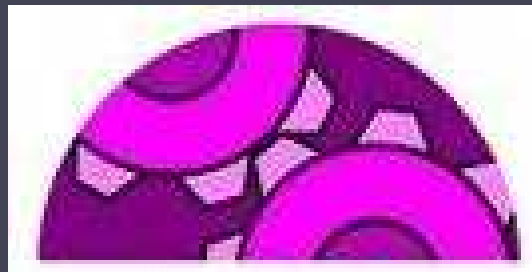




REGIONE PUGLIA



**COORDINAMENTO
TECNICO
INTERREGIONALE
DELLA PREVENZIONE
NEI LUOGHI DI
LAVORO**



PREVENZIONE MALATTIE DA LAVORO E SORVEGLIANZA SANITARIA. PROSPETTIVE

G. Di Leone

L'EPIDEMIA DI MALATTIE PROFESSIONALI

2

Tab. 1 – MALATTIE PROFESSIONALI manifestatesi nel periodo 2006-2010 e denunciate. Fonte INAIL: Elaborazione SNOP.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
TOTALE	26.752	28.933	30.093	34.889	42.465	46.558
Var. % su anno precedente		8,1	4	15,9	21,7	9,6
Var. % su 2006		8,1	12,4	30,4	58,7	74

“Terza relazione intermedia” Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro con particolare riguardo alle cosiddette “morti bianche”:

- *“più matura consapevolezza raggiunta da lavoratori e datori di lavoro”, che tende a ridurre il fenomeno della sottodenuncia*
- *“l’entrata in vigore delle nuove tabelle delle malattie professionali” (DM 9 aprile 2008) che “ha introdotto la presunzione legale d’origine per molte patologie ... agevolando il riconoscimento sul piano probatorio” e favorendo “un ricorso più massiccio allo strumento assicurativo”.*

Distribuzione regionale (Fonte INAIL)

3

Territorio	Anno di manifestazione				
	2007	2008	2009	2010	2011
Piemonte	2.081	2.089	2.154	2.034	2.091
Val d'Aosta	74	42	35	56	69
Lombardia	2.640	2.927	2.864	3.210	3.124
Liguria	1.034	937	918	971	848
Bolzano - Bozen	316	298	248	243	236
Trento	237	240	293	334	408
Veneto	1.914	1.976	2.135	2.319	2.214
Friuli VG	1.337	1.191	1.192	1.247	1.400
Emilia Romagna	3.933	4.435	4.933	6.422	7.153
Toscana	2.510	3.029	3.698	4.717	5.843
Umbria	1.168	1.185	1.268	1.336	1.419
Marche	1.899	1.662	2.026	2.690	3.259
Lazio	1.391	1.365	1.398	1.643	1.830
Abruzzo	2.345	2.465	4.063	5.655	5.714
Molise	123	132	116	193	241
Campania	1.083	937	1.106	1.455	1.641
Puglia	1.712	1.731	1.952	2.018	2.425
Basilicata	347	333	420	419	450
Calabria	717	828	1.145	1.231	1.422
Sicilia	1.009	1.040	1.101	1.463	1.522
Sardegna	1.039	1.251	1.824	2.809	3.249
ND	24	-	-	-	-
TOTALE	28.933	30.093	34.889	42.465	46.558

L'andamento delle denunce di malattie professionali non è omogeneo su tutto il territorio nazionale, a conferma dell'importanza dell'opera di sensibilizzazione e degli interventi di prevenzione attivati nelle singole Regioni da parte dei vari attori della prevenzione

Distribuzione regionale (Fonte INAIL)

4

ALCUNE MOTIVAZIONI DELLA DIFFERENTE DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DELLE DENUNCE MP:

- ❑ Flussi informativi non uniformi e non perfettamente raffrontabili (non completo utilizzo in tutte le Regioni, molti missing, ecc.)
- ❑ Diversa composizione produttiva
- ❑ Fonti delle denunce con atteggiamenti disomogenei

IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEI DATI DEI FLUSSI UTILIZZATI DEVE DIVENTARE UN OBIETTIVO PRIORITARIO DEL SISTEMA PUBBLICO DI PREVENZIONE

QUALI MALATTIE PROFESSIONALI?

5

INAIL (definite positivamente)	1994		2009		MALPROF (segnalazioni ai Servizi)	2000		2009	
	N.	%	N.	%		N.	%	N.	%
MSK	210	2	8896	61	MSK	367	9,8	1486	40,6
IPOACUSIE	5973	58,3	2783	19	IPOACUSIE	2567	68,5	1266	34,6
TUMORI		0,4		3,2	TUMORI		5,2		10,7
SILICOSI		5		0,6	SILICOSI		1,9		0,3
ASBESTOSI		1,8		2	ASBESTOSI		1,8		2,5
MALATTIE CUTANEE		6,5		0,8	MALATTIE CUTANEE		6,5		3,5
MAL. STR. VIBRANTI		2,9		0,6	MAL. STR. VIBRANTI		#		#

PERCHÉ LE PATOLOGIE TRADIZIONALI VANNO SCOMPARENDO?

6

- **Le ragioni della diminuzione di alcune patologie sono da ricercarsi anche:**
 - **nel miglioramento delle condizioni di lavoro**
 - **nell'intervento di promozione e controllo di decenni di lavoro dei servizi territoriali**
 - **nelle direttive UE specifiche**
 - **nelle variazioni dei cicli produttivi**
 - **negli sforzi degli imprenditori**
 - **nella maggiore informazione e formazione dei lavoratori**
 - **.....**

Distribuzione lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria in base all'esposizione a fattori di rischio professionali (anno 2008)

Elaborazione di 22.977 relazioni provenienti dal campione selezionato

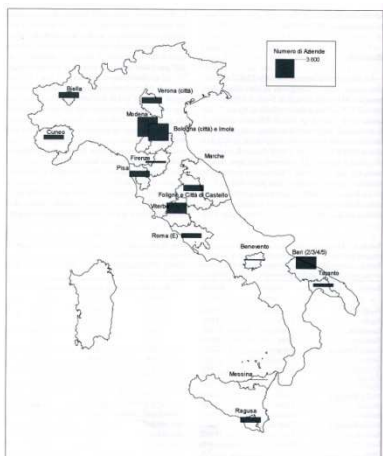


Figura 1 - Distribuzione territoriale delle ASL che partecipano al progetto pilota di analisi dei dati ex art. 40 D.Lgs. 46/2008 e aziende dipendenti per i dati
 Figure 1 - Territorial distribution of ASL participating in the survey according to Law N. 46/2008 and number of companies available for the analysis

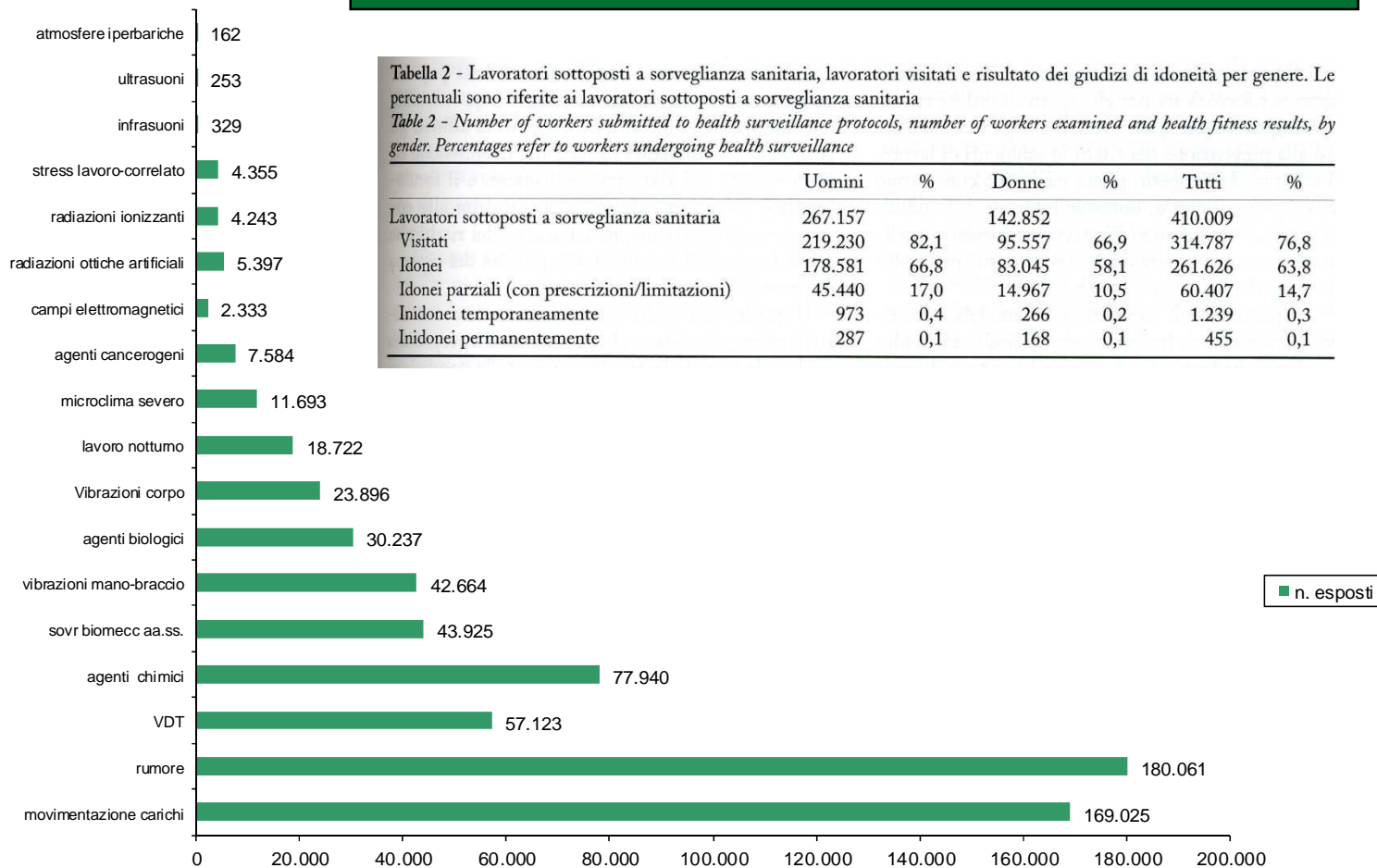
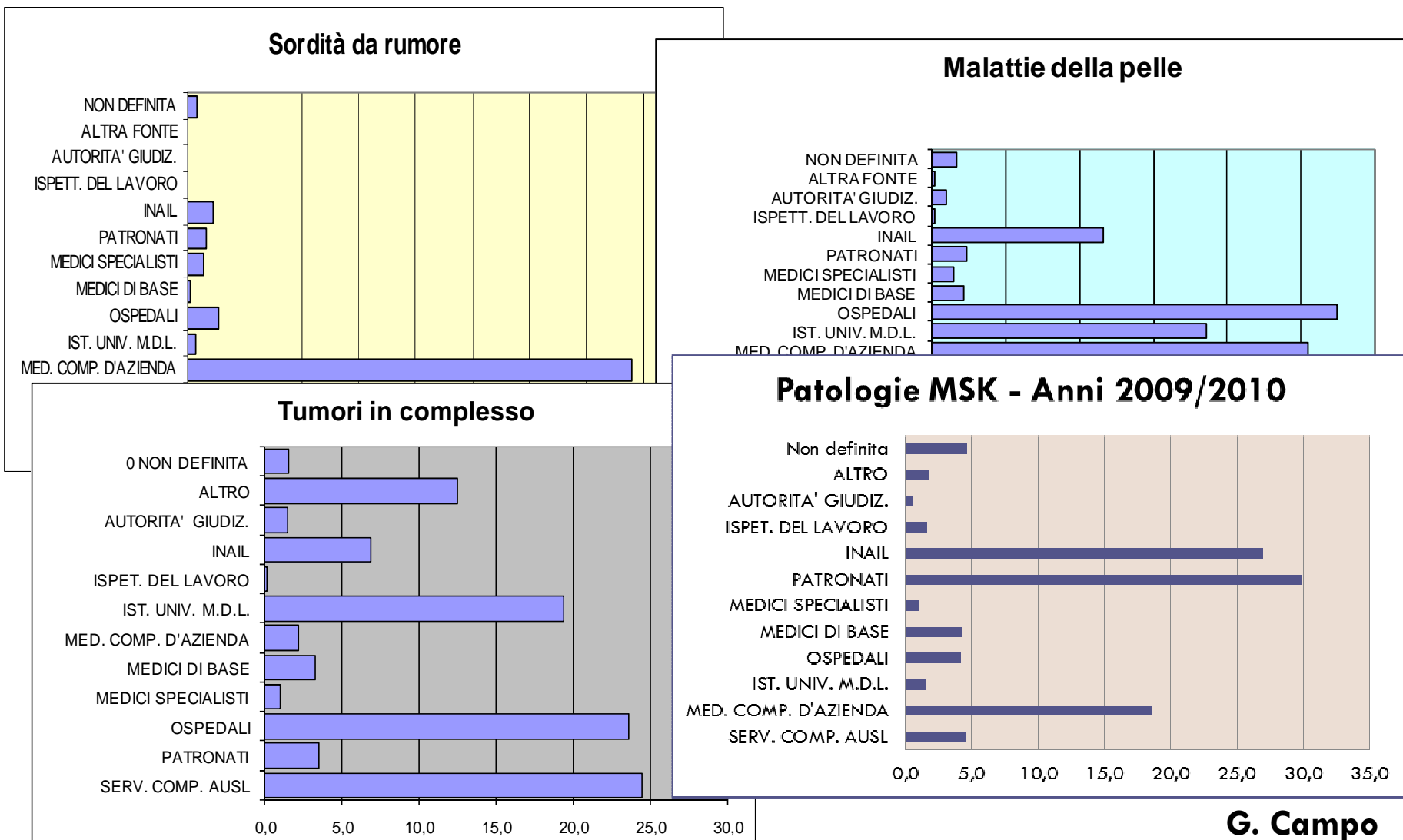


Tabella 2 - Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, lavoratori visitati e risultato dei giudizi di idoneità per genere. Le percentuali sono riferite ai lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria
 Table 2 - Number of workers submitted to health surveillance protocols, number of workers examined and health fitness results, by gender. Percentages refer to workers undergoing health surveillance

	Uomini	%	Donne	%	Tutti	%
Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria	267.157		142.852		410.009	
Visitati	219.230	82,1	95.557	66,9	314.787	76,8
Idonei	178.581	66,8	83.045	58,1	261.626	63,8
Idonei parziali (con prescrizioni/limitazioni)	45.440	17,0	14.967	10,5	60.407	14,7
Inidonei temporaneamente	973	0,4	266	0,2	1.239	0,3
Inidonei permanentemente	287	0,1	168	0,1	455	0,1

■ n. esposti

Fonti della segnalazione per tipo malattia (MalProf: Toscana-Lombardia, 2000-2010, valori %)



SORVEGLIANZA SANITARIA IN EDILIZIA

9

- La sorveglianza sanitaria è necessaria sia per la **diagnosi precoce** (anche per malattie intercorrenti e abitudini di vita) sia per l'**attività di prevenzione** (ruolo della sorveglianza sanitaria nella prevenzione e nel contenimento degli infortuni)
- Vanno applicati, in modo critico e responsabile, **protocolli validati** (ruolo delle società scientifiche)
- Il modello gestionale della sorveglianza sanitaria è elemento strategico (**modello consortile con Enti bilaterali**), per una gestione se non efficace quanto meno appropriata
- Sorveglianza sanitaria e **lavoratori autonomi** (una scommessa per il sistema pubblico?)

G. Mosconi

FIT FOR WORK

10

- **Legislazione che privilegia il risarcimento rispetto alla ricollocazione: si potrebbero stimolare (anche con incentivi) le aziende che operano in direzione della ricollocazione**
- **I tempi sono maturi per iniziare a sbloccare questa impostazione di tipo “assistenziale” privilegiando l’aspetto della reintegrazione delle persone con “piccole” ridotte capacità lavorative invece di dare all’assicurato poche centinaia di euro.**



Fit For Work?

Musculoskeletal Disorders in the European Workforce

Stephen Bevan
Tatiana Quadrello
Robin McGee
Michelle Mahdon
Anna Vavrovsky
Leela Barham



PERCHÉ SOTTODENUNCE?

11

- Qualità scadente delle Valutazioni dei Rischi
- Difficoltà socio economiche e deficit occupazionale
- Rapporto di lavoro sbilanciato tra medici competenti e datori di lavoro
- Scarsa sensibilità da parte del mondo medico (MMG – ospedalieri – specialisti: scarse conoscenze in medicina del lavoro, carenze nelle anamnesi lavorative, mancata trasmissione di denunce e referti, ecc.)
-

Distribuzione malattie MSK per classe ATECO – Dati MalProf 2000 – 2010

12

Attività economica (ATECO91)	Malattie del rachide		Malattie MSK (escluso rachide e STC)		Sindrome del Tunnel Carpale		Totale	
	Valore	%	Valore	%	Valore	%	Valore	%
Non definita	2543	36	2016	26	1578	30	6137	31
45 - Costruzioni	1009	14	855	11	275	5	2139	11
28 - Fabbricazione e lavorazione dei prodotti in metallo, escluse macchine e impianti	215	3	398	5	300	6	913	5
15 - Industrie alimentari e bevande	156	2	453	6	345	7	954	5
29 - Fabbricazione di macchine ed apparecchi meccanici, compresi l'installazione, il montaggio, la riparazione e la manutenzione	69	1	263	3	207	4	539	3
85 - Sanità e altri servizi sociali	776	11	325	4	104	2	1205	6
01 - Agricoltura, caccia e relativi servizi	256	4	221	3	144	3	621	3
26 - Fabbricazione di prodotti della lavorazione di minerali non metalliferi	155	2	174	2	76	1	405	2
35 - Fabbricazione di altri mezzi di trasporto	44	1	109	1	68	1	221	1
27 - Produzione di metalli e loro leghe	72	1	77	1	72	1	221	1
Altre attività ATECO	1729	25	2740	36	2055	39	6524	33
Totale	7024	100	7631	100	5224	100	19879	100

Bilancio economico del costo globale del “Mal di schiena” - Proiezione su una popolazione di riferimento di 3000 lavoratori

13

Costi sociali del Mal di schiena			
Popolazione di riferimento:	3000 lavoratori		
Tasso di assenteismo globale	6%		
Stima delle giornate di lavoro totali perse per malattia / infortunio	36000		
Giornate di lavoro perse per "mal di schiena"	min	5 % dell'assenteismo totale	1800
	max	50 % dell'assenteismo totale	18000
Valore economico di una giornata di lavoro	min	€ 125	
	max	€ 250	
Costo imprenditoriale del "mal di schiena"	min		€ 225.000
	max		€ 4.500.000
Costo sanitario del "mal di schiena"	min	(?)	
	max	(?)	

Il costo economico del “mal di schiena” in una popolazione di 3000 lavoratori (in termini di giornate di lavoro perse) è stimabile in circa 225.000 – 4.500.000 €; il costo sociale è ancora più alto.

Movimentazione manuale dei carichi e trasporto manuale: valutazione del rischio e prevalenza di patologie correlate nelle imprese edili lucane

S. Nicoletti, N. Battevi, G. Colafemmina, G. Di leone, G. Satriani, P. Ragone, E. Occhipinti

Med Lav 2013; 104, 2: 126-140

I TUMORI PROFESSIONALI

14

- Il numero di **tumori professionali** oggi **denunciati all'INAIL** è da considerarsi sicuramente sottostimato. Ciononostante queste patologie **superano i 2.000 casi/anno (2.206 nel 2011)**, di cui **oltre 600 tumori della pleura** (quasi totalmente attribuibili all'**amianto**), **circa 600 tumori polmoni-trachea-bronchi** (di cui la metà correlabili all'amianto) e **quasi 300 tumori della vescica**.

G. Mancini

I TUMORI PROFESSIONALI

15

- **Doll e Peto** considerano attribuibile **al lavoro il 2-8% di tutti i tumori** (la stima è riferita agli Stati Uniti), da cui si dovrebbe calcolare un numero di **decessi-anno per neoplasie** causalmente legate alle esposizioni professionali **da un minimo di 3.000 ad un massimo di 12.000 casi**.
- Un recentissimo lavoro condotto nel Regno Unito nel 2011 conferma il notevole ruolo dell'attività lavorativa nell'origine dei tumori: **DM Parkin e coll.** hanno valutato che sono **attribuibili** all'esposizione a fattori di rischio professionali il **3,7% dei tumori occorrenti nella popolazione** (4,9 negli uomini e 2,4% nelle donne), con punte del **13,2%** (20,5% negli uomini e 4,3% nelle donne) **per quanto riguarda il tumore del polmone**.

G. Mancini

TUMORI PROFESSIONALI E PIANO NAZIONALE EDILIZIA

16

- I **tumori all'apparato respiratorio nell'edilizia** hanno cause ancora presenti: **amianto, silice, IPA, inquinamento atmosferico, radon**. Sarà importante che nel **Piano Nazionale Edilizia**, così consolidato per la parte sicurezza, **si affronti** in modo diffuso **la questione della qualità della sorveglianza sanitaria e della emersione delle patologie professionali**, ma soprattutto la esposizione a **tanti fattori di rischio** per la salute di oggi e del futuro: **amianto** (con una maggiore attenzione ai cantieri di rimozione di amianto friabile), **silice** nei lavori di scavo e demolizione, **fibre, prodotti chimici** nelle fasi di finitura, ecc.

AZIONI: INAIL/REGIONI

17

- **Campagna informativa** per l'emersione delle malattie professionali avviata nel 2012. Come primo filone di intervento si è deciso di lavorare su **broncopneumopatie** e apparato **muscoloscheletrico**, nei **settori agricolo**, dei **trasporti** e della **grande distribuzione**. Prodotto **materiale informativo cartaceo** che è suddiviso per patologia e per i tre target individuati: i **medici**, i **datori di lavoro** e i **lavoratori**.
- **“Pacchetto formativo”** per i medici di medicina generale.

PROSPETTIVE NELLE AZIONI DELLE REGIONI

18

- Inserire nel prossimo Piano Nazionale di Prevenzione una linea di attività dedicata a un **PIANO NAZIONALE MALATTIE PROFESSIONALI**
- Rendere uniformi le **linee guida regionali** sul tema delle MP (in particolare delle MSK)
- **Perfezionare e potenziare l'implementazione e l'utilizzo dei flussi informativi** (NFI, MalProf, ecc.), nella prospettiva del SINP

AZIONI IPOTIZZATE (1)

19

- Costituzione di un **gruppo di coordinamento nazionale** con l'obiettivo di stimolare, coordinare e monitorare tutte le iniziative da porre in atto per il perseguimento degli obiettivi prefissati
- **Attività epidemiologica e sorveglianza attiva** (ad esempio **studio delle differenze regionali** nella denuncia di malattie mediante l'indagine dell'evoluzione temporale delle notifiche per singole patologie, considerando i diversi soggetti notificatori e la diversa distribuzione dei fattori di rischio sul territorio)

AZIONI IPOTIZZATE (2)

- **Formazione degli operatori ASL della prevenzione e di altre figure chiave** (Datori di lavoro, RSPP, RLS, MC, MMG, Medici ospedalieri, ecc.) finalizzata alla **promozione della qualità dei DVR**
- **Valutazioni dei rischi ergonomici standardizzate** per singoli gruppi omogenei e singole mansioni
- Raccolta delle **best practice** sviluppatesi in questi anni nei vari territori, al fine di renderle fruibili e omogenee su scala nazionale

AZIONI IPOTIZZATE (3)

21

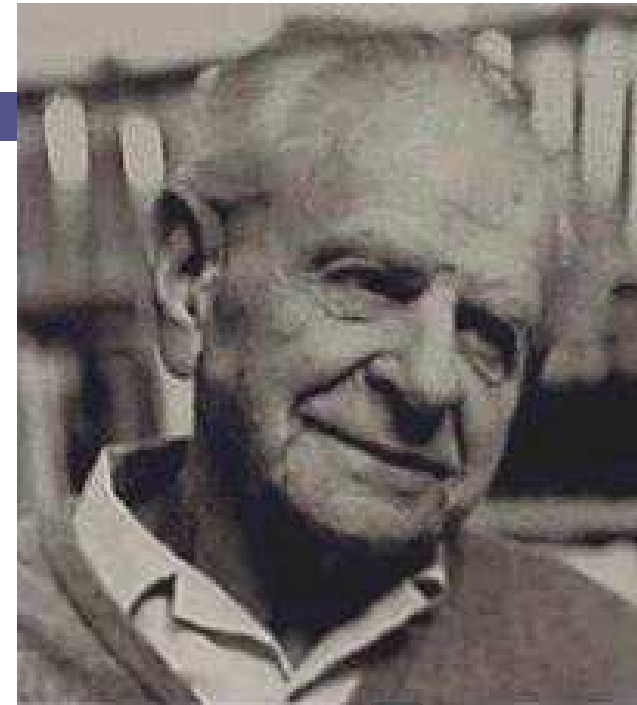
- **Diffusione dei risultati conseguiti** (valutazione del rischio, tassi di incidenza e prevalenza, migliori soluzioni tecnico-organizzative) **per promuovere una corretta gestione del rischio stesso**: nell'ambito del progetto sarà istituito un apposito "albo/elenco/libro" delle buone pratiche e delle migliori "soluzioni organizzative/tecniche"
- **Strumenti e metodologie condivise per le indagini** per accertamento delle responsabilità
- **Valorizzazione del sistema OCCAM** come strumento utile per l'emersione di cluster di patologie per aziende critiche

K. Popper

22

“Quello che chiamiamo il metodo scientifico consiste nell'imparare sistematicamente dai nostri errori”

La vitalità di un sistema è proporzionata alla sua capacità di individuare gli errori che ha commesso e alla velocità con cui li elimina



Grazie