

# La trasmissione dei dati sulla sorveglianza sanitaria occupazionale con l'allegato 3B

I dati della sorveglianza sanitaria occupazionale costituiscono potenzialmente una preziosa fonte di informazioni sulle condizioni di lavoro e di salute dei lavoratori. L'informaticizzazione di questi dati e la loro aggregazione per dimensione aziendale, settore produttivo, mansione, genere, età, area geografica, etc. possono permettere di ottenere un'immagine accurata della prevalenza sia di esposizione a fattori di rischio, sia di disturbi e patologie nella popolazione occupata di un paese o di un territorio.

Il DL.vo 81/2008 (art. 40), e sue successive modifiche, ha introdotto l'obbligo per i medici competenti di trasmet-

tere per via telematica, entro i primi tre mesi di ogni anno, schede informative (i cui contenuti sono descritti nell'allegato 3B) sui lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria ai Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro delle ASL (SPRESAL), che a loro volta devono trasmettere i dati aggregati alle Regioni, e queste ultime ad INAIL-Area Ricerca. In queste schede deve essere riportato per ogni azienda il numero di lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, divisi per genere e tipologia di rischio professionale, insieme ad altre informazioni su dati identificativi dell'azienda e del medico competente, e su numero di lavoro-

ri occupati e di lavoratori con idoneità limitata (temporanea e permanente), numero e tipologia di malattie professionali segnalate, numero di lavoratori sottoposti a verifiche per uso di sostanze psicotrope e stupefacenti e/o alcool.

Una prima valutazione di qualità dei dati trasmessi dai medici competenti nel 2009 ha tuttavia evidenziato problemi di incompletezza dei rischi considerati, soprattutto per i fattori psicosociali e quelli ergonomici, dell'informazione sul settore produttivo (mancante nel 60% del totale, 20% dopo *linkage* con camere di commercio) e sul numero totale di lavoratori occupati in ciascuna azienda (1). Inoltre, la mancanza di una standardizzazione dei formati ha reso molto onerosa la loro estrazione e inserimento in un *data-base*. Per ovviare a questo problema, nel 2012 è stato predisposto un sistema per l'inserimento dei dati da parte dei medici competenti su una piattaforma *web* dell'INAIL. Il DM 9 luglio 2012 presenta un nuovo allegato 3B con la lista dei rischi professionali per i quali il medico competente deve trasmettere il numero di lavoratori esposti. La lista attuale comprende 19 diversi rischi occupazionali (più la categoria aperta "altri rischi"), tra cui movimentazione manuale dei carichi, sovraccarico biomeccanico degli arti superiori, agenti chimici, agenti cancerogeni e mutageni, amianto, silice cristallina, agenti biologici, videoterminali, rumore, campi elettromagnetici, radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, ultrasuoni e infrasuoni, vibrazioni, lavoro notturno. Con la circolare del 10 giugno 2013 il Ministero della Salute ha chiarito che la sperimentazione di inserimento dati si applica ai dati del 2012. Per l'inserimento dei dati 2013 il termine è fissato al 30 aprile 2014.

La scarsità in Italia di informazioni a livello nazionale e locale sulla diffusione dell'esposizione della popolazione occupata a fattori di rischio sul lavoro rende particolarmente prezioso questo nuovo flusso informativo, anche se l'aggregazione dei rischi in ampie categorie (es. agenti cancerogeni) non permette di ottenere informazioni sull'esposizione ad agenti specifici, soprattutto per quelli di tipo chimico.

A livello nazionale, la disponibilità di dati sulla diffusione dell'esposizione a rischi occupazionali fornisce delle informazioni essenziali per la programmazione sanitaria della prevenzione a livello nazionale e regionale, in termini di selezione di priorità e di allocazione di risorse nei servizi di prevenzione. L'aggregazione dei dati per settore produttivo e per altre variabili relative all'unità produttiva dell'azienda (numero di addetti, area geografica) può permettere di ottenere stime della prevalenza di esposizione a tali rischi per caratteristiche e collocazione geografica delle aziende. Inoltre, sulla base dell'informazione sulla diffusione dell'esposizione ai diversi fattori di rischio per uomini e donne è possibile trarre informazioni sull'entità della segregazione di genere nei diversi settori e in relazione ad altre

caratteristiche delle aziende. Infine, la diffusione dell'esposizione ai diversi fattori di rischio permette di effettuare stime dell'occorrenza di malattie correlate al lavoro, cui adeguare i servizi assistenziali per la loro cura.

A livello locale, la possibilità di disporre di profili di esposizione dei lavoratori occupati nelle aziende situate in un determinato territorio, e degli eventuali danni alla salute attesi, è un requisito importante per stabilire la priorità degli interventi di controllo delle esposizioni, sulla cui base effettuare la programmazione delle attività preventive e di vigilanza. Questo obiettivo non sarebbe soddisfatto dalla disponibilità di dati trasmessi dai medici su base volontaria, come proposto dalla SIMLII, ma nemmeno su base campionaria (per es. per settore produttivo), dato che la variabilità attesa nei processi tecnologici impiegati e nella conseguente diffusione delle esposizioni è troppo elevata per fornire delle predizioni affidabili sulle singole aziende.

Oltre che per questo obiettivo, che è quello principale per cui il sistema è stato creato, i dati aggregati sulla sorveglianza sanitaria hanno anche altri rilevanti utilizzi, tra cui soprattutto la valutazione della copertura della sorveglianza sanitaria e di quella dei registri di esposizione a cancerogeni. Riguardo alla copertura della sorveglianza sanitaria, cioè la percentuale di lavoratori esposti a rischi per cui è obbligatoria la sorveglianza sanitaria, la sua distribuzione di frequenza per azienda e settore produttivo può fornire informazioni per individuare aziende che non adempiono a quest'obbligo. Infatti, soprattutto per comparti in cui è presumibile l'esposizione a rischi per la salute che comporterebbero la sorveglianza sanitaria (es. lavorazione del legno, industria chimica, fusione dei metalli), l'incrocio dei dati sanitari aggregati con quelli provenienti dai flussi INAIL-Regioni sulle aziende permette di identificare quelle in cui la sorveglianza sanitaria non è stata avviata, nonostante la probabile presenza di rischi rilevanti per la salute. Riguardo alla valutazione della copertura dei registri di esposizione a cancerogeni, la contemporanea disponibilità di dati sull'esposizione a cancerogeni/mutageni derivanti dall'allegato 3B e dai registri di esposizione a cancerogeni inviati agli SPRESAL, a livello locale, e all'archivio SIREP, a livello nazionale, permette di valutare la concordanza tra le due fonti informative.

Le informazioni fornite dall'allegato 3B sullo stato di salute dei lavoratori sono invece piuttosto limitate, dato che le uniche rilevanti in quest'ambito sono quelle sulle malattie professionali segnalate e sulla proporzione di lavoratori con idoneità limitata (temporanea e permanente) alla mansione a livello aziendale. Riguardo alla prima, il medico competente è tenuto a riportare il numero e la tipologia delle malattie professionali segnalate a carico dei lavoratori dell'azienda. Tali informazioni possono essere un'utile integrazione di quelle già disponibili negli archivi INAIL sulle

malattie professionali: la denuncia all'Inail infatti è subordinata alla volontà del lavoratore ed è fruibile dal sistema pubblico di prevenzione con un ritardo di circa 2 anni rispetto all'anno di denuncia. Un'analisi sull'archivio nazionale INAIL delle malattie professionali denunciate nel 2010 ha mostrato una buona completezza dei codici di malattie professionali denunciate nell'archivio: su 42.474 malattie denunciate in Italia solo 1376 sono sprovviste del corrispondente codice (3,2%). Le informazioni richieste ai medici competenti dunque potrebbero essere utilizzate per valutare la completezza degli archivi esistenti a livello nazionale (INAIL) o locale (SPRESAL) sulle malattie professionali, ma la mancanza di dati individuali anagrafici non permette operazioni di *linkage* per l'integrazione degli archivi. Riguardo alla proporzione di lavoratori con idoneità limitata alla mansione, questo è un indicatore utile della capacità lavorativa della popolazione occupata, anche se piuttosto grezzo. La distribuzione di questo indicatore per azienda, settore economico e area geografica può concorrere a descrivere, anche se in maniera alquanto approssimativa, lo stato di salute della popolazione occupata. Inoltre, l'identificazione di percentuali elevate di non idonei in una determinata azienda può far sospettare l'esistenza di un'esposizione eccessiva ad un certo fattore di rischio, cui porre rimedio mediante interventi di bonifica. Al contrario, la mancanza di dati individuali anagrafici e di esposizione non permette di arruolare coorti di lavoratori esposti a rischi specifici, di cui sorvegliare l'occorrenza di patologie mediante il *linkage* con archivi sanitari correnti (ricoveri ospedalieri, farmaci, mortalità) e valutarne la relazione con l'esposizione a fattori di rischio sul lavoro.

Non essendo prevista nella scheda dell'allegato 3B la trasmissione di informazioni sui protocolli sanitari adottati dal medico competente, è chiaro che lo strumento non permette di valutare l'appropriatezza dei protocolli in funzione dei rischi cui i lavoratori sono esposti. A questo proposito, non è comprensibile quali siano le informazioni fornite dal medico competente che potrebbero costituire una sorta di autodenuncia, come sostenuto da associazioni di medici competenti.

In conclusione, si ritiene che il flusso di dati richiesto ai medici competenti con l'allegato 3B sia un importante e irrinunciabile strumento per la programmazione della prevenzione nei luoghi di lavoro sia a livello nazionale sia a livello locale, mentre il valore d'uso epidemiologico è limita-

to. Il software messo a punto da INAIL ha risposto a molte delle critiche che si sono levate dalle principali associazioni di medici competenti e nella sua versione attuale permette di rilevare le informazioni in modo standardizzato. Eventuali problemi di qualità, propri di tutti i sistemi informativi, potranno essere affrontati o con misure di controllo e/o con strategie alternative di verifica e approfondimento (per esempio con approfondimenti di tipo campionario). I dati attualmente previsti sono in numero abbastanza contenuto e richiedono un tempo ragionevolmente limitato per l'inserimento, soprattutto dopo il primo invio. Sarebbe utile una maggiore disaggregazione delle informazioni riguardanti l'esposizione ad agenti chimici e cancerogeni, almeno per grandi gruppi di sostanze, al fine di permettere una migliore caratterizzazione del rischio dei lavoratori. L'acquisizione di queste informazioni, particolarmente carenti in Italia rispetto agli altri paesi europei, potrebbe supportare i servizi di prevenzione nella ricerca e individuazione delle aziende dove sono maggiori e più diffusi i rischi per la salute dei lavoratori. Questo almeno fino a quando non sarà eventualmente implementato un nuovo sistema di rilevazione delle esposizioni occupazionali a partire direttamente dal documento di valutazione del rischio. L'analisi dei dati che saranno disponibili a breve permetterà di far emergere ulteriori criticità del sistema e di valutarne l'effettiva utilità a scopo preventivo e di programmazione.

**Antonella Bena**

**A. d'Errico**

Servizio sovrazonale di epidemiologia,  
ASL TO3, Grugliasco (TO)

Con la condivisione della segreteria AIE: Paola Michelozzi, Fabrizio Faggiano, Alessandro Barchielli, Carla Bietta, Achille Cernigliaro, Emilio Gianicolo, Ursula Kirchmayer, Alessio Petrelli.

#### **BIBLIOGRAFIA**

1. Marinaccio A, Di Marzio D, Binazzi A, et al: I dati sanitari aggregati e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria. Risultati preliminari dello studio pilota nazionale sulle comunicazioni ex art. 40. D. Lgs 81/2008. *Med Lav* 2010; *101*: 252-261