



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

12/83/CR8a/C7

Osservazioni alla proposta di modifica dell'art. 117 della Costituzione avanzata dalla *Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro con particolare riguardo alle cosiddette "morti bianche"*

Le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano esprimono contrarietà alla proposta di modifica dell'articolo 117 della Costituzione di attribuzione della materia "tutela e sicurezza del lavoro", alla competenza legislativa esclusiva allo Stato, avanzata dalla *Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro con particolare riguardo alle cosiddette morti bianche* nella lettera del suo Presidente dello scorso 10 maggio inviata al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

La riforma della Costituzione introdotta dalla legge Cost. n. 3 del 18 ottobre 2001, ha attribuito alle Regioni competenza legislativa concorrente in materia di tutela della salute e sicurezza del lavoro e, a fronte di tale attribuzione, la successiva normativa statale ha definito i principi generali e l'organizzazione del sistema istituzionale.

In attuazione della legge delega 3 agosto 2007 n. 123, del DPCM 21.12.2007, ed infine del decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81, è stato costituito, presso ciascuna Regioni e Provincia autonoma, il Comitato regionale di Coordinamento (art. 7 del decreto legislativo n. 81/2008), organo di raccordo tra amministrazioni regionali, nazionali e parti Sociali (Regioni, Inps, Direzione Regionali del lavoro del Ministero del lavoro, Inail, parti sociali).

A livello nazionale sono stati costituiti, presso il Ministero della salute ed il Ministero del lavoro, rispettivamente 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 (art. 5 D.Lgs. n. 81/2008)*, e la *Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro (art. 6 D.Lgs. n. 81/2008)*.

Il ruolo delle Regioni è stato di forte impulso all'attività degli organismi nazionali con la redazione di numerosi documenti poi approvati dalla Conferenza Stato-Regioni, quali l'Accordo sulla formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro.

In particolare 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* ha approvato i seguenti documenti elaborati dalle Regioni: il Piano

Nazionale di Prevenzione in Edilizia ed il Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura.

Al fine di orientare l'attività dei Comitati Regionali di Coordinamento (art. 7 del decreto legislativo 81/2008), il Ministero della salute e il Ministero del lavoro avrebbero dovuto tramite il Comitato art. 5 “*stabilire le linee comuni delle politiche nazionali in materia di salute e sicurezza sul lavoro, definire la programmazione annuale in ordine ai settori prioritari di intervento dell'azione di vigilanza, i piani di attività, e i progetti operativi*”, mentre il Comitato fino ad oggi non ha adottato alcun atto di indirizzo ad eccezione, dei due Piani sopra citati.

Gli esiti dei dati aggregati, relativi alle attività di vigilanza, ma anche alle iniziative di promozione della salute negli ambienti di lavoro realizzate dalle Regioni, sono stati trasmessi dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ai due organismi nazionali, il Comitato art. 5 e la Commissione art. 6, il 24 novembre 2011 e alla Commissione parlamentare di inchiesta il 25 novembre 2011 e il 14 maggio 2012 (*allegato n. 1*).

Gli stessi dati sono stati inviati dalle Regioni direttamente al Ministero della Salute utilizzando il modello ministeriale in formato cartaceo, per mancanza del sistema informativo nazionale da tempo sollecitato. Mentre infatti le Regioni dispongono di propri sistemi informativi, il Sistema Informativo della Prevenzione presso l'Inail non è operativo.

Anche nell'ambito della *Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro* (art. 6 D.Lgs. n. 81/2008), composto da rappresentanti dei Ministeri, delle Regioni e delle parti sociali, le Regioni e le Province autonome svolgono un ruolo attivo ed hanno concorso all'approvazione da parte della Commissione di una serie di documenti tecnici, come previsto dal D.Lgs. 81/08 (*allegato n. 2*).

Inoltre nei Piani Regionali di Prevenzione, le Regioni e le Province autonome hanno previsto progetti e programmi di intervento sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro che il Ministero della salute ed il Tavolo di monitoraggio sull'attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza hanno certificato nel 2010 e che, per il 2011, sono chiamati a certificare a fronte di attività già realizzate dalle Regioni e dalle Province Autonome.

Non si ravvisano, dunque, “... *le complicazioni e le difficoltà di raccordo tra rappresentanti della Amministrazioni centrali dello Stato, delle Regioni e delle Parti sociali*”, indicate nella lettera citata. Al contrario, le Regioni hanno partecipato alle numerose commissioni e hanno svolto sempre un ruolo attivo di promozione delle iniziative, coordinando a livello regionale le attività delle amministrazioni statali e delle aziende Ulss.

Le complicanze e le difficoltà di raccordo riguardano semmai l'azione degli uffici decentrati del Ministero del lavoro che senza concordare in sede di *Comitati regionali di Coordinamento* l'attività di vigilanza congiunta, hanno ricevuto indicazione di attivare autonomamente campagne di vigilanza sul territorio, a prescindere dalla programmazione dei Comitati Regionali di Coordinamento (Circolare ministeriale “Mattone”).

La proposta di revisione costituzionale diretta a portare la materia “tutela e sicurezza del lavoro”, tra le materie di esclusiva competenza legislativa statale, non è affatto idonea a risolvere i problemi di coordinamento tra amministrazioni, in quanto non legittimerebbe comunque una riserva di competenze amministrative in capo ad apparati amministrativi ministeriali.

Con la riforma costituzionale introdotta dalla legge n. 3 del 2001 è del tutto scomparso il principio del parallelismo tra funzioni legislative e funzioni amministrative, pertanto l’ente competente ad esercitare il potere legislativo non è necessariamente l’ente competente ad esercitare le relative funzioni amministrative.

In base all’art. 118, primo comma, Cost., le funzioni amministrative, in qualsiasi materia (anche quindi in materia di competenza legislativa esclusiva statale, così come nelle materie di competenza concorrente), vanno attribuite agli enti territoriali più prossimi alla comunità, in modo da assicurare un’azione amministrativa adeguata e rispondente alla dimensione territoriale regionale e alle esigenze delle comunità locali.

Secondo questo principio cardine dell’attività amministrativa (art. 118, comma 1 Cost.), è semmai incoerente la permanenza in capo all’amministrazione decentrata ministeriale di competenze amministrative in materia di tutela e sicurezza sul lavoro.

Si ritiene, quindi necessaria la piena attuazione della Costituzione in vigore, che mira alla realizzazione di sistemi amministrativi efficienti di natura locale e con coordinamento regionale.

Inoltre va ricordato che la “tutela e la sicurezza del lavoro” attiene all’ambito più generale della “tutela della salute”, materia a competenza legislativa concorrente regionale quindi riportare alla competenza esclusiva statale tale materia porterebbe a “... creare una irrazionale e pericolosa asimmetria con la più generale tutela della salute che lo stesso art. 117, comma 3, Cost. attribuisce alla competenza legislativa concorrente tra Stato e Regioni” come ha già avuto modo di precisare la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome con il Documento n. 09/013/CR/C7 del 26 febbraio 2009, con conseguenze che verrebbero pagate ancora una volta dall’intero mondo produttivo, aziende e lavoratori (*allegato n. 3*).

Nel merito alle osservazioni contenute nella nota della Commissione di inchiesta del Senato, osservazioni già evidenziate dalla stessa Commissione in un recente incontro tenutosi il 14 maggio a Venezia, relativa a:

- la difficoltà delle Regioni ad assicurare il coordinamento tra le diverse istituzioni, in considerazione del fatto che in alcune Regioni vi è uno scollamento tra iniziative regionali e delle altre amministrazioni;
- il rischio di una sovrapposizione dei controlli in alcune aziende rispetto ad altre che non sono oggetto di attività di vigilanza;
- la necessità non solo di un coordinamento tra istituzioni, che vada a compensare le limitate forze dei singoli Enti, ma anche di uno specifico finanziamento a sostegno di queste attività da individuare anche nel nuovo Patto per la Salute.

Si ritiene che, per rispondere efficacemente alle osservazioni della Commissione di inchiesta, sia necessario:

- prevedere, con apposita legge, l'attribuzione esclusiva alle Regioni e alle Province autonome della funzione di coordinamento degli interventi di vigilanza, funzione assicurata sul territorio dalle Regioni tramite le Aziende sanitarie, per assicurare azioni coordinate tra tutte le amministrazioni ed evitare sovrapposizioni di interventi. In tale modo solamente le Aziende sanitarie potranno attivare gli interventi di vigilanza delle altre amministrazioni per assicurare un controllo capillare compensando le limitate risorse delle amministrazioni (a tale proposito, la Regione Veneto ha elaborato una proposta di legge d'iniziativa regionale ex articolo 121, comma II Cost., già adottata dalla Giunta regionale del Veneto, che nel rispetto di quanto già stabilito dal decreto legislativo n.81/2008 persegue l'obiettivo di evitare controlli non coordinati tra amministrazioni, così come è stato fatto dalla Direzione del lavoro del Ministero del lavoro. (*allegato n. 4*);
- invitare formalmente l'Inail ad attivare in tempi brevi il Sistema Informativo Prevenzione in considerazione non solo del tempo trascorso dall'approvazione del decreto legislativo n.81/2008 che ne prevedeva l'attivazione, ma in ragione dell'esigenza segnalata dalla Commissione di inchiesta di una raccolta sistematizzata dei dati;
- sollecitare come evidenziato dalla Commissione di inchiesta, la costituzione di uno specifico capitolo di spesa, a sostegno dell'attività di prevenzione nei luoghi di lavoro, in sede di ridefinizione del Patto per la salute, considerato tra l'altro la carenza degli organici di tutte le amministrazioni;
- definire e concordare, in ambito del Comitato ex art. 5, conferendo allo stesso maggior incisività, le indicazioni operative per le attività di vigilanza degli organismi periferici della Direzione per le Attività Ispettive del Ministero del Lavoro e delle Regioni, al fine di evitare difficoltà sia a livello di indirizzo programmatico nazionale, che a cascata nelle Regioni, con un rafforzamento delle funzioni di coordinamento dei Comitati Regionali di Coordinamento.

Le situazioni di criticità, ove vengano accertate, non possono essere superate con la prospettata modifica dell'articolo 117 della Costituzione, che comunque non inciderebbe sulle funzioni amministrative esercitate dai diversi enti, bensì con interventi delle amministrazioni centrali e locali diretti al miglioramento delle specifiche situazioni in un'ottica di leale collaborazione e con un più forte coordinamento del Comitato regionale, così come lo stesso decreto legislativo n. 81/2008 e la legge costituzionale n. 3/2001 stabiliscono.

Infine, le Regioni osservando come nel periodo compreso dal 1978 ed il 2010 gli infortuni mortali sul lavoro si siano ridotti passando da 2524 a 980 eventi, si impegnano a rendicontare annualmente l'attività di vigilanza svolta sull'intero territorio nazionale e dell'attività svolta in ambito dei Comitati Regionali di Coordinamento e del livello organizzativo e qualitativo raggiunto, come previsto dal DPCM 21/12/2007.

Roma, 6 giugno 2012



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

11/123/CR7c/C7

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

Anno 2010

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

**e per il contrasto agli infortuni sul lavoro e alle malattie
professionali**

Anno 2010

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 e a tutti gli altri soggetti coinvolti a diverso titolo.

La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, ha ulteriormente ampliato il ruolo delle Regioni e P.A., trasferendo la competenza in materia di "tutela e sicurezza del lavoro" nell'ambito della legislazione concorrente.

Il successivo 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.

Il rapporto che si introduce, costituisce la sintesi dell'attività che le Regioni e P.A., nel 2010, hanno realizzato in coerenza con gli obiettivi europei e nazionali, agendo nell'ambito di una consolidata e fattiva collaborazione con l'Amministrazione centrale dello Stato.

I risultati sono stati significativi e concreti in termini di pianificazione e realizzazione dell'attività di prevenzione. Tutte le Regioni e P.A. hanno istituito i Comitati Regionali di Coordinamento, che costituiscono la necessaria cabina di regia interistituzionale degli interventi ed hanno corrisposto agli impegni dettati dalle norme ed assunti 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, formalizzati, in ciascun territorio, nei rispettivi Piani Regionali di Prevenzione.

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. Nel periodo compreso tra il 1978 ed il 2010 gli infortuni sul lavoro sono infatti diminuiti in maniera significativa passando da 1.186.684 di cui 2.524 mortali a 775.374 di cui 980 mortali.

Il lavoro da svolgere resta, tuttavia, ancora lungo ed impegnativo. E' necessario sostenere l'azione Regionale e quella delle Aziende Sanitarie Locali al fine consolidare i risultati ottenuti e di realizzare gli interventi che consentano un'ulteriore significativa riduzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali.

La concretezza e la significatività delle azioni descritte nel presente Rapporto dimostrano la capacità delle Regioni e P.A. di operare come un vero e proprio Sistema, in grado di operare in modo coordinato ed omogeneo sull'intero territorio nazionale.

La leale collaborazione tra lo Stato ed il Sistema costituito dalle Regioni e P. A. costituisce il volano delle politiche attive in materia, i cui obiettivi devono essere in linea con quelli della politica sociale dell'Unione Europea, che trae origine dall'art. 31 della Carta dei Diritti Fondamentali: "ogni lavoratore ha diritto a condizioni di lavoro che rispettino la sua salute, la sua sicurezza e la sua dignità".

*Il Presidente della Conferenza delle Regioni e
delle Province Autonome
Vasco Errani*

PRESENTAZIONE

La presente relazione rende conto delle attività di prevenzione negli ambienti di lavoro svolte dalle Regioni nell'anno 2010, coerentemente con gli indirizzi normativi contenuti nel D.P.C.M12.07: «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'art. 7 del DLgs. 81, relativo all'attivazione dei Comitati Regionali di Coordinamento tra Pubbliche Amministrazioni deputate al controllo negli ambienti di lavoro.

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 2010 evidenzia come il sistema regionale 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 delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro 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 dei Presidenti 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 uno 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, in particolare si segnalano:

- l'art. 8, SINP: Sistema Informativo Nazionale della Prevenzione, 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.
- l'art. 40: nell'ottica di miglioramento dell'efficacia dell'azione di prevenzione svolta dai medici competenti in coordinamento con i Servizi delle ASL.

Il Coordinatore della Commissione Salute
Luca Coletto

INDICE

LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE	1
Il piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2010-2012	1
La strategia degli interventi	9
I Comitati Regionali di Coordinamento	9
Attività di vigilanza dei servizi delle ASL nel 2010	12
<i>Copertura del LEA – Patto per la salute</i>	13
<i>Piano Nazionale Edilizia</i>	16
<i>Piano Nazionale Agricoltura</i>	19
<i>Attività di contrasto agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali</i>	21
<i>Attività di informazione, formazione, assistenza e promozione della salute</i>	22
<i>Altre attività sanitarie</i>	23
<i>Formazione</i>	23
Il sistema di sorveglianza sugli infortuni mortali (INFOR.MO.)	24
Il sistema di sorveglianza sulle malattie professionali (MAL.PROF)	26
CONCLUSIONI	29
APPENDICE - IL CONTESTO	31
I comparti produttivi	31
<i>Agricoltura</i>	31
<i>Industria e servizi</i>	34
<i>Costruzioni</i>	36
Gli infortuni sul lavoro	38
Malattie professionali	42
Risorse per la prevenzione	44
GLOSSARIO E SITOGRAFIA	49

Le attività di prevenzione

LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

IL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (PNP) 2010 -2012

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, emanato a seguito dell'intesa sancita il 29 aprile 2010 in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, individua per il triennio una serie di linee di intervento ed obiettivi da perseguire in vari ambiti della prevenzione.

Per quanto riguarda gli ambienti di lavoro, i Piani Regionali di Prevenzione (PRP) del triennio 2010-2012, sono finalizzati all'incremento dei livelli di efficacia e di efficienza dei sistemi regionali di prevenzione e sono indirizzati verso i comparti a maggior rischio, perseguendo gli obiettivi generali del PNP di:

- riduzione degli infortuni gravi e mortali e delle malattie professionali,
- sviluppo di sistemi di monitoraggio e di contrasto ai fattori di rischio di patologie professionali con particolare riferimento a quelle tumorali.

Le Regioni, con i loro PRP, hanno programmato 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 conto, altresì, della disponibilità di strumenti efficaci a contenerli.

Oltre che in edilizia e agricoltura, le Regioni

hanno previsto interventi in altri comparti secondo una pianificazione strategica che si basa 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 con aziende numerose localmente), 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. In questa sede non è possibile dare conto dettagliatamente di questa complessa attività, pertanto si rimanda alla lettura dei PRP disponibili nel sito del Ministero della Salute (**Sitografia**).

La totalità delle Regioni ha programmato azioni di prevenzione in edilizia ed in agricoltura che, come evidenziato in appendice, sono settori di attività caratterizzati da una maggior proporzione di infortuni gravi o mortali e che rappresentano una priorità di intervento già da tempo condivisa.

L'omogeneità sul territorio nazionale delle azioni in questi due settori è stata ricercata attraverso la condivisione degli obiettivi qualitativi e quantitativi definiti nel Piano Nazionale Agricoltura e nel Piano Nazionale Edilizia. Entrambi i Piani sono stati approvati dalla Conferenza dei Presidenti 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. 81/08, e dalla Commissione art. 6, D.Lgs. 81/08.

Nello specifico, il Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia impegna Regioni e Province Autonome ad incrementare il volume e la qualità dell'attività già svolta nel comparto edile: 50.000 cantieri, suddivisi in maniera proporzionale tra le Regioni. Il Piano prevede altresì che il 20% dei cantieri sia controllato in maniera coordinata tra Amministrazioni in modo da coniugare la sicurezza sul lavoro con la regolarità dei rapporti di lavoro e della catena degli appalti.

Il Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura impegna, infine, Regioni e Province Autonome ad incrementare il controllo in agricoltura per il contrasto dei rischi mortali.

Per le finalità del Piano Nazionale Edilizia, è stato predisposto un sito internet (**Sitografia**).

La strategia sviluppata nei Piani Regionali di Prevenzione, si articola nei seguenti punti:

a. Pianificazione delle attività di prevenzione in coordinamento tra Enti e parti sociali in ambito di Comitato Regionale di Coordinamento, art. 7 del D.Lgs. 81/08, al fine di sviluppare interventi orientati all'incremento dei livelli di sicurezza e protezione della salute attraverso la vigilanza

mirata alle priorità di rischio per la salute e la sicurezza.

b. Piena copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza (controllo del 5% delle unità locali con almeno un dipendente o equiparato, orientando le attività dei servizi delle A.S.L. verso le priorità di salute ed il contrasto dei rischi più gravi, abbandonando pratiche di non documentata efficacia.

c. Sviluppo dei flussi informativi regionali di prevenzione, condivisi tra Enti, partendo dal programma ex Ispesl di registrazione delle attività dei servizi e dai flussi informativi INAIL su infortuni e malattie professionali.

d. Sviluppo di sistemi di sorveglianza sugli infortuni invalidanti e mortali, sulle malattie professionali (partendo dai sistemi già in uso Infor.mo e Mal.Prof.) e sui lavoratori esposti o ex esposti a cancerogeni.

La **Tabella 1** contiene il dettaglio delle principali azioni previste dai piani regionali di prevenzione.

Tabella 1: Dettaglio delle azioni principali previste dai piani di prevenzione regionali in tema di prevenzione nei luoghi di lavoro (la tabella prosegue nelle pagine seguenti).

Prevenzione Universale - 2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate		
Regione	Titolo linee Progetti	Obiettivo Generale
Abruzzo	2.2.1 Coltiviamo la sicurezza	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio
	2.2.1 Costruire un mondo sicuro	
Basilicata	2.2.1 Sicurezza nei cantieri edili	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio
	2.2.2 Prevenzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti nel comparto agricolo	
Calabria	2.2.1. Riduzione infortuni in agricoltura attraverso azioni di controllo in attuazione del Piano regionale agricoltura	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio
	2.2.2. Riduzione infortuni in edilizia attraverso azioni di controllo in attuazione del Piano regionale edilizia	
	2.2.3. Campagne di sensibilizzazione sul consumo di alcool e sostanze nei cantieri Progetto pilota ASP CZ e CS	Monitoraggio
	2.2.4. I tumori professionali: monitoraggio dei rischi e dei danni da esposizione a cancerogeni	Contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori e patologie professionali
Campania	2.2.1 Prevenzione delle Patologie Lavoro Correlate	Realizzazione di una campagna di sensibilizzazione ed azioni di coinvolgimento delle diverse istituzioni e parti sociali della Regione Campania.
	2.2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo	Diminuzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio.

(segue ...)

(continua dalla pagina precedente ...)

Regione	Titolo linee Progetti	Obiettivo Generale	
Emilia Romagna	2.3.e Lavoro e salute		
	1. Miglioramento della salute e sicurezza nel comparto agricoltura e silvicoltura	Mantenimento del trend in riduzione degli infortuni totali ed il contenimento degli infortuni mortali e di quelli con esiti invalidanti, nell'ottica di una loro riduzione pari al 15% nel prossimo triennio;	
	2. Tutela della salute e prevenzione degli infortuni nel comparto delle costruzioni		
	3. Prevenzione degli infortuni derivanti dalle attrezzature di lavoro e dagli impianti soggetti a verifica periodica	Monitoraggio e contenimento dei fattori di rischio responsabili dell'insorgenza di patologie correlate al lavoro con particolare riguardo alle patologie neoplastiche.	
	4. Monitoraggio e contenimento del rischio cancerogeno di origine professionale		
	5. Prevenzione delle patologie muscolo-scheletriche correlate al lavoro		
	6. Formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro		
	2.3.g La vigilanza e il controllo sui rischi presenti in ambienti di vita e di lavoro		
	1. Costruzione nei DSP di un nuovo Sistema Informativo sui luoghi di vita e di lavoro		
	2. Riorientamento delle attività di valutazione preventiva e di vigilanza/controllo alla luce delle modifiche del quadro normativo		
	3. Ridefinizione delle metodologie di esercizio della funzione di vigilanza/controllo		
	4. Sostegno all'attuazione del Programma attraverso la formazione/aggiornamento degli operatori.		
	Friulia Venezia Giulia	2.2.1 Salute e sicurezza in aree a maggior rischio (edilizia)	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio
		2.2.2 Salute e sicurezza nei cantieri	Monitoraggio
2.2.3 Partecipazione allo studio ISPEL – Regioni denominato MALPROF		Contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori e patologie professionali	
2.2.4 Progetto ISPEL - Regioni per analisi eventi infortunistici gravi e mortali		Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio	

PREVENZIONE

Regione	Titolo linee Progetti	Obiettivo Generale
Lazio	2.2.1 È possibile rendere sicure le sostanze pericolose	Contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori e patologie professionali
	2.2.2 Siamo sicuri che si può lavorare sicuri	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio
Liguria	2.2.1 Progetto utilizzo "Flussi informativi INAIL/ISPESL/Regioni" per la riduzione degli infortuni in generale	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio e Monitoraggio
	2.2.2 Piano Regionale Infortuni in Edilizia (Piano di settore)	
	2.2.3 Piano Regionale Infortuni in Agricoltura (Piano di settore e territoriale)	
	2.2.4 Piano Regionale Prevenzione Infortuni nel lavoro portuale (Piano di settore e territoriale)	
	2.2.5 Progetto Malattie professionali, azioni propedeutiche per analisi dettagliate	
Lombardia	2.2.1 Piani integrati di prevenzione e controllo (6.1.a)	Miglioramento della capacità di pianificare i controlli, affinando la classificazione in base al rischio delle attività economiche/di servizio
	2.2.2 Programmare una risposta efficiente ed efficace alla domanda di tutela del cittadino, del lavoratore e del consumatore: Prevenzione e sicurezza dei lavoratori mediante il mantenimento del trend di riduzione degli infortuni mortali e gravi	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio Monitoraggio Contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori e pat. professionali
Marche	2.2.1 Sicuri di essere sicuri?: incentivazione delle attività di Prevenzione e Sicurezza nel comparto edile	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio
	2.2.2 Lavorare per vivere: incentivazione delle attività di Prevenzione e Sicurezza nel comparto Agricolo-Forestale	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio
Molise	2.2.1 Prevenzione degli infortuni e patologie lavoro-correlate nel comparto delle costruzioni	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio
	2.2.2 Informazione e formazione sul lavoro in agricoltura: assistenza procedurale e disciplina in merito di sicurezza sul lavoro	
P.A. Trento	2.2.1 Definizione del Programma di Legislatura in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro	

(segue ...)

(continua dalla pagina precedente ...)

Regione	Titolo linee Progetti	Obiettivo Generale
Piemonte	2.2.1. Sicurezza in agricoltura: definizione e attuazione di programmi di informazione, assistenza, formazione e controllo indirizzati alle attività lavorative del comparto agricolo a maggior rischio, tenendo conto delle peculiarità dei diversi territori della regione Piemonte.	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio
	2.2.2. Valutazione delle attività svolte nell'ambito dei piani regionali di prevenzione in edilizia a partire dal 2000 ai fini della riprogrammazione dei piani futuri	
	2.2.3. Creazione di un sistema di raccolta dei dati presenti sui registri degli esposti ad agenti cancerogeni delle singole ASL, al fine di creare una base dati utile sia alla mappatura delle esposizioni sul territorio, sia per eventuali valutazioni sul danno ai lavoratori esposti	Contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori e patologie professionali
Puglia	1. Prevenzione degli infortuni sul lavoro mortali e con esiti invalidanti in edilizia	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto a livello europeo
	2. Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro-correlate in agricoltura	
	2.1. Promozione di comportamenti corretti per la sicurezza in agricoltura	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto a livello europeo
	2.2. Attivazione di un sistema di programmazione partecipata per la sicurezza in agricoltura	
	2.3. Ricerca attiva dei tumori professionali in agricoltura	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto a livello europeo
	2.4. Prevenzione delle patologie osteoarticolari lavoro-correlate	
Sardegna	2.2.1 Sicurezza in edilizia	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio
	2.2.2 Sicurezza in agricoltura	

PREVENZIONE

Regione	Titolo linee Progetti	Obiettivo Generale
Sicilia	2.2.1 Piano regionale di prevenzione in edilizia	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio
	2.2.2 Piano regionale di prevenzione in agricoltura	
	2.2.3 Sorveglianza infortuni mortali	Monitoraggio
	2.2.4 Piano di emersione delle malattie professionali	Contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori e patologie professionali
Toscana	2.2.1 - Ricerca attiva nelle malattie del lavoro	Monitoraggio Contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori e patologie professionali
	2.2.2 - La vigilanza per il miglioramento delle condizioni di sicurezza ed igiene del lavoro nella realizzazione delle grandi opere infrastrutturali	
	2.2.3 - L'informazione per la riduzione degli infortuni in agricoltura	
	2.2.4 - Potenziare l'informazione e l'assistenza alle micro-imprese per la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori	
	2.2.5 - Sorveglianza epidemiologica dei tumori professionali a bassa frazione eziologica attraverso il progetto OCCAM (Occupational Cancer Monitoring)	
Umbria	2.2.1 Agricoltura più sicura	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto a livello europeo
	2.2.2 Salute e sicurezza nelle Grandi Opere Infrastrutturali in Umbria	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto a livello europeo
	2.2.3 Lotta ai rischi e ai danni da esposizione professionale a sostanze cancerogene	Contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori e patologie professionali
Valle D'Aosta	2.1.1 Programma per la Sorveglianza e la prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio
	2.1.2 Salute e sicurezza nei cantieri edili	Monitoraggio

(segue ...)

(continua dalla pagina precedente ...)

Regione	Titolo linee Progetti	Obiettivo Generale
Veneto	2.2.1 Contrasto del rischio di infortuni mortali ed invalidanti in edilizia	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio
	2.2.2 Contrasto del rischio di infortuni mortali ed invalidanti in agricoltura	
	2.2.3 Contrasto del rischio di infortuni mortali ed invalidanti nelle aziende a rischio	
	2.2.4 Miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle inchieste infortuni	
	2.2.10 Implementazione del modello regionale di Gestione della Sicurezza per la prevenzione degli infortuni lavorativi e delle malattie professionali nelle Strutture Sanitarie Pubbliche del Veneto	
	2.2.11 Promozione della salute nei lavoratori autonomi	
	2.2.12 Promozione dei sistemi di gestione della sicurezza negli ambienti di lavoro	
	2.2.5 Programma regionale per l'epidemiologia occupazionale e di sviluppo del sistema informativo in coordinamento con i flussi nazionali (INAIL, Informo, Mal Prof.)	Monitoraggio
	2.2.6 Registro regionale veneto dei casi di mesotelioma	
	2.2.7 Sviluppo evolutivo di miglioramento del Sistema informativo Regionale Prevnet per la gestione delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro	
	2.2.8 Sorveglianza sanitaria degli esposti ed ex esposti ad amianto e cancerogeni professionali	Contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori e patologie professionali
	2.2.9 Miglioramento del sistema di sorveglianza sulle malattie professionali e sulle malattie correlate al lavoro	

LA STRATEGIA DEGLI INTERVENTI

La strategia impostata permette di indirizzare gli interventi di prevenzione e contrasto degli infortuni invalidanti e mortali e delle malattie professionali verso i comparti a maggior rischio evidenziati dai sistemi di monitoraggio degli infortuni e delle malattie professionali.

Nello specifico, si tratta di sviluppare il controllo del territorio, anche in maniera congiunta con altri enti di vigilanza, al fine di agire sulle principali cause di infortuni in edilizia (cadute dall'alto, regolarità del lavoro e degli appalti) ed in agricoltura (ribaltamento dei trattori) e di effettuare interventi mirati in aziende, anche di altri comparti, a rischio elevato di malattie professionali e infortuni.

La necessità di garantire l'uniformità delle prestazioni sul territorio nazionale, sia dal punto di vista qualitativo sia dal punto di vista quantitativo, ha comportato lo sviluppo di piani condivisi a livello nazionale con la definizione di standard e indicatori ed ha contribuito ad omogeneizzare alcune delle pratiche di lavoro dei servizi di prevenzione delle ASL. Questo obiettivo è stato perseguito, sempre nell'ambito di piani nazionali, anche attraverso corsi 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; grazie ad un progetto finanziato dal CCM è stato implementato un sistema per la formazione a distanza, tuttora in corso, sia su INFOR.MO sia su MAL.PROF con oltre cento operatori già formati. Per maggiori informazioni sui sistemi di sorveglianza si rimanda ai relativi paragrafi.

I COMITATI REGIONALI DI COORDINAMENTO

Altro risultato di ordine strategico raggiunto è l'attivazione, in tutte le Regioni, dei 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, così come definito all'art. 7 del DLgs 81/2008, è avanzato e nel complesso il sistema risulta implementato e funzionante (**Tabella 2**).

Tabella 2: Monitoraggio dell'attuazione del DPCM 21.12.2007 e dell'art. 7 del D.Lgs. n. 81/2008. Comitati Regionali di Coordinamento

REGIONE e P.A.	Istituzione CRC Estremi atto	Data Insediamento	Numero riunioni dal DPCM 21.12.07	Pianificazione vigilanza in coordinamento 2010	Pianificazione attività promozionali con INAIL
Abruzzo	DGR n. 705 del 1 agosto 2008, DPGR n. 144 del 21/10/2008, DPGR n. 39 del 27/05/2009	26/11/2008	4	SI	SI
Basilicata	DPGR n. 170 del 08/07/2008	22/09/2008	14	SI	SI
Calabria	DPGR n. 852 del 29/12/2010	15/09/2011			
Campania	DPGR n. 198 del 24/9/2008 DPGR n. 37 del 16/02/2011	24/03/2011	5		
Emilia Romagna	DGR n. 963 del 23 giugno 2008 Determina del Direttore generale sanità e politiche sociali n. 16524 del 24/12/2008	16/03/2009	8	SI	SI
Friuli Venezia Giulia	DGR n. 326 del 12 febbraio 2009	6/04/2009	11	SI	
Liguria	DGR n. 801 del 4 luglio 2008	31/07/2008	9	SI	SI
Lombardia	D.G.R. n. 32955 del 5 dicembre 1997	30/04/2008	12	SI	SI
Marche	D.G.R. 875 del 30.06.2008; DDSS 115/08; DDSS 24/11	02/12/2008	7	SI	SI

PREVENZIONE

REGIONE e P.A.	Istituzione CRC Estremi atto	Insedimento Data	Numero riunioni dal DPCM 21.12.07	Pianificazione vigilanza in coordinamento 2010	Pianificazione attività promozionali con INAIL
Molise	D.P.G.R. n. 209 del 20 giugno 2008	30/7/2008	6		
P.A. Bolzano	D G P n. 4621 del 9 dicembre 2008	09/2009		SI	
P.A. Trento	DG P n. 1165 del 15 maggio 2009				
Piemonte	DGR 8-10241 del 9/12/2008	19/12/2008	10	SI	SI
Puglia	DGR n. 591 del 17 aprile 2008	19/12/2008	10	SI	SI
Sardegna	DPGR n. 86 del 21 luglio 2008	24/01/2011			
Sicilia	Decreto presidenziale 14 gennaio 2009	8/02/2010	4	SI	SI
Toscana	DGR n. 588 del 28 luglio 2008 DGR 106 del 28/02/2011	11/02/2009	8	SI	SI
Umbria	DGR n. 281 del 17 marzo 2008	18/04/2008	13	SI	SI
Valle D'Aosta	DGR n. 3211 del 7 novembre 2008	17/12/2008	6	SI	SI
Veneto	DGR n. 4182 del 30 dicembre 2008 DPGR n. 136 del 22 luglio 2009	29/09/2009	10	SI	SI

ATTIVITÀ DI VIGILANZA DEI SERVIZI DELLE ASL NEL 2010

L'attività di vigilanza dei servizi di prevenzione delle ASL comprende un insieme articolato di funzioni di controllo; tra queste si colloca l'obiettivo del raggiungimento del livello minimo di copertura, costituito dal numero di controlli sulla salute e sicurezza degli ambienti di lavoro. La **Tabella 3** riassume le principali azioni attuate

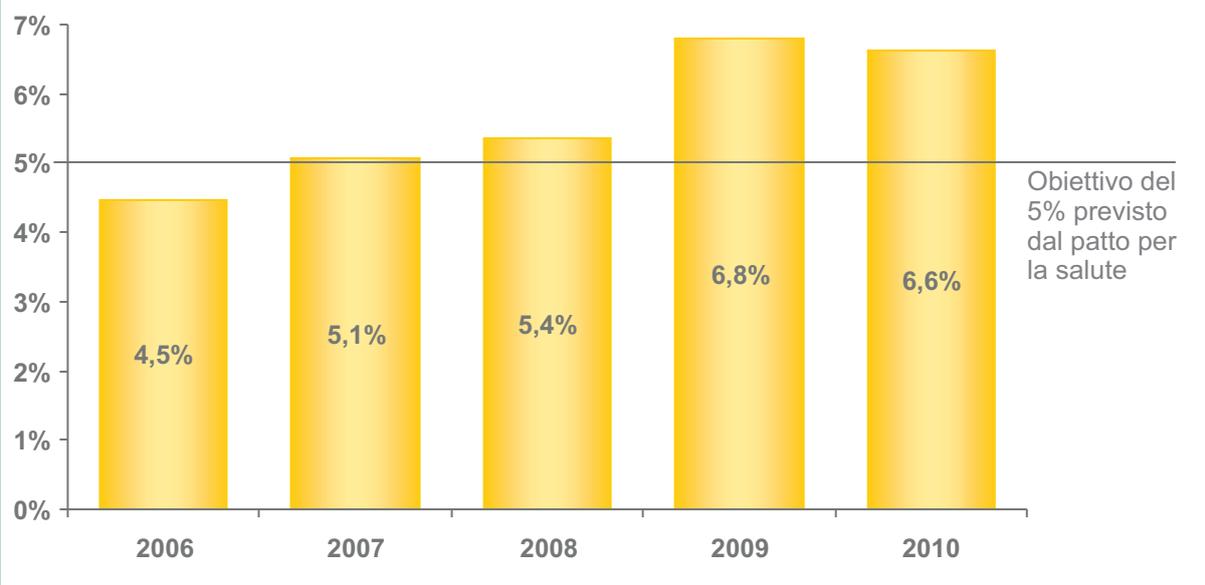
dalle ASL. Nelle **Figure 1 - 15** sono meglio dettagliate le attività svolte dal sistema delle Regioni negli ultimi anni. Dal 2007, anno di sottoscrizione del Patto Stato Regioni per la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, vi è stato un incremento del 35% circa delle aziende ispezionate e del 28% dei cantieri ispezionati. Come da 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

Tabella 3: Monitoraggio attuazione DPCM 21.12.2007 e dati generali di vigilanza, periodo 2007-2010.

	2007	2008	2009	2010
N° Totale aziende oggetto di ispezione (comprese ispezioni per rilascio pareri)	120.196	138.510	158.663	162.525
N° cantieri edili ispezionati	41.457	51.913	54.343	53.165
N° di cantieri edili non a norma	21.682	22.999	21.546	19.443
Cantieri edili non a norma su cantieri edili ispezionati	52,3%	44,3%	39,6%	36,6%
N° aziende agricole ispezionate	3.701	4.178	4.740	5.980
N° aziende agricole non a norma (N° di verbali di prescrizione)	n. d.	663	763	1.055
Aziende agricole non a norma su aziende agricole ispezionate	n. d.	15,9%	16,1%	17,6%
N° inchieste infortuni concluse	21.573	21.682	19.273	16.337
N° inchieste malattie professionali concluse	8.603	10.417	10.214	8.863
N° aziende o cantieri controllati con indagini di igiene industriale	3.552	3.658	2.261	3.519

Figura 1: Percentuale delle aziende con dipendenti o equiparati ispezionate dai servizi di prevenzione delle ASL, periodo 2006 - 2010. Dopo il DPCM 17.12.2007 la percentuale si è mantenuta stabilmente al di sopra del livello previsto fin dal 2007 con un incremento progressivo del risultato.



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

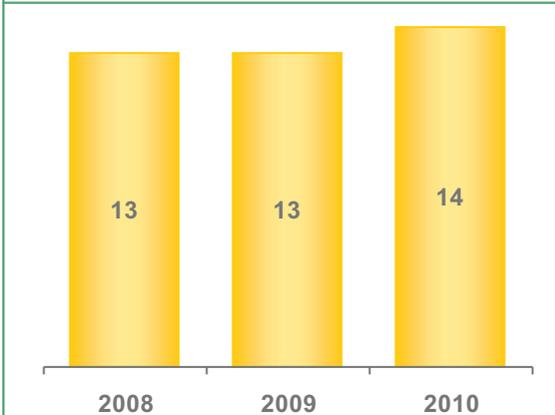
L'omogeneizzazione delle pratiche di controllo da parte dei servizi al fine di garantire il massimo della uniformità dei prodotti erogati in ambito regionale. A tal fine, sono state emesse diverse procedure operative indirizzate ai principali comparti a rischio, quali edilizia ed agricoltura.

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 1, 2 e 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.

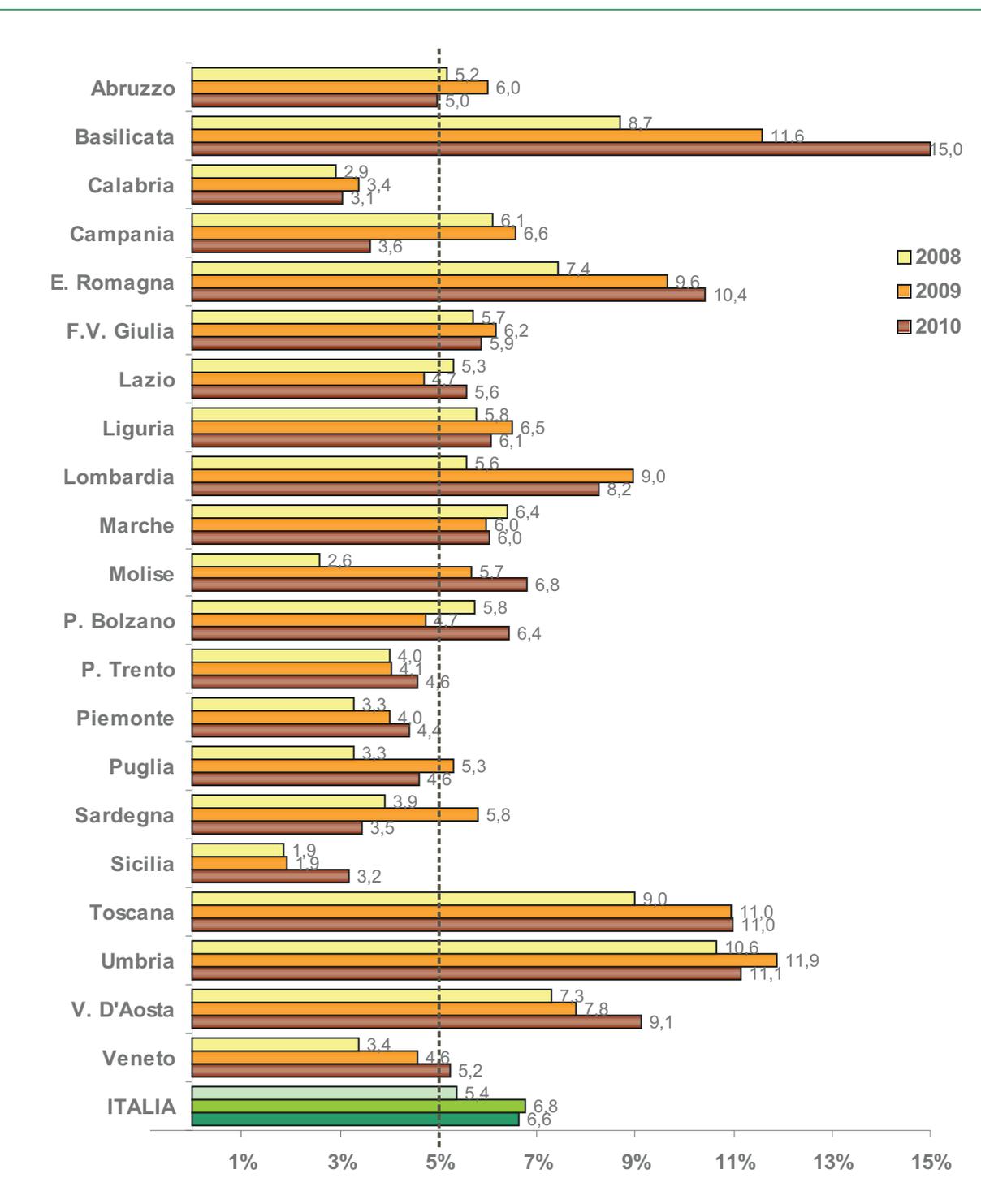
Figura 2: Numero regioni al di sopra del 5% di aziende ispezionate, periodo 2008-2010.

Nel 2010 sono aumentate le regioni che hanno raggiunto l'obiettivo del 5% mentre la percentuale complessiva italiana si è stabilizzata ad indicare un aggiustamento del sistema che ora punta non più soltanto al numero dei controlli ma anche ad orientare l'attività verso le situazioni a maggior rischio.



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

Figura 3: Percentuale di aziende con dipendenti ispezionate nelle regioni, periodo 2008-2010.



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

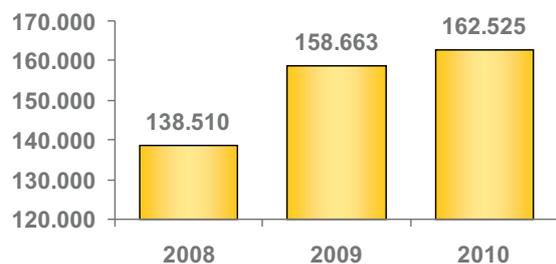
PREVENZIONE

L'obiettivo indicato dal Patto per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro risulta raggiunto e garantito a livello nazionale, pur in presenza di disomogeneità territoriali. Il principale risultato attiene 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. 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.

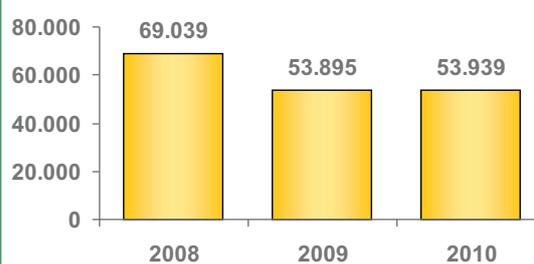
Esaminando in dettaglio le specifiche attività svolte, si evidenzia che sono aumentati in valore assoluto i controlli effettuati (oltre 160.000 aziende viste nel 2010 con quasi 220.000 sopralluoghi) mentre sono in progressiva riduzione le violazioni riscontrate in tutti i comparti.

Figura 4: Numero di aziende ispezionate in tutti i comparti produttivi, periodo 2008-2010



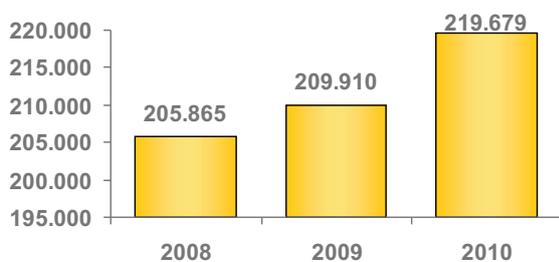
Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.

Figura 6: Numero violazioni riscontrate in tutti i comparti produttivi, periodo 2008-2010



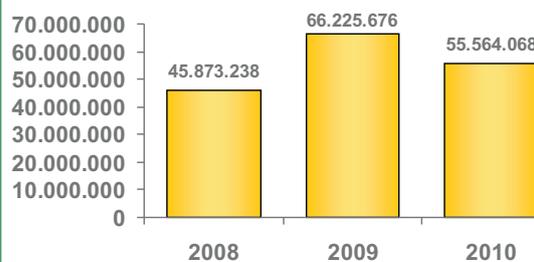
Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.

Figura 5: Numero complessivo di sopralluoghi effettuati in tutti i comparti produttivi, periodo 2008-2010



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

Figura 7: Importo complessivo di tutte le sanzioni (amministrative e penali in base al DLgs 758/96) in tutti i comparti produttivi, periodo 2008-2010



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

PIANO NAZIONALE EDILIZIA

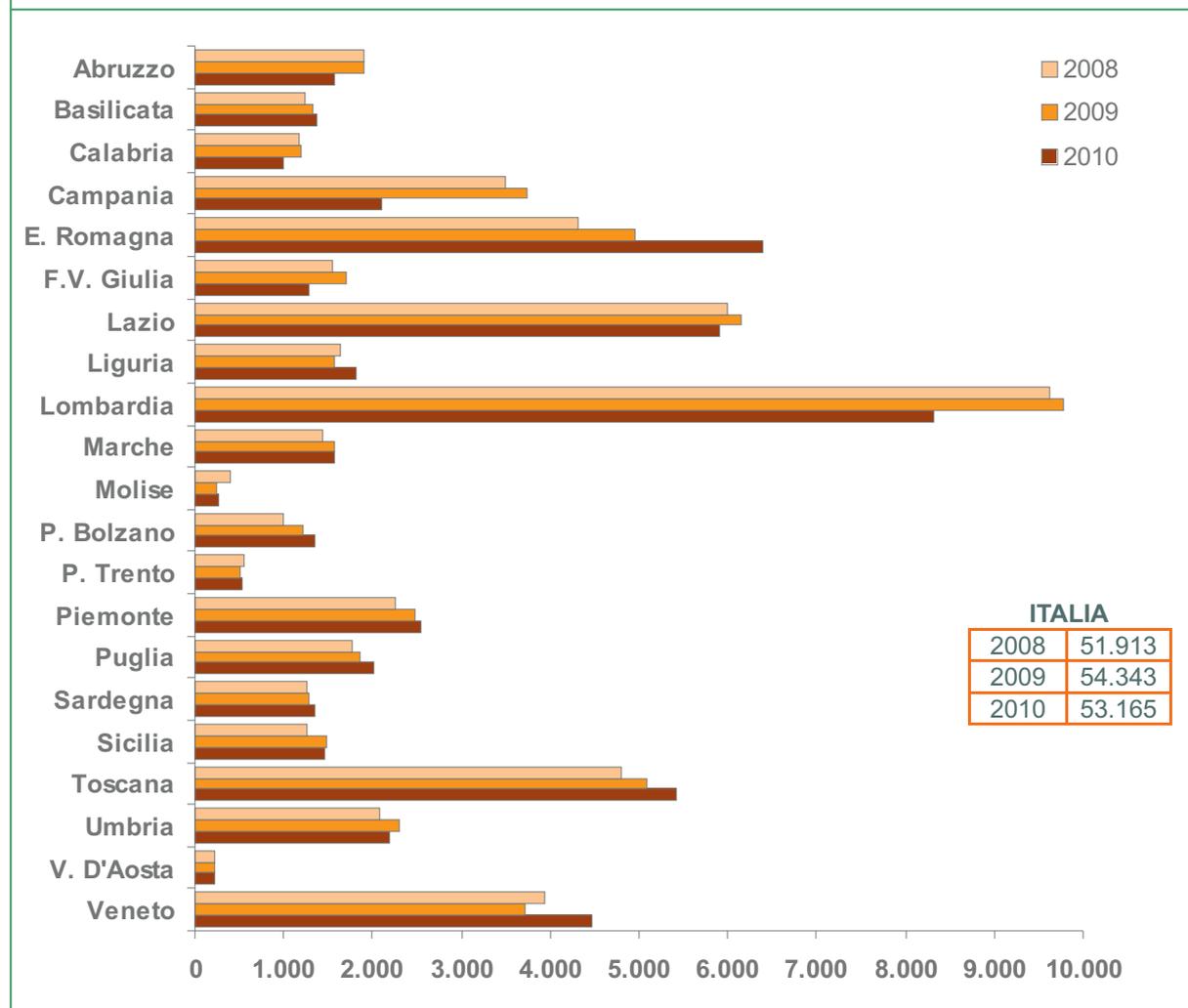
L'attività di vigilanza in edilizia viene coordinata a livello nazionale nell'ambito del piano nazionale di prevenzione in edilizia che si pone l'obiettivo generale della riduzione degli infortuni, in particolare mortali e gravi, attraverso una serie di obiettivi specifici:

- migliorare il sistema nazionale integrato

(istituzioni centrali, istituzioni regionali, istituti centrali, parti sociali) per la programmazione, l'effettuazione, il monitoraggio e la valutazione di uno specifico Piano di prevenzione nazionale;

- migliorare la capacità di condivisione degli obiettivi generali basati sull'analisi epidemiologica;
- migliorare l'efficacia formativa;

Figura 8: Numero cantieri ispezionati nelle regioni, periodo 2008-2010. L'obiettivo nazionale complessivo è di 50.000 cantieri all'anno.



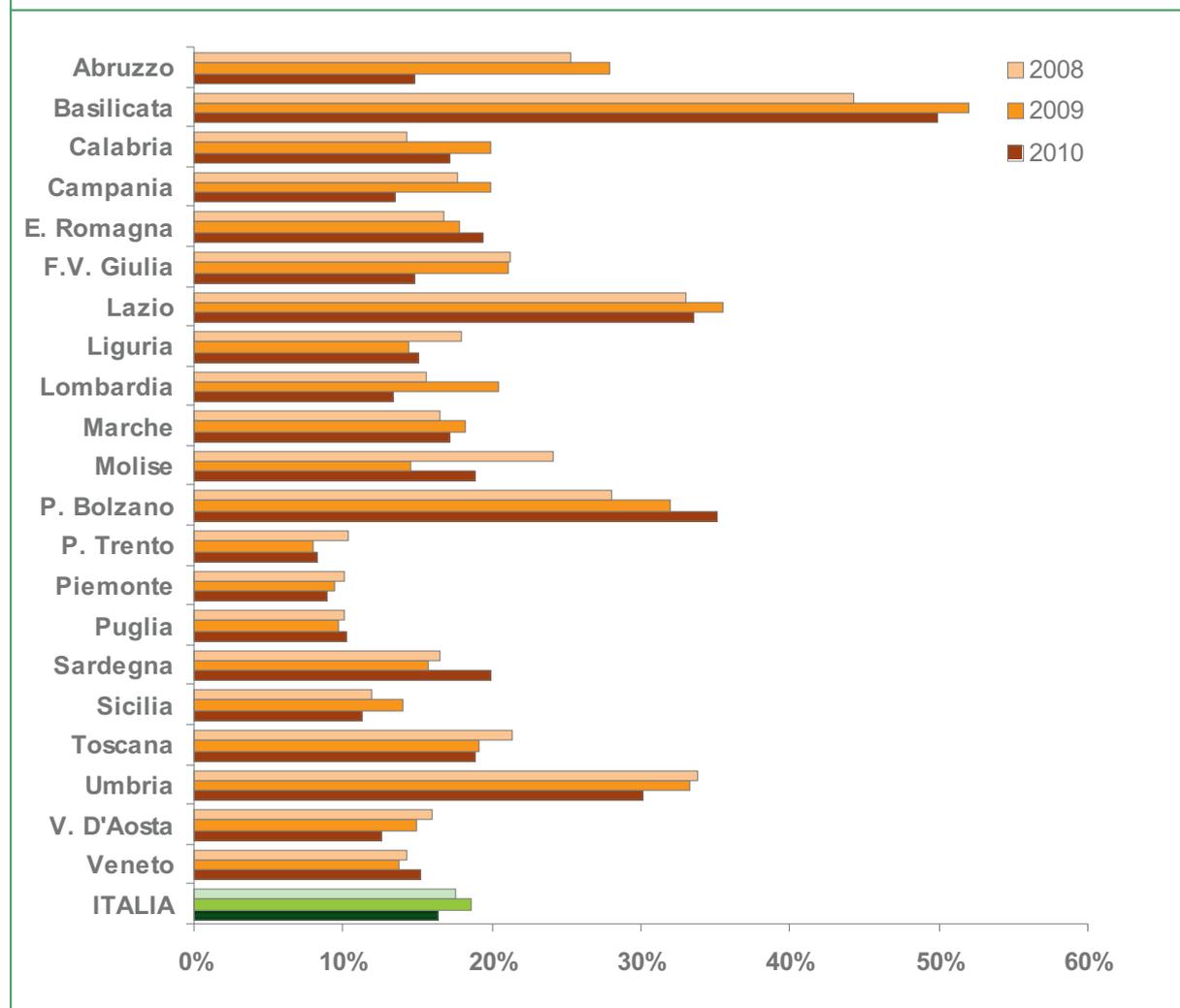
Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.

PREVENZIONE

- predisporre un sistema informativo specifico, come parte integrante del SINP;
- diminuire la disomogeneità di intervento per la promozione della salute e sicurezza e di attività di controllo sul rispetto delle normative, presente oggi nel territorio nazionale, stabilendo dei traguardi minimi comuni progressivi;
- migliorare le capacità di intervento coordinato

tra le strutture territoriali delle istituzioni, finalizzato ad un aumento di efficacia rispetto al raggiungimento degli obiettivi di salute, attraverso il sostegno alla sperimentazione di buone prassi del lavoro interistituzionale ed alla loro implementazione nei territori, una volta verificate l'estensibilità e l'efficacia organizzativa.

Figura 9: Percentuale di cantieri ispezionati su cantieri notificati nelle regioni, periodo 2008-2010.

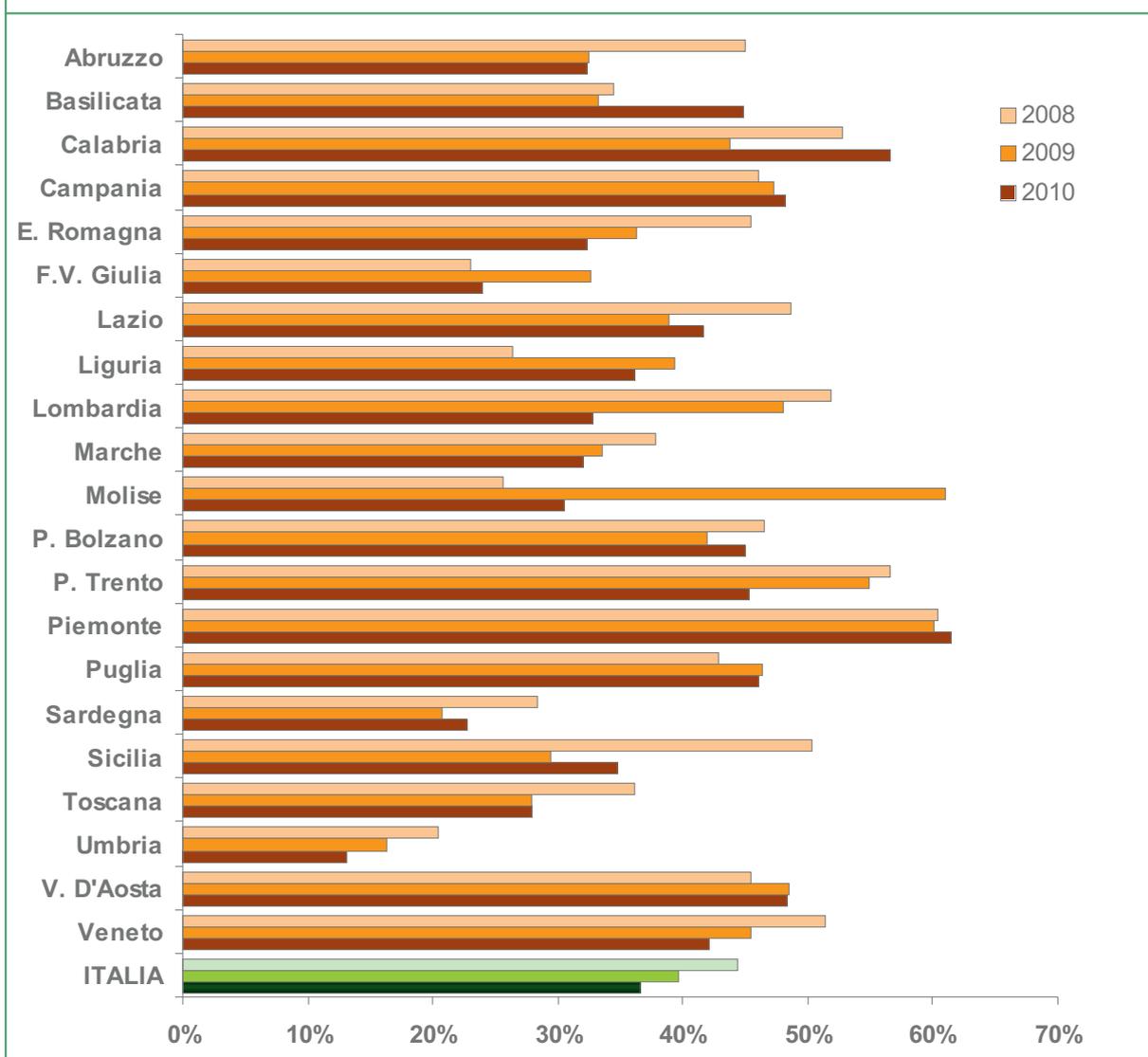


Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.

Anche in assenza di definizione di un obiettivo numerico specifico nel patto per la salute, le regioni hanno concordato obiettivi minimi di attività in questo settore, superando sempre il valore di 50.000 cantieri da controllare a livello nazionale. Contestualmente si è ridotta a livello

nazionale la percentuale di cantieri non a norma. Per le finalità del piano edilizia, è stato predisposto un sito internet (**Sitografia**). Il piano nazionale prevenzione in edilizia è consultabile nel sito del Ministero della Salute (**Sitografia**).

Figura 10: Percentuale di cantieri ispezionati “non a norma” sul totale ispezionati nelle regioni, periodo 2008-2010.



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

PREVENZIONE

PIANO NAZIONALE AGRICOLTURA

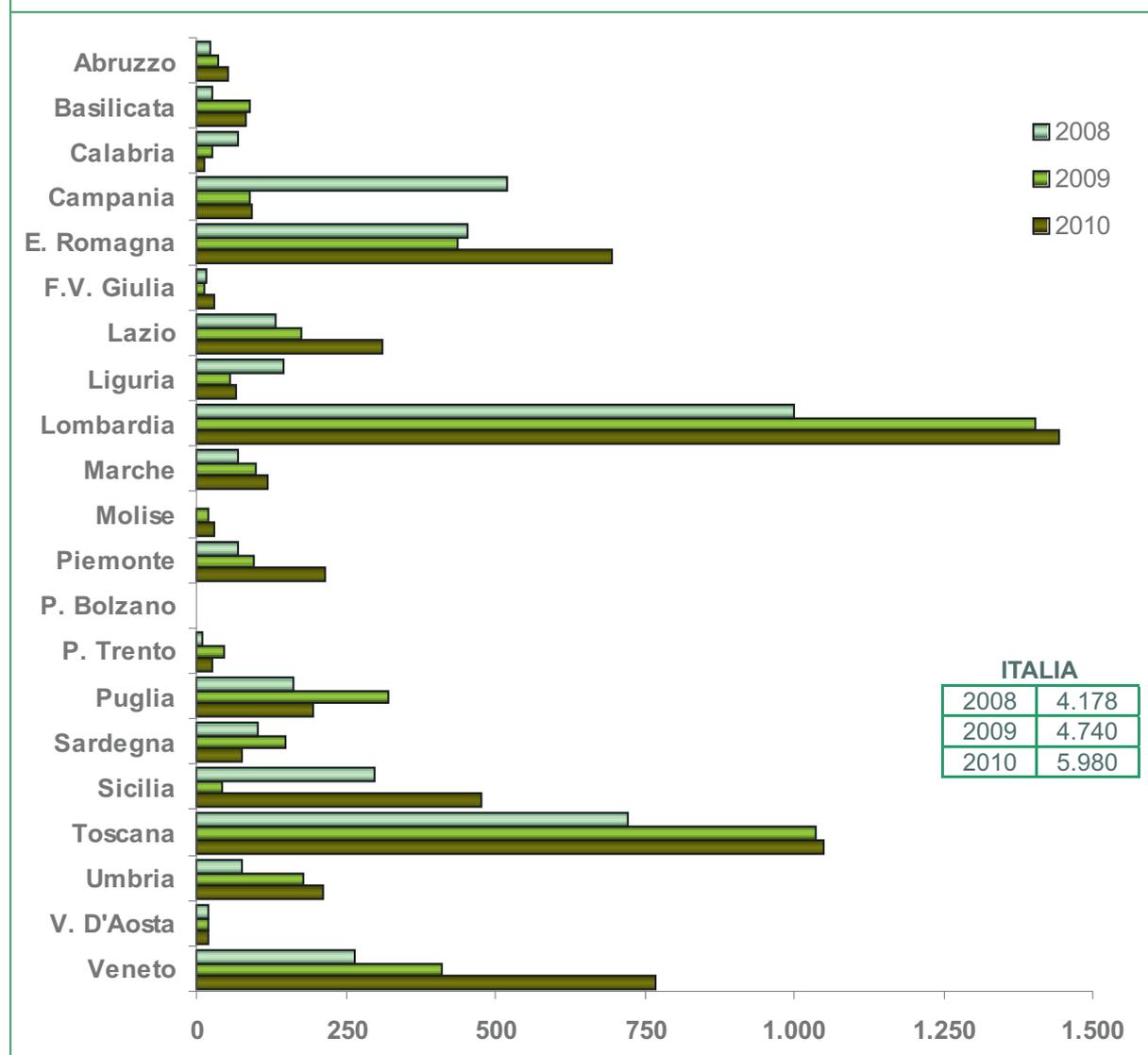
Il Piano Nazionale Agricoltura prevede l'effettuazione di interventi ispettivi da parte delle ASL in tutte le Regioni e Province Autonome, il coordinamento e l'integrazione dei diversi progetti regionali, la realizzazione di alcuni

specifici obiettivi nazionali, che coinvolgono la totalità del territorio.

Gli obiettivi nazionali comprendono:

- la creazione in tutte le ASL di un'anagrafe aggiornata delle aziende agricole, anche in collaborazione con i servizi veterinari regionali e

Figura 11: Numero aziende agricole ispezionate nelle regioni, periodo 2008-2010. L'obiettivo nazionale proposto dal gruppo di lavoro agricoltura è di 10.000 aziende all'anno.



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

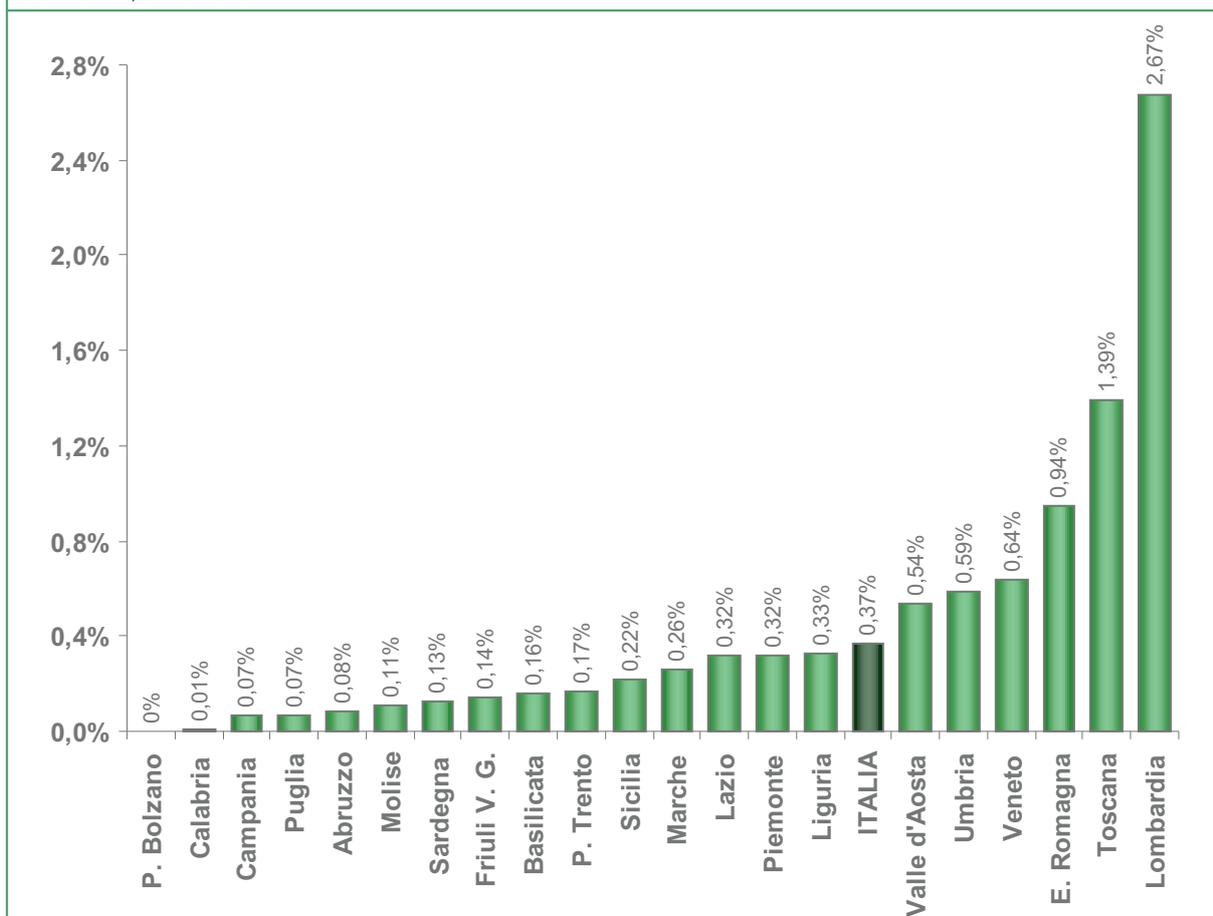
dei dipartimenti di prevenzione, oltre a quella di altri interlocutori del settore;

- l'attivazione di programmi per la riduzione dei rischi più gravi (trattori e altri macchinari);
- l'attivazione di una campagna di 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.

Figura 12: Percentuale di aziende agricole ispezionate nelle regioni sul totale delle aziende agricole censite dall'ISTAT, anno 2010.



Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, ISTAT - dati preliminari 6° Censimento Generale dell'Agricoltura, elaborazione PREO.

ATTIVITÀ DI CONTRASTO AGLI INFORTUNI SUL LAVORO E ALLE MALATTIE PROFESSIONALI

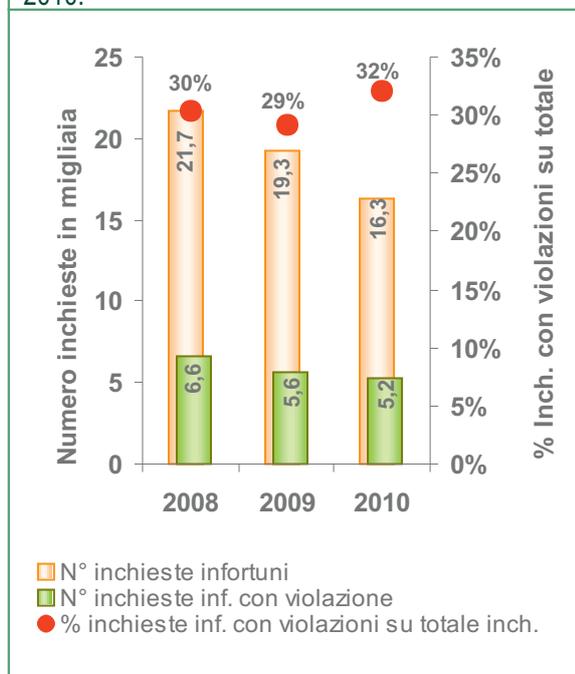
Nell'ambito della vigilanza svolta dalle ASL rientrano anche le indagini di polizia giudiziaria in seguito a infortuni gravi e malattie professionali.

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.

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

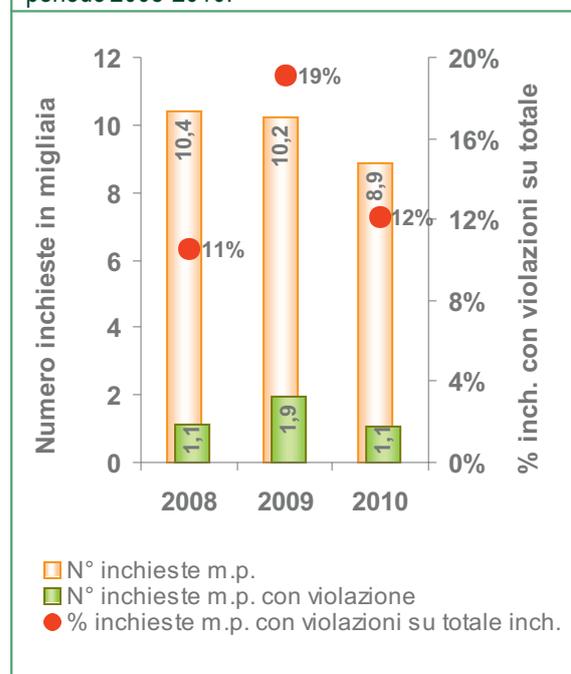
rilevabili al presente, sovente sono prescritte come violazioni autonome ed attiene al magistrato la valutazione del nesso di causalità tra l'inosservanza e la lesione personale o morte del lavoratore. Naturalmente, data la elevata numerosità di eventi da indagare, sia per gli infortuni che per le malattie 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 individuare i casi prettamente accidentali da quelli che potrebbero essere stati determinati da violazioni alle norme di sicurezza sul lavoro.

Figura 13: 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, periodo 2008-2010.



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

Figura 14: 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 2008-2010.

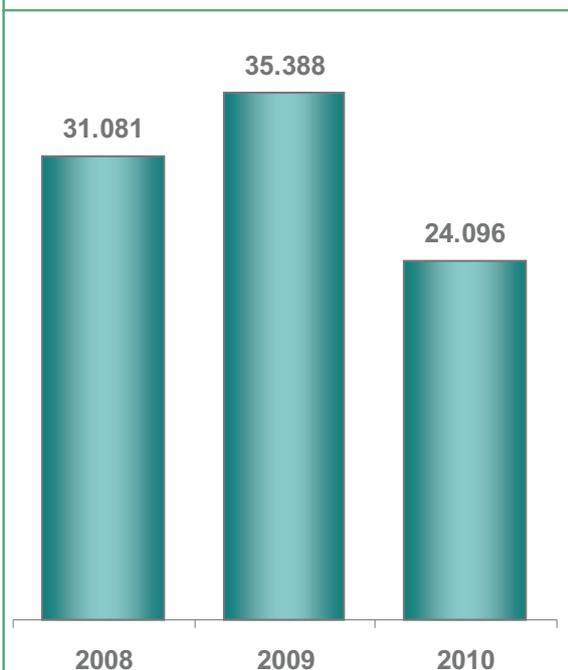


Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.

ALTRE ATTIVITÀ DI CONTROLLO

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. La riduzione del 2010, evidenziata in **Figura 15**, è verosimilmente da collegare alla sospensione dell'invio delle relazioni annuali da parte dei medici competenti stabilita dal DLgs 106/2009 in attesa dell'emanazione del decreto ministeriale previsto dall'art. 40 del DLgs 81/2008.

Figura 15: Numero di aziende in cui è stato controllato il protocollo di sorveglianza sanitaria e/o le cartelle sanitarie, periodo 2008-2010.

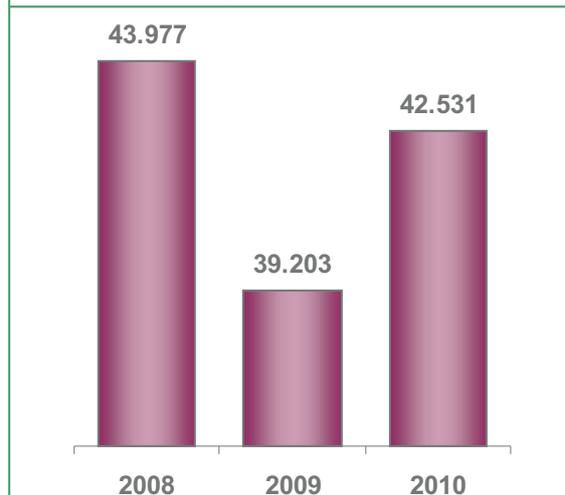


Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.

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

Quest'area di attività è estremamente articolata e variegata poiché è quella che storicamente è stata programmata e gestita in funzione delle particolari necessità del territorio nell'ottica delle autonomie locali prevista dalla legge 833/78. Il coordinamento tecnico interregionale sta effettuando un'attività di monitoraggio che sarà ulteriormente sviluppata nel prossimo futuro per rendere pienamente conto dei molteplici servizi resi ai cittadini in generale ma anche ai lavoratori e alle aziende.

Figura 16: Numero di pareri espressi per attività amministrative – autorizzative, compresi i pareri sui nuovi insediamenti produttivi, periodo 2008-2010.

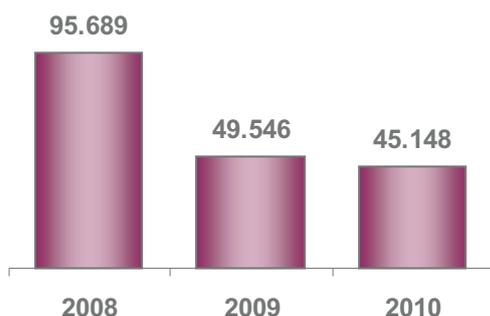


Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.

ALTRE ATTIVITÀ SANITARIE

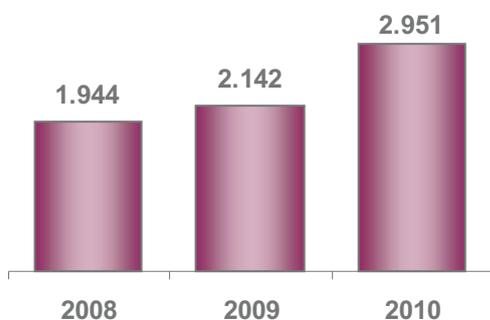
I servizi di prevenzione delle ASL effettuano visite mediche a richiesta per il rilascio di certificazioni di idoneità, ivi incluse le visite di assunzione nei casi previsti dalla legge e le visite per le procedure di ricorso avverso il giudizio di idoneità formulato dal medico competente. Quest'ultimo tipo di attività è in aumento mentre sono in riduzione le visite ai minori.

Figura 17: Numero di visite mediche effettuate dal Servizio PSAL, periodo 2008-2010.



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

Figura 18: Numero di procedure per ricorso avverso il giudizio del medico competente, periodo 2008-2010.



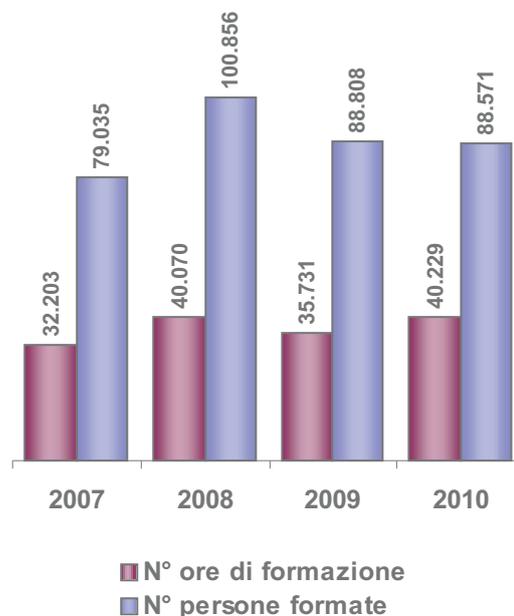
Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.

FORMAZIONE

Quest'area è orientata alle attività di comunicazione, informazione e formazione ai cittadini lavoratori o datori di lavoro e 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.

- 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

Figura 19: Numero ore di formazione e di persone formate direttamente dai servizi di prevenzione delle ASL, periodo 2007-2010.



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

l'attivazione delle seguenti linee di lavoro:

- Avvio dei bandi per corsi di formazione straordinaria finanziata ex art. 11, co. 7 D.Lgs. 81/08 per lavoratori, datori di lavoro di comparti a rischio, insegnanti e studenti.
- Attività di formazione erogata direttamente da parte delle ASL, in collaborazione con le parti sociali ed organismi paritetici, secondo piani e progetti regionali. Importa rilevare il monte ore complessivamente erogato ed il numero delle persone coinvolte nei diversi percorsi di formazione, fattori indicativi del radicamento territoriale del SSN.

I Servizi PSAL 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.

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA SUGLI INFORTUNI MORTALI (INFOR.MO)

Il sistema di sorveglianza degli infortuni mortali sul lavoro è stato avviato nel 2002 congiuntamente dall'Ispesl, dalle Regioni e dall'Inail, anche 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, sono particolarmente gravi per le loro 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.

Inoltre, sono stati sviluppati modelli comunicativi per la diffusione dei dati raccolti, quali il sito internet dedicato al sistema di sorveglianza e lo strumento web InforMo per la ricerca e lettura di tutti gli infortuni contenuti nell'archivio (**Sitografia**).

Il Sistema di sorveglianza nazionale, oggetto di continuo miglioramento metodologico, dispone ad oggi di una banca dati pubblica composta da circa 2000 casi di infortunio mortale e grave per il quadriennio 2005-2008 (di cui 1388 mortali) con

una copertura totale su scala nazionale dal 2007, nel periodo 2005-2006 erano presenti i dati di 12 regioni. Per il biennio 2009-2010 sono in corso i controlli di qualità sui 735 nuovi casi di infortunio caricati attualmente in archivio, inoltre sono in corso ulteriori inserimenti da parte degli operatori ASL a seguito delle inchieste condotte, al fine di diffondere pubblicamente anche questi nuovi dati.

In merito alle modalità di accadimento degli infortuni mortali presenti in archivio, le tre più ricorrenti sono:

- caduta dall'alto del lavoratore (33%),
- caduta di gravi (27%),
- la variazione di marcia del veicolo/mezzo di trasporto (13%).

La *caduta dall'alto* accade maggiormente nel settore delle costruzioni (67%), seguito a forte distanza dall'agricoltura (10%). Tra le cadute dall'alto emergono gli sfondamenti di coperture (26%), causati nella gran parte dei casi da assenza di protezioni o di percorsi predefiniti, seguono le cadute da ponteggi o impalcature fisse (15%), molto spesso dovute a cattivi allestimenti o al mancato utilizzo delle cinture di ancoraggio, e l'impiego improprio di scale portatili (10%).

La *caduta di gravi* sui lavoratori, che vede il settore delle costruzioni (49%) al primo posto e la fabbricazione di prodotti in metallo al secondo (18%), evidenzia che il problema principale per questo tipo di infortuni è legato all'errata movimentazione dei carichi (45%), prevalentemente per errori di manovra e utilizzo di elementi non idonei (imbragature logore, macchinari adibiti ad altro uso, etc.).

La *variazione di marcia del veicolo/mezzo di trasporto* (ribaltamento, fuoriuscita dal percorso prestabilito, etc.) vede al primo posto l'agricoltura (54%). Quasi sempre si tratta di ribaltamento del trattore (61%), con conseguente schiacciamento del lavoratore (spesso per mancato uso delle cinture di sicurezza o per l'assenza di adeguati dispositivi antiribaltamento) e di investimento per fuoriuscita dei veicoli dal loro percorso stabilito (16%). Se a quest'ultimi si aggiungono anche quelli avvenuti all'interno di un percorso adibito al passaggio dei mezzi (distinzione prevista dal modello di analisi infortunistica), complessivamente gli investimenti costituiscono la terza modalità specifica degli infortuni mortali.

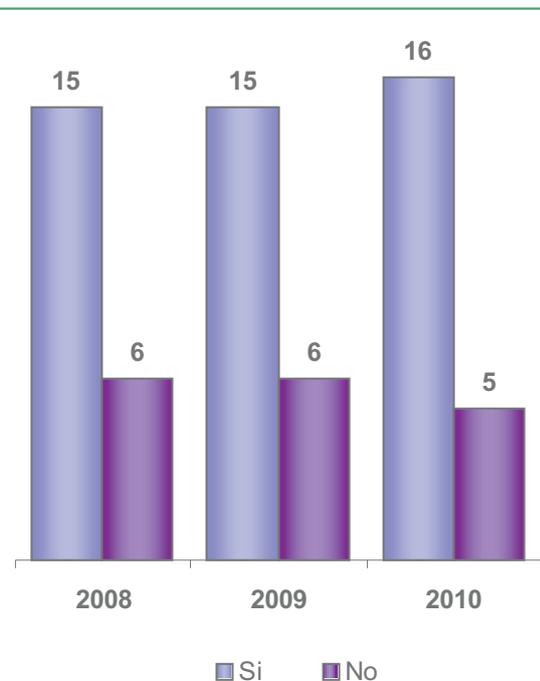
I fattori procedurali di vario tipo (complessivamente 51%) sono quelli più coinvolti negli infortuni.

Tra i fattori di rischio di tipo tecnico, ovvero 'Utensili-Macchine-Impianti' (22%), le tipologie più diffuse sono le attrezzature (impalcature, scale portatili, etc.) ed i mezzi di sollevamento e trasposto (carriponte, gru, carrelli elevatori, mezzi movimento terra, etc.). Queste due categorie coprono da sole quasi il 70% del totale degli 'Utensili-Macchine-Impianti', ponendo l'attenzione sulle protezioni, spesso risultate mancanti, inadeguate o manomesse.

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA SULLE MALATTIE PROFESSIONALI (MAL.PROF)

Il Sistema di sorveglianza delle malattie professionali, avviato in fase sperimentale in Lombardia e in Toscana ed esteso ad altre regioni negli anni successivi, dal 2007 è stato sostenuto dal Ministero della Salute al fine di attivare un sistema di sorveglianza esteso su scala nazionale. Anche in questo caso, le informazioni

Figura 20: Numero regioni in cui almeno una ASL ha attivato procedure per la sorveglianza sanitaria degli ex esposti a cancerogeni, periodo 2008-2010.



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

archivate derivano dagli approfondimenti effettuati dal personale delle ASL che effettua le indagini per malattia professionale.

Il Sistema MAL.PROF costituisce un Sistema di sorveglianza "attivo" e "sensibile" in quanto la banca dati è alimentata, oltre che dalle denunce-segnalazioni e dai referti pervenuti ai Servizi di prevenzione delle ASL di ciascuna Regione, anche dalla notifica di casi di patologia professionale acquisiti tramite la ricerca attiva condotta presso i reparti ospedalieri, sensibilizzando medici specialisti o d'azienda o con altre modalità programmate da ASL e Regioni.

Concentrando l'attenzione sul 2008, ultimo anno disponibile con dati controllati di tutte le regioni partecipanti (anche se il sistema è già stato alimentato da alcune regioni con i dati relativi al 2010), sono state registrate nell'archivio 17.021 segnalazioni di malattia professionale. Si ricorda che la copertura nazionale non è ancora completa. Il dato più interessante che emerge è la percentuale di casi con probabile nesso di causa tra malattia segnalata ed attività lavorativa, pari al 72%. Se si considera la tipologia delle malattie di origine professionale, si osserva che le ipoacusie e le malattie muscolo scheletriche sono quelle più frequenti, con percentuali rispetto al totale dei casi rispettivamente pari al 39% ed al 34%, seguite dal gruppo dei tumori con percentuale pari all'11%.

Si nota la notevole crescita negli ultimi anni delle malattie scheletriche, la cui quota rispetto al totale è più che triplicata tra il 2000 ed il 2008, in particolare per quanto riguarda le patologie del

PREVENZIONE

rachide e la sindrome del tunnel carpale. Tra i tumori di origine professionale, dal 2000 al 2008 è quasi triplicato il peso dei tumori della pleura e del peritoneo. Le patologie tumorali, che spesso determinano la morte del lavoratore, sono poco note all'opinione pubblica anche se i casi mortali, in alcune aree del paese, superano quelli degli infortuni sul lavoro. Questo riscontro oggettivo determina la crescente attenzione delle regioni sia alle attività preventive per i lavoratori attualmente esposti, sia alle attività di supporto dovute ai lavoratori che lo sono stati in passato (diagnosi precoce con sistemi di sorveglianza

sanitaria, etc).

Con riferimento alle differenze di genere, le malattie con più alta percentuale di casi tra le donne sono la sindrome del tunnel carpale e le malattie psichiche, entrambe con valori superiori al 61%, seguite dalle malattie della pelle e delle vie respiratorie superiori (43,2%); per contro, le malattie polmonari cronico ostruttive ed i tumori dell'apparato respiratorio sono presenti per la quasi totalità tra gli uomini (97,3%).

Ai fini della diffusione dei dati raccolti ed analizzati, è stata predisposta sul web un'area dedicata al Sistema MAL.PROF (**Sitografia**).

Conclusioni

CONCLUSIONI

Quello che appare è il quadro di un sistema di prevenzione orientato secondo il “Patto per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro” del 1° agosto 2007 che si è concretizzato con l'emanazione del D.P.C.M. 17/12/2007.

Fin dal 2007, il volume delle attività erogate ha consentito alle regioni, nel loro complesso, di garantire a livello nazionale la copertura dei livelli essenziali di assistenza (LEA – controllo del 5% delle aziende con almeno un dipendente o assimilato).

La strategia sviluppata ha puntato non solo all'aspetto quantitativo ma anche a quello qualitativo degli interventi in termini di appropriatezza e di priorità di intervento. Lo sviluppo dei flussi informativi regionali, condivisi tra enti, a partire dai flussi in tema di infortuni e malattie professionali, ha permesso di supportare con solide basi conoscitive la pianificazione delle attività di vigilanza e formazione nell'ambito dei Comitati Regionali di Coordinamento previsti dall'art. 7 del DLgs 81/2008, ora istituiti in tutte le regioni italiane. Anche i Piani regionali di Prevenzione 2010 - 2012, seguendo gli indirizzi del Piano Nazionale di Prevenzione, fanno ampio riferimento ai dati di contesto e allo sviluppo di sistemi di monitoraggio degli interventi preventivi che devono essere prioritariamente rivolti alle situazioni di maggior rischio e secondo logiche di efficacia.

L'omogeneità, non solo quantitativa, delle prestazioni preventive è stata perseguita attraverso iniziative di formazione degli operatori delle ASL su temi particolarmente rilevanti quali sono i sistemi di sorveglianza degli infortuni mortali e delle malattie professionali, il Piano

Nazionale Agricoltura e il Piano Nazionale Edilizia.

Come si è detto, la rilevazione effettuata dalle regioni non copre la totalità delle azioni svolte dai servizi di prevenzione, in particolare per quanto riguarda l'informazione e l'assistenza e la produzione di materiali informativi per la promozione della salute e della sicurezza sul lavoro.

Per il futuro si dovrà ulteriormente ampliare il monitoraggio dei prodotti erogati dal sistema di prevenzione nei luoghi di lavoro anche nell'ottica del Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione (SINP di cui all'art 8 del DLgs 81/2008), proprio per il ruolo rilevante che da sempre le regioni hanno svolto sul piano dell'assistenza, della formazione e della promozione della salute.

In un periodo di crisi economica come quello che caratterizza questi anni e quelli a venire, con possibilità limitate di incrementare le risorse disponibili per la prevenzione, la sfida è quella di un ulteriore sforzo di razionalizzazione sulle risorse, sul target (aziende o situazioni a maggior rischio) e sulle metodiche di intervento (abbandono delle pratiche di intervento poco efficaci o che agiscono su un target limitato). In questo contesto le Regioni compiono un continuo sforzo organizzativo nella realizzazione di un coordinamento tra gli Enti del Sistema Regionale della Prevenzione afferenti al Comitato di Coordinamento art. 7 DLgs 81/08 – finalizzato a garantire sinergie e integrazione dei programmi di vigilanza e di promozione della salute nelle aziende del territorio.

Il contesto

IL CONTESTO

La programmazione delle attività di prevenzione negli ambienti di lavoro effettuata dalle regioni tiene conto di tutte le informazioni disponibili che riguardano i diversi aspetti del contesto italiano, con particolare riferimento al quadro produttivo-occupazionale, al quadro dei rischi, al quadro di salute dei lavoratori e al quadro degli interventi di prevenzione e di vigilanza negli ambienti di lavoro. Anche la normativa di riferimento per la recente programmazione del triennio 2010-2012, costituita in particolare da:

- D.P.C.M. 17.12.07: “Il Patto per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro” in esecuzione all' accordo del 1° agosto 2007, che impegna Regioni, Province Autonome e Ministeri nella realizzazione di azioni dirette alla salvaguardia della salute e della sicurezza del “cittadino che lavora”;
- Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni 29 aprile 2010);
- Art. 7 del DLgs. 81/2008, relativo all' attivazione dei Comitati Regionali di Coordinamento tra Pubbliche Amministrazioni deputate al controllo negli ambienti di lavoro;

prevede la conoscenza preliminare delle suddette informazioni di contesto che, non a caso, sono i contenuti qualificanti dei flussi informativi previsti nell'ambito del Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP) così come delineato dall'art. 8 del DLgs. 81/2008.

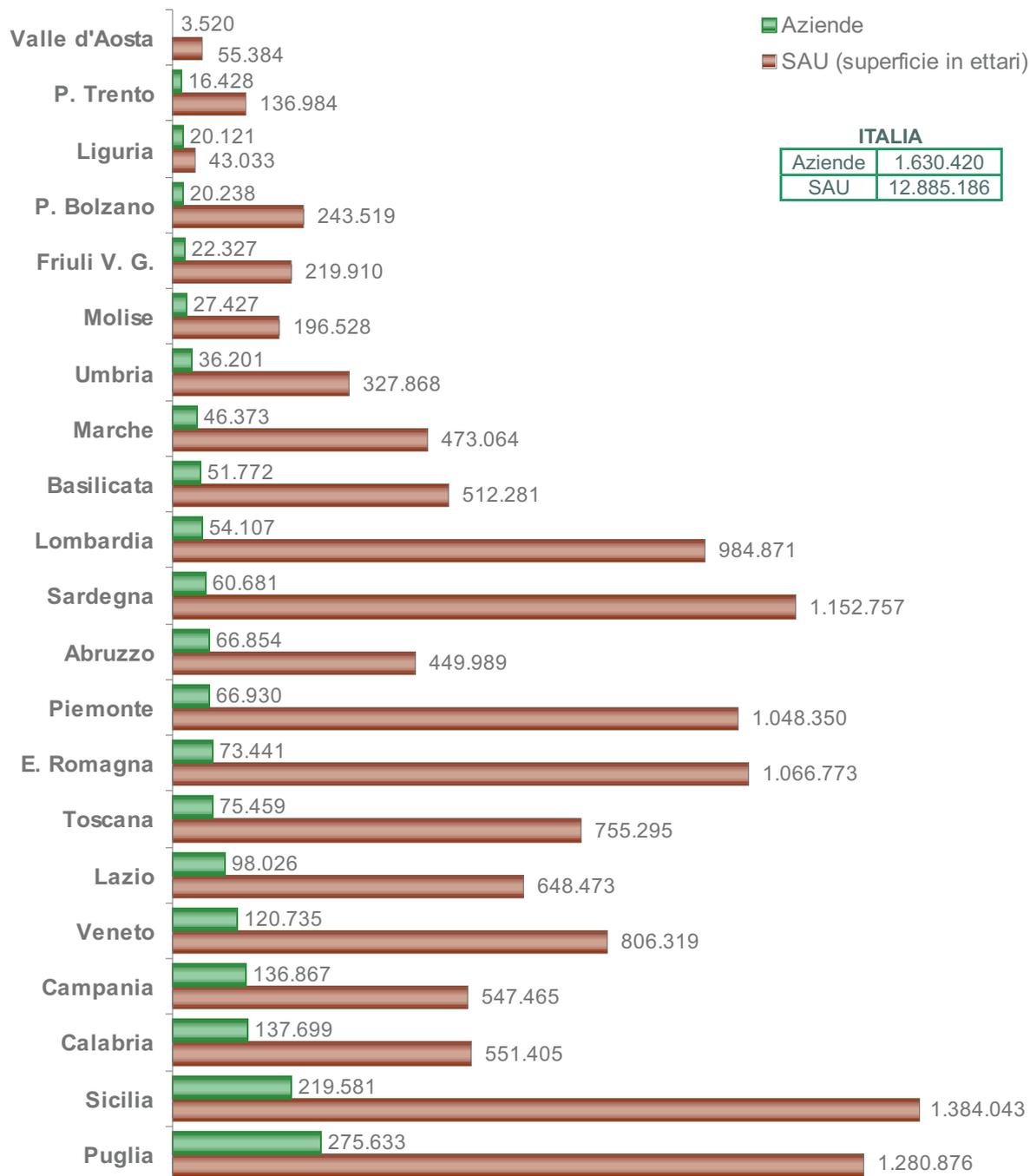
Quelle che vengono illustrate nel seguito sono soltanto alcune delle informazioni disponibili, inserite in questa relazione allo scopo di rendere più facilmente comprensibili i dati sulle attività svolte dalle regioni.

I COMPARTI PRODUTTIVI

AGRICOLTURA

Le peculiarità strutturali delle aziende agricole rendono complessa la definizione dei soggetti esposti a rischio lavorativo, considerando che le ore annue lavorate per addetto sono molto poche per un grande numero di lavoratori del settore. Recentemente sono stati diffusi da ISTAT i dati preliminari del 6° Censimento Generale dell'Agricoltura del 2010 che mostrano una riduzione del numero di aziende agricole nelle varie regioni compresa tra il -13% di Bolzano e il -49% del Lazio, con media nazionale -32% rispetto all'analogo censimento del 2000. Contestualmente è diminuita la superficie agricola utilizzata. Le regioni del sud, Puglia e Sicilia in particolare, sono quelle che hanno il maggior numero di aziende agricole e di superficie agricola utilizzata in rapporto alla superficie regionale; su quest'ultimo parametro influiscono evidentemente anche le caratteristiche morfologiche del territorio in quanto questo rapporto è più alto nelle regioni pianeggianti.

Figura 21: Numero aziende agricole e superficie agricola utilizzata (SAU) in ettari per regione, anno 2010.



Fonte: Istat – dati preliminari 6° Censimento Generale dell'Agricoltura 2010, elaborazione PREO.

Figura 22: Percentuale di superficie regionale complessiva effettivamente utilizzata come superficie agricola, anno 2010.

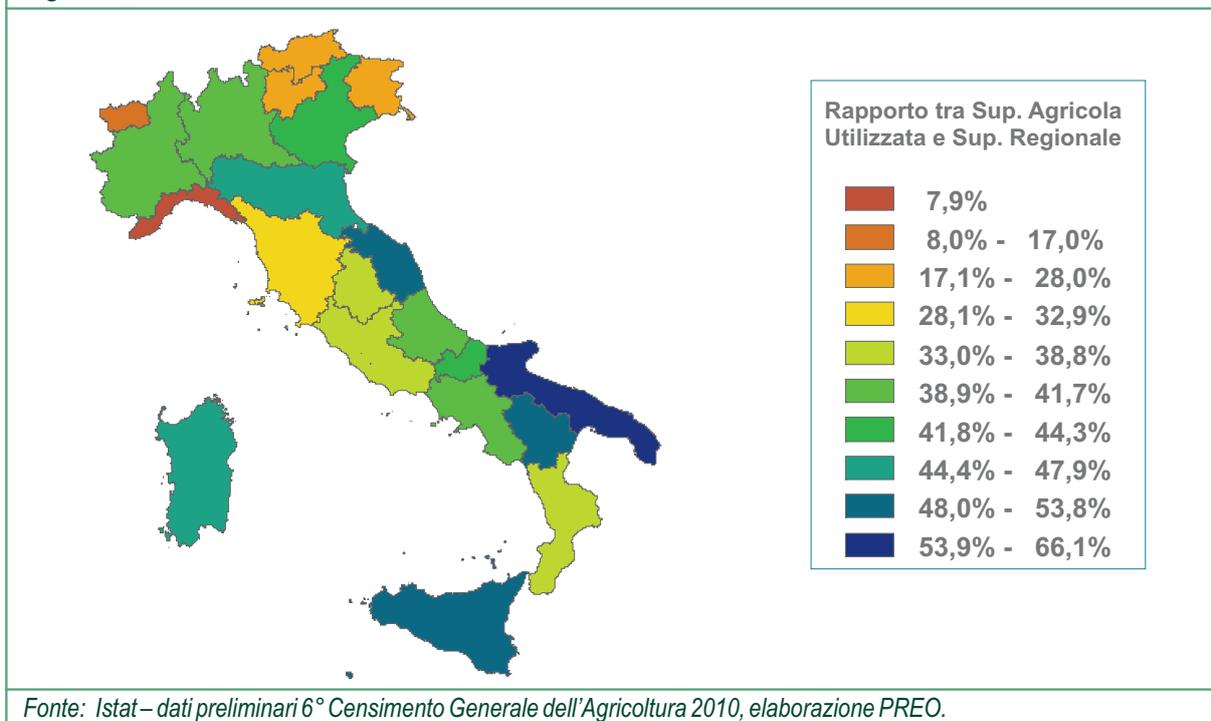
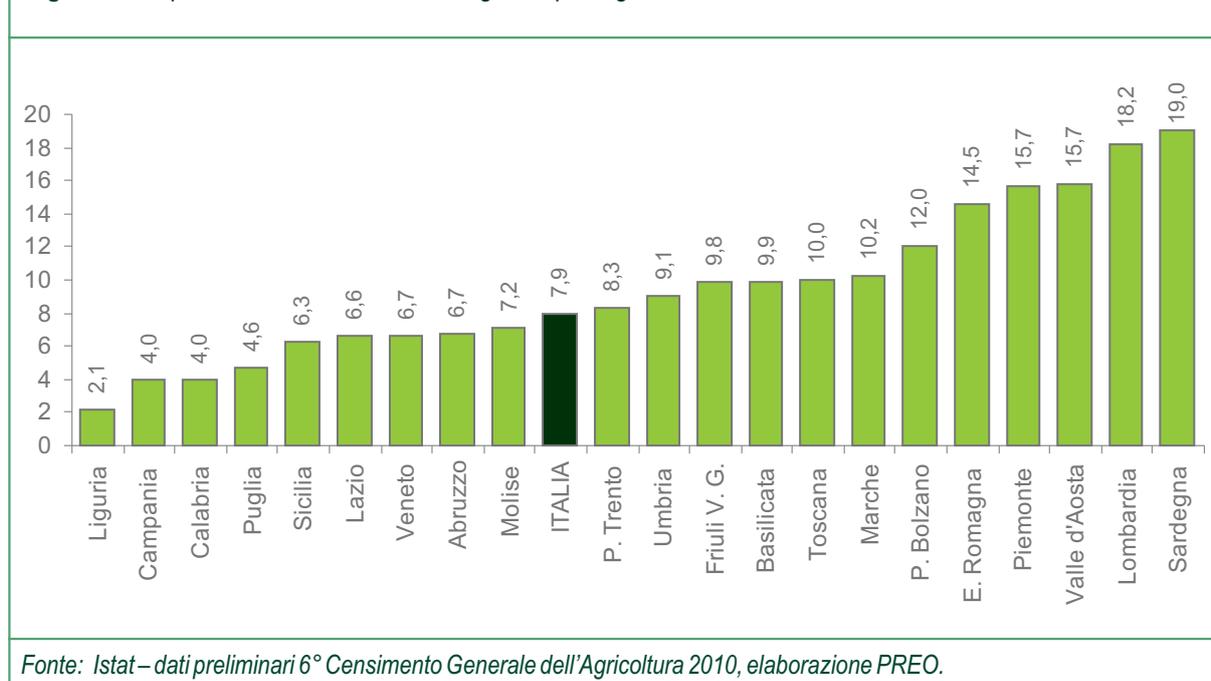


Figura 23: Superficie media delle aziende agricole per regione, anno 2010.



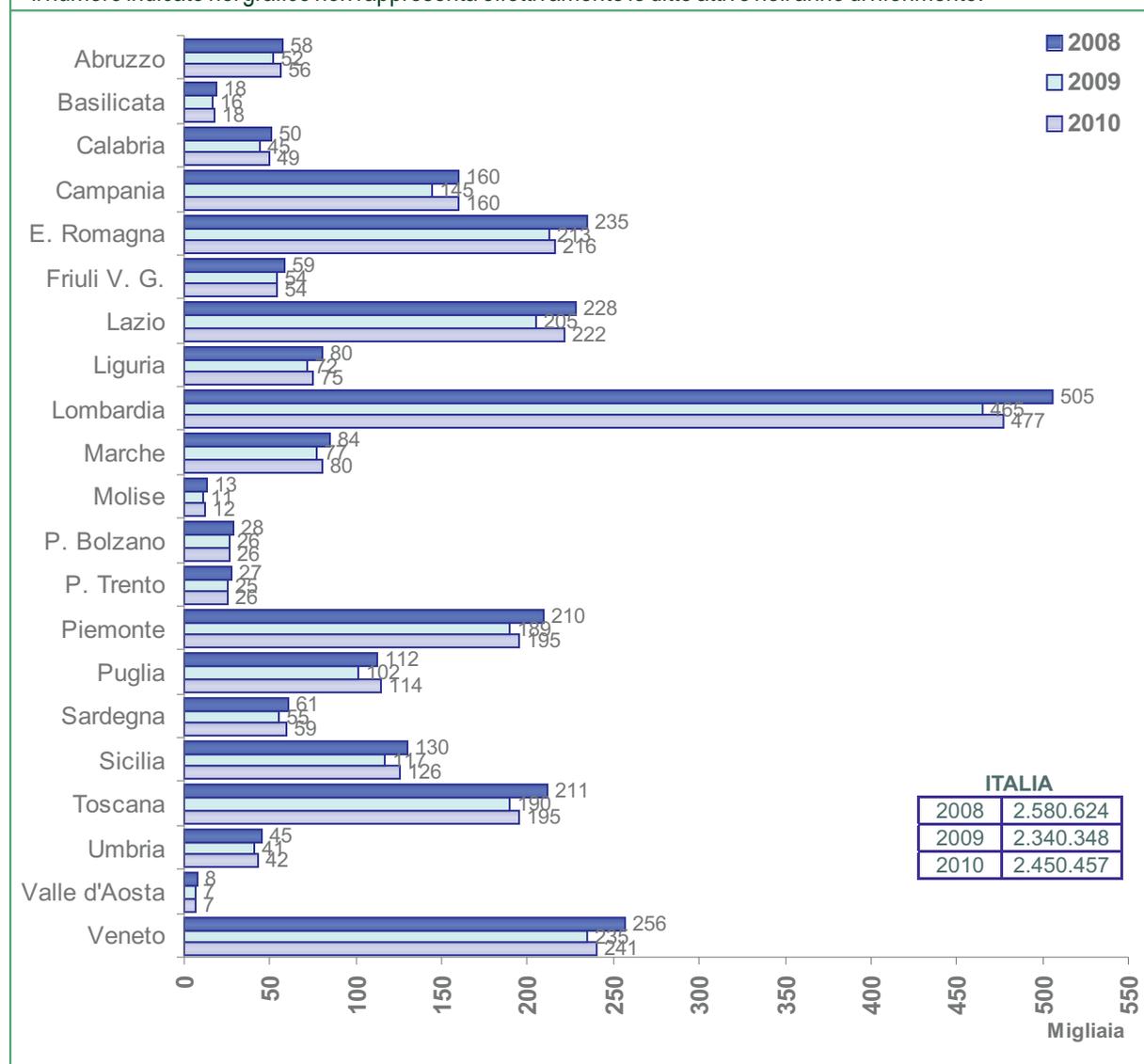
INDUSTRIA E SERVIZI

Per la conoscenza delle aziende, la fonte INAIL, tra quelle disponibili al momento, è quella maggiormente utilizzata poiché copre in modo

omogeneo tutto il territorio nazionale, è aggiornata annualmente e comprende la stragrande maggioranza delle attività in cui è presente lavoro dipendente. Le informazioni sul

Figura 24: Numero di posizioni assicurative con almeno un dipendente o equiparato nell'Industria e Artigianato, utilizzato per calcolare l'obiettivo minimo di attività di ogni regione, periodo 2008-2010.

Nota: i dati utilizzati per la programmazione delle attività (obiettivi) devono essere necessariamente estratti prima del periodo di riferimento, utilizzando le informazioni più aggiornate disponibili in quel momento; in genere si tratta di uno o due anni precedenti (ad esempio, l'obiettivo 2010 è stato calcolato sui dati relativi all'anno 2008); pertanto il numero indicato nel grafico non rappresenta effettivamente le ditte attive nell'anno di riferimento.



Fonte: Flussi Informativi INAIL Regioni edizione 2010, elaborazione PREO.

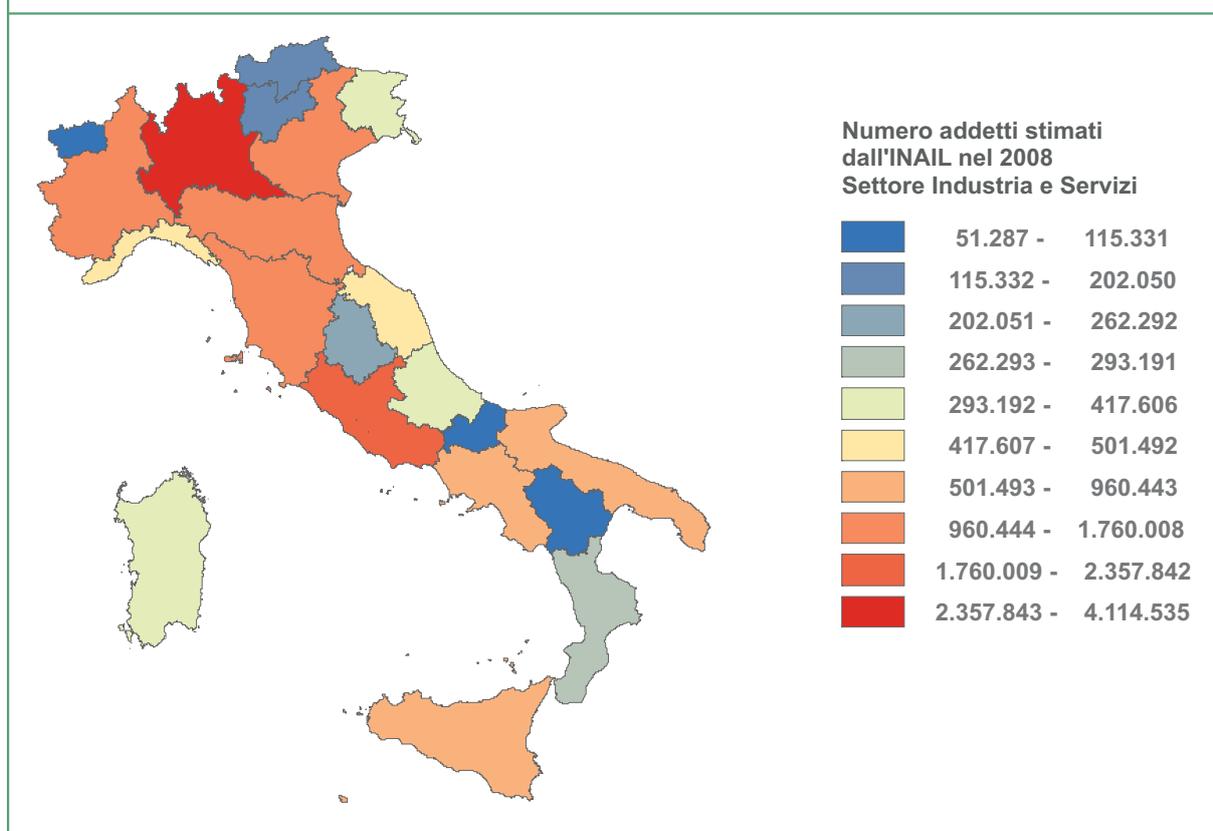
IL CONTESTO

numero di dipendenti e di artigiani per ciascuna posizione assicurativa INAIL (PAT) consente di definire per ogni anno l'obiettivo minimo di vigilanza previsto dal D.P.C.M. 17.12.07 (5% delle attività con almeno un dipendente o equiparato), anche se l'archivio INAIL non contiene informazioni sugli addetti dell'agricoltura e del cosiddetto Conto Stato. L'indicatore così ottenuto rappresenta un primo passo verso la definizione di obiettivi condivisi al fine di omogeneizzare l'attività di controllo svolta dalle regioni.

Ancora più interessante è osservare la distribuzione degli addetti stimati INAIL nel

settore industria e servizi; infatti, come vedremo nel seguito, il numero assoluto di infortuni presenta una distribuzione coerente con quella degli addetti. Il dato del 2008 è quello che può essere considerato ben stabilizzato al momento in cui è stato redatto questo documento. La concentrazione di addetti nelle regioni Lombardia e Lazio è in parte dovuta all'accentramento contributivo di tutti i dipendenti in Italia presso un'unica sede; nel Lazio, in particolare, sono accentrate alcune grandi aziende di trasporto e di servizi che in realtà hanno gli operatori distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Figura 25: Numero di addetti stimati INAIL nel settore Industria e Servizi, anno 2008 .



Fonte: *Flussi Informativi INAIL Regioni edizione 2010, elaborazione PREO.*

COSTRUZIONI

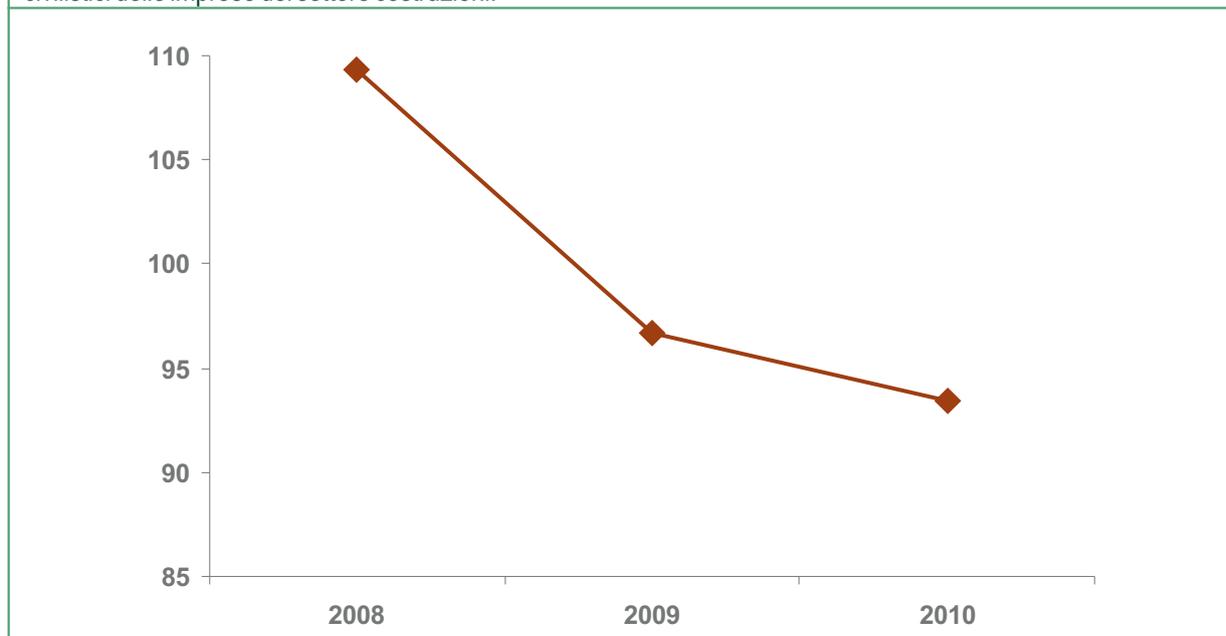
All'interno del settore Industria e Servizi si colloca anche il comparto delle **costruzioni** che richiede, per le sue peculiarità, alcune considerazioni specifiche. L'indice di produzione del settore (fonte ISTAT) è in progressiva riduzione tra il 2008 e il 2011 per effetto della recente crisi economica; questo andamento non coincide con quanto rilevato fino ad ora mediante le notifiche preliminari di apertura cantiere presentate dai committenti alle ASL: complessivamente esse diminuiscono nel 2009 per poi risalire nel 2010

ma si deve tenere conto del fatto che il dato nazionale è fortemente influenzato dalla Lombardia, che ha recentemente adottato un sistema telematico per l'invio delle notifiche che ha reso più cogente l'atto stesso. Occorre infine ricordare che le notifiche preliminari non rappresentano tutti i cantieri attivi ma solo quelli rispondenti ai requisiti definiti dall'art. 99 del DLgs 81/2008.

A livello delle singole regioni l'andamento è variabile, in alcune si registra una costante diminuzione, in altre un costante aumento.

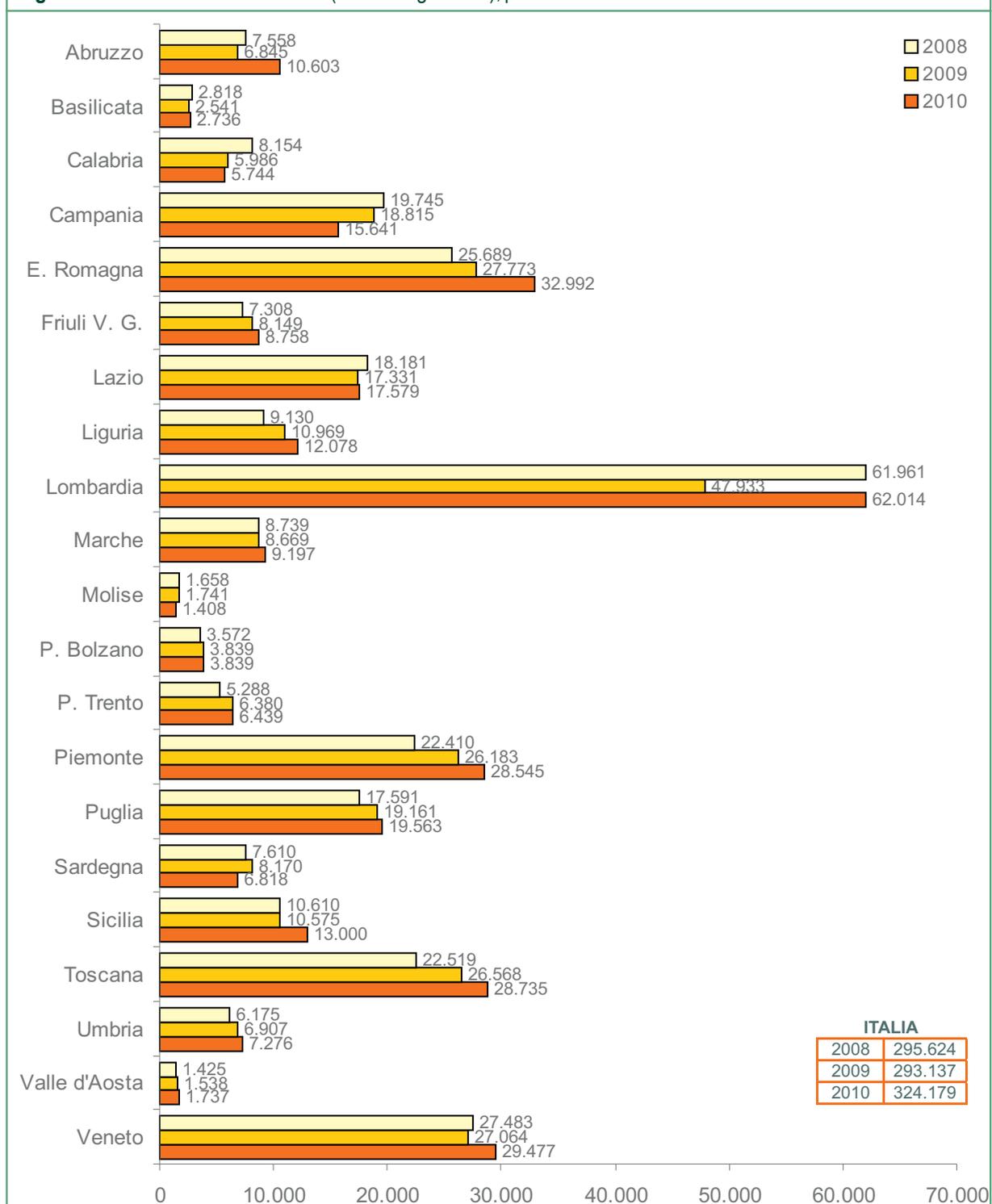
Figura 26: Andamento dell'indice di produzione nelle costruzioni con riferimento al valore del 2005 (=100), periodo 2008-2010.

La produzione di questo indicatore è prevista dal Regolamento del Consiglio europeo (n. 1165/98) sulle statistiche congiunturali. 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. Ai fini della stima della funzione di produzione, sono utilizzate le seguenti variabili: il valore della produzione calcolato al netto delle lavorazioni eseguite da terzi, i costi per acquisti di materie prime, sussidiarie e di consumo e le ore lavorate da apprendisti e operai. Quale proxy del capitale, si utilizza il valore delle immobilizzazioni materiali (al netto dei terreni e fabbricati) desunto dai bilanci civilistici delle imprese del settore costruzioni.



Fonte: ISTAT, elaborazione PREO.

Figura 27: Numero cantieri notificati (art. 99 D.lgs 81/08), periodo 2008-2010.



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

GLI INFORTUNI SUL LAVORO

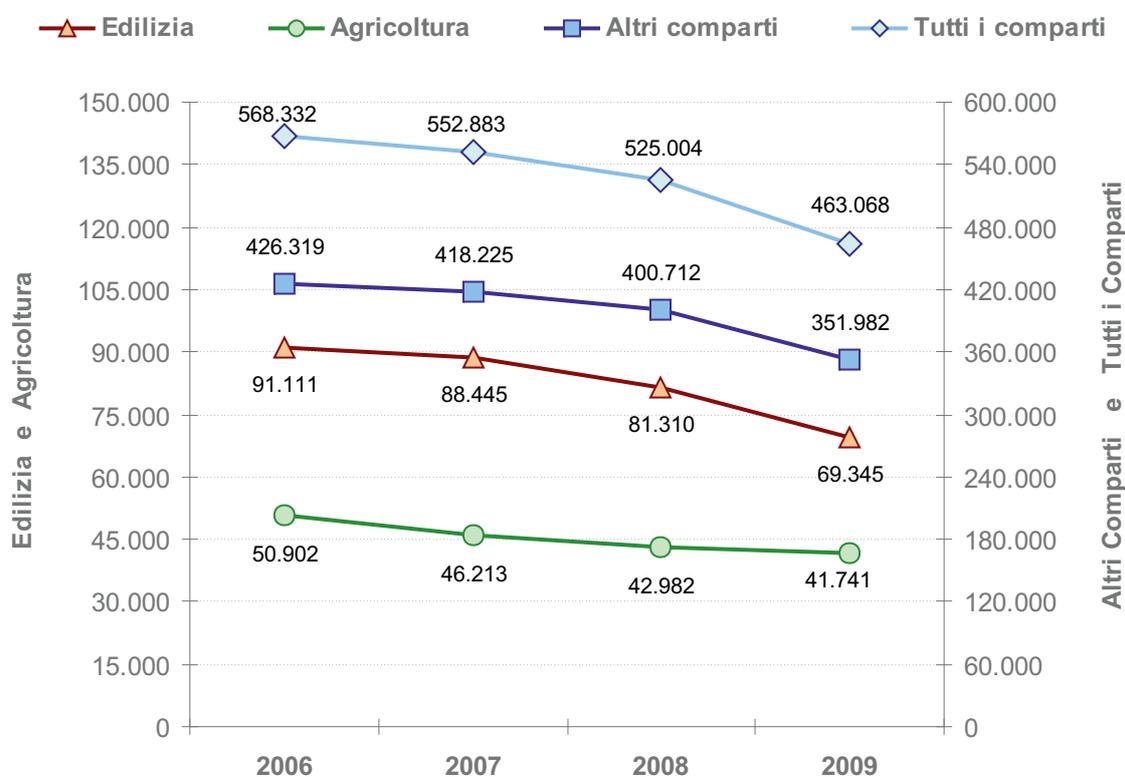
Le informazioni principali sui danni subiti dai lavoratori per infortuni o malattie professionali a livello nazionale sono di fonte INAIL. L'istituto raccoglie informazioni relative alla stragrande maggioranza delle attività con lavoratori dipendenti, compresi gli agricoltori e i dipendenti

dello Stato.

Da molti anni si registra un trend in diminuzione del numero di infortuni; nell'ultimo periodo la riduzione si è ulteriormente accentuata per effetto della crisi economica. I dati possono essere considerati consolidati fino al 2008; quelli del 2009 potrebbero essere ancora oggetto di variazioni in funzione della definizione dei casi oggetto di contenzioso o con prognosi temporanea molto lunga o con postumi permanenti non ancora valutati all'epoca dell'estrazione.

Alcuni settori produttivi si caratterizzano per la

Figura 28: 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 2006-2010.



Fonte: Flussi Informativi INAIL Regioni edizione 2010, elaborazione PREO.

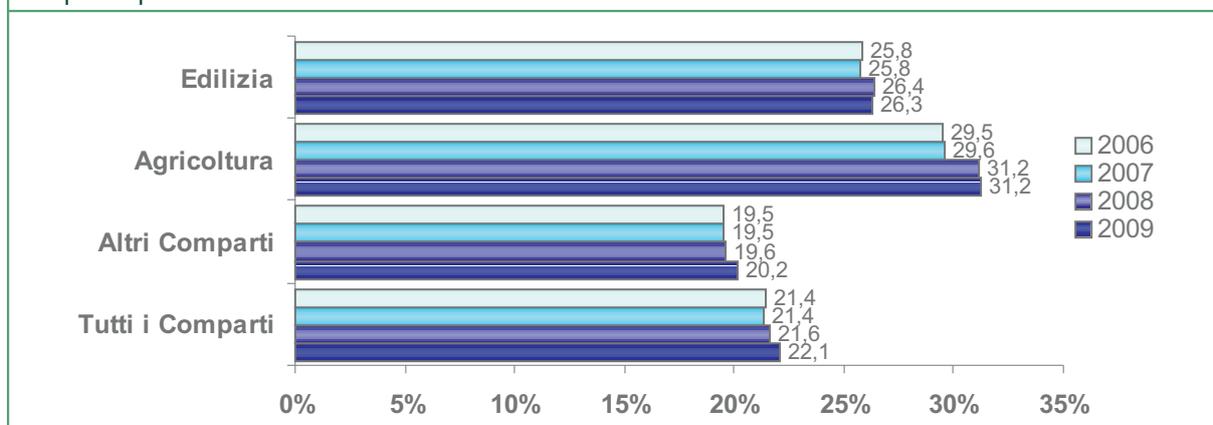
IL CONTESTO

loro pericolosità; l'edilizia e l'agricoltura presentano una percentuale maggiore di infortuni mortali, invalidanti o con prognosi superiore a 40 giorni sul totale di infortuni e ciò giustifica il rilievo loro attribuito dagli specifici piani nazionali di prevenzione. In **Figura 29** si osserva che la diminuzione ha riguardato in misura maggiore gli infortuni lievi poiché la percentuale di infortuni con esito mortale o invalidante o con assenza dal lavoro superiore a 40 giorni è in leggero aumento in tutti i settori.

La distribuzione per regione del numero assoluto di infortuni è sovrapponibile a quella del numero di addetti; infatti, il maggior numero di eventi avviene in Lombardia e nelle regioni industrializzate del centro nord. Il numero di infortuni rappresenta un carico di lavoro non soltanto per il servizi di prevenzione delle ASL ma anche per i servizi del SSN che prestano soccorso e cure ai lavoratori. Al contrario, il tasso di incidenza degli infortuni tiene conto del numero

di lavoratori e rappresenta il rischio individuale di infortunarsi. Il tasso di incidenza può essere calcolato utilizzando i dati INAIL limitatamente al settore industria e servizi; questo indicatore, pur con tutte le riserve e le cautele legate ad alcune disomogeneità del contesto produttivo presenti nel territorio nazionale, al fenomeno dell'accentramento contributivo e alla sottonotifica degli infortuni, può rappresentare un primo approccio per valutare la necessità di esercitare interventi maggiormente incisivi per lo sviluppo della sicurezza sul lavoro. In questa sede non è possibile sviluppare in modo approfondito il tema che è estremamente complesso; tuttavia nelle figure seguenti vengono proposti, oltre al tasso grezzo di incidenza per luogo evento, altri strumenti di analisi quali il tasso standardizzato per sede azienda e la percentuale di eventi gravi in industria e servizi, nelle costruzioni e in agricoltura.

Figura 29: Percentuale di infortuni mortali o invalidanti o con prognosi superiore a 40 giorni sul totale, periodo 2006-2009. Si nota che l'edilizia e l'agricoltura hanno una percentuale maggiore di questi eventi ma anche che in tutti i comparti la percentuale è in aumento.



Fonte: Flussi Informativi INAIL Regioni edizione 2010, elaborazione PREO.

Figura 30: Tasso grezzo di incidenza degli infortuni riconosciuti da INAIL per 1000 addetti nel settore industria e servizi, anno 2008.

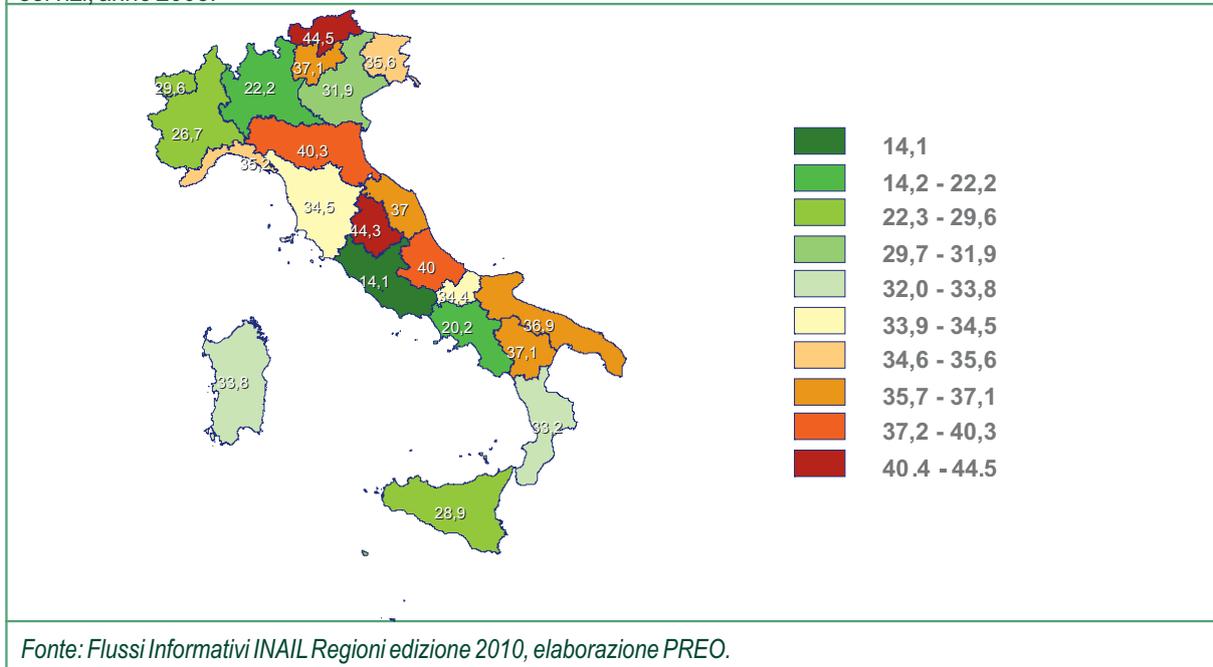


Figura 31: Tasso standardizzato diretto per codice ATECO degli infortuni riconosciuti da INAIL nel settore Industria e Servizi, anno 2008. Gli infortuni sono attribuiti in base alla sede azienda.

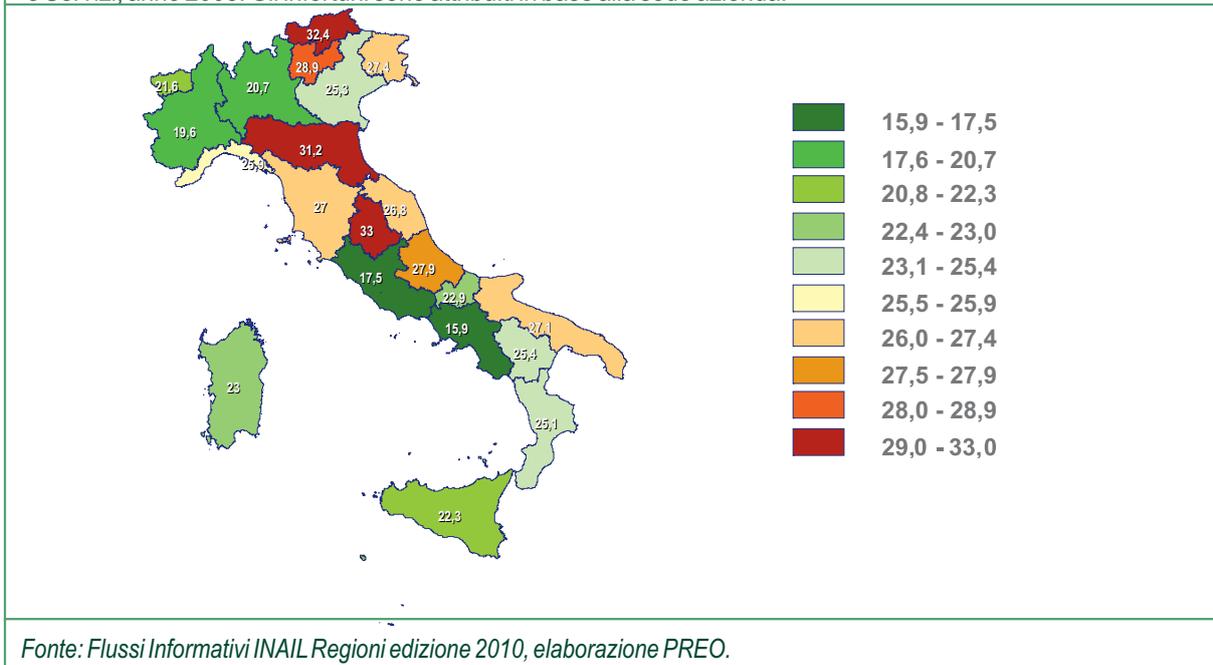
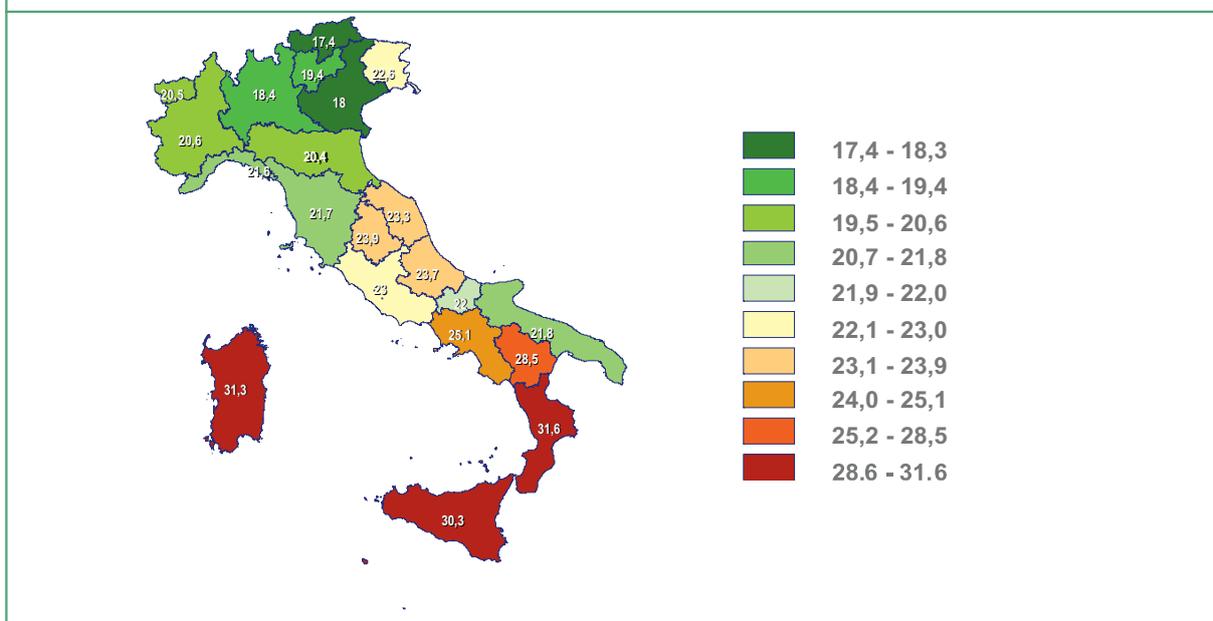
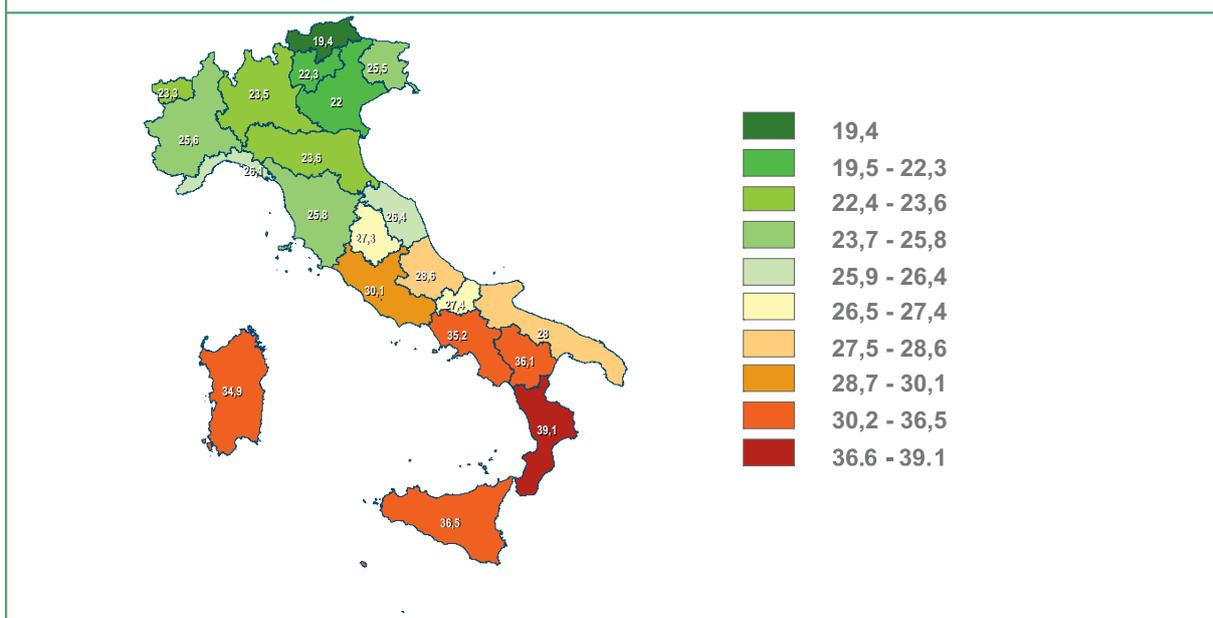


Figura 32: Percentuale di infortuni gravi sul totale infortuni riconosciuti da INAIL in tutti i settori di attività, anno 2008.



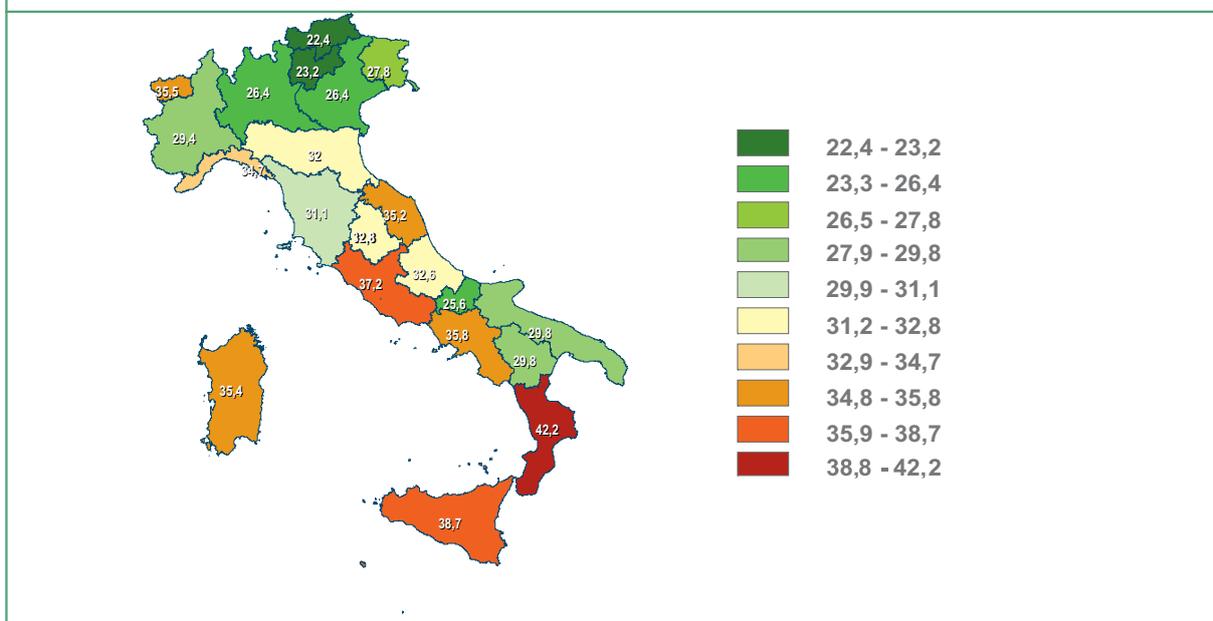
Fonte: Flussi Informativi INAIL Regioni edizione 2010, elaborazione PREO.

Figura 33: Percentuale di infortuni gravi sul totale infortuni riconosciuti da INAIL in edilizia, anno 2008.



Fonte: Flussi Informativi INAIL Regioni edizione 2010, elaborazione PREO.

Figura 34: Percentuale di infortuni gravi sul totale infortuni riconosciuti da INAIL in agricoltura, anno 2008.



Fonte: Flussi Informativi INAIL Regioni edizione 2010, elaborazione PREO.

MALATTIE PROFESSIONALI

L'andamento delle malattie professionali denunciate all'INAIL presenta, al contrario degli infortuni, un trend in aumento. Questo fenomeno è complesso: in parte è connesso alla pubblicazione delle nuove tabelle delle malattie professionali che hanno ampliato il campo delle malattie tabellate con particolare riferimento ad alcune patologie muscolo-scheletriche; in parte vi è un recupero delle cosiddette malattie professionali perdute in quanto non denunciate o

non refertate dai medici. Infatti, con la scomparsa delle tradizionali malattie da lavoro, sono sempre più frequenti le patologie in cui il lavoro svolge un ruolo concausale e in cui è più difficile riconoscere l'eziologia professionale (in particolare nei tumori, che hanno lunga latenza tra esposizione e malattia). L'attuale aumento delle denunce probabilmente non riflette un reale peggioramento della situazione sanitaria ma piuttosto un miglioramento della rilevazione grazie a più accurati e diffusi controlli nell'ambito della sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti. Una quota del recupero è anche legata a programmi di ricerca attiva delle malattie professionali (in particolare neoplasie) svolta dalle ASL in collaborazione con i registri tumori, alla maggiore informazione della popolazione,

Tabella 4: Tipo di malattia denunciata negli anni 2006-2008-2010. Fonte: Report INAIL 2010 rielaborato dal PREO.

MALATTIE PROFESSIONALI - TUTTI I SETTORI (Industria e servizi, Agricoltura e Conto Stato)	2006	2008	2010
Malattie osteo-articolari e muscolo-tendinee <i>di cui:</i>	10.069	13.073	25.937
<i>Affezioni dei dischi intervertebrali</i>	2.817	4.109	9.255
<i>Tendiniti</i>	3.121	4.448	8.463
Ipoacusia da rumore	6.483	6.005	6.277
Malattie respiratorie (non da asbesto)	1.997	1.957	1.934
Tumori (non da asbesto)	1.098	1.216	1.293
Malattie da asbesto (neoplasie, asbestosi, placche pleuriche)	1.922	2.173	2.333
Malattie cutanee	975	770	707
Disturbi psichici da stress lavoro-correlato	512	474	387
Altro	3.696	4.295	3.479
TOTALE	26.752	29.963	42.347

all'effettuazione di sorveglianza sanitaria ad ex esposti a cancerogeni da parte dei servizi pubblici di prevenzione.

Con riferimento alla tipologia di malattia professionale denunciata, si osserva la progressiva riduzione delle ipoacusie da rumore (avvenuta in modo rilevante prima del 2006) e l'aumento delle patologie muscolo-scheletriche, praticamente raddoppiate nel 2010 rispetto al 2008. Anche se in numero esiguo, sono presenti i disturbi psichici lavoro correlati che sono stati inclusi tra i rischi oggetto di valutazione da parte del datore di lavoro con il DLgs 81/2008. C'è da osservare che la relazione temporale tra esposizione e malattia differisce molto da caso a caso. Per le malattie cutanee il lasso di tempo tra

esposizione e malattia è verosimilmente breve mentre è notevolmente più lungo per i tumori; nel caso dell'asbesto, il cui uso è vietato dal 1992, le attuali esposizioni lavorative sono residuali e soprattutto connesse con la bonifica di manufatti preesistenti. E' tuttavia importante rilevare questi dati poiché la lunga latenza tra esposizione e malattia (anche 40 anni nel caso dell'amianto) fa presupporre che anche nei prossimi anni insorgeranno nuovi casi con ricadute sia per l'attività assistenziale ai soggetti ammalati, sia per l'erogazione delle prestazioni di sorveglianza sanitaria ai soggetti a maggior rischio di sviluppare queste patologie, sia per la dovuta assistenza di tipo assicurativo.

RISORSE PER LA PREVENZIONE

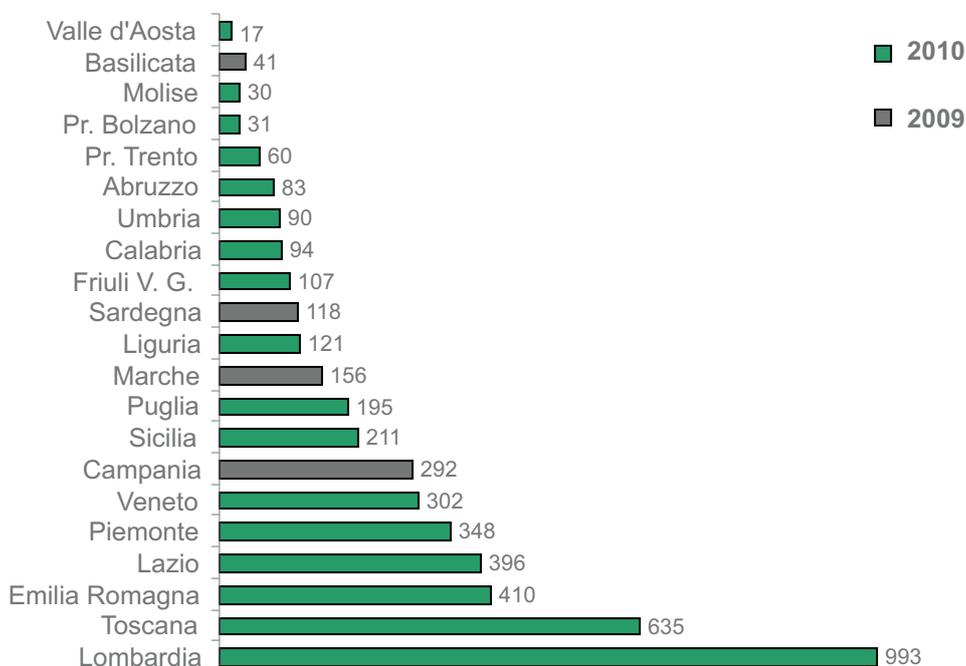
Fra i dati rilevati dalle regioni vi è la dotazione di operatori dei servizi di Prevenzione, molti dei quali sono provvisti di qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria (UPG) che consente l'effettuazione di attività ispettiva in azienda. La ripartizione del personale per profilo professionale e funzione evidenzia lo spettro delle azioni di prevenzione svolte dai servizi delle

ASL, che prevedono la vigilanza, svolta attraverso personale con qualifica di UPG, ma anche azioni di promozione della salute ed attività sanitarie.

Sul piano delle risorse, negli ultimi anni si è assistito ad un decremento delle stesse, come documentato nella **Tabella 5** relativa al personale assegnato ai servizi nel biennio 2008 - 2009.

Nel 2010 non era prevista questa rilevazione; ciò nonostante, alcune regioni hanno trasmesso ugualmente alcune informazioni aggiornate. Per le figure seguenti, quando non erano disponibili i dati del 2010, è stato utilizzato il dato della rilevazione 2009.

Figura 35: Numero complessivo di addetti ai servizi di prevenzione delle ASL, con o senza qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria, anno 2010 (*).



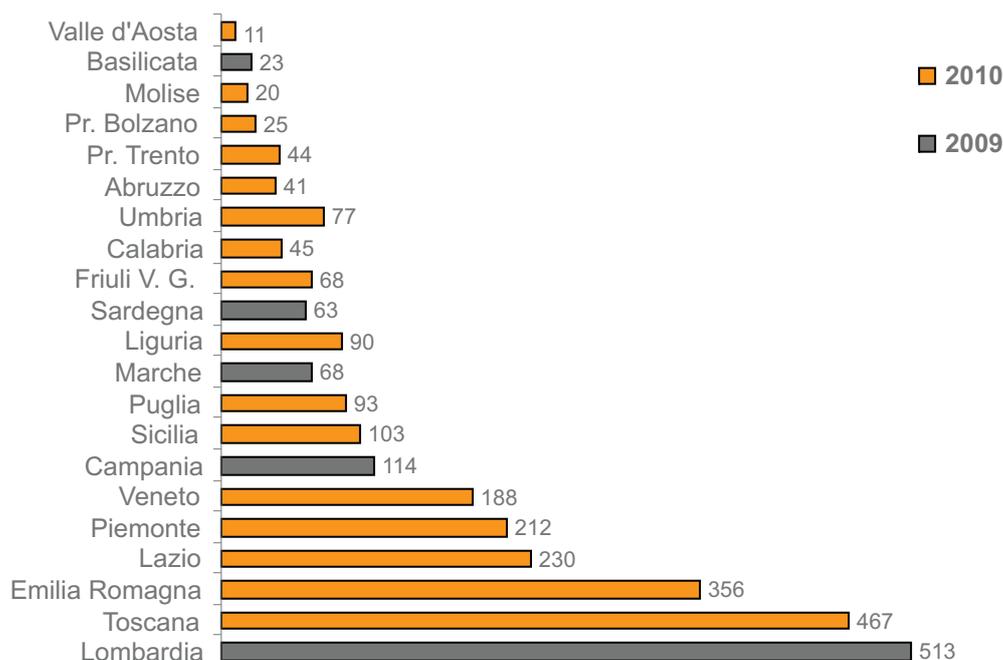
(*) NOTA: Nel 2010 la rilevazione non era prevista (l'ultima sistematica è stata effettuata nel 2009) ma è stata comunque parzialmente effettuata da alcune regioni pertanto, se non era disponibile il valore del 2010, è stato utilizzato quello del 2009.
Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.

Tabella 5: Dotazione di personale dei servizi delle ASL (totale operatori e operatori con qualifica di UPG), periodo 2008-2010.

Personale PSAL complessivo e con qualifica di UPG	2008		2009		2010 (*)	
	Totale	UPG	Totale	UPG	Totale	UPG
	5.060	2.956	4.893	3.145	4.730	2.851

(*) NOTA: Nel 2010 la rilevazione non era prevista (l'ultima sistematica è stata effettuata nel 2009) ma è stata comunque parzialmente effettuata da alcune regioni pertanto, se non era disponibile il valore del 2010, è stato utilizzato quello del 2009.
Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.

Figura 36: Numero complessivo di addetti ai servizi di prevenzione delle ASL con qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria, anno 2010(*).

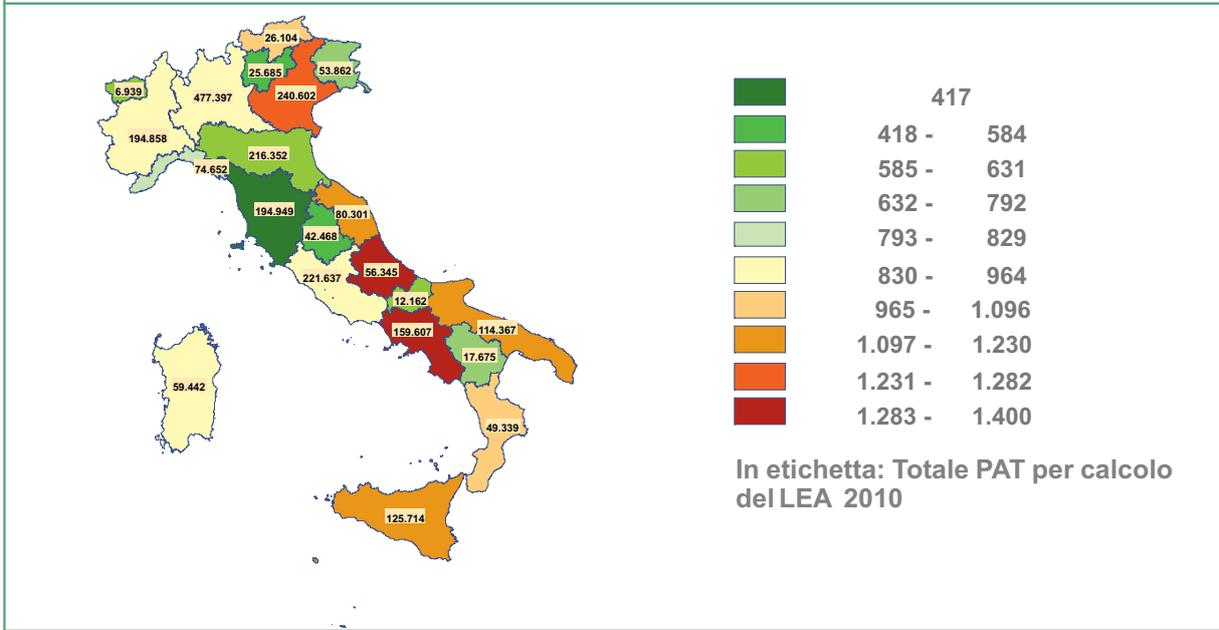


(*) NOTA: Nel 2010 la rilevazione non era prevista (l'ultima sistematica è stata effettuata nel 2009) ma è stata comunque parzialmente effettuata da alcune regioni pertanto, se non era disponibile il valore del 2010, è stato utilizzato quello del 2009.
Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.

Più interessante è rapportare la numerosità degli addetti ai servizi di prevenzione con le caratteristiche del territorio in cui devono essere svolte le attività di vigilanza e prevenzione.

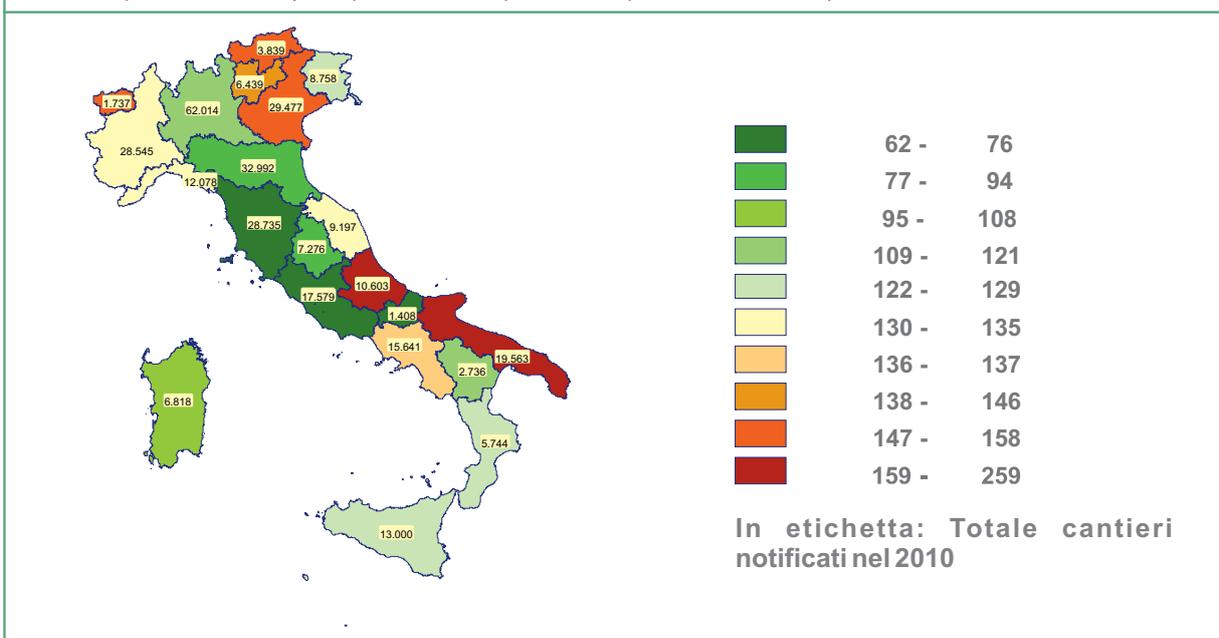
Nelle **Figure 37, 38 e 39** vengono raffrontati gli operatori UPG con aziende e cantieri attivi nel territorio.

Figura 37: Numero PAT (posizioni assicurative INAIL) di aziende con dipendenti o equiparati utilizzato per la definizione dell'obiettivo di attività 2010 e rapporto con il numero di operatori dei servizi di prevenzione delle ASL con qualifica di UPG (dato più recente disponibile nel periodo 2009-2010).



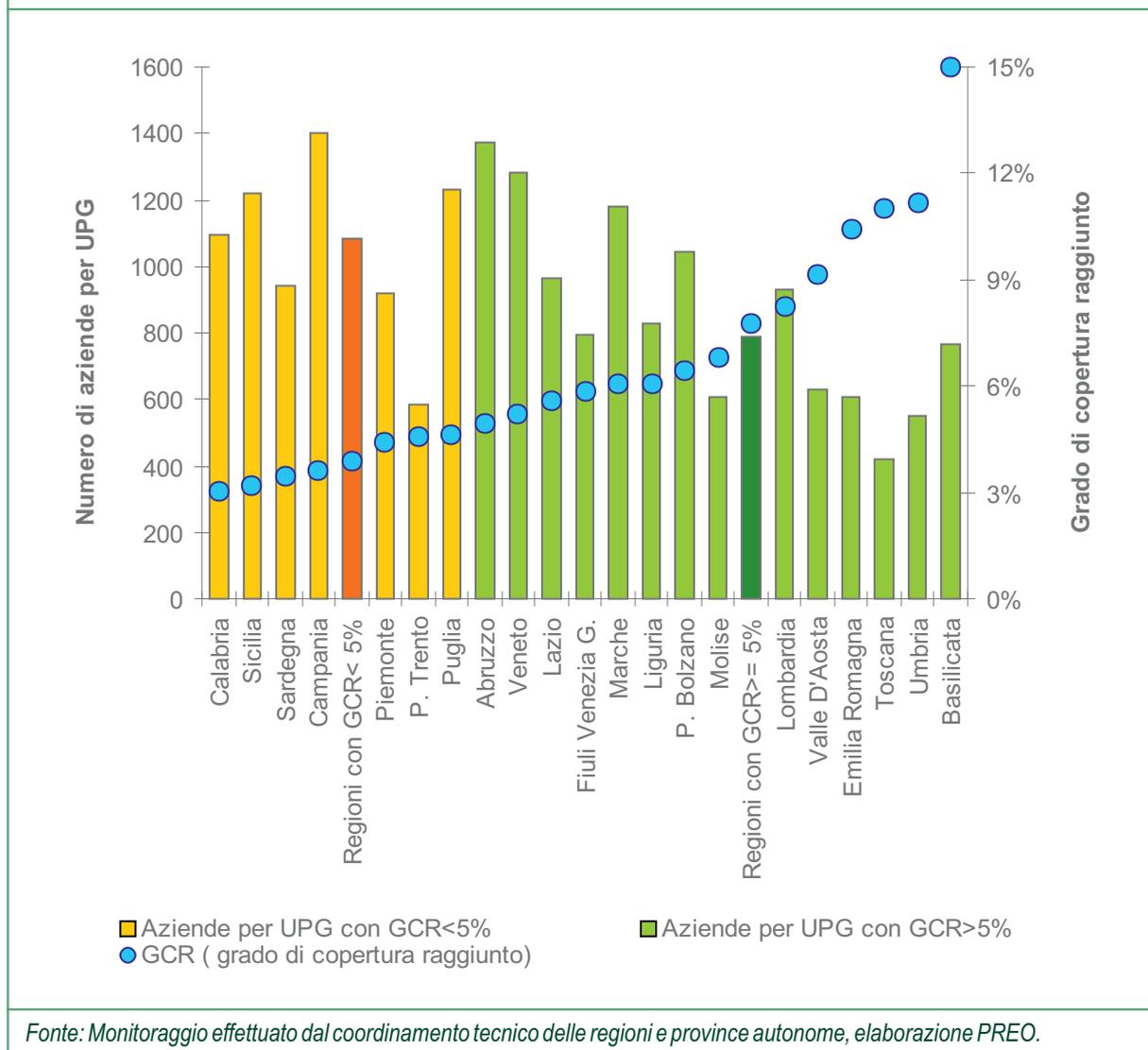
Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.

Figura 38: Numero di cantieri notificati nel 2010 e rapporto con il numero di operatori dei servizi di prevenzione delle ASL con qualifica di UPG (dato più recente disponibile nel periodo 2009-2010).



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

Figura 39: Numero di aziende con dipendenti o equiparati (potenziale oggetto di controllo) presenti nel territorio per UPG (dato più recente disponibile nel periodo 2009-2010) e Grado di Copertura Raggiunto (GCR), anno 2010.



Glossario e Sitografia

GLOSSARIO

Assistenza: attività svolta a supporto di imprese, datori di lavoro, lavoratori e associazioni di datori di lavoro in tema 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 alfanumerici 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:

- a) stabilire linee comuni delle politiche nazionali in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- b) individuare obiettivi e programmi dell'azione pubblica di miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori;
- c) 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;
- d) programmare il coordinamento della vigilanza a livello nazionale in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- e) garantire lo scambio di informazioni tra i soggetti istituzionali al fine di promuovere l'uniformità dell'applicazione della normativa vigente;
- f) 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:

- a) esaminare i problemi applicativi della normativa di salute e sicurezza sul lavoro e formulare proposte per lo sviluppo e il perfezionamento della legislazione vigente;
- b) 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;

c) definire le attività di promozione e le azioni di prevenzione;

d) validare le buone prassi in materia di salute e sicurezza sul lavoro;

e) 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;

f) 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;

g) definire criteri finalizzati alla definizione del sistema di qualificazione delle imprese e dei lavoratori autonomi;

h) 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;

i) valutare le problematiche connesse all'attuazione delle direttive comunitarie e delle convenzioni internazionali stipulate in materia di salute e sicurezza del lavoro;

l) promuovere la considerazione della differenza di genere in relazione alla valutazione dei rischi e alla predisposizione delle misure di prevenzione;

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

Infortunio sul lavoro riconosciuto dall'INAIL:

secondo il T.U. DPR 1124/65 è un evento avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte o un'inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che comporti l'astensione assoluta dal lavoro per più di 3 giorni.

LEA: livello essenziale di assistenza che deve essere assicurato su tutto il territorio nazionale.

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: definito 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 duecento uomini giorno.

Posizione assicurativa territoriale INAIL (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 in cui, per agevolare il rapporto assicurativo di aziende plurilocalizzate, le masse salariali di più unità locali vengono concentrate in un'unica PAT (accentrante o sede madre); 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.

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).

SITOGRAFIA

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/Pnp_2010-2012_piani-regionali

Piano Nazionale Edilizia

- sito a supporto del piano edilizia:

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

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

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

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



Allegato alla relazione del Presidente della Conferenza delle Regioni sulla proposta della Commissione parlamentare sulle “morti bianche”, di modifica dell’art. 117 della Costituzione

ATTIVITA' ISTITUZIONALE IN MATERIA DI LEGISLAZIONE CONCORRENTE

Nell’arco dell’anno 2011 le attività del Gruppo di Coordinamento Tecnico Interregionale PISLL, si sono articolate, a livello collegiale in 11 incontri, dei quali 4 con modalità di videoconferenza e 7 presso la delegazione di Roma della Regione del Veneto.

In termini generali il Gruppo di Coordinamento Tecnico Interregionale PISLL ha rivolto le proprie attività ai fini del raggiungimento di due macro obiettivi, di cui uno a valenza interna al sistema regionale della prevenzione, ovvero il coordinamento delle attività regionali di prevenzione, vigilanza e promozione della salute, mentre l’altro rivolto ai rapporti con le Amministrazioni centrali dello Stato e diretto alla definizione dei provvedimenti attuativi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, attraverso la Conferenza Stato-Regioni, il Comitato per l’indirizzo e la valutazione delle politiche attive (art. 5), la Commissione consultiva permanente (art. 6) e la Commissione per gli interpellanti (art. 12).

In relazione alla partecipazione dei provvedimenti attuativi del D.Lgs. n. 81/2008 in collaborazione con lo Stato si sono definiti i seguenti documenti:

- individuazione delle particolari esigenze connesse all’espletamento delle attività del Dipartimento di Protezione civile (art. 3, comma 2, D.Lgs. n. 81/2008 – DPCM 28 novembre 2011, n. 231);
- disposizioni per l’applicazione del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 alle scuole ed alle università (art. 3, comma 2, D.Lgs. n. 81/2008);
- disposizioni per l’applicazione del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 alle cooperative sociali ed alle organizzazioni di volontariato della protezione civile (art. 3, comma 3-bis, D.Lgs. n. 81/2008 – DM 13 aprile 2011);
- parere sullo schema di decreto ministeriale sulle regole tecniche per la realizzazione del SINP (art. 8 D.Lgs. n. 81/2008 – Accordo Stato-Regioni 21 dicembre 2011);
- indicazioni per la valutazione dello stress lavoro-correlato (circolare della Commissione consultiva permanente);
- chiarimenti sul sistema di controllo ed indicazioni per l’adozione del sistema disciplinare per le aziende che hanno adottato un modello di organizzazione e gestione ex art. 30 del D.Lgs. n. 81/2008 (circolare della Commissione consultiva permanente);
- formazione del datore di lavoro-RSPP (art. 34 D.Lgs. n. 81/2008 – Accordo Stato-Regioni 21 dicembre 2011);
- formazione dei lavoratori, preposti e dirigenti (art. 37 D.Lgs. n. 81/2008 – Accordo Stato-Regioni 21 dicembre 2011);
- disciplina delle modalità di effettuazione delle verifiche periodiche di cui all’All. VII del D.Lgs. n. 81/2008, nonché dei criteri per l’abilitazione dei soggetti di cui all’art. 71, comma 13 del D.Lgs. n. 81/2008 (DM 11 aprile 2011);
- definizione dei criteri di rilascio delle autorizzazioni alle aziende per i lavori sotto tensione (art. 82, comma 2, D.Lgs. n. 81/2008 – DM 14 febbraio 2011);
- designazione del comitato consultivo per la determinazione dei valori limite nell’esposizione professionale agli agenti chimici (art. 232 D.Lgs. n. 81/2008);
- orientamenti pratici per la determinazione delle esposizioni sporadiche e di debole intensità all’amianto di cui all’art. 249 del D.Lgs. n. 81/2008 ([Circolare della Commissione consultiva](#));
- parere sul concetto di eccezionalità del sollevamento di persone con mezzi non destinati a tale scopo di cui al punto 3.1.4. dell’All. VI al D.Lgs. 81/2008 ([Circolare della Commissione consultiva](#));
- regolamento sulle modalità di applicazione in ambito ferroviario del DM n. 388/2003 ([art. 45, comma 3, D.Lgs. n. 81/2008](#) – DM 24 gennaio 2011);
- Procedure per la fornitura di calcestruzzo in cantiere ([Circolare della Commissione consultiva](#)).

L’articolazione in diversi sottogruppi di lavoro ha permesso di trattare le tematiche oggetto di specifici provvedimenti normativi, come sopra indicato, o di natura tecnica di interesse generale.

1. PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE IN COORDINAMENTO TRA ENTI E PARTI SOCIALI IN AMBITO DEI COMITATI REGIONALI DI COORDINAMENTO, ART. 7

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. La realizzazione di tale complesso sistema di promozione della salute e della sicurezza, come definito all'art. 2, comma 1, lett. p del DLgs 81/2008, ha superato la fase di start up, si tratta ora di rendere pienamente operative le funzioni di pianificazione e programmazione coordinata tra enti istituzionali ed attori sociali. Le attività di vigilanza, in coordinamento tra Enti, sono state indirizzate verso i comparti a maggior rischio infortunistico: edilizia agricoltura e gli ambienti confinati.

L'omogeneizzazione delle pratiche di lavoro dei servizi, al fine di garantire il massimo della uniformità dei prodotti erogati negli ambiti regionali di riferimento, è stata perseguita attraverso corsi di formazione per gli operatori addetti alle attività di vigilanza in edilizia ed agricoltura e allo svolgimento delle indagini per malattia professionale e per infortunio, sperimentando anche corsi in FAD. I corsi di formazione, in alcune realtà regionali si sono svolti con la partecipazione congiunta di personale ispettivo delle ASL, e delle DPL e/o INAIL.

2. PIANI REGIONALI DI PREVENZIONE E LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

L'attività delle regioni è ispirata dal Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 (intesa sancita il 29 aprile 2010 in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano) ed è finalizzata all'incremento dei livelli di efficacia e di efficienza dei sistemi regionali di prevenzione, perseguendo gli obiettivi generali di ridurre gli infortuni gravi e mortali e le malattie professionali. In allegato si riporta il dettaglio delle principali azioni previste dai piani regionali di prevenzione.

La necessità di garantire l'uniformità delle prestazioni sul territorio nazionale, sia dal punto di vista qualitativo sia dal punto di vista quantitativo, data la frammentazione territoriale delle ASL ha portato allo sviluppo di piani condivisi a livello nazionale con la definizione di standard e indicatori, oltre che di attività 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; significativa è stata la sperimentazione della formazione a distanza degli operatori (vedi relazioni sui sistemi di sorveglianza sugli infortuni e le malattie professionali). L'omogeneità sul territorio nazionale è stata ricercata attraverso iniziative di formazione omogenee e con la condivisione degli obiettivi qualitativi e quantitativi (Piano Nazionale Agricoltura e Piano Nazionale Edilizia) approvati dalla Conferenza dei Presidenti 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. n. 81/2008, e dalla Commissione art. 6, D.Lgs. n. 81/2008.

La verifica dei volumi di attività delle Regioni nel 2010 ha evidenziato come il sistema regionale 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 un dipendenti o equiparati).

3.1. Strategie di prevenzione negli ambienti di lavoro

La strategia sviluppata nei Piani Regionali di Prevenzione, è articolata nei seguenti punti:

- a. Pianificazione delle attività di prevenzione in coordinamento tra Enti e parti sociali in ambito di Comitato Regionale di Coordinamento, art. 7 del DLgs. 81/08, al fine di sviluppare interventi orientati all'incremento dei livelli di sicurezza e protezione della salute attraverso la vigilanza mirata alle priorità di salute.

- b. Piena copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza (controllo del 5 % delle unità locali con dipendenti), orientando le attività dei servizi delle A.S.L. verso le priorità di salute ed il contrasto dei rischi più gravi, abbandonando pratiche di non documentata efficacia.
- c. Sviluppo dei flussi informativi regionali di prevenzione, condivisi tra Enti, partendo dal programma ex Ipsel di registrazione delle attività dei servizi e dai flussi informativi INAIL su infortuni e malattie professionali.
- d. Sviluppo di sistemi di sorveglianza sugli infortuni invalidanti e mortali e sulle malattie professionali e delle indagini svolte, partendo dai sistemi in uso (Informo e Mal Prof.) e dei lavoratori esposti o ex esposti a cancerogeni.

3.2 Attività di vigilanza

L'allegato documento riporta nel dettaglio le attività di prevenzione, vigilanza e formazione svolte dal sistema delle regioni nel 2009, sono ancora in corso di raccolta i dati di attività relativi al 2010.

Nella tabella seguente sono riassunte, secondo indicatori macro, le attività svolte dal sistema delle Regioni dal 2007, anno di sottoscrizione del Patto Stato – Regioni per la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

	2007	2008	2009	2010
N. Totale aziende oggetto di ispezione	110.893	130.305	158.663	162.525
N. cantieri edili ispezionati	41.457	51.913	54.343	53.165
N. di cantieri edili non a norma 16.547	21.682	22.999	21.546	19.443
N. aziende agricole ispezionate	3701	4178	4740	5.980
N. aziende agricole non a norma		663	763	1.055
N. inchieste infortuni concluse	21.573	21.573	19.273	16.337
N. inchieste malattie professionali concluse	8.603	10.417	10.171	8.863
N. aziende/ cantieri controllati con indagini di igiene industriale	3.552	3.658	2263	3.519

Rileva osservare, nel triennio considerato, l'incremento di efficienza delle attività dei Servizi di Prevenzione delle ASL prossimo al 50%. Come da 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.

Facendo riferimento al Patto Stato – Regioni, DPCM 17.12.2007, che fissa l'obiettivo di controllare almeno il 5% delle unità locali, con dipendenti, la tabella seguente documenta un progressivo incremento della copertura del LEA.

Livello Essenziale di Assistenza	Definizione	2007	2008	2009	2010
Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	% imprese attive sul territorio controllate	5,1	5,37	6,8	6,6

4. STATO DI ATTUAZIONE DEL D.LGS. 81/08 E CRITICITÀ

Uno spirito di leale collaborazione Stato - Regioni ha favorito l'attuazione di vari provvedimenti previsti dal Decreto legislativo 81/08, in particolare la realizzazione del Sistema Istituzionale (Titolo I, Capo II) finalizzato alla organizzazione del sistema nazionale di indirizzo e coordinamento, costituito da:

- Comitato per l'indirizzo delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza, art. 5
- Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro, art. 6
- Comitati Regionali Coordinamento in tutte le Regioni e P.A. Nella metà delle Regioni (10/21), l'attività operativa si è concretizzata nell'elaborazione di una pianificazione regionale dell'attività di prevenzione e vigilanza da svolgersi in coordinamento fra gli Enti aventi competenze in materia di sicurezza e regolarità del lavoro.

La stessa relazione della Commissione d'indagine del Senato, gennaio 2012, evidenzia: *"..gran parte del lavoro e` ormai stata fatta: il quadro istituzionale degli organismi chiamati a governare, a livello centrale e periferico, il sistema di tutela della salute e sicurezza sul lavoro e` stato completato e occorre solo concludere l'emanazione degli atti normativi secondari ancora rimanenti – peraltro quasi tutti già istruiti – destinati a regolare specifici settori di attività lavorativa."*

4.1 Criticità

Le difficoltà, nel rapporto tra enti ispettivi statali e regionali, evidenziata nella relazione della Commissione d'inchiesta del Senato consistente *:"nell'impossibilità di individuare, all'interno del sistema regionale, un referente unico dotato di potere decisionale in materia di salute e sicurezza sul lavoro, dovendo ogni atto di rilevanza esterna (tra cui i rapporti con le amministrazioni statali) passare per la Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome, il che allunga inevitabilmente i tempi"*, riferite dalla Direzione generale per l'attività ispettiva del Ministero del lavoro e delle politiche sociali devono trovare soluzione istituzionale nel Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive per il coordinamento nazionale, organo preposto all'azione di governo del sistema istituzionale della prevenzione a livello nazionale e regionale, viceversa, il ricorso a circolari interne, indirizzate alle strutture periferiche, rileva incongruenze nell'ambito del sistema di cooperazione fra Istituzioni, tali da creare una rilevante discontinuità nel sistema di leale collaborazione delineato nel D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81.

Infine, appare indispensabile la formalizzazione della continuità delle linee progettuali di supporto che l'ex-Ispesl aveva sviluppato in collaborazione con le Regioni, quali: il monitoraggio delle attività di prevenzione svolte dai Servizi delle ASL (sospesa), i flussi informativi sugli infortuni e le malattie professionali ed i sistemi di sorveglianza in atto.



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

09/013/CR/C7

**DOCUMENTO DI OSSERVAZIONI DELLE REGIONI SUL FENOMENO
DEGLI INFORTUNI SUL LAVORO CON PARTICOLARE RIGUARDO
ALLE COSIDDETTE “MORTI BIANCHE”**

Il fondamento della competenza legislativa delle Regioni sulla sicurezza del lavoro ex art. 117, comma 3, Cost.

In merito all'ipotesi di modificare l'art. 117, comma 3, Cost. nella parte in cui prevede che sia materia di legislazione concorrente la "tutela e sicurezza del lavoro", riconducendo tale materia nella competenza legislativa esclusiva dello Stato, possono svolgersi le seguenti considerazioni.

Innanzitutto occorre ricordare che, al di là della determinazione dei principi fondamentali in materia di legislazione concorrente, lo Stato ha già competenze legislative esclusive in materia di sicurezza sul lavoro: si tratta di quelle che, in base all'art. 117, comma 2, Cost., spettano esclusivamente allo Stato sia per quanto attiene ai riflessi della sicurezza sul lavoro sul contratto di lavoro (ordinamento civile: art. 117, comma 2, lett. *l*, Cost.) e sulla tutela della concorrenza (art. 117, comma 2, lett. *e*, Cost.), sia per quanto riguarda il connesso apparato sanzionatorio (ordinamento penale: art. 117, comma 2, lett. *l*, Cost.) e la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che debbono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art. 117, comma 2, lett. *m*, Cost.). Tutto ciò fa sì che, già attualmente, la legislazione della materia in esame sia e non possa non essere omogenea in tutto il Paese, come del resto emerge anche dalla disciplina vigente. La presenza di quei limiti e di quei principi fa sì che la competenza legislativa concorrente delle Regioni non possa produrre una legislazione in materia "geograficamente variabile" che sarebbe assolutamente inconcepibile dato il valore dei beni tutelati.

È evidente che l'eventuale riassegnazione della materia – ovviamente mediante i meccanismi di revisione costituzionale previsti – alla esclusiva competenza statale farebbe rivivere la situazione precedente alla riforma costituzionale del Titolo V della Costituzione (l. cost. n. 3/2001).

Peraltro, la soluzione del problema non può non tenere conto del complessivo sistema in cui è inserita la tutela della sicurezza dei lavoratori. Tale sistema, non lo si deve trascurare, è incentrato fin dalla legge n. 833 del 1978 (c.d. riforma sanitaria) sul principio secondo cui la tutela della salute dei lavoratori costituisce un aspetto fondamentale della tutela della salute (unificazione della tutela della salute nell'ambiente naturale di vita e di lavoro).

Tale principio trova il proprio fondamento nello stesso art. 19, comma 1, della legge n. 833 del 1978 laddove prevede che le Asl "provvedono ad erogare le prestazioni di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di medicina legale, assicurando a tutta la popolazione i livelli essenziali di prestazioni sanitarie". È fondamentale si rivela, a tale proposito, la definizione delle "attività di prevenzione" contenuta nell'art. 20 della stessa legge che, fra l'altro, comprendono:

- a) la individuazione, l'accertamento ed il controllo dei fattori di nocività e di deterioramento negli ambienti di lavoro;
- b) la comunicazione dei dati accertati e la diffusione della loro conoscenza, anche a livello di luogo di lavoro e di ambiente di residenza;
- c) l'indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento di ambienti di lavoro;
- d) la formulazione di mappe di rischio con l'obbligo per le aziende di comunicare le sostanze presenti nel ciclo produttivo e le loro caratteristiche tossicologiche ed i possibili effetti sull'uomo e sull'ambiente;
- e) la profilassi degli eventi morbosi, attraverso l'adozione delle misure idonee a prevenirne l'insorgenza;
- f) la verifica della compatibilità di attività produttive con le esigenze di tutela dell'ambiente sotto il profilo igienico-sanitario e di difesa della salute della popolazione e dei lavoratori interessati.

Riflesso di quel principio e del concetto di prevenzione accolti nella legge del 1978 è il conferimento alle attuali ASL (USL all'epoca dell'emanazione della legge) delle funzioni di vigilanza in materia di prevenzione, di igiene e di controllo sullo stato di salute dei lavoratori che precedentemente spettavano all'Ispettorato del lavoro. Funzioni successivamente ribadite dapprima dall'art. 23 del d.lgs. n. 626 del 1994 ed ora dall'art. 13 del recente d.lgs. n. 81 del 2008, in attuazione della delega conferita dall'art. 1 della legge n. 123 del 2007.

Occorre altresì ricordare che lo stesso d.lgs. n. 81 del 2008 – come risulta del resto fin dalla stessa sua epigrafe (attuazione dell'art. 1 della legge n. 123 del 2007 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) e come si evince scorrendo il testo delle sue disposizioni – fa espresso riferimento alla *tutela della salute e della sicurezza* contestualmente intese: “salute e sicurezza” costituisce un'endiadi non scindibile, non essendo possibile sganciare il concetto di sicurezza da quello di salute ed entrambi da quello di “prevenzione”. Il recente decreto legislativo è quindi perfettamente in sintonia con il sistema inaugurato dalla legge n. 833 del 1978 e che si è successivamente sviluppato con il d.lgs. n. 626 del 1994 in attuazione della direttiva quadro europea n. 391 del 1989.

La stretta connessione tra tutela della salute e tutela della sicurezza dei lavoratori (che dà fra l'altro il giusto rilievo non solo al tragico problema degli infortuni sul lavoro, ma anche a quello – spesso misconosciuto, ma non certo meno drammatico – delle malattie professionali) che emerge nel decreto legislativo del 2008 richiede di essere assolutamente preservata per fornire una risposta globale al problema della effettiva tutela delle condizioni psico-fisiche dei lavoratori.

Ove mai si riconducesse la tutela della sicurezza dei lavoratori – che, come si è rilevato, va intesa come “tutela della salute e della sicurezza” degli stessi – nell'ambito della competenza legislativa esclusiva dello Stato si creerebbe una

irrazionale e pericolosa asimmetria con la più generale “tutela della salute” che lo stesso art. 117, comma 3, Cost. attribuisce alla competenza legislativa concorrente tra Stato e Regioni. Perché mai in materia di salute (in generale) dovrebbero legiferare, nel rispetto delle rispettive competenze, Stato e Regioni, mentre in materia di salute e sicurezza del lavoro soltanto lo Stato? E ancora, se si conviene che – come emerge dal sistema creato dalla legge n. 833 del 1978 – la prevenzione nei luoghi di lavoro non è e non può non essere che un tassello del più generale sistema della prevenzione, potrebbe forse concepirsi un assetto differente con diverse competenze regolative?

Nella disciplina della materia in esame è quindi perfettamente funzionale il coinvolgimento delle Regioni che, come articolazioni del Servizio sanitario nazionale, sono depositarie delle competenze in materia di prevenzione (ciò spiega, fra l’altro, perché la legge n. 833 del 1978 abbia loro assegnato, tramite le ASL, la vigilanza che, come è noto, costituisce uno strumento essenziale della prevenzione). Il coinvolgimento delle Regioni, peraltro, non può limitarsi al solo svolgimento delle funzioni amministrative (come avveniva prima della riforma costituzionale del 2001), ma deve necessariamente riguardare anche la determinazione delle regole (e, quindi la funzione legislativa), non essendo pensabile, come già segnalato, differenziare le fonti di produzioni delle regole per quanto concerne, da un lato, la tutela della salute e, dall’altro, la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori.

Roma, 26 febbraio 2009

Disegno di legge statale di iniziativa della Giunta regionale del Veneto concernente:

“Modifica dell’articolo 13 del decreto legislativo n.81 del 9 aprile 2008 concernente il coordinamento delle attività di vigilanza per l’applicazione della legislazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro”

1. Il comma 1, dell’articolo 13, del decreto legislativo 9 aprile 2008 n.81 è sostituito dal seguente:

“1. La vigilanza sull’applicazione della legislazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro è svolta dalle aziende sanitarie competenti per territorio sulla base della programmazione degli interventi definiti dal comitato regionale di coordinamento di cui all’articolo 7 (del decreto legislativo n. 81/2008).

I rappresentanti del Ministero del lavoro e del Corpo dei Vigili del fuoco e delle altre amministrazioni, assicurano il supporto alle aziende sanitarie per gli interventi di vigilanza in relazione agli aspetti di contrasto al lavoro irregolare, per gli aspetti di prevenzione incendi, e su ogni altro aspetto relativo alla sicurezza su richiesta delle aziende Ulss.

Relazione accompagnatoria al disegno di legge per la modifica dell’art. 13 decreto legislativo 9 aprile 2008 , n. 81

Il comma 1 dell’articolo 13 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 dispone che *“ la vigilanza sull’applicazione della legislazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro è svolta dall’azienda sanitaria locale competente per territorio”*. I commi successivi dello stesso articolo introducono eccezioni a questo principio, in relazione ad esempio alla vigilanza del Corpo nazionale dei vigili del fuoco in materia di prevenzione degli incendi, alla vigilanza da parte del Ministero dello sviluppo economico per il settore minerario ed alla competenza del personale ispettivo del Ministero del lavoro in relazione ad alcune attività, poi minuziosamente dettagliate nello stesso articolo.

L’articolo 13 sopra richiamato, nel disciplinare le modalità di esplicazione delle competenze di vigilanza da parte del personale ispettivo del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, prevede espressamente che tale vigilanza venga assicurata *”...nel quadro del coordinamento territoriale di cui all’articolo 7”*.

L’articolo 7 stabilisce che *“Al fine di realizzare una programmazione coordinata degli interventi, nonché l’uniformità degli stessi ed il necessario raccordo con il Comitato di cui all’articolo 5 e con la Commissione di cui all’articolo 6, presso le Regioni e province autonome opera il Comitato regionale di Coordinamento di cui al DPCM 21.12.2007.”*

Le funzioni del Comitato di Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro sono individuate dagli articoli 1 e 2 del DPCM 21.12.2007 che elenca, tra le competenze del Comitato, la pianificazione e il monitoraggio del coordinamento delle attività di vigilanza.

In attuazione degli indirizzi resi a livello nazionale, presso ogni Comitato regionale di coordinamento è istituito un ufficio operativo composto da rappresentanti degli organi di vigilanza che pianifica il coordinamento delle rispettive attività, individuando le priorità a livello territoriale, che provvede a definire i piani operativi di vigilanza nei quali sono individuati: gli obiettivi specifici, gli ambiti territoriali, i settori produttivi, i tempi, i mezzi e le risorse ordinarie che sono rese sinergicamente disponibili da parte dei vari soggetti pubblici interessati.

Sempre il DPCM 21.12.2007, all'art. 2, prevede che, al fine di migliorare l'efficacia delle politiche attive di prevenzione la costituzione a livello provinciale di nuclei operativi integrati di prevenzione e vigilanza che operino per tempi programmati. Si tratta, dunque, di nuclei che vengono coordinati dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) le quali attivano le diverse amministrazioni in relazione ai particolari contesti produttivi territoriali.

Alla luce di quanto esposto, risulta necessario che l'intervento delle direzioni regionali e delle direzioni territoriali del Ministero del Lavoro, dei Vigili del Fuoco si svolga a fianco delle ASL, tramite interventi che non siano autonomi ma coordinati dalle aziende sanitarie, secondo **un sistema di gestione della sicurezza istituzionale** che valuti tutti gli aspetti importanti a garanzia della sicurezza degli operatori.

Le ASL, tra l'altro, rappresentano i soggetti istituzionali più vicini al cittadino secondo il principio di sussidiarietà e, nel contempo, sono il primo riferimento istituzionale a tutela della salute dei lavoratori e della popolazione.

Con il coordinamento da parte delle ASL verrà garantito non solo l'obiettivo primario della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, ma anche la semplificazione dell'azione amministrativa al fine di evitare sovrapposizioni di interventi.

Della necessità di una rivisitazione dell'organizzazione del sistema di vigilanza fa menzione lo stesso art 13 comma 3, che prevede la “ *necessità del complessivo riordino delle competenze in tema di vigilanza sull'applicazione della legislazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro* ” , mentre il comma 4 ribadisce “ *la necessità che la vigilanza sia esercitata nel rispetto del coordinamento di cui agli articoli 5 e 7* ”

Il comma 3 dell'articolo 13 ribadisce, pertanto, un principio di carattere generale che è quello della semplificazione amministrativa prevedendo che la pianificazione avvenga nel Comitato di coordinamento e che la vigilanza sia sempre coordinata dalle ASL che, di volta in volta, attivano le altre amministrazioni.