



Società Nazionale Operatori della Prevenzione

Note SNOP su “Rapporto del e al Coordinamento Tecnico Interregionale” Attività delle regioni per la prevenzione nei luoghi di lavoro - 2010

SNOP ha ritenuto essenziale commentare questo Rapporto sui dati delle attività delle Regioni per migliorarne la raccolta e valorizzare nel futuro maggiormente il lavoro dei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro e le loro criticità.

Dalla nascita del Coordinamento degli operatori (Milano 1975) e da quella più strutturata della rivista e della associazione (1985) questo è sempre stato il mandato di SNOP.

Lo sforzo di trasparenza delle Regioni va premiato, valorizzato e soprattutto migliorato per il futuro.

Si tenga presente che nella Bozza del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 la parola “ospedali” è presente 165 volte nelle 123 pagine e quella “distretti” 20 volte. Il “Dipartimento di Prevenzione” risulta citato due volte come tale. Nel Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 il Dipartimento della Prevenzione è citato solo una volta nelle 56 pagine totali.

La necessità di fare emergere e valorizzare a tutti i livelli la nostra attività diventa quindi impellente.

Citiamo le introduzioni ufficiali del Rapporto del Coordinamento Tecnico Interregionale perché definiscono bene l’ambito del documenti in esame e del lavoro dei servizi.

“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



Società Nazionale Operatori della Prevenzione

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. È 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

"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 D.Lgs. 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 delleASLverso 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.



Società Nazionale Operatori della Prevenzione

L'omogeneità degli interventi di prevenzione e vigilanza sul territorio nazionale è stata ricercata attraverso iniziative di formazione uniformi e con la condivisione di comuni obiettivi qualitativi e quantitativi (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

Quello che affermano le presentazioni e che emerge con chiarezza sia dai materiali presentati che dai dettagli regionali di pagina 3 del Rapporto del Coordinamento Tecnico Interregionale (dettagli di programmazione molto diversi nella descrizione e nel peso) pur nelle diseguaglianze territoriali, è appunto il forte contesto normativo e “politico” nel quale ci si muove, contesto negli anni frequentemente messo in discussione da voci di piccoli e grandi corridoi (grande INAIL, accentramento a Ministero del Lavoro delle funzioni ,...).

Voci sempre in agguato, confermate da dizioni generiche che appaiono spesso sui media, come ad esempio “l’ispettore”, figura intercambiabile tra INPS e ASL, che non rende giustizia della elevata specificità e complessità professionale di questo operatore della prevenzione e che appiattisce la varietà di figure sanitarie e tecniche presenti nei servizi territoriali.

La strategia che emerge dal Rapporto è quella che ci vede indirizzare gli interventi di prevenzione e contrasto agli infortuni invalidanti e mortali e alle malattie professionali verso i comparti a maggior rischio evidenziati dai vari sistemi di monitoraggio, sviluppando un controllo anche congiunto con altri Enti su situazioni particolarmente critiche (edilizia, agricoltura, settori e singole imprese a rischio elevato di infortuni, di patologie professionali, problematiche relative all’amianto, all’utilizzo di cancerogeni, etc.) che emergono da un corretto e sistematico utilizzo anche dei flussi informativi .

Si dà un positivo segno di equità che andrebbe sempre valorizzato con lo sviluppo di piani condivisi a livello nazionale, regionale, territoriale e la definizione di standard ed indicatori, tentando di omogeneizzare per quanto possibile alcune delle pratiche a livello dei servizi di prevenzione delle ASL.

Occorre quindi affermare dalla attenta lettura dei dati che vi è stato in tutte le Regioni e Province Autonome uno sforzo di programmazione delle attività basato su:

- piani mirati (ad esempio agricoltura e edilizia) oramai consolidati;
- dati di contesto territoriali;



Società Nazionale Operatori della Prevenzione

- dati provenienti dai gruppi nazionali o regionali che analizzano a vario titolo i vari flussi informativi (aziende a rischio, infortuni e malattie professionali) e che confluiranno nel costituendo SINP.

Permangono ancora forti opacità informative nel capire dove si indirizza l'attività di promozione e controllo nei confronti di aziende e comparti territoriali che non siano l'edilizia e l'agricoltura e che è, come emerge dai dati, la maggior parte del lavoro di controllo e vigilanza in ogni Regione.

Questo dato di analisi si ritiene che debba essere modificato, ampliato ed arricchito nella raccolta dati di attività del 2011 e che comunque vada meglio recuperato e valorizzato a livello regionale anche nelle presentazioni di questo Rapporto.

In Regione Lombardia ad esempio si è persino rinunciato a fornire alcuni dati (quali ad esempio numero di pareri e autorizzazioni, numero visite) proprio per dare un segnale sul fatto che queste attività sono considerate oramai desuete (ma che anche se ridotte esistono e rappresentano un impegno operativo per i Servizi ASL).

Mentre i dati di contesto e di attività di edilizia e agricoltura sono meglio oggettivabili e codificabili facilitandone la raccolta (numero di notifiche preliminari, tipologie di infortuni, età dei trattori ... etc.), per le attività legate ad altri comparti o a rischi trasversali i dati a disposizione sono meno chiari.

Le attuali fonti, anche se al meglio dell'utilizzo, non possono dire tutto e dobbiamo sviluppare maggiore fantasia per cercare di definire nuovi indicatori di attività dei Servizi e di salute e sicurezza per la popolazione lavorativa.

Ci sono domande che ancora oggi non riescono a trovare adeguata risposta, probabilmente non perché non ve ne siano ma forse perché non siamo riusciti a dedicarvi le opportune energie e professionalità anche a fronte delle problematiche emergenti.

Ad esempio, attraverso quali strumenti possiamo stimare il rischio organizzativo? Si potrebbe risalire indirettamente a questo dato valutando il consumo di particolari farmaci per categoria di lavoratori, argomento che occupa tante pagine dei quotidiani?

Dobbiamo essere consapevoli delle profonde modifiche che si sono verificate negli ultimi anni e che sono in corso ulteriormente nel mondo del lavoro globale e nazionale: sono notoriamente modifiche non solo tecnologiche ma altresì concettuali ed organizzative e che hanno a che fare anche con i diritti e i rapporti di forza tra le varie componenti (dai lavoratori in su). Non c'è dubbio che negli scorsi decenni si siano verificati (pur se disomogeneamente e non diffusamente) nel nostro Paese progressi nelle condizioni di lavoro e conseguentemente miglioramenti e attenuazioni nell'andamento delle conseguenze (almeno di quelle più note e "misurabili") del lavoro sulla salute: ma questi progressi negli ultimi anni si devono sempre più confrontare con una situazione del mondo del lavoro che sembra evolvere verso assetti assai meno garantiti e inevitabilmente verso una progressiva precarietà non solo nei rapporti di lavoro ma anche nei diritti. La frammentazione, la flessibilità, la concorrenza globale, le difficoltà economiche complessive stanno decisamente cambiando le "carte in tavola", e ciò non solo nelle (numericamente largamente prevalenti) imprese di piccole o piccolissime dimensioni ma anche in quelle grandi (vedi l'emblematico caso Fiat). Probabilmente le trasformazioni in atto avranno



Società Nazionale Operatori della Prevenzione

molte ripercussioni, prevalentemente negative, anche in termini di conseguenze per la salute pur se non in termini di silicosi o asbestosi conclamate.... Del resto ormai da tempo le conseguenze in termini di infortuni e patologie riconoscibili stanno mutando in misura rilevante, così come i rapporti tra lavoro e vita sono probabilmente assai più stretti e meno "separabili" rispetto al passato.

Occorre pensare al lavoro non con gli stessi criteri del secolo scorso: oggi parlare di "non monetizzazione della salute" sembra persino azzardato. I mestieri e le persone singole (disgregate, precarie, sempre meno organizzate) sono molto più importanti di un tempo all'interno di una qualsiasi organizzazione di lavoro ed anche dal punto di vista della definizione delle strategie preventive da mettere in atto.

Il mix di vigilanza, informazione, formazione, assistenza e quant'altro che compone la prevenzione e le iniziative/azioni a questa connesse dovrebbe essere rivisitato e le istituzioni cosiddette "competenti" dovrebbero adeguare ... appunto le loro competenze, aggiornare il loro approccio culturale, tecnico scientifico, i loro criteri e metodi d'intervento.

Se gli assi della prevenzione sono tuttora la conoscenza (un adeguato sistema informativo) e la pianificazione/programmazione, si dovrebbe puntare su una conoscenza più "intelligente" dell'attuale mondo del lavoro e dei suoi rischi, a partire dalla consapevolezza che la frammentazione produttiva, la flessibilità/precarietà, la contrazione dei diritti, l'aumento della povertà saranno - in quanto fonti di trasformazioni da non trascurare - aspetti di cui occuparsi "preventivamente" anche nella valutazione dei rischi (accanto a fattori tradizionali).

Insomma occorre un impegno di rinnovamento degli attrezzi mentali, culturali, professionali senza il quale l'approccio di tipo prevenzionistico rischierebbe oggi di essere assai meno utile.

O ancora, la sottostima delle patologie muscolo-scheletriche potrebbe indicarci qualche comparto a rischio dove sarebbe opportuno programmare interventi di prevenzione ma occorre andare a cercare ben oltre, magari incrociando con il sistema OCCAM i dati INPS (informatizzati dal 1974) con le SDO, le Schede di Dimissioni Ospedaliere (informatizzate dal 2000), riferite ad esempio alle patologie muscolo - scheletriche, riuscendo così a selezionare eventuali cluster di aziende. Come noto, il sistema OCCAM è già diventato norma all'articolo 244 del Decreto 81/2006 per le patologie tumorali.

Ma su questo tema SNOP sta scrivendo un documento specifico.

La questione etnica e culturale sta diventando in alcuni settori un forte problema da affrontare meglio per misurare la disuguaglianza sociale che sta diventando essenziale anche per il mondo del lavoro, magari pretendendo un'applicazione rigorosa del comma 1 dell'articolo 28 del D. Lgs. 81/08 e s.m.i.

Il rischio chimico oggi non viene letto correttamente da nessun sistema informativo e molto spesso viene valutato erroneamente o sottovalutato in diverse realtà territoriali

Potrebbe essere utile incrociare tutti i dati disponibili (sia quelli descrittivi di contesto territoriale sino a quelli che saranno in fase di sviluppo in ambito REACH) tornando inoltre a valorizzare l'ormai dimenticata prassi dell'epidemiologia occupazionale.

Il mondo dei servizi (ovvero il 60-70% dei lavoratori in molte realtà territoriali) è ancora oggi poco conosciuto (basti pensare al mondo dei lavoratori della sanità, dei *call center*, delle imprese di



Società Nazionale Operatori della Prevenzione

pulizie, della grande distribuzione, dei global service o degli “addetti” al montaggio dei palchi delle manifestazioni temporanee che stanno diventando luoghi ad elevato rischio, etc.).

Così come la precarietà renderà il file storico INPS, che per qualche operaio del passato era di una sola azienda, una sorta di Treccani di nomi e indirizzi.

L’adesione alle tante offerte di sistema informativo per la programmazione basata sulle priorità e le evidenze è ancora diseguale sul territorio nazionale: dettagli imprese dalla banca INAIL, MALPROF, sistema OCCAM di incrocio tra SDO e dati INPS (che ricordiamo dettagliano in modo informatico le storie lavorative di tanti italiani dal 1974), il data base sugli infortuni mortali e sulle malattie professionali, etc. sono strumenti fondamentali per la conoscenza delle realtà territoriali e per la programmazione delle attività, ma non sono ancora in grado di dialogare tra di loro e, in molti casi, di interfacciarsi con i sistemi informativi delle singole Regioni (qualora esistenti).

A questo riguardo sembrerebbe tuttora utopistico sperare in un sistema delle Regioni in grado di dotarsi (o, quanto meno, di dotare i Servizi ASL) di un unico sistema informativo, solo strumento idoneo ad assicurare raccolta dati, analisi e programmazione omogenee ed eque su tutto il territorio nazionale.

E se l’obiettivo di tendere al rispetto dei LEA è oramai fatto consolidato in tutte le Regioni, occorre ribadire con fermezza che vi sono dei limiti dovuti al peso diseguale delle varie imprese indagate. Una piccolissima azienda senza particolari problematiche vale per i LEA come un grande ospedale o una complessa azienda chimica o metalmeccanica con tanti reparti. Il rischio di rispettare i LEA acriticamente è sempre in agguato (fare sempre più “numeri”) e la nostra richiesta è oramai ripetuta da tanti anni: unire la complessità (anche tematica) ai numeri dati, pesando le aziende oltre che contarle. Sarebbe ad esempio opportuno indicare nella prossima scheda di rilevazione attività anche i codici ATECO (quanto meno per grandi raggruppamenti) delle aziende sottoposte a verifiche.

Si rende inoltre sempre più necessario proseguire nello sforzo di descrivere meglio il resto del mondo, ovvero il resto delle attività dei servizi territoriali (controlli nelle aziende, informazione e assistenza, altre modalità di controllo ...), cosa che ci proponiamo di sollecitare anche con questo documento di commento.

Chiarezza e trasparenza che vorremmo avere anche in altri contesti regionali e nazionali (es. INAIL, Ministero del Lavoro, etc.) sempre così apprezzati a livello istituzionale e politico, mentre le Asl devono sempre e giustamente legittimare sul campo la loro esistenza.

Le carenze del Rapporto e le prospettive di miglioramento su attività e comunicazione

1) I controlli nelle aziende: ok edilizia e agricoltura, ma il resto del mondo?

In primo luogo occorre affermare con chiarezza che più che parlare di “pratiche” sarebbe molto meglio riferirsi al termine “controlli”, molto più esaustivo della complessità degli interventi dei Servizi (che ricomprendono non solo il mero sopralluogo/ispezione, ma anche l’audit, l’esame della documentazione, l’approfondimento tecnico, etc.).



Società Nazionale Operatori della Prevenzione

L'adesione pronta, giusta e vivace ai piani mirati **sull'edilizia**, per noi mondo SNOP sono stati solo una conferma di quanto da sempre Flavio Coato & C avevano già iniziato a produrre a fine degli anni '80 con i Congressi di Vicenza del 1989 e seguenti.

Sul comparto edilizia leggere dal sito (www.snop.it) nella sezione riviste:

- *Il numero 14-15 del giugno 1990 a pagina 25: Prevenzione e grandi opere*
- *Il numero 18 del 1991 a pagina 18 Inizia l'Osservatorio edilizia con Flavio Coato, osservatorio che va avanti ancora oggi in modo più istituzionale*
- *Il numero 32 del 1994 a pagina 14: "Ventimila cantieri sotto gli occhi".*

Ma anche nel così importante comparto edilizia, per una migliore descrizione degli interventi attuati andranno meglio dettagliate le tipologie di cantiere: dall'edilizia tradizionale, ai cantieri stradali fino alle grandi opere infrastrutturali che richiedono e hanno richiesto modalità di approccio diverso dal solo sopralluogo, come ad esempio l'audit, l'esame del sistema di gestione delle imprese, il ruolo dei grandi committenti....

Così come la promozione della trasmissione delle notifiche online (attualmente attiva solamente in Lombardia) e la georeferenziazione dei cantieri dovrebbero fare parte di una strategia di semplificazione efficace da attuarsi in tutte le realtà regionali. In particolare l'opportunità di una banca dati nazionale con le notifiche online su una piattaforma unica nazionale, da incrociare con i dati di vigilanza di ASL e DPL e gli infortuni, permetterebbe di mirare gli interventi secondo la tipologia di rischio presunto, premiare chi investe in sicurezza e vigilare su chi risparmia sulla sicurezza o, in alternativa, puntare la vigilanza su altri filoni di interesse (per coordinatore, per ditta, per importo, appalti pubblici, etc.).

Vanno inoltre segnalate:

- ✓ la necessità di integrare meglio l'attività di controllo sulla sicurezza con le verifiche sul lavoro irregolare/nero;
- ✓ l'esigenza di integrazione tra vigilanza e assistenza dei Comitati Paritetici Territoriali;
- ✓ la necessità di coinvolgere i produttori di macchine ed impianti sull'incremento dei loro livelli di sicurezza: ad esempio è opportuno produrre e commercializzare ponteggi che contengano anche l'indicazione di come debbano essere montati in sicurezza.

Per quanto riguarda l'agricoltura, dai dati regionali emergono ancora troppe differenze.

Troppe situazioni regionali dove **l'agricoltura e la zootecnia** rappresentano una parte rilevante di PIL non sembrano ancora così attente a sviluppare adeguate politiche di prevenzione, condizionate forse dalla complessità e dall'estrema parcellizzazione del comparto e dalle difficoltà economiche da sempre lamentate da queste aziende. È di tutta evidenza come un intervento efficace in questo comparto non possa seguire pedissequamente le modalità operative attuate altrove ma debba necessariamente intervenire con il preliminare rafforzamento di strumenti operativi quali l'assistenza, la formazione e la promozione della salute. Su questi versanti il costante impegno degli operatori dei Servizi ASL deve emergere e deve trovare adeguati indicatori che ne consentano la valutazione non solo in termini quantitativi quanto, e soprattutto, in termini di efficacia.



Società Nazionale Operatori della Prevenzione

Ma l'elemento sul quale occorrerà lavorare (con raccolta e analisi dei dati e sviluppo di adeguati strumenti di comunicazione su un'attività che già impegna molto i Servizi ASL) è la carenza di dettaglio e specificità sulla ricchezza, varietà e territorialità degli interventi di promozione e controllo nei confronti delle **altre** aziende, quel vastissimo e articolato mondo dove i Servizi sono nati, sono da sempre intervenuti e che, come emerge anche dal rapporto 2010, rappresentano la maggioranza degli interventi.

“Agricoltura, Amianto, Calzature, Cantieri, Cantieri navali, Carpenteria, Carrozzerie, Cave, Ceramica, Chimica, Concia e pelli, Elettronica e Microelettronica, Fonderie, Frantoi, Galvanica, Grande distribuzione, Gomma, Lapidei, Legno, Meccanica, Miniere, Odontotecnici, Orafi, Panifici, Plastica, Porti, Sale operatorie e Sanità, Imprese di pulizie, Industria Alimentare, Raccolta Rifiuti, Servizi Mortuari, Siderurgia, Smaltimento rifiuti, Stampa e cartotecnica, Tessile, Uffici, Vetroresina, Vetro e Vetro Cavo Zootecnia”

Questa è la ricchezza di temi che emerge da una lettura della rivista SNOP e da quella delle belle locandine dei nostri numerosi convegni e seminari che sono pubblicate sul sito www.snop.it della associazione, nella sezione storica.

Alcuni di questi settori fanno parte di quello che acutamente Enrico Occhipinti definì “terziario arretrato”, e che intitolò un importante Convegno SNOP di Milano del 23 maggio 1994.

Ma oggi molti altri rischi e nuovi comparti sono oggetto di attenzione quotidiana di molti servizi : alberghi, ambienti confinati, mobile imbottito, global Service, stress lavoro correlato, e l'elenco potrebbe continuare per varie pagine.

Ricordiamo che gli infortuni mortali e gravissimi che ancora oggi incredibilmente accadono durante la pulizia e la manutenzione di recipienti e serbatoi (ambienti confinati) erano già stati affrontati a pagina 13 del numero SNOP 10 -11 del 1989!

O che al **comparto chimico** furono dedicate nella rivista *SNOP* decine di pagine di analisi del dettaglio sui cicli produttivi.

Il “piano dell'opera” comprendeva la legislazione, lo studio del ciclo produttivo, la individuazione dei principali pericoli (scoppio, incendio, rilascio di sostanze, etc.), i punti critici (impianti elettrici, sfiati, cariche elettrostatiche, movimentazione e stoccaggi, lavoro in serbatoi), i rilievi necessari e le procedure, la documentazione, gli accertamenti ambientali e sanitari, le proposte e le norme di buona tecnica, i compiti USL, i codici INAIL e ISTAT, la bibliografia utile, i riferimenti tecnici...

Come in quei numeri si anticipava la questione etichettatura delle sostanze che poi oggi diventerà REACH.

Sulla rivista SNOP l'approfondimento di questo settore inizia nel numero 3 del 1987 (numero 3 della serie numerata, ovviamente) e continua per una decina di numeri, affrontando via via le varie fasi: carico materie prime, reazioni, distillazione, filtrazione, cristallizzazione, centrifugazione, essiccazione, serbatoi, infustaggio, etc.

Sulla rivista abbiamo seguito anche “giornalisticamente” **i grandi casi di gravi inquinamenti e gravissimi infortuni “chimici”**: la Gilardini di Genova, IPCA, ACNA di Cengio, Stoppani di Cogoleto, il polo di Mantova, i gravi fatti di Ravenna o del Galeazzi di Milano.



Società Nazionale Operatori della Prevenzione

Anche il grande comparto della **sanità (ospedali, RSA, etc.)**, con il problema sempre più attuale della contrazione degli organici, l'allontanamento della età della pensione, ben prima del dramma dell'Istituto Galeazzi di Milano (che segnò nel 1997, con i suoi 11 morti bruciati nella camera iperbarica, un tardivo punto di svolta nella attenzione mediatica e istituzionale) aveva avuto l'attenzione della SNOP sia come associazione che come rivista e veniva definito come "comparto" sin dal 1988 (vedi articoli di Zanotti di Bologna e Cristofolini di Trento).

Sono del 1989 i due Convegni di Comano Terme (TN), organizzati dal Gruppo di lavoro Ospedali della SNOP!

- 18-19 maggio 1989 "Organizzazione e salute nel lavoro degli operatori sanitari: esperienza a confronto"
- 26-27 ottobre 1989 "Rischi per la salute nel lavoro degli operatori sanitari"

Si trattava, negli anni '80- '90, di un gruppo di lavoro inter e multidisciplinare con ingegneri, chimici, biologi e medici del lavoro, che partiva da alcune solo apparentemente banali osservazioni:

- all'epoca esistevano su scala nazionale ben 1150 ospedali pubblici, il 60% costruito prima del 1940, quando gli standard edilizi nelle costruzioni ospedaliere (del 1939) non erano ancora stati emanati, né ovviamente le norme CEI, i decreti sulla sicurezza degli anni '50, etc.
- che vi lavoravano mezzo milione di addetti e circa 8 milioni di cittadini ne erano interessati ogni anno

In questi due incontri e nei molti altri successivi confronti, in articoli e note sulla rivista si parla anche in questo settore di 3 grandi aspetti:

- analisi organizzativa e prospettiva ergonomica nell'attività sanitaria (lavoro organizzato, turni, rischi non visibili nel lavoro di assistenza, comportamenti di sicurezza, lavoro organizzato in emodialisi e in sala operatoria);
- infortuni e malattie professionali: bonifiche ambientali e sorveglianza sanitaria (rischi chimici, fisici, biologici, infortuni), ma anche ruolo delle figure di direzione sanitaria nella organizzazione del lavoro, sorveglianza sanitaria mirata, studio del fenomeno infortunistico (ma anche low back pain!);
- ingegneria ospedaliera: edilizia e igiene dei locali (impianti tecnologici, elettrici, etc.): ci si confronta su impianti di aspirazione in sala operatoria, etc.

Insomma l'esperienza degli operatori della prevenzione che erano intervenuti sulla complessità delle strutture sanitarie aveva portato alla convinzione che l'obiettivo del benessere di chi lavora nella sanità non può essere raggiunto con interventi parcellizzati sui problemi specifici, ma richiedeva (e richiede) una analisi delle scelte organizzative che determinano le condizioni di lavoro. E oggi questo è ancora più vero.

I due primi seminari SNOP di Comano Terme si erano conclusi con proposte specifiche relative ai presidi di prevenzione, alle metodologie di analisi e intervento, agli strumenti informativi, ai protocolli di sorveglianza ambientale e sanitaria, alle attività di educazione e promozione alla salute.

Stiamo parlando di 21 anni fa e se guardiamo oggi la modernità dell'approccio...



Società Nazionale Operatori della Prevenzione

Insomma chiediamo al Coordinamento Tecnico delle Regioni e ad ogni singola Regione e territorio che venga valorizzato e attualizzato questo lavoro e che il controllo sulle strutture sanitarie (oggi all'ordine del giorno della grande cronaca) venga meglio esplicitato.

Sicuramente per i controlli nelle aziende questa tipologia di approccio, questo "modo" diverso di affrontare la piccola e grande globalità di un settore produttivo è stata la svolta e la tipicità del modo di lavorare dei servizi che SNOP iniziò sin da subito a promuovere e che divenne, e si è nel tempo consolidata, come "la" modalità di intervento dei servizi territoriali.

Partire dal ciclo produttivo (materie prime, lavorazioni, impianti e macchine, mansioni, rischi fisici, chimici, impiantistici, organizzativi, soluzioni condivise, soluzioni già praticate in altre parti d'Italia...): uno sforzo di intelligenza collettiva e di inter e multidisciplinarietà

Gruppi di lavoro regionali e nazionali, scambio di materiali, corsi e convegni: quanti confronti! Fondamentali in un passato dove non vi erano ancora internet, i siti WEB, i file PDF.

La migliore formazione di tutte le figure allora (ma anche oggi), siano mediche o tecniche, era quella di analisi "verticale" dei problemi per rischi, malattie, tecnologie.

Abbiamo seguito la lezione di Ramazzini e questo deve essere valorizzato e meglio raccolto anche a livello del Coordinamento tecnico delle Regioni e meglio valorizzata nel prossimo Rapporto regione per regione..

2) Inchieste infortuni: si ma quali?

Innanzitutto andrebbe meglio valorizzata la questione che la diminuzione nel tempo degli infortuni ha visto compartecipare diverse figure professionali tra le quali sicuramente anche gli operatori dei servizi ASL.

E se sono diminuiti gli infortuni in edilizia da caduta dall'alto o nella bonifica amianto è anche per una vigilanza più serrata e pronta ovunque in questi importanti settori.

Nel Rapporto emerge un primo dato solo apparentemente sconcertante in ogni ASL: è elevato il numero delle "inchieste infortuni senza rilevazione di violazioni".

Una spiegazione plausibile e che crediamo giusta è che il denominatore non è governato dai servizi ma da Procure o da altri organi dello Stato, che chiedono indagini su infortuni accidentali, irrilevanti, di titolari, etc.

Un esempio per comprendere cosa è possibile fare per regolamentare il rapporto tra Procure e ASL lo fornisce la Direttiva della Procura di Firenze (Procuratore Capo Beniamino Deidda) che alleghiamo e pubblichiamo sul nostro sito.

È evidente che se i servizi fossero informati in tempo reale degli infortuni gravi, gravissimi e mortali da 118 e forze dell'Ordine e se si potesse scegliere con ocularità dove indagare, le scarse risorse sarebbero meglio impiegate. Sarebbe quindi opportuno cercare di definire su scala nazionale un modus operandi comune e un modello standard di accordo con le Procure della Repubblica che assicurino indagini corrette su tutto il territorio e una migliore selezione degli eventi (infortuni e malattie professionali) degni di approfondimento. Il tutto, ovviamente,



ragionando anche seriamente da un lato sull'esiguità delle risorse di personale (che in alcuni territori impedisce non solo il raggiungimento ma anche il solo avvicinamento degli obiettivi) e dall'altro sul loro corretto utilizzo.

Ma oltre alla quantità degli atti occorre mettere l'accento sulla qualità delle inchieste: Il metodo "sbagliando si impara" nelle sue ultime declinazioni permette di migliorare la qualità delle inchieste infortuni.

MA su questo tema quanti operatori sono stati formati e soprattutto si è mai affrontato in maniera compiuta il tema della qualità delle verifiche e dei criteri di scelta delle aziende e degli infortuni da indagare?

Va inoltre proposta una riflessione sulla questione degli incidenti stradali in occasione di lavoro (che rappresentano la metà degli infortuni gravi e mortali). Forse sarebbe opportuno porre una particolare attenzione nei confronti delle aziende che hanno avuto negli anni un numero ricorrente (almeno 10?) di infortuni stradali in occasione di lavoro, escludendo gli incidenti in itinere (questo dato si ricava in modo chiarissimo dai Flussi Inail/Regioni) ed in quelle che presentano da precedenti indagini un elevato numero di operatori che utilizzano mezzi.

3) Inchieste malattie professionali: si ma quali?

Un dato sempre apparentemente strano è la generale (con poche eccezioni) povertà numerica delle indagini di malattia professionale condotte direttamente dai servizi e si immagina segnalate con dovizia di documentazione ad INAIL.

Il dato delle inchieste di malattia professionale è ancora oggi insoddisfacente.

Occorre definire con un Rapporto Regionale e Nazionale per quali tipologie di diagnosi e sollecitati da quali motivazioni (collaborazione registri Mesoteliomi e TUNS, Occam, studi di comparto, studi di patologia, risposta a Procure, segnalazioni...) vengano effettuate le indagini.

Ma anche, va definito meglio per quali finalità vengono effettuate le indagini di malattia professionale: una scelta non elide l'altra.

Fare bene una indagine di malattia professionale serve ai fini epidemiologici e/o ai fini assicurativi (possiamo sapere dall'avara INAIL se le indagini condotte dalle ASL hanno un riconoscimento maggiore?), "ma anche" ad eventuali fini medico-legali (nel caso si ravvisino delle responsabilità).

In fondo, una inchiesta su un caso di mesotelioma deve essere effettuata come una inchiesta infortunio mortale, senza reticenze e prontamente.

La ricerca attiva deve essere al primo posto rispetto alla mera indagine su richiesta.

E come detto anche sugli infortuni, il Servizio deve governare le fonti e non esserne governato o travolto casualmente.

A tale fine devono essere utilizzati anche in chiaro i dati dei flussi, utilizzando appieno le loro potenzialità informative (i flussi con INAIL, le possibilità del sistema OCCAM, il rapporto con i Registri di patologia, con le UOML o le Università).

Varrebbe ad esempio la pena di sapere se le Regioni che hanno rapporti con i Registri TUNS e Mesoteliomi o utilizzano il sistema OCCAM utilizzino realmente questi dati ai fini della programmazione di un numero maggiore di inchieste sui tumori professionali, rispetto alle Regioni che non ne dispongono ancora.

La riflessione su questa attività deve essere colta come occasione per riordinare, migliorare e rendere più efficaci le attività strettamente sanitarie dei servizi:



Società Nazionale Operatori della Prevenzione

- quali attività sanitarie dirette sono ancora utili? Sicuramente non lo sono le visite ai minori o quelle su richiesta dei datori di lavoro (improprie). Nel Rapporto si evidenziano ancora realtà regionali che fanno attività sanitarie dirette in misura 10 volte superiore ad inchieste di patologia professionale.
- Quanto peso dare veramente ad una reale ricerca attiva delle malattie professionali sia del “passato” (come la collaborazione con i Registri Mesoteliomi e TUNS, che comunque non coprono tutto il paese!, sia utilizzando almeno sui tumori il sistema OCCAM) che soprattutto prospettico e meno “attuale”. Questa attività prevedrebbe una migliore collaborazione con i Medici Competenti, con alcuni reparti ospedalieri specialistici e con INAIL (ma una collaborazione non a senso unico), utilizzando appieno quanto il sistema informativo offre.
- Quali attività medico legali sono utili (commissioni invalidi, ricorsi, visite collegiali, idoneità difficili, etc.)?
- Su quali indicatori indirizzare la lettura dell’articolo 40, perso nelle nebbie dopo una opposizione di tipo corporativistico, ma forse anche a causa di una scarsa attenzione da parte nostra (avevamo proposto di partire sperimentalmente su alcuni settori a rischio...)?

4) Il migliore utilizzo dei sistemi informativi e migliorare la raccolta dati

La raccolta delle attività a livello territoriale e quindi regionale e nazionale deve essere quotidianamente di dettaglio. Bisogna sapere dove si va , per quale progetto o linea operativa, quale la conclusione.

In quante Regioni non vi è Registro Mesoteliomi e TUNS? In quante Regioni viene usato OCCAM ?

In quante Regioni viene usato per la programmazione di dettaglio l’elenco delle aziende con più infortuni, più infortuni da incidente stradale in occasione di lavoro, etc. ?

Deve essere riaffermata l’assoluta necessità che i vari sistemi informativi di livello regionale e nazionale possano avere a disposizione il dettaglio su quali attività sono state svolte e in quali realtà aziendali, cioè il linkage fra attività puntuali dei servizi ed luoghi di lavoro oggetto di tali attività.

Ad esempio la Regione Lombardia con il sistema Impr@sa ha impostato in modo abbastanza semplice la questione ed ogni ASL quotidianamente inserisce i controlli che arricchiscono un data base regionale dove si svolgono attività di prevenzione e controllo ed i loro esiti. In questo data base si contano non solamente i sopralluoghi, ma anche l’esame documentazione, gli audit, le inchieste infortunio o per malattie professionali, i pareri e le autorizzazioni, etc. I dati possono essere analizzati anche per progetti o codici ATECO. E se in futuro si possono porre le basi per fare un salto di qualità decisivo con l’obiettivo di capire l’efficacia degli interventi svolti, nell’immediato si può più semplicemente verificare l’attendibilità dei numeri dati (LEA, controlli, etc.).

In altre parole, in attesa che il sospirato SINP venga creato e reso facilmente fruibile dai servizi territoriali di prevenzione, bisogna conoscere come vengono sfruttati gli attuali sistemi informativi disponibili (flussi informativi INAIL Regioni, MALPROF, INFORMO, OCCAM, Registri tumori, sistemi informativi regionali e locali,...) e bisogna assicurarne la regolare e corretta implementazione.



5) Informazione, formazione, assistenza e comunicazione: trasparenza

La comunicazione attraversa tutte le attività del servizio e ne dovrebbe rappresentare una linea portante cruciale ed un impegno irrinunciabile.

La vastità dei mondi che affrontiamo (imprese, consulenti, lavoratori, RLS, medici, cittadini, Enti ed Istituzioni, Amministrazioni pubbliche, Università, etc.) richiede una capacità culturale, relazionale, operativa e comunicativa. Non si può parlare solo “ per Atti”.

Ci si rivolge a tutti anche con un sito amichevole, materiale utile, sportelli, incontri pubblici, trasparenza.

Si deve promuovere l’invio di documenti on-line (dalle notifiche preliminari ai DVR...alle SCIAP) così come si deve promuovere la possibilità di porre quesiti on line e di riceverne risposte.

Va promossa e meglio definita e contata una migliore visibilità delle attività, aldilà delle partecipazione a Comitati verso portatori di interesse collettiva, utenti, media, Comuni, etc.

La comunicazione è anche una modalità di intervento.

6) Le risorse

Vi è stato comunque in tutte le Regioni e Province Autonome uno sforzo di programmazione di trasparenza nel dettagliare le attività, i numeri e le risorse.

A pagina 44 del Rapporto e nelle linee di sviluppo per il 2011 vi è un maggiore dettaglio delle figure e delle risorse attualmente disponibili, anche se come noto la dizione UPG e resto degli operatori non rende giustizia del nostro quotidiano operare (dove anche chi non è UPG opera per il controllo e la prevenzione).

Le pagine 44 e seguenti della Presentazione indicano con chiarezza la situazione e le differenze regionali ma occorre:

- ragionare quindi in termini di figure professionali diversificate e non solamente di UPG;
- capire che ieri e ancora di più oggi le figure indispensabili sono svariate e oltre ai medici del lavoro, ai tecnici della prevenzione (oggi laureati), alle assistenti sanitarie e agli amministrativi occorre valorizzare nei servizi altre figure indispensabili per leggere, analizzare i vari contesti del lavoro (dagli “psicologi del lavoro” invocati anche dall’ultimo Documento sul Coordinamento interregionale su Stress Lavoro Correlato, agli ingegneri e ai chimici, agli ergonomi, etc.);
- monitorare l’applicazione dell’articolo 13 comma 6 del DLgs 81/2008 sull’utilizzo delle sanzioni 758.

Le nostre proposte

1. *Promuovere la trasparenza presentando i dati di attività ai vari livelli: regionale, nazionale (Ministero della salute, Commissione Tofani, Comitati di Coordinamento Regionali, etc.). Ancora in troppe occasioni si ha la sensazione che i nostri interlocutori non abbiano consapevolezza di quanto gli operatori dei Servizi facciano quotidianamente.*
2. *Arricchire sin da subito a livello regionale e nazionale la raccolta sui dati di attività con un maggiore dettaglio sulle iniziative di indagini per comparti e rischio (oltre ad edilizia ed agricoltura) e sulle iniziative di assistenza, informazione e comunicazione nei confronti delle varie figure del sistema di prevenzione e quindi sostenere a ogni livello le proposte di modifica*



Società Nazionale Operatori della Prevenzione

della scheda di raccolta dati che renda giustizia della nostra varietà di lavoro, senza paure o reticenze. In particolare, in aggiunta ai dati già attualmente previsti si propone di:

- a. richiedere un maggiore dettaglio delle aziende oggetto di controllo, indicando ad esempio il codice ATECO suddiviso per macrosettori di riferimento;*
 - b. dettagliare i soggetti oggetto di verbale di prescrizione, distinguendo le differenti figure aziendali e prevedendo anche i medici competenti (in modo da avere un conteggio reale del peso dell'azione di controllo su questa importante figura della prevenzione aziendale);*
 - c. nella sezione dedicata ai piani di bonifica amianto, distinguere gli interventi riferiti ad amianto compatto da quelli riferiti ad amianto friabile;*
 - d. conteggiare i piani mirati di settore programmati ed attuati dal Servizio, che ne impegnano notevolmente le risorse ma al contempo hanno una significativa valenza preventiva;*
 - e. conteggiare le indagini per infortuni e malattie professionali delegate dalla Procura evidenziando quelle che si concludono con l'individuazione di responsabilità a confronto con quelle di iniziativa del servizio;*
 - f. segnalare il rapporto degli operatori dei servizi con i registri mesoteliomi, con i registri tumori, i RENATUNS e i registri di patologia, evidenziando il loro impegno nello sviluppo di questi sistemi;*
 - g. in termini di assistenza, evidenziare i rapporti degli operatori dei servizi con RLS, lavoratori, sindacati, etc.*
 - h. evidenziare il numero di operatori dei servizi formati in ciascun anno, con corsi dedicati.*
- 3. Arricchire a livello regionale e nazionale i dati sul dettaglio degli operatori, proponendo standard minimi di dotazione organica.*
 - 4. Precisare sin da subito e richiamare periodicamente l'utilizzo preciso dei fondi provenienti dalla sanzioni ex articolo 13 comma 6 del DLgs 81/2008. Si tratta sempre di circa 60 milioni di euro l'anno.*
 - 5. Ragionare su quali altri dati di contesto sia utile conoscere per la programmazione, oltre a infortuni e malattie professionali ricavandone opportuni standard di riferimento.*
 - 6. Abbandonare le pratiche di non provata efficacia e al contrario ragionare in termini di efficacia.*
 - 7.Cogliere le sfide dell'oggi: precarietà, aggressione organizzativa in tutti i settori, immigrazione, nuovi lavori.*
 - 8. Promuovere le altre forme di vigilanza sul processo.*

Il Direttivo SNOP*

* Si ringrazia B. Magna per la qualificata e attiva collaborazione nella stesura del presente documento