione di specifici e adeguati interventi di prevenzione. Non vanno peraltro trascurate da parte dei suddetti Servizi attività di ricerca attiva delle malattie professionali, la cui efficacia è dimostrata dalle indagini di Ragusa sulle intossicazioni da prodotti fitosanitari.

Analoghe problematiche possono anche essere riscontrate nel comparto delle costruzioni e in riferimento alle nuove tipologie di lavoro flessibile.

Le difficoltà trovano una prima spiegazione se si considera il cambiamento del profilo dei quadri patologici registrato negli ultimi decenni. Si è passati dalle tradizionali malattie professionali monocausali a malattie di minor specificità nosografica, per le quali si prospetta la possibilità o la probabilità dell'origine professionale, e per le quali si parla di correlazione al lavoro. Sono esempi di patologie appartenenti a quest'ultima classe le dermatosi e malattie respiratorie su base allergica, le patologie muscolo scheletriche da sforzo, le patologie psichiche da fattori psicosociali e stress, le neoplasie, etc.

Nell'ambito delle patologie correlate sono inoltre sempre più considerati, anche ai fini dell'eziopatogenesi, i fattori individuali: genere, età lavorativa, handicap, altri fattori⁽¹⁰⁾.

Dalla lettura dei dati INAIL emerge invece come dall'inizio degli anni 2000 l'andamento delle denunce di malattie professionali all'INAIL si sia mantenuto praticamente stabile attorno ai 25-

⁽¹⁰⁾ Nella relazione tecnica allegata al DM aprile 2004 si legge: "La Commissione, procedendo per la prima volta a tale elaborazione e revisione, ha ritenuto che, in base alle attuali conoscenze, l'assoluta certezza di origine non può più essere attribuita ad alcuna malattia professionale per il cambiamento delle esposizioni lavorative e per le interazioni tra causa morbigena e suscettibilità individuale, tanto che ormai si preferisce parlare di matrice causale (combinazione di multifattorialità e diversa sensibilità individuale).

26.000 casi annui, senza variazioni quantitative significative fino al 2007, quando sembra essere iniziata un'inversione di tendenza con una discreta "risalita", che nel 2008-2009 ha portato fino a quasi 30.000 denunce.

Da notare che l'entità del fenomeno rimane assolutamente diversificata tra Industria- Servizi ed Agricoltura: in quest'ultima sembra, come già evidenziato, che l'evento malattia professionale sia assolutamente contenuto.

Il quadro che tuttora "resiste" al primo posto (tra malattie tabellate e non) è l'ipoacusia, che - pur se in costante decremento - rimane attorno ai 5.000-6.000 casi (meno di $\frac{1}{4}$ del totale dei denunciati).

In evidente aumento sono invece le denunce di malattie dell'apparato muscolo-scheletrico (tendiniti, patologie del rachide, artrosi, sindromi del tunnel carpale), che - se considerate nel complesso e non come singoli quadri nosologici - risultano decisamente al primo posto (quasi 10.000 casi negli anni 2007-2008), in linea con l'andamento internazionale.

Permangono naturalmente in posizione di rilievo le patologie respiratorie, pur se in progressivo decremento soprattutto per la diminuzione delle pneumoconiosi (in particolare le silicosi mentre le asbestosi sono ancora in lieve crescita).

Stanno diventando un po' meno "misteriose" le patologie della psiche (negli ultimi anni vengono denunciate annualmente varie centinaia di "disturbi psichici lavoro-correlati", prevalentemente imputati a "mobbing").

Nel 10-12% dei casi di malattia professionale riconosciuti dall'INAIL si verificano decessi attribuibili a conseguenza delle stesse.

In Italia, secondo i dati disponibili, ad ogni decesso per infortunio corrisponde circa un decesso per malattia professionale. In realtà, secondo molta bibliografia, ad ogni decesso per infortunio dovrebbero corrispondere tra i 2 e i 4 decessi per malattia dovuta al lavoro. Anche questa considerazione concorre a rappresentare la presumibile sommersione del fenomeno delle patologie da lavoro e delle loro conseguenze.

5. I Servizi di prevenzione delle ASL e le malattie correlate al lavoro

A partire dall'anno 2007, sulla spinta del Patto per la salute nei luoghi di lavoro (D.P.C.M 17.12.2007) che prevedeva il raggiungimento di obiettivi quantitativi rispetto alla vigilanza negli ambienti di lavoro, le Regioni hanno lavorato alla costruzione di un sistema di rilevazione dell'assetto organizzativo e produttivo dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro delle ASL omogeneo sul territorio nazionale, in modo da consentire il confronto fra i diversi ambiti territoriali.

Il progetto, finanziato dal Ministero della Salute attraverso il CCM, ha visto la stretta collaborazione fra le Regioni e l'Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro, che ha tuttora funzione di tecnostuttura di supporto. L'obiettivo del progetto è quello di fornire un quadro dettagliato delle attività dei Servizi, uniformando il sistema di raccolta delle informazioni, per valutare gli obiettivi raggiunti, in particolare quelli del Patto per la salute e quelli indicati nei Livelli Essenziali di Assistenza, nonché per evidenziare eventuali margini di miglioramento.

La messa a punto di questo sistema informatizzato, implementato da ciascuna Regione e P.A. con i propri dati, ha consentito di avere la disponibilità di dati di attività riferiti al 2008 stabili, mentre è in fase di completamento l'elaborazione dei dati 2009.

Attualmente tutte le Regioni e tutti i 184 Servizi di Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro partecipano alla rilevazione. Il percorso non è però concluso; si sta infatti lavorando per produrre degli indicatori che possano supportare i processi di miglioramento delle performance e della qualità degli interventi ed essere utilizzati come indicatori LEA. Inoltre si sta implementando il sistema nell'ottica di superare alcune criticità: l'attuale sistema informativo riesce a rappresentare in maniera abbastanza esaustiva le attività di vigilanza dei Servizi, ma non è però altrettanto adeguato nell'evidenziare le altre attività di prevenzione, ad esempio quelle di formazione, informazione e di assistenza, che costituiscono una parte assolutamente non trascurabile dei compiti dei Servizi. Di queste attività, seppure di difficile registrazione sono però visibili le "tracce" (materiali, documenti, incontri, seminari, corsi, convegni ecc.) e gli "effetti", dimostrati dalla rete di rapporti, a tutti i livelli, tra organi di vigilanza e attori della prevenzione.

I dati relativi all'assetto organizzativo dell'anno 2008 evidenziano che:

- presso tutte le Regioni sono istituiti i Dipartimenti di Prevenzione, all'interno dei quali sono collocati i 184 Servizi PSAL;
- gli operatori che lavorano nei Servizi PSAL in tutto il Paese sono diventati nel corso del 2008 all'incirca 5.000 e di questi circa 3.000 hanno la qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria.

La distribuzione del personale tra le diverse qualifiche professionali è illustrata nella Tabella 1, che evidenzia un incremento del numero di operatori nel 2008, dovuto sostanzialmente all'assunzione, da parte di alcune Regioni, di tecnici della prevenzione.

Tabella 1 Distribuzione del personale dei Servizi PSAL per qualifica professionale, confronto anni 2007- 2008

Profilo professionale	N. personale		N. personale a tempo indeterminato		N. personale con qualifica di UPG	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Medico	819	940	774	879	509	610
Ingegnere	144	177	127	162	99	125
Biologo	28	29	25	27	16	16
Fisico	4	4	4	4	4	4
Chimico	71	70	68	68	46	50
Tecnico della prevenzione (laureato e non)	2059	2.768	2.018	2.691	1.849	2074
Altro personale tecnico diplomato (es. assistente tecnico, operatore tecnico)	84	117	83	108	12	28,57
Assistente sanitario/infermiere professionale (laureato e non)	391	404	388	387	117	41
Altro personale laureato	13	24	9	19	3	5
Amministrativo (laureato e non)	490	529	464	498	2	0
Totale	4106	5060	3960	4841	2658	2956

La ripartizione degli operatori dei Servizi PSAL è in realtà fortemente disomogenea nelle varie aree geografiche, per cui a fronte di Regioni che mantengono un buon rapporto tra il numero degli operatori e quello delle unità locali attive presenti sul territorio, ve ne sono molte altre nelle quali il suddetto rapporto diventa particolarmente sfavorevole.

Altro elemento di criticità è rappresentato dalla scarsa presenza di figure professionali di discipline differenti rispetto a quella del medico e del tecnico della prevenzione, pur in Servizi che dovrebbero trovare nella multidisciplinarietà delle equipe il loro punto di forza. Sono infatti fortemente carenti nei Servizi PSAL, quando non del tutto assenti, ingegneri, chimici, biologi, ergonomi, fisici, ecc.

Occorre segnalare come, in presenza di risorse umane sottodimensionate rispetto agli impegnativi obiettivi di prevenzione concordati in Conferenza Stato Regioni e ribaditi nel già citato “Patto per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro”, si renda necessario attivare percorsi di programmazione che, fondandosi sui flussi informativi attualmente disponibili, puntino alla definizione trasparente e condivisa delle priorità di intervento, prevedendo attività che rispettino i canoni di qualità, efficienza ed efficacia e definendo a priori gli strumenti e gli indicatori di valutazione. In tale direzione le Regioni stanno già lavorando, elaborando un documento che, partendo dagli interventi ispettivi per la prevenzione degli infortuni, punti anche a strutturarsi sul tema inquadrabile con maggiore difficoltà delle malattie professionali.

Di fondo si registra comunque un impegno maggiore dei Servizi PSAL sulla prevenzione degli infortuni che rappresentano rischi a maggiore impatto emotivo e mediatico. Gli infortuni mortali, soprattutto quando plurimi, richiamano sempre più l'attenzione sociale e determinano interventi solitamente rapidi (anche perché rispondono ad eventi caratterizzati dalla velocità di accadimento). Per loro natura, le malattie correlate al lavoro si caratterizzano per i tempi di latenza che in alcuni casi possono essere anche molto lunghi (su tutti, si pensi ai 15-20 anni di latenza dei mesoteliomi), di modo che un intervento preventivo in questo ambito richiede una programmazione di ampio respiro, i cui effetti si possono osservare anche a distanza di molto tempo. La necessità di fornire dati e di ottenere risultati tangibili in tempi più veloci, impone pertanto talvolta ai Servizi PSAL di trascurare, tranne che nei casi più eclatanti, interventi in ambiti fondamentali quali l'igiene del lavoro e la prevenzione delle malattie da lavoro.

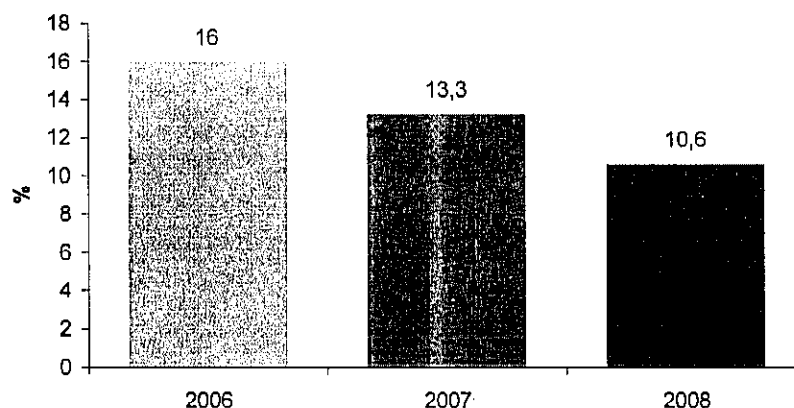
L'attività svolta dai Servizi PSAL delle Regioni e Province Autonome nel corso del 2008 è sintetizzata nella Tabella 2. I dati di seguito riportati sono quelli definitivi in quanto validati alla fine del 2009 dal sistema dei referenti regionali.

Tabella 2 Sintesi dell'attività svolta dai Servizi PSAL. Confronto anni 2007 – 2008

	2007 N°	2008 N°
N. sopralluoghi eseguiti	173.752	214.070
N. aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione	110.893	130.305
N. di violazioni rilevate	71.149	69.039
N. provvedimenti di ordine amministrativo e penale	54.442	59.626
N. complessivo di cantieri edili ispezionati	41.457	51.913
N. di cantieri edili non a norma	16.547	22.999
N. inchieste infortuni concluse	21.573	21.682
N. inchieste malattie professionali concluse	8.603	10.417
N. aziende in cui è stato controllato il protocollo di sorveglianza sanitaria e/o le cartelle sanitarie	37.448	31.081
N. aziende/ cantieri controllati con indagini di igiene industriale	3.552	3.658
N. interventi di informazione e assistenza	18.675	15.492
N. ore di formazione	32.203	40.070
N. persone formate	79.035	100.856

Le inchieste sulle malattie professionali sono state 10.417 con una percentuale di quelle concluse con violazione del 10,6% in calo rispetto al 2007 quando era del 13 % (Figura 1).

Figura 1 Percentuale di inchieste per malattia professionale concluse con il riscontro di violazione, anni 2006/2007/2008



Dai dati della rilevazione dell'attività dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro emerge il perdurare di una significativa disomogeneità fra le diverse Regioni, sia nel numero di malattie professionali oggetto di indagine che di quelle che si sono concluse con il riscontro di violazioni.

È quindi importante dare nuovo slancio a questo filone di intervento, non solo con l'obiettivo di far emergere le patologie lavoro-correlate, ma anche sul versante più strettamente preventivo, al fine di valutare e ridurre i rischi per la salute presenti negli ambienti di lavoro (cancerogeni e agenti chimici, rischi ergonomici, rumore, vibrazioni etc.). In questa direzione vi è la necessità di riavviare una attività di formazione degli operatori dei Servizi PSAL sui temi dell'igiene del lavoro, da rivolgere sia ai medici del lavoro, che ai tecnici delle prevenzione, agli assistenti sanitari e agli infermieri.

Pari importanza assume peraltro anche la formazione rivolta alle figure della sicurezza aziendale (datori di lavoro, RSPP, RLS e medico competente) e ai lavoratori, in un'ottica preventiva che non sia rivolta unicamente agli infortuni ma anche alle malattie correlate al lavoro. In tale direzione procedono i dati di attività sopra riportati, che vedono un incremento pari a circa il 25% delle ore di formazione svolte dagli operatori PSAL (da 32.203 nel 2008 a 40.070 nel 2009) e pari a circa il 27% nel numero di persone formate (da 79.035 a 100.856 nello stesso periodo).

6. IL SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE PREVENZIONE

Non meno importante è l'istituzione del Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP), il quale ha lo scopo di fornire dati utili per orientare, programmare, pianificare e valutare l'efficacia della attività di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, relativamente ai lavoratori iscritti e non iscritti agli enti assicurativi pubblici, e per indirizzare le attività di vigilanza, attraverso l'utilizzo integrato delle informazioni disponibili negli attuali sistemi informativi, anche tramite l'integrazione di specifici archivi e la creazione di banche dati unificate.

Il 25 luglio 2002 è stato sottoscritto un protocollo di intesa tra INAIL, ISPESL e Regioni finalizzato alla messa a punto di un sistema di flussi informativi che, partendo dalle banche dati disponibili presso i due Istituti centrali, consentisse di perseguire due fondamentali obiettivi:

- contribuire con dati utili, analitici e di sintesi, ed arricchire le informazioni in possesso dei Servizi PSAL delle ASL e delle relative Regioni;
- monitorare - grazie ai ritorni dai Servizi e dalle Regioni - la completezza e l'aggiornamento delle informazioni e l'aderenza delle stesse alla realtà.

La base di dati, inviata annualmente - a partire dal 2002 - alle Regioni ed ai Servizi di prevenzione e sicurezza del lavoro delle Aziende USL, contiene:

- gli archivi anagrafici di aziende e unità produttive (integrati tra INAIL ed ISPESL);
- gli archivi degli eventi (infortuni e malattie professionali, tabellate e non) denunciati e definiti, aggiornati all'anno precedente a quello dell'invio, con indicazioni anagrafiche identificative dei lavoratori interessati e delle aziende in cui gli eventi sono avvenuti.

Questo flusso informativo, che si è progressivamente sviluppato con l'adesione recente anche di Ministero del Lavoro, Ministero della Salute e IPSEMA e con la predisposizione di un applicativo web che consente l'aggiornamento on-line e la messa a disposizione di aggiornamenti più rapidi, ha costituito il nucleo originario di un tavolo SINP delle Regioni.

Ricordiamo che risale all'agosto 2007 la sottoscrizione di un Protocollo d'intesa sul Sistema Informativo nazionale integrato per la prevenzione nei luoghi di lavoro tra Ministero della salute e Ministero del lavoro, Regioni e Province autonome, ISPESL, INAIL e IPSEMA e individuato tra le tematiche di "particolare rilevanza" per il Servizio Sanitario Nazionale dal "Patto per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro".

Tutti i soggetti coinvolti nel progetto, consapevoli che concrete politiche di intervento nel campo della salute e sicurezza del lavoro devono passare necessariamente attraverso una approfondita

conoscenza del contesto in cui si opera, si impegnavano a realizzare un programma di collaborazione articolato in osservatori regionali e provinciali per la realizzazione di piani di informazione, diffusione delle conoscenze, assistenza e formazione.

In coerenza con il percorso sopra descritto, l'art. 8 del D. Lgs. n. 81 del 2008 prevede la realizzazione del Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro costituito dai Ministeri del lavoro, della salute e dell' Interno, dalle Regioni e Province autonome, dall'INAIL, dall'IPSEMA e dall'ISPESL, con il contributo del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL).

Al suo sviluppo concorreranno gli organismi paritetici e gli istituti di settore a carattere scientifico, ivi compresi quelli che si occupano della salute delle donne. L'INAIL dovrà garantire la gestione tecnica ed informatica del SINP e, a tal fine, sarà titolare del trattamento dei dati. Le parti sociali parteciperanno al SINP attraverso la periodica consultazione in ordine ai flussi informativi, i cui contenuti devono riguardare almeno: il quadro produttivo ed occupazionale; il quadro dei rischi; il quadro di salute e sicurezza dei lavoratori; il quadro degli interventi di prevenzione delle istituzioni preposte; il quadro degli interventi di vigilanza delle istituzioni preposte.

In attesa che venga emanato il decreto previsto dal c. 4 dell'art. 8 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. le Regioni hanno pertanto cominciato ad analizzare in maniera integrata i differenti flussi informativi che rappresentano un impegno costante dei Servizi PSAL, aggiuntivo rispetto ai debiti istituzionali delle attività i cui dati sono stati sopra riportati. Alla presenza di rappresentanti dell'INAIL e dell'ISPESL, confluiscono in questo tavolo i contributi derivanti dai seguenti flussi informativi:

- ✓ **NUOVI FLUSSI INFORMATIVI:** rappresentano la versione aggiornata dell'originario nucleo derivante dal protocollo sottoscritto nel 2002. Attualmente questi dati rappresentano un formidabile strumento di analisi e di programmazione, anche se non si deve dimenticare che descrive unicamente i dati noti agli Enti assicuratori (INAIL e, in minore misura, IPSEMA) mentre non si è in condizione di quantificare l'entità attuale della sottodenuncia. I dati presenti in questo strumento non tengono inoltre conto degli eventi infortunistici cosiddetti in franchigia, quelli cioè che comportano un'assenza dal lavoro non superiore ai tre giorni per i quali a tutt'oggi non vige obbligo di denuncia. Valuteremo tra qualche mese gli sviluppi di quanto previsto dall'art. 18 del combinato disposto D.Lgs. 81/2008-106/2009 (quando sarà attivo), che prevede l'obbligo per il datore di lavoro di comunicare all'Ente assicuratore "I dati relativi agli infortuni sul lavoro che comportino un'assenza dal lavoro di almeno un giorno, escluso quello dell'evento e, a fini assicurativi, le

informazioni relative agli infortuni sul lavoro che comportino un'assenza dal lavoro superiore a tre giorni".

Occorre inoltre rammentare che questi dati non consentono valutazioni in merito alla parte di lavoratori che non rientrano nella tutela assicurativa, ossia circa 5 milioni di lavoratori regolari ma non assicurati, e ancor più tutti coloro che lavorano "sommersi" (la stima attuale si aggira attorno ad almeno 3,5 milioni).

Segnalando come i dati disponibili siano inoltre sicuramente carenti per quanto concerne le malattie correlate al lavoro (caratterizzate da un fenomeno di sottodenuncia ben più significativo rispetto agli eventi infortunistici) e come vi siano ampi comparti di attività (basti pensare all'agricoltura) o zone geografiche maggiormente carenti, non va dimenticato che gli effetti del lavoro sulle persone non sono misurabili solo con il pur rilevante monitoraggio dell'andamento degli infortuni (per frequenza e gravità) e delle patologie. Esistono infatti situazioni di disagio o di modificazioni nello stato di salute psico-fisico che non assumono manifestazioni inquadrabili in patologie definite, pur rappresentando situazioni talvolta strettamente correlate al lavoro. Vari studi internazionali o anche nazionali stanno tentando di individuare criteri di valutazione utilizzabili in questa direzione, anche se per ora non vi sono risultati univoci e diffusibili (vedasi ad esempio l'utilizzo dell'indicatore Daly, che misura gli "anni di vita persi").

- ✓ **SORVEGLIANZA DEGLI INFORTUNI MORTALI E GRAVI** (progetto Regioni – ISPESL – INAIL): avviato in forma sperimentale a partire dal 2002, questo flusso informativo si fonda sul modello di analisi degli eventi infortunistici utilizzando il modello "Sbagliando si impara" che rientra tra i modelli sistemici multifattoriali e multiassiali ad albero. L'analisi degli eventi infortunistici secondo un modello omogeneo e condiviso consente di individuare il ripetersi di agenti causali e di definire le più opportune strategie preventive.
- ✓ **SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE PROFESSIONALI (MalProf)**: utilizzando uno schema operativo concettualmente sovrapponibile a quello relativo agli infortuni mortali e gravi, questo progetto, realizzato in collaborazione tra Regioni e Ispesl (e sostenuto dal Ministero della Salute a partire dal 2007, il cui impegno è stato confermato nello stesso anno anche dal Patto per la Tutela della Salute sottoscritto da Governo, Regioni e Province autonome), partendo dai casi di cui i Servizi ASL siano venuti a conoscenza, tende a giungere all'assegnazione di un nesso di causalità tra la storia lavorativa e la patologia

riscontrata (distinto in molto probabile, probabile, improbabile o molto improbabile) in funzione della qualità e completezza delle informazioni disponibili e della qualità della diagnosi (valutata in relazione al *Gold standard* riscontrabile in letteratura).

Sul piano della valorizzazione delle attività svolte dai Servizi di prevenzione delle ASL, ovvero nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, il sistema MalProf costituisce occasione non solo per la raccolta di dati utili ai fini del SINP ma anche di aggiornamento professionale e di confronto per chi lavora nei Servizi stessi: per la gestione del sistema informativo sulle Malattie Professionali si sono tenuti ad oggi 14 corsi accreditati ECM per circa 400 operatori dei Servizi delle ASL.

Le principali fonti informative per le ASL, e, per il tramite di queste, per le Regioni, derivano da due obblighi di segnalazione previsti dalla normativa nazionale, entrambi in capo ai medici⁽¹¹⁾:

1. L'art. 139 del D.P.R. 1124/65 stabilisce, come modificato dalle disposizioni contenute nell'art. 10 del D.Lgs. n.38/2000, che ogni medico, di fronte ad una patologia elencata nel Decreto 14 Gennaio 2008 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali⁽¹²⁾, ammessa anche solo la possibilità che vi sia un rapporto tra la malattia e l'attività lavorativa del paziente esaminato, deve provvedere a compilare una denuncia⁽¹³⁾. Questa viene inviata al Dipartimento di Prevenzione – Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti Lavoro della ASL, all'INAIL ed alla Direzione Provinciale del Lavoro ed ha finalità prevalentemente preventiva e epidemiologica. L'omissione è, in ogni modo, penalmente perseguita. Al riguardo un elemento di criticità è costituito dal fatto che in diverse Regioni le segnalazioni ex art. 139 vengono trasmesse all'Inail e alla Direzioni Provinciali del Lavoro e non ai Servizi PSAL delle ASL (in virtù di una disomogenea interpretazione dell'art. 10 del D.Lgs. n. 38/2000 in combinato disposto con l'art. 21 della L. 23 dicembre 1978 n. 833), con ciò determinando l'interruzione di un fondamentale flusso di informazioni ai fini della programmazione delle politiche di prevenzione.
2. Il referto, previsto dall'art. 365 del Codice Penale, è invece la comunicazione che il medico deve inoltrare all'Autorità Giudiziaria o alla Polizia Giudiziaria (in questo senso si

⁽¹¹⁾ Non si commenta qui il terzo obbligo di segnalazione con destinatario unicamente l'INAIL. Si tratta dell'obbligo di redigere il certificato medico di cui all'art. 53 del D.P.R. 1124/65 tenuto anche conto di quanto espresso all'articolo 22 del Codice di Deontologia Medica. Da queste notizie l'INAIL ricava le statistiche annuali sull'andamento delle malattie professionali in Italia.

⁽¹²⁾ Il Decreto è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 S.O. N. 68 del 22-3-2008 con il titolo "Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del Testo Unico, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni".

⁽¹³⁾ Per denuncia s'intende l'atto con il quale un sanitario informa una pubblica autorità relativamente a fatti, notizie appresi nell'esercizio della professione, cui è obbligato per legge.

fa diffusamente riferimento ai Servizi di prevenzione delle ASL) per i casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, vale a dire per i delitti di omicidio colposo (art. 589 C.P.) e di lesioni personali colpose (art. 590 C.P.) gravi o gravissime, come definite all'art. 583 C.P.

Questa segnalazione avvia, da parte dei medici del lavoro dei Servizi di Prevenzione delle ASL, in buona percentuale dei casi Ufficiali di Polizia Giudiziaria, la procedura per il riconoscimento di eventuali responsabilità penali ascrivibili ai soggetti titolari di obblighi per la sicurezza e per l'igiene del lavoro nell'insorgenza o nell'aggravamento della patologia professionale.

Questa modalità di acquisizione delle segnalazioni risente ovviamente della disponibilità dei medici certificatori a rispettare gli adempimenti normativi. Di fatto il fenomeno della sottonotifica, ampiamente conosciuto e discusso, limita di molto le potenzialità di questo flusso di informazioni. Si rende pertanto necessario attivare progetti di ricerca attiva⁽¹⁴⁾ delle malattie professionali e lavoro correlate⁽¹⁵⁾, definiti in funzione di specifiche realtà territoriali o in relazione alle patologie attese per definite tipologie di rischio. Tali segnalazioni consentono l'individuazione di cluster di patologie con riferimento ad un territorio o ad una stessa azienda ed il riconoscimento di nuove malattie occupazionali.

Sono in tal senso diffuse sul territorio nazionale diverse valide esperienze, oggetto di approfondimento e di pubblicazioni scientifiche, i cui risultati hanno consentito la programmazione di importanti interventi preventivi. A titolo di esempio si cita il progetto OCCAM, diffuso in diverse Regioni italiane e inserito anche tra le linee strategiche delineate dal DPCM 17 Dicembre 2007 (Esecuzione dell'accordo del 1° agosto 2007, recante: "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro") che, incrociando i dati delle Schede di dimissione ospedaliera dei pazienti neoplastici con i dati disponibili negli archivi INPS consente di risalire alle storie lavorative di ciascun soggetto e quindi alle potenziali esposizioni ad agenti cancerogeni negli ambienti di lavoro. Questo progetto sta ora sviluppandosi lungo le direttrici dei tumori a bassa frazione eziologica da possibili esposizioni lavorative. In entrambi questi casi si possono incontrare difficoltà operative in quanto le Schede di Dimissione Ospedaliera non sono attualmente strutturate

⁽¹⁴⁾ Le iniziative di ricerca attiva consistono nello stimolare l'invio, da parte dei sanitari del territorio di riferimento, di notizie - segnalazioni di malattie correlate al lavoro, sulla base di liste di patologie ritenute d'interesse dei SERVIZI DI PREVENZIONE DELLE ASL. Si attiva in tal modo un flusso informativo capace di raccogliere la più grande ricchezza possibile di informazioni sulle condizioni di salute nei posti di lavoro. Tali informazioni vengono poi utilizzate per conoscere la frequenza delle singole malattie per azienda e per selezionare i casi in cui è opportuno o necessario effettuare indagini per accertare se esistono condizioni pregiudizievoli per la salute dei lavoratori al fine di modificarle.

⁽¹⁵⁾ La categoria "Work Related Diseases" è stata definita dalla OMS nel 1985 e contiene tutte quelle patologie plurifattoriali che dipendono dagli ambienti di lavoro, dagli ambienti di vita, dagli stili di vita e da fattori genetici.

per essere utilizzate a tale scopo. Ad esempio, molto spesso i dati anamnestici rilevati nelle strutture ospedaliere non sono completi dal punto di vista dell'anamnesi lavorativa. Questo può determinare che un'eventuale ricerca attiva da parte degli operatori dei Servizi potrebbe essere utile a recuperare patologie la cui correlazione con l'esposizione lavorativa sia nota, ma non consentirebbe l'emersione di situazioni patologiche e di correlazioni con l'attività lavorativa attualmente non ben codificati.

Altri interessanti esempi di interventi di ricerca attiva sono:

- quello realizzato dalle ASL delle Regioni Puglia e Basilicata in collaborazione con l'INAIL e le parti sociali relativo alla ricerca delle "Patologie da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori negli addetti del comparto del mobile imbottito" e di possibili soluzioni tecniche per la loro prevenzione;
- il documento di sintesi pubblicato da ISPESL e Regione Umbria nel maggio 2007 dal titolo "Analisi delle cause di infortuni e di malattie professionali per i lavoratori operanti nei cantieri stradali ed autostradali temporanei e mobili e realizzazione di linee guida tecnico organizzative per la tutela della salute e sicurezza degli addetti".

Attività mirate alla riduzione delle malattie professionali sono inoltre assicurate dalle Regioni in quanto contenute nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) e nell'ambito della fornitura delle prestazioni previste nei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA).

I Piani Sanitari Regionali comprendono solitamente iniziative specifiche rivolte all'individuazione e alla prevenzione delle malattie professionali.

Esistono inoltre iniziative di singole ASL calate sulla specifica realtà territoriale.

La ricerca attiva è quindi da ritenersi uno strumento fondamentale per l'emersione delle patologie correlate al lavoro e lo sviluppo di questi progetti non potrà che determinare nel breve periodo un incremento delle denunce di malattia professionale.

Il progetto MalProf mira pertanto a costruire un sistema di sorveglianza delle malattie professionali che, libero dai meccanismi valutativi legati alla tutela assicurativa, evidenzii tempestivamente i rischi lavorativi per attivare efficaci interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro. Nell'ottica del costituendo SINP, il sistema MalProf potrà quindi fornire un quadro più rappresentativo sul fenomeno delle malattie professionali in un'analisi congiunta ed integrata con le notizie desumibili da altre fonti, a partire dagli archivi assicurativi.

Il progetto MalProf ha preso avvio in forma sperimentale unicamente in due Regioni, la Lombardia a partire dall'anno 1999 e la Toscana dal 2000. Tali Regioni comprendono da sole circa il 25% degli occupati in Italia e costituiscono già un discreto osservatorio per i

rischi inerenti le condizioni di salute dei lavoratori. Negli anni successivi, si sono progressivamente aggiunte altre Regioni, come è testimoniato dal fatto che nel corso degli ultimi otto anni sono stati pubblicati due primi Rapporti biennali con dati di Lombardia e Toscana, seguiti da un terzo Rapporto allargato ai dati, anche se non del tutto omogenei con il modello di raccolta MalProf, di altre 4 Regioni (Emilia Romagna, Liguria, Piemonte e Veneto) e da un quarto Rapporto, pubblicato nel 2009, con il contributo di altre 6 regioni (Campania, Lazio, Marche, Puglia, Sicilia, Umbria, Valle D'Aosta), quindi con informazioni provenienti in complesso dai Servizi di Prevenzione di 13 Regioni.

Al momento attuale, è in corso di preparazione il quinto Rapporto che, oltre ad un ulteriore allargamento nella partecipazione delle Regioni (Friuli Venezia Giulia), segna la maggiore operatività secondo il modello MalProf da parte delle Regioni che hanno aderito al progetto. Oltre ai contributi finora espressi da 14 tra Regioni e Province Autonome, in previsione di un loro ingresso operativo partecipano ai lavori del Sistema anche referenti delle Regioni Abruzzo, Calabria e Sardegna. Si sta pertanto assistendo ad un progressivo incremento del numero delle Regioni che aderiscono al progetto. Vi sono peraltro alcune Regioni ancora restie ad aderire pienamente al progetto, in primo luogo a causa dell'impegno di tempo richiesto per l'inserimento dei casi nel software gestionale a fronte della già citata esiguità delle risorse e dei numerosi impegni istituzionali che gravano sugli operatori.

È opportuno inoltre sottolineare come le Regioni già dotate di un proprio sistema informativo abbiano manifestato qualche difficoltà nel fare dialogare il proprio software con quello dell'Ispesl. Al contrario, per quelle Regioni non ancora dotate di sistema informativo, il software Ispesl potrebbe rappresentare un utile strumento gestionale per i servizi. Occorre comunque ricercare ogni vantaggioso strumento per facilitare il linkage delle differenti banche dati.

È necessario rammentare che i dati prodotti dalle fonti commentate sono solo parzialmente capaci di descrivere e interpretare il reale fenomeno delle malattie professionali.

I problemi alla base di questa incapacità, connessi con le attività di raccolta dei dati, sono stati a lungo esaminati ed affrontati in varie sedi scientifiche e contesti organizzativi e risultano correggibili realizzando azioni nelle due seguenti direzioni:

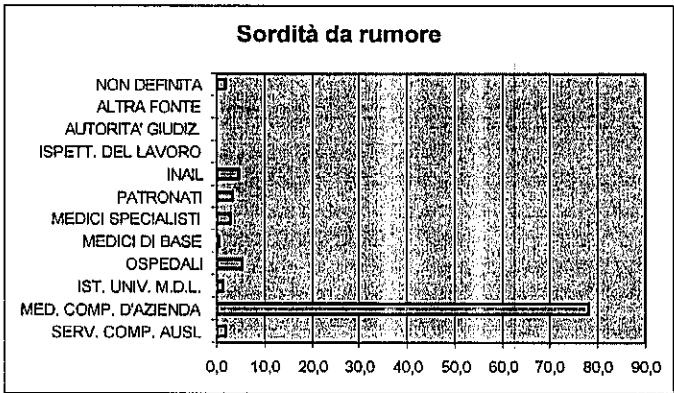
- elevare la quantità delle segnalazioni, giudicate sotto rappresentate;
- elevare la loro qualità, sotto il profilo della diagnosi clinica ed eziologica, giudicata, in una parte rilevante di casi, insufficiente.

Problemi di sottonotifica si sono inoltre rilevati, come già più sopra evidenziato, anche dall'analisi dei confronti, laddove realizzati, tra i vari sistemi di registrazione delle malattie professionali⁽¹⁶⁾.

L'esiguità del numero di denunce che pervengono ai Servizi di Prevenzione delle ASL e a INAIL è peraltro la più importante criticità rilevata nella relazione tecnica predisposta dalla Commissione scientifica che ha redatto il DM 27 aprile 2004 citato, alla base degli obiettivi ⁽¹⁷⁾ prospettati nella definizione di questo testo e nel mandato contenuto dell'art. 10 del D.Lgs. 38/2000.

Per quanto attiene l'analisi dei dati, quelli maggiormente consolidati, il cui studio è garanzia di maggiore affidabilità, sono quelli delle Regioni che hanno da tempo stabilizzato questo flusso informativo (Lombardia e Toscana). Tra i vari dati particolarmente interessanti pubblicati sui report dell'Ispesl, sottolineiamo quelli relativi alle fonti delle segnalazioni pervenute alle ASL (dati 1999-2006 - valori %), per quanto attiene le ipoacusie (Figura 2):

Figura 2 – Fonti segnalazioni ipoacusie da lavoro – Regioni Lombardia e Toscana – Anni 1999 – 2006 – Valori % - Progetto MalProf



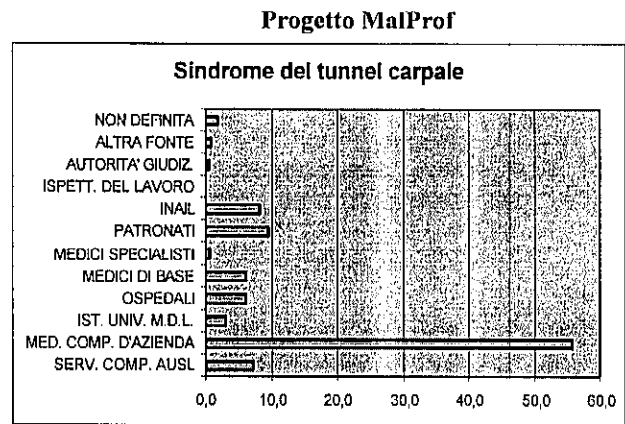
⁽¹⁶⁾ Si veda ad esempio il confronto realizzato in Lombardia tra il rapporto regionale del Progetto MAL. PROF. 2004 e la Banca dati INAIL. Relativamente al triennio 2000-2002, le denunce registrate nell'archivio regionale sono 13.058, mentre nell'archivio INAIL sono 9.694, con una differenza di 3.364 casi. I casi comuni nei due archivi sono solo 4.920, corrispondente al 51% dei casi registrati nell'archivio INAIL e al 38% di quelli registrati dalle ASL.

⁽¹⁷⁾ La relazione indicava i seguenti obiettivi:

- aggiornare l'elenco delle malattie professionali con la finalità di registrare e monitorare le segnalazioni di varia provenienza (Istituti Universitari e di ricerca, ASL, medici di base, ecc.) ai fini di non disperdere dati utili per il confronto e i necessari approfondimenti di ordine scientifico ed epidemiologico";
- Individuare le malattie correlate al lavoro per migliorare le conoscenze finalizzate alla prevenzione delle stesse.

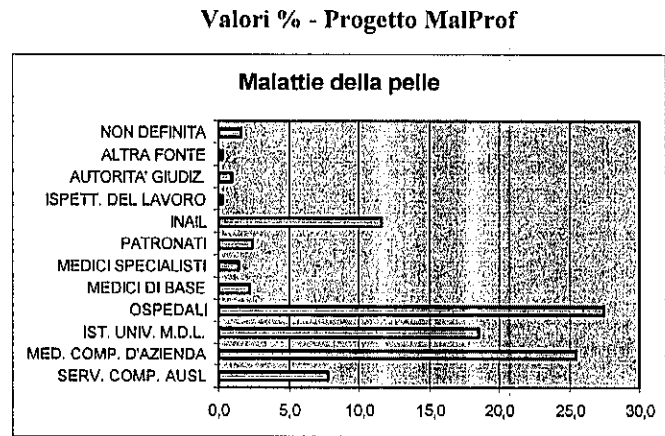
le sindromi del tunnel carpale (Figura 3):

Figura 3 – Fonti segnalazioni STC – Regioni Lombardia e Toscana – Anni 1999 – 2006 – Valori % -



e le malattie cutanee (Figura 4):

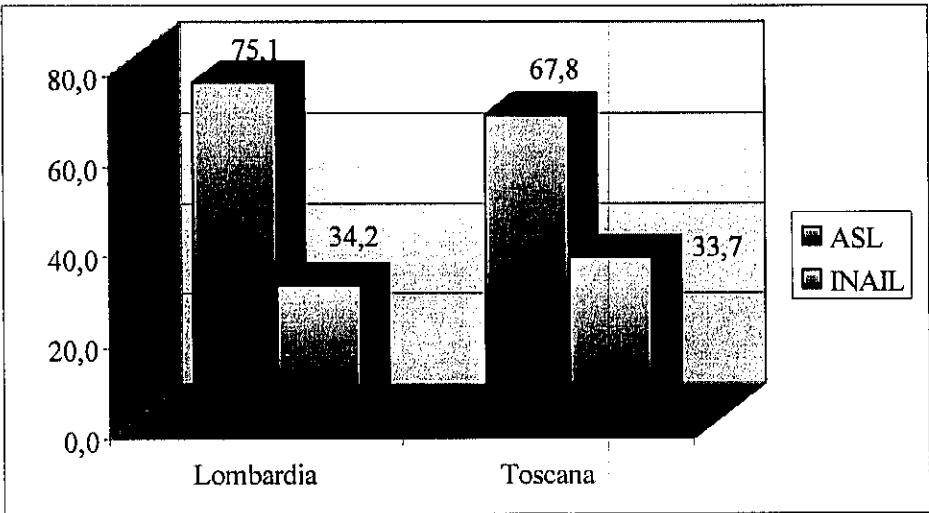
Figura 4 – Fonti segnalazioni malattie cutanee – Regioni Lombardia e Toscana – Anni 1999 – 2006 –



Nei tre grafici si nota la grande prevalenza di segnalazioni giunte dai medici competenti (come era logico attendersi), con un contributo sempre molto contenuto dei medici di medicina generale. Significativo è l'incremento delle segnalazioni provenienti dai reparti ospedalieri e dagli Istituti universitari di medicina del lavoro (solitamente poco rappresentati) per quanto attiene le patologie cutanee.

Il differente approccio dei due sistemi di analisi (quello di tipo assicurativo e quello di tipo preventivo) emerge confrontando le percentuali, per territori omogenei, di nessi positivi (molto probabile e probabile) assegnati dagli operatori dei Servizi PSAL in ambito MalProf in Lombardia e Toscana nel periodo 2000 – 2006 con le malattie professionali riconosciute dall'INAIL nella gestione industria e servizi, comprese le malattie professionali non indennizzate con grado 1,5% (Figura 5).

Figura 5 – Percentuali di malattie professionali riconosciute dall’Inail e nesi positivi progetto MalProf – Lombardia e Toscana – anni 2000 - 2006



Risulta evidente come il sistema MalProf punti a una maggiore sensibilità, rispetto alla maggiore specificità del sistema assicurativo, assicurando così una tipologia di dati che (incrociata con quelli derivanti dagli altri flussi informativi) consente più facilmente di individuare cluster di patologie che richiedano specifici interventi preventivi ed eventuali eventi sentinella.

Interessante risulta anche il confronto tra nesi positivi MalProf e riconoscimenti Inail per i disturbi psichici da costrittività organizzativa e malattie stress correlate in Lombardia e in Toscana negli anni 2000-2005 (Figura 6). Anche in questo caso, pur trattandosi di numeri piuttosto contenuti, si può notare come il sistema MalProf sia improntato ad una maggiore sensibilità.

Figura 6 – Disturbi psichici da costrittività organizzativa e malattie stress correlate – Nesi positivi MalProf e riconoscimenti INAIL - Lombardia e Toscana – Anni 2000 – 2005

	Riconosciuti INAIL	NESSI POSITIVI
LOMBARDIA	19	39
TOSCANA	16	10*
% Riconoscimento	11,6	64,1

- ✓ **REGISTRI TUMORI:** le neoplasie di origine professionale risultano essere decisamente in aumento, rispetto al passato non lontano al punto da rappresentare con tutta evidenza una delle questioni più delicate nel campo delle malattie da lavoro. Queste patologie fino all'ultimo decennio del secolo scorso parevano avere un rilievo numerico alquanto poco significativo ed invece in questi anni 2000 sono in considerevole aumento, pur restando tuttora su un'entità probabilmente largamente sottostimata rispetto alle attese. I due fenomeni della latenza (sono patologie che compaiono e si affermano a distanza di decenni dall'esposizione) e della non specificità (i tumori professionali - salvo pochissime eccezioni - non sono distinguibili come caratteristiche da quelli di origine non professionale), unitamente alla prevalente non conoscenza dell'eziopatogenesi che le contraddistingue, hanno fatto sì che il numero di neoplasie primarie, non associate a "classiche" patologie professionali (silicosi ed asbestosi soprattutto), fosse fino agli anni recenti assai ridotto sia come denunce sia conseguentemente come riconoscimenti da parte dell'INAIL.

Com'è noto, secondo molti una parte non irrilevante dei tumori, con percentuali variabili tra il 4 e l'8-10%, dovrebbe essere collegata ai rischi lavorativi, e ciò implica che gli attuali numeri rappresentano evidentemente anch'essi una punta di quell'iceberg che frequentemente ricorre come immagine descrittiva di tutto ciò che riguarda le malattie professionali. Comunque sia, le denunce di neoplasie professionali "viaggiano" negli ultimi 3 anni verso i 2.000 casi l'anno (mentre nei primi anni '90 venivano denunciate poche centinaia di casi ogni anno); tra i casi attuali, la maggior parte riguarda l'apparato respiratorio, con particolare riferimento ai mesoteliomi pleurici ed ai cancro polmonari legati entrambi all'amianto. Proprio su questi casi è sempre più chiaro che, nonostante si tratti di fenomeni ritenuti abbastanza noti anche nel rapporto con le esposizioni lavorative, vi è ancora una non emersione piuttosto rilevante: in alcune regioni si è potuto verificare che il numero di mesoteliomi di cui perviene denuncia all'INAIL è largamente minore (anche del 50%) dei casi risultanti ai Registri regionali (che sono presenti in quasi tutto il paese). Secondo molte stime per almeno ancora 10-15 anni queste patologie, conseguenti all'esposizione ad amianto degli anni 50-80, resteranno sui numeri attuali se non superiori.

Stanno peraltro entrando in scena anche neoplasie di altri organi (da segnalare in particolare, negli ultimi anni, i tumori della vescica e quelli del naso).

Nel periodo 2000-2007 le neoplasie riconosciute hanno rappresentato complessivamente poco meno del 10% del totale delle malattie professionali, ma è interessante notare che il "numero" nazionale deriva da una distribuzione territoriale assai disomogenea. L'82% delle neoplasie

riconosciute riguarda 8 Regioni, 6 del Nord (Lombardia, Piemonte, Liguria, Friuli, Emilia-Romagna, Veneto), la Toscana e la Puglia. Da notare che due "piccole" Regioni, la Liguria (12-13%) ed il Friuli (10-11%), contribuiscono da sole al 23% delle neoplasie riconosciute nell'intera Italia (si tratta evidentemente di due regioni marine e con un passato - ed un presente - caratterizzato da una significativa concentrazione di attività di cantieristica navale). La conoscenza di queste patologie è assicurata anche grazie ai registri tumori attivati da qualche anno per specifiche neoplasie. Un contributo fondamentale è stato ad esempio fornito dal registro dei mesoteliomi (ReNaM), strutturato con un livello centrale coordinato dall'Ispesl e dai Centri Operativi Regionali (COR). In maniera analoga, ai sensi del comma 3 lettere b e c dell'art. 244 del D.Lgs. 81/08 sono in fase di sviluppo anche i Registri dei tumori nasali e sinusali (ReNaTuNS) e quelli relativi a tumori a più bassa frazione eziologica, direttamente realizzati e coordinati dall'Ispesl (in collaborazione con le Regioni).

Occorre rammentare come ai sensi dell'art. 243 co. 1 del D.Lgs. 81/08 i lavoratori esposti ad agenti cancerogeni o mutageni debbano essere iscritti da parte del datore di lavoro (in collaborazione con il medico competente) in un apposito registro le cui annotazioni individuali, congiuntamente alla cartella sanitaria e di rischio, devono essere trasmesse all'Ispesl in caso di

cessazione del rapporto di lavoro.

- ✓ **DATI DI ATTIVITÀ DEI MEDICI COMPETENTI (ALL 3B Art. 41 D.Lgs. 81/08):** il D.Lgs. 81/08 all'art. 40 (Rapporti del medico competente con il Servizio sanitario nazionale) ha introdotto l'obbligo per il medico competente di trasmettere, per via telematica, ai servizi territoriali di prevenzione delle ASL "le informazioni, elaborate evidenziando le differenze di genere, relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria".

A loro volta le ASL trasmetteranno le stesse informazioni in forma aggregata alla propria Regione che a sua volta le trasmetterà a ISPESL.

Attualmente tale obbligo è sospeso in attesa dell'emanazione del decreto di riordino complessivo dell'art. 40, previsto dalle recenti modifiche apportate al D.Lgs. 81/08.

Il flusso generato dall'art. 40 rappresenta indubbiamente una grande opportunità e costituisce uno strumento importante che introduce per la prima volta in Italia una rilevazione di dati di grande rilevanza sia per gli aspetti di ordine epidemiologico sia per quelli di sanità pubblica.

E' uno strumento potenzialmente in grado di fornire la mappatura degli esposti a rischi professionali e la lettura del loro stato di salute, informazioni oggi di fondamentale importanza

ai fini dell'orientamento - anche a livello locale - delle attività di prevenzione dei rischi e delle malattie da lavoro.

Infatti, i dati sanitari e di rischio raccolti dal medico competente nel corso dell'attività di sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti potranno offrire, se opportunamente elaborati attraverso la creazione di adeguati indicatori, informazioni particolarmente utili a tracciare un quadro completo e periodicamente aggiornato della distribuzione geografica e per comparto produttivo dei possibili determinanti di malattie professionali.

La cornice di riferimento entro cui collocare i flussi generati dall'art. 40 è senz'altro quella del Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP) di cui all'art. 8 del D.Lgs. 81/08, struttura appositamente individuata per costruire i presupposti informativi a servizio dell'orientamento, programmazione e pianificazione delle attività di prevenzione delle malattie professionali, anche attraverso l'utilizzo integrato delle diverse banche dati disponibili.

Nel 2009, il Coordinamento delle Regioni ha attivato insieme ad ISPESL un apposito progetto di studio che ha vagliato i dati provenienti da un campione di relazioni sanitarie inviate dai medici competenti ai Servizi territoriali di Prevenzione delle ASL nel periodo di vigenza dell'obbligo dell'art. 40, prima del rinvio sancito dal D.Lgs. 106/09, allo scopo di valutarne da subito il potenziale informativo ed individuare le criticità legate alle modalità di rilevazione e trasmissione del dato.

La Tabella 3 mostra un primo quadro dell'esposizione, disaggregato per fattore di rischio e per genere, riferito ad un campione di 577.323 lavoratori appartenenti a circa 23.000 aziende, costruito utilizzando i dati forniti dai medici competenti afferenti a 18 ASL di 10 regioni diverse.

Tabella 3 – Dati All. 3B – Fattori di rischio lavorativo

Rischi lavorativi	Numero di lavoratori			%		
	Uomini	Donne	Tutti	Uomini	Donne	Tutti
Movimentazione carichi	124.119	44.906	169.025	33,7	21,5	29,3
Sovraccarico	43.925	20.108	64.033	11,9	9,6	11,1
Agenti chimici	77.940	23.874	101.814	21,2	11,4	17,6
Agenti cancerogeni	7.584	1.090	8.674	2,1	0,5	1,5
Agenti biologici	30.237	30.807	61.044	8,2	14,7	10,6
Videoterminali	57.123	53.084	110.207	15,5	25,4	19,1
Vibrazioni corpo	23.896	1.888	25.784	6,5	0,9	4,5
Vibrazioni mano	42.664	5.960	48.624	11,6	2,8	8,4
Rumore	108.061	16.314	124.375	29,4	7,8	21,5
Campi elettromagnetici	2.333	1.055	3.388	0,6	0,5	0,6
Radiazioni ottiche	5.397	277	5.674	1,5	0,1	1,0
Radiazioni ionizzanti	4.243	2.421	6.664	1,2	1,2	1,2

Microclima	11.693	1.530	13.223	3,2	0,7	2,3
Infrasuoni	329	97	426	0,1	0,0	0,1
Ultrasuoni	252	80	332	0,1	0,0	0,1
Iperbariche	162	26	188	0,0	0,0	0,0
Stress	4.355	4.011	8.366	1,2	1,9	1,4
Notturno	18.722	13.498	32.220	5,1	6,5	5,6

La conoscenza del peso dei singoli fattori di rischio in termini di numerosità degli esposti, ancor più se disaggregati per comparto produttivo, fornisce informazioni evidentemente importanti ai fini della definizione delle priorità di intervento nella ricerca attiva delle malattie professionali, anche in un'ottica di sviluppo di politiche di sanità pubblica sempre più basate sull'evidenza del rischio come elemento determinante ai fini della pianificazione delle attività di prevenzione.

Lo studio pilota ha rappresentato però anche l'occasione per cogliere le criticità legate alla mancanza da un lato di adeguate indicazioni sulle procedure di acquisizione e i modelli operativi di riferimento, e dall'altro di sistemi di controllo delle qualità del dato fornito.

Partendo dall'analisi di tali problematiche, il gruppo tecnico sull'art. 40 del Coordinamento delle Regioni ha attivato insieme ad ISPESL un percorso di revisione tecnica del set di informazioni dell'allegato 3B che alimentano il flusso informativo previsto dall'art.40.

All'interno di tale percorso è stata prevista anche la consultazione delle associazioni dei medici competenti più rappresentative su territorio nazionale, nella convinzione dell'importanza del coinvolgimento dei professionisti interessati nella condivisione delle scelte da operare su tale tematica. Sul versante della standardizzazione delle modalità di raccolta e trasmissione telematica del dato, si è altresì avviata la costruzione di un sistema informatico su piattaforma web che fornisca le necessarie garanzie in tal senso.

Infine tutto il lavoro svolto si è tradotto in una proposta unitaria portata in discussione all'interno del tavolo tecnico costituito presso il Ministero della Salute per la stesura del Decreto ministeriale che dovrà ridefinire, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e P.A., i contenuti e le modalità di trasmissione delle informazioni sui dati sanitari e di rischio previsti dall'art. 40 del D.Lgs. 81/08.

L'intera vicenda dell'all. 3B si è però tradotta, in molti ambiti territoriali, in un incremento dei livelli di tensione tra gli operatori dei Servizi PSAL (in particolar modo i medici del lavoro) e i medici competenti. Questi ultimi si sono sentiti improvvisamente pressati e minacciati, ritenendo l'adempimento un'inutile ingerenza nella loro professionalità e operatività (per giunta pesantemente sanzionato). Non volendo entrare nel merito della consistenza delle sanzioni (le cui valutazioni non rientrano tra le competenze di questo Coordinamento), non si può che rimarcare come l'all. 3B rappresenti un fondamentale, se non unico, strumento per

acquisire informazioni in tempo pressoché reale sullo stato di salute della popolazione lavorativa in relazione ai rischi professionali (tanto più nella versione rivista e semplificata che è oggi allo studio nella prospettiva del decreto di modifica previsto dall'art. 40 del D.Lgs. 81/08 come modificato dal D.Lgs. 106/09).

È però importante sottolineare come gli operatori dei Servizi PSAL e i medici competenti (nel rispetto delle funzioni e delle prerogative di ciascuno) debbano ricercare tutte le occasioni per facilitare un proficuo confronto, anche individuando, ove possibile, margini di collaborazione nell'ambito di piani mirati di intervento finalizzati alla definizione di più efficaci azioni di prevenzione.

7. Il rapporto con le Procure

A seguito di referti/segnalazioni, il Servizio PSAL provvede a classificare le notizie pervenute ed a effettuare indagini d'ufficio o indagini nell'ambito di programmi di vigilanza regionali o locali.

La gestione prevede l'analisi della casistica pervenuta con l'obiettivo di definire programmi e priorità.

In questa gestione, i Servizi PSAL pongono la massima attenzione a non richiedere informazioni inutili alle aziende e a non sovraccaricare di richieste quei pochi medici che fanno le segnalazioni (al contrario, si cerca di intensificare i controlli nella realtà nelle quali si ipotizza che i medici competenti non effettuino segnalazioni).

Questi flussi tra Servizi PSAL e Procure, previste dal CP, sono attivati nella maggioranza delle realtà. Al riguardo si pone la necessità di protocolli di gestione delle segnalazioni concordati con l'Autorità Giudiziaria per migliorare l'efficacia degli interventi dei Servizi PSAL.

Per la gestione delle segnalazioni e delle conseguenti indagini, si rende indispensabile la definizione di protocolli operativi per distinguere i casi che richiedono indagini complete da quelli che possono essere affrontati con procedure semplificate.

Le segnalazioni possono così essere raggruppate per azienda, evidenziando in tal modo le situazioni lavorative più frequentemente nocive, o per patologie.

Si potrà porre l'accento sulla rilevanza degli aspetti di prevenzione connessi con l'esecuzione d'indagini di malattia professionale, nonché, in considerazione degli elevati carichi di lavoro necessari all'espletamento di tale tipologia di output, sulla necessità di considerare l'efficacia di tale attività, con riferimento al miglioramento delle condizioni di lavoro, agli effetti dissuasivi nei confronti dei comportamenti omissivi e alla repressione dei reati. Tali protocolli potranno indicare i Servizi PSAL quali organi destinatari di tutte le segnalazioni e consentire la possibilità e

discrezionalità per questi Servizi di procedere all'archiviazione delle notizie pervenute, impiegando procedure e modelli semplificati (precedentemente concordati con le Procure), in presenza di danno non apprezzabile, dell'impossibilità d'individuare responsabilità penali, in assenza di nesso causale e/o reati prescritti. Si definiranno inoltre criteri che consentono la redazione di rapporti sintetici cumulativi per le Procure con proposta d'archiviazione, nei casi sopraindicati e quando le segnalazioni ricevute siano del tutto isolate, o relative a lavoratori che hanno prestato l'opera in numerose aziende, o, ancora, nei casi in cui risulterà impossibile un'indagine sul nesso di causalità. Allo stato attuale questi protocolli di intesa, o comunque forme di collaborazione codificata con le Procure della Repubblica, non sono presenti in maniera omogenea in tutte le Regioni. Ciò comporta che nelle singole realtà Regionali, o talora nelle singole realtà territoriali, vengono attuate differenti modalità di interazione con l'Autorità Giudiziaria.

L'esito delle segnalazioni non è omogeneo sul territorio nazionale né può considerarsi omogenea la sua conoscenza da parte degli operatori dei Servizi. Spesse volte, gli operatori dei Servizi PSAL hanno la sensazione che tali segnalazioni non possano essere adeguatamente valutate dalle Procure per effetto del loro sovraccarico operativo (con la conseguenza di una buona percentuale di procedimenti prescritti e della vanificazione della propria operatività). Il sistema riesce a mostrare maggiore efficienza ed incisività nei casi nei quali si rilevino violazioni della normativa con reato contravvenzionale connesso causalmente all'evento di danno, con conseguente applicazione della procedura prevista dal D.Lgs. 758/94 (o con procedura alternativa, nei casi in cui non risulti possibile applicare quest'ultimo) e con rapporto finale d'indagine, contenente ipotesi di profilo di colpa per violazione degli artt. 589 e 590 CP (morte o lesioni personali gravi o gravissime).

A fronte delle difficoltà organizzative delle Procure, e delle carenze strutturali e di organico da cui anch'esse sono afflitte, non si può che rimarcare l'opportunità della creazione di pool specialistici, formati da magistrati esperti e adeguatamente formati, con i quali potere condividere obiettivi, progetti e momenti di confronto. Un'esperienza sicuramente importante e coinvolgente è rappresentata dai corsi organizzati dal CSM che hanno favorito occasioni di formazione congiunta e approfondimento di temi di difficile interpretazione.

Nella prospettiva di un approccio maggiormente sistematico ed incisivo al tema delle malattie professionali, più che puntare sulla previsione di pool di operatori UPG delle ASL distaccati nelle Procure (evenienza sempre valutabile negativamente in virtù dei numerosi impegni istituzionali dei Servizi PSAL a fronte delle più volte richiamate carenze di organico e in considerazione anche della *mission* prevalentemente preventiva di questi operatori) avrebbe probabilmente maggiore successo la condivisione di piani mirati di intervento comuni. Su questa linea potrebbe ad esempio

essere studiata la possibilità di un intervento finalizzato alla emersione delle patologie correlate al lavoro, attraverso interventi formativi e ispettivi nei confronti dei medici certificatori (alla ricerca dei "referti perduti").

8. Esempificazione di alcuni impegni per la prevenzione avviati dalle Regioni

L'impegno delle Regioni per individuare opportune strategie di intervento sul tema delle malattie correlate al lavoro e per definire linee di indirizzo per gli operatori dei Servizi PSAL si è sviluppato lungo differenti direttrici, valorizzando le professionalità disponibili attraverso lo strumento dei gruppi di lavoro.

Ultimi esempi in ordine di tempo in tale direzione sono l'emanazione delle guide operative per la "Valutazione e gestione del rischio da stress lavoro-correlato" e per la "Prevenzione e protezione dai rischi dovuti all'esposizione ad agenti fisici nei luoghi di lavoro".

Si tratta di documenti che consentono interpretazione delle norme e modalità di intervento omogenei e standardizzati, con l'obiettivo di assicurare livelli di sicurezza uniformi su tutto il territorio nazionale.

L'obiettivo di codificare gli interventi ispettivi, fornendosi di strumenti condivisi e definendo impegni comuni, è stato perseguito anche attraverso la definizione di due piani mirati di intervento nei due comparti produttivi che presentano le maggiori criticità: il Piano Nazionale Agricoltura e Selvicoltura ed il Piano Nazionale edilizia.

Riguardo al **Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura** rendiamo noto che esso è stato di recente licenziato dalla Conferenza delle Regioni e P.A. e che sono già in corso di approvazione da parte delle Regioni e P.A. i relativi piani operativi. Il Gruppo di Lavoro interregionale, inoltre, sta provvedendo all'organizzazione delle fasi di avvio del collegato progetto approvato e finanziato dal Centro Nazionale di Prevenzione e Controllo delle Malattie del Ministero della Salute (CCM).

E' stata altresì costituita la cabina di regia, con il coinvolgimento dell'INAIL, e sono stati istituiti i sottogruppi "agenti chimici", "formazione e comunicazione", "applicazione della normativa di sicurezza e salute" e definiti i relativi mandati in coerenza con il suddetto piano.

I principali obiettivi perseguiti in coerenza con il contenuto del Piano sono:

- Svolgere con piani annuali l'attività di vigilanza su un numero definito di aziende nella maggior parte delle Regioni e Province Autonome;
- Definire all'interno del PNPAS il numero complessivo di controlli annui a regime (10.000) e i criteri di selezione delle aziende;

- Avviare il confronto con Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione sul Lavoro (SINP);
- Partecipare al sistema di registrazione nazionale degli infortuni in agricoltura, nel quadro del sistema nazionale di sorveglianza degli infortuni mortali e gravi;

L'avvio del **Piano Nazionale Edilizia** si è concretizzato nelle seguenti attività:

- costituzione della Cabina di Regia
- predisposizione e realizzazione del corso nazionale di due giorni per formatori regionali nell'ambito del corso è stato sperimentato e validato un modello uniforme di corso ed è stata messa a punto una procedura tipo per la vigilanza;; sono stati predisposti degli indicatori sull'attività di vigilanza prevista dal Piano Nazionale, inviati al coordinamento regionale, dott. Maurizio Di Giorgio, per l'inserimento nel sistema della raccolta dati di attività
- avvio dei corsi regionali in alcune Regioni
- una prima raccolta dati informale, tramite i referenti regionali, sul grado di recepimento e di realizzazione nei piani regionali degli obiettivi di vigilanza e di formazione;
- sperimentazione in alcune ASL e Regioni di un archivio notifiche georeferenziato; avvio di una banca delle buone pratiche con proposte alla Commissione Consultiva Permanente di buone prassi, censimento delle attività formative a maggior evidenza di efficacia, una campagna informativa su base nazionale

Rendiano altresì noto che uno specifico gruppo di lavoro delle regioni sta lavorando per la predisposizione di indicazioni operative sulle gestione dei lavoratori con problemi alcol correlati o che fanno uso di sostanze stupefacenti o psicotrope (problematiche queste connesse in maniera molto stretta con il più ampio problema delle malattie correlate al lavoro, se non altro in quanto queste sostanze sono favorevoli o inducenti l'assorbimento di sostanze tossiche presenti nei luoghi di lavoro). Queste indicazioni saranno inoltre oggetto di approfondimento finalizzato alla formulazione di una proposta da valorizzare nella prospettiva del decreto di modifica previsto dall'art. 41 del D.Lgs. 81/08 come modificato dal D.lgs. 106/09.

Con lo scopo di confrontare metodi di lavoro, omogeneizzare criteri di intervento al fine di realizzare repertori di rischio nei principali comparti produttivi, censire gli esposti, formulare linee guida condivise in tema di sorveglianza sanitaria, metodiche di campionamento ed analisi, misure di prevenzione e protezione ed intraprendere iniziative di studio e valutazione del rischio sulla base di indagini epidemiologiche, il Coordinamento tecnico delle Regioni e Province Autonome ha

ritenuto anche di aderire, unitamente a INAIL, ISPESL, ISS, nonché a diverse ASL e centri di ricerca scientifica, al Network Italiano Silice (N.I.S.).

In questo ambito sono state individuate cinque aree tematiche prioritarie e costituiti altrettanti gruppi di lavoro:

1. Gruppo normativa, con l'obiettivo di analizzare le norme che regolano i settori di produzione uso e smaltimento delle sostanze pericolose e dei prodotti che le contengono. Si sono quindi definite le proposte di linee guida per la compilazione della scheda di sicurezza (SDS) per la silice libera cristallina ed i preparati che la contengono.
2. Gruppo epidemiologia, con la finalità di rivedere criticamente l'associazione tra esposizione a polveri di silice e insorgenza di patologie avverse. Il gruppo di lavoro ha tra l'altro fornito indicazioni in tema di sorveglianza epidemiologica di lavoratori esposti ed ex esposti a SLC, prospettando in particolare la necessità di promuovere una ricerca attiva a livello nazionale dei casi di patologie correlate.
3. Gruppo igiene industriale, che si è proposto di riesaminare i principali aspetti tecnici (conoscenza del rischio, valutazione dell'esposizione, metodiche di prelievo e di analisi) e ha inteso formulare proposte di linee guida condivise sulle metodiche di campionamento, che tengano conto della necessità di un adeguato controllo di qualità.
4. Gruppo repertorio rischio silice nei comparti, con il compito di proporre una ricerca a livello nazionale delle situazioni e dei livelli di rischio occupazionale tramite la definizione di un sistema informativo per la raccolta e la elaborazione dei dati di campionamento e di analisi.
5. Gruppo sorveglianza sanitaria che ha elaborato un documento in tema di problemi e prospettive inerenti gli accertamenti diagnostici e i criteri di sorveglianza sanitaria sugli esposti a silice.

Ciascuna Regione è inoltre ovviamente impegnata sul proprio territorio nello sviluppo di programmi di prevenzione, alcuni dei quali sono stati già sopra citati, in funzione delle specifiche realtà produttive del tessuto socio economico.

Marco Masi
Coordinatore Comitato tecnico Interregionale
PISLL

A cura del Comitato Tecnico Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro delle Regioni e P.A.
Trofimen Galibardi – Segreteria
Tel 0554383411
trofimen.galibardi@regione.toscana.it

SOMMARIO

1. LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO: LE POLITICHE DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME	1
2. IL PATTO PER LA SALUTE E LA SICUREZZA	7
3. VIGILANZA E PREVENZIONE	8
4. CONOSCENZE SULLO STATO DI SALUTE DEI LAVORATORI	9
5. I SERVIZI DI PREVENZIONE DELLE ASL E LE MALATTIE CORRELATE AL LAVORO	14
6. IL SINP	18
✓ NUOVI FLUSSI INFORMATIVI	18
✓ SORVEGLIANZA DEGLI INFORTUNI MORTALI E GRAVI	19
✓ SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE PROFESSIONALI (MALPROF)	19
✓ REGISTRI TUMORI	27
✓ DATI DI ATTIVITÀ DEI MEDICI COMPETENTI (ALL 3B ART. 41 D.LGS. 81/08)	28
7. IL RAPPORTO CON LE PROCURE	31
8. ESEMPLIFICAZIONE DI ALCUNI IMPEGNI PER LA PREVENZIONE AVVIATI DALLE REGIONI	
9. ALLEGATI	
9.1 PIANO NAZIONALE EDILIZIA	
9.2 PIANO NAZIONALE AGRICOLTURA	