



COORDINAMENTO
TECNICO
INTERREGIONALE
DELLA PREVENZIONE
NEI LUOGHI DI LAVORO

Attività delle regioni e delle province autonome per la prevenzione nei luoghi di lavoro

Anno 2012

**ATTIVITÀ DELLE REGIONI E DELLE
PROVINCE AUTONOME PER LA
PREVENZIONE NEI LUOGHI DI
LAVORO**

ANNO 2012

PRESENTAZIONE

La presente relazione rende conto delle attività di prevenzione negli ambienti di lavoro svolte dalle Regioni nell'anno 2012, coerentemente con gli indirizzi normativi contenuti nel D.P.C.M. 17 dicembre 2007: «Patto per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro» in esecuzione dell'accordo del 1° agosto 2007, nel Piano Nazionale della Prevenzione 2010–2012 e nell'Intesa Stato-Regioni e Province Autonome n. 153/2012, relativa agli indirizzi per la realizzazione degli interventi in materia di prevenzione a tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro forniti ai Comitati regionali di coordinamento tra Pubbliche Amministrazioni deputate al controllo negli ambienti di lavoro ex art. 7 del D.Lgs. 9 aprile 2008.

La strategia sviluppata si è articolata nei seguenti punti:

- *Pianificazione delle attività di prevenzione in coordinamento tra Enti e parti sociali in ambito di Comitato Regionale di Coordinamento, art. 7 del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, al fine di sviluppare interventi orientati all'incremento dei livelli di sicurezza e protezione della salute attraverso la vigilanza mirata alle priorità di salute.*
- *Piena copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza (controllo del 5% delle unità locali con dipendenti o equiparati), orientando le attività dei servizi delle ASL verso le priorità di salute ed il contrasto dei rischi più gravi.*
- *Sviluppo dei flussi informativi regionali di prevenzione, condivisi tra Enti, partendo dai flussi informativi esistenti su infortuni e malattie professionali.*
- *Sviluppo di sistemi di sorveglianza sugli infortuni mortali e sulle malattie professionali, basati sulle indagini svolte dagli operatori delle ASL, e sui lavoratori ex esposti a cancerogeni.*

La verifica dei volumi di attività 2012 evidenzia come il sistema interregionale di prevenzione negli ambienti di lavoro nel suo complesso sia in grado di garantire la copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza (controllo del 5% delle unità locali con dipendenti o equiparati) orientando gli interventi verso le priorità di salute e secondo logiche di efficacia.

In quest'ambito si inserisce l'azione svolta dai Comitati Regionali di Coordinamento ex art. 7 del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, istituiti in tutte le Regioni e Province Autonome, che hanno concretizzato il proprio impegno elaborando la Pianificazione dell'attività di prevenzione e vigilanza da svolgersi in coordinamento fra gli Enti aventi competenze in materia di sicurezza e regolarità del lavoro.

L'omogeneità degli interventi di prevenzione e vigilanza sul territorio nazionale è stata ricercata attraverso iniziative di formazione uniformi e con la condivisione di comuni obiettivi qualitativi e quantitativi (Piano Nazionale Agricoltura e Piano Nazionale Edilizia) approvati dalla Conferenza delle Regioni, 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 (art. 5, D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81) e dalla Commissione consultiva permanente (art. 6, D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81).

Infine, si segnala come lo spirito di leale collaborazione fra lo Stato e le Regioni abbia permesso di implementare vari provvedimenti attuativi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81; altri, da noi ritenuti prioritari, permetteranno di attestare il sistema regionale di prevenzione su più avanzati livelli qualitativi. Su tutti, si segnala l'art. 8, Sistema Informativo Nazionale della Prevenzione (SINP), che permetterà di pianificare le attività secondo principi di efficacia, economia ed appropriatezza dell'azione preventiva, garantendo, al tempo stesso, sinergie tra Amministrazioni Pubbliche evitando duplicazioni degli interventi.

I dati risultanti dalla presente relazione manifestano ancora una volta il ruolo fondamentale svolto da Regioni e Province Autonome e dalle Aziende Sanitarie Locali, quali enti prossimi alla comunità, in grado di svolgere un'azione adeguata e rispondente alla dimensione territoriale regionale ed alle esigenze delle comunità locali.

Le azioni realizzate, sia in termini di vigile presidio del territorio, sia per quel che concerne la diffusione della cultura della salute e della sicurezza sul lavoro, costituiscono piena realizzazione dei precetti costituzionali degli articoli 32 e 117, che governano la materia della tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, per la concreta realizzazione delle condizioni di sicurezza nei luoghi di lavoro che concorrono a rendere effettivo l'inalienabile diritto alla salute del lavoratore e del cittadino.

Il Coordinatore della commissione salute
Luca Coletto

PRESENTAZIONE

Le regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano esercitano un ruolo centrale in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro, ad esse infatti è attribuito il compito di svolgere, attraverso le Aziende Sanitarie Locali, l'attività di vigilanza e le azioni di supporto dirette ai lavoratori, alle imprese, alle organizzazioni di rappresentanza a tutti gli altri soggetti coinvolti a diverso titolo.

Il decreto legislativo 81/08, riprendendo il dettato costituzionale, ha costruito un sistema di rapporti molto stretti tra Stato, Regioni e Province Autonome, definendo un Sistema Istituzionale finalizzato alla definizione delle politiche e delle strategie di prevenzione, oltre che di governo e coordinamento delle stesse, come risulta dall'applicazione degli articoli 5, 6, 7 e 12 del decreto indicato.

I risultati, monitorati dal Gruppo Tecnico Interregionale di Coordinamento per la Salute e la Sicurezza nei Luoghi di Lavoro, evidenziano che in tutte le Regioni e Province Autonome sono istituiti i Comitati Regionali di Coordinamento ed è garantita, a livello nazionale, la copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza (controllo del 5% delle unità locali con dipendenti o equiparati).

La concretezza e la significatività delle azioni dimostrano la capacità delle Regioni e Province Autonome di operare in coordinamento, come un vero e proprio sistema di prevenzione finalizzato a garantire l'omogeneità sul territorio.

Il percorso iniziato il 23 dicembre 1978 con la legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, che ha trasferito alle Aziende Sanitarie Locali la competenza in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, ha consentito di raggiungere risultati senza dubbio rilevanti, sostanziati dal miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro e dal calo degli indici infortunisti.

Il lavoro da svolgere resta, tuttavia, ancora lungo ed impegnativo. Le Regioni e lo Stato, con il Piano della Prevenzione 2014-18, in fase di approvazione, intendono, con nuovi impegni, consolidare i risultati ottenuti e di operare per un'ulteriore significativa riduzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, intervenendo, oltre che sui settori tradizionalmente interessati, anche nei confronti dei problemi emergenti quali i rischi ergonomici, i rischi derivanti dall'impiego di cancerogeni o da stress lavoro correlato.

Per il Coordinamento Tecnico Interregionale
per la Prevenzione nei Luoghi di lavoro
Luciano Marchiori

INDICE

Capitolo 1	STRATEGIA DEGLI INTERVENTI	12
1	Introduzione e quadro generale	13
2	Il sistema istituzionale di prevenzione in materia di salute e sicurezza nel lavoro	14
3	Evidenza epidemiologica delle priorità di salute	15
Capitolo 2	ATTIVITÀ DI PREVENZIONE	20
1	Gli strumenti di programmazione	21
1.1	I piani regionali di prevenzione 2010-2012	21
1.2	Il piano nazionale di prevenzione in edilizia	22
1.3	Il piano nazionale di prevenzione in agricoltura e silvicoltura	24
2	I luoghi della progettazione	24
2.1	Il Coordinamento Tecnico Interregionale	24
2.2	I Comitati Regionali di Coordinamento	26
3	Le azioni dei servizi delle ASL nel 2012	29
3.1	Le attività di vigilanza	29
	<i>Copertura del LEA - Patto per la salute</i>	30
	<i>Attività di controllo della conformità ai requisiti essenziali di sicurezza (RES) delle macchine marcate CE</i>	33
	<i>Edilizia</i>	35
	<i>Agricoltura</i>	39
	<i>Contrasto agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali</i>	40
	<i>Altre attività sanitarie</i>	45
3.2	Attività di informazione, formazione, assistenza e promozione della salute	45

4	I sistemi di sorveglianza	46
4.1	Infor.mo	46
4.2	Mal.Prof	48
5	I sistemi informativi, gli osservatori e la ricerca	49

Capitolo 3	Approfondimento: AMIANTO - LO STATO DELL'ARTE	50
-------------------	--	-----------

1	Il materiale e i rischi	51
2	Le azioni regionali	52
2.1	Il censimento degli edifici e degli impianti	52
2.2	Valutazione dei piani di bonifica e vigilanza nei cantieri	52
2.3	Controllo dei livelli attuali di esposizione dei lavoratori	55
2.4	Registri di ex esposti con dati di esposizione	55
2.5	Formazione per lavoratori addetti alle bonifiche	55
2.6	Registro dei mesoteliomi	56
2.7	Attività di sorveglianza sanitaria a favore degli ex esposti	56

Capitolo 4	CONCLUSIONI	58
-------------------	--------------------	-----------

Capitolo 5	Appendice: IL CONTESTO	60
-------------------	-------------------------------	-----------

1	Il contesto economico	61
1.1	Prodotto interno lordo	61
1.2	Quadro produttivo nazionale	63
	<i>Produzione manifatturiera</i>	63
	<i>Produzione nelle costruzioni</i>	63

	<i>Produzione agricola</i>	63
1.3	Il lavoro	64
	<i>Cassa integrazione</i>	64
	<i>Tasso di disoccupazione</i>	64
	<i>Lavoro irregolare</i>	65
2	Aziende e addetti	66
2.1	Agricoltura	66
2.2	Industria e servizi	67
2.3	Occupati ISTAT in tutti i settori	68
2.4	Categorie particolari di lavoratori	74
2.5	Attività in edilizia	75
3	Infortuni e malattie professionali	77
3.1	Infortuni sul lavoro	79
3.2	Malattie professionali	82
4	Risorse per la prevenzione	85



STRATEGIA DEGLI INTERVENTI



1. INTRODUZIONE E QUADRO GENERALE

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano esercitano un ruolo rilevante in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro; ad esse, infatti, è attribuito il compito di svolgere, attraverso le Aziende Sanitarie Locali, sia l'attività di vigilanza sia le azioni di supporto dirette ai lavoratori, alle imprese e alle organizzazioni di rappresentanza

La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, ha ulteriormente ampliato il ruolo delle Regioni e Province Autonome, trasferendo la competenza in materia di "tutela e sicurezza del lavoro" nell'ambito della legislazione concorrente. Il decreto legislativo 81/08, riprendendo il dettato costituzionale, ha costruito un sistema di rapporti molto stretti tra Stato, Regioni e P. A., in un contesto che, oltre ad avere una forte connotazione sanitaria, quale sistema di garanzia della tutela della salute dei lavoratori, afferisce in maniera rilevante ai temi più generali del welfare, inteso come qualità del lavoro, qualità dei rapporti sociali e quindi qualità dei territori.

L'attività di prevenzione negli ambienti di lavoro svolte dalle Regioni nell'anno 2012 è avvenuta coerentemente con gli indirizzi normativi contenuti nel D.P.C.M. 17 dicembre 2007: «Patto per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro» in esecuzione dell'accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2007 e con il Piano Nazionale della Prevenzione 2010 – 2012.

La strategia di prevenzione perseguita si è sviluppata nei seguenti punti:

- Pianificazione delle attività di prevenzione

in coordinamento tra Enti e parti sociali in ambito dei Comitati Regionali di Coordinamento, art. 7, al fine di sviluppare interventi orientati all'incremento dei livelli di sicurezza e protezione della salute negli ambienti di lavoro.

- Copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza (controllo del 5% delle unità locali con dipendenti o equiparati garantendo il vigile presidio del territorio e la diffusione della cultura della salute e della sicurezza sul lavoro, al fine della piena realizzazione dei precetti costituzionali degli articoli 32 e 117, finalizzati a rendere effettivo l'inalienabile diritto alla salute del lavoratore e del cittadino.
- Orientamento della vigilanza al contrasto dei rischi sostanziali (caduta dall'alto, seppellimento, folgorazione, ribaltamento mezzi, ecc.) e dell'irregolarità del lavoro, in coordinamento con le Direzioni Territoriali del Lavoro, nella consapevolezza che la gravità del momento economico richiede il fermo presidio dei principali rischi per la salute e del contrasto della irregolarità del lavoro, elemento di concorrenza sleale tra imprese.
- Sviluppo dei flussi informativi regionali di prevenzione e dei sistemi di sorveglianza epidemiologica, condivisi tra Enti, partendo dai dati esistenti su infortuni e malattie professionali.
- Leale collaborazione fra lo Stato e le Regioni finalizzata ad implementare i vari provvedimenti attuativi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81.

Tutte le Regioni e P.A. hanno istituito i Comitati Regionali di Coordinamento, che costituiscono la necessaria cabina di regia inter istituzionale degli interventi, hanno corrisposto agli impegni dettati dalle norme con i documenti di programmazione nazionali ed in particolare con il Patto per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (DPCM



17/12/2007) e con il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 (prorogato al 2013), che sono stati formalizzati, in ciascun territorio, nei rispettivi Piani Regionali di Prevenzione.

L'omogeneità degli interventi di prevenzione e vigilanza sul territorio nazionale è stata ricercata attraverso iniziative di formazione uniformi e con la condivisione di comuni obiettivi qualitativi e quantitativi definiti sulla base dell'evidenza epidemiologica e delle priorità di salute formalizzate nel Piano Nazionale Agricoltura e nel Piano Nazionale Edilizia, entrambi approvati dalla Conferenza delle Regioni, 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 (art. 5, D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81) e dalla Commissione consultiva permanente (art. 6, D.Lgs. 9 aprile 2008, 81).

2. IL SISTEMA ISTITUZIONALE DI PREVENZIONE IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA NEL LAVORO

Il Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n.81 e s.m.i., , delinea al Titolo I, Capo II, il sistema istituzionale deputato alla elaborazione ed applicazione delle misure di prevenzione e protezione negli ambienti di lavoro, articolato nei seguenti organismi.

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 (art. 5, Dlgs 81/08)

Il Comitato istituito presso il Ministero della salute è composto da rappresentanti del Ministero della salute, da rappresentanti del Ministero del lavoro

e della previdenza sociale, dal rappresentante del Ministero dell'Interno, da rappresentanti delle regioni e province autonome di Trento e Bolzano, da rappresentanti dell'INAIL (con funzione consultiva). Esso si configura come la cabina di regia dell'intero sistema istituzionale e riveste una rilevanza strategica sia per ciò che concerne il coordinamento delle attività di vigilanza sia per l'avvio di una azione politica.

Il Comitato ha il compito di:

- definire le linee comuni, gli obiettivi e i programmi delle politiche nazionali in tema di salute e sicurezza sul lavoro;
- programmare annualmente sui settori prioritari di intervento per le attività di vigilanza, i piani di attività, i progetti operativi sulla base delle indicazioni da parte dei Comitati regionali di coordinamento e dei programmi di azione europei;
- programmare il coordinamento della vigilanza a livello nazionale;
- garantire lo scambio delle informazioni tra i soggetti istituzionali al fine di promuovere l'uniformità dell'applicazione della normativa vigente;
- definire le priorità delle attività di ricerca in tema di prevenzione dei rischi.

Commissione Consultiva Permanente per la Salute e Sicurezza sul Lavoro (art. 6, D. Lgs. n. 81/2008)

Istituita Presso il Ministero del lavoro e della previdenza sociale e' composta paritariamente da rappresentanti delle Amministrazioni centrali, delle Regioni e delle Parti Sociali. I principali compiti della Commissione sono di: esaminare i problemi applicativi della normativa di salute e sicurezza sul lavoro e formulare proposte per lo sviluppo e il perfezionamento della legislazione vigente; definire le attività di promozione e le azioni di prevenzione di cui all'articolo 11; validare le buone prassi in materia di salute e sicurezza sul lavoro; elaborare le procedure standardizzate



per l'effettuazione della valutazione dei rischi; definire criteri finalizzati alla definizione del sistema di qualificazione delle imprese e dei lavoratori autonomi; valorizzare sia gli accordi sindacali sia i codici di condotta ed etici adottati su base volontaria, ecc.

Commissione per gli interpelli (art. 12 comma 2 D. Lgs. n. 81/2008)

La Commissione per gli interpelli è stata istituita con Decreto Direttoriale del 28 settembre 2011. L'indirizzo di posta elettronica della Commissione è: interpellosicurezza@lavoro.gov.it. Alla Commissione vengono inoltrati i quesiti di ordine generale sull'applicazione della normativa in materia di salute e sicurezza del lavoro. I soggetti ammessi a trasmettere le istanze sono: gli Organismi associativi a rilevanza nazionale degli Enti territoriali e gli Enti pubblici nazionali, le Organizzazioni sindacali dei datori di lavoro e dei lavoratori comparativamente più rappresentative sul piano nazionale e i Consigli nazionali degli Ordini o Collegi professionali.

Le indicazioni fornite nelle risposte ai quesiti costituiscono criteri interpretativi e direttivi per l'esercizio delle attività di vigilanza.

Comitato Regionale di Coordinamento (art. 7, D. Lgs. n. 81/2008)

Il Comitato Regionale di Coordinamento è un organismo strategico con finalità di programmazione e coordinamento in raccordo con gli indirizzi del Comitato di cui all'art.5 e con la Commissione di cui all'art.6.

Le sue principali funzioni sono:

- sviluppare piani di attività e progetti operativi individuati dalle Amministrazioni a livello nazionale;
- indirizzare, programmare e coordinare le attività di prevenzione e di vigilanza da parte degli organismi competenti;
- promuovere l'attività di comunicazione, informazione, formazione e assistenza,

operando il coordinamento tra le diverse istituzioni;

- individuare azioni prioritarie nei comparti lavorativi più a rischio, evidenziati nelle diverse realtà territoriali e proporre piani di intervento;
- raccogliere ed analizzare le informazioni relative agli eventi dannosi ed ai rischi, proponendo soluzioni operative e tecniche.

Mediante l'Ufficio Operativo pianifica il coordinamento degli Enti di prevenzione nelle attività di vigilanza, provvede ad individuare le aree prioritarie di intervento a livello territoriale e a definire i piani operativi di vigilanza, i settori produttivi, i tempi, i mezzi e le risorse ordinarie che sono sinergicamente disponibili da parte dei soggetti pubblici interessati.

3. EVIDENZA EPIDEMIOLOGICA DELLE PRIORITÀ DI SALUTE

La **Figura 1.1** evidenzia per edilizia ed agricoltura un tasso di incidenza elevato di infortuni gravi (rischio individuale) accompagnato da un numero assoluto consistente di eventi gravi ("carico di malattia" sulla salute della popolazione). Sempre facendo riferimento alla **Figura 1.1**, si può notare che anche altri comparti si distinguono o per il tasso di incidenza elevato o per il numero assoluto elevato di infortuni pur in presenza di un basso rischio individuale.

La disponibilità di sistemi informativi sempre più raffinati ha permesso alle regioni di programmare gli interventi di prevenzione dai rischi e dalle patologie correlate al lavoro a partire dalla conoscenza del territorio, dall'analisi degli eventi più frequenti e più gravi nella popolazione lavorativa regionale, tenendo



1 - STRATEGIA

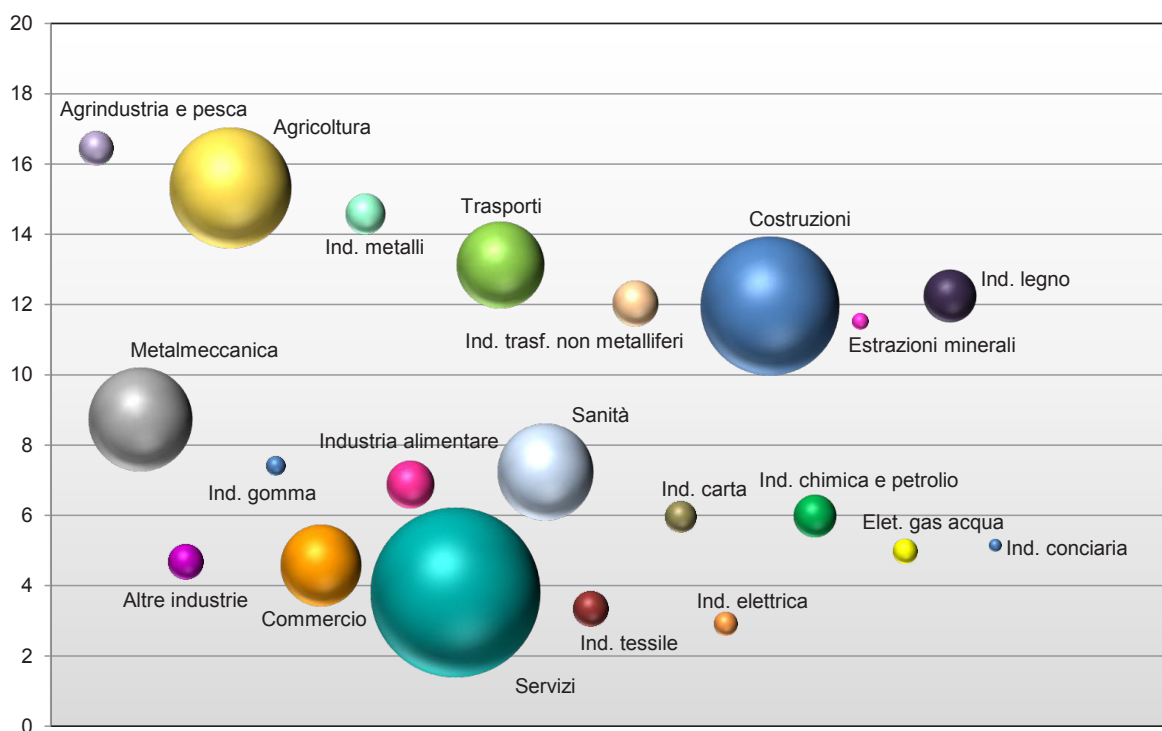
conto, altresì, della disponibilità di strumenti efficaci a contenerli. Dunque, le regioni non si sono limitate ad accogliere una programmazione autorevole e ricca a cui esse hanno partecipato e partecipano, rappresentata dai Piani Nazionali Agricoltura e Costruzioni, ma hanno pianificato e definito strategie d'intervento in ulteriori e diversi comparti (e per altri rischi, trasversali a più settori) individuati come prioritari in esito all'analisi del contesto epidemiologico regionale. Per quanto riguarda la prevenzione delle malattie professionali, la disponibilità di informazioni sugli eventi registrati deve essere accompagnata da una precisa mappatura dei

rischi attualmente presenti nel territorio; infatti, le malattie professionali si distinguono dagli infortuni sul lavoro per alcune peculiarità quali:

- la maggior percentuale di casi con postumi permanenti o mortali rispetto alle definizioni per sola assenza temporanea dal lavoro, in parte perché esiste una rilevante sottonotifica che riguarda, anche se in misura diversa, sia i casi lievi sia quelli gravi, e in parte per le stesse caratteristiche della patologia che talvolta determina danni permanenti senza causare assenza dal lavoro (es. ipoacusia da rumore);
- il periodo di latenza in qualche caso

Figura 1.1 – In ordinata è rappresentato il tasso di incidenza per 1000 addetti degli infortuni gravi T30 (con prognosi maggiore di 30 giorni o con postumi permanenti o morte) suddiviso per comparto, Italia, anno 2011. I comparti posti più in alto nella figura hanno un rischio individuale di infortunio più alto. La dimensione di ciascuna bolla invece è proporzionale al numero assoluto degli infortuni gravi T30 nel comparto; questa informazione fornisce indicazioni sul carico complessivo di danni alla salute. Nei comparti a basso rischio individuale, un numero elevato di eventi è dovuto al numero molto elevato di lavoratori di quel comparto (es. Servizi).

Fonte: *Flussi INAIL Regioni, elaborazione PREO.*





molto lungo per alcuni tipi di patologia tra inizio dell'esposizione ed insorgenza della malattia: breve, per esempio, per le sensibilizzazioni ad allergeni, molto lungo, fino a decenni, per le neoplasie;

- la difficoltà di individuare l'azienda responsabile in assenza di un evento facilmente collocabile nel tempo, e quindi il comparto, quando le esposizioni sono state multiple e prolungate.

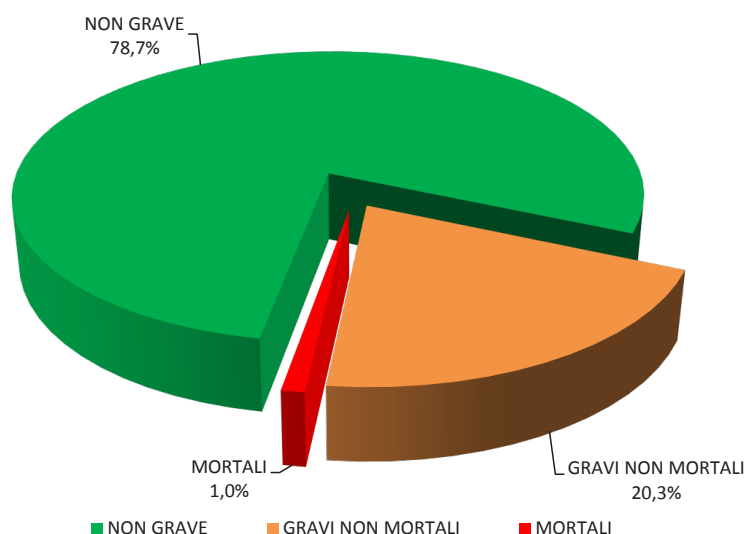
In **Figura 1.2** sono riportate le percentuali di malattie professionali denunciate nel 2012 e definite in temporanea (non gravi), con postumi permanenti (gravi non mortali) e mortali. Tuttavia si deve ricordare che circa l'84% dei casi mortali è rappresentato da neoplasie da amianto (carcinomi del polmone e mesoteliomi della pleura – vedi approfondimento nel Capitolo 3) riferibili ad esposizioni che ora non esistono più essendo stato vietato l'uso dell'amianto dalla legge 257 del 1992. In questo caso l'informazione sugli eventi è utile per definire azioni di assistenza e di sorveglianza sanitaria

ad ex esposti (prevenzione secondaria) ma, per la programmazione delle attività di prevenzione primaria e per la definizione delle priorità di intervento in azienda, è necessario basarsi anche su una precisa conoscenza del territorio e dei rischi connessi alle lavorazioni che potrebbero determinare la malattia dopo molti anni. A questo scopo, fin dalla loro istituzione, i servizi di prevenzione in ambienti di lavoro delle ASL hanno analizzato i rischi per comparto produttivo e spesso hanno pubblicato dati e indicazioni per azioni di bonifica dei rischi. Infine, i servizi ricevono e gestiscono le informazioni relative ai registri di esposizione istituiti dalle aziende in base alla normativa vigente.

L'analisi epidemiologica, infatti, evidenzia che la progressiva attuazione delle misure di prevenzione nelle aziende ha comportato la scomparsa o la netta riduzione di molte di quelle che erano le tipiche malattie da lavoro in cui i fattori di rischio lavorativi erano pressoché l'unica causa. Fanno parte di questo gruppo la silicosi e le altre pneumoconiosi. Anche

Figura 1.2 – Percentuale di malattie professionali definite in temporanea (non gravi), con postumi permanenti (gravi non mortali) e mortali sul totale delle malattie professionali denunciate, Italia, anno 2012.

Fonte: *Flussi INAIL Regioni, elaborazione PREO.*





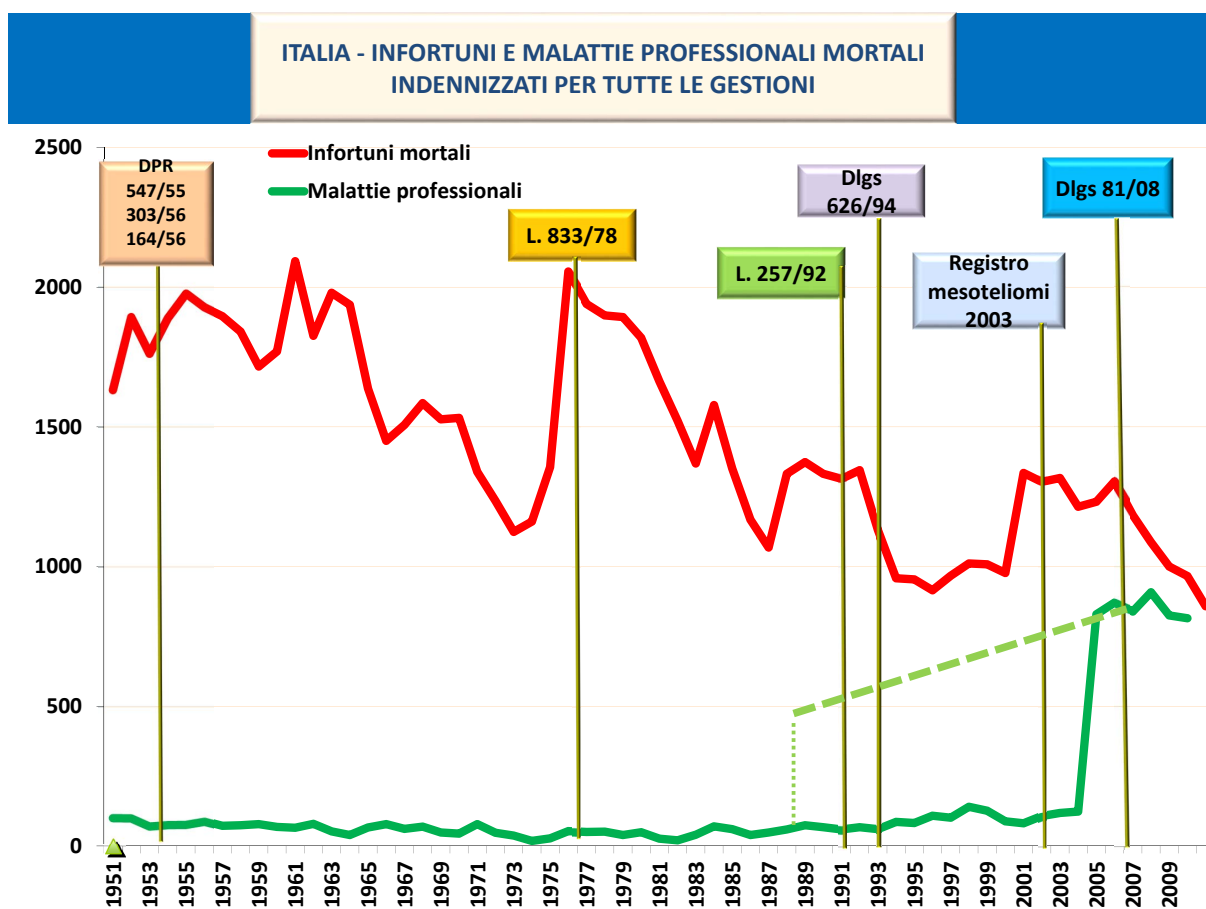
1 - STRATEGIA

l'ipoacusia da rumore, un tempo la più frequente malattia professionale oggi non è più in vetta alle classifiche. Contestualmente è mutata anche l'attenzione alle malattie correlate al lavoro che hanno una genesi multifattoriale, ad esempio le patologie muscolo scheletriche che oggi sono al primo posto per frequenza, anche perché sono state modificate, in questi ultimi anni sempre più spesso, le tabelle delle malattie professionali. Per motivi ampiamente ricordati sopra, il quadro delle malattie che si manifestano non riflette le esposizioni professionali a fattori di rischio presenti in quel determinato periodo; inoltre, le modifiche normative in tema assicurativo (tabelle delle Malattie professionali) influenzano notevolmente l'andamento delle denunce. Il

recente aumento delle malattie professionali e soprattutto l'incremento di riconoscimento di neoplasie tumorali (attualmente il numero di casi mortali per malattia professionale raggiunge o supera quello per infortuni sul lavoro: **vedi figura 1.3**) deve essere valutato in relazione sia a queste mutate condizioni che al recupero dei cosiddetti tumori perduti, ossia non denunciati poiché "sfugge" anche malato la relazione con l'esposizione lavorativa; si ipotizza tuttora che vi sia una sottonotifica rilevante di questi casi mentre la difficoltà di provare l'esposizione professionale ad agenti cancerogeni avvenuta molti anni fa rappresenta un ostacolo medico-legale per il riconoscimento assicurativo della malattia. In buona sostanza, se è vero che i

Figura 1.3 – Infortuni mortali (in rosso) e malattie professionali mortali (in verde), tutti i comparti, anni 1951 - 2010, Italia.

Fonte: Statistiche storiche INAIL, elaborazione PREO.





decessi per malattia professionale sono molto aumentati, bisogna ricordare che buona parte di questi sono connessi ad un'esposizione che non c'è (quasi) più poiché la legge 257/92 ha vietato l'uso dell'amianto. Ciò che preoccupa ora è l'esposizione ad altri cancerogeni, magari meno noti o non ancora individuati, cosa resa possibile dal crescente numero di nuovi agenti chimici immessi sul mercato, perché non si ripeta la vera è propria strage provocata dall'amianto. In questo senso il sistema di prevenzione è impegnato anche nel controllo degli adempimenti connessi

all'attuazione dei regolamenti europei REACH e CLP e all'adozione di tutte le misure necessarie in funzione della valutazione del rischio chimico e cancerogeno. D'altra parte, la conoscenza epidemiologica del fenomeno attuale è necessaria per programmare l'assistenza ai lavoratori affetti da queste patologie, per il riconoscimento dovuto loro e per la corretta gestione di sistemi di sorveglianza di ex esposti a cancerogeni oltre che per il monitoraggio degli attuali esposti.

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

The background of the page features a series of overlapping, curved bands in various shades of blue and purple. These bands create a sense of depth and movement, with some areas appearing lighter and others darker due to the layering. The overall effect is a modern, abstract design that complements the text.



1. GLI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

1.1 I PIANI REGIONALI DI PREVENZIONE 2010-2012

Nel 2012 si è concluso il triennio di operatività dei Piani Regionali di Prevenzione (PRP) redatti sulla base delle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) approvato attraverso l'intesa tra lo Stato e le Regioni del 29/04/2010. Come è noto, il piano e le attività ad esso connesse sono state prorogate per il 2013 in attesa dell'emanazione del nuovo piano 2014-2018. Il 2012 è stato quindi l'anno di piena realizzazione dei progetti.

È utile ricordare che, per quanto riguarda gli ambienti di lavoro, i Piani Regionali di Prevenzione (PRP) relativi al triennio 2010 – 2012, sono stati dedicati all'incremento dei livelli di efficacia e di efficienza dei sistemi regionali di prevenzione e sono stati indirizzati verso i comparti a maggior rischio, perseguendo gli obiettivi generali del PNP di ridurre gli infortuni gravi e mortali e le malattie professionali, di favorire lo sviluppo di sistemi di monitoraggio e di contrastare i fattori di rischio di patologie professionali con particolare riferimento a quelle tumorali.

Le regioni, con i PRP, hanno sviluppato una programmazione strategica regionale mirata al rischio; hanno fornito linee di indirizzo e supporto tecnico all'avvio ed al proseguimento dei programmi, anche attraverso attività di formazione, assistenza, comunicazione; hanno previsto di monitorare i principali indicatori di processo e risultato dei programmi sul territorio

regionale; hanno garantito il raccordo tra i programmi centrali e quelli locali delle Aziende Sanitarie Locali.

Oltre che in edilizia e agricoltura, le regioni hanno previsto interventi in altri comparti secondo una pianificazione strategica basata su criteri di graduazione del rischio; la "qualità" della pianificazione, ovvero la capacità delle regioni e delle ASL di programmare e scegliere interventi prioritari e improntati all'efficacia dell'azione preventiva è stata ricercata attraverso una dettagliata analisi del contesto operata, a livello locale, secondo parametri quali: gravità e frequenza dei danni (analizzata anche attingendo a fonti informative nazionali, ad esempio Flussi Informativi INAIL – Regioni), prevenibilità dei danni, rappresentatività sul territorio del settore (ad esempio comparti tipici, anche per ragioni di equità), dimensione delle aziende, esiti dei controlli già effettuati, settori scarsamente indagati (ad esempio imprese di pulizia, mense, alberghi, trasporti, logistica ed altri), presenza di rischi emergenti, bisogni emersi direttamente dai luoghi di lavoro e dal territorio rappresentati dai RLS/RLST e dai lavoratori. Tutto questo è stato reso possibile anche dallo sviluppo di sistemi informativi regionali che, integrati con quelli nazionali, hanno consentito di sviluppare le analisi di contesto di ciascuna regione; non è possibile dare conto dettagliatamente in questa sede di questa complessa attività, pertanto si rimanda alla lettura dei PRP disponibili nel sito del Ministero della Salute (vedi sitografia).

La verifica degli adempimenti è stata eseguita dal CCM che ha certificato i progressi della realizzazione del PRP nelle singole regioni sulla base della documentazione ricevuta. Analizzando le relazioni inviate dalle regioni al Ministero si può affermare in via preliminare che quasi tutti i progetti sono stati regolarmente avviati e nel 2012 circa il 90% dei progetti aveva raggiunto gli obiettivi; per ulteriori informazioni si rimanda al sito del CCM (vedi sitografia).



I dati ancora non consolidati dell'andamento infortunistico denotano una progressiva riduzione degli infortuni, inclusi quelli gravi ed invalidanti, che erano l'obiettivo principale del piano (vedi capitolo 5 sul contesto).

1.2 IL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE IN EDILIZIA

Il "Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia", avviato nel 2009 è stato prorogato al 2013.

I risultati si possono in estrema sintesi rappresentare con:

- la programmazione uniforme in ogni regione degli interventi preventivi e di controllo con piani di prevenzione specifici;
- la formazione diffusa degli operatori della prevenzione dei Servizi della ASL con contenuti e moduli didattici sperimentati dal gruppo nazionale;
- la condivisione di aspetti critici di prevenzione e di modalità di vigilanza con le DTL;
- la lotta al lavoro nero;
- lo sviluppo di modelli innovativi di controllo dei cantieri, ormai praticati in vasta parte del territorio nazionale, che utilizzano un'azione preliminare di intelligence del territorio;
- la realizzazione del portale www.prevenzionecantieri.it che, per la veste istituzionale e il contributo delle parti sociali e per i contenuti di qualità e di specificità, costituisce sempre più un punto di riferimento per gli operatori pubblici e privati che si occupano della materia sia dal punto di vista del controllo che della formazione, informazione e assistenza;
- la definizione di un piano di valutazione completo di indicatori e standard attesi, utile per la riprogrammazione delle attività.

Il Comitato per l'indirizzo e la valutazione

delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro di cui all'art 5 del D.Lgs 81 ha predisposto un documento "Indirizzi per la realizzazione degli interventi in materia di prevenzione a tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro per l'anno 2012", approvato dalla Conferenza unificata Stato Regioni del 20 dicembre 2012, nel quale si prevede, tra l'altro, l'introduzione della notifica on line per tutto il territorio nazionale. Questa innovazione faciliterà la creazione di banche dati nazionali da condividere fra i soggetti istituzionali interessati, la programmazione degli interventi nei cantieri e un miglior coordinamento delle azioni di vigilanza e controllo fra Enti. Con il Ministero del Lavoro si è operato per condividere linee interpretative su aspetti di particolare interesse in fase ispettiva, definire i contorni degli interventi ispettivi congiunti, proporre l'informatizzazione della notifica on line sul territorio nazionale e supportare il portale www.prevenzionecantieri.it. Ampi margini di miglioramento si ravvisano, oltre che nella condivisione delle strategie di pianificazione dei controlli, anche nelle strategie di formazione comune degli operatori di vigilanza delle ASL e delle DTL. Con i CPT e le Scuole Edili sono state attivate forme di collaborazione proficue condividendo documenti e linee di assistenza e di formazione. Tutte le Regioni e P.A. hanno emanato piani specifici di prevenzione per il settore edile che contengono gli obiettivi definiti nel piano nazionale. Nell'intento di migliorare l'omogeneità degli interventi ispettivi dei Servizi delle ASL e delle Direzioni del Lavoro, sono stati predisposti dalla Cabina di Regia due documenti tecnici, uno sui "Lavori su coperture con sistemi temporanei di protezione dei bordi" e l'altro su "Lavoratori autonomi in cantiere". I due documenti sono stati approvati dal Coordinamento interregionale PISLL e pubblicati sul portale dedicato. Le iniziative condotte



secondo le linee del Piano hanno consentito un controllo diffuso e con obiettivi omogenei su tutto il territorio nazionale. I documenti di indirizzo, trattati nei corsi formativi, hanno permesso di avviare una omogeneizzazione qualitativa degli interventi, sui quali si potrà e dovrà lavorare ulteriormente.

I dati di www.prevenzionecaniteri.it

I documenti: sono presenti sul sito circa 800 documenti raggruppati in 5 filoni principali

- 30 Soluzioni di sicurezza, sperimentate in cantiere, per effettuare in sicurezza le lavorazioni a rischio, documentate e condivise da Imprese ed Enti di controllo;
- 135 Prodotti informativi -documenti, studi, manuali, linee guida, opuscoli- che si pongono l'obiettivo di informare e promuovere la sicurezza su attrezzature, lavorazioni, rischi;
- 90 documenti ufficiali delle principali norme nazionali e regionali in materia;
- 25 presentazioni di corsi di formazione, atti di seminari, studi e approfondimenti sui temi legati alla formazione;
- Circa 500 casi di infortuni mortali in Edilizia, presentati e analizzati con la metodologia di "Sbagliando s'impara" tratti dall'archivio di InforMo.

La vitalità del sito è confermata dalla continua attività di aggiornamento: sono infatti stati aggiunti in questi 2 anni un centinaio di documenti e 90 news. Negli ultimi due anni sono state registrate oltre 120.000 visite, con una media mensile di 5.000, circa un milione le pagine consultate e 122.000 i documenti scaricati, e tra questi:

- 41.000 Soluzioni di sicurezza (ogni documento è stato scaricato in media più di 1.000 volte);
- 63.000 Prodotti informativi (ogni documento è stato scaricato in media 500 volte);
- 17.000 documenti della Normativa essenziale (ogni documento è stato scaricato in media 180 volte).

Il piano ha previsto anche di sperimentare azioni innovative su 3 filoni principali di attività:

- aumentare l'efficienza delle azioni di vigilanza: scarsità di risorse e crisi economica impongono di migliorare la capacità di programmazione degli interventi al fine di intervenire prioritariamente nelle situazioni di maggior rischio; in Veneto e Lombardia è stato sperimentato un metodo innovativo di programmazione delle azioni di vigilanza basato sui dati correnti in possesso dei servizi di prevenzione ricorrendo anche a nuove tecnologie e modelli predittivi;
- aumentare la capacità di misurare i risultati ottenuti a livello locale: la natura transitoria e mutevole nel tempo dei cantieri rischia di ridurre la capacità degli interventi di vigilanza di incidere sugli accadimenti infortunistici; nell'ASL di Novara è stato sperimentato un modello di analisi di impatto sugli infortuni degli interventi di vigilanza basato sui dati correnti in possesso dei servizi di prevenzione;
- aumentare la compliance del sistema: il miglioramento continuo della sicurezza è basato sulle capacità di fare rete e di rendere positiva l'azione preventiva dei soggetti che sono titolari della sicurezza; è stato acquisito ed aggiornato alla realtà italiana un metodo di misura dei rischi presenti in cantiere che ha dimostrato di essere efficace nel ridurre gli infortuni.

Ulteriori commenti sui risultati ottenuti dal piano possono essere reperiti nel sito internet dedicato (vedi sitografia). Il testo del piano nazionale prevenzione in edilizia è consultabile anche nel sito del Ministero della Salute (vedi sitografia).



1.3 IL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE IN AGRICOLTURA E SILVICOLTURA

Nell'ambito del Piano Nazionale Agricoltura è proseguita l'effettuazione di interventi ispettivi da parte delle ASL in tutte le regioni e province autonome, il coordinamento e l'integrazione dei diversi progetti regionali, la realizzazione di alcuni specifici obiettivi nazionali, che coinvolgono la totalità del territorio seguendo gli obiettivi nazionali che comprendono:

- il contributo all'evoluzione normativa di sicurezza e salute sul lavoro, alla definizione e diffusione di indirizzi applicativi;
- il sostegno alla semplificazione degli obblighi per piccole e micro imprese agricole;
- la creazione in tutte le ASL di un'anagrafe aggiornata delle aziende agricole, anche in collaborazione con i servizi veterinari regionali e dei dipartimenti di prevenzione, oltre a quella di altri interlocutori del settore;
- il contributo all'analisi del fenomeno infortunistico;
- lo sviluppo di flussi informativi di monitoraggio dell'attività di controllo delle ASL. L'elaborazione periodica e la diffusione dei dati;
- l'attuazione di programmi per la riduzione dei rischi più gravi (trattori e altri macchinari);
- il controllo dell'applicazione della normativa di sicurezza anche in sede di commercio delle macchine;
- campagne di adeguamento delle attrezzature di lavoro ai requisiti di sicurezza;
- la partecipazione alla definizione di idonei criteri per garantire l'inserimento di requisiti di sicurezza e salute sul lavoro nei Piani di Sviluppo Rurale e in altre forme di finanziamento agevolato;
- la formazione degli operatori pubblici di prevenzione nei luoghi di lavoro;
- la formazione dei lavoratori agricoli;
- la diffusione a livello nazionale di buone prassi relative a tematiche complesse;
- la produzione di materiali divulgativi e manuali.

2. I LUOGHI DELLA PROGETTAZIONE

2.1 IL COORDINAMENTO TECNICO INTERREGIONALE

Le azioni previste nei piani regionali di prevenzione costituiscono una parte qualificante dell'attività ma, pur essendo progettate coerentemente con il Piano Nazionale della Prevenzione, restano tasselli isolati nelle singole realtà. La necessità di coordinare le azioni di prevenzione tra le stesse regioni e tra altri Enti dello Stato che svolgono funzioni correlate alla prevenzione nei luoghi di lavoro trova realizzazione nel coordinamento tra regioni e nel coordinamento tra Enti a livello regionale.

La strategia sviluppata dal gruppo di lavoro che costituisce il Coordinamento Tecnico Interregionale nei Luoghi di Lavoro è stata finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi generali:

- rappresentare il sistema delle regioni nel Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive per il coordinamento di cui all'art. 5, nella commissione consultiva permanente di cui all'art.6, nella



Commissione per gli Interpelli (art. 12) e nei tavoli di lavoro istituzionali finalizzati alla piena attuazione del D.Lgs. 81/08 in materia di legislazione concorrente;

- pianificare a livello nazionale le attività di prevenzione da svolgere in coordinamento tra enti e parti sociali nell'ambito dei Comitati Regionali di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/08, al fine di sviluppare interventi orientati all'incremento dei livelli di sicurezza e protezione secondo le priorità del Piano Nazionale di Prevenzione e dei Piani Regionali di Prevenzione;
- monitorare la copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza (controllo del 5% delle unità locali con almeno un dipendente o equiparato), orientando le attività dei servizi delle ASL verso le priorità di salute ed il contrasto dei rischi più gravi.

Nell'arco dell'anno 2012 le attività del Gruppo di Coordinamento Tecnico Interregionale PISLL si sono articolate in 11 incontri collegiali, dei quali 5 con modalità di videoconferenza e 6 presso la delegazione di Roma della Regione del Veneto.

Per quel che concerne l'obiettivo del coordinamento delle attività tra le regioni, esso si è sostanziato:

- nella condivisione delle aree di intervento, poi sviluppate da ciascuna regione nell'ambito dei rispettivi Piani di Prevenzione, attuativi delle linee strategiche del Piano Sanitario Nazionale e di quelle articolate nel Piano Nazionale della Prevenzione in Edilizia e nel Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura (PNA);
- nella raccolta dei dati di attività svolta dalle regioni e nella redazione del report di attività.

Il Coordinamento Tecnico Interregionale PISLL ha provveduto alla raccolta del materiale informativo sullo stato di operatività dei Comitati Regionali di Coordinamento ex art. 7 del D.Lgs. n. 81/2008, sulle iniziative di formazione

svolte dalle regioni in ottemperanza all'art. 11, comma 7, del medesimo decreto, nonché sulla programmazione in materia prevenzionistica, per l'elaborazione delle relazioni finalizzate alle audizioni tenutesi presso la Commissione d'inchiesta del Senato sulle morti bianche il 25 maggio ed il 27 luglio 2011.

Delegati del coordinamento hanno partecipato ai lavori:

- del 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 (Art. 5 D.Lgs 81/08);
- della Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro e sottocomitati di lavoro collegati (Art. 6 D.Lgs 81/08).

Infine il Coordinamento ha costituito sottogruppi di lavoro al fine di trattare in modo approfondito le tematiche oggetto di specifici provvedimenti normativi di natura tecnica di interesse generale. In **Tabella 2.1** sono riportati i principali sottogruppi di lavoro dedicati a temi specifici.



2 - ATTIVITÀ DI

Tabella 2.1 – Principali sottogruppi di lavoro del Coordinamento Tecnico Interregionale.

Fonte: *Coordinamento Tecnico Interregionale*

1	Delegati a partecipare a Tavoli tecnici aperti con ministeri
2	Coordinamento Interregionale prevenzione
3	CNESPS, Gruppo Tecnico
4	Piano Nazionale Agricoltura
5	Piano Nazionale Edilizia
6	Flussi informativi e sistemi di sorveglianza
7	Macchine e Impianti
8	Porti
9	Stress lavoro correlato
10	Formazione
11	Progetto
12	Macchine e Impianti
13	Agenti Fisici
14	Agenti chimici e cancerogeni
15	Amianto e altre fibre
16	Infortuni sul lavoro, partecipazione al progetto INAIL
17	Malattie professionali, partecipazione al progetto INAIL
18	Sicurezza nelle ferrovie
19	Grandi opere

2.2 I COMITATI REGIONALI DI COORDINAMENTO

In tutte le regioni risultano attivati i Comitati Regionali di Coordinamento ex art. 7, D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, finalizzati alla programmazione coordinata degli interventi.

Lo stato di realizzazione di tale complesso sistema di promozione della salute e della sicurezza, come definito all'art. 2, comma 1, lett. p del D.Lgs 81/2008, è avanzato; delle attività svolte viene dato conto in **Tabella 2.2**. Particolare attenzione è rivolta al monitoraggio degli interventi coordinati fra enti a livello regionale (in particolare con Direzioni Territoriali del Lavoro, INAIL, INPS e VV.F) al fine di migliorare la copertura del territorio ed evitare inutili duplicazioni di controlli. Le attività di vigilanza, in particolare in coordinamento tra enti, sono state indirizzate verso i comparti a maggior rischio infortunistico, edilizia ed agricoltura, e più in generale verso il contrasto degli infortuni e delle malattie professionali.



Tabella 2.2 – Monitoraggio dell'attuazione del DPCM21.12.2007 e dell'art. 7 del D.Lgs. n. 81/2008.

Fonte: Coordinamento Tecnico Interregionale (la tabella prosegue nella pagina seguente)

REGIONE/P.A.	Istituzione CRC	N.medio riunioni dalla data di insediamento del Comitato Regionale	Piani e progetti già individuati a livello nazionale	Attività di indirizzo e programmazione per la prevenzione e la vigilanza	Attività di promozione e coord. tra le varie istituzioni per le attività di comunicazione, informazione, formazione e assistenza	Raccolta, analisi di informazioni sugli eventi dannosi e ai rischi con soluzioni operative e tecniche per ridurre infortuni e malattie prof.	Valorizzazione degli accordi aziendali e territoriali in materia	Redazione del documento annuale dei risultati ottenuti
ABRUZZO	DGR n. 705 del 1 agosto 2008, DPGR n. 144 del 21/10/2008, DPGR n. 39 del 27/05/2009, DPGR n. 101 del 14/09/2011	3,5	Sì	Sì	Parz.	No	Sì	Sì
BASILICATA	DPGR n. 170 del 08/07/2008	2	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	No
CALABRIA	DPGR n. 852 del 29/12/2010	3	Sì	Sì	No	No	Sì	Sì
CAMPANIA	DPGR n. 198 del 24/9/2008, DPGR n. 37 del 16/02/2011	2	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	No
EMILIA - ROMAGNA	DGR n. 963 del 23 giugno 2008 Determina del Direttore generale sanità e politiche sociali n. 16524 del 24/12/2008	3	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
FRIULI VENEZIA GIULIA	DGR n. 326 del 12 febbraio 2009 (DPREG n. 46 del 25.2.2009)	3,25	Sì	Sì	Sì	No	No	Sì
LAZIO	DGR 178/2009-	2	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
LIGURIA	DGR n. 801 del 4 luglio 2008	4	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
LOMBARDIA	D.G.R. n. 32955 del 5 dicembre 1997 D.G.R. 875 del 30.06.2008,	4	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
MARCHE	DDSS 115/08, DDSS 24/11	2,4	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
MOLISE	D.P.G.R. n. 209 del 20 giugno 2008	3	Sì	Sì	Sì	No	No	Sì
PIEMONTE	DGR 8-10241 del 9/12/2008	4	Sì	Sì	Sì	Sì	No	Sì
PUGLIA	DGR n. 591 del 17 aprile 2008	3,6	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
SARDEGNA	D.P.G.R. n. 148 del 08.08.2000, D.P.G.R. n. 72 del 02.08.2007, D.P.G.R. n. 86 del 21.07.2008, D.P.G.R. n. 107 del 26.09.2008, D.P.G.R. n. 169 del 30.12.2010, D.P.G.R. n. 57 del 15.05.2012 e Decreti Assessoriali n. 59/2012 e n. 3/2013	2,5	Sì	Sì	Sì	Sì	No	Sì
SICILIA	Decreto presidenziale 14 gennaio 2009	2,5	Sì	Sì	Sì	Sì	No	Sì
TOSCANA	DGR n. 588 del 28 luglio 2008, DGR 106 del 28/02/2011	3	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
UMBRIA	DGR n. 281 del 17 marzo 2008-	4	Sì	Sì	Sì	Sì	No	Sì
VALLE D'AOSTA	DGR n. 3211 del 7 novembre 2008	2	Sì	Sì	Sì	Sì	No	Sì
VENETO	DGRV n. 4182 del 30 dicembre 2008	4,2	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
P.A.BOLZANO	D G P n. 4621 del 9 dicembre 2008	1,5	No	No	Sì	No	No	No
P.A.TRENTO	DG P n. 1165 del 15 maggio 2009	1	Sì	Sì	Sì	Sì	No	Sì



(continua dalla pagina precedente)

REGIONE o P.A.	Istituzione Ufficio Operativo Regionale	Riunioni periodiche e relativa frequenza	Piani operativi di vigilanza	Monitoraggio delle attività programmate e relativa frequenza	Istituzione Organismi Provinciali
ABRUZZO	DGR n. 705 del 1 agosto 2008, DPGR n. 144 del 21/10/2008, DPGR n. 39 del 27/05/2009, DPGR n. 101 del 14/09/2011	Trimestrali	Sì	Semestrale	Sì
BASILICATA	DGR n. 2174 del 29/12/2008	Semestrali	Sì	Annuale	Sì
CALABRIA	DPGR n. 852 del 29/12/2010	Semestrali	Sì	Annuale	Sì
CAMPANIA	DPGR n. 198 del 24/9/2008, DPGR n. 37 del 16/02/2011	Sì	Sì	Annuale	Sì
EMILIA - ROMAGNA	DGR n. 963 del 23 giugno 2008 Determina del Direttore generale sanità e politiche sociali n. 16524 del 24/12/2008	Quadrimestrali	Sì	Annuale	Sì
FRIULI VENEZIA GIULIA	DGR n. 326 del 12 febbraio 2009 (DPREG n. 46 del 25.2.2009)	Quadrimestrali	Sì	Annuale	No
LAZIO	DGR 178/2009-	Semestrali	Sì	Semestrale	Sì
LIGURIA	DGR n. 801 del 4 luglio 2008	Trimestrali	Sì	In chiusura programmi	Sì
LOMBARDIA	D.G.R. n. 32955 del 5 dicembre 1997	Trimestrali	coord. regional e	Annuale	Sì
MARCHE	Insedimento 13/01/2009	Quadrimestrali	Sì	Semestrale	Sì
MOLISE	D.G.R. n.132 del 16/02/09	No	No	No	Sì
PIEMONTE	DGR 9-10772 del 16/02/2009	Semestrali	Sì	No	Sì
PUGLIA	DGR n. 591 del 17 aprile 2008	Sì	Sì	Sì	Sì
SARDEGNA	Previsto dall'All. 1 alla DGR n.62/25 del 5 novembre 2008; nella riunione del 25 gennaio 2012 il C.R.C. ha approvato il Regolamento dell'Ufficio Operativo e in seguito esso è stato costituito con D.P.G.R. n. 57 del 15 maggio 2012, (art. 3)	Semestrali	Sì	Annuale	Sì
SICILIA	Decreto Assessorato Salute n. 1864 del 21/07/10	Sì	Sì	Sì	Sì
TOSCANA	DGR n. 588 del 28 luglio 2008, DGR 106 del 28/02/2011, DPGR 174/2011	Trimestrali	Sì	Semestrale	Sì
UMBRIA	DGR n. 281 del 17 marzo 2008-	Semestrali	Sì	Annuale	Sì
VALLE D'AOSTA	DGR n. 3211 del 7 novembre 2008	Quadrimestrali	Sì	No	n.p.
VENETO	DGRV n. 4182 del 30 dicembre 2008	Periodici senza cadenza fissa	Sì	Annuale	Sì
P.A. BOLZANO	D G P n. 4621 del 9 dicembre 2008	Semestrali	Sì	No	CPC
P.A. TRENTO	Considerato il particolare assetto istituzionale e organizzativo della Provincia autonoma di Trento e tenuto conto dell'articolo 5 del D.P.C.M. 21 dicembre 2007, non è stato istituito l'Ufficio operativo regionale. La pianificazione e il coordinamento delle attività in materia avviene attraverso altre modalità.				



3. LE AZIONI DEI SERVIZI DELLE ASL NEL 2012

3¹ LE ATTIVITÀ DI VIGILANZA

La necessità di garantire l'uniformità delle prestazioni sul territorio nazionale, sia dal punto di vista qualitativo sia dal punto di vista quantitativo, nonostante la frammentazione territoriale delle ASL, ha portato allo sviluppo di piani condivisi a livello nazionale, con la definizione di standard e indicatori, e di attività comuni di formazione per gli operatori addetti alle attività di vigilanza in edilizia ed agricoltura e

per gli addetti allo svolgimento delle indagini per malattia professionale e per infortunio sul lavoro. L'attività di vigilanza dei servizi di prevenzione in ambienti di lavoro delle ASL comprende un insieme articolato di funzioni di controllo; tra queste si colloca l'obiettivo del raggiungimento del livello essenziale di assistenza (LEA), costituito dal numero di controlli sulla salute e sicurezza degli ambienti di lavoro almeno nel 5% delle unità locali con uno o più dipendenti o equiparati.

La verifica dei volumi di attività delle regioni ha evidenziato come il sistema regionale di prevenzione negli ambienti di lavoro nel suo complesso sia stato in grado di garantire questo risultato già dal 2007.

La **Tabella 2.3** riassume le principali azioni attuate dalle ASL. Nelle **Figure 2.1 – 2.25** sono meglio dettagliate le attività svolte negli ultimi anni (*).

Dal 2007, anno di sottoscrizione del Patto

Tabella 2.3 – Sintesi dei dati generali di vigilanza, periodo 2007-2012.

Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012(*)
N° Totale aziende oggetto di ispezione (comprese ispezioni per rilascio pareri)	120.196	138.510	158.663	162.525	160.967	163.797
N° cantieri edili ispezionati	41.457	51.913	54.343	53.165	54.683	54.985
N° cantieri edili non a norma	21.682	22.999	21.546	19.443	18.530	17.197
Percentuale cantieri edili non a norma su cantieri edili ispezionati	52,3%	44,3%	39,6%	36,6%	33,9%	31,3%
N° aziende agricole ispezionate	3.701	4.178	4.740	5.980	7.616	8.512
N° aziende agricole non a norma	n.d.	663	763	1.055	1.590	2.417
Percentuale aziende agricole non a norma su aziende agricole ispezionate	n.d.	15,9%	16,1%	17,6%	20,9%	28,4%
N° inchieste infortuni concluse	21.573	21.682	19.273	16.337	16.958	16.413
N° inchieste malattie professionali concluse	8.603	10.417	10.214	8.863	9.909	9.897
N° aziende o cantieri controllati con indagini di igiene industriale	3.552	3.658	2.261	3.519	1.872	1.496

(*) P.A.Bolzano: dati parziali relativi alla Sez. Ispettorato Medico del Lavoro della Medicina del Lavoro dell'ASL



Stato Regioni per la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, vi è stato un incremento del 36% circa delle aziende ispezionate e del 33% circa dei cantieri ispezionati. Seguendo le indicazioni del Piano Nazionale Edilizia, la vigilanza coordinata tra enti è stata finalizzata al controllo dei rischi di caduta dall'alto, di seppellimento e della regolarità del lavoro per il contrasto delle forme in nero e del lavoro grigio.

La pianificazione ha perseguito l'omogeneizzazione delle pratiche di controllo da parte dei servizi al fine di garantire il massimo della uniformità nei controlli effettuati in ambito regionale. A tal fine, sono state emesse diverse procedure operative indirizzate ai principali comparti a rischio, quali edilizia ed agricoltura.

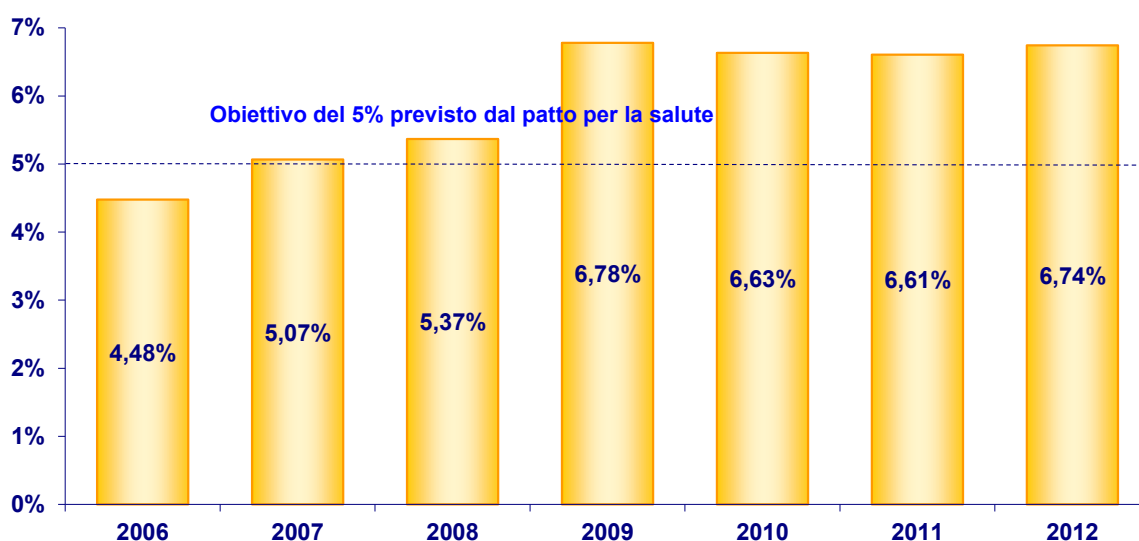
COPERTURA DEL LEA - PATTO PER LA SALUTE

Facendo riferimento al Patto Stato Regioni, D.P.C.M. 17.12.2007, che fissa l'obiettivo di controllare almeno il 5% delle unità locali con dipendenti o equiparati, i grafici delle **Figure 2.1 - 2.3** documentano il raggiungimento della copertura del Livello Essenziale di Assistenza a livello nazionale e l'aumento del numero di regioni e province autonome che hanno conseguito il risultato.

L'obiettivo indicato dal Patto per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro risulta raggiunto e garantito a livello nazionale assestandosi oltre il 6,5%, pur in presenza di disomogeneità territoriale. Il principale risultato attesta il miglioramento quantitativo delle prestazioni che è stato perseguito fin dal 2006, ma anche qualitativo (efficacia ed appropriatezza) in quanto l'azione di prevenzione è stata orientata verso i comparti a maggior rischio per la salute.

Figura 2.1 – Percentuale delle aziende con dipendenti o equiparati ispezionate dai servizi di prevenzione in ambienti di lavoro delle ASL, periodo 2006 – 2012. Dopo il DPCM 17.12.2007 la percentuale si è mantenuta stabilmente al di sopra del livello minimo previsto del 5%; dal 2009 in poi il livello complessivo supera il 6%.

Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.

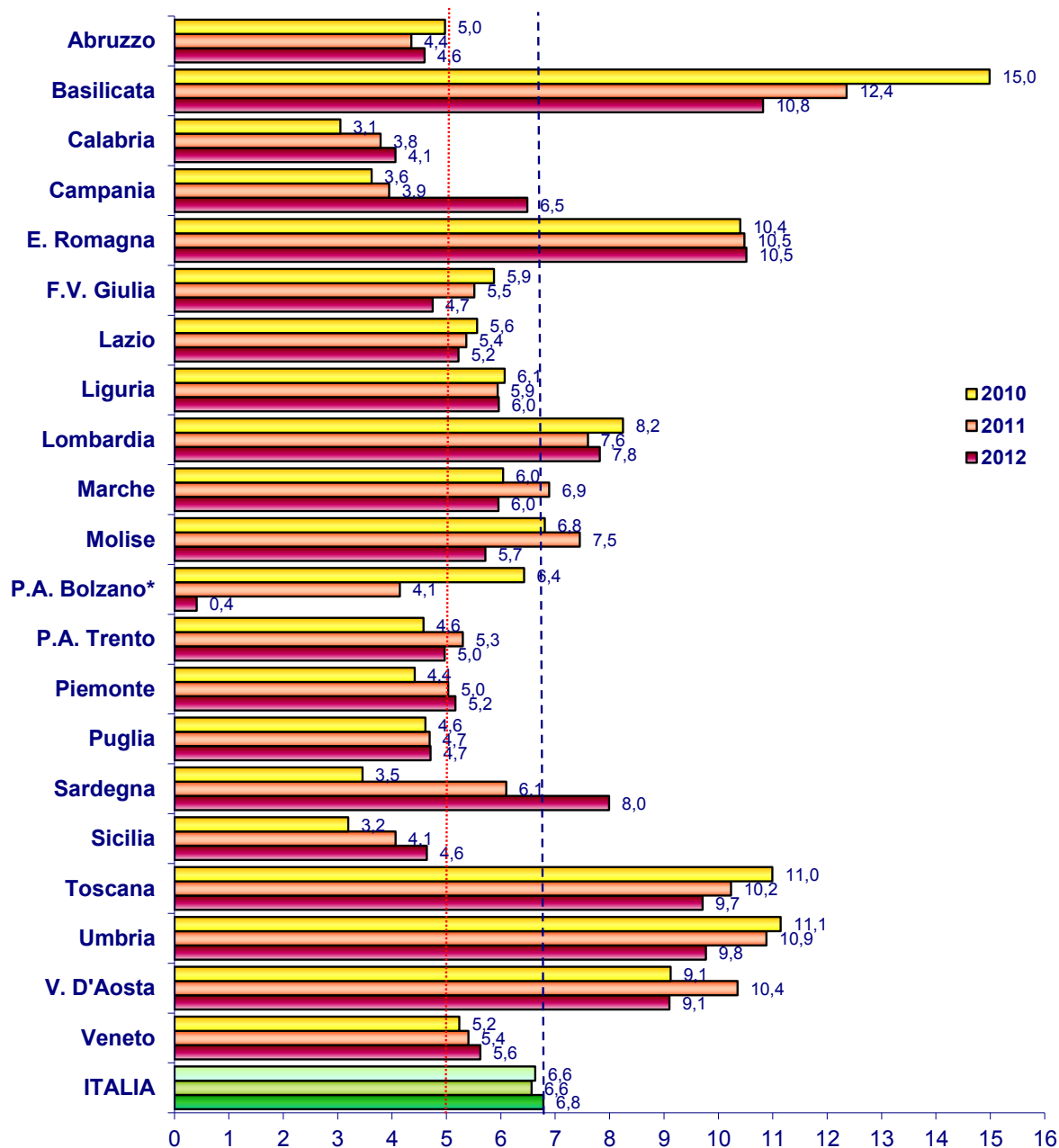


(*) Per il 2012 i dati della P.A. Bolzano sono parziali in quanto relativi solo alla Sezione Ispettorato Medico del Lavoro della Medicina del Lavoro dell'ASL.



Figura 2.2 – Percentuale di aziende con dipendenti ispezionate nelle regioni, periodo 2010 – 2012.

Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.



*P.A. Bolzano: per il 2012 dati parziali relativi alla sola Sezione Ispettorato Medico del Lavoro della Medicina del Lavoro dell'ASL

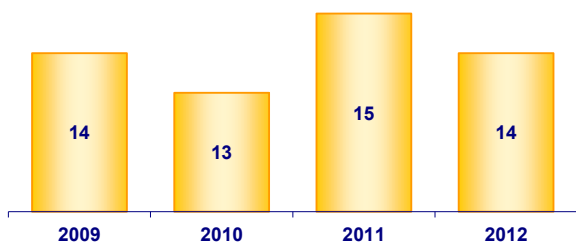
-- La linea blu indica la media italiana

..... La linea rossa indica il livello del 5% previsto dal patto per la salute



2 - ATTIVITÀ DI

Figura 2.3 – Numero di regioni al di sopra del 5% di aziende ispezionate sul totale delle aziende con dipendenti o equiparati, periodo 2009-2012.
Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.



L'adozione di un sistema di monitoraggio dei livelli di produttività e l'azione di benchmarking come metodo di miglioramento continuo, hanno favorito l'incremento dei livelli di efficienza indicati.

Esaminando in dettaglio le specifiche attività svolte (**Figure 2.4 - 2.7**), si evidenzia che i controlli effettuati sono aumentati in valore assoluto fino al 2010 (oltre 160.000 aziende viste con quasi 220.000 sopralluoghi) e poi lievemente diminuiti nel 2011, fino a raggiungere 163.797 aziende ispezionate nel 2012. Si sottolinea che, anche per gli effetti della recente crisi economica, è diminuito il numero di aziende su cui si calcola l'obiettivo LEA che, per il 2012, è stato basato sulle informazioni più recenti disponibili che al momento della pianificazione erano quelle relative al 2010.

Figura 2.4 – Numero di aziende ispezionate in tutti i comparti produttivi, periodo 2009-2012.
Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.

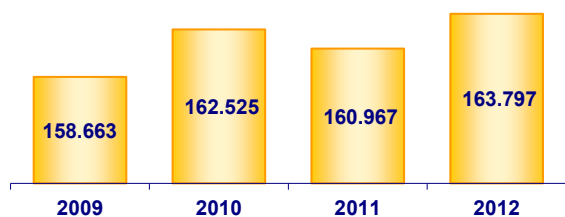


Figura 2.5 – Numero complessivo di sopralluoghi in tutti i comparti produttivi, periodo 2009-2012.
Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.

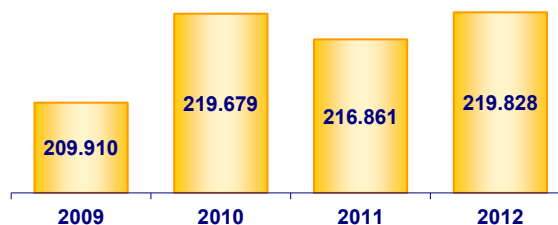


Figura 2.6 – Numero di violazioni riscontrate in tutti i comparti produttivi, periodo 2009-2012.
Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.

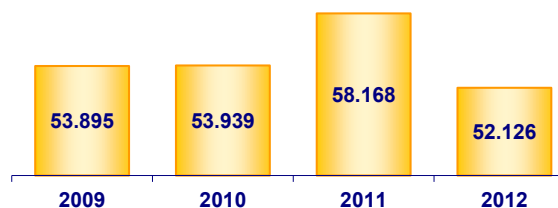
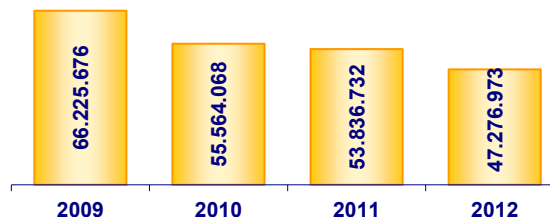


Figura 2.7 – Importo complessivo di tutte le sanzioni amministrative (ex Legge 689/81, incluse quelle introdotte dall'art. 301-bis del D.Lgs 81/08) e penali (ex D.Lgs 758/94) in tutti i comparti produttivi, periodo 2009-2012.
Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.





Le violazioni riscontrate in tutti i comparti sono diminuite rispetto al 2011, attestandosi attorno a valori più bassi osservati nel 2009, inferiori a quelli pre-crisi (nel 2008 circa 70.000).

ATTIVITÀ DI CONTROLLO DELLA CONFORMITÀ AI REQUISITI ESSENZIALI DI SICUREZZA (RES) DELLE MACCHINE MARCATE CE

Le ASL partecipano attivamente all'attività di controllo della conformità ai requisiti essenziali di sicurezza (RES) delle macchine in base a quanto previsto dal D.Lgs. 81/08 e dalle disposizioni legislative e regolamentari di recepimento delle direttive comunitarie di prodotto (direttiva macchine); questa attività, svolta anche da altri enti nell'ambito dei propri compiti istituzionali, consente una puntuale azione di sorveglianza sulle macchine immesse sul mercato.

Complessivamente 3.023 macchine sono state segnalate per presunte non conformità all'autorità nazionale di sorveglianza del mercato nel periodo 30 ottobre 2010- 30 giugno 2013 secondo quanto riportato nel 7° rapporto INAIL sull'attività svolta ai sensi del D.Lgs 17/2010. Si osserva in **Figura 2.8** che le ASL contribuiscono in misura preponderante all'attivazione del processo di valutazione; il motivo prevalente delle segnalazioni è rappresentato dall'inchiesta a seguito di infortunio non mortale. Delle 2.061 segnalazioni per le quali le autorità hanno espresso un parere, le risultanze degli accertamenti hanno evidenziato la non conformità per 1.257 attrezzature con notevoli ripercussioni sul piano preventivo poiché gli adempimenti conseguenti riguardano anche tutte le macchine dello stesso tipo già immesse sul mercato.

Figura 2.8 – Segnalazioni di presunta non conformità effettuate dal 30 ottobre 2010 al 30 giugno 2013 per soggetto segnalante

Fonte: 7° Rapporto INAIL sull'attività di sorveglianza del mercato ai sensi del D.Lgs. 17/2010 per i prodotti rientranti nel campo di applicazione della Direttiva Macchine. Edizione 2013 - elaborazione PREO.

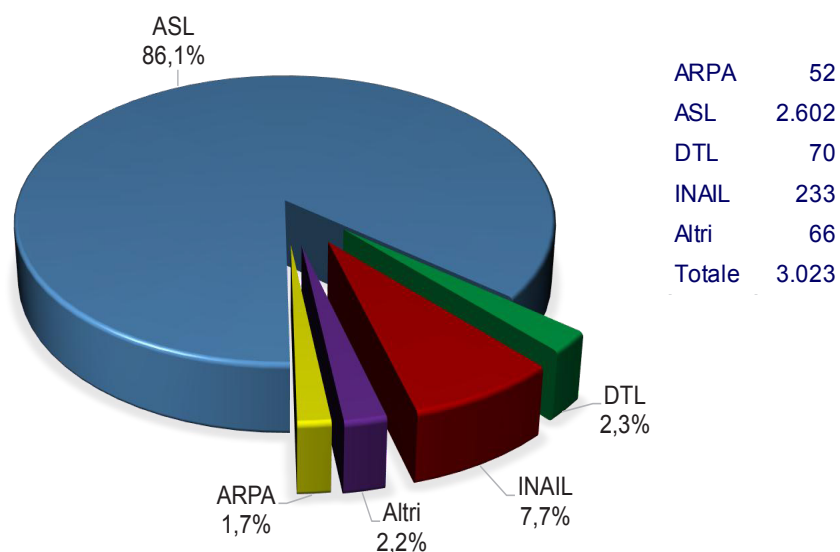




Figura 2.9 – Motivo della segnalazione di presunta non conformità delle segnalazioni effettuate dal 30 ottobre 2010 al 30 giugno 2013

Fonte: 7° Rapporto INAIL sull'attività di sorveglianza del mercato ai sensi del D.Lgs. 17/2010 per i prodotti rientranti nel campo di applicazione della Direttiva Macchine. Edizione 2013 - elaborazione PREO.

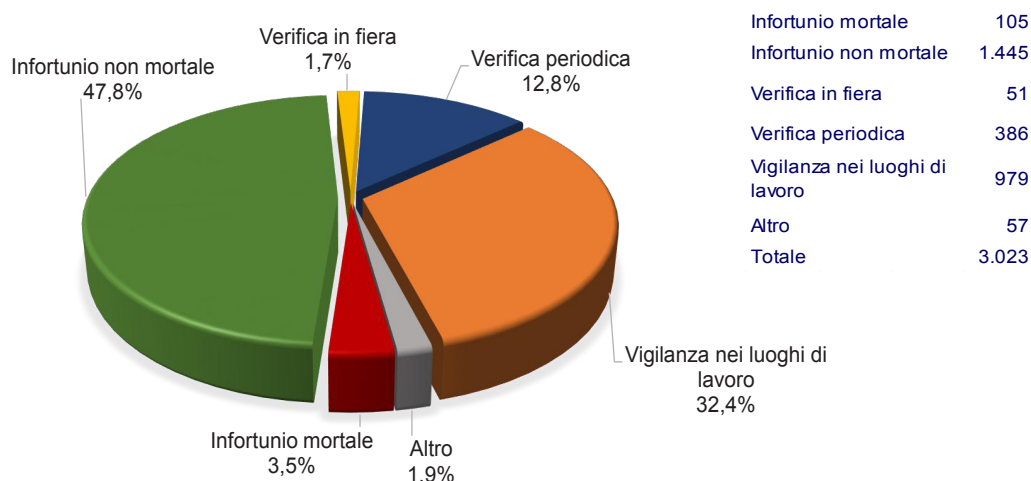
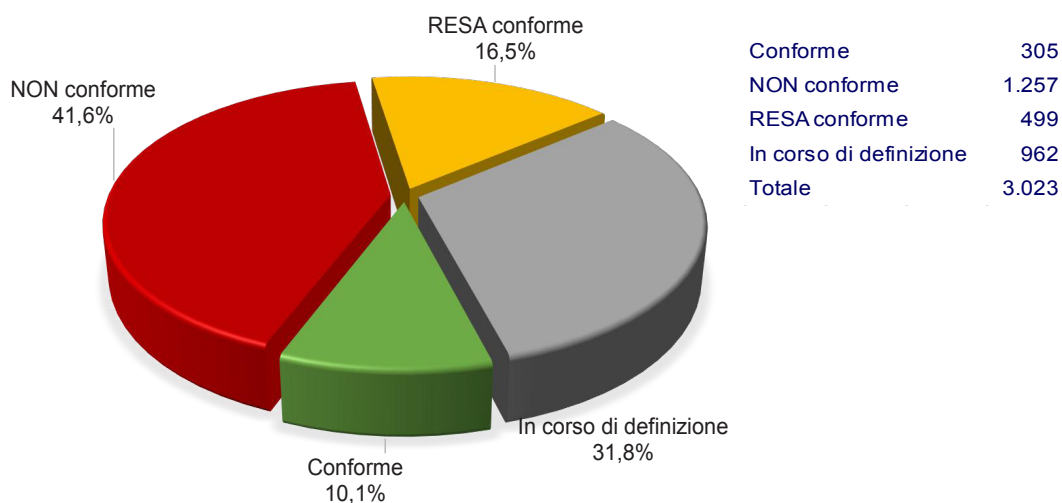


Figura 2.10 – Motivo della segnalazione di presunta non conformità delle segnalazioni effettuate dal 30 ottobre 2010 al 30 giugno 2013

Fonte: 7° Rapporto INAIL sull'attività di sorveglianza del mercato ai sensi del D.Lgs. 17/2010 per i prodotti rientranti nel campo di applicazione della Direttiva Macchine. Edizione 2013 - elaborazione PREO.





EDILIZIA

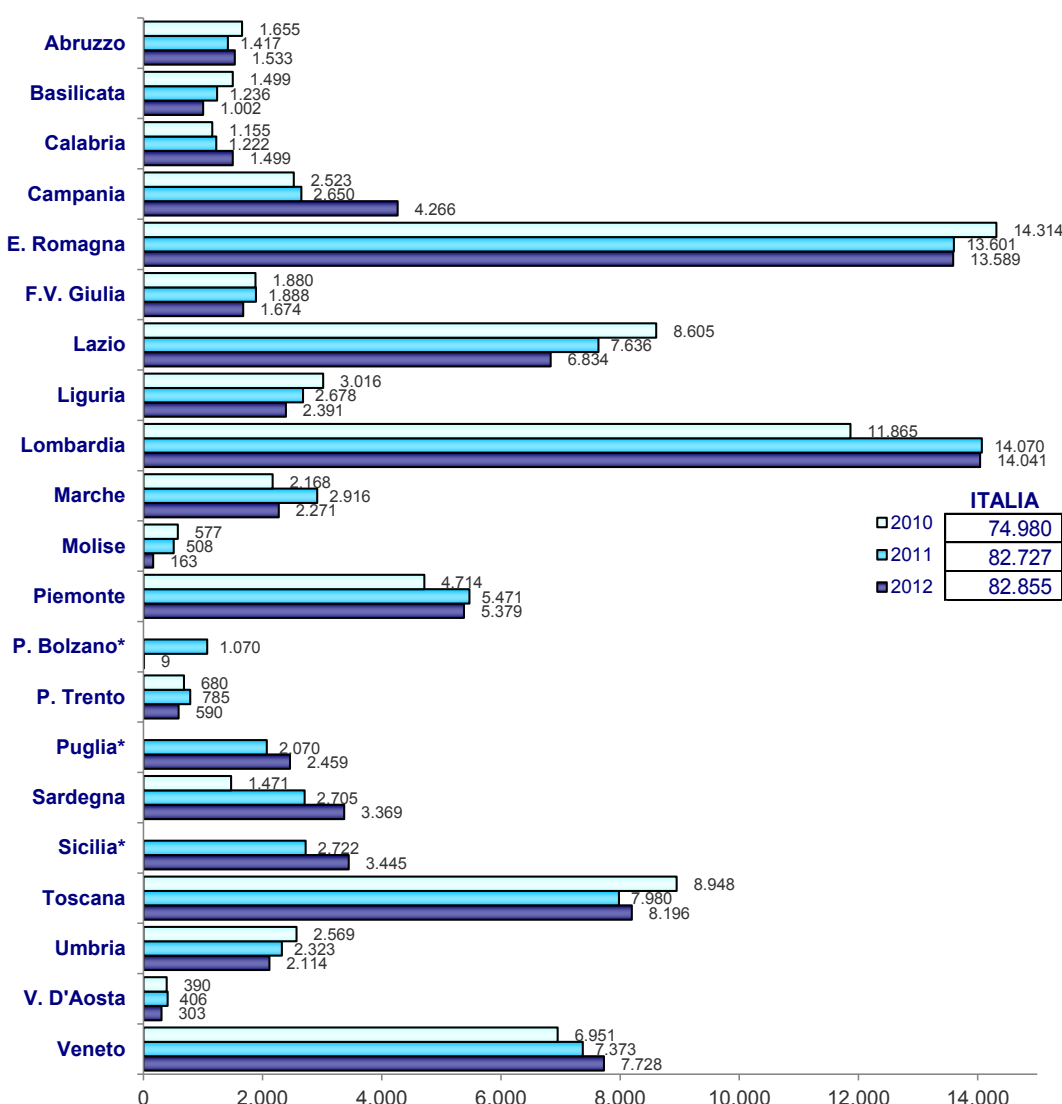
Nelle **Figure 2.11 - 2.14** sono riportati i dati di attività dei servizi delle regioni del 2012 e del biennio precedente; si conferma, a fronte di un aumento del numero di cantieri e di aziende edili controllati, una diminuzione delle situazioni

irregolari dal punto di vista della sicurezza sul lavoro.

Le informazioni sulle attività connesse alla bonifica di materiali contenenti amianto sono riportate nel capitolo 3.

Figura 2.11 – Numero di aziende edili ispezionate nelle regioni, periodo 2010-2012.

Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.



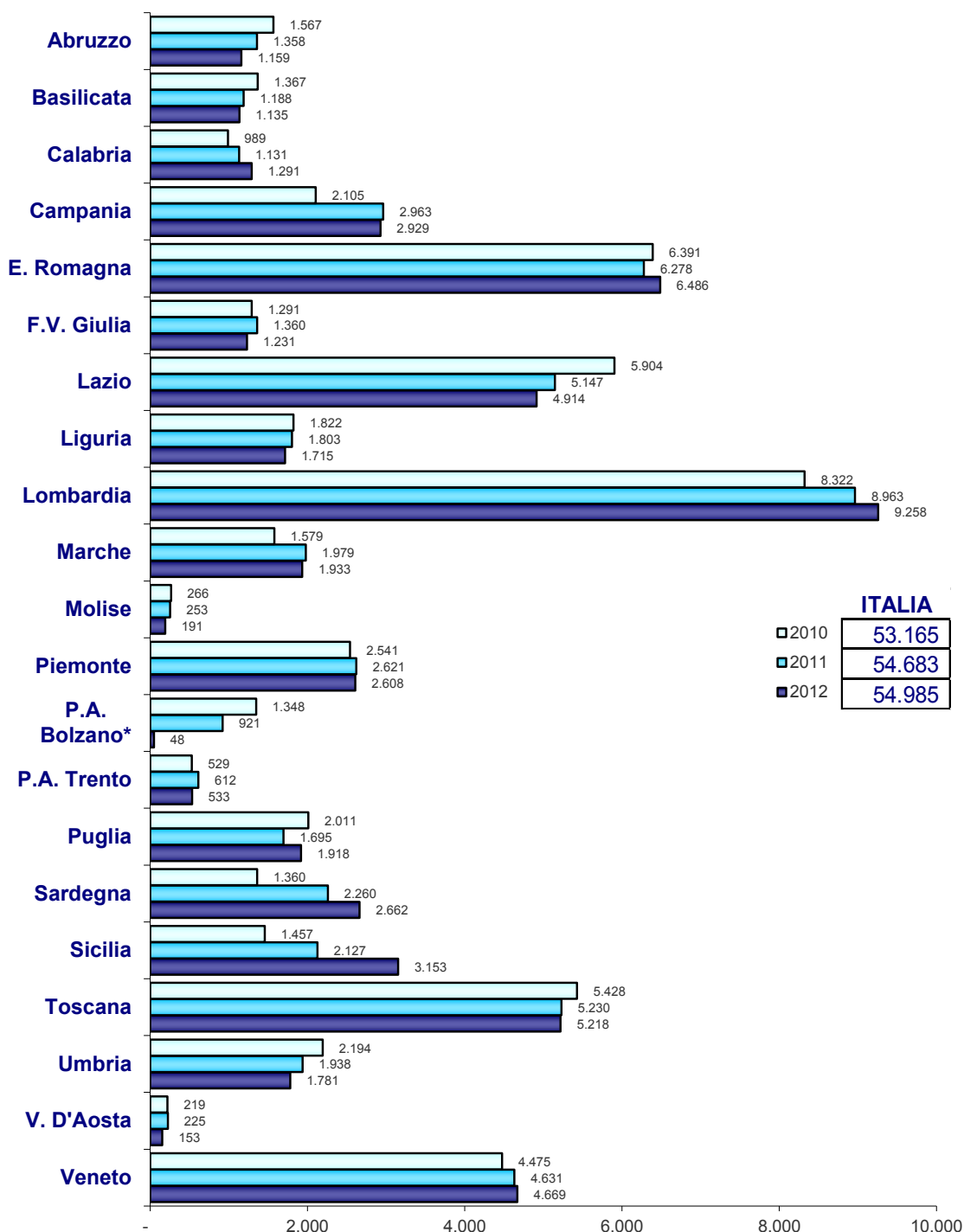
*per il 2010 dato non disponibile per P.A.Bolzano, Puglia e Sicilia
per il 2012 per P.A.Bolzano dati parziali relativi alla sola Sezione Ispettorato Medico del Lavoro della Medicina del Lavoro dell'ASL



2 - ATTIVITÀ DI

Figura 2.12 – Numero di cantieri ispezionati nelle regioni, periodo 2010-2012. L'obiettivo nazionale tendenziale è di 50.000 cantieri all'anno.

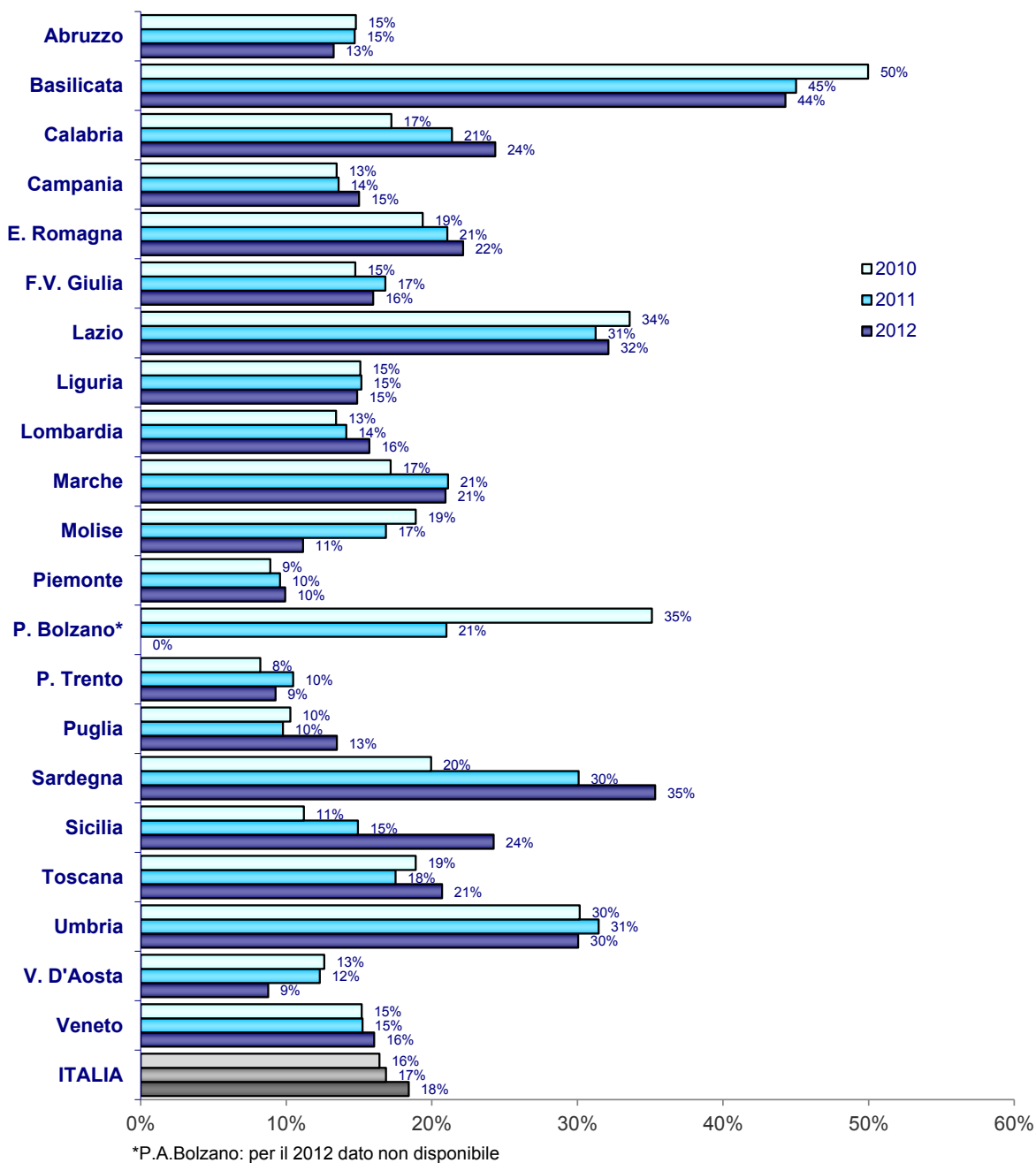
Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.



*P.A. Bolzano: per il 2012 dati parziali relativi alla sola Sezione Ispettorato Medico del Lavoro della Medicina del Lavoro dell'ASL



Figura 2.13 – Percentuale di cantieri ispezionati su notificati nelle regioni, periodo 2010-2012.
Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.

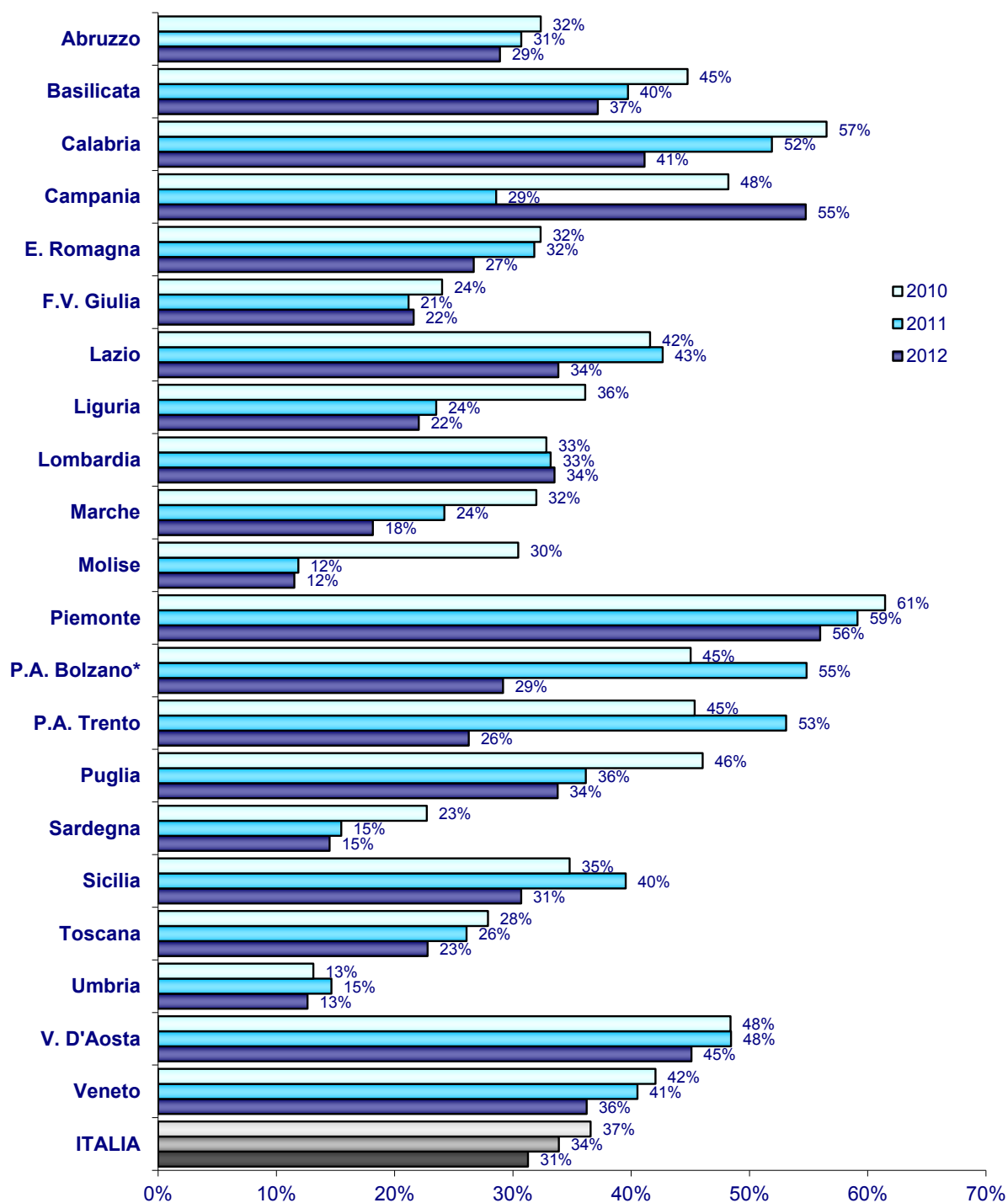




2 - ATTIVITÀ DI

Figura 2.14 – Percentuale di cantieri ispezionati “non a norma” sul totale ispezionati nelle regioni, periodo 2010-2012.

Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.



*P.A. Bolzano: per il 2012 dati parziali relativi alla sola Sezione Ispettorato Medico del Lavoro della Medicina del Lavoro dell'ASL



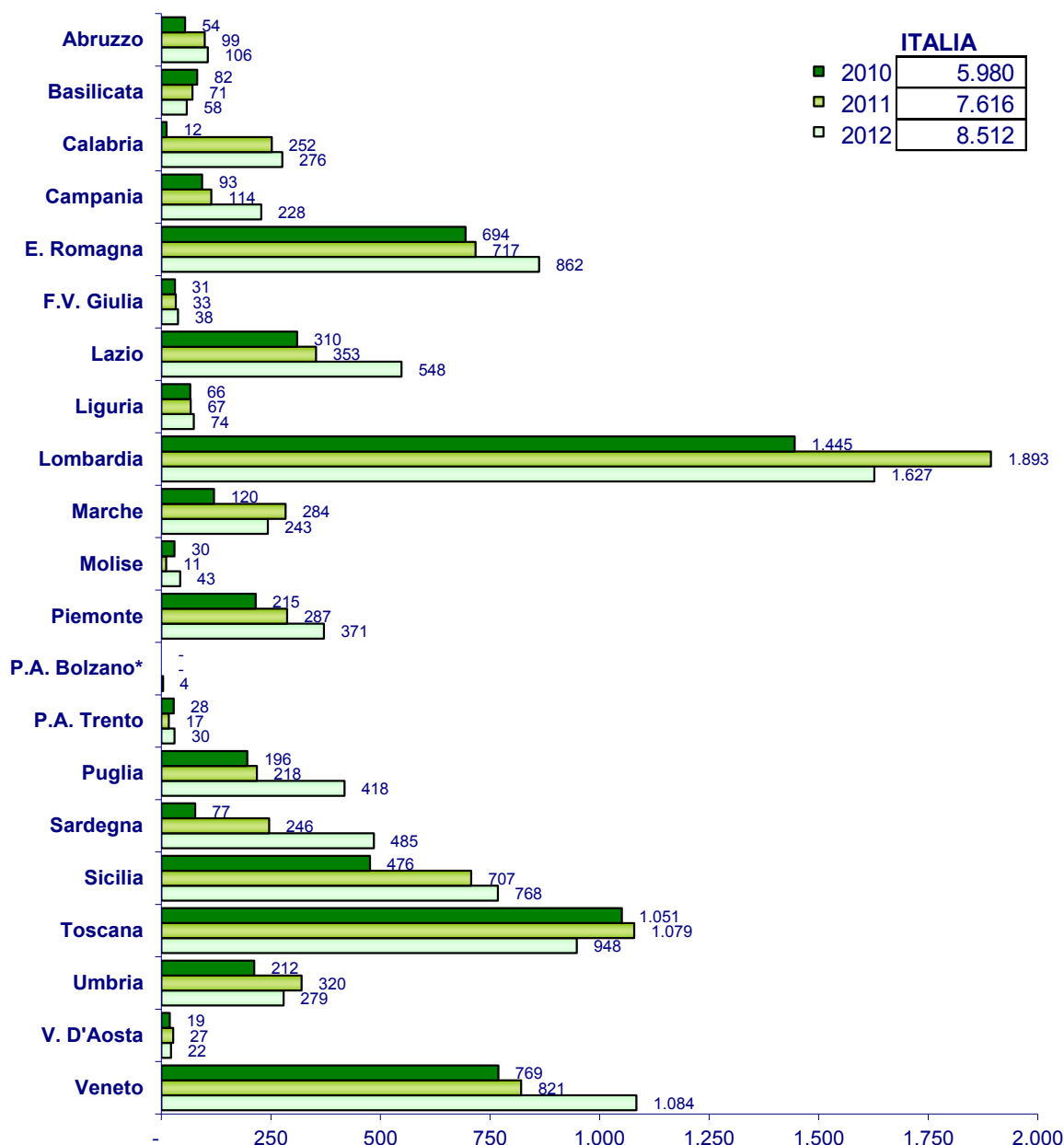
AGRICOLTURA

Le attività di controllo e vigilanza, oltre che nelle aziende agricole, viene svolta anche nelle rivendite di macchine agricole e in occasione di fiere del settore. Il risultato complessivo di 10.000 aziende ispezionate non è ancora stato

raggiunto anche se si osserva un aumento costante negli anni. Il dettaglio delle ispezioni effettuate nel 2012 è riportato in **Figura 2.15**; la **Figura 2.16** mostra il confronto con il numero di aziende agricole censite per territorio.

Figura 2.15 – Numero aziende agricole ispezionate nelle regioni, periodo 2010-2012. L'obiettivo nazionale tendenziale è di 10.000 aziende all'anno.

Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.



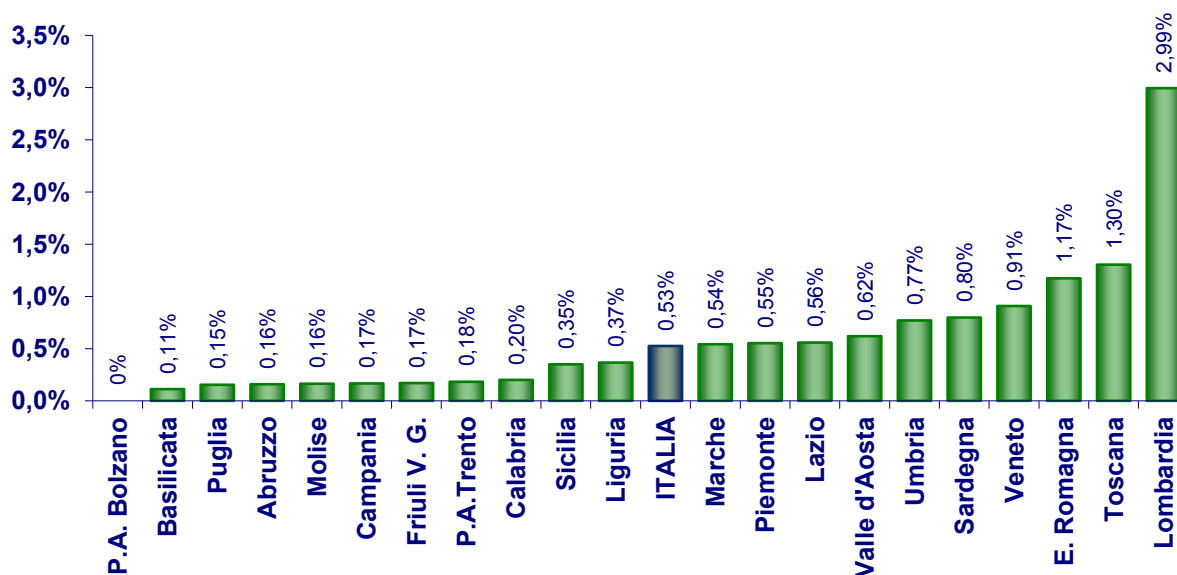
*P.A. Bolzano: dati parziali relativi alla sola Sezione Ispettorato Medico del Lavoro della Medicina del Lavoro dell'ASL



2 - ATTIVITÀ DI

Figura 2.16 – Percentuale di aziende agricole ispezionate nelle regioni nel 2012 sul totale delle aziende agricole censite dall'ISTAT nel 2010.

Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, ISTAT – dati 6° Censimento Generale dell'Agricoltura, elaborazione PREO.



*P.A. Bolzano: dati parziali relativi alla sola Sezione Ispettorato Medico del Lavoro della Medicina del Lavoro dell'ASL

ATTIVITÀ DI CONTRASTO AGLI INFORTUNI SUL LAVORO E ALLE MALATTIE PROFESSIONALI

Nell'ambito della vigilanza svolta dalle ASL rientrano anche le indagini di polizia giudiziaria in seguito a infortuni gravi e malattie professionali. L'indagine di polizia giudiziaria d'ufficio è prevista quando si verifica una lesione personale colposa grave o gravissima oppure la morte del lavoratore per un infortunio o una malattia professionale. In **Figura 2.17 (a sinistra)** si rileva una sostanziale stabilità del numero di inchieste infortuni effettuate, circa 16.000, con percentuale oscillante tra il 28 e il 36% di quelle concluse con riscontro di una violazione alla normativa sulla sicurezza; ciò indica probabilmente una migliore selezione degli infortuni su cui effettuare le indagini (sia dei casi indagati autonomamente dai servizi, sia di quelli svolti su delega delle Procure).

In **Figura 2.18** è rappresentato il riepilogo triennale per ciascuna regione.

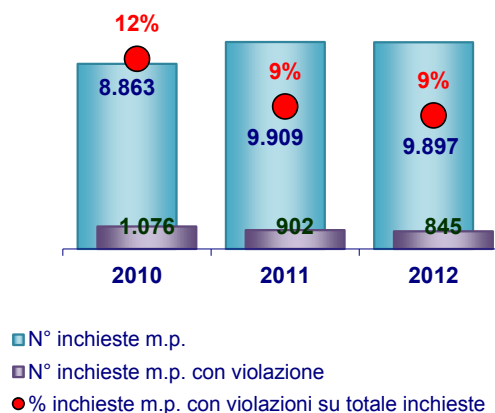
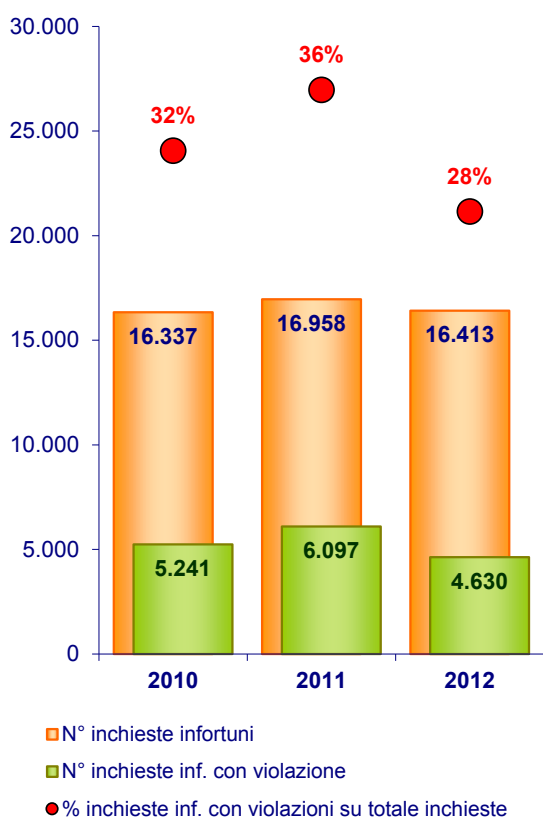
Nel caso delle malattie professionali, soprattutto quelle con lunga latenza tra esposizione professionale e malattia, le violazioni possono essere riscontrate o ipotizzate ma, non essendo rilevabili al presente, sovente sono prescritte come violazioni autonome ed attiene al magistrato la valutazione del nesso di causalità tra l'inosservanza e la lesione personale o morte del lavoratore. In **Figura 2.17 (a destra)** si rileva che sono in diminuzione quelle in cui viene riscontrata una violazione connessa alla malattia; per una corretta interpretazione sarebbe necessario conoscere in dettaglio la tipologia di malattie indagate in relazione alla latenza tra esposizione e l'insorgenza della patologia di cui si è detto sopra.



In **Figura 2.19** è rappresentato il riepilogo triennale per ciascuna regione. Naturalmente, data la elevata numerosità di eventi da indagare, sia per gli infortuni che per le malattie professionali, vi è la possibilità che il risultato dell'indagine risenta di carenza di selezione sui casi da indagare, spesso perché le informazioni iniziali sono incomplete e frammentarie e non consentono di distinguere i casi prettamente accidentali da quelli che potrebbero essere stati determinati da violazioni alle norme di sicurezza sul lavoro.

La presenza di personale medico consente di svolgere, oltre alle indagini per malattia professionale, varie attività di controllo sulla sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti delle aziende, sia durante le ordinarie ispezioni sia mediante azioni mirate. In **Figura 2.20** si rileva, rispetto al biennio 2010-2011, un incremento nel 2012.

Figura 2.17 – A sinistra: Indagini di polizia giudiziaria per infortunio sul lavoro e numero di casi in cui alla base dell'infortunio è stata riscontrata una violazione alla normativa sulla sicurezza sul lavoro. A destra: Indagini di polizia giudiziaria per malattia professionale e numero di casi in cui alla base della malattia è stata riscontrata una violazione alla normativa sull'igiene del lavoro. Periodo 2010-2012.
Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.





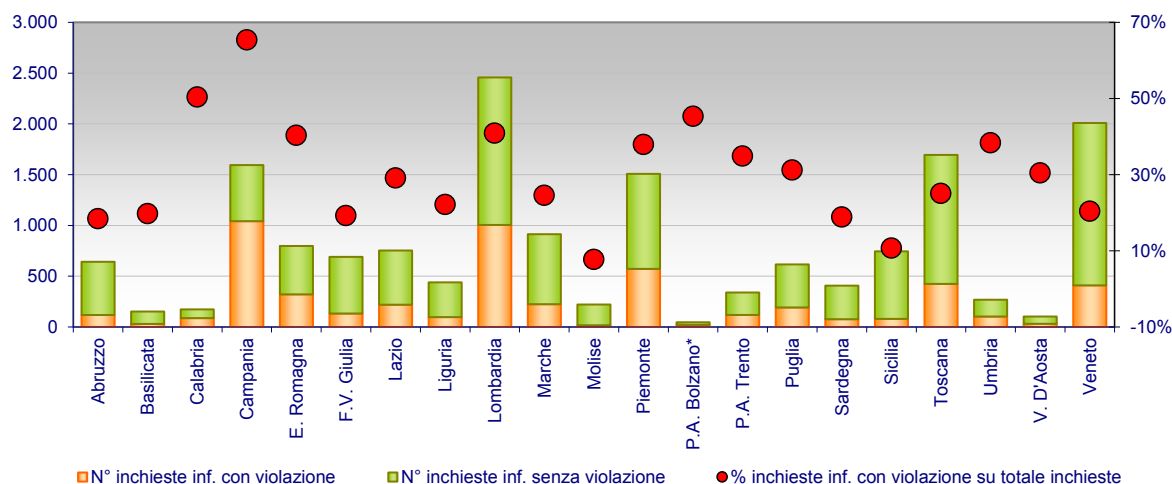
2 - ATTIVITÀ DI

Un commento particolare meritano gli sviluppi connessi all'**art. 40 e all'allegato 3B del D.Lgs 81/08** che prevedono l'invio alle ASL della relazione sulla sorveglianza sanitaria effettuata

dai medici competenti. Nel marzo 2009 sono pervenute per la prima volta queste relazioni sulla sorveglianza sanitaria effettuata nel 2008 ma si è evidenziato immediatamente che, nonostante

Figura 2.18 – Numero di indagini di polizia giudiziaria per infortunio sul lavoro e numero di casi in cui alla base dell'infortunio è stata riscontrata una violazione alla normativa sulla sicurezza sul lavoro, media triennio 2010-2012.

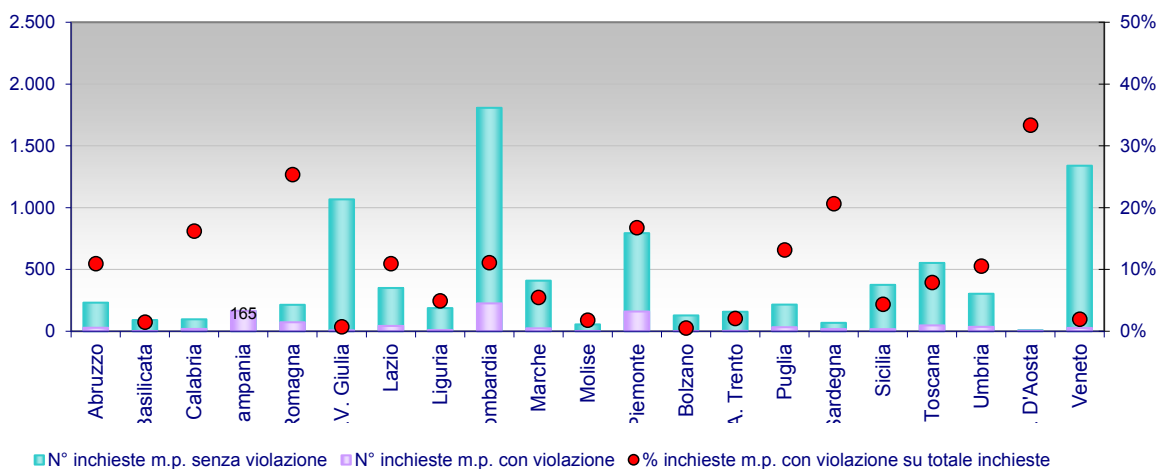
Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.



*P.A. Bolzano: per il 2012 dati parziali relativi alla sola Sezione Ispettorato Medico del Lavoro della Medicina del Lavoro dell'ASL

Figura 2.19 – Indagini di polizia giudiziaria per malattia professionale e numero di casi in cui alla base della malattia è stata riscontrata una violazione alla normativa sull'igiene del lavoro, media triennio 2010-2012.

Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.



*P.A. Bolzano: dati parziali relativi alla sola Sezione Ispettorato Medico del Lavoro della Medicina del Lavoro dell'ASL

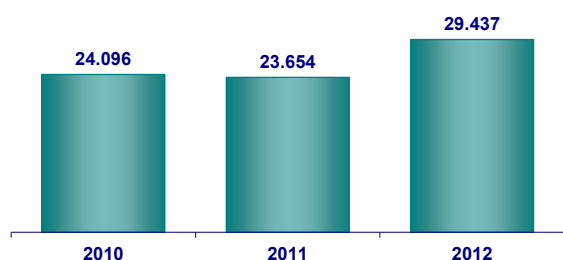


la previsione di invio per via telematica e la predisposizione da parte di alcune regioni di specifici strumenti, la maggior parte dei documenti pervenuti non risultava facilmente elaborabile a causa del formato utilizzato per l'invio. Con il comma 2bis introdotto dal D.Lgs 106/09 è stata di fatto sospesa l'applicazione dell'art. 40 fino all'emanazione del decreto interministeriale contenente la revisione degli allegati 3A e 3B. Tale decreto, emanato il 9 luglio 2012, ha dato l'avvio ad un anno di sperimentazione caratterizzata dalla predisposizione di una piattaforma unica nazionale per la raccolta telematica delle relazioni dei medici competenti messa a disposizione da INAIL secondo i requisiti indicati da un gruppo di lavoro costituito da Ministeri, Regioni e INAIL che si è confrontato anche con le società scientifiche. In marzo 2013 è terminata la fase di raccolta sperimentale dei dati che, per quanto incompleta data la sua natura sperimentale, ha permesso di validare il sistema ed ha messo a disposizione una prima di serie di dati utilizzabili per valutazioni metodologiche e per le valutazioni dei gruppi di lavoro incaricati di analizzare i risultati e proporre eventuali modifiche all'allegato 3B.

Nella fase di sperimentazione (dati sorveglianza

Figura 2.20 – Numero di aziende in cui è stato controllato il protocollo di sorveglianza sanitaria e/o le cartelle sanitarie, periodo 2010-2012.

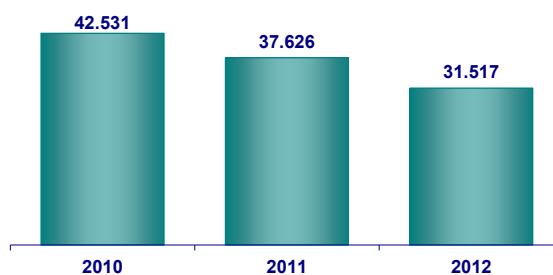
Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.



sanitaria effettuata nel 2012) sono state ricevute 227.198 comunicazioni da parte di 3.597 medici; i medici che si sono comunque collegati al sistema sono 3.597 ed hanno complessivamente registrato la loro associazione con 224.961 Unità Produttive (queste associazioni possono essere utilizzate dai medici competenti anche negli anni successivi). L'invio delle relazioni, in considerazione dello scopo sperimentale dell'invio per il 2012, è proseguito anche nei mesi successivi a marzo (fino ad agosto 2013). Nel 61% dei casi si tratta di medico competente unico per l'unità produttiva, nel 12% di medico coordinatore e per il restante 27% di medico coordinato. Una delle potenzialità del sistema è quella di fornire per la prima volta in modo sistematico delle informazioni sull'esposizione ai fattori di rischio che comportano sorveglianza sanitaria distinti per sesso (**Figura 2.22**); per la prima volta si dispone di questo dato che può essere letto contestualmente ai dati delle malattie professionali al fine di orientare le politiche preventive. Al primo posto si colloca la movimentazione manuale di carichi, sia per i maschi che per le femmine, in accordo con la netta prevalenza delle patologie muscolo scheletriche tra le malattie professionali. Un'altra

Figura 2.21 – Numero di pareri espressi per attività amministrative e autorizzative, compresi i pareri sui nuovi insediamenti produttivi, periodo 2010-2012.

Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.





2 - ATTIVITÀ DI

informazione, precedentemente non disponibile che, pur con le dovute cautele, può fornire spunti di riflessione è il dato sui giudizi di idoneità che, con l'aumento dell'età dei lavoratori, possono costituire un problema in alcuni settori lavorativi (Figura 2.23).

Attualmente il sistema è a regime e sono in corso di valutazione le relazioni sulla sorveglianza sanitaria effettuata nel 2013 pervenute entro

marzo 2014.

La Figura 2.21 contiene inoltre il numero di pareri espressi per attività amministrative e autorizzative, compresi i pareri sui nuovi insediamenti produttivi; il trend è in costante riduzione.

Figura 2.22 – Distribuzione dei rischi dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, anno 2012

Fonte: INAIL, elaborazione PREO.

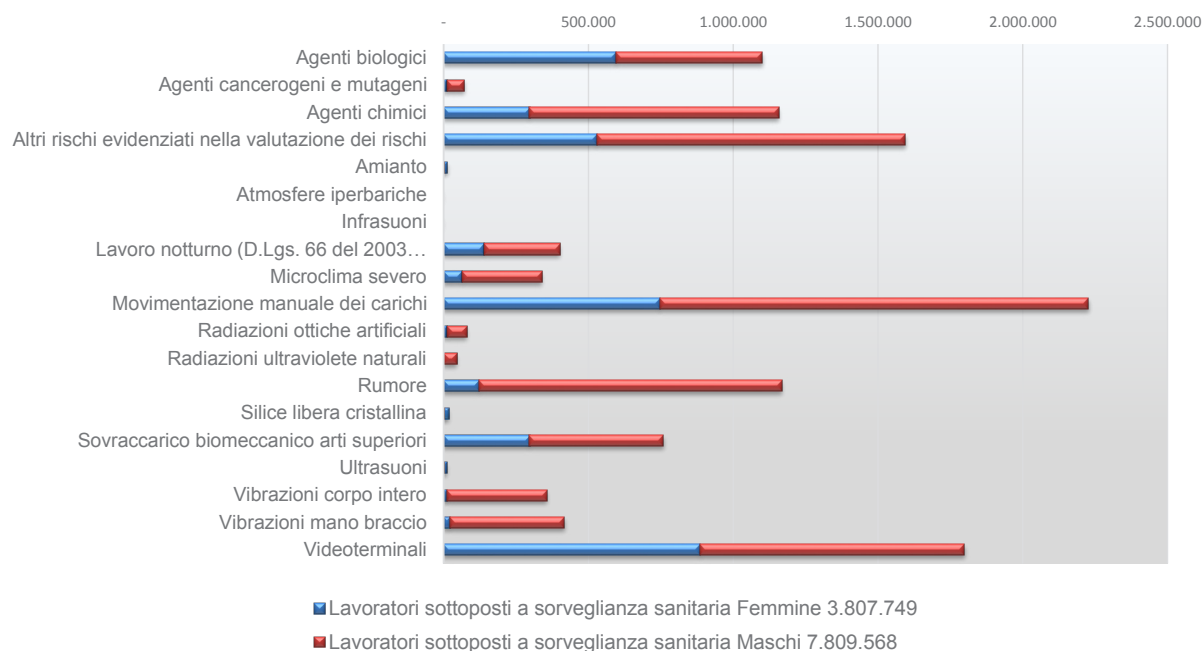


Figura 2.23 – Numero di lavoratori idonei per tipo di giudizio di idoneità, anno 2012.

Fonte: NAIL, elaborazione PREO..

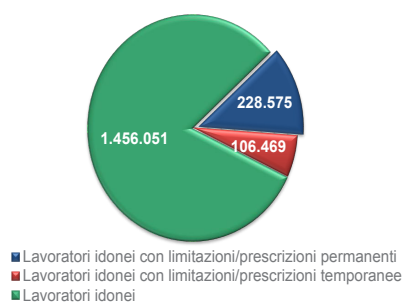
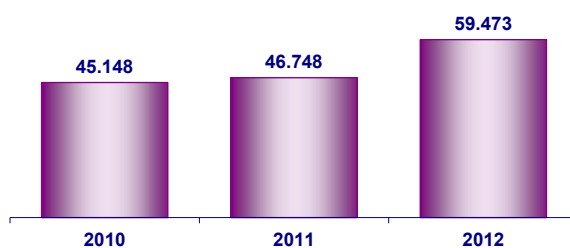


Figura 2.24 – Numero di visite mediche effettuate dal Servizio PSAL, periodo 2010-2012.

Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.



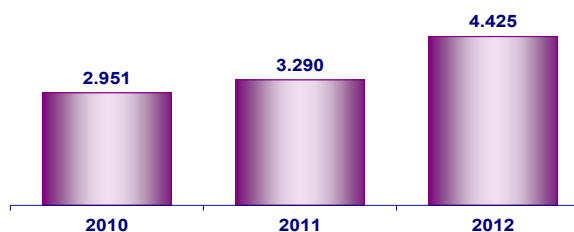


ALTRE ATTIVITÀ SANITARIE

I servizi di prevenzione in ambienti di lavoro delle ASL effettuano visite mediche a richiesta per il rilascio di certificazioni di idoneità, in coerenza con specifiche leggi regionali (**Figura 2.24**), ivi incluse le visite di assunzione nei casi previsti dalla legge e le visite per le procedure di ricorso avverso il giudizio di idoneità formulato dal medico competente (**Figura 2.25**); quest'ultimo tipo di attività è in aumento mentre sono in riduzione le visite ai minori.

Figura 2.25 – Numero di procedure per ricorso avverso il giudizio del medico competente, periodo 2010-2012.

Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.



3.2 ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE, FORMAZIONE, ASSISTENZA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Quest'area di attività è orientata alle attività di comunicazione, informazione e formazione per i cittadini lavoratori o datori di lavoro e per le loro associazioni, oltre che alla promozione di stili di vita salubri (contrasto ad alcool, droga e fumo), allo sviluppo del benessere organizzativo negli ambienti di lavoro ed alla formazione.

Tali obiettivi sono perseguiti attraverso una strategia "flessibile" sviluppata sulla base del contesto regionale di riferimento. Le tipologie di azione sono estremamente articolate e variegate poiché sono quelle che storicamente

sono state programmate e gestite in funzione delle particolari necessità del territorio nell'ottica delle autonomie locali prevista dalla legge 833/78. Allo stato attuale soltanto in alcune regioni esistono dei censimenti sistematici dei materiali informativi prodotti dalle ASL e messi a disposizione dei soggetti coinvolti nella prevenzione.

Per quanto riguarda le attività di formazione, le competenze, attribuite alle Regioni dagli artt. 10 e 11 del D.Lgs 81/08 nell'ambito della sicurezza e salute negli ambienti di lavoro, hanno comportato l'attivazione di attività di formazione erogata direttamente da parte delle ASL (**Figura 2.26**), in collaborazione con le parti sociali ed organismi paritetici, secondo piani e progetti regionali. Il monte ore complessivamente erogato (30.355) ed il numero delle persone coinvolte (79.639) nei diversi percorsi di formazione sono fattori indicativi del radicamento territoriale del SSN.

I servizi di prevenzione in ambienti di lavoro delle ASL svolgono anche azioni di controllo sull'idoneità e qualità della formazione erogata da altri soggetti formatori garantendo l'appropriatezza dei programmi rispetto alle disposizioni legislative in materia di formazione dei lavoratori.

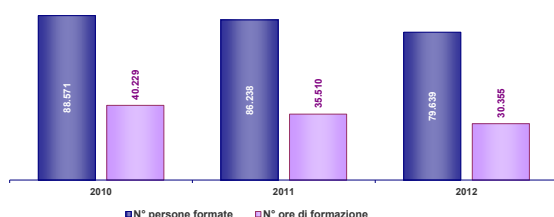
Per quanto riguarda l'assistenza e l'informazione, un'ulteriore indicazione sulla mole di materiale presente nei siti internet di regioni ed ASL può essere desunta dalla consultazione di uno dei principali motori di ricerca internet; nel mese di agosto 2012, utilizzando la stringa di ricerca "ASL lavoro sicurezza prevenzione informazioni" Google consente di reperire 1.510.000 risultati riferibili a contenuti informativi sulle prestazioni rese disponibili ai cittadini da parte dei Servizi di Prevenzione in ambienti di lavoro delle ASL ma anche a materiale informativo sui rischi e sui fattori di rischio professionali, sui dispositivi di protezione individuale e collettiva, sui principi della prevenzione, check list per la verifica della sicurezza in azienda, linee guida per la



prevenzione, riepilogo di obblighi formativi per le varie figure aziendali (lavoratori, datori di lavoro, etc).

Figura 2.26 – Numero di ore di formazione e di persone formate direttamente dai servizi di prevenzione delle ASL, periodo 2010-2012.

Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.



4. I SISTEMI DI SORVEGLIANZA

Anche se i sistemi di sorveglianza vengono alimentati dall'attività dei servizi di prevenzione in ambienti di lavoro delle ASL con le informazioni raccolte durante l'attività ordinaria di indagine per infortunio o malattia professionale, si è deciso di trattarli in questo paragrafo in primo luogo perché rappresentano un modello di collaborazione con altri enti, in particolare INAIL e ISPESL (attualmente confluito in INAIL), in secondo luogo perché, oltre ad essere uno strumento conoscitivo fondamentale, concorrono a sviluppare l'uniformità dei metodi di indagine e della raccolta delle informazioni.

4.¹ INFOR.MO

Il sistema di sorveglianza degli infortuni mortali sul lavoro è stato avviato nel 2002 dall'ISPESL, dalle regioni e dall'INAIL con il sostegno del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM - Ministero della Salute), con lo scopo di aumentare le conoscenze su questi eventi che, sebbene siano in diminuzione, hanno gravi ricadute personali, familiari, economiche e sociali. Una delle caratteristiche qualificanti del sistema risiede nel fatto che le informazioni sulle modalità di accadimento derivano dalle indagini effettuate direttamente sul luogo dell'evento dai tecnici della prevenzione delle ASL. Ciò rende l'analisi delle cause che hanno determinato questi eventi molto più ricca di contenuti utilizzabili per stabilire le necessarie azioni preventive.

Le informazioni vengono raccolte grazie ad un modello multifattoriale di analisi della dinamica infortunistica ed inserite nella banca dati nazionale attraverso la trasmissione via web dei dati direttamente dal territorio. L'archivio Infor.MO racchiude, ad oggi, oltre 4000 infortuni mortali avvenuti nel periodo 2002-2012. In particolare sono raccolti tutti gli infortuni mortali indagati dalle ASL ed una quota di infortuni gravi ritenuti di interesse per la loro specifica dinamica. Per l'ultimo biennio disponibile, sono presenti in archivio 298 infortuni mortali avvenuti nel 2011 e 284 relativi al 2012. Riguardo alle caratteristiche dei lavoratori coinvolti per il 2012, la classe d'età più rappresentata è quella compresa tra i 45 e i 54 anni (31%). Elevata è anche la presenza di eventi mortali tra lavoratori oltre i 65 anni (14%), di cui poco meno della metà ha più di 75 anni (pensionati ed hobbisti molto spesso impegnati in lavori agricoli o forestali).

Con riferimento alla tipologia del rapporto di lavoro, in gran parte si tratta di lavoratori



con contratto a tempo indeterminato (39%). Rilevante la presenza di infortuni mortali anche tra gli autonomi, i soci e i coadiuvanti familiari (32%). Altro dato di interesse è la quota del 9% rappresentata da lavoratori riscontrati come irregolari al momento dell'evento.

Spostando l'attenzione sulle aziende di appartenenza, risulta che i settori produttivi più coinvolti, per effetto dell'alto numero di addetti, sono le costruzioni con il 33%, l'agricoltura con il 23%, l'industria dei metalli (9%) e i trasporti (8%).

In merito alle modalità di accadimento, il 76% degli eventi è raggruppabile nelle prime 5 voci: cadute dall'alto dell'infortunato, caduta dall'alto di gravi, veicolo che esce dal suo percorso e/o si ribalta, contatto con oggetti-mezzi-veicoli nella loro sede, avviamento intempestivo di macchinari o veicoli. Le cadute dall'alto dell'infortunato e quelle di gravi sui lavoratori descrivono oltre la metà degli eventi mortali. Si sottolinea che anche le analisi condotte negli anni precedenti (a partire dal primo triennio di attività del Sistema, anni 2002-2004) evidenziano che le cadute dall'alto di lavoratori e quelle di gravi sui lavoratori raggruppano, costantemente, la metà circa degli eventi mortali analizzati.

La pubblicazione dei dati è stata preceduta dall'attività di un Gruppo di controllo, costituito da Referenti delle Regioni e di Inail Ricerca, che ha portato ad esaminare gli infortuni mortali una volta terminato l'inserimento delle informazioni sulla dinamica infortunistica. I casi per i quali sono state annotate osservazioni riguardanti l'applicazione del modello di analisi Informo, sono stati riaperti e sottoposti di nuovo all'attenzione dei Referenti regionali e degli Operatori di prevenzione che ne avevano curato l'inserimento.

Sul piano della formazione degli operatori della prevenzione, nel 2012 sono stati svolti corsi accreditati ECM per la Asl di Taranto e per la regione Calabria. Parallelamente,

sono proseguite le esperienze dei corsi sul modello Informo per le imprese, i cui contenuti sono stati integrati anche con moduli dedicati all'inserimento del modello stesso nei sistemi aziendali di gestione per la sicurezza. Al riguardo, si sono tenuti dei corsi per imprese appartenenti ai territori di alcune Asl (Latina, Forlì, Monza-Brianza, Treviso) oltre alla definizione con la Regione Lazio di un progetto di interventi formativi sugli strumenti per l'analisi infortuni a sostegno delle imprese. In merito alle attività di trasferimento e comunicazione, nella sezione Dati del sito web del Sistema è stato implementato il nuovo strumento di consultazione InformoWEB, che racchiude tutti gli infortuni mortali rilevati dal 2002-2012 secondo la scheda di rilevazione attuale (è stato recuperato ed "attualizzato" il triennio sperimentale 2002-2004, con il risultato di disporre oggi di un unico archivio aggiornato ed omogeneo nel tracciato record); inoltre, sono stati aggiunti nella sezione specifica di InformoWEB nuovi disegni e animazioni.

Sempre sul sito è stato inserito (<http://www.ispesl.it/ssi/index.asp>) il nuovo strumento InformoSTAT per la selezione e il download di tabelle statistiche, che consente all'utente di filtrare e selezionare le variabili di interesse tra quelle presenti nel database per visualizzare o scaricare i dati.

Un terzo applicativo on-line, InformoDW (Datawarehouse), abilita l'utente a formulare, in maniera dinamica e interattiva, richieste alla banca dati del Sistema incrociando, secondo le proprie esigenze, le diverse variabili disponibili.

Inoltre, è stato elaborato e reso disponibile on-line un file pdf con le statistiche "standard" (in analogia ai precedenti rapporti nazionali e regionali), integrato con un sintetico commento descrittivo dei dati stessi.

Nel novembre 2013 si è tenuto a Roma il Convegno del Sistema di sorveglianza INFORMO, in cui sono state presentate le analisi sui dati e le schede di approfondimento sulle



modalità di accadimento degli infortuni e per ambiti lavorativi specifici. Il Convegno a carattere internazionale e articolato in due sessioni, con la partecipazione di oltre 300 iscritti, ha costituito l'occasione per una riflessione sui primi 10 anni di attività del Sistema e sull'evoluzione del fenomeno infortunistico in Italia e a raffronto con alcune esperienze europee di monitoraggio e di interventi di prevenzione.

Infine, è proseguito il lavoro di integrazione tra i dati raccolti da INFORMO ed i dati prodotti dai Flussi Informativi INAIL-Regioni: con il rilascio dei nuovi dati sul portale Flussi, si è reso disponibile il record-linkage tra le due fonti per rendere più completo il quadro informativo sugli eventi infortunistici.

4.² MAL.PROF

Per disporre di una visione sul fenomeno delle malattie professionali segnalate alle ASL, integrata con gli archivi assicurativi delle denunce e degli indennizzi, è stato avviato nel 2000 il Sistema di sorveglianza MALPROF in collaborazione tra le Regioni e l'INAIL, sostenuto nel 2007 anche dal Ministero della Salute.

Per quanto riguarda i dati (non ancora definitivi) del biennio 2011-2012, anticipando il VII Rapporto Malprof, si rileva che sono pervenute 14.956 segnalazioni nel 2011 e 14.898 nel 2012 da parte delle 14 regioni che sono attualmente operative nel sistema: Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta. Di queste, 10.367 patologie nel 2011 e 10.756 patologie nel 2012 sono state riconosciute come correlate all'attività lavorativa, quindi con una percentuale di nessi positivi pari a circa il 70% delle segnalazioni.

Le patologie con nesso di causa positivo più

frequentemente riscontrate sono, nel 2011, le malattie muscolo scheletriche (25,5%, escluso il tratto del rachide), le sordità da rumore (21,8%), le malattie del rachide (21,3%), le sindromi del tunnel carpale (12,3%) e i tumori maligni della pleura e del peritoneo (4,4%). Nel 2012 rimangono invariate le prime cinque posizioni nella graduatoria dei gruppi di malattia più diffusi. In particolare, salgono le quote relative alle malattie muscolo scheletriche (28,9%, escluso il tratto del rachide), alle malattie del rachide (23,6%) mentre scendono quelle per le sordità da rumore (18,4%), per le sindromi del tunnel carpale (12,1%) e per i tumori maligni della pleura e del peritoneo (4,2%).

Rispetto al biennio precedente (2009-2010) le malattie muscolo scheletriche passano dalla seconda alla prima posizione, in precedenza occupata dalle sordità da rumore. Le malattie del rachide guadagnano una posizione nel 2012 salendo al secondo posto, mentre sono stabili nei quattro anni di dati più recenti disponibili, al quarto e al quinto posto, le sindromi del tunnel carpale e i tumori maligni della pleura e del peritoneo.

In merito alle differenze tra uomini e donne si evidenzia che le segnalazioni che riguardano le donne sono il 27% del totale. Di queste, nel 2011 il 39,9% sono relative alle malattie muscolo scheletriche (escluso il rachide), il 27% alle sindromi del tunnel carpale e il 19,5% alle malattie del rachide; queste tre classi di malattie dell'apparato muscolo scheletrico raggruppano oltre l'86% dei problemi di salute connessi al lavoro segnalati per le donne. Nell'anno 2012 aumentano ancora le quote delle malattie muscolo scheletriche escluso il tratto del rachide (42,8%) e delle malattie del rachide (20,8%), mentre scende al 25,9% quella delle sindromi del tunnel carpale; le tre classi di malattia costituiscono oltre l'89% delle segnalazioni per le donne. Per gli uomini, invece, il 30,6% delle segnalazioni del 2011 si riferisce alle sordità



da rumore, il 22,3% alle malattie del rachide e il 18,9% alle malattie muscolo scheletriche escluso il rachide. Nel 2012 le sordità da rumore scendono al 26% mentre salgono le altre due classi di malattia rispettivamente al 24,7% e al 22,4%.

In merito alla formazione condotta nel 2012, è stato erogato il corso di Formazione per gli operatori del Sistema informativo sulle Malattie Professionali a Roma e il corso “Il sistema di sorveglianza MalProf nella regione Calabria” (il corso ha rappresentato, di fatto, l’avvio delle attività di rilevazione nella Regione). Va ricordato che dal 2008 la Regione Marche ha assunto MALPROF come modello standardizzato per la raccolta dati relativi alle malattie professionali ed ha ritenuto necessario un approfondimento del medesimo modello in relazione allo studio della prevenzione dei tumori di origine professionale.

Per quanto riguarda la diffusione dei dati, è stato organizzato nel novembre 2012 il Convegno internazionale presso l’Auditorium INAIL “Il Sistema MALPROF e le reti di rilevazione delle malattie professionali”, con la partecipazione di quasi 300 iscritti.

5. I SISTEMI INFORMATIVI, GLI OSSERVATORI E LA RICERCA

Contestualmente alla nascita del Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro previsto dall’art. 8 del D.Lgs 81 del 2008, molte regioni stanno sviluppando propri sistemi informativi regionali (SIRP) con la finalità di raccogliere e integrare informazioni a livello

locale e con il SINP, in particolare alimentando le informazioni sulle attività di prevenzione svolte nel territorio.

La sempre crescente necessità di disporre di informazioni sui bisogni di salute e sul contesto per la definizione delle priorità di intervento, ha favorito in molte regioni la nascita di strutture dedicate all’elaborazione di dati epidemiologici relativi ai lavoratori, agli ambienti di lavoro, agli infortuni e alle malattie professionali. Questi centri, oltre a produrre elaborati per le proprie direzioni regionali, rendono disponibili documenti destinati al pubblico e ai soggetti a vario titolo coinvolti nella prevenzione, a stampa o in formato elettronico via Internet.

Sia gli osservatori regionali, sia singole ASL, sviluppano attività di ricerca sul tema degli infortuni e delle malattie professionali. I risultati sono spesso pubblicati su riviste scientifiche e possono essere reperiti tramite i motori di ricerca dedicati come PUBMED. Esiste inoltre una vasta produzione di materiale cosiddetto “grigio”, non censito dall’indice delle pubblicazioni scientifiche, che viene comunque reso disponibile per la comunità degli addetti ai lavori; l’estrema varietà ed eterogeneità dei materiali prodotti rende, per il momento, molto difficile rendere conto in modo esauriente di questa attività.



APPROFONDIMENTO: **AMIANTO - LO STATO DELL'ARTE**



1. IL MATERIALE E I RISCHI

L'amianto (o asbesto) è stato largamente utilizzato in passato per le sue caratteristiche tecnologiche di resistenza ad acidi, alcali, temperature elevate, di isolamento termico ed acustico, di leggerezza ed economicità; nelle più disparate attività lavorative sono stati esposti moltissimi lavoratori, sia in fase di produzione, sia in fase di trasporto, sia in fase di utilizzo dei manufatti. Contestualmente si è verificata anche un'esposizione ambientale non professionale a danno dei soggetti residenti in prossimità dei luoghi di produzione di manufatti, di familiari di lavoratori, prevalentemente a causa del lavaggio degli indumenti da lavoro in ambiente domestico, e di persone che venivano inconsapevolmente a contatto con materiali che rilasciavano fibre di amianto.

Già da molto tempo era nota l'asbestosi, una pneumoconiosi caratterizzata dall'accumulo di fibre di amianto nei polmoni con conseguente fibrosi polmonare che determinava la morte dei lavoratori esposti ad elevate concentrazioni ambientali di fibre; data l'elevata persistenza delle fibre nel parenchima polmonare, questa pneumopatia aveva carattere evolutivo anche in caso di cessazione dell'esposizione. Tuttavia, la principale caratteristica negativa di questo materiale consiste nella cancerogenicità; i tumori certamente associati all'esposizione sono il mesotelioma, tumore specifico, prevalentemente localizzato nella pleura ma che può riguardare anche il peritoneo, il carcinoma del polmone, per il quale l'amianto non è l'unico agente causale e che, oltre ad essere esso stesso cancerogeno,

può potenziale l'azione cancerogena del fumo di sigaretta; recentemente anche per i tumori della laringe e dell'ovaio è stata riconosciuta la dipendenza dall'esposizione ad amianto (IARC). Una caratteristica delle neoplasie indotte da amianto è la lunga latenza, che può giungere ad oltre 40 anni tra l'inizio dell'esposizione e l'insorgenza della malattia; per questo motivo, posto che il picco di utilizzo si è avuto tra gli anni '70 e '80 del secolo scorso, ci si deve attendere che le esposizioni non sufficientemente controllate da misure preventive di quegli anni diano luogo ad un picco di casi di tumori correlati ad asbesto anche negli anni a venire.

La legge n. 257/92 ha sancito il divieto di estrazione, vendita e uso di amianto e materiali contenenti amianto. Pertanto, dopo il 1992, i soggetti che restano potenzialmente esposti per motivi professionali sono:

- i lavoratori che operano in strutture, edifici e impianti in cui erano già presenti, e sono rimasti in opera, manufatti contenenti amianto;
- i lavoratori che sono attualmente adibiti alla bonifica di tali materiali con le modalità previste dalla stessa legge 257/92 e dai decreti legislativi sulla sicurezza sul lavoro che si sono susseguiti nel tempo (D.Lgs 277/91, D.Lgs 626/94 e D.Lgs 81/2008);
- i dipendenti di aziende italiane che operano all'estero. Si ricorda che l'uso dell'amianto è vietato in Europa ma non è stato bandito o limitato in modo analogo in alcuni paesi extra europei, pertanto potrebbero verificarsi casi di esposizione in taluni tipi di attività.



2. LE AZIONI REGIONALI

Nel contesto così delineato, le regioni sviluppano le loro azioni come previsto da normative specifiche di livello nazionale o da piani regionali a tutela dei lavoratori, degli ex lavoratori e dell'ambiente. Non tutte le azioni a carico delle regioni rientrano nel monitoraggio periodico effettuato dal coordinamento interregionale; ove disponibili, saranno forniti i dati numerici delle attività svolte.

2.¹ CENSIMENTO DEGLI EDIFICI E DEGLI IMPIANTI IN CUI È PRESENTE AMIANTO FRIABILE

La legge 257/92 ha vietato l'impiego dell'amianto ed ha sancito l'obbligo (art. 12 comma 5) per i proprietari degli immobili di comunicare alle unità sanitarie locali i dati relativi alla presenza di amianto floccato o in matrice friabile presente negli edifici. Tali informazioni alimentano il registro istituito dalle ASL. Le ASL comunicano queste informazioni alle regioni, ai fini del censimento previsto dall'art. 10 nell'ambito dei piani regionali di protezione dell'ambiente, e alle imprese incaricate di eseguire lavori di manutenzione in tali edifici.

La legge 257/92 prevede, nell'ambito dei piani regionali (art. 10), anche il censimento dei siti interessati da attività di estrazione di amianto, il censimento delle imprese che hanno utilizzato tale materiale e di quelle che operano nelle attività di smaltimento e bonifica. Le modalità di attuazione dei censimenti sono

state definite dal Decreto Ministeriale 18 marzo 2003 numero 101 che contiene le necessarie indicazioni regolamentari per la realizzazione della mappatura della presenza di amianto nei siti da bonificare in attuazione della Legge 23 marzo 2001 numero 93. A circa 20 anni dalla data del divieto d'uso e vendita dell'amianto, i siti e le lavorazioni industriali, che sono causa dell'attuale epidemia di mesoteliomi, per effetto della legge stessa, nella grande maggioranza dei casi sono stati messi in sicurezza o non sono più esistenti.

Tuttavia, si registra ancora una larga diffusione sul territorio di siti contenenti prodotti a base di amianto, prevalentemente in matrice compatta, non rientranti in categorie di gravità di rischio tali da giustificare interventi di bonifica urgenti, ma comunque significativi, se valutati secondo un criterio di diffusione e di numerosità della popolazione interessata. Rispetto a questa tipologia di rischio, molto basso ma diffuso, gli strumenti previsti dalla L. 257/92 si sono rivelati costosi (censimenti e mappature) ed inefficaci (piani di protezione, di decontaminazione, smaltimento e di bonifica) ai fini di una rapida fuoriuscita dal rischio amianto. Ciò in virtù del fatto che nessun obbligo di segnalazione alle autorità o di bonifica è posto in capo al proprietario dell'edificio o dell'impianto contenente materiali a base di amianto in matrice compatta, soprattutto se in buono stato di conservazione.

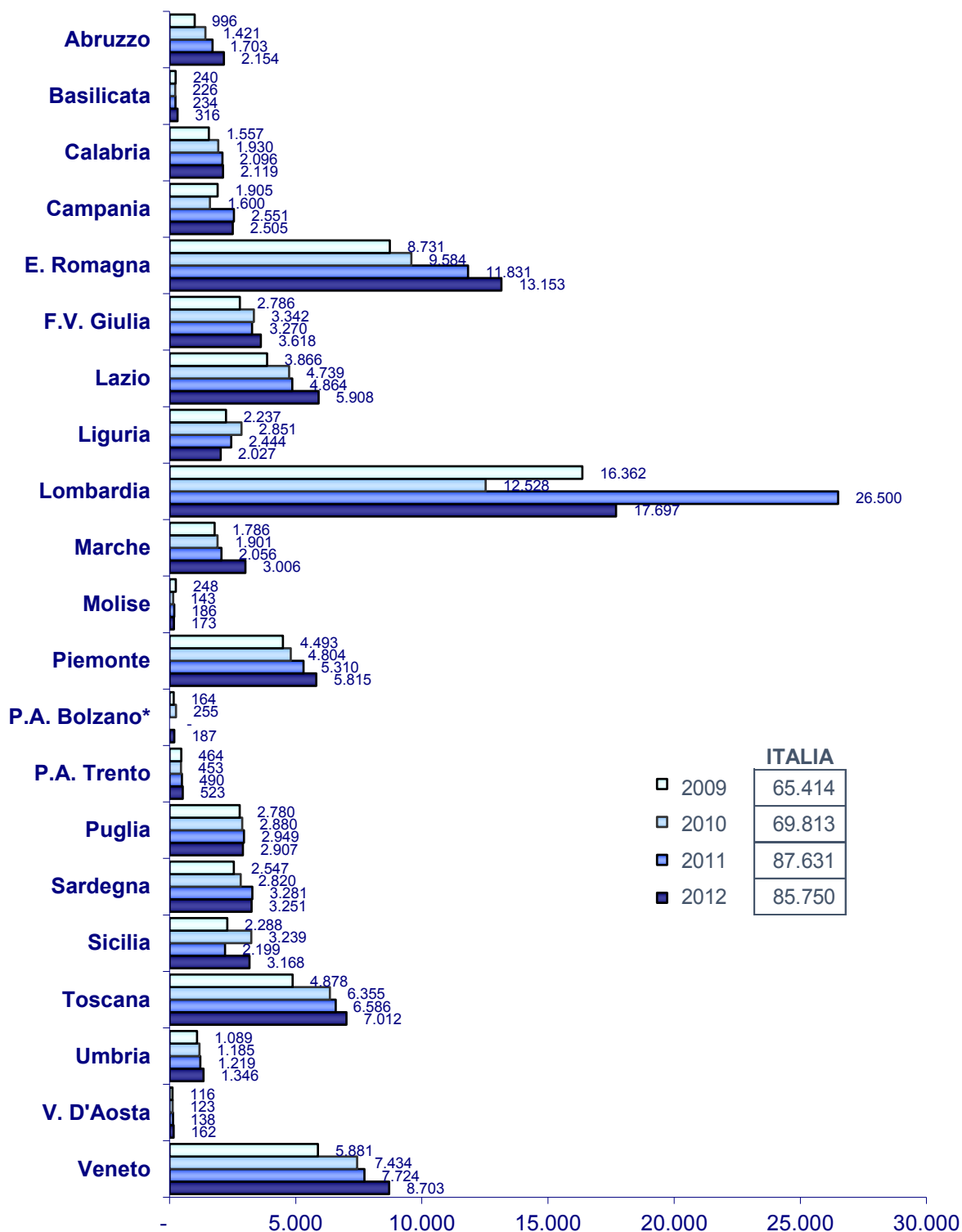
2.² VALUTAZIONE DEI PIANI DI BONIFICA E VIGILANZA NEI CANTIERI

Nelle **Figure 3.1 - 3.2** sono riportati rispettivamente i dati relativi ai piani di lavoro per la bonifica di materiali contenenti amianto presentati alle ASL e gli interventi di vigilanza eseguiti nei cantieri dove erano in corso attività di bonifica. L'attività di controllo effettuata nei



Figura 3.1 - Piani lavoro (ex art.256 punto 2 D.Lgs 81/08) e notifiche (ex art.250 D.Lgs. 81/08) pervenuti, periodo 2009-2012.

Fonte: Monitoraggio Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.



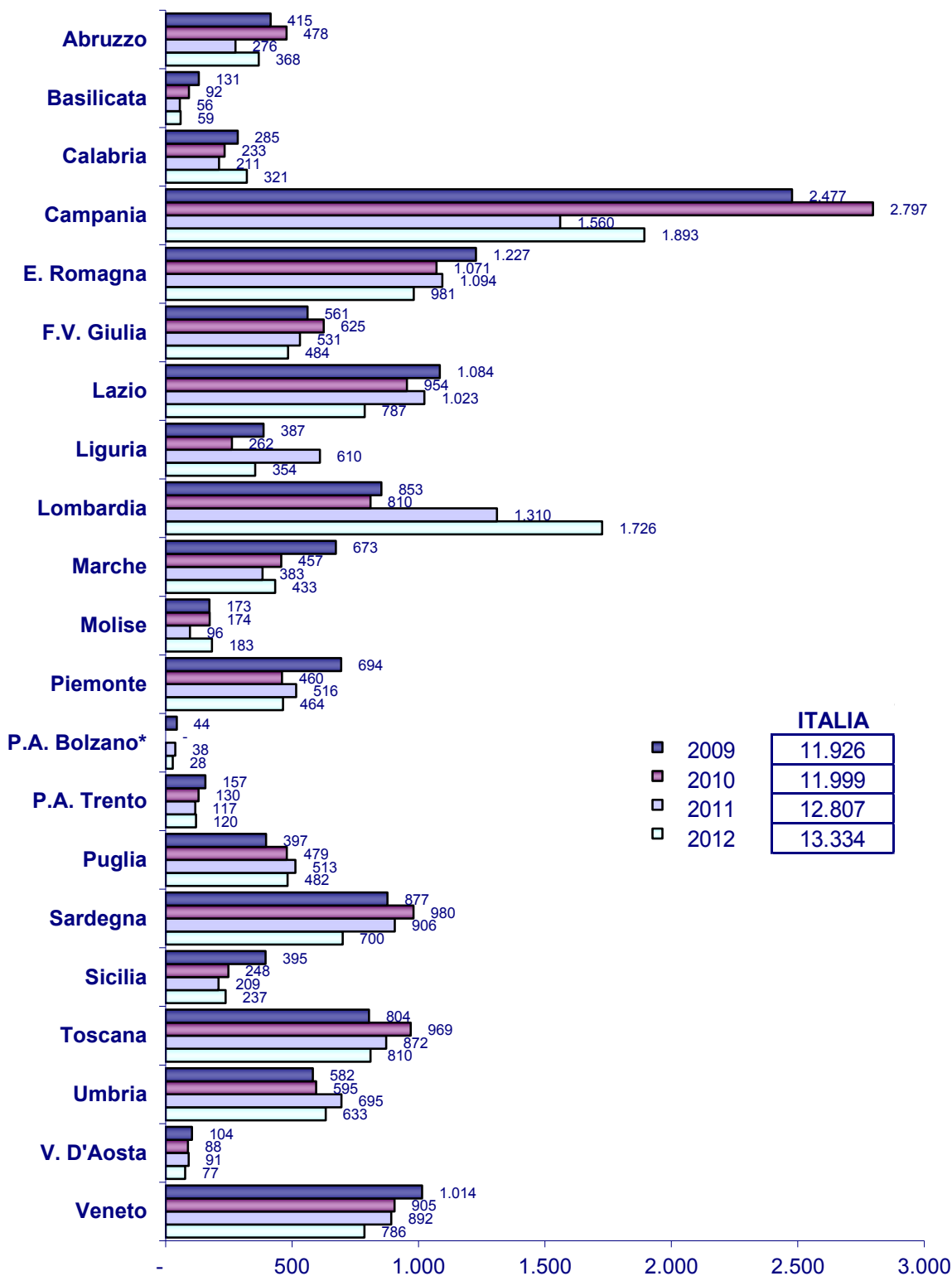
*P.A. Bolzano: per il 2012 dati parziali relativi alla sola Sezione Ispettorato Medico del Lavoro della Medicina del Lavoro dell'ASL



3 - AMIANTO - LO

Figura 3.2 - Numero cantieri ispezionati per amianto, periodo 2009-2012.

Fonte: Monitoraggio Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.



*P.A. Bolzano: dati parziali relativi alla sola Sezione Ispettorato Medico del Lavoro della Medicina del Lavoro dell'ASL



cantieri è mirata a tutelare i lavoratori e l'ambiente sia dai pericoli connessi alla liberazione in aria di fibre, sia dal rischio di infortuni, in particolare per quanto riguarda il rischio di caduta dall'alto; infatti, una delle tipologie numericamente prevalenti di intervento di bonifica riguarda la rimozione delle coperture in eternit che sono tra le prime cause di infortunio mortale per sfondamento del materiale che non è portante. I cantieri in cui viene rimosso amianto in matrice friabile sono sistematicamente oggetto di controllo e vigilanza finalizzata a controllare le condizioni di lavoro, la protezione dei lavoratori e a limitare l'aerodispersione di fibre che in questi casi potrebbe essere molto rilevante. Tra i compiti delle ASL vi è anche il controllo finale degli ambienti da restituire al termine della bonifica; il controllo include l'ispezione visiva e il monitoraggio ambientale delle fibre aerodisperse.

2.3 CONTROLLO DEI LIVELLI ATTUALI DI ESPOSIZIONE DEI LAVORATORI

La legge 257/92 prevede l'obbligo da parte delle aziende che utilizzano amianto, o che effettuano bonifiche, di inviare una relazione annuale alle ASL e alle regioni che indichi la natura dei lavori svolti, la tipologia di materiali contenenti amianto e le misure adottate per la tutela dei lavoratori. A loro volta le ASL relazionano alle regioni sull'attività di vigilanza svolta, con particolare riferimento al rispetto dei limiti di concentrazione delle fibre di amianto aerodisperse. Tuttavia, la sola registrazione dell'esposizione non è sufficiente a garantire la tutela dei lavoratori che è perseguita più efficacemente con i controlli sulle misure preventive previste dai piani di lavoro per attività di bonifica e con la vigilanza in cantiere (vedi paragrafo 2.2 su piani di lavoro e vigilanza).

2.4 REGISTRI DI EX ESPOSTI CON DATI DI ESPOSIZIONE

Questa attività è indispensabile per finalità assicurative, per le indagini di polizia giudiziaria per malattia professionale e per la sorveglianza sanitaria ad ex esposti. Infatti, il lungo tempo di latenza fra esposizione e insorgenza della patologia tumorale dovuta ad amianto, rende spesso difficile la ricostruzione e la documentazione del nesso causale con l'esposizione professionale quando la malattia si manifesta molti anni dopo la cessazione del rapporto di lavoro. Nell'ambito dei piani regionali amianto il censimento dei siti è stato frequentemente affiancato alla raccolta di dati individuali di esposizione e al recupero di libri matricola per salvaguardare queste importanti informazioni. Fra le molte iniziative, si segnala il progetto della Regione Friuli Venezia Giulia che ha recentemente informatizzato gli elenchi e digitalizzato i documenti per renderli facilmente disponibili agli enti preposti alla vigilanza o alla tutela assicurativa dei lavoratori.

2.5 FORMAZIONE PER LAVORATORI ADDETTI ALLE BONIFICHE

Le regioni gestiscono i corsi di formazione previsti dall'art. 10 comma 2 lett. h della legge 257/92 e rilasciano i relativi attestati per gli addetti alla bonifica. Tali corsi sono effettuati con le modalità indicate dall'art. 10 del DPR 8 agosto 1994.



2.⁶ REGISTRO DEI MESOTELIOMI

Il registro Nazionale dei Mesoteliomi, istituito con DPCM 308 del 10 dicembre 2002 presso ISPESL (ora INAIL), raccoglie i casi di mesotelioma in collaborazione con i registri regionali. L'elevata percentuale di queste neoplasie dovuta all'esposizione professionale o ambientale a fibre di amianto giustifica il particolare rilievo dato a questa iniziativa. I casi diagnosticati vengono approfonditi dal personale delle ASL che ricostruisce le anamnesi professionali e le condizioni di esposizione nel corso delle indagini di polizia giudiziaria per sospetta malattia professionale; le informazioni raccolte, oltre ad alimentare il registro, molto frequentemente, consentono al medico del servizio di compilare il primo certificato medico e di supportare le procedure assicurative per il riconoscimento della malattia professionale da parte di INAIL. I risultati sono oggetto di pubblicazioni e di report periodici pubblicati a stampa e nel sito ReNaM (vedi sitografia).

2.⁷ ATTIVITÀ DI SORVEGLIANZA SANITARIA A FAVORE DEGLI EX ESPOSTI

I tre quarti delle regioni ha attivato programmi di sorveglianza sanitaria per ex esposti a cancerogeni; tra questi ultimi, sono prevalenti i lavoratori che hanno avuto contatto con fibre di amianto per motivi professionali.

Frequentemente alla sorveglianza vengono affiancati studi osservazionali mirati all'individuazione di livelli di esposizione soglia per l'insorgenza delle patologie correlate ad amianto o allo studio di marker che possano agevolare diagnosi sempre più precoci. Esiste una certa eterogeneità tra i protocolli

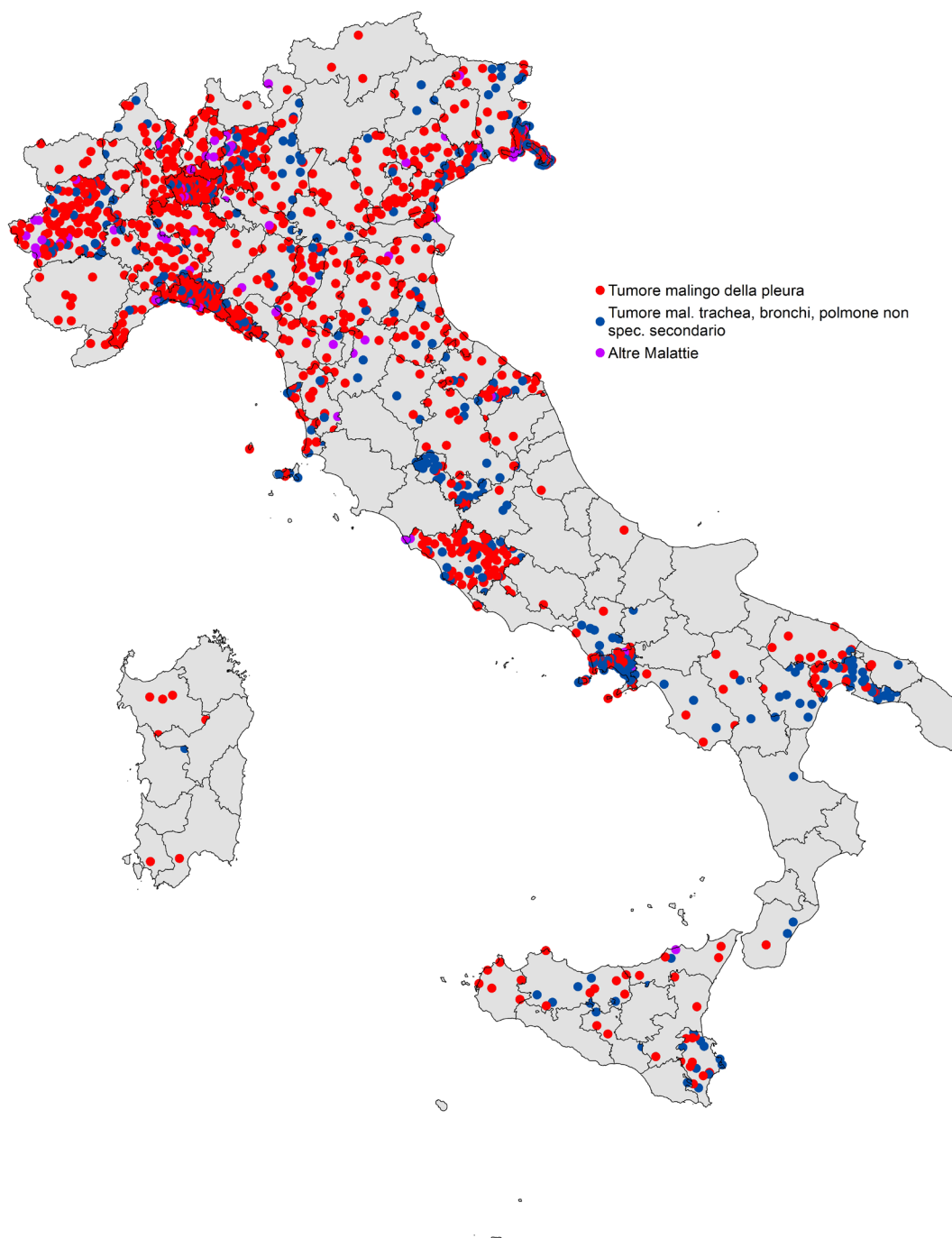
di sorveglianza implementati, in parte dovuta alla incertezza nel rapporto costi/benefici di questi programmi in termini di miglioramento della sopravvivenza. Resta tuttavia doverosa l'attenzione a questi ex lavoratori che comporta anche il supporto per l'avvio di procedure risarcitorie e assicurative per l'ingiusto danno subito alla salute.

In **Figura 3.3** sono rappresentati i casi mortali riconosciuti dall'INAIL di tumore da esposizione ad amianto (carcinoma del polmone e mesotelioma), con anno evento tra il 2010 e il 2012. Anche se sono trascorsi circa 20 anni dalla cessazione dell'uso di amianto determinata dalla Legge 257/92, i soggetti deceduti sono ancora molto numerosi; si nota anche una concentrazione dei casi nelle aree produttive interessate dall'estrazione o dalla lavorazione di materiali contenenti amianto e nelle aree portuali (attività di carico e scarico, cantieri navali, etc.). Anche per questo, è stato avviato un progetto finanziato dal CCM a cui partecipano tutte le regioni, con lo scopo di studiare le procedure di sorveglianza sanitaria per elaborare un protocollo omogeneo sulla base delle diverse esperienze realizzate e dell'efficacia. L'esistenza di un effetto moltiplicativo tra l'azione cancerogena dell'amianto e quella del fumo di sigaretta nell'insorgenza del carcinoma del polmone giustifica l'inserimento in questi protocolli di sorveglianza di attività di prevenzione con le modalità del counselling per favorire la cessazione del fumo.



Figura 3.3 - Casi mortali di tumore da amianto (carcinomi del polmone e mesoteliomi) riconosciuti da INAIL per provincia, triennio 2010-2012.

Fonte: Flussi INAIL - Regioni, elaborazione PREO.



C ONCLUSIONI

The background of the slide features a series of overlapping, curved bands in various shades of blue and purple. These bands create a sense of depth and movement, with some areas appearing lighter and others darker due to the layering. The overall effect is a modern, abstract design that complements the title.



A partire dal 1978, anno di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, che ha trasferito alle Aziende Sanitarie Locali la competenza in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, gli infortuni sul lavoro sono diminuiti con un trend costante ed in maniera significativa. L'andamento economico sfavorevole ha certamente un ruolo rilevante nella marcata e recente riduzione ma, tra i molteplici fattori che hanno determinato questo risultato non può essere dimenticata l'azione capillare sul territorio svolta dai servizi delle ASL, sia con la vigilanza sia con le attività di assistenza e di promozione della salute.

L'autonomia delle aziende sanitarie ha consentito di svolgere le azioni di prevenzione tenendo conto delle specificità dei territori di loro competenza mentre la pianificazione regionale e il coordinamento interregionale hanno cercato di dare omogeneità alle modalità di intervento ed hanno definito priorità condivise.

I sostanziali progressi effettuati nell'attuazione del D.Lgs 81/08, sia nell'ambito della realizzazione del sistema istituzionale di governo ed indirizzo, sia per quanto riguarda i provvedimenti attuativi di ordine tecnico, hanno ulteriormente contribuito ad assicurare su tutto il territorio nazionale il raggiungimento e il mantenimento nel tempo dei principali obiettivi in tema di prevenzione:

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Le regioni hanno raggiunto complessivamente, fin dal 2007, e mantenuto nel tempo, il LEA (5% delle aziende con dipendenti o equiparati) definito a livello nazionale dal Patto per la Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (DPCM 17/12/2007); attualmente si è raggiunto un livello stabile attorno al 6,5%.

COMITATI REGIONALI DI COORDINAMENTO

Con la formalizzazione dei Comitati Regionali di Coordinamento in ogni regione si è costituito un ulteriore elemento di rilevanza organizzativa

del sistema istituzionale di prevenzione negli ambienti di lavoro che ha coinvolto nel coordinamento tutti gli enti preposti alla sicurezza sul lavoro. I comitati sono attivi in tutte le regioni ed assicurano la programmazione degli interventi, il coordinamento tra enti, il necessario raccordo con il Comitato ex art. 5 e con la Commissione ex art. 6 del D.Lgs 81/08 e l'uniformità degli interventi nel territorio come previsto dall'art. 7 del Testo Unico (D.Lgs. 81/08).

PIANI REGIONALI DI PREVENZIONE

I risultati soddisfacenti raggiunti con i piani regionali di prevenzione, dimostrano l'impegno delle regioni nel garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti per la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori; questo impegno è proseguito con la proroga dei piani per il 2013, in attesa del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione che opererà dal 2014.

Restano ancora da sviluppare alcune attività, soprattutto su temi come:

- il contrasto all'illegalità, in particolare per quanto riguarda la regolarità dei rapporti di lavoro, che introduce un elemento di concorrenza sleale nei confronti delle aziende virtuose
- la semplificazione delle norme, pur senza ridurre i livelli di tutela, per meglio adeguarle alle piccole e alle micro-imprese che costituiscono la maggior parte del sistema produttivo e che sono state le più colpite dalla recente crisi economica.

In questo particolare momento resta prioritario continuare a sviluppare le azioni di prevenzione in un contesto di leale collaborazione tra lo Stato e le Regioni, collaborazione intesa come strumento fondamentale per lo sviluppo di ulteriori politiche attive basate anche sulla partecipazione dei lavoratori e degli altri soggetti coinvolti.

A PPENDICE: IL CONTESTO





La programmazione delle attività di prevenzione non può prescindere dalla conoscenza approfondita del contesto produttivo, dei rischi e dei danni conseguenti ad infortuni e malattie professionali. Non a caso, l'art. 8 del D.Lgs. 81/08 individua con precisione la natura delle informazioni da rendere disponibili attraverso il SINP (Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro). La necessità di considerare il contesto è esplicitata anche da altra normativa di riferimento, già descritta in dettaglio nella pubblicazione relativa alle attività di prevenzione del 2010, che comprende il D.P.C.M 17.12.07 "Patto per la Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro", il Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, la costituzione e le attività dei Comitati Regionali di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/08. Tra le principali variabili prese in considerazione nelle analisi epidemiologiche vi sono i tassi di incidenza degli infortuni e delle malattie professionali che rapportano il numero di eventi dannosi ad una misura dell'esposizione al rischio; in assenza delle ore lavorate, suggerite dalla norma UNI 7249, il dato più usato negli ultimi anni è costituito dal numero di addetti stimati INAIL su base retributiva. Poiché il numero di infortuni e di malattie professionali è fornito dalla stessa fonte INAIL, l'indicatore così determinato ha il vantaggio di essere omogeneo nei due valori che costituiscono il tasso e di coprire comunque gran parte dei lavoratori (ne sono esclusi i soggetti non assicurati INAIL).

Negli ultimi venti anni si è assistito ad una progressiva riduzione del numero di infortuni con una discreta riduzione anche dei tassi di incidenza. Dagli ultimi mesi del 2008, con un arresto del trend in crescita del numero di lavoratori per gli effetti della crisi economica, i tassi di incidenza e il numero assoluto di infortuni sono diminuiti ancora più vistosamente.

Certamente vi sono stati progressi nella sicurezza sul lavoro ma, per impostare

correttamente le azioni preventive in questa fase e per ipotizzare gli scenari in caso di ripresa produttiva, occorre interrogarsi sul ruolo che l'andamento economico particolarmente turbolento degli ultimi tre anni ha esercitato in una così marcata riduzione degli infortuni. Come nella pubblicazione del 2011, anche quest'anno saranno presi in considerazione i principali indicatori economici per fornire tutti gli elementi necessari ad una corretta valutazione dell'andamento infortunistico; le informazioni sul contesto produttivo, pur essendo basate prevalentemente sui dati dei Flussi Informativi INAIL Regioni, utilizzeranno altre fonti istituzionali per fornire un quadro più completo. Nella sezione dedicata agli infortuni si daranno ulteriori indicazioni e si formuleranno ipotesi interpretative sulle relazioni tra crisi economica e riduzione degli infortuni.

1. IL CONTESTO ECONOMICO

1.¹ PRODOTTO INTERNO LORDO

Nelle **Figure 5.1 - 5.2** sono riportati rispettivamente il PIL nazionale come variazione tendenziale e come variazione congiunturale. Nel 2008 si evidenzia una dinamica negativa che perdura nel 2009 raggiungendo il valore minimo di circa -7% rispetto allo stesso trimestre dell'anno precedente; all'inizio del 2010 vi è un timido segnale di ripresa che cede il posto ad un nuovo rallentamento alla fine del 2011 con il ritorno al segno negativo che permane anche nel 2013.



CAPITOLO 5:

Figura 5.1 – Contributo trimestrale all'andamento tendenziale del PIL (dati destagionalizzati), periodo 2000-2013. La variazione è riferita allo stesso trimestre dell'anno precedente.

Fonte: ISTAT dicembre 2013, elaborazione PREO.

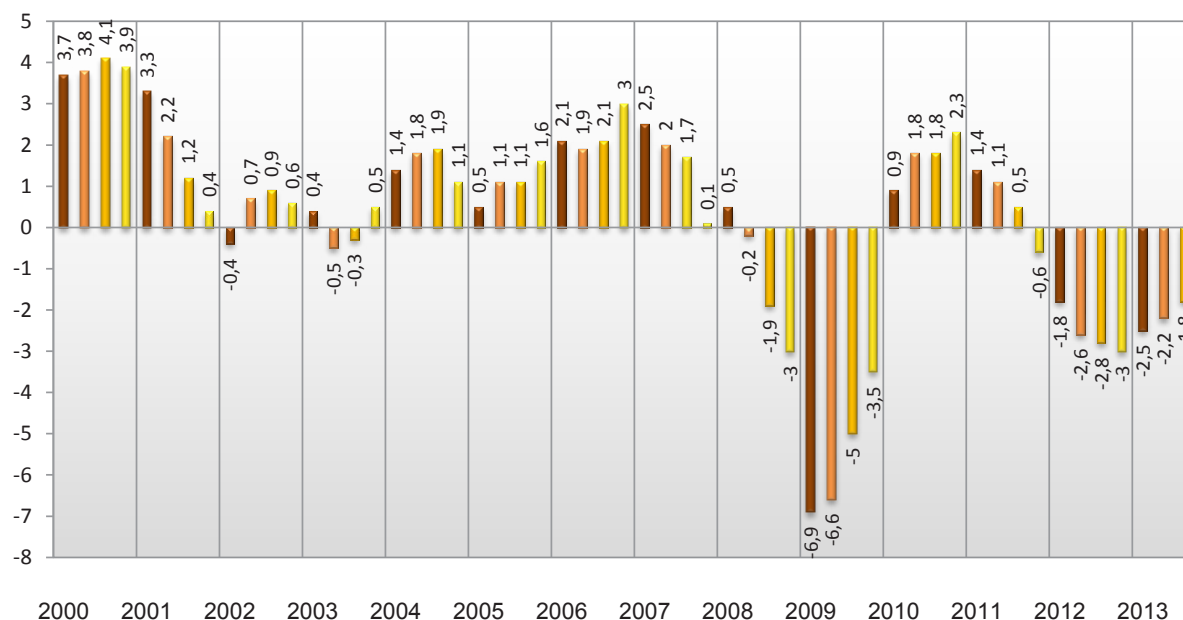
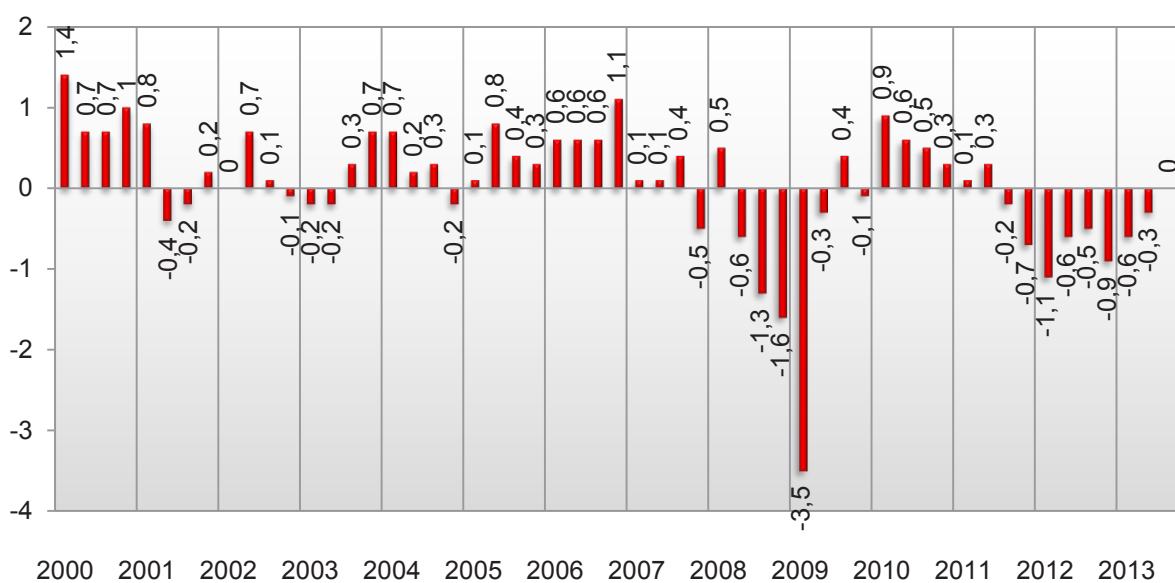


Figura 5.2 – Contributo trimestrale all'andamento congiunturale del PIL (dati destagionalizzati), periodo 2000-2013. La variazione è riferita al trimestre precedente.

Fonte: ISTAT dicembre 2013, elaborazione PREO.





1.2 QUADRO PRODUTTIVO NAZIONALE

PRODUZIONE MANIFATTURIERA

In **Figura 5.3** è rappresentato l'indice mensile della produzione industriale (escluso il settore delle costruzioni) riferito ai seguenti settori della classificazione ATECO 2007: Estrazione minerali (B), Manifatturiero (C) e Energia Gas Acqua (E). L'andamento dell'indice Manifatturiero (non rappresentato) è sovrapponibile a quello del complesso dell'industria e mostra una netta riduzione a partire dagli ultimi mesi del 2008, una modesta ripresa all'inizio del 2010 e una nuova flessione da metà 2011; la perdita è di circa il 12% tra l'inizio del 2010 e la fine del 2013. Il settore Estrazione minerali (non rappresentato) sembra seguire l'andamento dell'indice della produzione nelle costruzioni (vedi paragrafo successivo) con una lieve ripresa nel 2012 che però non è stata mantenuta nel 2013. L'indice

della produzione nel settore Energia Gas Acqua (non rappresentato) mostra, nel 2013, una tendenza sovrapponibile a quella dell'industria senza costruzioni.

PRODUZIONE NELLE COSTRUZIONI

L'indice della produzione nelle costruzioni è rappresentato in **Figura 5.4**. Dal gennaio 2010 al dicembre 2013 si registra una flessione pari a 17,2 punti percentuali confermando la costante diminuzione già osservata tra il 2008 e la fine del 2011.

PRODUZIONE AGRICOLA

L'andamento della produzione agricola è riportato in **Figura 5.5** come produzione e valore aggiunto in milioni di Euro. Dopo la riduzione registrata nel 2009 rispetto al 2008, si evidenzia un aumento del 7,5% nel 2011 rispetto al 2010 e un ulteriore aumento, anche se di entità inferiore dell'1,7% nel 2012 rispetto all'anno precedente.

Figura 5.3 – Indice della produzione mensile del totale Industria senza Costruzioni (base 2010 = 100), gennaio 2010 - dicembre 2014.

Fonte: ISTAT marzo 2014, elaborazione PREO.

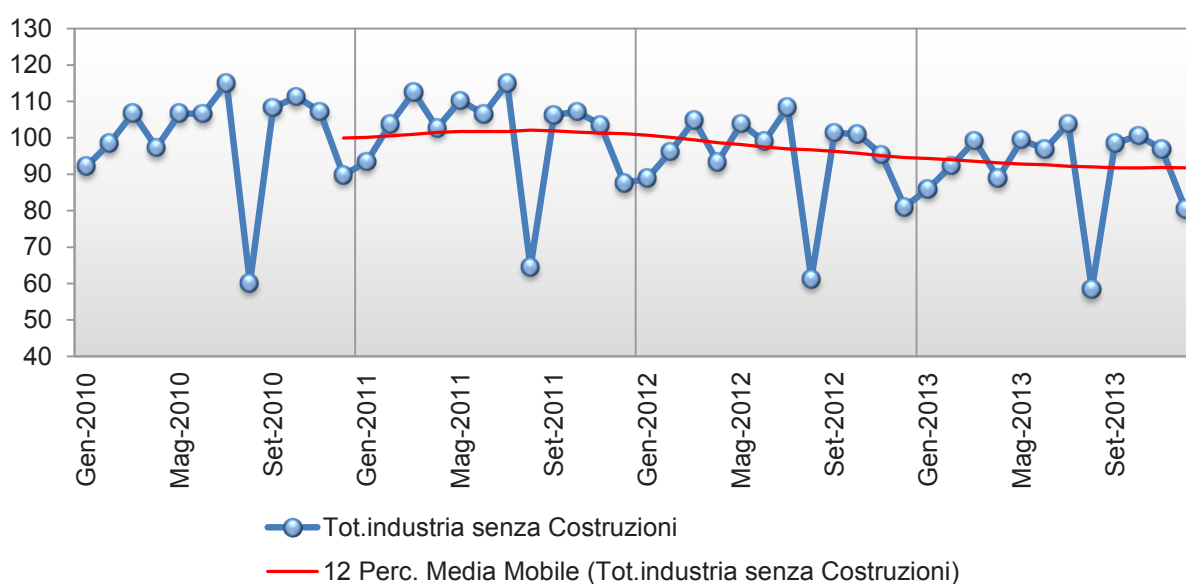




Figura 5.4 – Indice della produzione mensile delle Costruzioni (base 2010 = 100), gennaio 2010 - dicembre 2013.

Fonte: ISTAT marzo 2014, elaborazione PREO.

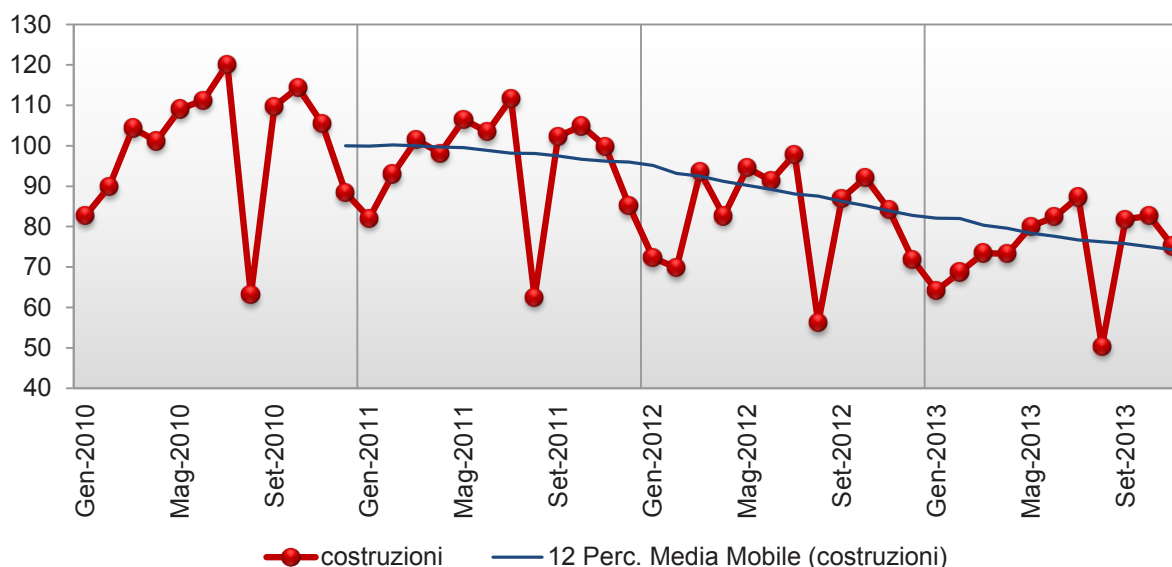
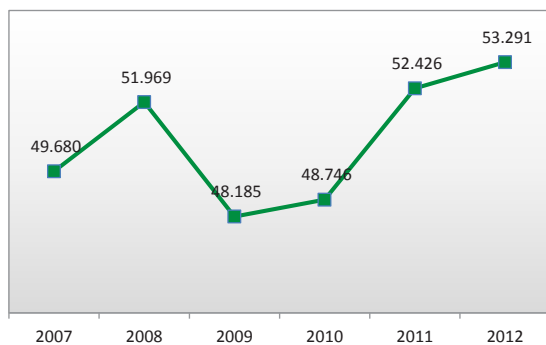


Figura 5.5 – Produzione ai prezzi di base della branca Agricoltura, Silvicoltura e Pesca, valori assoluti (in milioni di euro), periodo 2007-2012. Fonte ISTAT “Tabelle ex Relazione Generale sulla Situazione economica del Paese a livello nazionale della branca Agricoltura, Silvicoltura e Pesca - Anni 2007-2012”, elaborazione PREO.



1.3 IL LAVORO

CASSA INTEGRAZIONE

In **Figura 5.6** è riportato l'andamento delle ore di cassa integrazione erogate. Nel 2009 si evidenzia il netto aumento del ricorso a questo strumento (nelle fasi iniziali della crisi ha riguardato soprattutto la forma ordinaria). Le ore erogate totali hanno raggiunto il picco nel 2010.

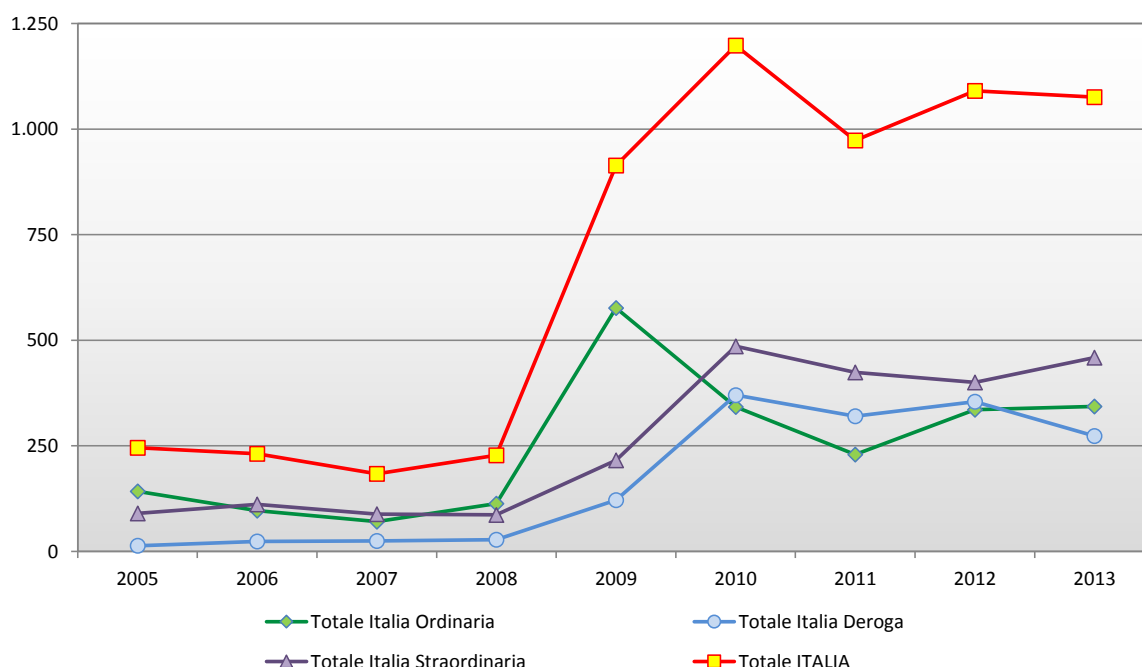
TASSO DI DISOCCUPAZIONE

In **Figura 5.7** è riportato il tasso di disoccupazione totale; in costante diminuzione fino al 2007 ha registrato negli ultimi anni un aumento di +6,1 punti percentuali arrivando al 12,2% nel 2013.



Figura 5.6 – Ore di cassa integrazione distinte per forma (ordinaria, straordinaria, in deroga e totale) in Italia, periodo 2005-2013.

Fonte: INPS, elaborazione PREO.



LAVORO IRREGOLARE

In **Figura 5.8** sono riportate le stime di lavoratori irregolari totali e per i principali settori di attività. Il maggior numero di irregolari appartiene al settore dei servizi e per un quarto circa è costituito dagli addetti ai servizi domestici. Nell'ultimo triennio, il numero di lavoratori irregolari è in aumento: il totale risente della maggior quota di irregolari dei servizi e delle costruzioni. I servizi mostrano un aumento percentuale di irregolari pari al 4,0% nel 2012 rispetto al 2010, mentre nelle costruzioni, nello stesso periodo si rileva un aumento del 3,1%.

Figura 5.7 – Tasso di disoccupazione espresso in percentuale dei soggetti con età compresa tra i 15 e i 64 anni in Italia, periodo 2000-2011.

STAT marzo 2014, elaborazione PREO.

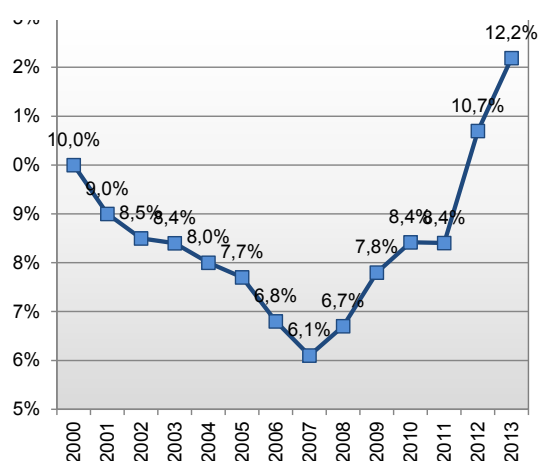
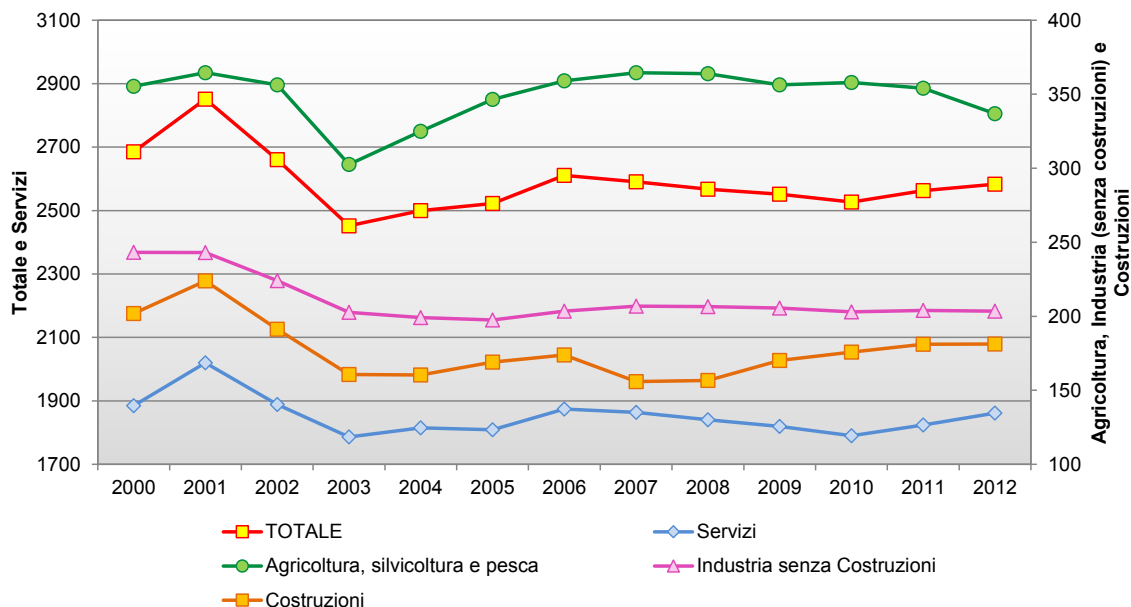




Figura 5.8 – Stima del numero (in migliaia) di occupati irregolari totali e suddivisi per i principali settori di attività, Italia, periodo 2000-2012.

Fonte: ISTAT marzo 2013, elaborazione PREO.



2. AZIENDE E ADDETTI

Per questa sezione saranno utilizzate varie fonti informative al fine di fornire il quadro più completo possibile con i dati attualmente disponibili. Si sottolinea che le varie fonti si distinguono per la metodologia utilizzata e per il campo di interesse che dipende anche dalla funzione istituzionale. Si rimanda al capitolo Glossario per una breve sintesi delle caratteristiche dei principali archivi utilizzati. Come si è detto, i dati dei Flussi INAIL Regioni costituiscono la fonte informativa sugli addetti utilizzata per il calcolo dei tassi di incidenza degli infortuni; tuttavia tale

archivio è limitato agli assicurati INAIL e non possiede informazioni sul numero di lavoratori dell'agricoltura, del cosiddetto Conto Stato e dei lavoratori domestici; per questi lavoratori è noto soltanto il numero di infortuni.

2.¹ AGRICOLTURA

Le fonti informative principali sono costituite dal censimento del 2010, e dalle informazioni INPS che derivano dalla riscossione dei contributi versati. I dati del censimento sono stati presentati nella precedente pubblicazione relativa alle attività delle regioni nel 2011 a cui si rinvia.

Nel confrontare i dati di fonte INPS con quelli del censimento occorre considerare le differenze notevoli fra i due sistemi.

Per il censimento l'unità di rilevazione è l'azienda agricola e zootecnica, anche se priva di terreno



agrario, in quanto costituita da un'unità tecnico-economica, da terreni utilizzati, anche in appezzamenti non contigui, ed eventualmente da impianti e attrezzature varie, in cui si attua, in via principale o secondaria, l'attività agricola e zootecnica ad opera di un conduttore – persona fisica, società, ente - che ne sopporta il rischio sia da solo, come conduttore coltivatore o conduttore con salariati e/o compartecipanti, sia in forma associata. In base alla definizione, caratteri distintivi fondamentali di un'azienda agricola per il censimento sono:

- l'utilizzazione dei terreni per la produzione agricola e/o zootecnica;
- la gestione unitaria, ad opera di un conduttore;
- lo svolgimento di una o più delle attività economiche specificate dal Regolamento (CE) n. 1166/2008, con riferimento alla classificazione europea delle attività economiche (Nace) che in Italia trova la sua trasposizione nella classificazione ATECO.

Per INPS, le aziende sono individuate dal codice fiscale; per gli imprenditori agricoli professionali è richiesto che almeno il 50% del reddito e il 50% dell'attività complessiva dell'imprenditore sia dedicata alla produzione agricola. Per le aziende con dipendenti viene considerata come azienda l'insieme delle attività con lo stesso codice fiscale in ambito provinciale.

Le peculiarità strutturali delle aziende agricole rendono molto complessa la definizione dei soggetti esposti a rischio lavorativo, considerando che le ore annue lavorate pro capite sono molto poche e ripartite per un gran numero di addetti.

In **Tabella 5.1** è riportato il numero di aziende agricole rilevato da INPS che appare considerevolmente diverso da quello del censimento; anche gli addetti rilevati dal censimento e da INPS presentano notevoli differenze (si veda **Tabelle 5.3 - 5.5** della precedente relazione) a causa dei diversi criteri

di definizione utilizzati.

2.² INDUSTRIA E SERVIZI

Le fonti informative utilizzate per descrivere il contesto produttivo nel settore industria e servizi sono costituite dai dati INAIL dei flussi INAIL Regioni e dai dati INPS. Anche in questo caso esistono sostanziali differenze nelle rilevazioni e non vi è una completa sovrapposizione dei due insiemi a causa degli ambiti di competenza dei due istituti e della diversa distribuzione per regione delle tipologie di attività. In **Tabella 5.3** sono riportati i dati degli addetti secondo INAIL e INPS; in alcune regioni è maggiore il dato INPS, in altre il dato INAIL. Ciò può essere dovuto anche ad una diversa distribuzione degli addetti per gli effetti dell'accentramento contributivo, non necessariamente coincidente per i due enti, presente sia nell'archivio INPS sia in quello INAIL (tutti gli addetti vengono riferiti all'unica sede accentrante).

In **Figura 5.9** sono indicati, in percentuale sul totale nazionale, il numero di PAT accentranti INAIL (la Lombardia è al primo posto) e il numero di lavoratori riferiti a queste PAT (il Lazio è al primo posto) anche se, per via dell'accentramento, effettivamente svolgono la loro attività altrove; tipicamente questo aspetto riguarda i numerosi lavoratori delle poste e dei trasporti che risultano accentrati in PAT della Regione Lazio. Questa modalità di attribuzione degli addetti può influire sul calcolo dei tassi di incidenza degli infortuni per regione; nel documento "Utilizzo dei sistemi informativi correnti per la programmazione delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro" (vedi sitografia) sono indicate alcune metodiche per attenuare questa distorsione.

I dati INPS forniscono anche alcune indicazioni sul numero di addetti di particolari categorie di lavoratori che fino ad ora non è stato possibile analizzare con i dati INAIL; si tratta, in particolare



di parasubordinati, addetti a servizi domestici e di alcune tipologie di lavoro autonomo per le quali INAIL fornisce il numero di infortuni ma non il numero di addetti (i parasubordinati sono compresi nel conteggio degli addetti ma non è possibile distinguerli).

In **Tabella 5.4** è riportata la distribuzione per comparto degli addetti INAIL; la classificazione per comparto differisce da quella per attività economica ATECO perché è basata sulla prima voce di tariffa INAIL della PAT che riflette l'attività effettivamente svolta dal lavoratore invece del principale prodotto aziendale. Ad esempio, gli impiegati delle aziende manifatturiere, indistinguibili dagli operai utilizzando ATECO, vengono classificati nel comparto servizi. Per questo motivo il comparto servizi risulta numericamente prevalente e si è ritenuto opportuno mostrare anche la sua suddivisione per gruppo di voce di tariffa (**Tabella 5.4**).

In **Figura 5.10** sono riportati il numero di PAT e di addetti in base alla dimensione numerica della PAT. Purtroppo la PAT non coincide con il concetto di unità locale aziendale che sarebbe quello preferibile ma è il dato, fra quelli attualmente disponibili per le regioni, che meglio si presta a questa analisi; per questo motivo si tiene conto dell'informazione anche in fase del calcolo del LEA (cioè del numero che costituisce la base per il calcolo della copertura del 5% delle aziende da sottoporre ad ispezione). In particolare sono esclusi gli artigiani (autonomi) che lavorano da soli e sono assoggettati in modo molto limitato alle norme per la sicurezza sul lavoro. L'algoritmo di calcolo consente di escludere anche le situazioni marginali in cui lavoratori o altri soci sono presenti soltanto per un breve periodo dell'anno in modo da concentrare l'attenzione degli organi di vigilanza sulle situazioni più rilevanti. Dal grafico si evince che in tutto il territorio nazionale le aziende più presenti sono quelle fino a 3 dipendenti; le aziende fino a 10 dipendenti rappresentano il

95% del totale (se si comprendono anche le PAT poco rilevanti escluse dal calcolo del LEA) ma ciò che è più importante è che vi opera soltanto il 40% dei lavoratori; pertanto, in poche aziende con oltre 10 addetti (meno del 5%) è concentrato il 60% dei lavoratori assicurati INAIL.

2.3 OCCUPATI ISTAT IN TUTTI I SETTORI

In **Figura 5.11** sono confrontati gli addetti INAIL con gli occupati ISTAT. A differenza delle due fonti sopra illustrate, la rilevazione ISTAT degli occupati è campionaria e riguarda tutti i settori di attività. Ai soggetti intervistati viene richiesto se sono occupati ma non vi è indicazione della regione ove viene esercitata l'attività (i dati sono distribuiti per residenza). L'inclusione di soggetti non assicurati INAIL/INPS determina la maggiore numerosità di questi soggetti ed anche una diversa distribuzione tra le regioni. Nelle regioni del Nord sembrano avere una proporzione maggiore le attività (soprattutto manifatturiere) che rientrano nell'assicurazione INAIL mentre nelle regioni del Sud la proporzione di attività non assicurate INAIL/INPS sembrerebbe maggiore; tuttavia non può essere esclusa, come causa almeno parziale di questa differenza, l'evasione contributiva (anche gli addetti INAIL sono stimati sulla base dei salari dichiarati dalle aziende).



Tabella 5.1 – Numero di aziende agricole che hanno presentato dati con le denunce per fini contributivi all'INPS nel 2012

Fonte: INPS dicembre 2013, elaborazione PREO

Regione	Aziende agricole autonomi	Aziende agricole con dipendenti	Totale aziende
Piemonte	36.848	7.217	44.065
Valle d'Aosta	1.309	424	1.733
Liguria	8.199	1.588	9.787
Lombardia	29.195	10.054	39.249
Trentino-Alto-Adige	16.869	7.488	24.357
Veneto	32.047	8.221	40.268
Friuli-Venezia Giulia	6.327	1.849	8.176
Emilia-Romagna	33.436	13.178	46.614
Toscana	23.440	8.517	31.957
Umbria	6.628	2.378	9.006
Marche	13.468	2.516	15.984
Lazio	21.171	7.968	29.139
Abruzzo	12.854	2.448	15.302
Molise	6.137	923	7.060
Campania	27.614	15.932	43.546
Puglia	22.916	35.682	58.598
Basilicata	8.066	3.865	11.931
Calabria	7.966	30.302	38.268
Sicilia	23.360	28.612	51.972
Sardegna	20.689	5.018	25.707
Totale	358.539	194.180	552.719



CAPITOLO 5:

Tabella 5.2 – Numero di addetti in agricoltura secondo l'INPS nel 2010 per tipologia di manodopera.

Fonte: INPS dicembre 2013, elaborazione PREO.

Regione	Totale autonomi	Operai a tempo determinato	Operai a tempo indeterminato	Totale lavoratori dipendenti	Totale addetti agricoltura
Piemonte	52.843	12.435	5.200	17.615	70.458
Valle d'Aosta	1.699	703	384	1.086	2.785
Liguria	9.678	2.768	927	3.692	13.370
Lombardia	46.438	14.874	17.349	32.175	78.613
Trentino-Alto-Adige	28.429	13.061	4.437	17.485	45.914
Veneto	48.822	19.087	11.948	31.003	79.825
Friuli-Venezia Giulia	9.040	4.507	2.147	6.649	15.689
Emilia-Romagna	48.717	43.030	9.303	52.307	101.024
Toscana	30.043	20.436	10.102	30.506	60.549
Umbria	8.333	5.827	2.264	8.084	16.417
Marche	17.215	7.019	2.042	9.056	26.271
Lazio	25.311	18.908	3.989	22.880	48.191
Abruzzo	14.834	7.889	1.505	9.390	24.224
Molise	6.995	2.258	532	2.788	9.783
Campania	29.803	35.955	5.235	41.167	70.970
Puglia	25.833	87.514	2.764	90.239	116.072
Basilicata	8.662	14.957	493	15.447	24.109
Calabria	8.202	55.018	9.396	64.410	72.612
Sicilia	25.077	81.890	2.963	84.834	109.911
Sardegna	22.483	8.131	6.275	14.387	36.870
Totale	468.457	456.266	99.253	555.198	1.023.655



Tabella 5.3 – Confronto tra addetti INAIL e INPS nel settore Industria e servizi nell'anno 2011.

Fonte: INPS dicembre 2013, Flussi informativi INAIL Regioni edizione 2013, elaborazione PREO.

Regione	INPS						TOTALE INPS	TOTALE INAIL
	Lavoratori dipendenti	Autonomi artigiani	Autonomi commercianti	Domestici	Parasubordinati professionisti	Parasubordinati collaboratori		
Piemonte	993.224	175.337	176.713	73.453	21.563	97.016	1.537.306	1.408.534
V. d'Aosta	28.075	5.321	5.892	1.833	1.071	2.686	44.878	47.731
Liguria	318.269	58.117	71.833	30.559	9.474	35.790	524.042	457.082
Lombardia	2.722.766	344.438	331.530	165.014	69.751	336.930	3.970.429	3.777.408
Veneto	1.261.543	194.650	186.505	68.380	23.339	124.660	1.859.077	1.616.921
Friuli-V. G.	285.375	39.338	39.005	15.114	6.408	35.282	420.522	387.915
Emilia-Romagna	1.129.514	192.704	173.333	79.242	25.677	130.126	1.730.596	1.565.524
Toscana	812.624	157.115	162.494	74.868	20.879	109.172	1.337.152	1.172.668
Umbria	175.948	32.009	33.797	20.289	4.971	23.079	290.093	242.097
Marche	351.960	71.018	61.189	24.823	7.576	35.687	552.253	462.632
Lazio	1.185.735	120.328	186.925	139.406	36.488	218.728	1.887.610	2.317.628
Abruzzo	250.834	43.327	48.725	13.094	5.014	23.725	384.719	331.692
Molise	42.563	9.212	10.315	2.052	1.004	5.814	70.960	61.136
Campania	729.209	82.662	195.019	55.710	12.811	75.139	1.150.550	912.954
Puglia	549.870	91.511	132.534	25.065	10.550	54.649	864.179	669.189
Basilicata	81.401	13.976	17.267	3.498	1.669	7.818	125.629	111.438
Calabria	198.168	40.806	64.646	13.542	3.044	23.248	343.454	279.683
Sicilia	604.539	92.946	144.136	35.505	8.969	66.498	952.593	803.948
Sardegna	242.894	48.591	55.274	37.084	5.554	29.543	418.940	351.040
Trentino-Alto-Adige	263.336	34.083	42.771	10.324	5.447	29.150	385.111	381.336
Italia	12.227.847	1.847.487	2.139.901	888.855	281.259	1.464.740	18.850.089	17.358.556



CAPITOLO 5:

Figura 5.9 – Percentuale di PAT con accentramento contributivo e percentuale di addetti riferiti a queste PAT sul totale nazionale, anno 2011.

Fonte: *Flussi informativi INAIL Regioni edizione 2013, elaborazione PREO.*

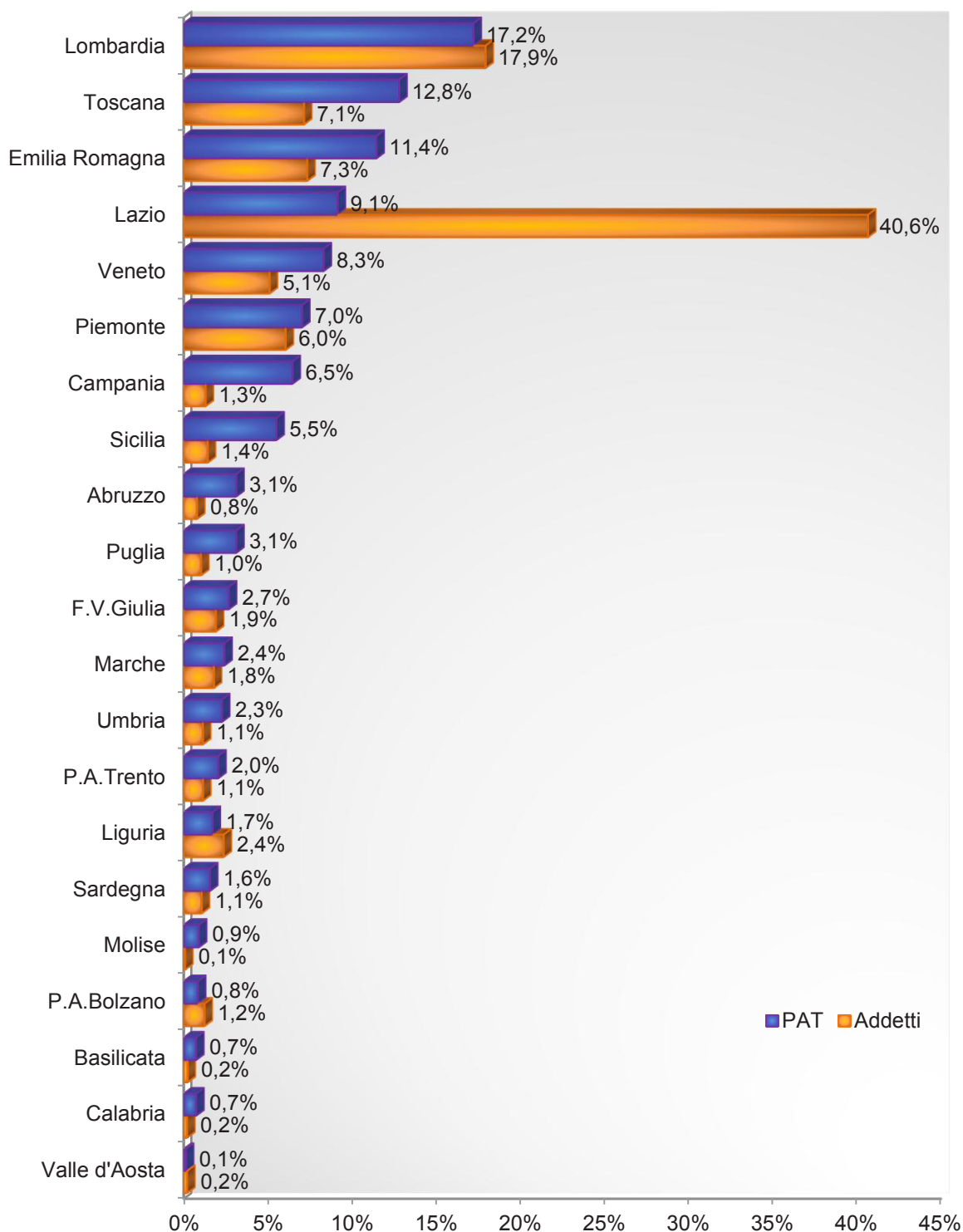




Tabella 5.4 – Numero di PAT e numero di addetti assicurati INAIL nel settore Industria e servizi suddivisi per comparto e per i gruppi di tariffa del comparto Servizi, anno 2011. Le percentuali dei comparti sono calcolate sul totale nazionale, mentre quelle dei gruppi di tariffa sono calcolate sul totale del comparto Servizi

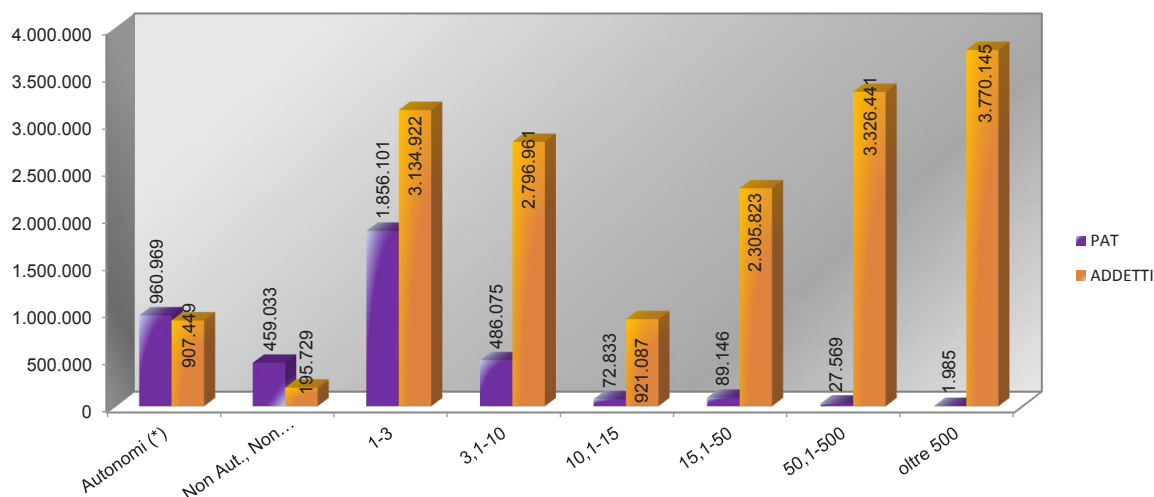
Fonte: Flussi informativi INAIL Regioni edizione 2013, elaborazione PREO.

		PAT		Addetti	
01 Agrindustria e pesca		34.366	0,9%	78.202	0,5%
02 Estrazioni minerali		3.550	0,1%	24.178	0,1%
03 Industria Alimentare		71.799	1,8%	340.708	2,0%
04 Industria Tessile		96.308	2,4%	394.533	2,3%
05 Industria Conciaria		4.465	0,1%	30.626	0,2%
06 Industria Legno		75.826	1,9%	233.682	1,3%
07 Industria Carta		37.463	0,9%	177.281	1,0%
08 Industria Chimica e Petrolio		19.931	0,5%	314.040	1,8%
09 Industria Gomma		9.006	0,2%	49.242	0,3%
10 Ind.Trasf. non Metalliferi		31.024	0,8%	179.864	1,0%
11 Industria Metalli		2.681	0,1%	113.972	0,7%
12 Metalmeccanica		257.170	6,5%	1.322.962	7,6%
13 Industria Elettrica		33.978	0,9%	204.411	1,2%
14 Altre Industrie		74.243	1,9%	282.338	1,6%
15 Elettricità Gas Acqua		3.410	0,1%	123.547	0,7%
16 Costruzioni		773.073	19,6%	1.724.867	9,9%
17 Commercio		523.880	13,3%	1.527.899	8,8%
18 Trasporti		147.259	3,7%	616.550	3,6%
19 Sanità		93.893	2,4%	1.369.445	7,9%
20 Servizi		1.584.503	40,1%	8.121.092	46,8%
Servizi - Gruppi Tariffa	0200 Turismo e ristorazione	330.890	20,9%	856.391	10,5%
	0300 Sanità e servizi sociali	5.377	0,3%	14.750	0,2%
	0400 Pulizie e nettezza urbana	57.168	3,6%	319.099	3,9%
	0500 Cinema e spettacoli	30.849	1,9%	120.685	1,5%
	0600 Istruzione e ricerca	56.314	3,6%	282.261	3,5%
	0700 Uffici e altre attività	1.073.393	67,7%	6.324.238	77,9%
	9200 Facchinaggio	4.949	0,3%	38.655	0,5%
	9300 Magazzini	25.563	1,6%	165.014	2,0%
99 Comparto non determinabile		75.883	1,9%	129.116	0,7%
TOTALE		3.953.711	100,0%	17.358.556	100,0%



Figura 5.10 – Numero PAT e addetti assicurati INAIL nel settore Industria e servizi distinti per dimensione aziendale, anno 2011

Fonte: *Flussi informativi INAIL Regioni edizione 2013, elaborazione PREO.*



(*) Le PAT indicate per brevità come “Autonomi” sono quelle, non considerate dal LEA, in cui non ci sono dipendenti (inferiori a 1 per anno) e in cui lavora un solo “artigiano” (non ci sono altri artigiani che, come soci lavoratori, sarebbero equiparabili a dipendenti). Questa definizione, in realtà, non corrisponde al numero di lavoratori autonomi così come sono definiti dall’art. 2222 del Codice Civile e ai quali si applica l’art. 21 del D.Lgs.81/08.

(**) Le PAT indicate per brevità “Non Autonomi, non LEA, sono quelle non considerate dai LEA per avvenuta cessazione nell’anno considerato o che non rispondono ai criteri di selezione delle PAT indicate come “Autonomi”

2.4 CATEGORIE PARTICOLARI DI LAVORATORI

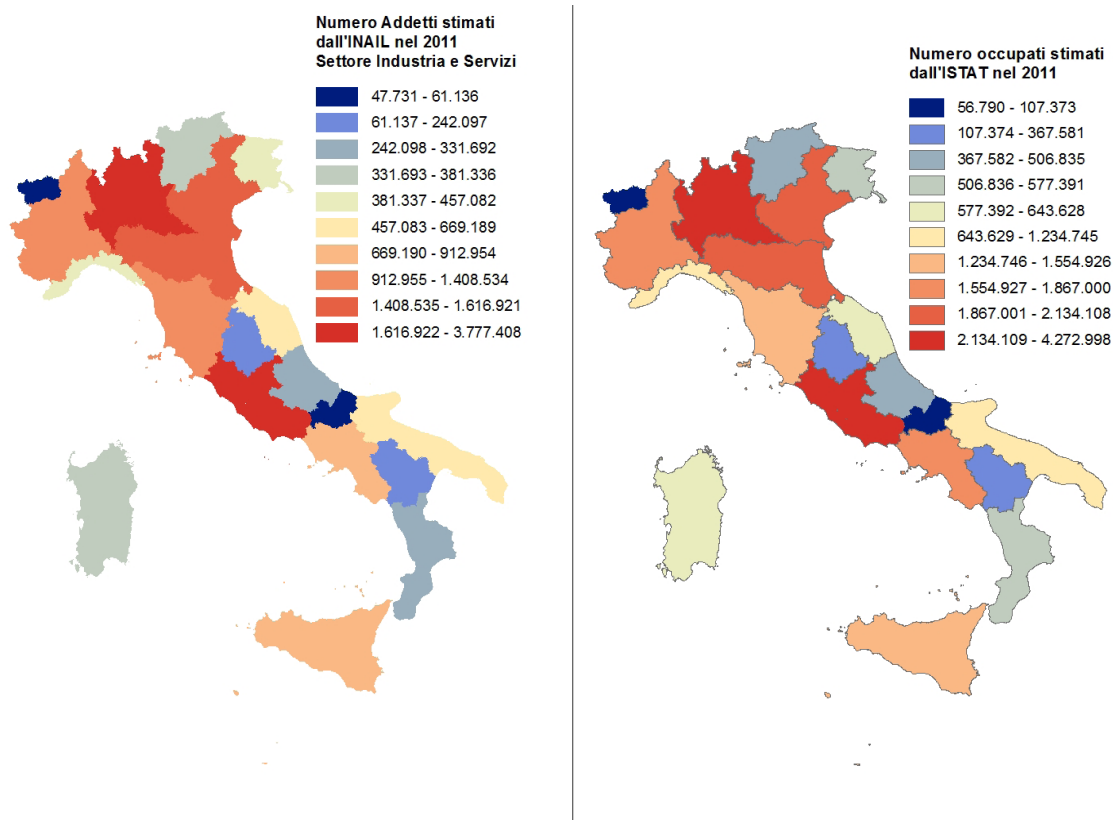
Negli ultimi anni, sia per effetto del contesto economico, sia per effetto di modifiche normative, sia per riorganizzazioni aziendali, il mondo del lavoro è profondamente cambiato; sono diminuite le attività prettamente manifatturiere (anche per delocalizzazione) e sono proporzionalmente aumentate attività del terziario. Molte attività manifatturiere hanno visto una progressiva automazione dei processi produttivi con riduzione dei soggetti occupati in queste attività. Contemporaneamente si è progressivamente ridotta la quota di dipendenti a tempo indeterminato e sono aumentate le

forme di lavoro a tempo determinato o atipiche. Gli archivi attualmente disponibili per questa pubblicazione non sono in grado di fornire tutte le informazioni necessarie per queste “nuove” tipologie di lavoro che, per la loro precarietà, fanno ipotizzare maggiori rischi professionali derivanti da una minor formazione ed esperienza. Un altro elemento di preoccupazione è costituito dai lavoratori stranieri, sia per il frequente impiego non regolare, sia per la difficoltà legata alla diversa cultura e ad una non perfetta conoscenza della lingua (che spesso incide anche sulla formazione dei lavoratori per quanto riguarda la sicurezza). Al momento sono noti soltanto gli infortuni per categoria (parasubordinati, interinali, lavoratori stranieri); i



Figura 5.11 – Confronto tra addetti INAIL e ISTAT (classi divise in decili) nel settore Industria e servizi, anno 2011

Fonte: Flussi informativi INAIL Regioni edizione 2013, ISTAT dicembre 2013, elaborazione PREO.



dati sui soggetti esposti a rischio di infortuni sono ancora parziali; lo sviluppo di sistemi informativi integrati, primo fra tutti il SINP di cui all'art. 8 del D.Lgs 81/08, potrà in futuro consentire di studiare meglio queste situazioni particolari e quelle connesse all'età e al genere.

2.⁵ ATTIVITÀ IN EDILIZIA

Il settore, in costante aumento fino al 2008, è uno di quelli più colpiti dalla crisi. Il numero di notifiche preliminari presentate dai committenti non è sostanzialmente diminuito negli ultimi anni, probabilmente per questioni amministrative, ma l'esperienza degli operatori è quella di un

numero di cantieri realmente attivi molto ridotto in accordo con il calo della produzione nel settore precedentemente documentato. Inoltre, le notifiche sono conteggiate per unità, a prescindere dall'importo e dalla consistenza dei lavori eseguiti mentre l'indice di produzione tiene conto dell'importo dei lavori.

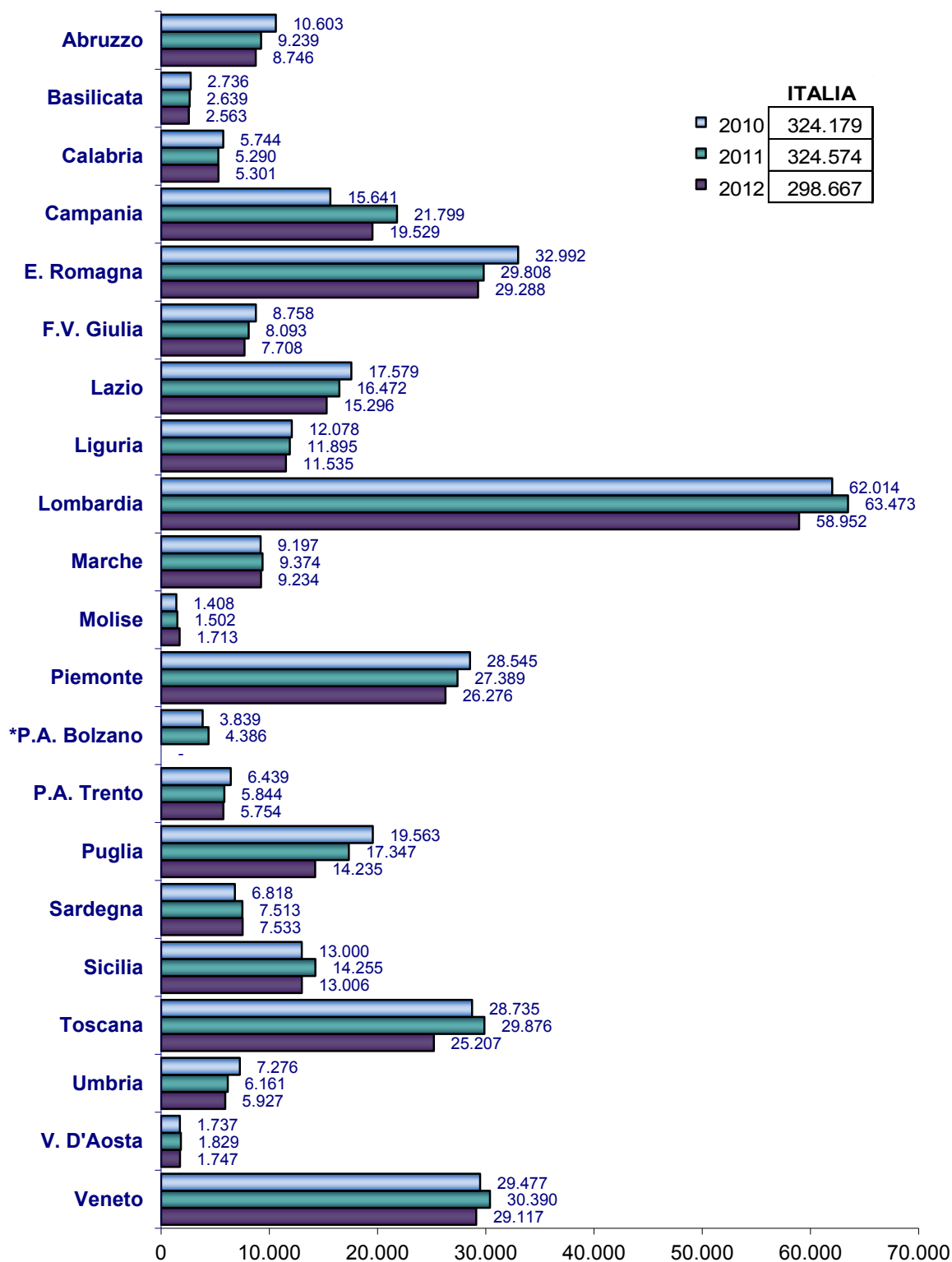
In **Figura 5.12** è riportata la distribuzione delle notifiche preliminari per regione.



CAPITOLO 5:

Figura 5.12 – Numero cantieri notificati (art. 99 D.lgs 81/08), periodo 2010-2012.

Fonte: Monitoraggio effettuato dal Coordinamento Tecnico Interregionale, elaborazione PREO.





3. INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI

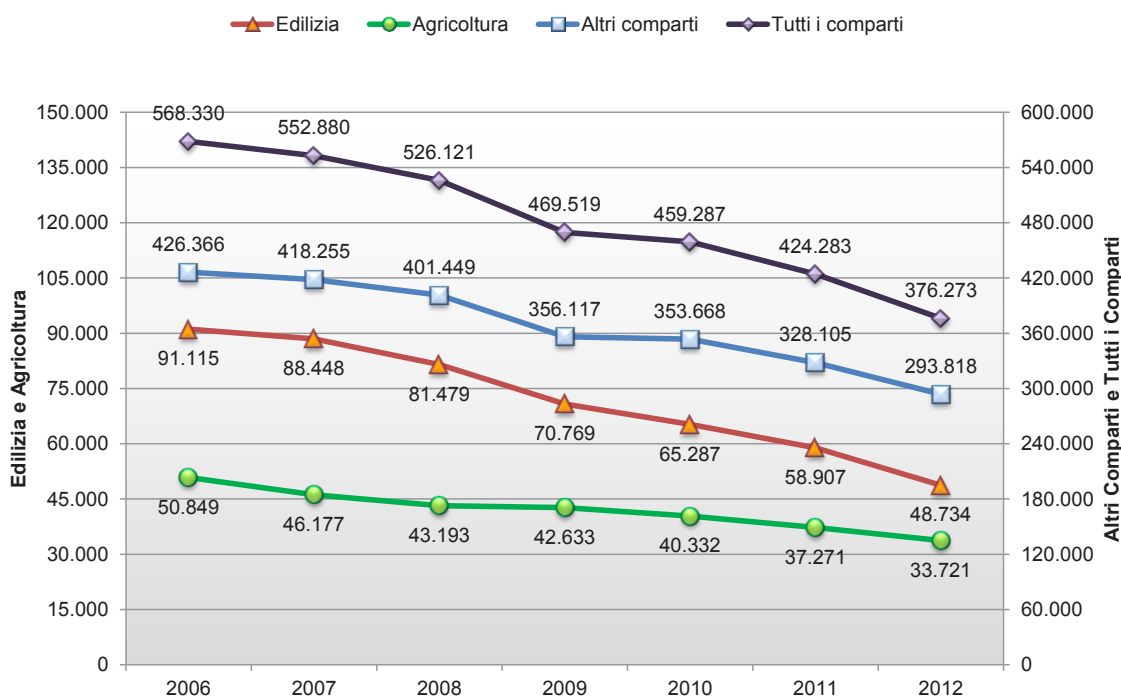
3.¹ INFORTUNI SUL LAVORO

In **Figura 5.13** sono riportati gli andamenti infortunistici nel periodo 2006-2012; sia il totale delle attività, sia comparti ritenuti a maggior rischio, come agricoltura e costruzioni, mostrano un trend in diminuzione del numero di infortuni. Anche i tassi di incidenza, riportati in **Figura 5.14** sono in diminuzione (per l'agricoltura non può essere calcolato poiché l'archivio INAIL Flussi non contiene informazioni sul numero di

addetti). Parallelamente si evidenzia in **Figura 5.15** che edilizia ed agricoltura non solo hanno una percentuale di casi gravi più alta ma che questa percentuale è in aumento.

Questo andamento contrastante suggerisce l'ipotesi che vi sia una progressiva sottonotifica dei casi lievi; l'elevata percentuale di casi gravi nei due comparti, agricoltura e costruzioni, giustifica il rilievo dato nei piani di prevenzione a questi settori lavorativi dove si concentra anche il maggior numero di casi mortali (escludendo quelli in itinere, cioè nel percorso casa-lavoro). La riduzione degli infortuni è un trend costante che si prolunga da almeno due decenni, anche se con fasi più o meno accentuate, ed è riconducibile da un lato agli effetti della prevenzione (variazioni delle norme, maggiore attività di vigilanza, attività di promozione della sicurezza) messa in atto dagli attori istituzionali,

Figura 5.13 – Numero infortuni riconosciuti dall'INAIL non in itinere e occorsi a lavoratori (sono esclusi COLF, studenti e sportivi professionisti) in tutti i settori lavorativi, edilizia, agricoltura e altri comparti; periodo 2006-2012. Fonte: *Flussi informativi INAIL Regioni edizione 2013, elaborazione PREO.*





CAPITOLO 5:

Figura 5.14 – Tasso grezzo di incidenza per sede azienda degli infortuni riconosciuti da INAIL per 1000 addetti nel settore Industria e Servizi, periodo 2006-2011, Italia.

Fonte: Flussi informativi INAIL Regioni edizione 2013, elaborazione PREO.

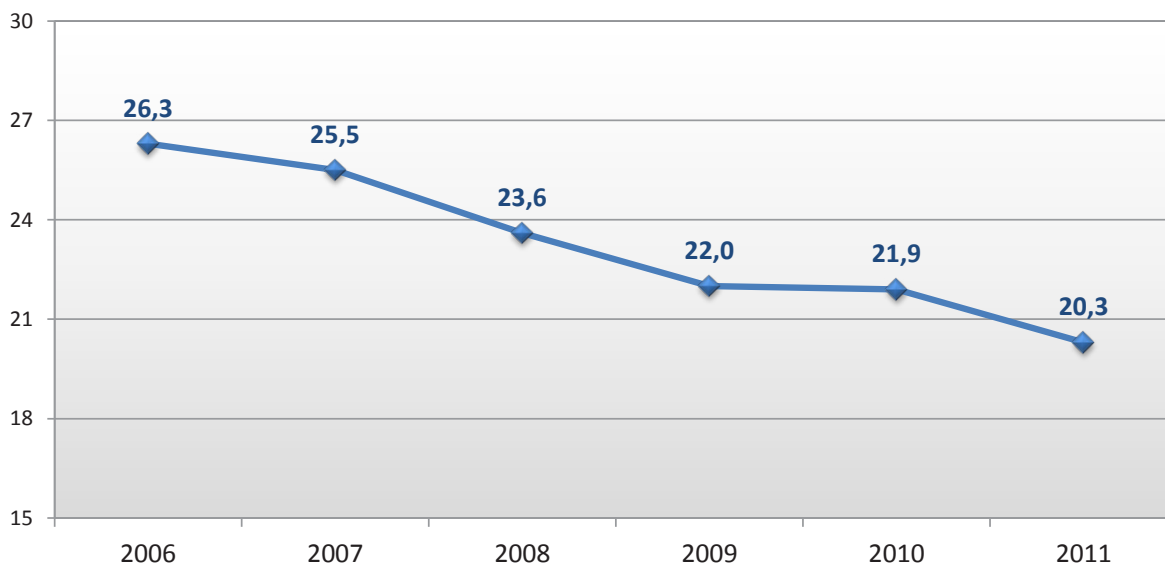
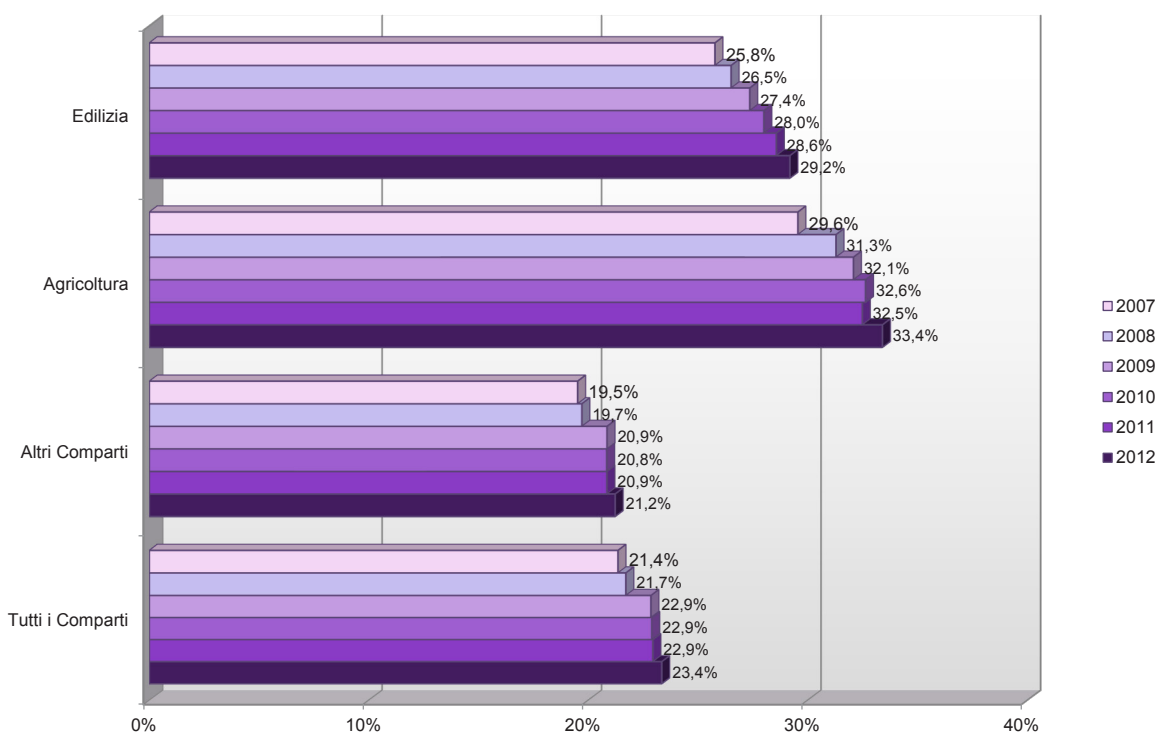


Figura 5.15 – Percentuale di infortuni mortali o invalidanti o con prognosi superiore a 40 giorni sul totale, periodo 2007 – 2012.

Fonte: Flussi informativi INAIL Regioni edizione 2013, elaborazione PREO.





dall'altro alle modifiche della struttura produttiva che si possono riassumere in due elementi fondamentali: la riduzione della quota numerica delle aziende manifatturiere, che espongono ai rischi maggiori, l'aumento delle attività del terziario e dei servizi, meno a rischio di infortuni, e l'introduzione di nuovi macchinari e di procedure automatizzate che hanno sostanzialmente ridotto il numero di esposti e anche il rischio di infortuni.

Su questo trend si è inserita recentemente, nel periodo della crisi economica iniziata nel 2008, un'abrusca riduzione sia del numero di infortuni che dei tassi di incidenza su cui hanno inciso anche altri fattori, non sempre facilmente quantificabili. Il ricorso alla cassa integrazione non giustifica

del tutto questa diminuzione che risente anche di minori ritmi di lavoro; a questo effetto possono aver contribuito le ferie "forzate", l'attività di ristrutturazione e la formazione dei lavoratori attuate nei periodi di riduzione delle commesse, un minor ricorso a forme di lavoro "grigio" per aumentare la produttività (straordinari), il lavoro "in nero", l'omessa denuncia degli infortuni più facilmente occultabili da parte di lavoratori irregolari ma anche di lavoratori regolari. Molti di questi fattori perderanno il loro effetto in caso di ripresa economica e, in questo scenario, c'è da attendersi una inversione del trend infortunistico anche perché sono aumentati nel frattempo alcuni fattori critici legati alla precarietà delle nuove forme di lavoro, alla minor esperienza dei

Figura 5.16 – Tasso grezzo di incidenza per 1000 addetti, per sede azienda, degli infortuni riconosciuti da INAIL nel settore Industria e Servizi, anno 2011.

Fonte: *Flussi informativi INAIL Regioni edizione 2013, elaborazione PREO.*

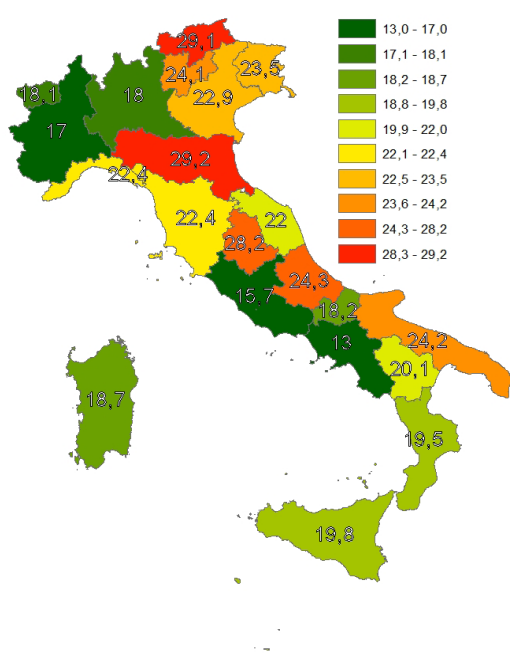
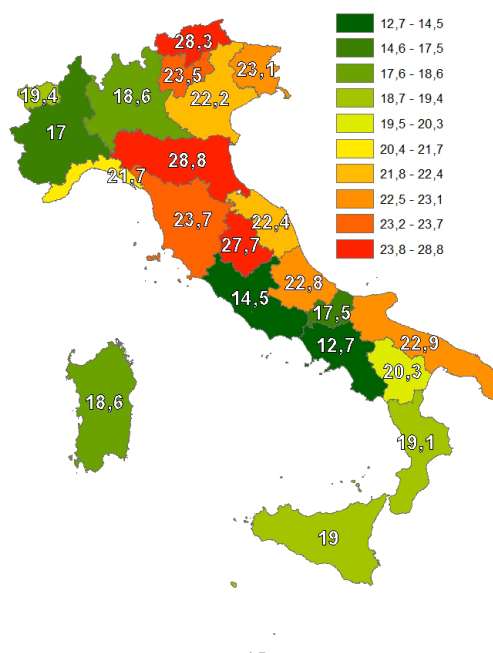


Figura 5.17 – Tasso standardizzato diretto per codice ATECO e sede azienda degli infortuni riconosciuti da INAIL nel settore Industria e Servizi, anno 2011.

Fonte: *Flussi informativi INAIL Regioni edizione 2013, elaborazione PREO.*

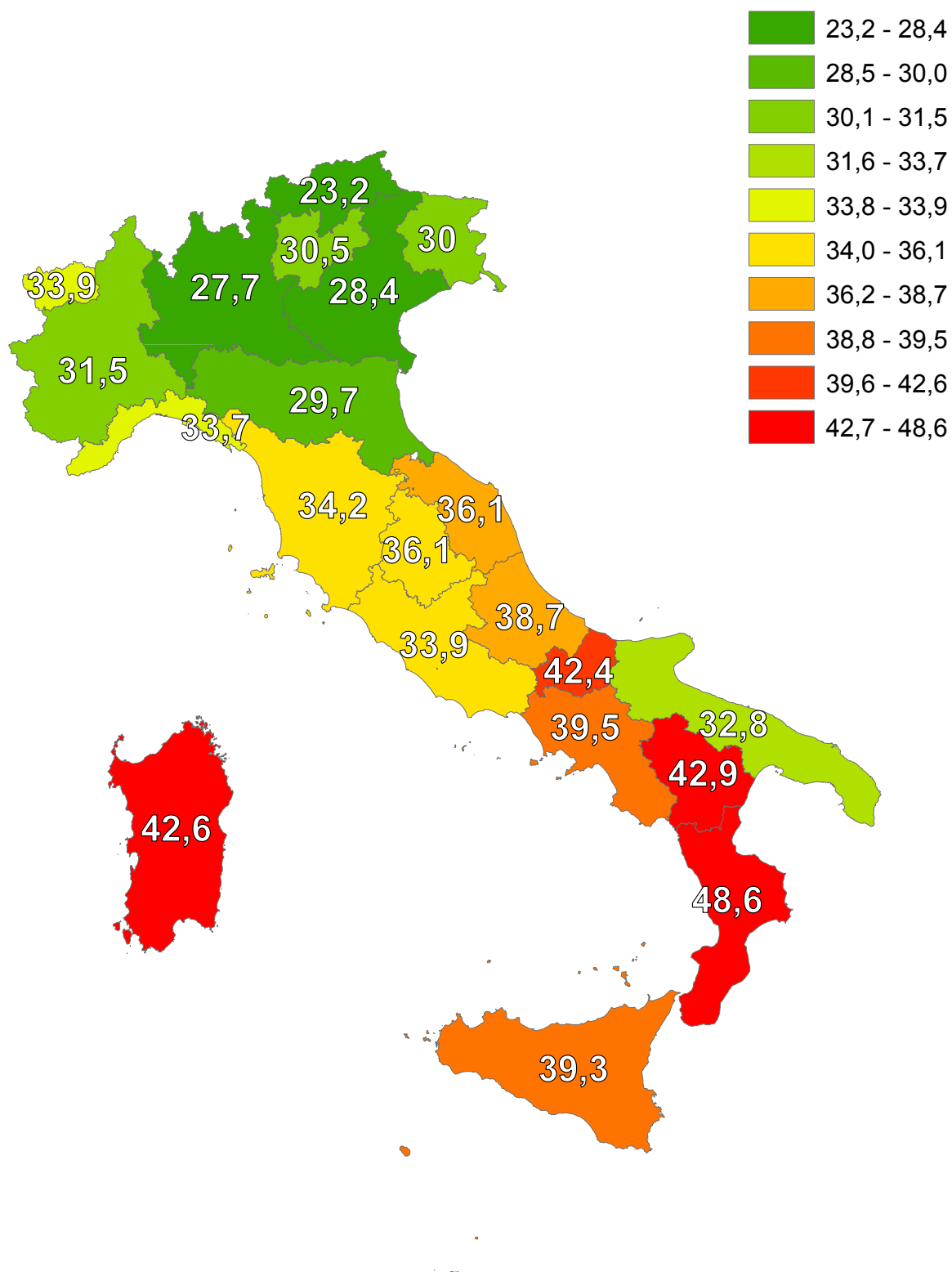




CAPITOLO 5:

Figura 5.18 – Percentuale di infortuni gravi (infortuni mortali + infortuni grado di invalidità INAIL maggiore di zero + infortuni con durata complessiva dell'assenza dal lavoro maggiore di 30 giorni) sul totale infortuni riconosciuti da INAIL in **tutti i settori di attività**, anno 2011.

Fonte: *Flussi informativi INAIL Regioni edizione 2013, elaborazione PREO.*





lavoratori assunti al posto di quelli più esperti espulsi dal mondo produttivo, alla necessità di ricorrere prioritariamente al lavoro straordinario invece che a nuove assunzioni quando il quadro economico è ancora incerto.

Nelle **Figure 5.16 e 5.17** sono riportati rispettivamente i tassi regionali grezzo e standardizzato di incidenza degli infortuni. Entrambi gli indicatori sono riferiti alla sede dell'azienda e non al luogo dell'evento per correggere, almeno parzialmente, l'effetto distorsivo degli accentramenti contributivi e del lavoro svolto fuori sede. Il tasso standardizzato tiene conto anche della diversa distribuzione delle attività economiche nelle regioni.

In **Figura 5.18** si evidenzia la percentuale di

infortuni gravi sul totale; la differenza fra questa mappa e le mappe di incidenza può essere ricondotta a diversi fattori tra cui la diversa distribuzione delle attività rischiose, la maggiore o minore sottonotifica di infortuni lievi e la sottostima degli addetti per effetto di evasione contributiva (confrontando anche, con le dovute cautele, il dato degli occupati ISTAT rispetto ai dati INAIL e INPS). Le **Figure 5.19 e 5.20** forniscono la percentuale di infortuni gravi sul totale dei riconosciuti nelle due attività oggetto di specifici piani di prevenzione: agricoltura ed edilizia.

Figura 5.19 – Percentuale di infortuni gravi (infortuni mortali + infortuni con grado di invalidità INAIL maggiore di zero + infortuni con durata complessiva dell'assenza dal lavoro maggiore di 30 giorni) sul totale infortuni riconosciuti da INAIL in **edilizia**, anno 2011.

Fonte: Flussi informativi INAIL Regioni edizione 2013, elaborazione PREO.

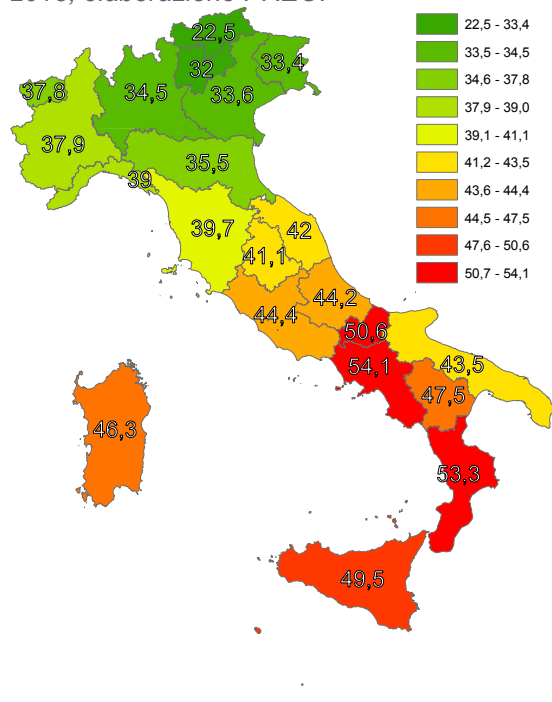
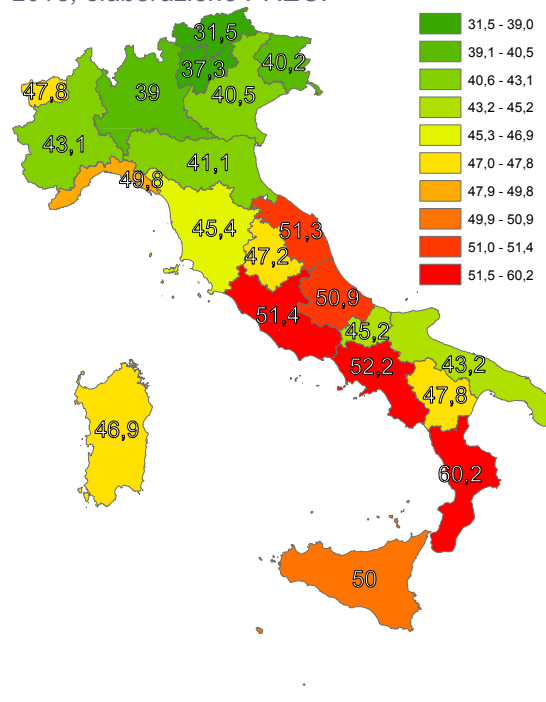


Figura 5.20 – Percentuale di infortuni gravi (infortuni mortali + infortuni con grado di invalidità INAIL maggiore di zero + infortuni con durata complessiva dell'assenza dal lavoro maggiore di 30 giorni) sul totale infortuni riconosciuti da INAIL in **agricoltura**, anno 2011.

Fonte: Flussi informativi INAIL Regioni edizione 2013, elaborazione PREO.





3.² MALATTIE PROFESSIONALI

Negli ultimi anni è evidente un marcato aumento delle denunce di malattia professionale; questa evidenza non deve essere tuttavia ricondotta ad un peggioramento delle condizioni di igiene del lavoro. Infatti, le malattie professionali, a differenza degli infortuni, si manifestano dopo un'esposizione più o meno prolungata e non sempre, anzi quasi mai, l'epoca della denuncia coincide con il periodo di esposizione e con l'epoca della prima manifestazione. A ciò si deve aggiungere che l'andamento delle denunce è spesso influenzato da variazioni normative; negli anni 90, l'entrata in vigore del D.Lgs. 277/91 ha modificato l'obbligo di sorveglianza sanitaria per i soggetti esposti a rumore e ciò ha comportato un aumento delle denunce di ipoacusia da rumore precedentemente neppure diagnosticate. In altri casi sono le modifiche alle norme assicurative, in primo luogo le tabelle delle malattie indennizzate, che hanno come effetto l'aumento delle denunce. Infine, non deve essere dimenticata l'azione di recupero delle malattie professionali perdute, cioè di quelle che vengono diagnosticate ma non denunciate, che le regioni conducono attraverso le ASL; nonostante il recente aumento di casi, è molto ammissibile che il numero di malattie professionali sia ancora largamente sottostimato, soprattutto per la patologia tumorale che ha tempi di latenza molto lunghi.

La **Tabella 5.5** mostra l'andamento delle denunce delle malattie professionali dal 2007 al 2012. E' particolarmente evidente l'aumento rilevato (+50% a livello nazionale) ma con alcune differenze tra regioni che non sono facilmente spiegabili. Certamente hanno contribuito all'aumento, come si è detto, le nuove tabelle delle malattie indennizzate pubblicate nel 2008; non a caso l'aumento riguarda particolarmente

le malattie muscolo-scheletriche (**Tabella 5.6**), oggi tabellate e più facilmente riconosciute tanto che hanno sostituito al primo posto l'ipoacusia da rumore. La nuova regolamentazione rende anche possibile una migliore individuazione delle malattie di origine professionale grazie al codice ICD10 con cui le tabelle elencano le patologie, invece della precedente formulazione "malattie causate da", permettendo di fare anche denunce plurime (diverse malattie prodotte dalla stessa esposizione).

In **Tabella 5.7** sono riassunte le patologie correlate all'esposizione ad amianto. Le patologie tumorali da amianto denunciate sono circa mille all'anno, in buona parte dei casi costituite dal mesotelioma pleurico che è un tumore specifico, cioè con elevata frazione attribuibile all'esposizione ad amianto. Il registro Nazionale dei Mesoteliomi ReNaM (vedi anche capitolo 3) raccoglie i casi di mesotelioma segnalati dai COR Centri Operativi Regionali. I casi registrati dal ReNaM sono ricavati da una ricerca attiva della patologia mentre i casi registrati dall'INAIL derivano dalle denunce presentate dai lavoratori o dai loro eredi; ciò spiega il numero superiore di casi di mesotelioma ReNaM rispetto alle denunce INAIL; i casi effettivamente riconosciuti dall'INAIL come malattia professionale sono soltanto una parte di quelli denunciati anche a causa della lunga latenza e della difficoltà per i lavoratori di documentare l'esposizione avvenuta. Nel 2012 le patologie da amianto riconosciute sono state 1.529, 734 delle quali tumorali di cui 504 relative al mesotelioma della pleura.



Tabella 5.5 – Malattie professionali denunciate all'INAIL suddivise per anno, periodo 2007-2012.

Fonte: Rapporto INAIL 2012, elaborazione PREO.

	2008	2009	2010	2011	2012	Variazione % 2012 su 2008	
Piemonte	2.169	2.240	2.158	2.139	2.062	-5	
Valle D'Aosta	43	38	56	78	63	47	
Lombardia	3.088	3.079	3.385	3.370	3.204	4	
Liguria	947	961	1.008	877	852	-10	
Prov. Bolzano	285	276	279	251	235	-18	
Prov. Trento	260	303	351	446	358	38	
Veneto	2.095	2.192	2.388	2.300	2.310	10	
Friuli V. Giulia	1.252	1.246	1.309	1.454	1.526	22	
Emilia Romagna	4.613	5.047	6.568	7.381	7.444	61	
Toscana	3.052	3.758	4.977	5.999	6.039	98	
Umbria	1.222	1.284	1.379	1.469	1.441	18	
Marche	1.702	2.066	2.746	3.344	3.625	113	
Lazio	1.483	1.475	1.746	1.921	1.926	30	
Abruzzo	2.671	4.124	5.770	5.887	5.012	88	
Molise	136	126	203	263	229	68	
Campania	1.008	1.180	1.550	1.768	1.870	86	
Puglia	1.885	2.042	2.081	2.608	2.361	25	
Basilicata	347	429	463	477	513	48	
Calabria	837	1.200	1.336	1.498	1.428	71	
Sicilia	1.105	1.167	1.523	1.604	1.449	31	
Sardegna	1.273	1.861	2.878	3.324	3.470	173	
ITALIA	31.473	36.094	44.154	48.458	47.417	51	



CAPITOLO 5:

Tabella 5.6 – Malattie professionali denunciate all'INAIL per settore ICD-10 e per definizione amministrativa, anno 2012.

Fonte: Rapporto INAIL 2012, elaborazione PREO.

Codice Sanitario (Cod.M)	Positivo	Negativo	In istruttoria	Totale
Alcune malattie infettive e parassitarie (A00-B99)	3	16	107	126
Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)	38	295	2	335
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario (D50-D89)	2	29	141	172
Malattie del sistema circolatorio (I00-I99)	76	301	599	976
Malattie del sistema nervoso (G00-G99)	2.818	2.123	118	5.059
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (M00-M99)	10.013	13.108	3	23.124
Malattie del sistema respiratorio (J00-J99)	1.104	913	134	2.151
Malattie dell'apparato digerente (K00-K93)	3	124	24	151
Malattie dell'apparato genito urinario (N00-N99)	0	26	1	27
Malattie dell'occhio e degli annessi oculari (H00-H59)	16	70	65	151
Malattie dell'orecchio e dell'apofisimastoide (H60-H95)	2.060	1.500	1	3.561
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo (L00-L99)	280	148	16	444
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (E00-E90)	0	33	0	33
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio non classificati altrove (R00-R99)	0	0	1	1
Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne (S00-T98)	0	9	0	9
Tumori (C00-D48)	969	873	0	1.842
Assenza di malattia denunciata	0	2.778	0	2.778
Impossibilità di giudizio medico-legale	0	2.558	0	2.558
Assente	2	3.788	129	3.919
TOTALE	17.384	28.692	1.341	47.417

Tabella 5.7 – Malattie professionali asbesto correlate riconosciute per ICD-10. Anno di protocollo 2012.

Fonte: Rapporto INAIL 2012, elaborazione PREO.

Malattie da amianto	Totale	Esito mortale	Totale
Tumori	402	332	734
Mesotelioma della pleura	285	219	504
Tumore maligno dei bronchi e del polmone	100	100	200
Mesotelioma del peritoneo	8	8	16
Tumore maligno dell'ovaio	0	1	1
Tumore maligno della laringe	8	2	10
Tumore maligno del retroperitoneo e peritoneo	0	1	1
Mesotelioma del pericardio	0	1	1
Mesotelioma	1	0	1
Malattie del sistema respiratorio	779	15	794
Plaqua pleurica	544	3	547
Pneumoconiosi da asbesto (amianto) ed altre fibre minerali asbestosi	234	12	246
Versamento pleurico non classificato altrove	1	0	1
Assente	0	1	1

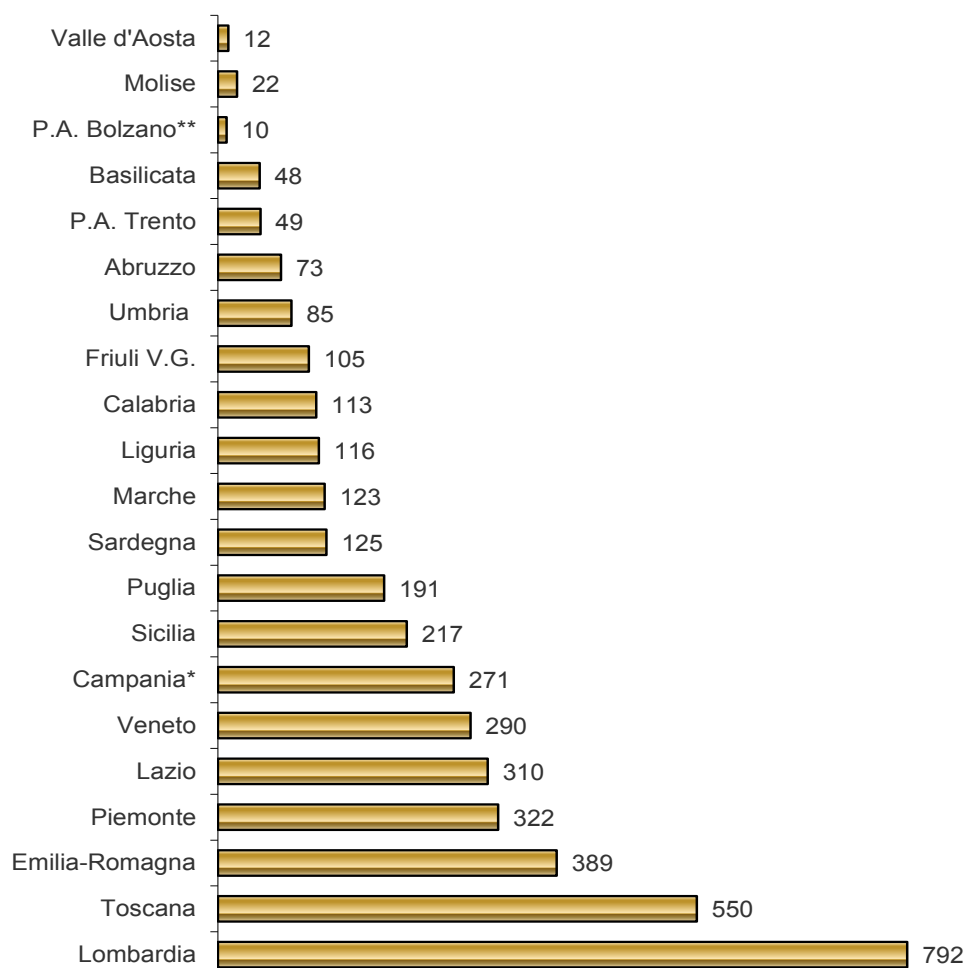


4. RISORSE PER LA PREVENZIONE

Nelle **Figure 5.21** e **5.22** sono riportati rispettivamente i dati sul numero totale di operatori nei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro delle ASL e il numero degli operatori con qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria (UPG). La qualifica di UPG, attribuita a medici, laureati non medici e tecnici della prevenzione, conferisce alcuni poteri (accesso ai luoghi di lavoro, svolgimento atti di polizia giudiziaria nel

Figura 5.21 – Numero complessivo di operatori nei servizi di prevenzione in ambienti di lavoro delle ASL, con o senza qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria, anno 2012.

Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.



* Campania: dati relativi al 2011

** P.A. Bolzano: dati parziali relativi alla sola Sezione Ispettorato Medico del Lavoro della Medicina del Lavoro dell'ASL



CAPITOLO 5:

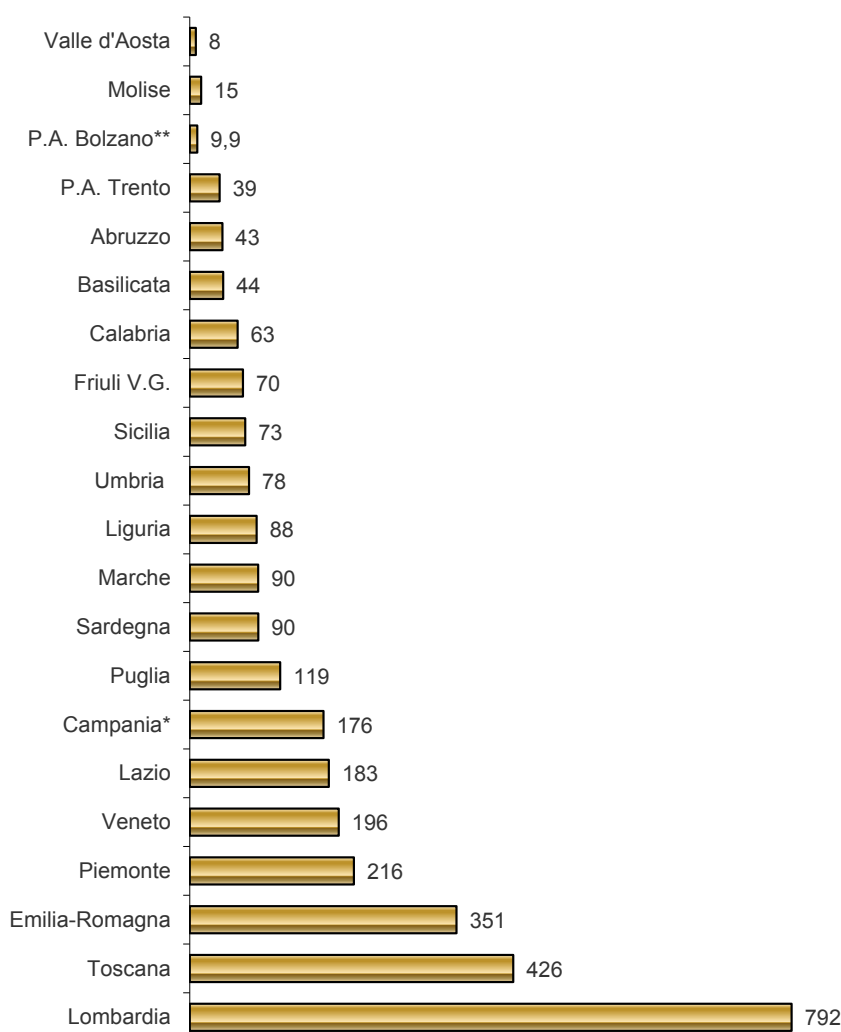
corso delle indagini) ma non esiste una netta separazione di funzioni per quanto riguarda le attività di prevenzione con il personale non UPG. Nelle **Figure 5.23 e 5.24** il loro numero è rapportato al numero di aziende (PAT) utilizzato per la definizione del LEA (base su cui viene calcolato il 5% da sottoporre ad ispezione) e con le notifiche preliminari dei cantieri temporanei. In entrambe le mappe il numero rappresenta il

valore assoluto di PAT o Cantieri mentre il colore di fondo della regione è rapportato al numero di unità (PAT o Cantieri) per UPG.

Infine, in **Figura 5.25** il numero di aziende (PAT) per UPG viene rapportato alla percentuale di aziende ispezionate e al raggiungimento del LEA del 5%.

Figura 5.22 – Numero di addetti ai servizi di prevenzione in ambienti di lavoro delle ASL con qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria, anno 2012.

Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.



* Campania: dati relativi al 2011

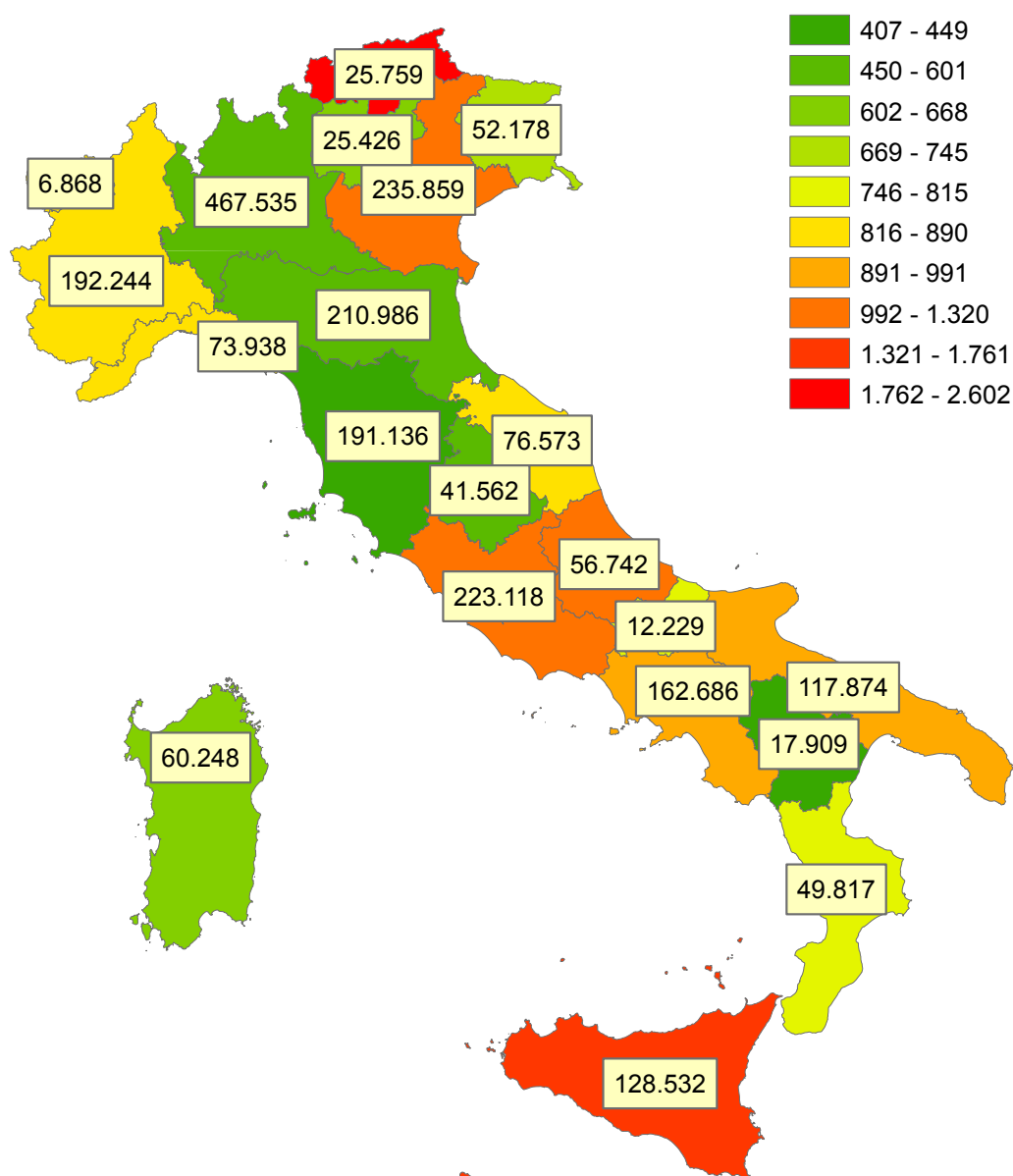
** P.A. Bolzano: dati parziali relativi alla sola Sezione Ispettorato Medico del Lavoro della Medicina del Lavoro dell'ASL



Figura 5.23 – Numero di PAT (posizioni assicurative INAIL) di aziende con dipendenti o equiparati utilizzato per la definizione dell'obiettivo di attività 2011 e rapporto con il numero di operatori dei servizi di prevenzione delle ASL con qualifica di UPG, anno 2012 (*).

Il colore di fondo indica il rapporto con il numero di operatori dei servizi di prevenzione delle ASL con qualifica di UPG, mentre l'etichetta indica il numero totale di PAT per il calcolo dell'obiettivo di attività.

Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.



* P.A. Bolzano dati parziali relativi alla Sezione ispettorato medico del lavoro della Medicina del lavoro dell'ASL; Campania: dati organico relativi al 2011.

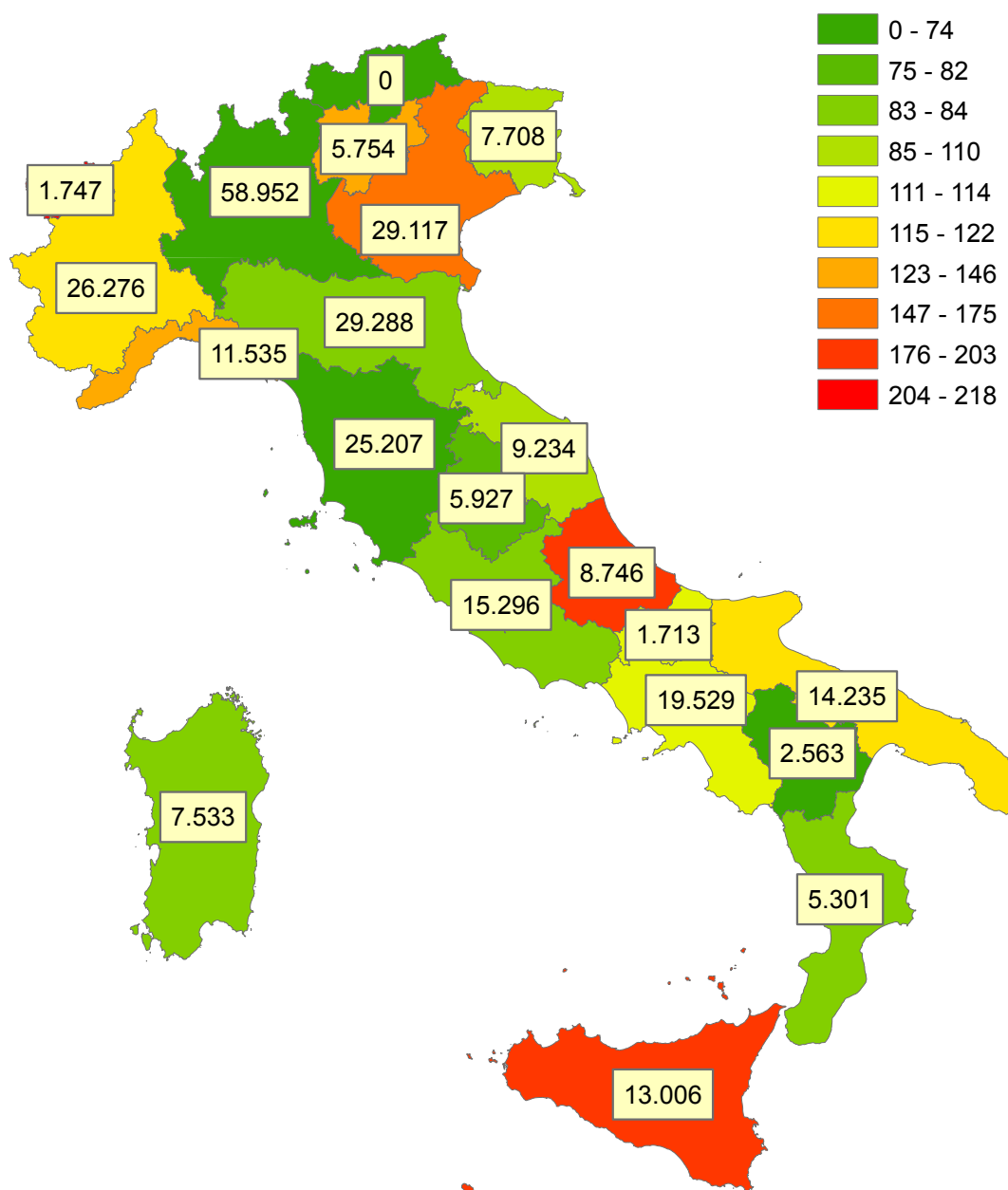


CAPITOLO 5:

Figura 5.24 – Numero di cantieri notificati nel 2012 e rapporto con il numero di operatori dei servizi di prevenzione delle ASL con qualifica di UPG, anno 2012 (*).

Il colore di fondo indica il rapporto con il numero di operatori dei servizi di prevenzione delle ASL con qualifica di UPG, mentre l'etichetta indica il numero totale di cantieri notificati nel 2011.

Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.

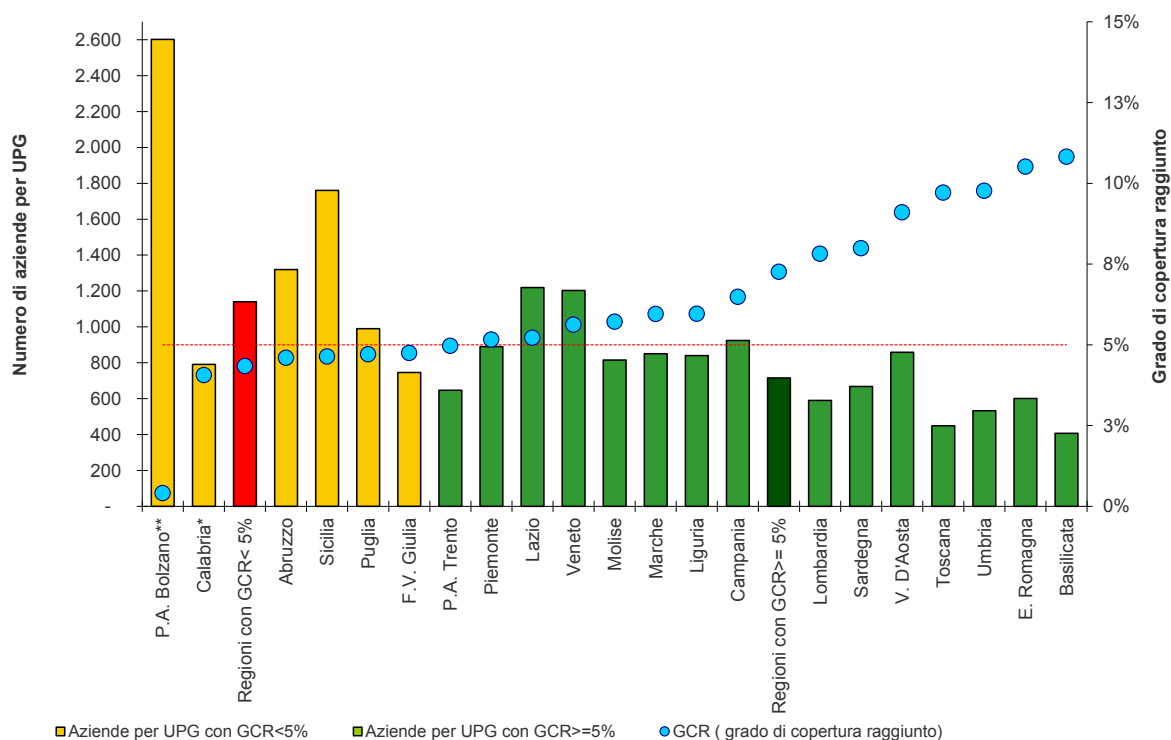


* * P.A. Bolzano dati parziali relativi alla Sezione ispettorato medico del lavoro della Medicina del lavoro dell'ASL; Campania: dati organico relativi al 2011.



Figura 5.25 – Numero di aziende con dipendenti o equiparati (potenziale oggetto di controllo) presenti nel territorio per UPG e Grado di Copertura Raggiunto (GCR), anno 2012.

Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.



* Campania: dati relativi al 2011

** P.A. Bolzano: dati parziali relativi alla sola Sezione Ispettorato Medico del Lavoro della Medicina del Lavoro dell'ASL



GLOSSARIO E

SITOGRAFIA



GLOSSARIO

Accentramento contributivo: vedi note metodologiche dei dati INPS e INAIL

Assistenza: attività svolta a supporto di imprese, datori di lavoro, lavoratori e associazioni di datori di lavoro in tema di salute e sicurezza sul lavoro. Il suo carattere generale e non specifico di una particolare situazione la differenzia dalla consulenza, che è vietata agli organi che svolgono funzioni di vigilanza.

ATECO: metodo di classificazione delle attività economiche; è la traduzione italiana della Nomenclatura delle Attività Economiche (NACE) creata dall'Eurostat, adattata dall'ISTAT alle caratteristiche specifiche del sistema economico italiano. Attualmente è in uso la versione ATECO 2007, entrata in vigore dal 1° gennaio 2008, che sostituisce la precedente ATECO 2002, adottata nel 2002. La classificazione utilizza caratteri alfa-numerici con diversi gradi di dettaglio a seconda del numero di cifre considerate.

Cantiere: definito all'art. 89 del Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro DLgs 81/2008 come qualunque luogo in cui si effettuano lavori edili o di ingegneria civile. Sono inclusi gli interventi sulle parti strutturali degli impianti elettrici.

CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie): organismo di coordinamento tra il ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze.

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 (art. 5 del

DLgs 9 aprile 2008 , n. 81): istituito presso il Ministero della salute, ha il compito di:

- stabilire linee comuni delle politiche nazionali in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- individuare obiettivi e programmi dell'azione pubblica di miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori;
- definire la programmazione annuale in ordine ai settori prioritari di intervento dell'azione di vigilanza, i piani di attività e i progetti operativi a livello nazionale, tenendo conto delle indicazioni provenienti dai comitati regionali di coordinamento e dai programmi di azione individuati in sede comunitaria;
- programmare il coordinamento della vigilanza a livello nazionale in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- garantire lo scambio di informazioni tra i soggetti istituzionali al fine di promuovere l'uniformità dell'applicazione della normativa vigente;
- individuare le priorità della ricerca in tema di prevenzione dei rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori.

Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro (art. 6 del DLgs 9 aprile 2008 , n. 81): è istituita presso il Ministero del lavoro e della previdenza sociale. Ha il compito di:

- esaminare i problemi applicativi della normativa di salute e sicurezza sul lavoro e formulare proposte per lo sviluppo e il perfezionamento della legislazione vigente;
- esprimere pareri sui piani annuali elaborati 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;
- definire le attività di promozione e le azioni di prevenzione;
- validare le buone prassi in materia di salute e sicurezza sul lavoro;



- redigere annualmente una relazione sullo stato di applicazione della normativa di salute e sicurezza e sul suo possibile sviluppo, da trasmettere alle commissioni parlamentari competenti e ai presidenti delle regioni;
- elaborare, entro e non oltre il 31 dicembre 2010, le procedure standardizzate di effettuazione della valutazione dei rischi tenendo conto dei profili di rischio e degli indici infortunistici di settore;
- definire criteri finalizzati alla definizione del sistema di qualificazione delle imprese e dei lavoratori autonomi;
- valorizzare sia gli accordi sindacali sia i codici di condotta ed etici, adottati su base volontaria, che orientino i comportamenti dei datori di lavoro, anche secondo i principi della responsabilità sociale, dei lavoratori e di tutti i soggetti interessati, ai fini del miglioramento dei livelli di tutela definiti legislativamente;
- valutare le problematiche connesse all'attuazione delle direttive comunitarie e delle convenzioni internazionali stipulate in materia di salute e sicurezza del lavoro;
- promuovere la considerazione della differenza di genere in relazione alla valutazione dei rischi e alla predisposizione delle misure di prevenzione;
- indicare modelli di organizzazione e gestione aziendale.

Comitati regionali di coordinamento (art. 7 del DLgs 9 aprile 2008, n. 81): operano presso ogni regione e provincia autonoma al fine di realizzare una programmazione coordinata di interventi, nonché l'uniformità degli stessi ed il necessario raccordo 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 e con la Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro.

Dipendente o equiparato (art.2 del DLgs 626/1994): persona che svolge un'attività lavorativa alle dipendenze di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari. Sono considerati lavoratori equiparati, i soci di società ed enti cooperativi in genere, anche di fatto, che svolgono la loro attività per conto delle società e degli Enti stessi, gli allievi delle scuole in cui si faccia uso di macchine, attrezzature, utensili e apparecchi in genere. Ai fini della definizione degli obiettivi di cui al Patto per la Salute (LEA 5%), nella seduta del 15 aprile 2010 il coordinamento interregionale ha stabilito che la fonte dati al momento più facilmente utilizzabile è costituita dai flussi informativi INAIL Regioni, effettuando la selezione delle aziende attive al 31 dicembre dell'ultimo anno disponibile con i seguenti criteri relativi agli addetti: dipendenti + addetti di PAT con polizze speciali (ad esempio soci di cooperative assicurate da INAIL con questa forma) ≥ 1 , soci artigiani ≥ 2 .

Formazione: secondo l'art. 2 del Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro, indica il processo educativo attraverso il quale trasferire ai lavoratori ed agli altri soggetti del sistema di prevenzione e protezione aziendale conoscenze e procedure utili alla acquisizione di competenze per lo svolgimento in sicurezza dei rispettivi compiti in azienda e alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi.

Indagine per infortunio e malattia professionale: nei casi previsti dal Codice Penale come Omicidio Colposo o Lesione Personale Colposa (artt. 589 e 590) il personale con qualifica di UPG svolge di propria iniziativa o su delega della Magistratura le indagini per accertare l'eventuale responsabilità di datori di lavoro, dirigenti, preposti e altri lavoratori ai fini del



relativo procedimento penale. Contestualmente, se ricorrono gli estremi, vengono emesse prescrizioni per la regolarizzazione delle situazioni non a norma e l'eliminazione dei pericoli evidenziati.

Informazione: secondo l'art. 2 del Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro, indica il complesso delle attività dirette a fornire conoscenze utili alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi in ambiente di lavoro.

Infortunio in itinere: infortunio avvenuto durante il tragitto tra la sede di lavoro e l'abitazione. Se non è disponibile un servizio mensa aziendale, sono compresi anche quelli avvenuti durante lo spostamento dal luogo di lavoro a quello del pasto. Non necessariamente è causato da un incidente stradale e, viceversa, non tutti gli incidenti stradali sono infortuni in itinere: se sono avvenuti in orario di lavoro sono considerati infortuni sul lavoro.

Infortunio invalidante: infortunio definito con postumi permanenti superiori al 5% in base al DPR 1124/65 e successive modificazioni.

Infortunio sul lavoro riconosciuto dall'INAIL: infortuni il cui iter si è concluso con la definizione "Temporaneo", "Permanente", "Mortale con Superstiti", "Mortale senza Superstiti", "Regolare senza indennizzo". Questi sono gli infortuni che per l'INAIL rientrano nella definizione legale di infortunio sul lavoro (T.U. 1124/65). Le prime 3 categorie ricevono un indennizzo economico da parte dell'Istituto e vengono dette "infortuni indennizzati".

LEA: livello essenziale di assistenza che deve essere assicurato su tutto il territorio nazionale. In questo documento è riferito alla percentuale minima del 5% di aziende da ispezionare ogni

anno sul totale delle aziende operanti nel territorio (DPCM 17/12/2007).

Malattia professionale riconosciuta dall'INAIL: per il riconoscimento delle tecnopatie l'INAIL si attiene oggi alle tabelle del DM 09/04/2008. Una malattia rientrante tra quelle previste dalla tabella (per cui si applica la presunzione legale di origine) è detta appunto "malattia tabellata". Le malattie non rientranti tra quelle previste, e perciò dette "non tabellate", possono essere riconosciute ma con onere della prova della sussistenza del nesso etiologico tra lavorazione e malattia a carico dell'assicurato (sentenza C.C. 179/1988)

Notifica preliminare cantiere: definita all'art. 99 del Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro come la comunicazione che il committente o il responsabile dei lavori, prima dell'inizio dei lavori, trasmette all'Azienda Unità Sanitaria Locale e alla Direzione Provinciale del Lavoro territorialmente competenti. La notifica preliminare del cantiere è obbligatoria nel caso in cui è prevista la presenza, anche non contemporanea, di più imprese esecutrici o in cui opera un'unica impresa la cui entità presunta di lavoro non sia inferiore a 200 uomini giorno.

Posizione assicurativa territoriale INAIL (PAT): vedi note metodologiche dei dati INAIL.

PREO: Programma Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale, Regione del Veneto.

Sorveglianza sanitaria ex esposti a cancerogeni: visita medica e accertamenti strumentali erogati a lavoratori precedentemente esposti a cancerogeni e che non sono più sottoposti a sorveglianza sanitaria da parte dell'azienda in quanto è cessato il rapporto di lavoro. Tende alla diagnosi precoce delle



patologie neoplastiche che possono avere un lungo periodo di latenza fra esposizione e insorgenza della malattia.

Tasso grezzo di incidenza: è dato dal rapporto tra il numero di infortuni di lavoratori di un territorio e il numero di addetti delle aziende del territorio; usualmente viene moltiplicato per 1000.

Tasso standardizzato di incidenza: nel confrontare le regioni si deve considerare che la distribuzione delle attività lavorative non è omogenea, cioè ci sono regioni in cui sono maggiormente diffuse attività a rischio elevato. Il tasso standardizzato di incidenza calcola l'incidenza degli infortuni al netto della diversa distribuzione delle attività lavorative. In pratica, si confronta il reale verificarsi di infortuni con quelli che si sarebbero dovuti verificare se nella regione la distribuzione delle lavorazioni fosse la stessa dell'Italia.

Ufficiale di polizia giudiziaria (UPG): secondo l'art.55 del Codice di Procedura Penale gli Ufficiali e agenti di polizia giudiziaria devono, anche di propria iniziativa, prendere notizia dei reati, impedire che vengano portati a conseguenze ulteriori, ricercarne gli autori, compiere gli atti necessari per assicurare le fonti di prova e raccogliere quant'altro possa servire per l'applicazione della legge penale. I tecnici della prevenzione sono ufficiali di polizia giudiziaria, nei limiti del servizio cui sono destinati e secondo le rispettive attribuzioni, generalmente a seguito di nomina da parte del prefetto. Tale qualifica consente il potere di accesso ai luoghi di lavoro e consente lo svolgimento delle azioni previste dal DLgs 758/94 (prescrizioni).

NOTE METODOLOGICHE

NOTE METODOLOGICHE DATI INPS

Aziende e operai agricoli dipendenti

I dati statistici sono ottenuti dalle informazioni contenute nei modelli DMAG che i datori di lavori operanti in agricoltura sono tenuti a presentare trimestralmente all'INPS al fine di dichiarare gli operai, a tempo determinato e/o a tempo indeterminato, che hanno lavorato nei singoli mesi del trimestre.

Con riferimento all'azienda, l'unità statistica oggetto di rilevazione è identificata dal "codice fiscale" dell'azienda valido nell'ambito provinciale; viceversa un'azienda che opera in più province con lo stesso codice fiscale è considerata tante volte quante sono le province in cui è presente.

Con riferimento ai lavoratori agricoli dipendenti, l'unità statistica oggetto di rilevazione è il "codice fiscale" del lavoratore nella provincia di lavoro prevalente. Il lavoratore presente in più province è rilevato soltanto nella provincia in cui è stato riscontrato il maggior numero di giornate lavorate. Il numero di lavoratori è ottenuto dalla somma delle unità statistiche (indica le "teste") quindi un lavoratore che abbia avuto più di un rapporto di lavoro nello stesso mese viene contato una sola volta.

Aziende e lavoratori agricoli autonomi

I dati statistici sono ottenuti dalle informazioni contenute nei modelli di iscrizione, che i lavoratori operanti in agricoltura sono tenuti a presentare all'INPS entro 90 giorni dall'inizio dell'attività, e/o nei modelli di variazione.

Con riferimento alle aziende, l'unità statistica oggetto di rilevazione è identificata dal "codice fiscale" dell'azienda.



I lavoratori autonomi in agricoltura si distinguono in:

- coltivatori diretti, sono i proprietari, affittuari, enfiteuti, usufruttuari, pastori, assegnatari di fondi nonché appartenenti ai rispettivi nuclei familiari che, direttamente e abitualmente, si dedicano alla coltivazione dei fondi, all'allevamento del bestiame ed allo svolgimento delle attività connesse;
- mezzadri, sono coloro che, in proprio o quali capi della famiglia colonica, si associano al proprietario del fondo apportando all'impresa agricola soprattutto il lavoro personale e della famiglia che deve stabilmente risiedere nel fondo;
- coloni, si differenziano dai mezzadri per l'apporto parziale del lavoro nella coltivazione del fondo e non devono stabilmente risiedere nel podere della casa colonica;
- imprenditori agricoli professionali, sono coloro che svolgono autonomamente, con capacità professionale, attività di conduzione dell'azienda agricola, dedicando all'attività almeno il 50% della propria attività complessiva ricavandone almeno il 50% del proprio reddito globale.

Imprese e occupati dipendenti del settore privato non agricolo

I dati fanno riferimento all'impresa ed alla sua sede legale (**accentramento contributivo**), anziché all'unità locale come avviene nei censimenti; infatti le aziende, soprattutto se di grandi dimensioni, a volte accentrano il versamento dei contributi nella provincia in cui hanno la sede legale, rendendo praticamente impossibile la rilevazione del dato a livello locale. Il considerare l'entità "impresa" (l'organizzazione di un'attività economica costituita da una o più unità locali) richiede cautela nell'interpretazione dei dati a livello territoriale in quanto si osserva un addensamento apparente dei lavoratori nelle province ove ha sede legale l'impresa

(es. Genova, Milano, Napoli, Roma, Torino, ecc.), mentre nella realtà tali lavoratori possono lavorare in altre province ove ha sede l'unità locale (le imprese plurilocalizzate rappresentano circa il 9% del totale delle imprese).

L'universo censito riguarda la totalità di lavoratori dipendenti, italiani e stranieri del settore privato ed una parte di lavoratori dipendenti del settore pubblico (amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, enti pubblici non economici, aziende a partecipazione statale, personale non di ruolo della scuola, enti locali, USL, ecc.) e del ramo Agricoltura, caccia, foreste e pesca (apprendisti, impiegati e dirigenti). Non viene quindi rilevata la parte di lavoro autonomo eventualmente presente in un'impresa (titolari, collaboratori familiari, soci, ecc.).

Al fine di evitare una errata lettura dei dati statistici sulle imprese e sugli occupati, l'INPS ha escluso dalle tabelle presentate i lavoratori dipendenti del settore pubblico e del ramo Agricoltura, caccia, foreste e pesca.

NOTE METODOLOGICHE DATI ISTAT

Censimento generale dell'agricoltura:

Il 6° Censimento generale dell'agricoltura rileva in ciascun Comune le aziende agricole e zootecniche, anche se prive di terreno agrario, da chiunque condotte le cui dimensioni in termini di superficie o di consistenza del bestiame allevato siano uguali o superiori alle soglie minime fissate dall'Istat nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento (CE) n. 1166/2008.

La manodopera aziendale comprende le persone di 16 anni e più che hanno svolto giornate di lavoro in azienda nell'annata agraria 2009-2010.

La manodopera aziendale può essere composta:

- dalla famiglia del conduttore e dai suoi parenti nel caso la forma giuridica dell'azienda sia quella dell'azienda individuale o di altre



forme giuridiche comprendenti persone legate da vincoli di parentela (ad esempio società semplici o di persone composte da membri familiari);

- da lavoratori extrafamiliari, che comprendono i lavoratori assunti dall'azienda in forma continuativa o in forma saltuaria, e i lavoratori non assunti direttamente dall'azienda ma ad esempio da imprese appaltatrici di manodopera o da gruppi di aziende.

Il totale delle giornate di lavoro della manodopera familiare si ottiene dalla somma del "numero giorni" di lavoro svolto dalle singole persone, indipendentemente dalle ore giornaliere prestate.

Rilevazione sulle forze di lavoro: dall'indagine sulle forze di lavoro derivano le stime ufficiali degli occupati e delle persone in cerca di lavoro, nonché informazioni sui principali aggregati dell'offerta di lavoro. Le informazioni vengono raccolte dall'Istat intervistando ogni trimestre un campione di quasi 77 mila famiglie, pari a 175 mila individui residenti in Italia, anche se temporaneamente all'estero. Sono escluse le famiglie che vivono abitualmente all'estero e i membri permanenti delle convivenze (istituti religiosi, caserme ecc.). L'attuale rilevazione campionaria è continua in quanto le informazioni sono raccolte in tutte le settimane dell'anno e non più in una singola settimana per trimestre.

Indagine mensile sulla produzione industriale: L'indagine, rivolta esclusivamente alle industrie appartenenti alle sezioni di attività economica B, C e D, descrive attraverso la rilevazione dei volumi di produzione l'andamento dell'attività produttiva in Italia. L'indagine mensile sulla produzione industriale viene effettuata direttamente presso un panel longitudinale di imprese di norma con più di 20 addetti che comunicano i volumi di produzione mensile relativi ad un paniere di prodotti elementari.

Ad integrazione di tali dati, per la stima degli andamenti produttivi di specifici settori industriali, afferenti soprattutto al settore dell'estrazione di minerali e al settore energetico, vengono utilizzate anche altre fonti statistiche.

Indice di produzione delle costruzioni: La stima dell'indice di produzione nelle costruzioni (IPC) ha come campo di osservazione tutta l'attività delle costruzioni riferita sia alla nuova attività sia alla manutenzione. La periodicità dell'indice è stata trimestrale fino al terzo trimestre del 2010, dopo il quale è iniziata la diffusione mensile. Data la difficoltà di effettuare una rilevazione diretta della produzione delle imprese del settore, la metodologia utilizzata per il calcolo dell'IPC è di tipo indiretto: l'andamento dell'output viene stimato a partire da misure dell'evoluzione degli input produttivi (le ore lavorate, gli input intermedi ed il capitale fisico), sulla base della funzione di produzione del settore effettuata a partire dai dati elementari di impresa riferiti al 2005. L'approccio basato sulla funzione di produzione costituisce, come evidenziato nel manuale metodologico dell'Eurostat sulle statistiche di breve termine, uno dei metodi preferibili per la misurazione della produzione in un settore, quale quello delle costruzioni, per il quale la rilevazione diretta dell'output presso le imprese pone notevoli problemi sia definitivi, sia pratici ed organizzativi a causa della forte prevalenza di imprese di piccole e piccolissime dimensioni. Per l'elaborazione corrente dell'IPC, i valori assunti dalle variabili di input in ciascun mese vengono calcolati ricorrendo a fonti informative diverse.



NOTE METODOLOGICHE DATI INAIL

Posizione assicurativa territoriale (PAT): utilizzata da INAIL per gestire il rapporto assicurativo con le aziende e distinguere i lavoratori delle varie sedi e/o con diversa esposizione al rischio. Quindi non vi è una relazione univoca tra azienda e/o unità locale e PAT, anche se nella maggior parte dei casi una PAT rappresenta una unità locale. Infatti vi sono casi di unità locali a cui vengono attribuite più PAT in relazione a gruppi di lavoratori esposti a rischi diversi ma che operano nella stessa sede. Esiste tuttavia il caso (**accentramento contributivo**) in cui, per agevolare il rapporto assicurativo di aziende plurilocalizzate, le masse salariali di più unità locali vengono concentrate in un'unica PAT accentrante; in questo caso, nell'archivio distribuito, non sono disponibili informazioni

sulle "PAT figlie". A ogni PAT vengono assegnate una o più voci di tariffa in base alle lavorazioni svolte anche se la maggioranza della PAT ha una sola voce.

Addetti: corrisponde alla somma dei dipendenti, degli artigiani e degli appartenenti alle cosiddette polizze speciali; per i dipendenti si tratta del numero stimato di lavoratori assicurati, ricavato dal monte salari dichiarato dall'azienda; più precisamente corrisponde al numero di addetti/anno dove 1 addetto=300 giornate lavorative retribuite. Per effettuare il calcolo si utilizza il monte salari complessivo rapportato alla retribuzione media per provincia e settore di attività dei soggetti infortunati. Per gli artigiani e gli addetti di PAT assicurate con polizze speciali, si tratta invece di soggetti conteggiati pro capite.



SITOGRAFIA

SITI CITATI NEL TESTO :

Piano Nazionale per la Prevenzione - sito del Ministero della Salute

<http://www.salute.gov.it/sicurezzaLavoro/sicurezzaLavoro.jsp>

Piani Regionali per la Prevenzione - sito CCM network

<http://www.ccm-network.it/pagina.jsp?id=node/1181&idP=89&idFD=668i>

Piano Nazionale Edilizia

- sito a supporto del piano edilizia:

<http://www.prevenzionecantieri.it/j/>

- il piano nazionale prevenzione in edilizia è consultabile nel sito del Ministero della Salute:

<http://www.salute.gov.it/sicurezzaLavoro/sicurezzaLavoro.jsp>

Utilizzo dei sistemi informativi correnti per la programmazione delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro

http://www.dors.it/alleg/0200/GNF_25.05.2010_Versione1.0.pdf

http://www.dors.it/alleg/0200/estratto_schede_programmazione.pdf

Sistema di sorveglianza infortuni mortali (Infor.mo)

http://www.ispesl.it/getinf/informo/home_informo.asp

Sistema di sorveglianza malattie professionali (Mal.Prof)

http://www.ispesl.it/statistiche/index_mp.asp

Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute

<http://www.dors.it/>

Datawarehouse delle statistiche prodotte dall'Istat

<http://dati.istat.it/>

**Osservatori statistici INPS**

<http://www.inps.it/portale/default.aspx?SID=%3b0%3b6840%3b&lastMenu=6840&iMenu=1&iNodo=6840&p4=2>

Registro nazionale mesoteliomi

<http://www.ispesl.it/renam/Index.asp>

ALTRI SITI CONSIGLIATI:**Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome – Lavoro e Sicurezza**

http://www.regioni.it/it/show-lavoro_e_sicurezza/materie.php?pag=3&materia=68

Link ai siti delle regioni

<http://www.regioni.it/link.php?categoria=Regioni>

Ministero della Salute – Sicurezza sul lavoro

<http://www.salute.gov.it/sicurezzaLavoro/sicurezzaLavoro.jsp>

Ministero del Lavoro – Sicurezza sul lavoro

<http://www.lavoro.gov.it/Lavoro/SicurezzaLavoro>

Indagine europea sulle condizioni di lavoro

http://www.eurofound.europa.eu/surveys/smt/ewcs/results_it.htm

Eurostat – Sicurezza sul lavoro

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/introduction>

INAIL – Banca dati statistica

<http://www.inail.it/internet/default/Statistiche/index.html>



Indicatori della Comunità Europea per il monitoraggio della salute

<http://www.echim.org/indicators.html>

ISTAT – Dati sul lavoro

<http://www.istat.it/it/archivio/lavoro>

Epicentro – I.S.S. – Salute e Lavoro

<http://www.epicentro.iss.it/focus/lavoro/lavoro.asp>

Tumori professionali - SERICO

http://tumoriprofessionali.ispesl.it/argomento_serico.asp?cat=106

PRECEDENTE EDIZIONE



Attività delle regioni per la prevenzione nei luoghi di lavoro e per il contrasto agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali, anno 2011

<http://www.lavoro.gov.it/SicurezzaLavoro/Documents/Azioniregionali.pdf>

<http://www.regioni.it/download.php?id=289818&field=allegato&module=news>

