

**PIANO REGIONALE 2014-2018 PER LA TUTELA
DELLA SICUREZZA E SALUTE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO**

1. PREMESSA**2. STRATEGIE****3. OBIETTIVI**3.1 *Riduzione infortuni e malattie professionali*3.2 *Sostegno alle imprese*3.3 *Formazione***4. SISTEMA INTEGRATO DELLA PREVENZIONE****5. STRUMENTI**5.1 *Progettazione informatica*5.2 *Formazione*5.3 *Modello organizzativo del Sistema Integrato***6. RISORSE***Appendice*

1. PREMESSA

“La prevenzione sul lavoro ha un ruolo chiave, non soltanto perché tutela la vita e permette il sostentamento dei lavoratori e delle rispettive famiglie, ma anche perché contribuisce ad assicurare lo sviluppo economico e sociale”¹.

La strategia regionale a favore della tutela della salute e sicurezza sul lavoro muove dall'evidenza scientifica che la mancanza di lavoro genera mancanza di salute². Pertanto il valore del lavoro quale ambito capace di generare salute trova ampia caratterizzazione operativa nei principi di **intersectorialità, semplificazione e sostenibilità** condivisi nell'*Intesa*³ sottoscritta il 30 luglio 2013:

- **Intersectorialità** - promozione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, che ha come riferimento prioritario la Direzione Generale Salute, si sviluppa nell'approccio trasversale alle materie, ricercando e stimolando la collaborazione, l'interazione funzionale e il coordinamento con tutti i soggetti coinvolti.
- **Semplificazione** - riformulazione di procedure e ridisegno di modelli organizzativi, non a contrazione delle funzioni e dei servizi a tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (SSL), ma a vantaggio dei cittadini e delle imprese, in termini di riduzione degli oneri a carattere burocratico-amministrativo posti a loro carico, di certezza dei tempi e degli esiti, di efficienza amministrativa.
- **Sostenibilità** - modelli di intervento improntati ad una visione integrata delle forze e delle risorse messe in campo che siano di sostegno alle priorità individuate; migliorino la partecipazione del partenariato economico-sociale alla definizione delle strategie; favoriscano una concezione di lungo termine della tutela della salute e sicurezza sul lavoro, tenendo conto del contesto di cambiamento occupazionale e dell'invecchiamento della popolazione lavorativa.

Detti principi sono espressi quali priorità strategiche nel Programma Regionale di Sviluppo della X^a Legislatura (d.c.r. 9 luglio 2013, n. X/78):

- **le politiche per l'impresa**, con riferimento alla promozione dell'innovazione non solo tecnologica e alla creazione di nuove forme di agevolazione del credito - *sostenibilità e intersectorialità* agite da Regione Lombardia/INAIL/Partenariato Economico e Sociale;
- **un mercato del lavoro più aperto ed inclusivo**, con riferimento alla rimozione degli ostacoli che separano la formazione dal lavoro, a favore di una riqualificazione dei lavoratori e del reinserimento lavorativo - *intersectorialità* agita da Regione Lombardia, DG Salute, DG Istruzione Formazione e Lavoro e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia;
- **il welfare e la sanità**, con riferimento all'individuazione di nuove modalità di soddisfacimento dei bisogni emergenti - *intersectorialità* agita da Regione Lombardia, Direzione Regionale Lavoro, INAIL e Partenariato Economico Sociale;
- **una Pubblica Amministrazione più efficiente e meno costosa**, con riferimento alla progettazione informatica a favore di servizi più trasparenti, rapidi ed efficaci ai cittadini e alle imprese - *semplificazione* agita da Regione Lombardia;
- **la tutela del territorio e dell'ambiente**, con riferimento al buon uso del suolo, al recupero delle aree dismesse, alla bonifica dei siti inquinati - *sostenibilità e intersectorialità* agite da Regione Lombardia e Partenariato Economico e Sociale.

Si ritiene che il territorio, nella sua accezione di ambiente di vita e lavoro, con le sue caratterizzazioni naturali ed antropiche, non sia luogo estraneo o neutrale alle politiche di prevenzione e di salvaguardia della salute e della sicurezza delle persone, nella duplice veste di lavoratori e cittadini.

Anche le evidenze scientifiche correlano l'attività produttiva e imprenditoriale, il luogo di lavoro, alle condizioni generali ambientali dei singoli territori.

Il presente *Piano regionale 2014-2018*, dunque, pur trovando una sua primaria allocazione nell'area della SSL, ricerca l'integrazione con gli interventi a tutela della salute negli ambienti di vita superando la frammentazione tra lavoratore e cittadino.

Si sottolinea il valore del benessere riferito alla *persona che lavora*, a partire dalla constatazione che l'attuale scenario economico e occupazionale colloca sempre più frequentemente il lavoratore fuori dalla subordinazione ad un datore di lavoro, con la conseguen-

¹ Giornata Mondiale della sicurezza e della salute sul lavoro 28 aprile 2013. LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE PROFESSIONALI. ILO.

² G Ital Med Lav Erg 2010; 32:4, Suppl, 143.

³ INTESA per la redazione del Piano regionale 2014-2018 per la promozione della Salute e Sicurezza negli ambienti di lavoro tra Regione Lombardia e i Rappresentanti del Partenariato economico-sociale, istituzionale e degli Enti preposti all'attuazione e alla vigilanza della normativa in materia di sicurezza. 31 luglio 2013

te necessità di favorire processi di educazione ai "comportamenti responsabili". Il benessere della *persona che lavora* non si realizza unicamente all'interno dei luoghi di lavoro, bensì anche nell'ambiente e nel territorio in cui vive. Pertanto, promuovere il benessere comporta richiamare ciascun individuo alla responsabilità sociale, orientata ad un ruolo attivo nella tutela di un bene e di un vivere comune.

Lo sviluppo di questo percorso rafforza il legame tra interventi di prevenzione in tema di SSL e di tutela dell'ambiente, incentivando le imprese ad assumere modelli di Responsabilità Sociale di Impresa (RSI) coerenti ai principi costituzionali di tutela della salute, quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività (art. 32 Carta C.), e di iniziativa economica privata rispettosa dell'utilità sociale, della sicurezza, della libertà e della dignità umana (art. 41 Carta C.).

La tutela della SSL è, per Regione Lombardia, un elemento strategico importante e basilare per l'assetto socio-economico regionale. Per questo il Piano si caratterizza per:

- innovazione e concretezza, per migliorare le performance di Regione in un contesto di forte cambiamento;
- sostegno delle imprese nel territorio, per mantenere il tessuto produttivo e attrarre finanziamenti;
- trasparenza e correttezza nei procedimenti amministrativi, anche per ridurre i costi degli adempimenti burocratici a carico delle aziende;
- ruolo di traino di Regione rispetto al contesto nazionale.

Il Piano regionale 2014-2018 perfeziona modelli praticati e riconosciuti in Regione a partire dalla pianificazione 2008-2010, propone un metodo pragmatico per individuare soluzioni e strumenti adeguati a conseguire gli obiettivi fissati e, proprio all'interno della logica paradigmatica, individua il suo oggetto di studio, i problemi cogenti, l'approccio tecnico e amministrativo migliore ad affrontarli.

Il Piano regionale 2014-2018 ha valenza quinquennale, in aderenza ai documenti di pianificazione nazionale e regionale che rappresentano la cornice normativa di riferimento. Caratteristica, questa, che richiede:

- la realizzazione di specifici programmi di verifica intermedia e finale del raggiungimento degli obiettivi;
- l'attenta valutazione dei risultati conseguiti a perfezionamento delle pianificazioni future in ordine alla scelta di interventi sempre più mirati e all'acquisizione di strumenti efficaci, a partire dalle risorse ex dell'articolo 21, comma 2, primo periodo, del Decreto Legislativo 19 dicembre 1994, n. 758.

2. STRATEGIE

La tutela della salute rientra, a norma dell'art. 117 comma 3 della Costituzione, tra quelle a legislazione concorrente per le quali la potestà legislativa è di competenza della Regione, mentre allo Stato è riservata la determinazione dei principi fondamentali, che devono essere necessariamente fissati dalla legislazione.

La presa di coscienza di questa rilevante responsabilità deve rendere possibile una ulteriore fase di sviluppo della materia SSL, in cui gli elementi di regionalizzazione possano costituire occasione per un più forte radicamento delle politiche per la salute del lavoratore, della programmazione e organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione Medici (DPM).

La pianificazione 2014-2018 mira alla **costruzione di una cultura che individua chiavi di analisi e di operatività comuni**, condivise da ciascuna Istituzione e parte datoriale e sindacale nei propri tavoli, **anche attraverso il costruttivo confronto tra le parti in ambito aziendale e territoriale**, e che possa essere **proposta come Sistema Lombardia. Un Sistema che, grazie al governo della prevenzione e della protezione SSL dei lavoratori, stimoli la competitività imprenditoriale e susciti attrattività internazionale.**

Ad un primo impatto il nesso tra RSI, ovvero competitività imprenditoriale e attrattività internazionale, e SSL non è di diretta intuizione, soprattutto se si pensa che il principio fondante della responsabilità sociale è quello della volontarietà, mentre la salute e sicurezza fondano le proprie basi su esplicite norme di legge. La connessione di questi due temi è presente anche nel DLgs 81/08, nel quale viene più volte richiamato il termine di responsabilità sociale sia come definizione sia come modo di fare impresa per prevenire gli incidenti sul lavoro.

In Lombardia², questa vicinanza è sostenuta riconoscendo nella RSI "un'opportunità strategica di innovazione e di crescita competitiva per le imprese in momenti di crisi, che può favorire il raggiungimento di obiettivi orientati allo sviluppo dell'economia, della società, della trasparenza, della tutela ambientale, della sicurezza sul lavoro e delle pari opportunità"³. E' proprio secondo questo approccio innovativo che Regione Lombardia ritiene che la diffusione di questa tematica possa contribuire, soprattutto per le generazioni future, ad un miglioramento della SSL e ad accrescere il senso di appartenenza e di collaborazione agli interessi comuni, garantendo il successo e la sostenibilità dell'impresa nel lungo periodo, diventando così un elemento della competitività aziendale. Di pari passo con l'evoluzione normativa del sistema salute e sicurezza, assumono estrema importanza tutti quegli strumenti volontari di "autoregolazione" che reciprocamente le parti in causa accettano per migliorare le condizioni di lavoro o agevolare l'applicazione di determinate procedure.

La strategia regionale si sintetizza nella volontà di:

- favorire opportunità di semplificazione e strumenti di sostenibilità a favore delle imprese per l'ambito delle materie afferenti alla SSL, contribuendo a migliorare la competitività e l'attrattività internazionale del tessuto economico;
- diffondere una cultura della legalità e della trasparenza, di cui SSL è parte integrante;
- concentrare le risorse disponibili sui temi strategici, anche sviluppando "progetti quadro" coi soggetti del Sistema Integrato della Prevenzione per la SSL.

2.1 Linee strategiche di azione

Il dibattito nazionale e internazionale ha reso evidente che, per conseguire miglioramenti tangibili delle condizioni di lavoro, nonché per contrastare gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, agli strumenti ordinari di vigilanza e ispezione vanno affiancati altri dispositivi quali:

- il dialogo sociale per avviare iniziative di RSI e di incentivazione economica;

² Dal 2012 Regione Lombardia aderisce al Progetto interregionale-transnazionale "Creazione di una rete per la RSI" proposto dalle Regioni Veneto e Liguria, al quale hanno aderito, ad oggi, altre undici Regioni italiane, il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, il Ministero dello Sviluppo Economico, il Ministero dell'Agricoltura e INAIL. Il progetto interregionale ha la finalità di aumentare la diffusione della responsabilità sociale tra le imprese individuando tre direttrici principali: la sicurezza e la qualità del lavoro (salute e sicurezza, pari opportunità, conciliazione vita-lavoro), il risparmio energetico; la qualità dei prodotti a tutela dei consumi. Le Amministrazioni regionali e centrali hanno espresso la volontà e l'opportunità di condividere a livello nazionale, con i vari stakeholders, una "Piattaforma di indicatori per la valutazione della responsabilità sociale e ambientale e la sostenibilità delle imprese".

³ dgr X/893 del 8 novembre 2013 "Documento strategico "Indirizzi per la definizione dei programmi operativi regionali 2014-2020 a valere sui fondi strutturali - fondo europeo per lo sviluppo regionale (FESR) e Fondo Sociale Europeo (FSE) (di concerto con l'assessore Garavaglia).

- la promozione di buone prassi per la corretta valutazione e gestione dei rischi, e per la promozione della salute (Working Health Promotion);
- le iniziative di sensibilizzazione per la diffusione della cultura della SSL;
- la valorizzazione della differenza di genere.

Detti strumenti richiedono una specifica modulazione quando rivolti alle piccole e micro imprese che costituiscono la gran parte del tessuto produttivo lombardo. Nei confronti di queste realtà le linee strategiche devono essere specificatamente strutturate affinché la loro applicazione si traduca in un reale sostegno all'attività delle micro e piccole imprese.

In questa logica, gli **strumenti** sopra elencati ed in generale gli interventi di promozione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, poiché devono essere fruiti da **tutte** le imprese lombarde - pubbliche e private - **devono essere adattati, nel rispetto del criterio di graduazione del rischio, alle loro specifiche caratteristiche intese quali, complessità organizzativa, generale livello di adempimento della normativa in materia di sicurezza sul lavoro, disponibilità di mezzi, di capacità e di risorse**. Solo in questo modo, la strategia di tutela del lavoratore non crea discriminazioni e può definirsi equa.

Da qui la scelta di una strategia regionale per il quinquennio 2014-2018 che punti su un **approccio olistico** per assicurare che i rischi vengano efficacemente identificati, valutati e ordinati per priorità⁴.

A partire dalle aree di intervento individuate dall'analisi di contesto socio-occupazionale e sanitario (vedi APPENDICE), le linee strategiche del Piano sono:

- semplificazione mediante:
 - l'applicazione efficace, coerente e mirata delle norme esistenti, **evitando duplicazioni, sovrapposizioni e ridondanze** dell'azione di controllo svolta dagli Enti competenti, anche attraverso la più ampia fruibilità delle banche dati informative a tutti gli aventi diritto;
 - l'**uniformità degli interventi** di controllo effettuati dagli organi di vigilanza;
 - l'offerta di servizi telematici al cittadino/impresa;
 - la cooperazione tra Enti per la realizzazione dell'univocità del debito informativo dal cittadino/impresa alla PA;
 - il **confronto** costante tra Istituzioni e Parti Sociali, per la risoluzione dei problemi, l'individuazione di percorsi a superamento delle criticità, l'emersione di percorsi aziendali virtuosi di autocontrollo;
- sostenibilità mediante:
 - l'adozione volontaria da parte delle imprese di politiche di **RSI**. Regione Lombardia si è dotata di un vero e proprio approccio istituzionale a questo tema impegnandosi nel proprio "Statuto d'Autonomia della Lombardia" (art. 2, c.4 lettera i) a promuovere la RSI mettendo in campo, contestualmente, azioni concrete di diffusione della conoscenza e di sensibilizzazione verso una cultura dell'agire responsabile per favorire la competitività del proprio tessuto produttivo. Il tema della responsabilità sociale delle imprese viene quindi inquadrato nell'ambito delle politiche per la competitività delle imprese e del sistema economico, ricollegandosi direttamente al concetto di "**sviluppo sostenibile**";
 - la valorizzazione, la promozione e la diffusione di **buone pratiche e percorsi virtuosi di autocontrollo** praticati nelle aziende, quali quelli di responsabilità sociale e i sistemi di gestione della sicurezza (SGSL) ampiamente intesi⁵;
 - la promozione nelle aziende delle **buone prassi esistenti** e decretate anche nell'ambito delle precedenti pianificazioni;
- coinvolgimento della **scuola** nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori;
- il **coordinamento** degli Enti e delle Parti Sociali sulle azioni ritenute prioritarie.

L'evento EXPO, che si realizzerà nel periodo di vigenza del Piano, ha forte impatto sul territorio regionale sia nella fase di preparazione dell'opera - che coinvolge imprese e lavoratori impegnati nei Comuni di competenza dell'ASL MI e ASL MI1 nella costruzione delle *opere essenziali* (ai sensi dell'art. 1 comma 3 così come definiti all'allegato I del DPCM 22.10.2008 e succ. mod.: rif. piastra, padiglioni, ...), nonché di quelle *connesse e necessarie* (individuate nell'Allegato 1 al DPCM 1 marzo 2010: rif. infrastrutture stradali, ...) - che durante la sua realizzazione. In questa seconda fase, l'evento impatterà su tutte le ASL della Lombardia.

Le esigenze di tutela del cittadino e del lavoratore che si presentano e si presenteranno in occasione dell'esposizione sono complesse, plurime e differenziate, da realizzare in coordinamento con gli altri Enti competenti (DRL, INAIL, ARPA, Comuni, ...). Tra queste, in un elenco rappresentativo, ma non esaustivo, si segnalano: attività di vigilanza nei cantieri comprensiva di interventi di assistenza alle aziende, anche straniere; rilascio dei pareri per l'allestimento dei pubblici spettacoli; sorveglianza alimentare; assistenza alle imprese del settore servizi alla persona (centri estetici, spa, ...); intervento urgente per infortuni e per malattie lavoro-correlate ad evoluzione acuta occorsi a lavoratori (compresi i volontari); intervento urgente per insorgenza di sintomi e segni obiettabili ascrivibili a non conformità di un articolo/prodotto a cittadini/visitatori (sostanze chimiche pericolose - Regolamento REACH).

Linee strategiche quali, tra quelle citate:

- attuazione efficace delle norme esistenti;
- uniformità di interventi di controllo effettuati da tutti gli organi di vigilanza;
- coordinamento degli Enti e delle Parti Sociali sulle azioni ritenute prioritarie;

devono trovare una puntuale e rigorosa applicazione nella pianificazione e realizzazione degli azioni di controllo e assistenza alle imprese svolte dai DPM delle ASL.

In continuità con il Piano regionale di Coordinamento art. 7 DLgs 81/08 svolge un ruolo centrale di sostegno e di indirizzo delle attività di controllo. Inoltre, nel rispetto delle indicazioni che pervengono dalla Cabina di regia e dal Comitato regionale di Coordinamento, la DG Salute si impegna ad assumere un ruolo di presenza attiva presso altri Tavoli istituzionali dedicati a temi che impattano sulla salute del cittadino e del lavoratore in relazione all'evento EXPO.

3. OBIETTIVI

Gli obiettivi che indirizzeranno l'attività di Regione Lombardia nel prossimo quinquennio sono:

- la riduzione degli infortuni e delle malattie professionali;

4 "a holistic approach is essential to ensure that risks are identified, assessed and prioritised effectively" intervento di László Andor (commissario europeo responsabile dell'occupazione, degli affari sociali e dell'inclusione) alla 9ª Convention RSP e ASPP organizzata da Assolombarda (Milano, novembre 2012)

5 Sistema di gestione aziendale: "insieme di personale, risorse, politiche e procedure che interagiscono in modo organizzato per assicurare che un compito assegnato è svolto, ovvero per raggiungere e mantenere uno specifico obiettivo e risultato" (British Standard 8800:1996 "Guide to occupational health and safety management system"). A partire dall'emanazione del D.Lgs 626/94 si è voluto spingere le aziende ad un salto di qualità nella gestione della prevenzione. Certificazioni quali la OHSAS 18001, compatibile con gli standard ISO 9001 per i Sistemi di Gestione della Qualità e quelli ISO 14001 per i Sistemi di gestione ambientale, piuttosto che le Linee guida UNI-INAIL, sono studiate per aiutare le aziende a formulare obiettivi a favore della sicurezza e della salute dei lavoratori. I Piani regionali precedenti hanno inteso promuovere l'adozione da parte delle aziende di ulteriori modelli. In questa logica è stato decretato il modello Sobane (decreto Direzione Generale Sanità, 1 marzo 2013, n 1757)

- il sostegno alle imprese;
- la formazione alla salute e sicurezza.

3.1 Riduzione degli infortuni e delle malattie professionali

A contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico, si persegue il mantenimento del:

- trend di riduzione degli infortuni (base dati anno 2012);
- trend di emersione del fenomeno delle malattie professionali (base dati anno 2012) e perfezionamento degli strumenti per la conoscenza e gestione delle malattie professionali e per l'implementazione della rete di scambio di monitoraggio del fenomeno (coinvolgimento di medici di base, medici competenti), in relazione soprattutto alle seguenti condizioni morbose:
 - o tumori ad alta e bassa frazione eziologica
 - o disturbi muscolo scheletrici lavoro-correlati
 - o disturbi da stress lavoro-correlato.

3.1.1 Indicatori

- Infortuni: decremento del tasso infortunistico pari o superiore al 25% per il quinquennio (calcolato sull'anno 2012, utilizzando al denominatore il numero di lavoratori occupati al netto del ricorso alla Cassa Integrazione Guadagni - tiraggio CIG = numero ore utilizzate/numero ore autorizzate) – fonte dati INAIL, INPS, ISTAT).
- Malattie professionali: incremento del numero assoluto di malattie professionali denunciate a INAIL pari o superiore 25% per il quinquennio (calcolato sull'anno 2012 – fonte dati INAIL).

3.2 Sostegno alle imprese

L'attuale situazione economica e sociale in cui versano Italia e Stati Membri deve indurre riflessioni atte alla ricerca di logiche complementari all'azione repressiva propriamente detta con interventi in grado di "rendere capaci"⁶ le imprese ad adottare le misure di tutela. Due sono le categorie di interventi riconosciute efficaci a favorire l'adozione di buone pratiche da parte delle imprese:

- *spinte (push efforts)*, ovvero interventi focalizzati sulla disseminazione anche web di pubblicazioni, reports, revisione sistematiche, sintesi delle evidenze, al fine di indirizzare tali prodotti ai "decisionatori";
- *traini (pull efforts)*, ovvero interventi capaci di coinvolgere alcuni meccanismi come l'influenza sociale, le facilitazioni e gli incentivi.

Richiamando il criterio, più volte ripreso negli atti e nei Piani regionali, della *graduazione del rischio* finalizzata a individuare priorità di intervento (ovvero, maggiore è il rischio, più alta è la priorità), **assistere e sostenere** le aziende significa:

- favorire l'emersione, la valorizzazione, la promozione e la diffusione di buone pratiche e percorsi virtuosi di autocontrollo da loro praticati, quali quelli di RSI e i sistemi di gestione della sicurezza (SGSL) ampiamente intesi⁷;
- promuovere nelle aziende l'adozione delle buone prassi esistenti e decretate nell'ambito delle precedenti pianificazioni;
- semplificare e uniformare l'azione delle Istituzioni con competenza in SSL.

Fatta questa premessa, sono attività di supporto da perseguire:

- sostenere percorsi condivisi fra soggetti pubblici "promotori" e organismi paritetici (regionali, provinciali e territoriali) sui temi della SSL;
- diffondere e favorire la diffusione dei sistemi premiali per le aziende virtuose, ove lo strumento principale in termini di risorse economiche destinate a promuovere tali interventi è quello delle agevolazioni tariffarie INAIL ex articolo 24 MAT. Nel triennio di vigenza del precedente piano 2011-2013, gli sconti sul premio INAIL a livello regionale ammontano a circa 200 milioni di € e rappresentano, per le imprese beneficiarie, un vantaggio competitivo rispetto alle imprese che non investono in prevenzione. Incentivare e sostenere le imprese virtuose è quindi un atto concreto che INAIL, Regione Lombardia e il partenariato economico-sociale devono promuovere, nell'interesse primario dei lavoratori e del sistema economico sociale lombardo. A tal fine saranno predisposte iniziative congiunte per promuovere linee di indirizzo/soluzioni/vademecum validati/decretati dalla Cabina di regia o di iniziativa dei Laboratori. Alla luce delle modifiche intervenute in merito alle modalità di accesso alla norma premiale sarà rivisto l'accordo Regione Lombardia/Direzione Regionale INAIL stipulato nel 2007⁸;
- semplificare gli adempimenti burocratici a carico delle aziende per favorire lo sviluppo delle imprese e l'occupazione;
- promuovere in ambito nazionale soluzioni individuate a livello regionale;
- favorire in Lombardia l'adozione di pratiche di provata efficacia.

3.2.1 Indicatori

Gli indicatori sono:

- rapporto tra le ispezioni e gli audit (fonte: tipologie di controllo in I.M.Pre.S@);
- aumento del numero di imprese lombarde che accedono alla norma premiale INAIL grazie all'applicazione di Linee Guida/Atti di Indirizzo regionali o accordi sottoscritti tra INAIL e istituzioni/parti sociali presenti in Cabina di regia;
- numero di Buone Pratiche – Regione Lombardia – assunte a Buone Prassi dalla Commissione Consultiva ex art. 6 D. Lgs 81/08.

3.3 Formazione salute e sicurezza

La formazione in materia SSL è competenza delle Regioni e, nel rispetto del principio di intersettorialità, la DG Salute promuove azioni finalizzate alla diffusione della cultura della sicurezza.

In questo percorso agisce:

- recependo gli Accordi Stato/Regioni all'insegna della semplificazione;
- fornendo indirizzi ai DPM per un'azione di controllo delle iniziative formative che si svolgono a livello locale;
- supportando la scuola nel percorso di integrazione della sicurezza nei curricula scolastici, in coerenza con la Lr 19/2007.

Riconosciuto che:

- gli attuali percorsi di SSL, costruiti prevalentemente su modelli di didattica frontale, lontani dai presupposti fondamentali della teoria andragogica (teoria dell'apprendimento ed educazione degli adulti), hanno messo in discussione l'adeguatezza

⁶ Affiancare alle azioni di "enforcement", azioni di "empowerment".

⁷ Vedi nota 5

⁸ Si ricorda che, per accedere alla norma premiale, l'adozione di Linee Guida/Atti di indirizzo regionale deve essere accompagnata da ulteriori interventi a carattere preventivo, come previsto dalla normativa vigente.

della formazione ai reali bisogni formativi a fronte di un elevato impegno economico, burocratico e organizzativo per le aziende; appaiono di scarsa efficacia sul piano pratico;

- la scuola è il luogo dove la formazione alla salute e alla sicurezza può trovare un terreno fertile sul quale radicarsi e diventare patrimonio dell'individuo e del gruppo, perché favorisce l'interiorizzazione delle regole e dei valori fondamentali di responsabilità sociale e civile;

il Piano persegue l'obiettivo della formazione formalizzando il presidio del tema attraverso l'attivazione di uno specifico Tavolo.

3.3.1 Indicatori

Gli indicatori che attestano il conseguimento di questo specifico obiettivo regionale possono essere riassunti in:

- numero di linee di indirizzo emanate anche a superamento delle criticità;
- numero di Istituti che integrano la SSL nei curricula scolastici in coerenza con le indicazioni regionali.

4. IL SISTEMA INTEGRATO DELLA PREVENZIONE

I componenti del Sistema Integrato della Prevenzione realizzato in Regione Lombardia sono stati identificati nella dgr VIII/6918 del 2 aprile 2008. Grazie all'impegno ed alla forte sinergia realizzata da allora, il ruolo e le funzioni esercitate da ciascun Ente rappresentante (Istituzioni, associazioni datoriali e sindacali) sono andati definendosi e perfezionandosi in relazione all'obiettivo da perseguire. La presente pianificazione muove, dunque, avvantaggiandosi di una rete dei soggetti cospicua e solida, motivata sempre, a fronte dell'esperienza e dei risultati conseguiti, a perfezionare il proprio apporto attraverso una partecipazione sempre più concreta ed attenta ai reali bisogni dei lavoratori e delle imprese.

Appartengono al Sistema la DG Salute, con le ASL e le UOOML ed i Centri Antiveleno delle Aziende Ospedaliere, e le DDGG coinvolte (DG Istruzione Formazione e Lavoro, DG Sicurezza e Protezione Civile e Immigrazione, DG Attività produttive Ricerca e Innovazione, DG Ambiente Energia e Sviluppo Sostenibile, DG Agricoltura), ARPA e:

- **soggetti pubblici** quali la Direzione Regionale del Lavoro, l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), l'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS), il Corpo dei Vigili del Fuoco, l'Università, l'Ufficio Scolastico Regionale, le Prefetture, la Magistratura, le Istituzioni centrali e le loro diramazioni periferiche, l'Istituto Superiore Sanità, gli Enti Locali.
- **partenariato socio-economico e tecnico-scientifico**, ossia le Associazioni datoriali e le Organizzazioni sindacali dei lavoratori, gli organismi paritetici (regionali, provinciali e territoriali), i medici competenti, gli ordini professionali ed i collegi, la rete dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP), dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS), i soggetti abilitati alla verifica delle attrezzature, le aziende "virtuose", le Società Scientifiche e le Associazioni di professionisti della sicurezza.

L'organizzazione del Sistema Integrato di Prevenzione in momenti di confronto e condivisione con tutti i soggetti attivi nel territorio regionale è l'elemento fondante attraverso il quale Regione si prefigge il raggiungimento degli obiettivi fissati.

5. STRUMENTI

Per il raggiungimento degli obiettivi individuati dalla strategia qui definita, il Piano utilizza strumenti quali:

- il Sistema Informativo della Prevenzione;
- la formazione per la sua capacità di veicolare e promuovere la cultura della prevenzione;
- il modello organizzativo a garanzia di partecipazione attiva delle istituzioni e del partenariato economico e sociale nell'individuazione di priorità ed obiettivi tesi a conseguire guadagni in termini di salute.

5.1 Progettazione informatica

Il Sistema Informativo lombardo della Prevenzione è il risultato del dialogo tra i sistemi **I.M.Pre.S@** e **Person@**.

I.M.Pre.S@ (Informatizzazione Monitoraggio Prevenzione Sanitaria), che si implementa con i dati delle attività di controllo svolte principalmente dai DPM, consente di disporre di un **quadro dello stato di salute delle aziende lombarde, univocamente identificate nel registro Imprese di Camera di Commercio (CCIA)**. Il Sistema è alimentato direttamente da coloro che, per obblighi normativi ed istituzionali, sono i diretti produttori del dato puntuale⁹: i cittadini, nel caso, ad esempio, dell'obbligatorietà della notifica cantieri ex art. 99 DLgs 81/08, e gli operatori del DPM, in ragione dei debiti informativi al livello regionale e centrale (rilevazione dei dati di attività al Coordinamento Interregionale PSILL, al Comitato di coordinamento art. 5, ...). Dette informazioni, strutturate e messe a sistema, devono essere fruibili, per livello di competenza ed autorizzazione all'accesso, a tutti gli aventi diritto - i componenti il Sistema Integrato della Prevenzione - mediante strumenti di interrogazione e consultazione del dato.

L'architettura di I.M.Pre.S@, in continua evoluzione, è coerente alle esigenze di:

- *trasparenza* del profilo di capacità e competenza delle aziende lombarde e delle attività di prevenzione svolte dagli Organi ad essa deputati;
- *integrazione* delle attività svolte da ASL e Enti territoriali (per l'area salute e sicurezza nei cantieri edili, le Direzioni Territoriali del Lavoro e i Comitati Paritetici Territoriali), a potenziamento reciproco e in un'ottica di *parità d'intenti e di azione tra le parti*;
- *omogeneità* del dato;
- *semplicità* e facilità di utilizzo. I processi di gestione cartacea dei documenti sono caratterizzati da eccessiva onerosità, difficoltà di condivisione e archiviazione, mancanza di trasparenza, tempi di ricerca elevati, facilità di errori, smarrimenti, perdite ed altre più o meno costose inefficienze¹⁰;
- *semplificazione ed economicità* di specifici atti dovuti alla Pubblica Amministrazione da parte di soggetti esterni.

Person@ traccia il profilo **di salute del lavoratore lombardo, univocamente individuato nell'Anagrafe Assistiti**. Il sistema, alimentato dalle banche dati SISS (schede di dimissione ospedaliera, flussi farmaci, ...) e, per l'area degli infortuni, dall'invio telematico dei certificati medici dai Medici Ospedalieri e di Medicina Generale¹¹, vanta due moduli:

⁹ La creazione di archivi a partire dall'invio del dato alla PA da parte del soggetto obbligato è uno degli elementi di rilievo del Sistema Informativo della Prevenzione. In coerenza con gli indirizzi CNIPA è una delle sue linee maggiormente significative ai fini della riduzione della spesa pubblica, in termini sia di risparmi diretti (carta, spazi, ...) sia di risparmi indiretti (tempo, efficienza, ...).

¹⁰ <http://archivio.cnipa.gov.it/site/it-IT/Attivit%C3%A00 - Archivio storico/Dematerializzazione/>

¹¹ dgr 12 luglio 2013, n X/390 e dgr 12 luglio 2013, n X/391.

- Ma.PI. - Malattie Professionali e Infortuni - che raccoglie i dati delle inchieste per d'infortunio e per malattie professionali svolte dalle ASL e dalle UOOML;
- OCCAM (OCCupational Cancer Monitoring), che consente l'individuazione sistematica di possibili casi di malattia lavoro-correlata.

Anche l'architettura di Person@ è in evoluzione; sono previsti, infatti, nuovi moduli per i Registri Mesoteliomi, Tumori Nasosinusal e a Bassa Frazione Eziologica, nonché quelli relativi a soggetti Esposti e Ex esposti ad amianto.

Il Sistema Informativo della Prevenzione, ed in particolare i moduli e le funzionalità ad esso connessi, sono strumento per il raggiungimento degli obiettivi del presente Piano in quanto:

- **uniformano l'approccio e l'operatività** alle diverse materie, attraverso il vincolo imposto all'utente, esterno (il cittadino o l'impresa) ed interno (ASL e UOOML) al caricamento di dati *standard*, ossia predefiniti in "tendine" e "campi". La necessità di codificare le informazioni proprie di una materia all'interno del sistema informativo (che in quanto tale non deve consentire campi liberi e valori non standard) esita, in primis, nella condivisione di un linguaggio e, successivamente, in un comune approccio alla materia. Ne sono esempio:
 - o Ma.PI. che richiede ai medici del lavoro alle ASL e alle UOOML di aderire ad un identico schema di analisi (MALPROF, modello di indagine proposto ed adottato ormai dal 2007 a livello nazionale);
 - o Ge.M.A. servizio per la trasmissione dei piani di lavoro e delle notifiche, che richiede alle imprese esercenti attività di bonifica amianto di descrivere gli interventi aderendo puntualmente al modello disposto dalla norma.
- **innalzano l'efficienza** delle attività di SSL. La disponibilità data ai medici del lavoro ASL e UOOML, attraverso un'apposita postazione di lavoro, dell'anagrafe assistiti, delle storie lavorative INPS e del modulo OCCAM rende più facile e efficiente l'operatività quotidiana, consentendo, peraltro, una maggiore efficacia nell'emersione delle malattie professionali.
- **consentono di definire una strategia** di azioni SSL sempre più mirate, attraverso la messa a punto di indicatori di efficacia della prevenzione. Pur nella consapevolezza della necessità di crescita e sviluppo del disegno informatico, si può affermare che il sistema lombardo - avviato nel 2010 - attualmente disponga di dati utili ad orientare una strategia di prevenzione efficace. Ad esempio, nella banca dati Ge.C.A. - alimentata dalle comunicazioni di avvio cantiere, standardizzate, organizzate e disponibili in continuo - sono contenute informazioni che, adeguatamente pesate all'interno di appositi algoritmi, prioritizzano i cantieri e consentono di orientare le risorse verso obiettivi mirati ed urgenti, anche in un'ottica di coordinamento tra Enti. Parimenti, l'interrogazione del Data Warehouse (DWH) e gli impianti di georeferenziazione consentiranno di sviluppare nuove modalità di controllo in armonia con l'assetto normativo e produttivo. Il loro utilizzo è **funzionale al monitoraggio delle azioni intraprese in termini di efficacia (ottenimento del risultato atteso) ed efficienza (economia di sistema).**

5.2 Formazione

L'enfasi posta da Regione Lombardia sin dalla pianificazione avviata nel 2008 "alla promozione del cambiamento dei comportamenti dei lavoratori" ha recepito la volontà del legislatore, che ha dedicato l'intera sezione IV del D.Lgs 81/08, al tema della formazione, informazione e addestramento.

A partire dalla consapevolezza che, per questi argomenti, il compito del datore di lavoro è molteplice ed articolato e richiede una cultura e una "forma mentis" proattiva, a garanzia dell'integrità del lavoratore, il coinvolgimento della scuola nella diffusione della cultura della legalità, della trasparenza e della responsabilità (di cui SSL è parte integrante) è obiettivo di primaria importanza per rimuovere gli ostacoli che separano la formazione dal lavoro.

Da qui la duplice valenza della formazione quale strumento preventivo a tutela della salute e sicurezza del lavoratore.

5.2.1 Il mondo della scuola

Il principale strumento per la diffusione della cultura della sicurezza prevede il diretto coinvolgimento del mondo della scuola. Coinvolgimento perseguito ed attuato nel progetto "*Integrazione della sicurezza nei curriculum scolastici*", coerente e sinergico con lo spirito che ha condotto nel 2011 all'intesa tra la Regione Lombardia e l'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia, per la realizzazione della rete delle Scuole che promuovono Salute ispirata al network europeo "*School for Health in Europe*".

Il progetto è stato avviato all'interno del Piano 2011-2013 e si è sviluppato nella cornice normativa definita dalla Legge Regionale 6 agosto 2007, n. 19 "Norme sul sistema educativo di istruzione e formazione della Regione Lombardia".

Obiettivo del progetto è sostenere gli insegnanti nel loro ruolo di leader educativo con riguardo alla specifica area della SSL, individuando buone prassi/vademecum - diversi per cicli scolastici e differenti per licei, istituti tecnici e scuole professionali - in grado di guidarli in un percorso verticale di sviluppo delle competenze SSL. E' un obiettivo ambizioso, che punta a:

- integrare il tema della sicurezza in maniera trasversale lungo tutto il percorso scolastico;
- sviluppare competenze chiave orientate alla sicurezza in allievi e personale scolastico, secondo le regole dell'apprendimento orientato all'esperienza.

L'ambiente scolastico infatti rappresenta il luogo ideale nel quale strutturare, articolare e approfondire la cultura della sicurezza e della salute affinché nelle nuove generazioni questo concetto venga radicato e diventi stile di vita.

5.2.2 Il mondo del lavoro

La matura applicazione del D.Lgs 81/08 e degli Accordi Stato Regioni in materia di formazione SSL, impongono una valutazione di efficacia ed efficienza per affrontare, con la serietà dovuta, un programma continuo di verifica, per constatare il livello di trasformazione e affermazione della cultura della sicurezza dei lavoratori e degli imprenditori. Si propongono alcuni strumenti operativi quali:

- funzione di supporto delle pari sociali nella formazione valorizzando possibili collaborazioni tra OPP e Istituzioni;
- individuazione di indicatori di qualità per la formazione per la sicurezza sul lavoro;
- sperimentazione del libretto formativo del cittadino.

5.3 Modello organizzativo del Sistema Integrato

Il modello organizzativo proposto resta quello fin qui praticato, fondato sui principi della responsabilità condivisa che:

- valorizza l'espressione del consenso sociale e garantisce un'ampia partecipazione delle parti sociali e delle Istituzioni con competenze in SSL;

- consente il pieno coinvolgimento di tutti gli attori competenti per gli aspetti di SSL sia nella fase di individuazione di priorità ed obiettivi, sia nella fase di valutazione del guadagno di salute conseguito.

L'esperienza ad oggi condotta consente di affermare con forza che il processo per affrontare e risolvere i bisogni di SSL inizia con la realizzazione della "peer network", la "rete di pari". Istituzioni, Associazioni datoriali e sindacali danno vita ad una piattaforma collaborativa che permette di affrontare, in modo interattivo, la soluzione dei problemi dei lavoratori, dei datori di lavoro e degli organi di vigilanza. Si lavora attorno ad un bisogno condiviso, sul quale sono convogliate energie (e risorse anche finanziarie)¹².

La "rete lombarda di pari" è composta dalla pluralità di nodi, rappresentati in **Cabina di regia** e nel **Comitato Regionale di Coordinamento art. 7 DLgs 81/08**, intersecati tra loro e paritari, in grado di rendere fluida e decentralizzata la prevenzione nei luoghi di lavoro. E' un sistema nel quale ciò che viene prodotto è frutto della cooperazione di tutti e reso disponibile quale risorsa comune. Vi è una partecipazione diretta al processo decisionale fondata sulla motivazione data dalla convergenza di interessi.

La rete dei pari trova concretezza nello strumento della **cooperazione applicativa tra gli archivi informativi** delle Istituzioni con competenza in materia SSL.

Nel periodo di vigenza del presente *Piano*, si propone di perfezionare il presente modello con azioni che contribuiscano a:

- valorizzare il ruolo assegnato alla Cabina di regia nella scelta degli obiettivi specifici, nonché nella valutazione del mandato, nel monitoraggio dell'attività e nella validazione dei documenti elaborati dai Laboratori di approfondimento;
- rafforzare il legame tra il Comitato Regionale ed i Comitati Provinciali di Coordinamento, sia in riferimento alla definizione delle priorità di intervento che alla verifica dei risultati, consentendo la conoscenza e l'analisi critica delle azioni svolte nei territori;
- sostenere, nell'organizzazione dei Laboratori, un impianto per fattori di rischio ed un approccio operativo orientato alla soluzione di problemi.

5.3.1 Cabina di regia

Alla Cabina di regia, sin dalla sua istituzione, sono state assegnate funzioni di programmazione e monitoraggio delle attività necessarie a conseguire gli obiettivi fissati nei *Piani*. La Cabina ha altresì svolto un ruolo strategico nell'individuazione di specifici bisogni e nella validazione di linee di indirizzo e vademecum elaborati dai Laboratori¹³. Si propone che l'attuale *Piano* renda più diretto l'affidamento di programmi operativi dalla Cabina di regia agli specifici Laboratori di approfondimento, riservando una riunione esclusivamente alla formalizzazione di questi mandati. La Cabina di regia continua, altresì, ad esercitare la funzione di verifica dell'operato dei Laboratori di approfondimento e di validazione dei documenti prodotti, attraverso specifiche audizioni.

La durata quinquennale della pianificazione 2014-2018, non solo richiede verifiche intermedie del raggiungimento degli obiettivi, ma consente di avviare un processo di valutazione partecipata degli effetti della politica regionale in materia di SSL. Risulta opportuno costruire in Cabina il percorso che consenta di verificare se e come sono state attuate le politiche regionali e di comprendere in che misura queste hanno portato benefici alla collettività ed ai lavoratori. Si andrebbe così a praticare, sperimentalmente, una nuova forma di controllo che, alle forme tradizionali di attività ispettiva, affianca il controllo sugli effetti generati dagli interventi realizzati.

5.3.2 Comitato di Coordinamento

L'attività del Comitato regionale di coordinamento è definita dal D.Lgs 81/2008 e dal DPCM 21 dicembre 2007.

Il Comitato lombardo ha perseguito l'obiettivo di realizzare una programmazione coordinata degli interventi di controllo, favorendo il confronto tra gli organismi con competenza in materia in apposite riunioni ed allargando l'utilizzo del sistema informativo I.M.Pre.S.@, in particolare, per l'area prioritaria delle costruzioni, alle DTL e ai Comitati Paritetici per l'Edilizia (attraverso il Modulo Inserimento Controlli (MIC)). Il Comitato ha, altresì, assolto la funzione di ascolto delle criticità espresse a livello provinciale, per un loro positivo superamento, e di valorizzazione delle esperienze locali in coerenza agli indirizzi regionali.

Nel prossimo quinquennio, anche con riguardo all'evento EXPO, si rende necessario potenziare il raccordo tra il Comitato regionale e i Comitati Provinciali, affinché si crei una reale sinergia tra gli indirizzi programmatori condivisi in Regione e l'operatività dei DPM e degli altri organi ispettivi locali, perfezionando il flusso informativo interdirezionale, in grado peraltro di sostenere le esperienze territoriali.

5.3.3 Laboratori di approfondimento

Il presente *Piano* richiede, come già in passato, che si affidino a **Laboratori di approfondimento (LAp)** programmi e azioni che concorrano al raggiungimento degli obiettivi strategici.

I LAp sono il punto di partenza ottimale per aggregare portatori di conoscenza, tecnici, scientifici, accademici, attorno ad un rilevante ed urgente problema, condiviso e non ancora risolto, complesso, interdisciplinare e di importanza prospettica. Al LAp viene affidato il compito di elaborare soluzioni o di produrre conoscenze innovative, formali, modellizzate, originali, ma sempre pratiche, concrete e applicabili, attraverso opportune modulazioni, ai differenti contesti di riferimento.

Affidare al LAp l'individuazione della soluzione del problema, consentendo così il raggiungimento dell'obiettivo, avvia un processo che arricchisce l'intero Sistema della Prevenzione, promuovendone l'interazione con il contesto culturale e sociale in cui è immerso: lo scambio culturale che avviene all'interno del Laboratorio arricchisce il patrimonio di idee e di opinioni di tutti gli Enti rappresentati, stimolando, nel contempo, la ricerca di procedure e strumenti pratici per il superamento di criticità.

A partire dall'analisi dei dati di contesto, alla luce delle indicazioni europee e dei determinanti negli accadimenti infortunistici, nonché nell'insorgere delle malattie professionali, l'efficacia dell'intervento preventivo va ricercata nell'azione di sistema che induce ad una pianificazione degli interventi correttivi non più per singolo comparto o settore di attività, ma aggredendo l'evento alla sua origine, quindi per causa di accadimento.

Ne consegue l'individuazione degli ambiti di attività dei LAp in relazione, principalmente, alle categorie di rischio, privilegiando l'ap-

¹² Ad oggi, è possibile citare i seguenti esempi di concretizzazione della piattaforma collaborativa:

- la redazione della Circolare regionale sulla applicazione degli Accordi Stato/Regioni in tema di formazione DDL-RSPP e lavoratori, dirigenti e preposti,
- la redazione della Circolare regionale sulla applicazione dell'Accordo Stato/Regioni in tema di abilitazione all'uso di attrezzature di lavoro per le quali è richiesta una specifica abilitazione degli operatori,
- la realizzazione del progetto "Integrazione della SSL nei curricula scolastici"
- la creazione del servizio telematico per le notifiche di cantiere e, di recente avvio, per la trasmissione dei piani di lavoro per la bonifica amianto.

¹³ Le linee di indirizzo e i vademecum descrivono modalità operative a superamento dei rischi, a sostegno delle attività ispettive, a individuazione di soluzioni organizzative o procedurali coerenti con la normativa vigente e con le norme di buona tecnica ai fini del miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro attraverso la riduzione dei rischi e il miglioramento delle condizioni di lavoro.

proccio trasversale a quello per settore di attività.

Partendo da tali presupposti, nel seguito, sono posti in rassegna i LAP ed una sintetica descrizione dei fattori salienti che li connotano.

- Il tema del "benessere organizzativo" è ormai da tempo argomento di attenzione. La motivazione, la collaborazione, il coinvolgimento, la corretta circolazione delle informazioni, la flessibilità e la fiducia delle persone sono tutti elementi che portano a migliorare la salute dei lavoratori: "va garantita alle nostre generazioni e a quelle future una vita in salute di ottima qualità anche attraverso modelli organizzativi adeguati. [...] ridurre le disuguaglianze ... sarà altrettanto importante essere in grado di favorire un invecchiamento attivo e in buona salute onde garantire una coesione sociale e una produttività più elevata"¹⁴.

LAp	Descrizione
Patologie da sovraccarico biomeccanico	Nei Paesi UE, i disturbi muscoloscheletrici costituiscono il problema sanitario più comune legato al lavoro. La prevenzione delle patologie muscolo scheletriche, a causa dell'innalzamento dell'età lavorativa e quindi dell'invecchiamento della forza lavoro, è prioritaria. E' quindi essenziale, differenziando per genere : a. prevenire ed evitare l'incapacità lavorativa a lungo termine; b. sensibilizzare l'opinione pubblica sulle malattie osteoarticolari organizzando campagne d'informazione e di educazione pubbliche sulla prevenzione e la cura di tali patologie; c. mantenimento delle capacità, reintegrazione e riabilitazione dei lavoratori che hanno sviluppato patologie muscolo-scheletriche sul lavoro.
Ruolo SPP nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie	Tenuto conto dei dati di riscontro anche in ordine agli indici infortunistici e alle malattie professionali, permane la necessità di dare risposte concrete ai bisogni di questo specifico comparto lavorativo, interessato peraltro da repentini cambiamenti in termini di modelli organizzativi e innovazione tecnologica ed in cui i fenomeni, quali la differenza di genere e l'invecchiamento della popolazione lavorativa, assumono particolare rilievo e necessaria attenzione sia relativamente gli aspetti di contenuto del lavoro (burn-out) che di contesto (conciliazione casa/lavoro, lavoro a turni, ...). Non di meno gli aspetti sia di prevenzione che di protezione hanno specifiche e peculiari connotazioni, assumendo impatto e rilievo significativo sia in ordine alla qualità delle cure e delle prestazioni erogate, che della tutela anche di terzi (pazienti/utenti). Tenuto conto dell'efficace percorso già attivato nel quinquennio precedente il Lap è chiamato ad operare in forte coordinamento con gli altri Laboratori, con particolare riguardo alle esigenze di formazione.
Stress Lavoro-correlato	Lo stress lavoro-correlato è causa di preoccupazione e merita attenzione per le sue conseguenze sulla salute. In base alle ultime due indagini della Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro di Dublino, tra i lavoratori dell'Unione europea il problema «stress» risulta al primo posto, assieme ai disturbi muscolo-scheletrici. Meritano attenzione anche le problematiche legate a danni psicologici e fisici correlati all'assenza di lavoro (non solo lavoro precario, ma anche <i>lavoro che non c'è</i>). Con l'avvio del progetto CCM 2013 "Modelli di intervento per la valutazione e la gestione dello stress lavoro-correlato" che individua in Regione Lombardia un'Unità Operativa del progetto, il LAP sarà chiamato a svolgere attività di sostegno e supporto alla realizzazione di specifiche azioni.

Il tema della differenza di genere nella valutazione dei rischi, di cui all'art. 28, comma 1, del DLgs 81/2008, sarà oggetto, a cura delle Consigliere di Parità di Regione Lombardia di un progetto dedicato di action research. La sua progettazione, il suo sviluppo ed i suoi esiti saranno ricondotti alla Cabina di regia, allo scopo di fornire spunti ed approfondimenti utili ai LAP dedicati alla predetta area tematica.

- Il Sistema Informativo regionale della Prevenzione è uno strumento per l'emersione dei cluster di patologie per aziende critiche. Occorre, con azioni precise, indagare le esposizioni "dell'oggi", ossia i rischi noti e consolidati (ad esempio esposizione a polveri di legno duro o di cuoio) che quelli meno controllati (IPA ancora presenti in molti ambiti lavorativi; metalli per le saldature e tagli a caldo di acciaio alto-legato con cromo, nickel, cadmio; solventi per miscelazione e impiego di vernici).

LAp	Descrizione
Tumori professionali	E' prioritario conseguire il riconoscimento, la prevenzione e la cura delle malattie professionali. Fondamentale il miglioramento dei sistemi di registrazione e denuncia. E' quindi essenziale garantire: a. l'uniforme e ottimale disponibilità di strutturazione informatica per l'utilizzo del Sistema Ma.P.I. in Person@. Sistema Informativo Regionale che raccoglie ed organizza le informazioni sanitarie riferite allo stato di salute/malattia delle persone/lavoratori residenti in Lombardia ed occupati nelle aziende; b. la piena funzionalità del Centro Operativo Regionale COR (dgr IX/4527 del 19/12/2012), cioè dell'attività di sorveglianza epidemiologica con l'obiettivo di individuare ogni anno nuovi casi d'origine professionale, anche mediante modelli di ricerca attiva, come OCCupational Cancer Monitoring (OCCAM), inserito, quale funzionalità, in Person@; c. l'utilizzo dei dati raccolti in I.M.Pre.S@ e Person@ ai fini del miglioramento della programmazione e pianificazione delle attività. In specifico riguardo al tema amianto deve essere: • rafforzata la sorveglianza sanitaria, fissando obiettivi territoriali/regionali, in particolare per i nuovi esposti (bonificatori, manutentori, installatori, addetti alle pulizie,...); • promosso un sistema omogeneo di indagine sanitaria, anche con l'adozione di nuovi strumenti di indagine.

Il tema amianto è anche oggetto di impegno regionale teso a:

- costruire un percorso che coinvolga, accanto alla DG Salute, la DG Ambiente, Energia e Sviluppo Sostenibile nel rispetto del principio della intersettorialità. Tale integrazione deve sviluppare azioni diverse per competenza, ma interconnesse per finalità;
- perfezionare i flussi informativi in coerenza con la dgr IX/3913 del 6 agosto 2012 "Attività inerenti alla messa a sistema delle fonti di informazione sulla presenza di amianto in Lombardia finalizzata al monitoraggio della relativa bonifica (di concerto con gli Assessori Belotti e Raimondi)".

- Importante è integrare la valutazione del rischio chimico, effettuata da parte delle aziende ai sensi del D.Lgs 81/2008, con le indicazioni dei Regolamenti Europei n.1907/2006 (REACH), n. 1272/2008 (CLP) e n. 453/2010 (SDS).
 Gli aspetti operativi derivanti dall'implementazione dei suddetti regolamenti in relazione alla prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro rivestono assoluta rilevanza in ordine alla riorganizzazione delle attività di ispezione e vigilanza sul territorio del sistema della prevenzione.
 Il continuo confronto tra "sistema della prevenzione" e imprese costituisce elemento fondamentale di dialogo per addivenire a linguaggi comuni e condivisi finalizzati all'ottenimento efficace ed efficiente della tutela della salute nei luoghi di vita e di lavoro. La "comunicazione del rischio", ed ovviamente di tutti i determinanti di quest'ultimo (pericolo, esposizione, danno), lungo la filiera di approvvigionamento secondo l'approccio "bottom to top" riveste altresì un importante obiettivo da perseguire nell'immediato prossimo futuro. Va da sé che gli sforzi più rilevanti andranno orientati alla piccola e media impresa, cogliendo le criticità conseguenti l'implementazione dei regolamenti indicati, anche in considerazione della estesa prevalenza sul territorio regionale di questa tipologia produttiva a ridotte dimensioni e delle difficoltà anche di comunicazione lungo la filiera di approvvigionamento.

LAp	Descrizione
Rischio chimico	<p>Obiettivo affidato al laboratorio è:</p> <p>a. versante imprese: fare il punto sulla qualità della valutazione del rischio chimico effettuata da parte delle aziende, ai sensi del DLgs 81/2008, esaminando ed integrando l'evoluzione della materia in seguito all'attuazione dei Regolamenti Europei n.1907/2006 (REACH), n. 1272/2008 (CLP) e n. 453/2010 (SDS);</p> <p>b. versante organo di controllo: indirizzare e supportare il sistema della prevenzione favorendo il massimo livello di integrazione tra le numerose professionalità necessarie (oltre ai TDP e ai medici del lavoro ed igienisti, i dirigenti chimici, gli ingegneri, i biologi, i fisici ecc) all'interno del DPM e i Laboratori di Sanità Pubblica agevolando, laddove disponibili, anche dell'eventuale supporto specialistico delle UO OML. A quest'ultime non competono dirette attività di controllo ma esse hanno ruolo per fornire adeguato know-how e supporto specialistico al territorio verso i compiti di controllo previsti dai regolamenti sopra indicati secondo specifiche esigenze che le ASL riterranno necessarie, mantenendo quel ruolo di vigilanza che loro compete in forza dell'organizzazione del servizio sanitario regionale. Risulta altrettanto necessaria quella integrazione tanto auspicata dal territorio e dalle norme in tema di semplificazione tra le attività di controllo di ARPA Lombardia e le ASL Lombarde.</p>

- In attuazione dei Piano nazionali di settore, vi è la necessità di coniugare l'attività di indirizzo, informazione e formazione con quella di vigilanza e controllo, misurandosi sui risultati attesi, sia sul piano organizzativo che sul piano dell'efficacia.

LAp	Descrizione
Agricoltura	<p>Attività di coordinamento nel recepimento, a livello regionale, delle indicazioni del PN Agricoltura e del Piano d'azione Nazionale per l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari. Sviluppo di attività di monitoraggio per verificare il livello di conseguimento degli obiettivi prefissati</p> <p>Partecipazione strutturata e qualificata ai gruppi di lavoro nazionali e sviluppo di esperienze pilota di approfondimento su temi di particolare interesse regionale (es. rapporto con veterinari, rischio biologico, sorveglianza sanitaria, ...).</p>
Costruzioni	<p>Attività di coordinamento nel recepimento, a livello regionale, delle indicazioni del PN Edilizia. Promozione di controlli coordinati tra le ASL e le Direzioni Provinciali del lavoro a partire dalle notifiche on line. Coordinamento dell'attività di vigilanza nei cantieri EXPO2015</p>

- Il fenomeno degli incidenti stradali in occasione di lavoro rappresenta una quota rilevante degli infortuni gravi o mortali accaduti sul territorio regionale e tuttavia è sottostimato nei numeri e non ancora analizzato nel dettaglio da parte dei molti interlocutori istituzionali che hanno competenze in materia. La mancanza di una visione di insieme del fenomeno infortunistico rende difficile la programmazione di iniziative strategiche a carattere preventivo, che il laboratorio si propone di individuare.

LAp	Descrizione
Infortuni stradali in occasione di lavoro	<p>Attività di analisi del fenomeno infortunistico, con particolare attenzione alle cause e circostanze correlate al lavoro degli incidenti stradali (es. comportamento dei guidatori, stato del mezzo, organizzazione del lavoro).</p> <p>Attivazione di sinergie con il Centro Regionale di governo e monitoraggio della Sicurezza Stradale (coordinato dalla DG Sicurezza, Protezione civile e Immigrazione), per la fruizione dei dati (a fini analitici del fenomeno) e la diffusione di best practice.</p> <p>Attività di coordinamento nel recepimento, a livello regionale, delle indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2016 in corso di emanazione, relative alla sicurezza stradale.</p> <p>Attività di progettazione e promozione di azioni formative e di iniziative volte a sperimentare soluzioni innovative e strumenti di natura organizzativa e gestionale.</p> <p>Attività di formazione degli operatori dei soggetti istituzionali competenti ad intervenire in seguito agli incidenti stradali, volti a sensibilizzarli per una corretta interpretazione delle cause e circostanze correlate al lavoro.</p>

Si evidenzia la duplice valenza dell'attività dei LAP: da un lato l'approfondimento tecnico di una particolare problematica può esitare in indicazioni (linee guida, indirizzi operativi, vademecum) direttamente rivolti alle aziende; dall'altro l'approfondimento tecnico può anche risolversi in indicazioni agli organi di vigilanza e controllo delle ASL per modalità comuni di attuazione sia dei compiti specifici che di attività di supporto e accompagnamento alle imprese (vedi ad es: la responsabilità sociale d'impresa, la promozione della salute nei luoghi di lavoro, i progetti sperimentali per la formazione dei lavoratori, ..).

In esito al contesto lombardo, all'esperienza fin qui maturata in tema SSL, si propone di confermare i singoli LAP, prevedendo l'individuazione del:

- Referente, responsabile del LAP, interfaccia con la UO Governo della Prevenzione e Tutela Sanitaria, che calendarizza tempi e fasi di lavoro ed invia periodici report;

- il Facilitatore, esperto riguardo allo specifico problema;
- il Segretario, con funzioni di segreteria (convocazione e verbali riunioni, organizzazione eventi).

A rinforzo dell'attività affidata ai LAP e con un'azione che si sviluppa trasversalmente a tutte le tematiche oggetto di approfondimento, si istituisce l'**Aula di Progettazione Informatica (API)** alla quale è affidato:

- l'utilizzo del patrimonio informativo, che origina dal dialogo tra i sistemi I.M.Pre.S@ e Person@, funzionale alla conoscenza dei danni e dei rischi per l'acquisizione di elementi conoscitivi propri dell'**analisi di contesto funzionale alla programmazione delle azioni**;
- la messa a regime dello strumento informatico, in particolare i moduli Ma.PI ed OCCAM, funzionali ad innalzare il grado di cooperazione tra archivi e soggetti a vantaggio di un incremento del grado di denuncia delle malattie professionali;
- la predisposizione periodica di report contenenti dati di monitoraggio regionale per favorire confronti tecnici tra professionisti e parti sociali all'interno della Cabina di regia anche al fine di sviluppare nuove domande a favore, se del caso, di un ri-orientamento delle attività di controllo;
- lo studio degli assetti di sistema con particolare attenzione all'integrazione con altre banche dati e alle funzionalità di accesso da parte degli aventi diritto;
- la progettazione di nuove funzionalità a perfezionamento del disegno affinché sia sempre più completa l'osservazione della realtà imprenditoriale e lavorativa.

Richiamato l'obiettivo specificatamente indicato al punto 3.3 Formazione salute e sicurezza, è istituito in seno alla Cabina di regia il **TAVOLO F** che, nel rispetto delle competenze proprie della DG Istruzione, Formazione e Lavoro ed in stretta collaborazione con essa, risponde alle esigenze di dare concrete e solutive risposte a elementi prioritari, quali:

- semplificazione delle disposizioni previste dagli Accordi Stato/Regioni;
- riconoscimento della formazione dei lavoratori stranieri in occasione di eventi, quali ad esempio EXPO2015;
- riconoscimento della formazione erogata a lavoratori;
- "integrazione SSL nei curricula scolastici" per garantire il riconoscimento delle competenze in materia di salute e sicurezza acquisite dagli studenti delle scuole lombarde quale formazione (tramite attestato) ex art. 37, D.Lgs 81/08;
- individuazione di risorse economiche per la formazione a supporto delle imprese.

6. RISORSE

Il Piano, attraverso sinergie con le istituzioni e le parti sociali, si prefigge di valorizzare, quali risorse fruibili dall'intero sistema regionale della prevenzione, le iniziative ed i contributi delle Istituzioni e delle Associazioni datoriali e sindacali, progettate e realizzate autonomamente, in un ottica di sistema. Il conseguimento degli obiettivi è correlato alle risorse disponibili e la loro condivisione all'interno di un sistema accresce le possibilità di successo.

Una corretta individuazione ed un efficace utilizzo di risorse umane, tecnologiche, economiche concorre al raggiungimento degli obiettivi.

Le risorse umane rappresentano un importante e critico fattore di crescita e sviluppo del sistema regionale della prevenzione in relazione sia al progressivo invecchiamento della popolazione lavorativa, sia al collocamento a riposo del personale, sia ai vincoli dell'attuale normativa in ordine al pubblico impiego.

L'attività formativa rappresenta uno strumento fondamentale per la crescita e l'aggiornamento delle competenze in carico agli operatori dei servizi PSAL. Grazie ad una mirata programmazione dell'attività formativa da parte delle istituzioni, è possibile riqualificare l'attività di vigilanza e controllo e perfezionare interventi a supporto delle aziende e di un'azione di promozione e valorizzazione di buone prassi esistenti.

Le risorse tecnologiche, quali quelle informatiche, migliorano l'efficienza dell'attività e degli interventi svolti dagli operatori.

I proventi delle sanzioni amministrative pecuniarie in materia di prevenzione cui gli operatori di vigilanza dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione Medica delle ASL procedono ai sensi di quanto previsto dalla L. 689/81, e ai sensi dell'art. 21, comma 2, primo periodo del DLgs 758/94, anche in coerenza con l'art. 13 comma 6 del DLgs 81/08, sono destinati ai medesimi DPM delle ASL per finanziare l'attività di prevenzione.

Annualmente gli obiettivi di cui al presente Piano regionale, sono declinati in azioni, di controllo e assistenza, aggiuntive ai LEA. Con la definizione degli "obiettivi aziendali di interesse regionale dei direttori generali [...]" (documento delle Regole) e con atti successivi, sono individuate le risorse utili alla realizzazione delle predette azioni.

APPENDICE

1. RISULTATI DELLA STRATEGIA REGIONALE 2011-2013

- 1.1 Infortuni sul lavoro
- 1.2 Malattie professionali
- 1.3 Monitoraggio attività di prevenzione

2 RAZIONALE

- 2.1 Contesto socio-occupazionale
- 2.2 Contesto normativo

3 INDICE BUONE PRATICHE DECRETATE

1. RISULTATI DELLA STRATEGIA REGIONALE 2011-2013

Regione Lombardia con il Piano 2014-2018 ha sviluppato strategie di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori a partire dai risultati conseguiti in attuazione degli interventi promossi dal precedente Piano. Il presente report illustra gli esiti dell'attività di prevenzione relativamente agli anni 2011 e 2012, non disponendo, oggi, dei dati afferenti l'anno 2013.

1.1 Infortuni sul lavoro

Indicatori di risultato assunti da Regione Lombardia nel triennio 2011-2013, sono la riduzione del 15% del tasso complessivo d'incidenza degli infortuni sul lavoro denunciati (base dati: INAIL 2009) e la riduzione del 10% del numero assoluto degli infortuni mortali. I dati di seguito illustrati hanno quali fonti dati di riferimento INAIL, ISTAT e INPS. Il calcolo dei tassi infortunistici è stato effettuato tenendo conto del ricorso alla Cassa Integrazione Guadagni (CIG), in termini sia di ore autorizzate che di ore effettivamente utilizzate dalle imprese.

Dalle banche dati statistiche INAIL è stato acquisito il numero di infortuni denunciati per anno (2009-2012) per tutte le gestioni in occasione di lavoro, in ambiente di lavoro ordinario - Italia e Lombardia.

Dal Data Warehouse ISTAT è stato acquisito il numero medio di occupati per anno (2009-2012) e il settore di attività economica (agricoltura, industria comprese le costruzioni e i servizi) e posizione; dal Data Warehouse INPS è stata acquisita la stima numerica degli occupati calcolata sulla base delle ore di CIG totale (CIG in deroga + CIG ordinaria + CIG straordinaria) autorizzate per anno in Italia e in Lombardia e, infine, è stato acquisito il dato relativo al tiraggio (percentuale di utilizzo effettivo delle ore autorizzate) per anno - Italia.

I dati acquisiti sono sistematizzati in tabella 1.

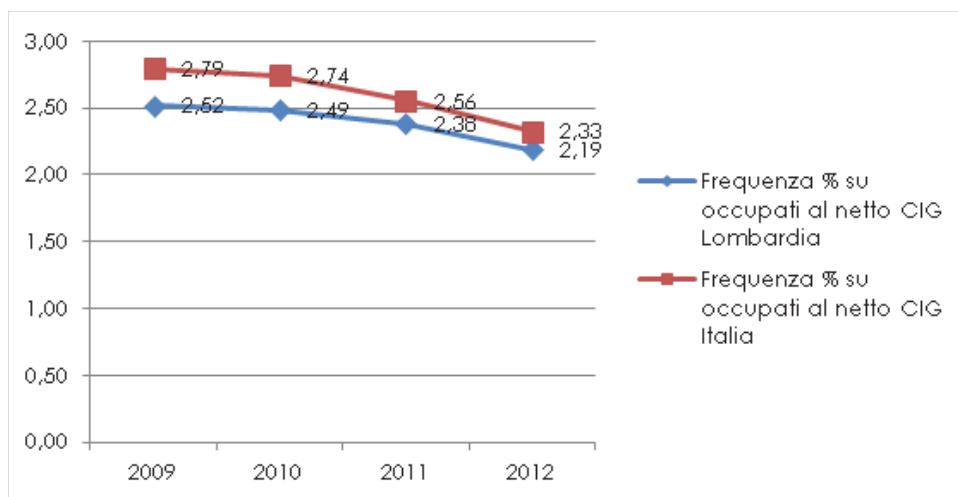
Tabella 1: frequenze infortunistiche per anno (2009-2012), stima occupati reali e variazioni percentuali tassi infortunistici anni 2010, 2011, 2012 su base dati 2009 Lombardia/Italia

Territorio		2009	2010	2011	2012
LOMBARDIA	Occupati per agricoltura, industria (comprese le costruzioni e servizi). Media annua.	4.299.722	4.273.140	4.272.998	4.279.825
	Infortuni - denunciati - in complesso - tutte le gestioni - in occasione di lavoro - ambiente di lavoro ordinario	105.453	104.952	100.585	92.594
	Stima n. lavoratori effettivamente in CIG Lombardia	117.035	53.463	54.1945	49.382
	Stima n. occupati al netto CIG Lombardia (occupati reali)	4.182.687	4.219.677	4.218.803	4.230.443
	Stima frequenza infortuni in % su occupati al netto CIG	2,52	2,49	2,38	2,19
	Stima variazione % tassi infortunistici anni 2010, 2011, 2012 sul 2009			-1	-5
ITALIA	Occupati per agricoltura, industria (comprese le costruzioni e servizi). Media annua.	23.491.500	23.342.100	23.438.800	23.374.700
	Infortuni - denunciati - in complesso - tutte le gestioni - in occasione di lavoro - ambiente di lavoro ordinario	646.037	633.171	592.876	537.521
	Stima n. lavoratori effettivamente in CIG Italia	361.705	263.937	240.070	270.747
	Stima n. occupati al netto CIG Italia (occupati reali)	23.129.795	23.078.163	23.198.730	23.103.953
	Stima frequenza infortuni in % su occupati al netto CIG	2,79	2,74	2,56	2,33
	Stima variazione % tassi infortunistici anni 2010, 2011, 2012 sul 2009			-2	-9

In grafico 1 sono rappresentati i tassi relativi agli infortuni lavorativi, ovvero infortuni occorsi in occasione di lavoro e ambiente di lavoro ordinario, verificatisi e denunciati a INAIL per gli anni 2009-2012 per tutte le gestioni, confronto Lombardia/Italia.

Come si può osservare, per tutti gli anni esaminati, i tassi infortunistici regionali si attestano su valori inferiori rispetto a quelli nazionali.

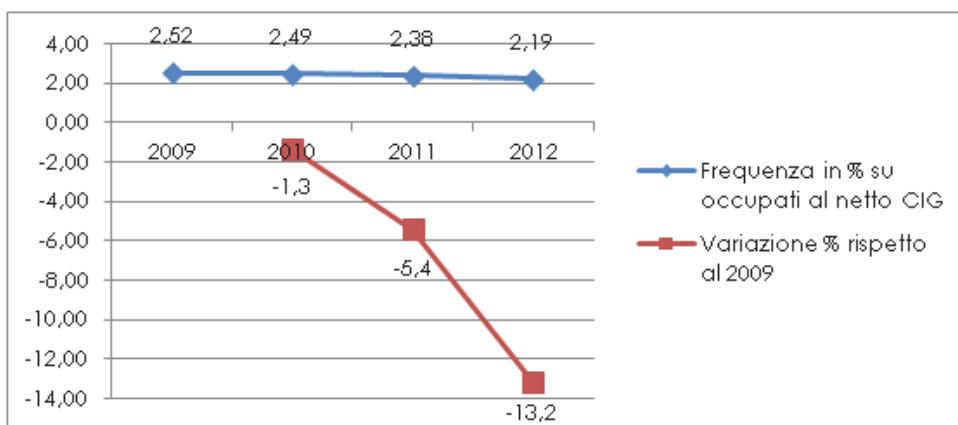
Grafico n. 1 Infortuni denunciati a INAIL occorsi in occasione di lavoro e in ambiente di lavoro ordinario sul numero di occupati stimati al netto CIG (valore in %), anni 2009-2012, confronto Lombardia/Italia



In grafico 2 sono rappresentati i tassi di infortuni lavorativi verificatisi in Lombardia e denunciati a INAIL negli anni 2009-2012 per tutte le gestioni e la loro variazione percentuale su base dati 2009.

Si evidenzia il costante decremento percentuale dei tassi negli anni, fino a toccare una variazione percentuale pari a -13,2 nel 2012 sul 2009. La stima del numero degli occupati al netto CIG è stata effettuata utilizzando il dato di tiraggio nazionale (60,4% nel 2009; 51,9% nel 2010; 54,4% nel 2011; 53,2% nel 2012).

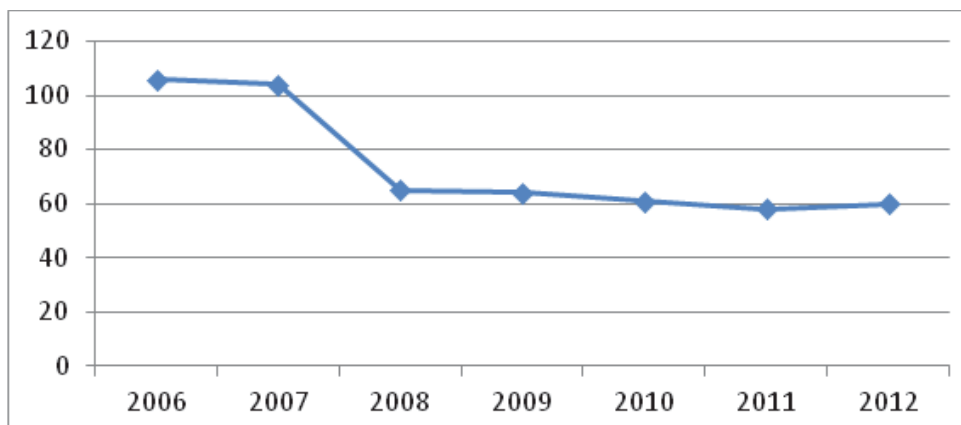
Grafico n. 2 Infortuni denunciati a INAIL occorsi in occasione di lavoro e in ambiente di lavoro ordinario sul numero di occupati stimati al netto CIG (valore in %), anni 2009-2012, regione Lombardia e variazione percentuale anni 2010-2012 sul 2009.



Il monitoraggio degli eventi infortunistici con esito mortale, alimentato dai servizi PSAL del Dipartimento di Prevenzione Medico delle ASL e pubblicato mensilmente sul sito web della Direzione Generale Salute di Regione Lombardia (www.regione.lombardia.sanita.it), fornisce un quadro sintetico del fenomeno.

A partire dall'anno 2006 si è assistito a una continua contrazione, decisa nel primo biennio (-37%), lieve nel periodo 2008-2009 (-1,5%) e costante negli ultimi anni (-2% circa).

Grafico 3 : eventi infortunistici con esito mortale accaduti nel periodo 2006-2012



I decessi causati da eventi infortunistici accaduti sul lavoro nel 2012 sono stati 60 (di questi, due decessi sono avvenuti nei primi due mesi del 2013), mentre quelli 2011 sono 58. Nel biennio segnalato si registra quindi una lieve flessione, in linea con il trend del periodo di vigenza del Piano regionale 2008-2010. In Tabella 2, i dati riferiti ai singoli anni, sono descritti in relazione al comparto in cui l'evento si è verificato.

Tabella 2: infortuni mortali in Lombardia nel periodo 2008 - 2012 Disaggregazione per macrocategoria merceologica

periodo	anno	totale	comparto				
			agricoltura	costruzioni	industria	trasporti/logistica	altro
gen/dic	2012	60	11	23	16	1	9
	2011	58	15	20	16	5	2
	2010	62	9	19	19	10	5
	2009	64	10	31	17	3	3
	2008	66	21	16	20	3	6

Il comparto con il maggior numero assoluto di infortuni mortali si conferma, anche per il 2012, quello delle Costruzioni, seguito da quelli dell'Industria manifatturiera e dell'Agricoltura. Il settore che ha fatto registrare l'aumento percentuale 2012/2011 più marcato è quello indistinto "altro", nel quale si collocano 9 eventi di cui 5 nel commercio. Dei 60 lavoratori vittime di infortuni accaduti nel 2012, uno è di sesso femminile. Le tabelle seguenti ne descrivono le caratteristiche relativamente a:

Tabella 3: nazionalità e sesso

nazionalità	sesto M	sesto F	totale	%
albanese	2		2	3,3%
croata	1		1	1,7%
egiziana	2		2	3,3%
indiana	1		1	1,7%
italiana	46	1	47	78,3%
rumena	2		2	3,3%
ucraina	1		1	1,7%
straniera	4		4	6,7%
Totale	59	1	60	100%

Tabella 4: rapporto di lavoro e sesso

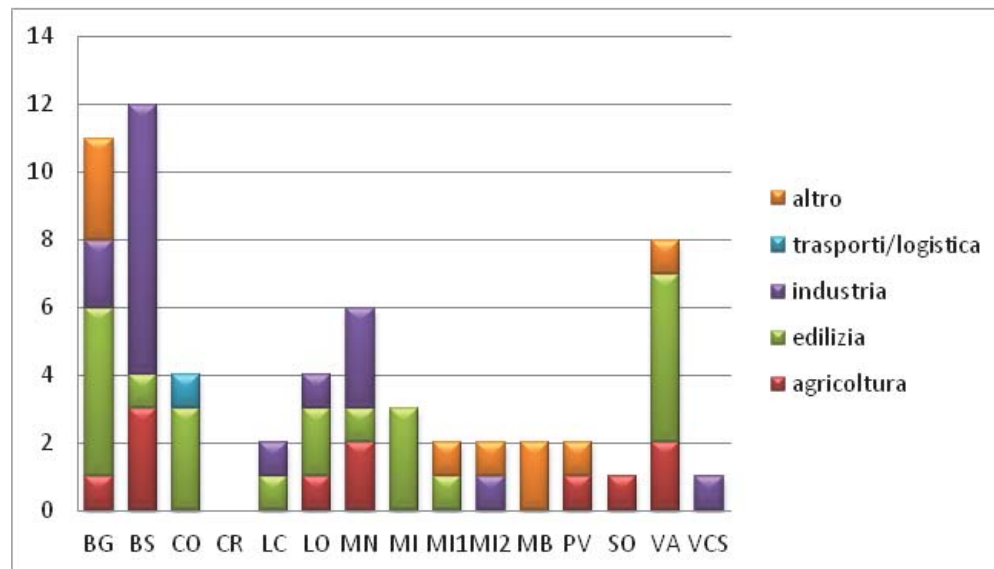
Rapporto lavoro	sesto M	sesto F	totale	%
A- Dipendente a tempo indeterminato	26	1	27	45,0%
B- Autonomo senza dipendenti - Titolare senza dipendenti	6		6	10,0%
C- Autonomo con dipendenti - Titolare con dipendenti	5		5	8,3%
E- Socio(anche di cooperative/lavoratore)	11		11	18,3%
G- Irregolare	4		4	6,7%
H- Pensionato	3		3	5,0%
- Collaboratore a progetto	1		1	1,7%
- Titolare (con e senza dipendenti)	3		3	5,0%
Totale	59	1	60	100

Tabella 5: rapporto di lavoro e fascia di età

Rapporto lavoro	15-24 anni	25-54 anni	> 55 anni	totale
A- Dipendente a tempo indeterminato	1	23	3	27
B- Autonomo senza dipendenti - Titolare senza dipendenti		5	1	6
C- Autonomo con dipendenti - Titolare con dipendenti		5		5
E- Socio(anche di cooperative/lavoratore)		5	6	11
G- Irregolare		2	2	4
H- Pensionato			3	3
- Collaboratore a progetto			1	1
- Titolare (con e senza dipendenti)		2	1	3
Totale	1	42	17	60

Analizzando i dati disaggregati per territorio/ASL si conferma che nella ASL di Brescia (12 eventi) e nella ASL di Bergamo (11 eventi) si è verificato il maggior numero di infortuni con esito mortale. Nel grafico seguente la distribuzione territoriale per comparto

Grafico 4: Eventi mortali 2012: distribuzione territoriale e per comparto



Nel tentativo di restituire una sintesi del **fenomeno infortunistico in Regione Lombardia**, si evidenzia che:

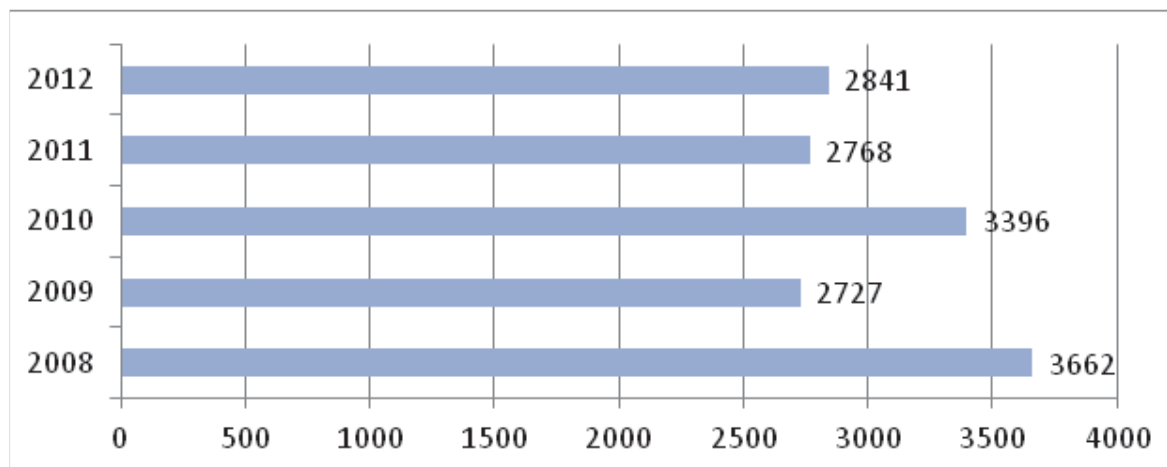
- i tassi annui di infortunio sul lavoro si attestano intorno ai 2 punti percentuali;
- mediamente i tassi annui di infortunio sul lavoro su scala nazionale eccedono di 0,2 punti percentuali i tassi lombardi;
- è consolidato il decremento percentuale dei tassi di infortunio per gli anni 2010, 2011, 2012 sul 2009, tenendo conto del reale numero di lavoratori occupati, per via dell'ampio ricorso alla cassa integrazione guadagni da parte delle imprese lombarde;
- il 2012 è l'anno in cui il contenimento degli eventi infortunistici appare consolidarsi.

1.2) Malattie professionali

Fonte: MAL PROF - ASL

Si presentano i dati delle segnalazioni ricevute dalle ASL dei casi di malattia da lavoro nel territorio lombardo relativamente agli anni 2008-2012 (sulla base della raccolta sistematica di tutte le notizie che pervengono ai Servizi PSAL o che sono da questi ricercate attivamente).

Grafico 5: Casi di malattie lavoro correlate contenuti nel registro regionale MALPROF. Quinquennio 2008- 2012



L'aggregazione dei casi di malattie lavoro correlate pone al primo posto, per gruppo diagnostico e per valore assoluto, le malattie dell'orecchio (ipoacusie da rumore).

Tabella 6: Casi contenuti nel registro distribuiti per gruppo diagnostico. Quinquennio 2008-2012

Gruppo diagnostico	frequenza	percentuale
MALATTIE DELL'ORECCHIO	6764	44
MALATTIE OSTEOARTICOLARI	4841	31
TUMORI	2086	14

Gruppo diagnostico	frequenza	percentuale
MALATTIE RESPIRATORIE	881	6
MALATTIE DELLA CUTE	482	3
DISTURBI PSICHICI	216	1
MALATTIE INFETTIVE	44	1
MALATTIE DEL CIRCOLO	47	
MALATTIE DELL'OCCHIO	17	
ALTRO	5	
AVVELENAMENTI	3	
MALATTIE SISTEMA NERVOSO	8	
Totale	15394	100

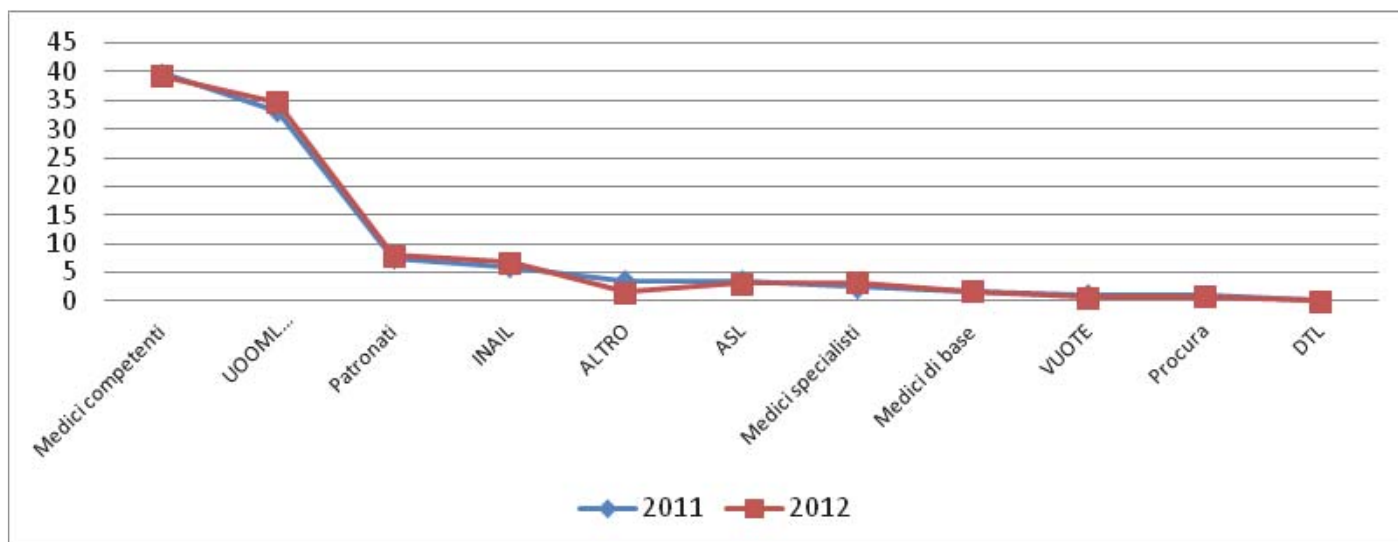
Di seguito (tabella 7) si riporta il dato di frequenza delle segnalazioni di sospetta malattia professionale pervenute alle ASL negli anni 2011 e 2012 per gruppo diagnostico.

Tabella 7: Malattie professionali manifestatesi negli anni 2011-2012, fonte informativa registro regionale MALPROF

Gruppo diagnostico	Frequenza 2011	Frequenza 2012
MALATTIE OSTEOARTICOLARI	1057	1174
MALATTIE DELL'ORECCHIO	988	976
TUMORI	402	386
MALATTIE RESPIRATORIE	165	148
MALATTIE DELLA CUTE	81	82
DISTURBI PSICHICI	52	45
MALATTIE DEL CIRCOLO	9	16
MALATTIE INFETTIVE	6	6
MALATTIE DELL'OCCHIO	5	5
MALATTIE SISTEMA NERVOSO	2	3
ALTRO	1	0
AVVELENAMENTI	0	0
Totale	2768	2841

In grafico 6 è rappresentata la distribuzione percentuale delle segnalazioni di sospetta malattia professionale per fonte informativa (confronto anni 2011-2012). I Medici Competenti rappresentano la principale fonte di provenienza delle segnalazioni, generando il 40% delle segnalazioni nel 2011 e il 39% nel 2012; seguono gli Istituti universitari di Medicina del Lavoro e le Unità Organizzative Ospedaliere di Medicina del Lavoro.

Grafico 6: distribuzione % segnalazioni sospetta malattia professionale per fonte di provenienza, confronto anni 2011 - 2012



Fonte: INAIL

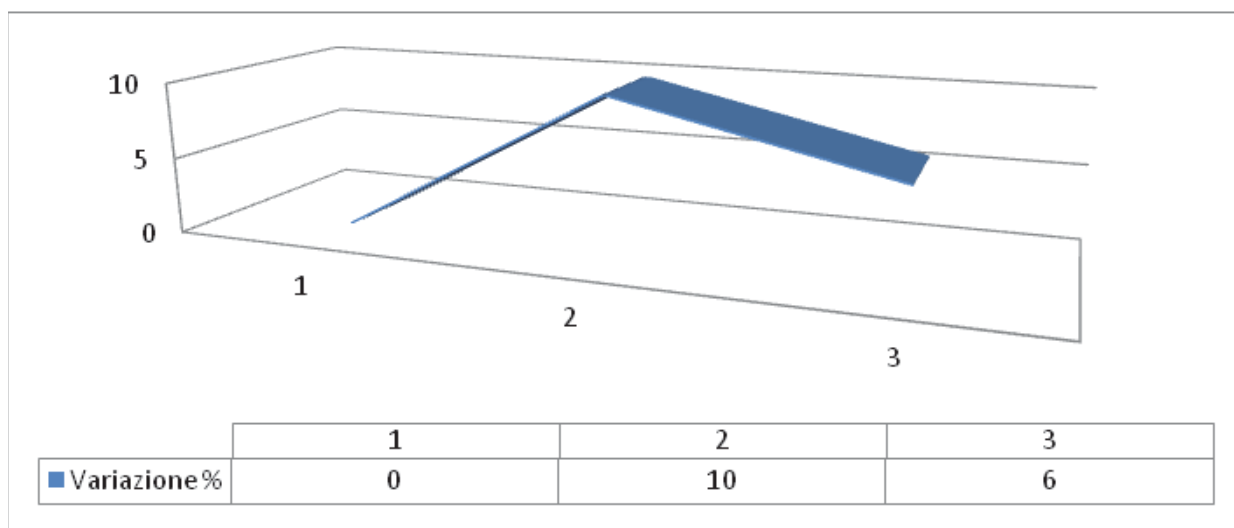
I casi di malattia professionale registrati nella Banca Dati Statistica INAIL, sono illustrati, per tutte le gestioni (Agricoltura, Industria e Servizi, Dipendenti Stato), per il quadriennio 2009-2012, disaggregati per provincia nella seguente Tabella 8.

Tabella 8: Malattie professionali denunciate a INAIL per Provincia, anno evento, Agricoltura, Industria e Servizi, Dipendenti Stato, anni 2009-2010-2011-2012

Provincia	2009	2010	2011	2012
Bergamo	845	1017	987	1061
Brescia	520	612	513	442
Como	92	117	125	97
Cremona	111	113	143	98
Lecco	91	111	81	94
Lodi	48	50	39	62
Mantova	89	127	173	178
Milano	482	427	499	443
Monza e Della Brianza	196	257	180	184
Pavia	108	104	115	107
Sondrio	68	65	70	70
Varese	219	219	225	199
TOTALE	2869	3219	3150	3035

In grafico 7 è possibile osservare la variazione percentuale della frequenza di denuncia di malattie professionali ad INAIL relativa agli anni 2011 e 2012 su base anno 2009. Il 2012 vede un incremento delle denunce di sospetta malattia professionale ad INAIL del 6% rispetto al 2009.

Grafico 7: variazione % denunce malattia professionale anni 2011 - 2012 su 2009



In tabella 9 è rappresentata la distribuzione percentuale dei casi di malattia professionale riferiti all'anno 2012 disaggregati per gruppo diagnostico, riferiti a tutte le gestioni (Agricoltura, Industria e Servizi, Dipendenti Stato).

Tabella 9: Malattie professionali (distribuzione %) manifestatesi nell'anno 2012 per codice sanitario (Cod.M)

Gruppo diagnostico	Distribuzione %
MALATTIE OSTEOARTICOLARI	48
MALATTIE SISTEMA NERVOSO (compresi ORECCHIO OCCHIO)	22
TUMORI	11
MALATTIE RESPIRATORIE	5
DISTURBI PSICHICI	3
MALATTIE DELLA CUTE	2
ALTRO+AVVELENAMENTI	0
MALATTIE DEL CIRCOLO	0
MALATTIE INFETTIVE	0
Non determinato	8
TOTALE	100

Le malattie osteoarticolari sono in crescita, superando le malattie dell'orecchio. I tumori continuano ad occupare una quota rilevante (oltre il 10%) delle malattie professionali denunciate; merita un'osservazione particolare il dato relativo all'emersione, nel biennio, dei disturbi psichici.

In tabella 10 sono riportati i casi di malattia professionale denunciati nel 2011 e 2012 per settore di attività economica (ATECO 2007).

Tabella 10: Malattie professionali manifestatesi nell'anno 2011 - 2012 e indennizzate, pertanto definite, a tutto il 30/04/2013 per settore tariffario e tipo di definizione

Settore Tariffario	2011	2012
Industria	1147	1033
Artigianato	430	480
Terziario	365	351
Altre Attivita'	132	122
Non determinato	923	965
TOTALE	2997	2951

I settori maggiormente coinvolti dalle denunce di malattia professionale sono il manifatturiero, le costruzioni, la sanità e il settore logistica e trasporti. I casi non determinati, pari al 31,9%, sono riferiti a situazioni che non hanno ancora ricevuto una codifica da INAIL. In tabella 11 si riporta il numero di malattie professionali denunciate a INAIL nel 2011 e 2012 per paese di nascita e settore tariffario, la percentuale di denunce relative a lavoratori di provenienza extraeuropea, nel biennio considerato, è pari al 5,9% del totale delle denunce.

Tabella 11: Malattie professionali manifestatesi nell'anno 2011 e 2012 e denunciate a INAIL per paese di nascita e settore tariffario

Paese di nascita	Industria	Artigianato	Terziario	Altre Attività	Non determinato	totale
Europa	2036	848	656	250	1806	5596
Asia	29	4	5	1	10	49
Africa	103	49	31	1	56	240
America	11	9	23	2	15	60
Oceania	1		1		1	3
TOTALE	2180	910	716	254	1888	5948

In tabella 12 sono rappresentate le denunce di malattia professionale riferite agli anni 2011 e 2012 per gruppo diagnostico, disaggregate per sesso. Per le lavoratrici si osserva che il 72% delle malattie denunciate è ricompreso nelle patologie da sovraccarico osteo-articolare a fronte del 40% rilevato per i lavoratori. Le ipoacusie da rumore, i tumori e le patologie respiratorie continuano ad essere prevalente appannaggio del sesso maschile.

Tabella 12: Denunce di malattia professionale riferite agli anni 2011 e 2012 per gruppo diagnostico, disaggregate per sesso

Gruppo diagnostico	Totale denunce Industria e Servizi donne		Totale denunce Industria e Servizi uomini		uomini su donne
	v.a.	%	v.a.	%	
Tumori	87	6	556	12	86
Malattie endocrine, della nutrizione, del metabolismo e disturbi immunitari	2	0	4	0	67
Disturbi psichici	72	5	108	2	60
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	51	4	1246	27	96
Malattie del sistema circolatorio	6	0	19	0	76
Malattie dell'apparato respiratorio	47	3	318	7	87
Malattie dell'apparato digerente	3	0	10	0	77
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	52	4	71	2	58
Malattie del sistema osteo-articolare, dei muscoli e del tessuto connettivo	1002	72	1831	40	65
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	1	0	0	0	0
Non determinato	62	4	398	9	87
TOTALE	1385	100	4561	100	758

Fonte: IL REGISTRO MESOTELIOMI

Il Registro Mesoteliomi Lombardia (RML) è attivo dall'anno 2000 ed è ubicato presso la Clinica del Lavoro "Luigi Devoto" della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Università degli Studi di Milano. Le attività svolte nel corso dell'anno 2012 e 2013 hanno riguardato in particolare:

- proseguimento della raccolta e valutazione dei casi incidenti negli anni dal 2009 al 2012;
- valutazione della completezza dei casi noti al Registro mediante il confronto con le schede di accettazione e dimissione ospedaliera (SDO, per gli anni 2000 - 2010), con gli archivi di mortalità delle singole ASL e con i Registri Tumori di popolazione;

L'elaborazione dei dati (tabella 13 e grafico 8) è stata effettuata secondo i criteri definiti dal Registro Nazionale Mesoteliomi (ReNaM).

Tabella 13: Segnalazioni di casi sospetti di mesotelioma maligno pervenute al RML e status di acquisizione e valutazione della documentazione

Anno	CASI SOSPETTI SEGNALATI n.	CASI INCIDENTI			VERIFICHE DI COM- PLETEZZA CON- CLUSE	
		Conclusi	In trattazione	Totale	SDO	Mortalità
2000	229	276	-	276	X	X
2001	351	279	-	279	X	X
2002	369	308	-	308	X	X
2003	534	310	-	310	X	X
2004	493	294	-	294	X	X
2005	844	334	-	334	X	X
2006	993	321	-	321	X	X
2007	697	354	1	355	X	X
2008	769	354	1	355	X	X
2009	585	354	3	357	X	X
2010	697	396	1	397	X	X
2011	489	251	137	388*		
2012	627	69	264	333*		
Totale	7677	3900	407	4.307		

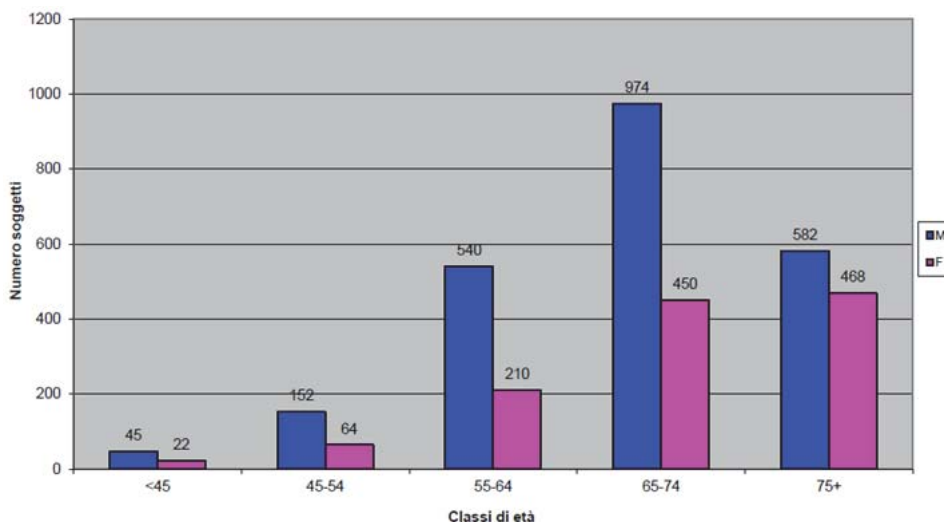
(*) Non ancora effettuate tutte le verifiche di completezza (SDO e/o mortalità)

Al 31/12/2012 i "casi sospetti" di Mesotelioma segnalati al RML sono risultati pari a 7.677. Tra le segnalazioni pervenute alcune possono riguardare soggetti la cui diagnosi è stata effettuata in anni precedenti o soggetti non residenti in Lombardia: in questi casi, la notifica viene inoltrata ai COR interessati e/o al ReNaM. Il numero delle segnalazioni è notevolmente aumentato nel corso degli anni in quanto si sono rese disponibili ulteriori fonti informative utilizzate per le verifiche di completezza (dati di mortalità 2000-2010 forniti dalle singole ASL e quelli di incidenza forniti dai Registri Tumori di popolazione) ma ora tende a stabilizzarsi.

Delle 7.677 segnalazioni pervenute: 839 (10.9%) erano relative a soggetti residenti fuori Regione Lombardia, 306 (4.0%) da riferirsi a casi prevalenti (prima diagnosi antecedente il 01.01.2000) e 2.225 (29.0%) non erano mesoteliomi. Di questi ultimi 1.022 (pari al 13.3% del totale) hanno comunque richiesto un approfondimento prima di giungere alla conclusione diagnostica e sono stati quindi inseriti nel database ReNaM; i restanti 1.203 casi sono stati immediatamente esclusi perché frutto di errori materiali nella codifica della patologia (es. tumori di altre sedi).

I casi incidenti di mesotelioma (prima diagnosi successiva al 31.12.1999) sono risultati pertanto 4.307, pari al 56.1% dei casi segnalati. Per 3.900 di questi (90.5%) è stata conclusa sia la valutazione diagnostica sia la valutazione dell'esposizione; per il rimanente gruppo di 407 soggetti sono in corso le verifiche relative all'esposizione. Si può notare che il numero di casi incidenti conclusi per l'anno 2000 è maggiore del numero di casi segnalati in quell'anno (276 vs. 229): la ragione sta nel fatto che alcune delle segnalazioni pervenute nel 2001 si riferivano in realtà a casi con prima diagnosi nel 2000. Per il periodo 2000 - 2010 la revisione della casistica può considerarsi completa.

Grafico 8: Distribuzione per classi di età e sesso dei casi di mesotelioma maligno certo e probabile. Anni di incidenza 2000-2012 (totale 3.507 casi, di cui M 2.293 e F 1.214)



In tabella 14 sono riportate le caratteristiche dell'esposizione dei mesoteliomi maligni certi e probabili.

Tabella 14: Caratteristiche dell'esposizione dei mesoteliomi maligni certi e probabili
[N=3.226; M=2.111 F=1.115 - Anni di incidenza 2000-2011]

Esposizione ad amianto	M	F	Totale	%
Professionale Certa	1.395	333	1.728	49,3
Professionale Probabile	101	23	124	3,5
Professionale Possibile	207	102	309	8,8
Familiare	15	49	64	1,8
Ambientale	38	68	106	3,0
Extra-lavorativa	15	55	70	2,0
Improbabile	10	18	28	0,8
Ignota	406	469	875	25,0
Non Classificabile	16	22	38	1,1
Non valutabile*	90	75	165	4,7
TOTALE	2.293	1.214	3.507	100

* Non valutabile = intervista non effettuabile

Dalla tabella precedente si evince che per il 61,6% della casistica esaminata (2.161 soggetti) l'esposizione ad amianto è avvenuta in ambito professionale, mentre l'esposizione legata ad attività svolte nel tempo libero (extra-lavorativa) è stata riconosciuta in 70 casi (2,0%), un'esposizione di tipo familiare (convivenza con soggetti professionalmente esposti ad amianto) in 64 casi (1,8%) e un'esposizione di tipo ambientale in 106 casi (3,0%).

Il RML ha elaborato una distribuzione per settore lavorativo dei mesoteliomi maligni certi o probabili ad esposizione professionale. La valutazione dell'esposizione professionale ad amianto prevede l'attribuzione di un livello probabilistico di esposizione a ciascun periodo lavorativo e ciascun soggetto può essere stato esposto in più di un settore lavorativo. Accanto a settori noti come esponenti ad amianto quali l'edilizia (1120 casi), l'industria metalmeccanica (512 casi) e metallurgica (469 casi), si conferma elevato il numero di casi professionalmente esposti ad amianto nell'industria tessile non-amianto (670 casi). Tali settori, pertanto, sono quelli sui quali le ASL dovranno effettuare una sorveglianza attiva per l'individuazione di patologie amianto correlate.

1.3 Monitoraggio attività di prevenzione

L'attività di vigilanza svolta dai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro dei Dipartimenti di Prevenzione Medici delle ASL lombarde nell'anno 2012, per comparto, è sintetizzata nella seguente tabella 15; nello specifico sono rappresentati i numeri assoluti dei controlli ispettivi e le variazioni % 2012 sul 2011.

Tabella 15: Attività 2012 di vigilanza nei luoghi di lavoro

Comparto	ATTIVITA' DI VIGILANZA	Valore assoluto 2012	Variazione % 2012/2011
EDILIZIA	N° cantieri notificati (art. 99 D.Lgs. 81/08)	58.952	-7,10
	N° complessivo di cantieri ispezionati	9.258	3,30
	- di cui non a norma al 1° sopralluogo	3.103	4,30
	N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione	14.041	-0,21
	N° sopralluoghi complessivamente effettuati	29.022	6,89
AGRICOLTURA	N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione	1.627	-14,05
	N° sopralluoghi complessivamente effettuati	2.452	-12,77
ALTRI COMPARTI	N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione	19.793	5,19
	N° sopralluoghi complessivamente effettuati	36.919	-4,23
TOTALE	N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione	35.461	1,96
	N° sopralluoghi complessivamente effettuati	68.393	-0,17
INCHIESTE INFORTUNI			
TUTTI COMPARTI	N° inchieste infortuni concluse	3.104	31,86
	N° inchieste malattie professionali concluse	1.887	-27,67

Per quanto attiene il comparto EDILIZIA, va rilevato che pur a fronte della riduzione del numero di cantieri avviati con notifica ex art. 99 del D.Lgs 81/08 (pari al 7,1 %) il 2012 ha visto mantenere costante la vigilanza. L'incremento del numero complessivo di sopralluoghi

(+6,89%) è da ricondurre all'aumento del numero di cantieri irregolari al primo accesso.

Il comparto AGRICOLTURA si caratterizza per una contrazione dell'attività ispettiva che ha interessato sia le aziende che i controlli effettuati, basati sulla programmazione delle attività ispettive rispettosa della graduazione del rischio.

Per TUTTI i COMPARTI, nel 2012, l'attività di vigilanza e controllo ha registrato un aumento dell'1,96%, coinvolgendo 35.461 aziende, realizzando la copertura del 7,6% delle aziende attive lombarde (pari a 467.535 unità locali - fonte INAIL). Nel 2011 il valore percentuale corrispondente al numero di aziende controllate rispetto alle esistenti era pari al 7,4%. In entrambe le annualità è stato conseguito o superato l'indicatore LEA (Livelli Essenziali di ASSISTENZA) per l'area della tutela del lavoratore pari al 5%.

Per quanto attiene l'attività di indagine correlata agli eventi infortunistici, l'aumento è pari al 31,86% ovvero a 750 inchieste concluse. Il decremento delle inchieste per malattie professionali concluse (pari a 722, in valore assoluto, e a 27,67%) non è significativo di una riduzione di attività stante i tempi medio-lunghi per lo più necessari per concludere l'indagine.

2 RAZIONALE

Il dettaglio degli obiettivi e delle strategie del Piano origina da evidenze economico/occupazionali e sanitarie di seguito descritte.

2.1 Contesto socio-occupazionale

Secondo i dati ISTAT del 2011, la popolazione lavorativa in ITALIA si colloca per il 67,8% nei Servizi, il 28,5% nell'Industria (edilizia inclusa) e il 3,7% in Agricoltura con un progressivo spostamento dell'occupazione dai settori primario e secondario **verso il terziario**.

In Lombardia¹⁵ il settore dei Servizi assorbe il 64,6%, il settore dell'Industria il 34% e il settore dell'Agricoltura l'1,4% degli occupati. La percentuale degli occupati lombardi sugli occupati totali in Italia è pari: al 22,9% per il settore Industria, al 17,6% per il settore Servizi e al 6,8% per il settore Agricoltura.

Negli ultimi anni i **lavoratori parasubordinati sono in costante crescita**. Il periodo 1996-2004 ne ha registrato un aumento del 108%, con un incremento medio annuo del 9,6%; nel 2010, i lavoratori «atipici» (part-time, a termine, di stage, interinali, parasubordinati) risultavano tra 2,5 e 4 milioni, ossia dall'11,3% al 17,2% del totale della forza-lavoro, la maggior parte dei quali nelle regioni del Centro-Sud¹⁶. In Lombardia¹ la popolazione occupata con rapporto di lavoro "dipendente" è pari al 77,5% degli occupati. Di questi, i lavoratori dipendenti con rapporto di lavoro "a tempo determinato" rappresentano una quota pari al 9,1% (dato 2010). I lavoratori con rapporto di lavoro "part-time" rappresentano il 19,9% (dato 2010) della popolazione lavorativa lombarda.

La III indagine europea (anno 2000) sulle condizioni di lavoro¹⁷ ha evidenziato che solo il 24% dei lavoratori (27% dei dipendenti e 8% degli autonomi) lavora nel **normale orario giornaliero** (tra le 7-8 del mattino e le 17-18 del pomeriggio, dal lunedì al venerdì). Secondo la IV indagine europea¹⁸ (anno 2005) l'orario medio settimanale di lavoro varia da 34 ore in Olanda a 55 ore in Turchia (minimo 8, massimo 90 ore), e il lavoro con turni notturni interessa il 21% dei lavoratori. Secondo i dati dell'Organizzazione internazionale del lavoro (ILO) l'orario annuale di lavoro supera le 1.800 ore in 27 Paesi su 52 monitorati dal 1996 al 2006.

L'Italia, con il Giappone, è attualmente il **Paese più vecchio** del mondo: la speranza di vita media oggi è di 79,1 anni per gli uomini e 84,3 per le donne, mentre l'età media della popolazione generale è attualmente di 43,5 anni. Il rapporto di dipendenza in relazione all'età (rapporto tra le persone con più di 65 anni e quelle di età compresa tra 20 e 65 anni) è attualmente pari al 29% e si stima che supererà il 60% nel 2050, raggiungendo il 58% entro il 2025.

La Lombardia¹, oggi, ha una speranza di vita alla nascita di 79,9 anni per gli uomini e 84,7 anni per le donne, in linea con il dato italiano. Il rapporto di dipendenza in relazione all'età (rapporto tra le persone con età 0-14 e oltre i 65 anni e quelle di età compresa tra 15 e 64 anni) è attualmente pari a 54,1.

Il tasso di occupazione italiano delle persone di età superiore a 55 anni è attualmente tra i più bassi in Europa (32% contro 50% in Portogallo, 60% in Danimarca, 70% in Svezia).

Tabella 16: confronto tra la popolazione attiva ed occupata italiana e lombarda

Occupazione	Italia	Lombardia	Lombardia/Italia (%)
Popolazione attiva > 15 anni	51.995.000	8.522.000	16,4
- di cui femmine (%)	51,9	51,4	16,3
Occupati	22.899.000	4.280.000	18,7
- di cui femmine (%)	40,7	41,9	19,1
Tasso di attività 15-64 anni (%)	63,7	70	-
- di cui femmine (%)	53,5	61,4	-

Stimando un significativo aumento, nei prossimi anni, dei lavoratori con età superiore ai 55 anni, anche in relazione a fattori di sostenibilità economica, in particolare all'innalzamento dell'età pensionabile, un numero sempre maggiore di persone anziane attive saranno impegnate sul lavoro; contemporaneamente vi sarà un numero sempre maggiore di soggetti anziani con diversi gradi di disabilità ai quali occorrerà garantire forme migliori di assistenza sanitaria e di sostegno lavorativo.

Il tasso di **occupazione femminile**, anche se inferiore a quello maschile, ha visto un incremento 7 volte superiore negli ultimi 15 anni. Secondo i più recenti dati ISTAT, su 23 milioni di persone occupate in Italia nel 2009, il 59,9% erano uomini e il 40,1% donne. Nel 1977

15 fonte: ISTAT, INPS, Ministero del Lavoro - anno 2012

16 Fonte: stime ISTAT e CGIA (Associazione artigiani e piccole imprese) di Mestre

17 Costa G, Akerstedt T, Nachreiner F et al. Flexible working hours, health and well-being in Europe: some considerations from a SALTSA project. Chronobiol Int 2004

18 Parent-Thirion A, Fernandez Macias E, Hurley J, Vermeylen G., Fourth European Working Conditions Survey. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin, 2007.

risultavano «attive» (occupate o in cerca di lavoro) solo il 35% delle donne tra 25 e 64 anni, mentre nel 2009 esse erano il 56%. Tale dato è tuttavia ancora molto lontano dalla media europea dei 27 Paesi membri della UE, pari al 69,4%. In Lombardia¹ il tasso di attività delle lavoratrici con età 15-64 anni è pari al 61,4%.

Attualmente risultano occupate meno del 18% delle **persone con disabilità in età lavorativa** e solamente il 3% ha come fonte principale un reddito da lavoro. Dei disabili occupati tra i 15 e i 44 anni, il 15,5% sono donne e il 29,4% uomini, mentre tra i 45 e i 64 anni le donne occupate sono solo il 6,6% contro il 20,8% degli uomini. In Italia, la spesa sociale per invalidità e disabilità è passata da 12 miliardi di euro nel 1990 a 20,5 nel 2003, a 47 miliardi nel 2009, a conferma della crescita della domanda di inserimento e reinserimento lavorativo per persone con diversi gradi di disabilità.

Le **differenze di genere** che, oltre alle ben note differenze di carattere biologico, possono comportare un maggior rischio per la salute fisica e la fertilità in caso di esposizione a sostanze tossiche e a peculiari condizioni di lavoro (per esempio lavoro notturno), in questi ultimi anni evidenziano, anche grazie ai numerosi studi concernenti il conflitto casa-lavoro, pressione in termini di tempo e di conciliazioni di ruoli, di doveri familiari e professionali, che si traduce in maggiori costi lavorativi (investimento e soddisfazione, possibilità di carriera, turnover, precarietà) e personali (assenteismo, disturbi e patologie psicosomatiche, rapporti familiari e sociali). Si propone di approfondire il tema partendo dal progetto, trasversale tra diverse Direzioni Generali di RL e INAIL, promosso dall'Ufficio della Consiglieria di Parità del Consiglio Regionale.

La crescente **immigrazione** a fini occupazionali di persone provenienti dall'Est Europa, dall'America Latina, dall'Asia e dall'Africa impone di valutare attentamente differenti condizioni di vulnerabilità ai fattori di rischio lavorativi, anche in riferimento a fattori genetici e socioculturali. Nel 1961 erano 62.780 gli stranieri ufficialmente residenti in Italia, al 1 Gennaio 2010 essi sono divenuti 4.235.059, di cui 2.000.000 circa occupati. Secondo il Rapporto 2011 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali¹⁹ la crescita dei lavoratori stranieri avviene soprattutto per gli impieghi meno qualificati e a bassa specializzazione, in particolare quelli riguardanti i servizi sociali e alla persona, i settori edile e agricolo. Si stima che nei prossimi 9 anni l'Italia avrà bisogno di 1.800.000 nuovi lavoratori stranieri, ossia circa 200.000 persone all'anno.

In base alle ultime due indagini della Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro di Dublino²⁰, tra i lavoratori dell'Unione europea il problema «stress» risulta al primo posto, assieme ai **disturbi muscolo-scheletrici**.

Le **nuove tecnologie**, oltre a modificare i metodi e i sistemi di produzione, hanno rivoluzionato le modalità di interscambio e commercializzazione di merci e l'erogazione/fruizione di beni e servizi. Il loro impatto sulla vita e sulla salute delle persone non è ancora adeguatamente compreso e valutato, a testimonianza di ciò il fatto che i progetti di ricerca sulle nuove tecnologie di informazione e comunicazione (ICT) assorbono la proporzione maggiore dei finanziamenti del VII programma quadro (2006-2013) dell'Unione Europea.

2.2 Contesto normativo

Con la **legge costituzionale n. 3 del 2001**, l'assetto istituzionale in tema di tutela della salute si è configurato in modo chiaro: stabiliti dallo Stato i principi fondamentali, le Regioni hanno competenza non solo in materia di organizzazione dei servizi, ma anche sulla legislazione per l'attuazione dei principi suddetti, sulla programmazione, sulla regolamentazione e sulla realizzazione dei differenti obiettivi.

In detto quadro istituzionale, il **Piano Nazionale della Prevenzione (PNP)**, parte integrante del Piano sanitario nazionale, affronta le tematiche relative alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie. Accanto al Ministero della Salute, che attraverso il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), riconosciuto a livello istituzionale con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, svolge ruolo centrale e di coordinamento, le Regioni contribuiscono attivamente all'individuazione delle linee strategiche tra cui quelle relative alla prevenzione degli infortuni. Ogni Regione, di seguito, predispone e approva un proprio Piano coerente con il Piano nazionale.

Attualmente vige il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 (dgr IX/1175 del 29 dicembre 2010), prorogato al 2013 (dgr X/199 del 31 maggio 2013). La prossima pianificazione avrà valenza quinquennale e si prefigge (nella versione ad oggi definita) di mantenere il trend di riduzione degli infortuni (mortalità e gravi) e di contenere le malattie professionali:

- in linea con gli indirizzi europei;
- in un'ottica di sistema;
- secondo criteri di priorità e di evidenza di efficacia;
- privilegiando aspetti sostanziali, e riducendo gli appesantimenti documentali.

Il Coordinamento della **Commissione Salute** è stato assegnato nel maggio del 2010 alla Regione Veneto che agisce convocando il Comitato interregionale della prevenzione (CIP) ed il Gruppo interregionale Prevenzione Luoghi Lavoro (PSILL).

Il **Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81**, Capo II "Sistema Istituzionale", ha istituito:

- 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**) (Comitato), presso il Ministero della salute,
- la **Commissione consultiva** permanente per la salute e sicurezza sul lavoro (**art. 6**) (Commissione), presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, strutturata in 9 Comitati tematici
- i **Comitati Regionali di coordinamento** (**art. 7**),

La **Legge Regionale n. 33 del 30 dicembre 2009** "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", al Titolo VI "Norme in materia di prevenzione e promozione della salute" cita "... (si) *persegue la finalità di una più elevata tutela della salute dei cittadini, mediante la disciplina di un sistema integrato di prevenzione e controllo basato sull'appropriatezza, sull'evidenza scientifica di efficacia e sulla semplificazione dell'azione amministrativa*". La prevenzione è, dunque, una linea di azione trasversale, la cui valenza è pari a quella di diagnosi, cura e riabilitazione. I documenti programmatori regionali ne hanno riconosciuto ed evidenziato la pregnanza. Si richiama il Programma Regionale di Sviluppo (PRS) che definisce gli obiettivi, le strategie e le politiche che Regione si propone di realizzare nell'arco della legislatura per promuovere lo sviluppo economico, sociale e territoriale della Lombardia (dgr 14 maggio 2013, X/113 approvata dal Consiglio Regionale con dcr 9 luglio 2013, X/78).

¹⁹ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. L'immigrazione per lavoro in Italia: evoluzione e prospettive. Rapporto 2011. Roma 2011.

²⁰ Eurofound. Fifth European Working Conditions Survey. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2012

3. INDICE BUONE PRATICHE DECRETATE (ANNI 2011-2013)

Laboratorio	estremi provvedimento		Linee guida/indirizzi operativi
Agricoltura	ddg n.6986	del 1 agosto 2012	INDIRIZZI OPERATIVI PER IL CONTROLLO UFFICIALE SUL COMMERCIO E SULL'IMPIEGO DEI PRODOTTI FITOSANITARI
	ddg n. 6989	del 1 agosto 2012	INDICAZIONI OPERATIVE ALLE ASL PER LA CONDUZIONE DELLE ATTIVITA' DI VIGILANZA SULLA SPERIMENTAZIONE DI PRODOTTI FITOSANITARI
Costruzioni	ddg n. 658	del 31/01/2013	LINEE DI INDIRIZZO TECNICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SICUREZZA NEI CANTIERI EXPO 2015
	ddg n. 5408	del 19/06/2012	LINEA GUIDA REGIONALI PER LA SORVEGLIANZA SANITARIA IN EDILIZIA: AGGIORNAMENTO DEL DECRETO DIRETTORE GENERALE GIUNTA REGIONALE 31 OTTOBRE 2002, N. 20647
	ddg n. 10602	del 15/11/2011	LINEE DI INDIRIZZO PER L'ATTIVITA' DI COORDINATORE PER LA SICUREZZA NEI CANTIERI EDILI
	ddg n. 7738	del 17/08/2011	LINEE GUIDA PER L'UTILIZZO DI SCALE PORTATILI NEI CANTIERI TEMPORANEI E MOBILI
Rischio chimico	ddg n. 10464	del 19 giugno 2012	INDICAZIONI OPERATIVE PER L'IRROGAZIONE DELLE SANZIONI AMMINISTRATIVE DISPOSTE IN MATERIA DI SOSTANZE CHIMICHE
	ddg n. 5028	del 7 giugno 2012	LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DI NON CONFORMITA' AI REGOLAMENTI REACH E CLP
	ddg n. 4398	del 21 maggio 2012	METODOLOGIA DI SELEZIONE DELLE IMPRESE OGGETTO DI CONTROLLO DI CONFORMITA' CIRCA L'APPLICAZIONE DEI REGOLAMENTI REACH E CLP
Ruolo del Servizio di Prevenzione e Protezione nel comparto Sanità	ddg n.10087	del 6/11/2013	RICONOSCIMENTO DELLA FORMAZIONE IN MODALITÀ E-LEARNING DEI LAVORATORI IN SANITÀ
	ddg n. 9944	del 7 novembre 2012	LINEE DI INDIRIZZO PER LA VALUTAZIONE DELL'ESPOSIZIONE A CAMPI ELETTROMAGNETICI IN AMBITO SANITARIO
	ddg n. 2174	del 15 marzo 2012	LINEE DI INDIRIZZO PER LA REDAZIONE DEL PIANO D'EMERGENZA NELLE STRUTTURE SANITARIE
Tumori	ddg n. 10033	del 9 novembre 2012	VADEMECUM PER IL MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA E DELLA SALUTE DEI LAVORATORI NELLE ATTIVITA' DI SALDATURA METALLI
	ddg n. 1864	del 7 marzo 2012	VADEMECUM PER IL MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA E DELLA SALUTE DEI LAVORATORI NELLE ATTIVITA' CALZATURIERE
	ddg n. 3933	del 3/5/2011	VADEMECUM PER IL MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA E DELLA SALUTE DEI LAVORATORI NELLE OPERE DI ASFALTATURA
	ddg n. 3357	del 13/4/2011	VADEMECUM PER IL MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA E DELLA SALUTE DEI LAVORATORI NELLE ATTIVITÀ DI GALVANICA
SGSL	ddg n. 1757	del 1/3/2013	SPERIMENTAZIONE DI UNA STRATEGIA PARTECIPATIVA, STRUTTURATA E COORDINATA PER LO SVILUPPO DI UN SISTEMA DI GESTIONE PER LA SALUTE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (STRATEGIA SOBANE - GESTIONE DEI RISCHI PROFESSIONALI)
Stress lavoro-correlato	ddg n. 10611	del 15/11/2011	VALUTAZIONE DEL RISCHIO STRESS LAVORO-CORRELATO INDICAZIONI GENERALI ESPLICATIVE SULLA BASE DEGLI ATTI NORMATIVI INTEGRATI
Metalmeccanica	ddg n. 7629	del 10/08/2011	GUIDA AL SOPRALLUOGO IN AZIENDE DEL COMPARTO METALMECCANICO