



COORDINAMENTO
TECNICO
INTERREGIONALE
DELLA PREVENZIONE
NEI LUOGHI DI LAVORO



Ministero della Salute

INAIL

Allegato 3B del D.Lgs 81/08

Prime analisi dei dati inviati dai medici competenti ai sensi dell'art. 40

oni Medico Competente

aggio delle statistiche relative alle attività svolte dai medici competenti



ESITO
VISITE

erali relativi ai
l'applicativo

La sezione è composta dai dati relativi all'esito delle visite effettuate sui lavoratori

[VAI ALLA SEZIONE >>](#)



RISCHI
LAVORATIVI

La sezione è dedicata ai dati relativi all'esposizione dei lavoratori ai rischi lavorativi

[VAI ALLA SEZIONE >>](#)



ALCOL
E DROGHE

La sezione è dedicata ai dati relativi all'uso di alcol, dipendenza e uso di stupefacenti

[VAI ALLA SEZIONE >>](#)



SALUTE
PROFESSIONALI

La sezione è dedicata ai dati relativi alla salute professionale dei lavoratori

[VAI ALLA SEZIONE >>](#)

ITALIA 2013

Allegato 3B del D.Lgs 81/08

Prime analisi dei dati inviati dai medici competenti ai sensi dell'art. 40

Indice

Capitolo 1 – Riferimenti legislativi	pag. 11
Capitolo 2 – Modalità di analisi dei dati	pag. 15
Capitolo 3 – Elaborazione dei dati	pag. 21
3.1 – dati di sintesi su medici e comunicazioni	pag. 21
3.2 – esito delle visite	pag. 44
3.3 – rischi lavorativi	pag. 48
3.4 – malattie professionali	pag. 52
3.5 – alcool e droghe	pag. 55
Capitolo 4 – Conclusioni	pag. 61
Capitolo 5 – Glossario	pag. 63
Appendice – Tabelle	pag. 67

Introduzione – Ministero della Salute

Una delle novità di maggior peso sotto il profilo sostanziale, introdotte dal D.Lgs 81/08, rispetto al D.Lgs 626/94, ha riguardato l'evoluzione del concetto di “sorveglianza sanitaria” che, come sintetizzato nella definizione dell'articolo 2, interessa ormai l'intero ambito di tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, nei confronti dei rischi professionali, ambientali ed organizzativi, presenti nel luogo di lavoro.

La sorveglianza sanitaria, da semplice procedura di controllo per la diagnosi precoce di malattie professionali e verifica dello stato di salute, si è di fatto trasformata in un insieme di procedure a tutto campo di monitoraggio sanitario, giustificato da evidenze scientifiche e da presupposti giuridici, di fattori predisponenti eventi infortunistici e malattie professionali, che vedono al centro sia il lavoratore, in quanto individuo esposto a rischi particolari di tipo individuale, sia l'intera comunità di lavoratori, esposti collettivamente, in un determinato contesto ambientale ed organizzativo lavorativo, al rischio di malattie professionali o di infortunio.

Tale evoluzione si basa su una valorizzazione del ruolo e della funzione del medico competente, che, non a torto, può ritenersi un “consulente globale” per la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori ed anche una sorta di sentinella avanzata, in grado di verificare sul campo gli effetti delle misure di prevenzione adottate e di individuare precocemente i fenomeni negativi, legati ai nuovi rischi professionali per la salute, in relazione all'utilizzazione di nuove tecnologie, nuovi materiali, nuovi modelli organizzativi e ritmi produttivi, che possono emergere attraverso un'attenta analisi dei dati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria.

Dovere del medico competente è pertanto anche quello di saper leggere in maniera adeguata i risultati collettivi della sorveglianza sanitaria effettuata in una determinata realtà produttiva, ambientale ed organizzativa.

Una siffatta lettura del fenomeno risulta preziosa per poter trarre indicazioni particolari sull'andamento degli infortuni e delle malattie professionali, sull'efficacia protettiva delle misure collettive e dei DPI utilizzati e per poter individuare le misure necessarie per garantire il miglioramento dei livelli di sicurezza nel tempo. Il presente lavoro di raccolta e di prima analisi, su scala nazionale, delle informazioni relative ai dati collettivi aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno 2013, inviate con l'allegato 3B dai medici competenti, ai sensi dell'articolo 40 del Dlgs 81/08, pur con i limiti statistici evidenziati nello stesso documento e la necessità di cautela nella lettura dei dati indicati, tratteggia un primo quadro di riferimento generale della popolazione di lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria.

Tale quadro, sebbene non rappresentativo dell'intera globalità della popolazione dei lavoratori italiani, già consente utili riflessioni per orientare l'attività delle Amministrazioni competenti nel programmare e prevenire l'efficacia di azioni di prevenzione e permette al medico competente di disporre di una chiave di lettura più ampia, con possibili raffronti su scala loco regionale e nazionale, di quanto direttamente osservato con l'aggregazione dei risultati della sorveglianza sanitaria effettuata nella specifica realtà produttiva in cui opera. L'augurio è che la lettura di questa prima analisi dei dati possa rappresentare un positivo spunto di riflessione e confronto, utile a far progredire le condizioni di sicurezza sul lavoro e ad accrescere l'attenzione nei confronti del tema della promozione della salute nei luoghi di lavoro, per la prevenzione delle malattie.

*dott. Giancarlo Marano
Dirigente Uff. II
D.G. Prevenzione Prevenzione Sanitaria
Ministero della Salute*

Introduzione – INAIL

Il processo evolutivo delineato dalla normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro a partire dal D.Lgs 81/2008 ha ridisegnato il sistema nazionale della prevenzione con l'intento di valorizzare le sinergie e sviluppare le interazioni tra le istituzioni attraverso il consolidamento delle reti nazionali e territoriali e il potenziamento delle progettualità congiunte e coordinate e delle azioni di sistema.

Le attività di indirizzo normativo e di coordinamento in tema di salute e sicurezza sul lavoro sono state affidate, a livello centrale e per le rispettive competenze, al Ministero del Lavoro e delle politiche sociali e al Ministero della salute e, a livello territoriale, alle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Con l'istituzione del "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" è stata creata, presso il Ministero della salute, una cabina di regia tra i diversi soggetti istituzionali dove definire le linee comuni delle politiche nazionali in materia di salute e sicurezza e programmare e coordinare le attività di vigilanza, in ordine ai settori prioritari di intervento e sulla base dei programmi di azione comunitari e delle indicazioni dei Comitati Regionali di Coordinamento, investiti del compito di realizzare una programmazione coordinata degli interventi presso ogni Regione e Provincia Autonoma.

Sono state inoltre ampliate le funzioni assegnate ad INAIL, al quale è stato affidato un ruolo centrale nell'ambito del Sistema prevenzionale, in termini di sostegno al Ministero della salute e alle Regioni e Province Autonome per le azioni strategiche di prevenzione.

In particolare, per effetto del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, come convertito dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, con l'acquisizione di tutte le funzioni già in capo all'ISPESL, organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale, l'INAIL è divenuto di fatto l'unico Istituto pubblico con competenze tecnico-scientifiche in materia di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, dotato di un ampio ruolo di servizio, esteso verso l'intero sistema pubblico prevenzionale.

Come noto, l'articolo 8, comma 6 del D. Lgs. 81/2008, declina i contenuti che devono comporre i flussi informativi del SINP, di cui INAIL è titolare del trattamento dei dati e garante della gestione tecnica e informatica, specificando che essi devono riguardare, tra gli altri, il "quadro dei rischi anche in un'ottica di genere" e il "quadro di salute e sicurezza dei lavoratori e delle lavoratrici".

Tale previsione trova applicazione anche in relazione a quanto disposto dall'articolo 40, il quale affida ai medici competenti l'obbligo di trasmettere telematicamente ai servizi territoriali del Servizio Sanitario Nazionale, mediante apposito modello, tutti i dati in forma aggregata relativi alla

sorveglianza sanitaria, con evidenza delle differenze di genere e alle Regioni e Province Autonome l'obbligo di trasmettere tali dati ad INAIL, a seguito della aggregazione operata dalle ASL.

La necessità di realizzare un sistema per la trasmissione telematica delle informazioni relative ai dati collettivi aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria è espressamente richiamata nell'ambito degli Atti di Indirizzo promossi dal Comitato ex articolo 5, in particolare nell'atto relativo all'anno 2012, dove la sopracitata azione è indicata tra quelle maggiormente efficaci a garantire, a livello centrale, la continuazione delle azioni di supporto di INAIL al Ministero della salute e alle Regioni e Province Autonome.

In tale contesto, nell'ambito del ruolo esercitato nel Sistema pubblico della prevenzione e con l'intento di rendere coerenti le informazioni, l'Istituto ha pertanto messo a disposizione del flusso informativo, nel proprio portale, una piattaforma dedicata alla raccolta dei dati relativi alla sorveglianza sanitaria effettuata dal 2013 e ha predisposto un applicativo web strutturato secondo modalità semplificate e standardizzate per l'inserimento dei dati previsti dall'allegato II del decreto ministeriale del 9 luglio 2012 (all. 3 B del D.Lgs. 81/2008).

I dati aggregati contenuti nel "cruscotto di monitoraggio" del portale INAIL costituiscono oggi un patrimonio informativo di grande rilevanza per la definizione di un quadro dei rischi indispensabile ad individuare, a livello centrale, obiettivi e programmi delle politiche nazionali di prevenzione ed a indirizzare e programmare le attività di prevenzione a livello territoriale, sviluppando piani che tengano conto delle specificità dei singoli territori.

Si coglie l'occasione di questa pubblicazione dedicata alla descrizione della natura dei dati registrati, del metodo di analisi adottato e delle criticità rilevate nella valutazione dei risultati, per esprimere un ringraziamento a tutti gli attori coinvolti e in particolar modo alle Società scientifiche e ai medici competenti che, nel rispetto del ruolo pubblicistico della loro professione, hanno inteso condividere i contenuti e gli obiettivi dello strumento di raccolta al fine di contribuire alla conoscenza dei rischi lavorativi, in una cornice di collaborazione con il sistema pubblico che si ritiene rafforzerà l'efficacia della prevenzione e qualificherà con ancor più forza il ruolo stesso del medico competente.

*Ing. Ester Rotoli
Direttore Centrale Prevenzione
INAIL*

Introduzione – Coordinamento interregionale PISLL

L'attuale contesto normativo prevede un sistema molto articolato, sia per la gestione della sicurezza all'interno delle aziende, sia per la pianificazione e la programmazione delle azioni di prevenzione e di vigilanza degli enti a questo preposti.

Il nuovo ruolo di "preventore" del medico competente, già parzialmente introdotto dal D.Lgs. n. 626/1994, ha trovato piena attuazione con il D.Lgs. n. 81/2008; si è così passati dal concetto di sorveglianza sanitaria intesa come strumento di diagnosi precoce delle malattie professionali (prevenzione secondaria) a quello di strumento di verifica dell'efficacia della prevenzione primaria che punta al riscontro di assenza di malattia e al benessere del lavoratore. Per questo motivo, il medico competente è chiamato a partecipare, in prima persona, alle attività preventive in azienda, nella sua funzione di collaboratore del datore di lavoro, sia in fase di valutazione dei rischi, sia in fase di individuazione delle misure di prevenzione, con i compiti che la legge gli attribuisce. Il medico competente, in quanto professionista della sanità, viene a svolgere una più ampia funzione di pubblica utilità a tutela della salute dei cittadini-lavoratori. In quest'ambito, il prezioso contributo dei medici competenti arricchisce, con informazioni qualificate, il livello di conoscenza sulla presenza dei rischi negli ambienti di lavoro e sullo stato di salute della popolazione lavorativa, contribuendo a completare il quadro informativo necessario all'intero sistema della prevenzione per operare scelte corrette e appropriate.

Nessun sistema può oggi sfuggire alla necessità di monitorare le proprie prestazioni per poter valutare i processi e l'appropriatezza delle attività svolte e anche la necessità di eventuali modifiche normative. Nessun sistema può pensare di essere svincolato dagli altri che concorrono allo stesso risultato tanto che, con l'art. 8 del DLgs 81/08, sono state poste le basi del sistema informativo nazionale per la prevenzione (SINP) in cui dovranno convergere tutte le informazioni, provenienti da varie fonti, sul quadro produttivo, sul quadro dei rischi, sul quadro dei danni e sul quadro delle attività di prevenzione; in questo contesto anche le regioni hanno già avviato il monitoraggio delle proprie attività per restituire al livello istituzionale le informazioni necessarie alla programmazione della prevenzione e hanno pubblicato i loro report nazionali dal 2010.

Questo lavoro di raccolta dei dati aggregati contenuti nelle comunicazioni effettuate dai medici competenti in Italia, si propone di fornire un tangibile contributo al dibattito scientifico e giuridico –sperimentando per la prima volta, su base nazionale, l'uso di queste informazioni finalizzato al costante miglioramento della normativa, quale strumento al servizio della collettività per offrire strumenti di provata efficacia per la realizzazione di luoghi di lavoro sicuri.

dott. Luciano Marchiori
Coordinamento tecnico Interregionale PISLL

Capitolo 1 – Riferimenti legislativi

PREMESSA E ORIGINE DEI DATI

Il Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro prevede che il datore di lavoro nomini un medico competente che ha l'obbligo di collaborare alla valutazione dei rischi ed effettuare la sorveglianza sanitaria a tutela dello stato di salute e della sicurezza dei lavoratori.

Secondo l'art. 38 del D. Lgs. 81/08, può svolgere l'attività di medico competente qualunque medico in possesso di almeno uno dei seguenti titoli o requisiti:

- specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;
- docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;
- autorizzazione all'articolo 55 del Decreto Legislativo 15 agosto 1991, n. 277;
- specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale;
- con esclusivo riferimento al ruolo dei sanitari delle Forze Armate, compresa l'Arma dei carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di Finanza, svolgimento di attività di medico nel settore del lavoro per almeno quattro anni.

Tutti i medici in possesso di tali requisiti vengono iscritti nell'Elenco nazionale Medici competenti, istituito con decreto 4 marzo 2009 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali; l'elenco è tenuto presso l'Ufficio II della Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, che ne cura anche l'aggiornamento. Il Ministero del lavoro effettua, con cadenza annuale, verifiche dei requisiti e dei titoli autocertificati inclusi quelli relativi all'aggiornamento continuo.

La nomina del medico competente non è obbligatoria in tutte le aziende poiché è prevista soltanto se è obbligatoria la sorveglianza sanitaria a seguito della valutazione dei rischi nei casi previsti dall'art. 41.

Il medico competente, oltre a collaborare con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori, alla redazione del DVR (documento della valutazione dei rischi) e all'attuazione di programmi formazione e di promozione della salute, effettua la sorveglianza sanitaria che si svolge con visite mediche preventive, per valutare l'idoneità del lavoratore allo svolgimento della mansione specifica, e con visite mediche periodiche, finalizzate a controllare lo stato di salute dei lavoratori e il permanere dei requisiti di idoneità allo svolgimento della mansione specifica. Oltre a questi obblighi, ha il compito di riferire in sede di riunione annuale ai sensi dell'art. 35, ai responsabili della sicurezza e al datore di lavoro i risultati aggregati delle sue valutazioni sulle situazioni di rischio negli ambienti di lavoro.

Prima dell'entrata in vigore del DLgs 81/08 non era previsto l'invio di comunicazioni agli organi di vigilanza da parte del medico competente anche se in alcune regioni si era instaurato un flusso di comunicazioni annuali contenute dati e sintesi sulla sorveglianza sanitaria. L'art. 40 ha introdotto per il medico competente, al fine di favorire un utile rapporto di questi con il SSN, l'obbligo di inviare alla ASL del territorio, entro il primo trimestre dell'anno successivo all'anno di riferimento, esclusivamente per via telematica le informazioni elaborate evidenziando le differenze di genere relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, secondo il modello in allegato 3B.

Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, a loro volta, sono tenute a trasmettere all'ISPESL (ora INAIL) le informazioni aggregate ricevute dalle Aziende sanitarie locali.

In vista della prima scadenza dell'obbligo, il Coordinamento interregionale Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro delle Regioni e P.A. istituì nel 2008 un gruppo tecnico formato da rappresentanti di buona parte delle regioni italiane e dall'ISPESL, in qualità di struttura di supporto tecnico alle Regioni, a cui fu affidato il mandato di elaborare uno schema per la raccolta dei dati da utilizzare su tutto il territorio nazionale.

Lo schema fu prodotto nel 2009 ed utilizzato, su indicazione del Coordinamento delle Regioni e P.A., da buona parte dei medici competenti per la raccolta dei dati relativi all'anno 2008.

Il vivace ed acceso dibattito che ne seguì portò, con la pubblicazione del D.Lgs. 106/09 di modifica al D.lgs. 81/08, ad una parziale riformulazione dell'art. 40, con la temporanea sospensione dell'obbligo in attesa della pubblicazione di un decreto interministeriale che avrebbe dovuto ridefinire i contenuti degli allegati 3B e 3A.

La ridefinizione dell'allegato 3B fu quindi inserita nel Piano nazionale della prevenzione 2010-12, tra le azioni a sostegno dello sviluppo del sistema informativo nazionale della prevenzione (SINP) e all'interno di uno specifico progetto finanziato dal CCM e condotto da ISPESL e Regioni. Nell'ambito di tale progetto, fu anche condotto da ISPESL nel 2009 uno studio pilota sui dati 2008 forniti da un campione delle Regioni italiane, i cui risultati furono pubblicati nella rivista la Medicina del Lavoro. Il percorso per la stesura ultima del nuovo allegato 3B, proseguì con l'istituzione nel 2010 presso il Ministero della Salute di un gruppo tecnico interministeriale, comprendente rappresentanti dei Ministeri della Salute, del Lavoro, delle Regioni e P.A., di INAIL, ISPESL ed IPSEMA.

Dopo un lungo lavoro di revisione e di valutazione delle proposte tecniche dei vari soggetti, coinvolte anche le società scientifiche rappresentative dei settori della prevenzione e della medicina del lavoro, si licenziò una nuova versione dello schema per la raccolta delle informazioni da allegare al decreto, che vide la luce nel 2012.

Il decreto ministeriale 9 luglio 2012 - "Contenuti e modalità di trasmissione delle informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, ai sensi dell'articolo 40 del decreto legislativo 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro ripristinava

quindi l'obbligo di invio utilizzando il nuovo modello di allegato 3 B prodotto dal gruppo di lavoro ministeriale. Per il 2013 (relativamente alla sorveglianza effettuata nel 2012) il flusso ha avuto carattere di sperimentazione e per la prima volta l'invio è avvenuto per via telematica attraverso un'unica piattaforma nazionale messa a disposizione dall'INAIL nel proprio portale. Nel 2014, tenuto conto delle risultanze della fase di sperimentazione, è avvenuto invece il primo invio post sperimentazione con il nuovo modello dell'allegato attraverso il portale INAIL che ora permette anche alle ASL di monitorare i dati in modo aggregato e di accedere in tempo reale alle singole comunicazioni.

Nessun sistema oggi può sfuggire alla necessità di monitorare le proprie prestazioni, soprattutto quando vi è da tutelare un interesse pubblico, qual è la salute dei lavoratori. Tra i fruitori di questo flusso, oltre alle istituzioni che hanno compiti normativi, di controllo e di pianificazione e programmazione delle azioni di prevenzione, vi sono gli stessi medici competenti e le loro organizzazioni che ne potranno trarre utili indicazioni per le prospettive di miglioramento della copertura con la sorveglianza sanitaria e della piena attuazione del ruolo di "*preventore*" che il medico competente dovrebbe esercitare all'interno delle aziende.

Capitolo 2 – Modalità di analisi dei dati

In questo capitolo si illustrano brevemente le caratteristiche principali del flusso informativo analizzato, le metodologie impiegate in tal senso e si prospetta un insieme di analisi implementabili nel prossimo futuro.

La **Figura 2.1** illustra la struttura del flusso informativo realizzato a seguito dell'obbligo di comunicazione precedentemente illustrato: il medico competente trasmette all'ASL di competenza, tramite l'allegato 3B, le informazioni riguardanti ogni singola unità produttiva da lui sorvegliata; l'ASL riceve i dati comunicati dai medici competenti afferenti al proprio territorio, li aggrega e li trasmette in forma aggregata alla Regione di competenza; la Regione riceve i dati aggregati da parte delle ASL afferenti al proprio territorio e li trasmette telematicamente all'INAIL. Pertanto, l'INAIL dispone, come terminale di tale flusso, dei dati aggregati per l'analisi di livello nazionale che viene attuata in collaborazione con le Regioni e con il Ministero della Salute. Al livello di ASL, il sistema mette a disposizione dei servizi di prevenzione i dati attraverso l'applicativo Cruscotto di Monitoraggio.

Lo scopo di questo flusso informativo è quello di permettere ai Servizi pubblici competenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro ma anche agli stessi medici competenti, di avere un controllo sul processo di sorveglianza sanitaria e informazioni utili per la mappatura dei rischi occupazionali e dei danni da lavoro.

Figura 2.1 – Struttura del flusso informativo costituito dalle comunicazioni dei medici competenti



Fonte: Comunicazione Medico Competente - Panoramica dell'applicativo, INAIL

Per capire quali sono le informazioni relative all'unità produttiva che il medico competente raccoglie e invia conseguentemente all'ASL di competenza, sono state accluse le parti che compongono l'allegato 3B.

Nella **Figura 2.2** sono raccolte tutte le informazioni che identificano l'azienda e i relativi lavoratori occupati.

Figura 2.2 – ALLEGATO 3B parte 1

1 ALLEGATO 3B - Anno di riferimento della comunicazione		
INFORMAZIONI FORNITE DAL DATORE DI LAVORO AL MEDICO COMPETENTE		
DATI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA		
2 Ragione Sociale o Codice Cento (nel caso di natanti)		
3 Partita IVA della Ragione Sociale/codice fiscale		
4 Codice Fiscale della Ragione Sociale		
5 Indirizzo sede legale (comune, via e numero civico)		
6 Denominazione unità produttiva o codice certificato (nel caso di natanti)		
7 Indirizzo Unità produttiva (comune, via e numero civico)		
8 Codice attività economica (ATECO)/Codice categoria naviglio nel caso di natanti		
NUMERO LAVORATORI OCCUPATI		
	Maschi	Femmine
9 N. totale lavoratori occupati al 30/6		
10 N. totale lavoratori occupati al 31/12		
Media annuale lavoratori occupati (CALCOLATA IN AUTOMATICO DAL SISTEMA)		

La **Figura 2.3** mostra le informazioni che identificano il medico competente, i dati necessari a descrivere la sorveglianza sanitaria e il riscontro di eventuali malattie professionali. Sempre in termini di sorveglianza sanitaria, nella **Figura 2.4** sono elencati i rischi lavorativi, indicando la distribuzione per sesso dei lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria e di quelli effettivamente sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno. Infine, in **Figura 2.5** viene specificato il numero di lavoratori che risultano positivi ai test relativi all'uso di alcool e sostanze stupefacenti, distinguendone il sesso e indicandone l'eventuale non idoneità.

Figura 2.3 – ALLEGATO 3B parte 2

INFORMAZIONI FORNITE DAL MEDICO COMPETENTE		
DATI IDENTIFICATIVI DEL MEDICO COMPETENTE		
11 Cognome Nome del Medico Competente		
12 luogo e data di nascita del medico competente		
13 Codice Fiscale del Medico Competente		
14 e-mail del Medico Competente		
PROBABILI/POSSIBILI MALATTIE PROFESSIONALI E SEGNALATE ex. Art 139 DPR 1124/65		
	Maschi	Femmine
15 N. MP segnalate		
16 Tipologia MP segnalate (codifica DM 11.12.09)(SCELTA MULTIPLA)		
DATI RELATIVI ALLA SORVEGLIANZA SANITARIA		
	Maschi	Femmine
17 n. totale lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria		
18 n. totale lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria (visitati) nell'anno di riferimento		
19 n. lavoratori idonei alla mansione specifica		
20 n. lavoratori con idoneità parziali temporanee (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione)		
21 n. lavoratori con idoneità parziali permanenti (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione)		
22 n. lavoratori temporaneamente inidonei alla mansione specifica		
23 n. lavoratori permanentemente inidonei alla mansione specifica		

Figura 2.4 – ALLEGATO 3B parte 3

ESPOSIZIONE A RISCHI LAVORATIVI DEI LAVORATORI SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA SANITARIA					
		lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria		lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno di riferimento	
				lavoratori visitati	
	RISCHI LAVORATIVI	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
24	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI				
25	SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI				
26	AGENTI CHIMICI				
27	AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI				
28	AMIANTO				
29	SILICE LIBERA CRISTALLINA				
30	AGENTI BIOLOGICI				
31	VIDEOTERMINALI (VDT)				
32	VIBRAZIONI CORPO INTERO				
33	VIBRAZIONI MANO BRACCIO				
34	RUMORE				
35	CAMPI ELETTROMAGNETICI				
36	RADIAZIONI OTTICHE ARTIFICIALI				
37	RADIAZIONI ULTRAVIOLETTE NATURALI				
38	MICROCLIMA SEVERO				
39	INFRASUONI				
40	ULTRASUONI				
41	ATMOSFERE IPERBARICHE				
42	N. ADDETTI LAVORO NOTTURNO (D.lgs n.66 del 2003 2 2113/2004) >80gg/anno				
43	ALTRI RISCHI EVIDENZIATI DA V.R.				

Figura 2.5 – ALLEGATO 3B parte 4

Adempimenti ai sensi dell'art. 41 co 4 – D.Lgs.81/08									
				N. lavoratori sottoposti alle verifiche ex art. 41 co 4 D.Lgs.81/2008 nell'anno		N. lavoratori positivi al test di screening		N. di lavoratori positivi al test di conferma	
				Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
44	SOSTANZE PSICOTROPE E STUPEFACENTI								
45	ALCOOL DIPENDENZA							Lavoratori risultati inidonei alla mansione	
								Maschi	Femmine

NATURA DEI DATI

L'unità statistica oggetto del trattamento è la comunicazione inoltrata dai medici competenti per **unità produttiva**, come definita dall'art. 2 comma 1 lettera t del D.Lgs.81/2008 (si veda il glossario), sebbene l'oggetto dell'attività dei medici sia il **lavoratore**. Pertanto, già all'atto stesso della comunicazione, i dati pervengono in forma aggregata rispetto ai singoli lavoratori delle unità produttive: non si hanno, cioè, informazioni relative alla sorveglianza sanitaria condotta dai medici competenti al livello del singolo lavoratore ma solo al livello delle unità produttive, distintamente per genere.

I dati raccolti dai medici competenti nell'ambito della sorveglianza sanitaria, inoltrati all'INAIL tramite il modello 3B descritto nella sezione precedente, utilizzando il portale INAIL (INAIL in

questa fase opera esclusivamente come fornitore di un servizio informatico per le regioni e le ASL), sono disponibili tramite il Cruscotto di Monitoraggio per gli utenti dei servizi SPSAL abilitati all'accesso in quanto appartenenti all'organo di vigilanza. Tali dati sono disponibili essenzialmente in forma **aggregata** anche rispetto alle unità produttive, con grado di dettaglio che va dal dato nazionale e arriva al dato distribuito per singola ASL, passando per la distribuzione regionale (non è disponibile invece la distribuzione provinciale, ricostruibile eventualmente a partire dalle ASL). I dati **elementari**, riferiti cioè alle singole unità produttive e dunque alle singole comunicazioni inoltrate dai medici competenti, sono disponibili limitatamente alla ASL di competenza dell'utente che utilizza in quel momento il cruscotto di monitoraggio. Pertanto, l'analisi effettuata in questo lavoro utilizza solamente dati aggregati e non può indagare la struttura assunta dalla distribuzione delle singole comunicazioni né tentare un eventuale *record linkage* con altre basi di dati inerenti le unità produttive italiane. Un tale tipo di analisi sarebbe possibile a livello di ASL, condotto però autonomamente da ogni ASL che, come detto, ha accesso ai propri dati elementari. A questo punto è necessario sottolineare che alcune criticità, impossibili da evidenziare nei dati già aggregati, sono emerse soltanto durante l'estrazione e l'analisi dei dati elementari a disposizione degli autori di questo documento in una ASL; quanto riscontrato impone cautela nella valutazione dei risultati, sottolineando la duplice esigenza di affinare lo strumento informatico fino ad ora implementato e di accrescere la collaborazione con i medici competenti per uniformare le interpretazioni. Tra le criticità, citiamo in particolare il caso di unità produttive monitorate da più medici competenti (coordinati e coordinatore), dove non sempre si ha un dato univoco sul numero di lavoratori impiegati (numero di occupati) e sul numero di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria. A causa di una differente interpretazione delle istruzioni fornite ai medici competenti per la compilazione dell'allegato 3B, alcune comunicazioni riportano come numero di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria il totale dei soggetti a sorveglianza di quella data unità produttiva, altre comunicazioni il numero di lavoratori monitorati individualmente dal medico competente; ciò rende difficile conoscere con precisione, a livello di unità produttiva (e anche per la totalità del territorio), il numero di addetti delle aziende e il numero di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria oggetto delle comunicazioni. Di queste e altre criticità emerse verrà dato conto anche nel prossimo capitolo.

Come verrà ulteriormente sottolineato nel capitolo dedicato all'elaborazione dei dati, la sorveglianza sanitaria condotta dai medici competenti che dà origine ai dati analizzati non viene realizzata nell'ambito di un'indagine statistica; in altri termini, l'insieme di unità produttive monitorate dai medici competenti non è un campione in senso statistico in quanto non viene selezionato casualmente. Come detto nella sezione precedente, la nomina dei medici competenti è infatti demandata ai datori di lavoro, limitatamente ai casi che prevedono la sorveglianza sanitaria. Dunque, appare chiaro che l'insieme delle unità produttive monitorate dai medici competenti non possa dirsi statisticamente rappresentativo della totalità delle unità produttive italiane. Questo

limite è aggravato anche dalla percentuale molto bassa di unità produttive monitorate rispetto al totale, cosa che potrebbe far ipotizzare che non siano pervenute tutte le relazioni che sarebbe stato logico attendersi in base alla distribuzione delle attività produttive.

Quanto appena detto implica che non si possano utilizzare i risultati presentati in questo lavoro per inferire caratteristiche sanitarie/epidemiologiche della popolazione dei lavoratori italiani. Le elaborazioni presentate possono però essere lecitamente e utilmente impiegate per tratteggiare un quadro di riferimento generale della popolazione effettivamente sorvegliata.

ESTRAZIONE DEI DATI

Il reperimento dei dati utilizzati per le elaborazioni presentate è stato quasi immediato in virtù dell'applicativo INAIL "Cruscotto di monitoraggio", una soluzione di business intelligence con la quale è possibile visualizzare i dati aggregati delle comunicazioni dei medici competenti presentati in diverse categorie corrispondenti alle diverse sezioni dell'allegato 3B. È possibile inoltre effettuare il download dei dati in diversi formati in modo tale da poterli utilizzare con il software ritenuto più opportuno (soltanto a livello di ASL).

ANALISI DEI DATI

Data la natura prettamente quantitativa e discreta delle variabili considerate (numero di comunicazioni, numero di lavoratori idonei, ecc.) si è ritenuto opportuno sintetizzare i dati estratti mediante indicatori descrittivi delle grandezze considerate (percentuali, rapporti), facendo largo uso di rappresentazioni grafiche (in particolar modo istogrammi, stante la natura prevalente delle variabili coinvolte) per rendere immediato il responso. Laddove ritenuto utile, si è fatto uso di software per la georeferenziazione dei dati per esprimere con maggior immediatezza la distribuzione regionale degli indicatori considerati. La natura non inferenziale dei dati estratti ha reso inopportuno implementare modelli statistici per la valutazione delle concause responsabili della distribuzione regionale degli indicatori considerati e dei risultati ottenuti in termini di idoneità, di malattie professionali segnalate ecc. Pertanto, le elaborazioni hanno natura essenzialmente descrittiva.

Il limite già descritto della non casualità del campione rende, come appena detto, impossibile (o quantomeno non sensato) realizzare modelli causali per spiegare il fenomeno osservato: ciò nonostante, integrando i dati con ulteriori indicatori e valori desumibili da fonti informative già disponibili, sarebbe possibile impiegare tecniche di classificazione automatica (cluster analysis ecc.) e di analisi multidimensionale (analisi fattoriale, ACP ecc.) per indagare maggiormente e più a fondo i dati desunti dalle comunicazioni dei medici competenti. Il merito di tali tecniche è infatti, a

differenza dei modelli di regressione, quello di prescindere da requisiti di campionamento casuale e da argomenti di natura inferenziale, sintetizzando i dati “così come sono” in una sorta di analisi descrittiva potenziata ed estesa. Si affideranno questi ulteriori approfondimenti ad una futura pubblicazione.

Capitolo 3 – Elaborazione dei dati

In questo capitolo si analizzano le informazioni trasmesse con le comunicazioni dei medici competenti rese disponibili in forma aggregata nel “Cruscotto di monitoraggio” del portale INAIL dedicato. I dati provengono dalle comunicazioni relative all'allegato 3B ex art. 40 D.Lgs. 81/08, registrate nel portale dell'INAIL negli anni 2013 e 2014 per la sorveglianza sanitaria effettuata rispettivamente nel 2012 e 2013. Poiché non è possibile recuperare quanto inviato ai servizi PSAL (prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) dai medici competenti con altre modalità (es. fogli di Excel, utilizzo della posta elettronica certificata, PDF, ecc.), i dati analizzati, soprattutto se si riferiscono al 2012 (anno dedicato alla “sperimentazione” del sistema), non possono essere ritenuti del tutto completi; l'analisi più dettagliata riguarderà solo le informazioni pervenute nel 2014 e riferite al 2013. Vengono inoltre utilizzati i dati Istat e dati diffusi da INAIL mediante i Flussi Informativi INAIL Regioni e la Banca Dati Statistica per alcuni confronti con la totalità delle aziende del territorio. **Nel testo che segue, se non diversamente specificato, verrà sempre indicato l'anno a cui si riferisce l'attività del medico competente e non l'anno di arrivo delle comunicazioni.**

Il capitolo seguirà una struttura simile a quella del “Cruscotto di monitoraggio” e dello stesso allegato 3B; pertanto le elaborazioni saranno presentate nel seguente ordine:

- Dati di sintesi su medici competenti ed unità produttive;
- Dati relativi all'esito delle visite;
- Dati relativi ai rischi lavorativi;
- Dati relativi alle malattie professionali;
- Dati relativi ai test per la verifica di assenza di alcol dipendenza e uso di sostanze stupefacenti.

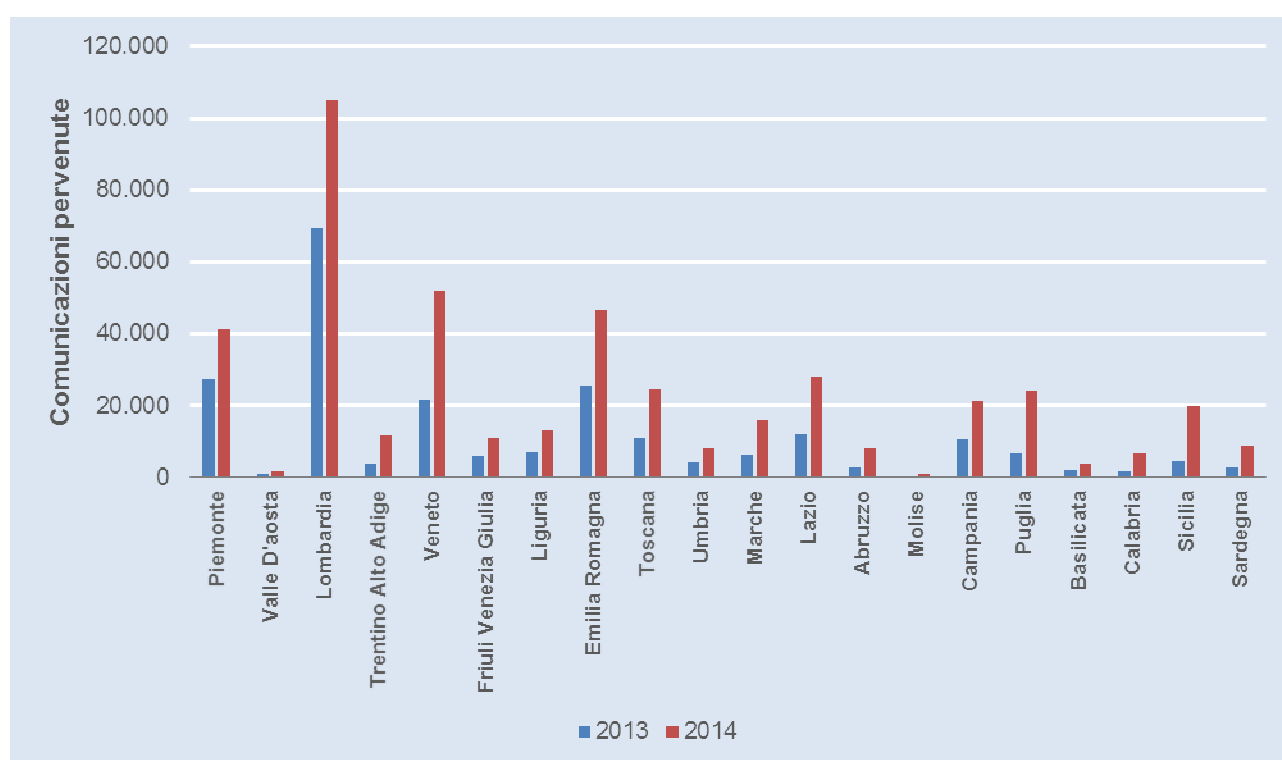
3.1 - DATI DI SINTESI SU MEDICI COMPETENTI E LAVORATORI

In questa sezione si elaborano i dati di sintesi riguardanti i medici competenti e l'insieme di lavoratori a cui questi dedicano la propria attività che, come si vedrà, costituisce un sottoinsieme piuttosto ristretto del totale degli occupati italiani. L'insieme dei medici competenti a cui faremo riferimento è costituito nel 2012 da 3.597 medici, passati a 5.018 nel 2013, che hanno prodotto nei due anni rispettivamente 227.162 e 452.062 comunicazioni, a fronte di 224.967 e 447.336 unità produttive gestite (si veda la **Tabella 1**). Il numero di comunicazioni differisce dal numero di unità produttive in quanto alcune unità produttive di grandi dimensioni sono sorvegliate da più medici

competenti (coordinati e coordinatore); in generale però, ad una unità produttiva corrisponde una sola comunicazione¹.

In **Figura 3.1** viene riportata la distribuzione regionale del numero di comunicazioni dei medici competenti pervenute negli anni 2013 e 2014 (che si riferiscono, lo si ricorda, rispettivamente all'attività svolta nel 2012 e nel 2013), dalla quale si evince come per tutte le regioni italiane si sia osservato un considerevole aumento delle comunicazioni nel 2014 rispetto al 2013; alcune regioni prevalgono in numerosità anche in relazione alla maggior presenza di attività produttive situate nel loro territorio.

Figura 3.1 - Numero di comunicazioni pervenute per regione, anni 2012 e 2013 (ricevute nel 2013 e 2014)



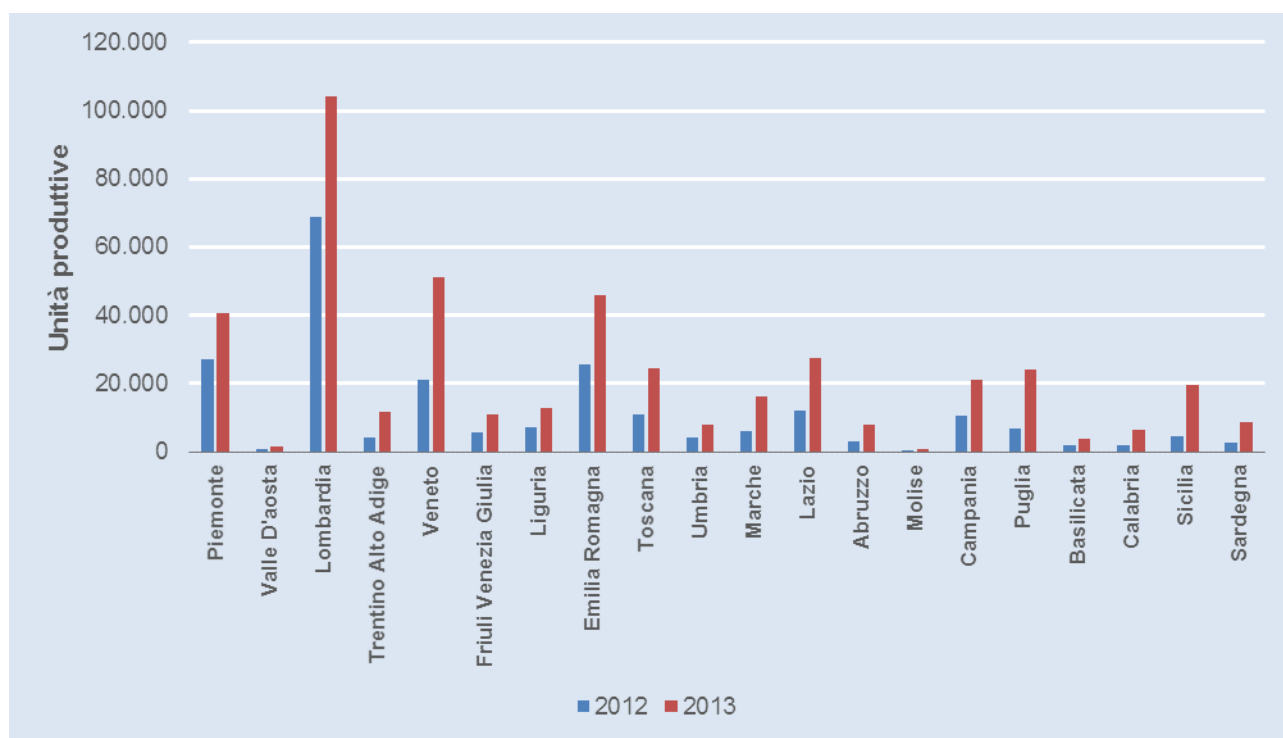
Infatti tale differente distribuzione del numero di comunicazioni riflette la distribuzione del numero di unità produttive coinvolte nella sorveglianza sanitaria da parte dei medici competenti, come emerge chiaramente dalla **Figura 3.2**: si vede anche come le unità produttive coinvolte aumentino notevolmente nel 2013 rispetto al 2012 (si ricordi che approssimativamente ad ogni unità produttiva corrisponde una comunicazione, sebbene questa identità non sia perfetta a causa di unità produttive sorvegliate da più medici competenti), e soprattutto si osserva come il numero di

¹ Per completezza si ricorda che il numero totale di medici competenti iscritti ad oggi nell'elenco nazionale di cui al comma 4 dell'art. 38 del DF.Lgs 81/08 differisce da quello presentato in questa pubblicazione in quanto comprende anche i medici competenti che si sono iscritti pur non esercitando l'attività.

unità produttive coinvolte sia estremamente variabile a livello regionale (agli estremi si collocano Lombardia e Molise).

Per approfondire le caratteristiche delle unità produttive coinvolte nella sorveglianza sanitaria, e facendo riferimento al solo anno 2013 in quanto più completo in termini di dati ricevuti, è possibile osservare la **Figura 3.3** che suddivide il numero di unità produttive rispetto alle classi di addetti della quale fanno parte (così come desunta dalla registrazione del medico competente; vedi **Tabella 2**): a livello nazionale, appare predominante la classe “da 4 a 10 addetti” che assorbe il 34% della distribuzione, seguita dalle classi “da 2 a 3”, “1 addetto” e “da 11 a 15”, che insieme totalizzano il 43% della distribuzione. Anche questa fonte informativa, dunque, conferma come il profilo aziendale italiano tipico rientri nella categoria delle piccole imprese (in totale 77% sotto ai 10 addetti, ricordando che i lavoratori autonomi non sono soggetti ad obbligo di sorveglianza sanitaria).

Figura 3.2 - Numero di unità produttive coinvolte per regione, anni 2012 e 2013



In merito ai dati appena commentati si ricorda, come già anticipato nel capitolo precedente, che il numero di addetti delle singole unità produttive comunicato dai medici competenti non è al momento del tutto attendibile, in quanto per alcune unità produttive monitorate da più medici il dato comunicato non coincide. Tale circostanza impedisce di conoscere l'esatta distribuzione di unità produttive per classi di addetti ma non altera la forma globale di tale distribuzione, riportata in Figura 3.3, che pertanto può essere in ogni caso utilmente valutata.

Figura 3.3 - Numero di unità produttive coinvolte per classe di addetti, anno 2013, Italia

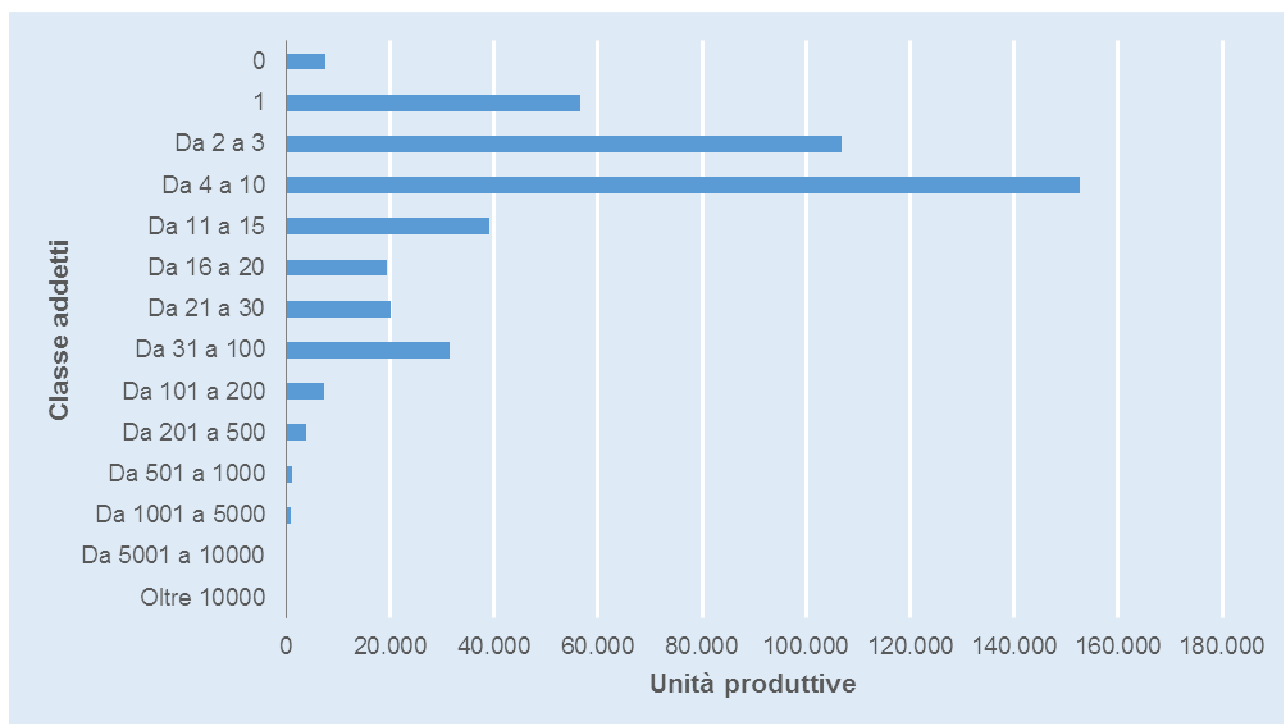
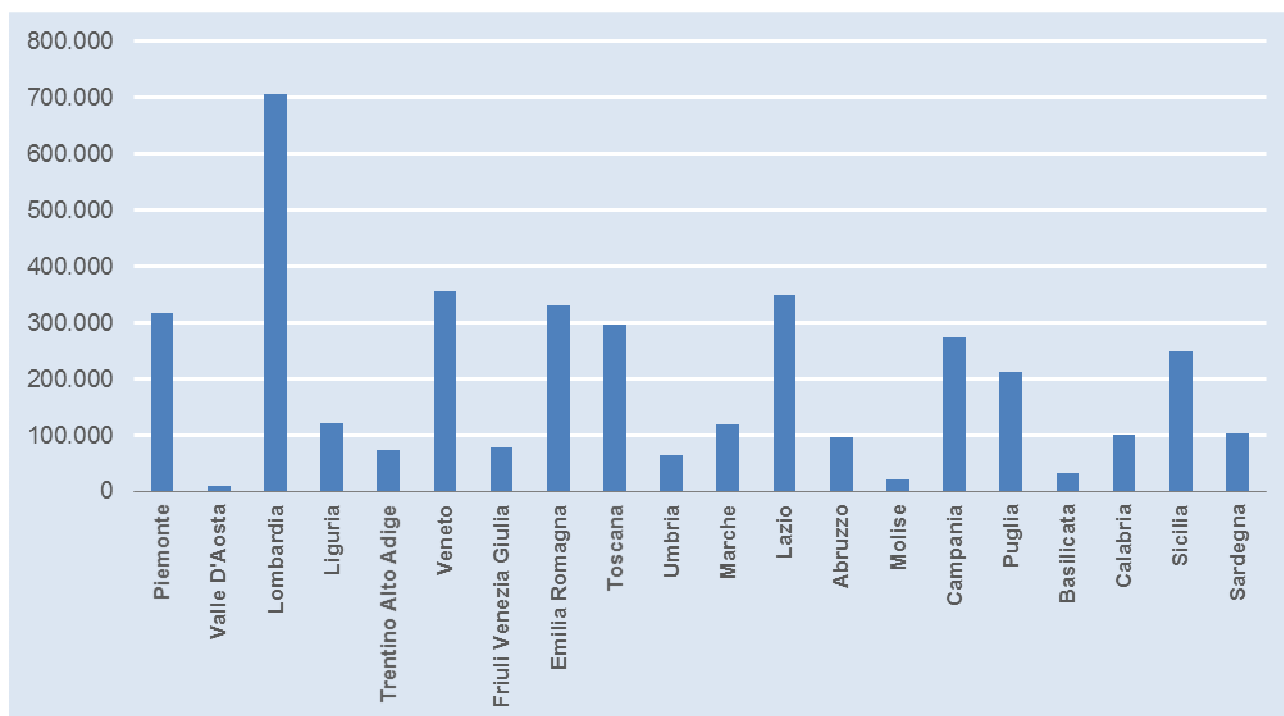


Figura 3.4 - Numero di PAT (INAIL) per regione, anno 2012

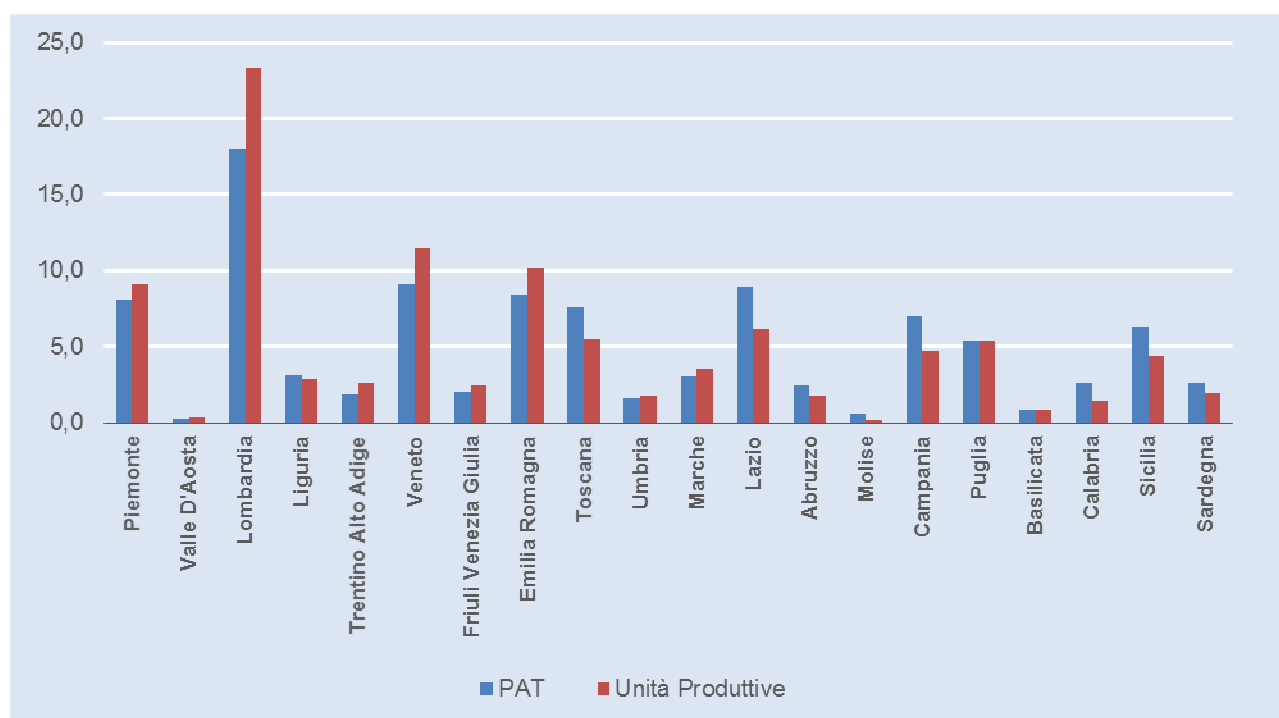


In **Figura 3.4**, la distribuzione delle PAT assicurate all'INAIL mostra una maggiore concentrazione nelle regioni del Centro-Nord, notoriamente più produttive: in particolare la Lombardia (con oltre 705mila unità pari al 18,0% del totale), il Veneto (con oltre 355 mila unità pari al 9,1%), il Lazio (con poco meno di 350mila pari all'8,9%) e l'Emilia Romagna (con 331mila e l'8,5%). Un numero più contenuto di PAT si registra, invece, in Valle D'Aosta (0,3%), in Molise (0,6%) e in Basilicata (0,9%). Occorre, comunque, tener conto nell'analisi dei dati, del fenomeno dell'accentramento contributivo più presente in alcune regioni come ad esempio il Lazio.

Analoga concentrazione si osserva anche per le unità produttive coinvolte nella sorveglianza sanitaria (**Tabella 15**), per queste ultime emerge che oltre il 23% sono collocate in Lombardia, a seguire Veneto (11,5%) ed Emilia Romagna (10,2%). Anche in questo caso le regioni con un numero molto contenuto di unità produttive sono il Molise (0,2%), la Valle D'Aosta (0,4%) e la Basilicata (0,9%).

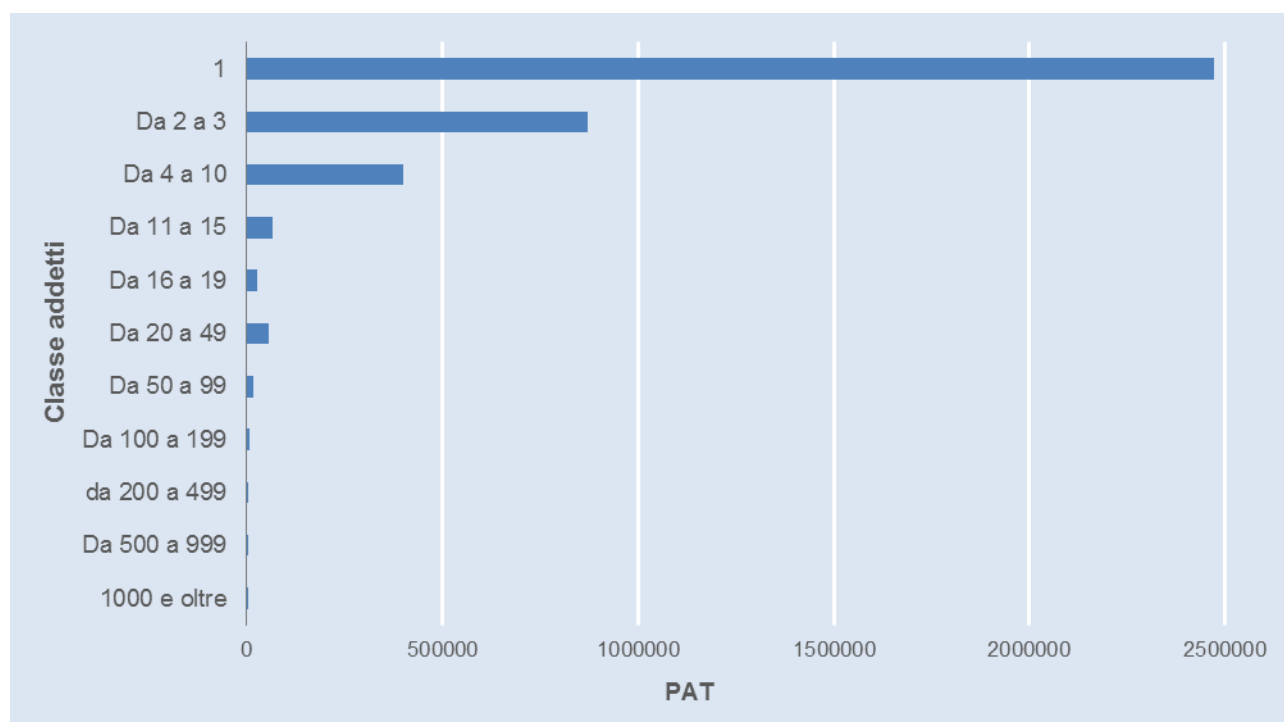
La **Figura 3.5** mostra che nella metà delle regioni la percentuale di unità produttive coinvolte nella sorveglianza sanitaria è più elevata rispetto alla percentuale di presenza di PAT, tale aspetto riguarda tutte le regioni del Nord, ad eccezione della Liguria. Dal grafico emerge chiaramente il caso della Lombardia con il 18,1% di PAT e il 23,3% di unità produttive coinvolte nella sorveglianza sanitaria.

Figura 3.5 – Confronto percentuale tra numero di PAT (INAIL) e Unità Produttive (ex art. 40) per regione, anno 2013



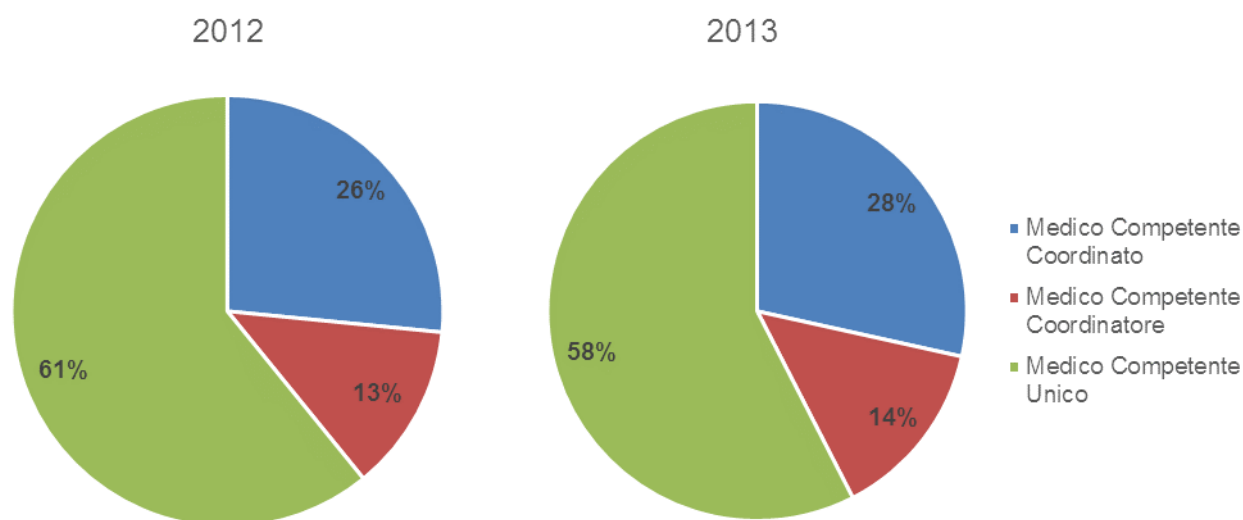
La distribuzione delle PAT INAIL per dimensione aziendale (**Figura 3.6**) mostra che oltre il 63% riguarda artigiani autonomi (circa il 75% del totale della classe) o aziende con un solo dipendente. A seguire con il 22% circa la classe di addetti da 2 a 3. Oltre il 95% delle PAT non supera i 10 dipendenti, confermando che il tessuto produttivo è costituito prevalentemente da micro-imprese.

Figura 3.6 – Numero di PAT per classe di addetti, anno 2012, Italia



Relativamente al ruolo del medico competente nelle aziende oggetto di comunicazione, è interessante osservare come si distribuisca rispetto alle tre categorie con le quali vengono identificati i ruoli dei medici competenti (dati disponibili in **Tabella 3**). La **Figura 3.7** esprime chiaramente come la categoria “Medico Competente Unico” sia predominante sia nel 2012 sia nel 2013, coinvolgendo circa il 60% della totalità. La categoria “Medico Competente Coordinato” si assesta attorno al 27%, mentre il “Medico Competente Coordinatore” raggiunge meno del 15%. Si ricorda comunque che il ruolo si riferisce ad una singola comunicazione: il medico “coordinato” in una comunicazione potrebbe essere “unico” o “coordinatore” in un’altra comunicazione.

Figura 3.7 - Classificazione dei medici competenti, anni 2012 e 2013, Italia



Questo insieme di medici competenti, così distinto rispetto ai tre ruoli, si distribuisce in modo eterogeneo rispetto alla totalità delle unità produttive italiane. Facendo riferimento ai 5.018 medici competenti attivi nel 2013 in Italia, la Figura 3.8 mostra quanti di essi abbiano in carico un determinato numero di unità produttive (si veda la **Tabella 21**). Dal grafico emerge come siano almeno quattro le classi a svolgere un ruolo predominante in questa distribuzione, nello specifico le classi estreme (“una unità produttiva”, “da 2 a 3 unità produttive”, “da 101 a 200 unità produttive” e “Più di 200 unità produttive”).

Un discorso analogo può essere fatto andando ad osservare come l'insieme dei medici competenti (sempre facendo riferimento al 2013) si distribuisce rispetto all'insieme di lavoratori soggetti e sottoposti a sorveglianza impiegati nelle unità produttive monitorate (dati presenti in **Tabella 22** e **Tabella 23**). A differenza delle unità produttive per medico riportate in **Figura 3.8**, il numero di lavoratori soggetti/sottoposti a sorveglianza per medico segue una distribuzione che tende a concentrarsi nelle classi intermedie (in particolar modo in quelle a partire da 150 lavoratori fino ad arrivare a 3000), come dimostra il grafico in **Figura 3.9**.

In merito ai dati presentati in Figura 3.9, così come detto per il numero di occupati, si tenga presente quanto rimarcato nel capitolo precedente (sezione Natura dei dati): il numero di lavoratori soggetti e sottoposti a sorveglianza risulta essere al momento leggermente sovrastimato a causa di una disomogenea interpretazione delle istruzioni per la compilazione dell'allegato 3B. Questa circostanza non altera la forma della distribuzione in Figura 3.9 e delle successive figure e pertanto si può utilizzare il dato attualmente a disposizione per le elaborazioni che seguono, in attesa di successivi miglioramenti della fonte informativa.

Figura 3.8 - Numero di unità produttive (classe) per medico, Italia, 2013

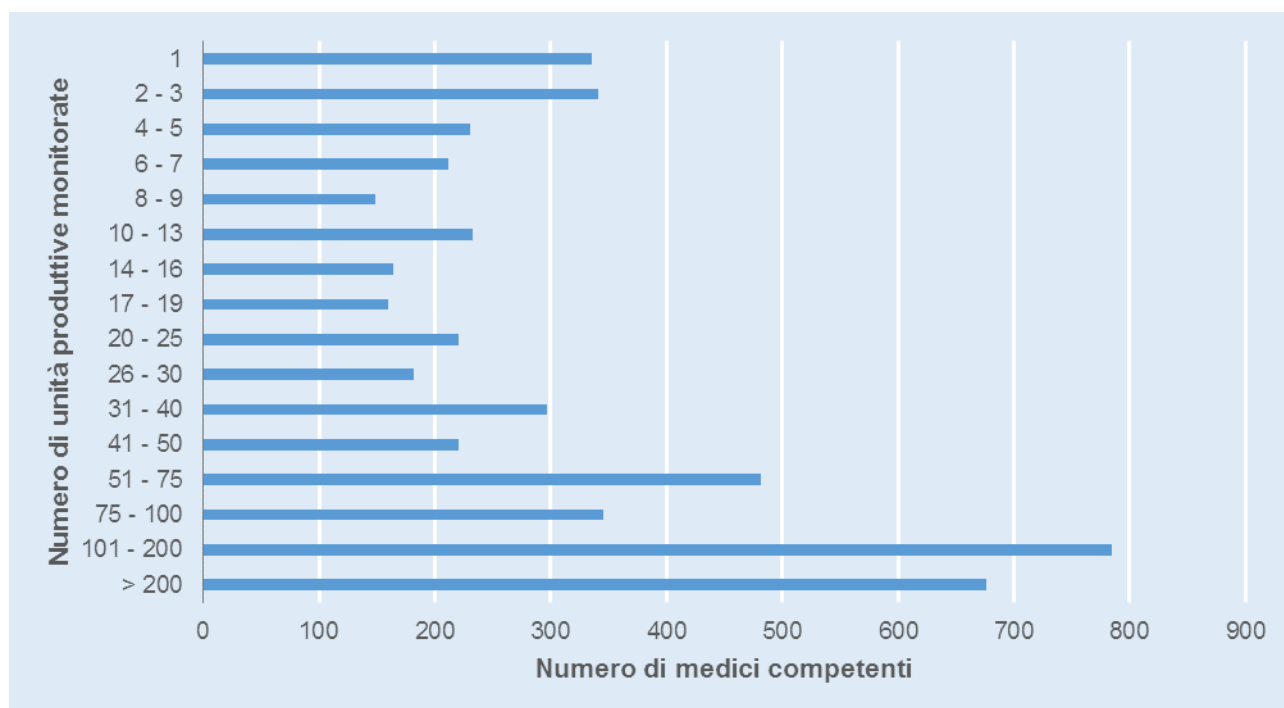
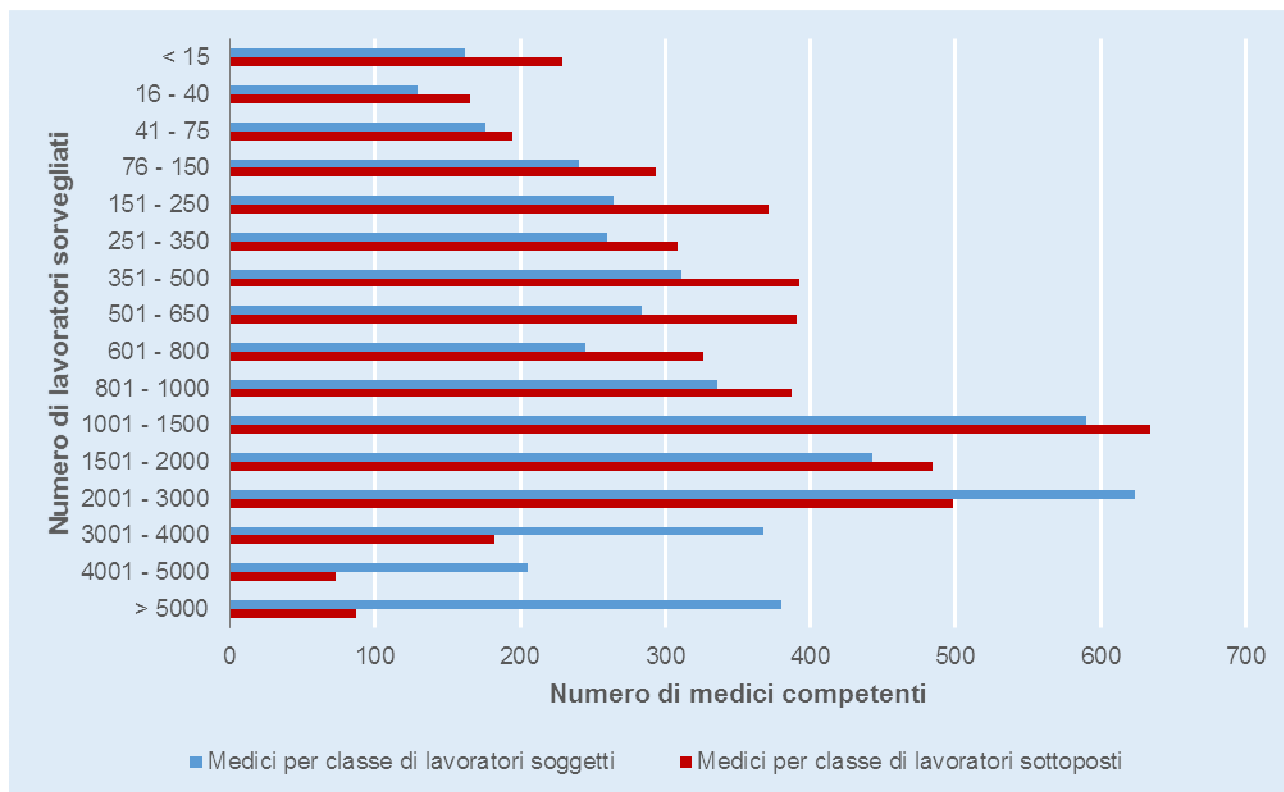


Figura 3.9 - Numero di lavoratori (classe) soggetti/sottoposti a sorveglianza per medico, Italia, 2013

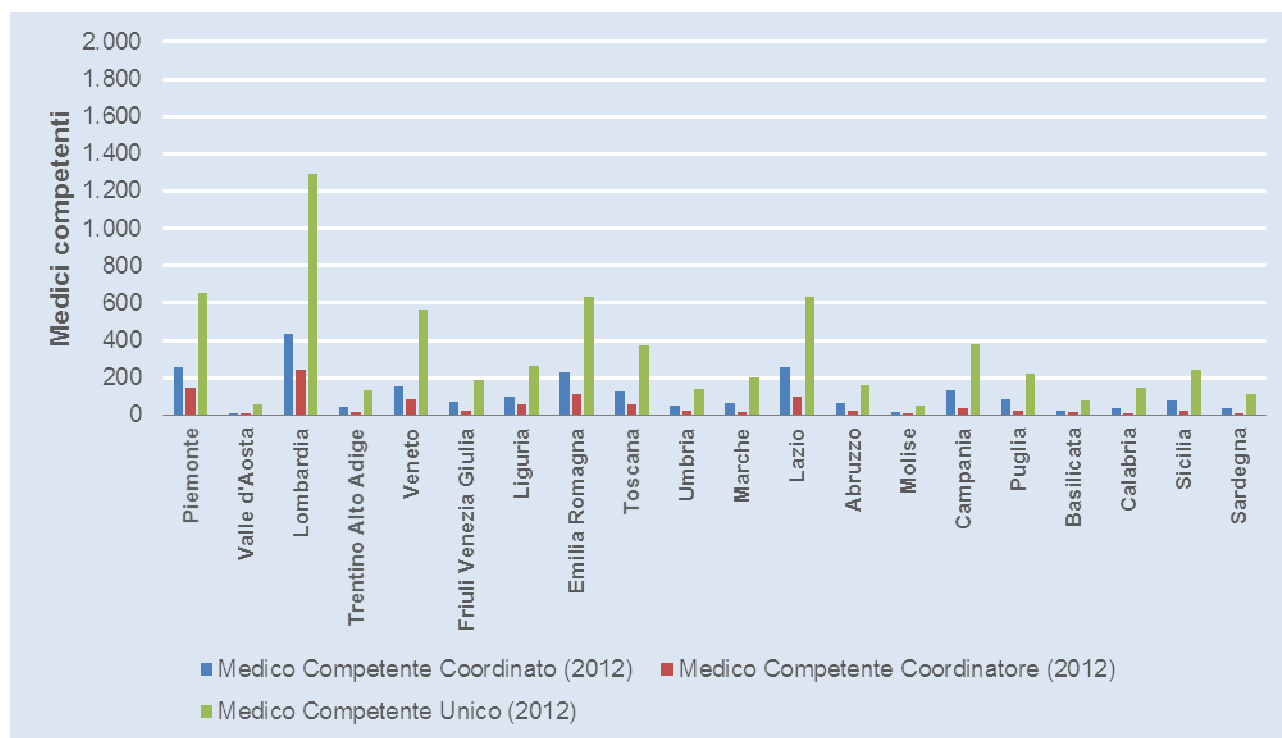


Tornando alle tre tipologie di medici competenti considerate nel complesso in Figura 3.7, è utile considerarne la distribuzione anche a livello di regione, dove la situazione resta percentualmente praticamente invariata, fatta salva la numerosità di medici competenti che afferiscono alle varie regioni, numero che varia quanto il numero di comunicazioni e di unità produttive. La distribuzione all'interno di ogni regione rispetto alle tre categorie di medici competenti (riportata in **Tabella 4** e **Tabella 4b**), però, ricalca approssimativamente la distribuzione nazionale, e questo emerge chiaramente dalla **Figura 3.10** che riporta tale distribuzione per ogni regione e per gli anni 2012 e 2013. Se si confronta la distribuzione per regione dei medici competenti (Figura 3.10) con quella delle comunicazioni prodotte da questi ultimi (Figura 3.1), si evince che le variazioni inter-regionali dei contingenti di medici competenti e di comunicazioni non sono proporzionali. In altre parole, il rapporto comunicazioni/numero di medici varia molto da regione a regione.

(**NB:** Si faccia attenzione, nel valutare la distribuzione dei medici competenti per regione e tipologia -tabelle 4a e b-, al fatto che il totale risultante è maggiore del totale nazionale dei medici competenti, in quanto lo stesso medico competente può operare in più regioni. Inoltre, anche rispetto alla sola distribuzione per tipologia, il totale che si ottiene risulta maggiore del numero effettivo di medici competenti, in quanto lo stesso medico può far parte di più tipologie.)

Figura 3.10 - Numero di medici competenti per categoria e regione, anni 2012 e 2013

2012



2013

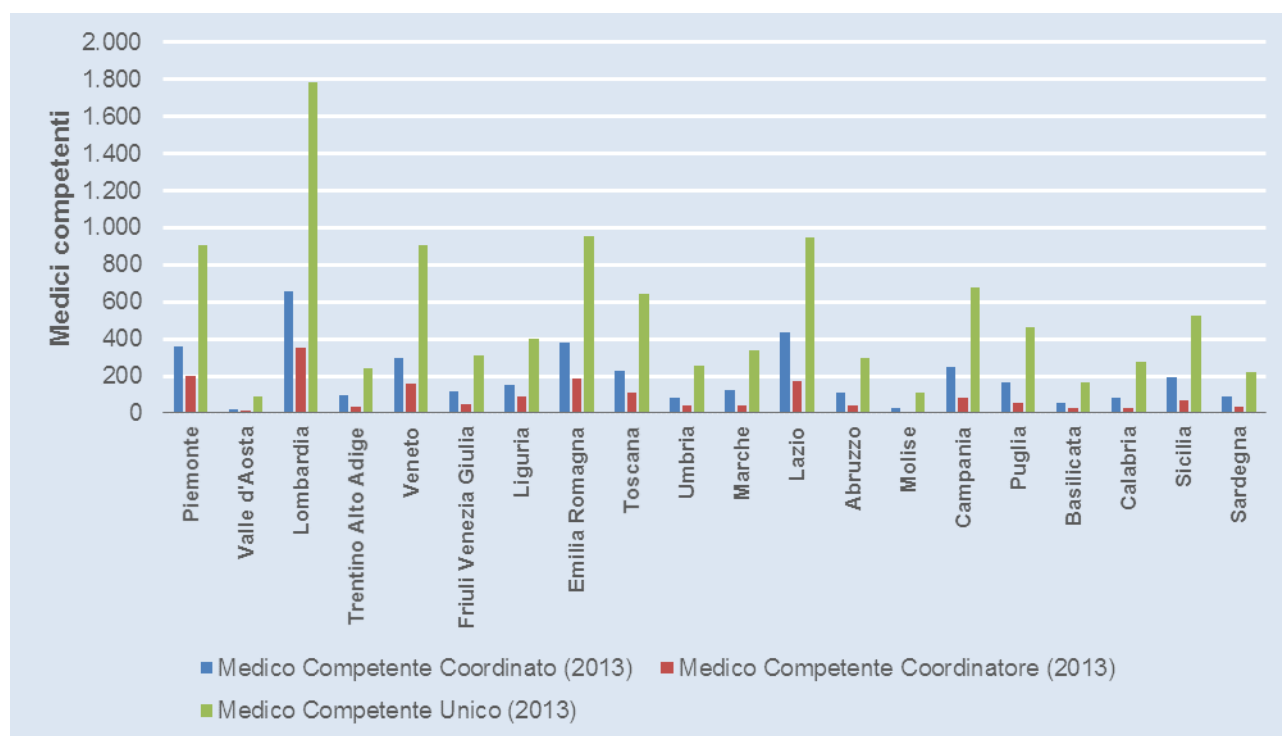
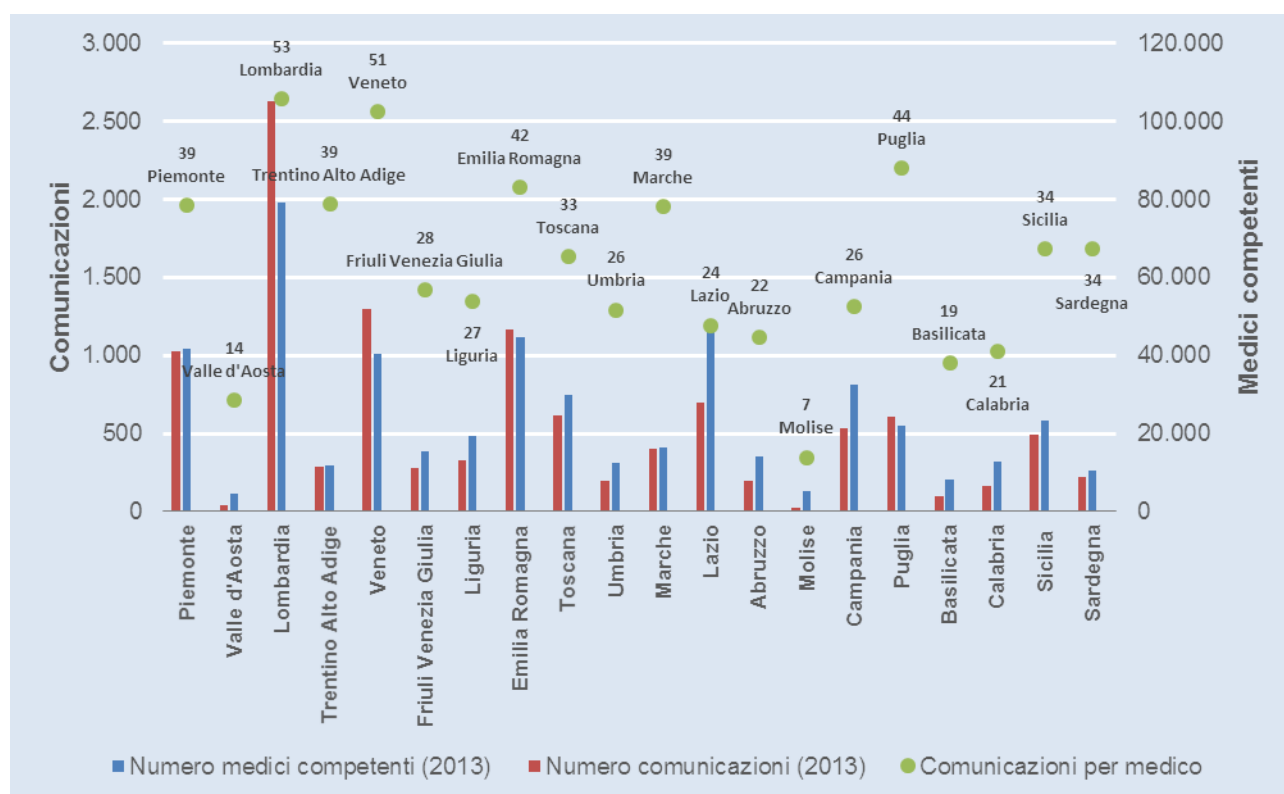
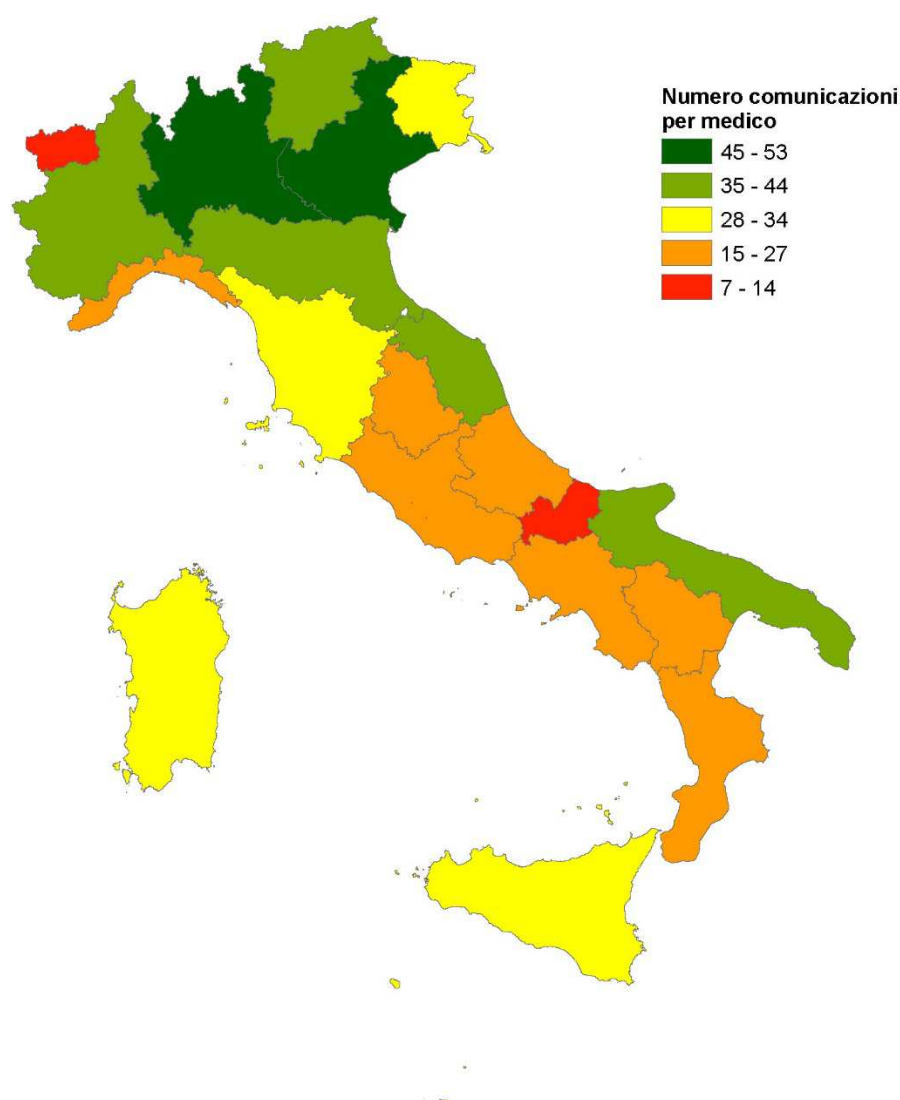


Figura 3.11 - Numero di medici competenti, numero di comunicazioni inoltrate dai medici competenti e numero di comunicazioni per medico, per regione, anno 2013



Per valutare quanto appena detto, può essere utile prendere in considerazione la **Figura 3.11** e la **Figura 3.12**, che riportano graficamente il rapporto Comunicazioni/Numero di medici competenti riferito all'anno 2013. Nella figura 3.11 tale rapporto viene visualizzato accostandolo al numero di medici competenti e al numero di comunicazioni per ogni regione, mentre nella figura 3.12 ci si avvale di una mappa della nazione nella quale il gradiente cromatico varia dal rosso, ad indicare un rapporto inferiore a 15 comunicazioni per medico competente, al verde scuro associato ad un rapporto superiore o pari a 45. Le regioni con il rapporto comunicazioni/numero medici più alto sono Lombardia e Veneto, mentre le regioni con il rapporto più basso sono la Valle d'Aosta e il Molise.

Figura 3.12 - Numero di comunicazioni per medico competente, 2013



Passando ad analizzare il numero di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria registrati dai medici competenti di cui abbiamo descritto le principali caratteristiche statistiche, sarà utile riferirsi al solo 2013 per una maggiore rappresentatività del dato a disposizione. La **Figura 3.13** mostra come, anche in questo caso, le differenze tra le regioni siano particolarmente marcate dal punto di vista numerico, avendosi una chiara predominanza di lavoratori sorvegliati nella regione Lombardia, seguita da Lazio, Emilia Romagna, Piemonte e Veneto (vedi **Tabella 5**) per le ragioni già descritte. Le differenze riguardano non solo il numero di lavoratori ma anche la distribuzione per genere di quest'ultimi: in percentuale, la Lombardia presenta anche il maggior numero di lavoratrici soggette a sorveglianza sanitaria, percentuale che si riduce sensibilmente nelle altre regioni.

Figura 3.13 - Numero di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria, per regione e per sesso, 2013

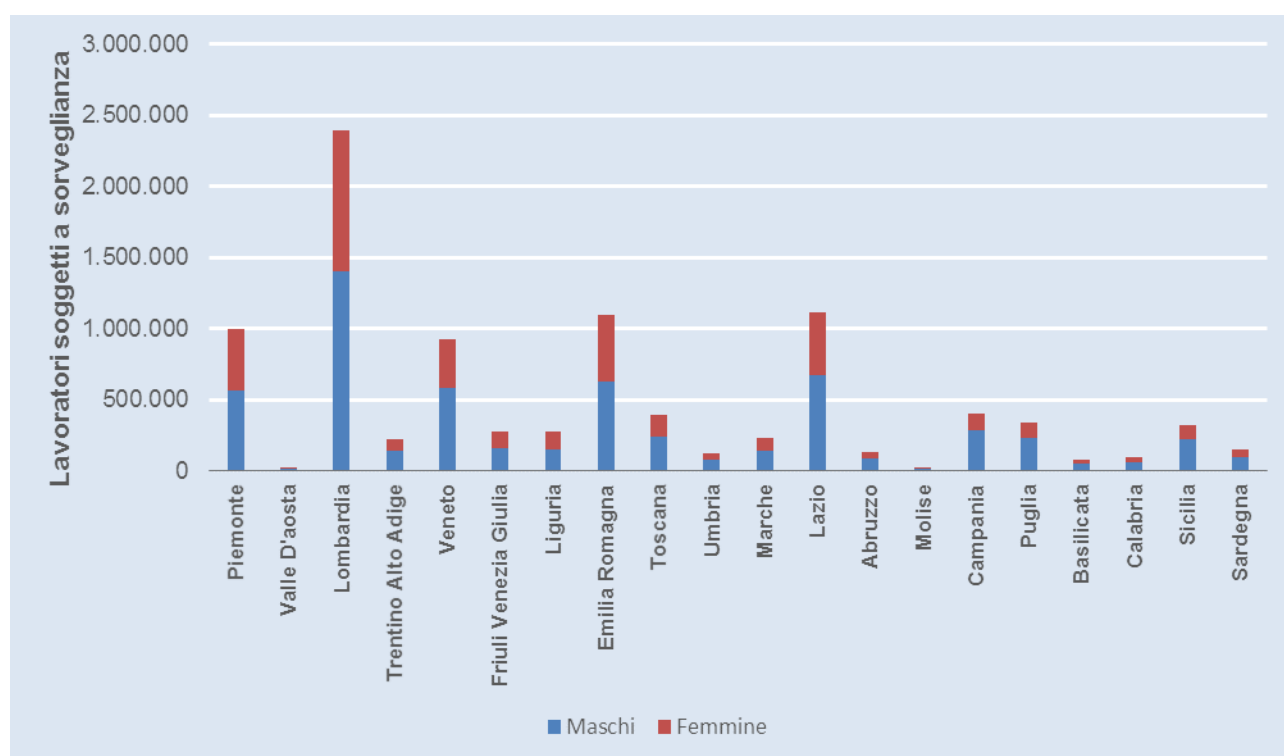
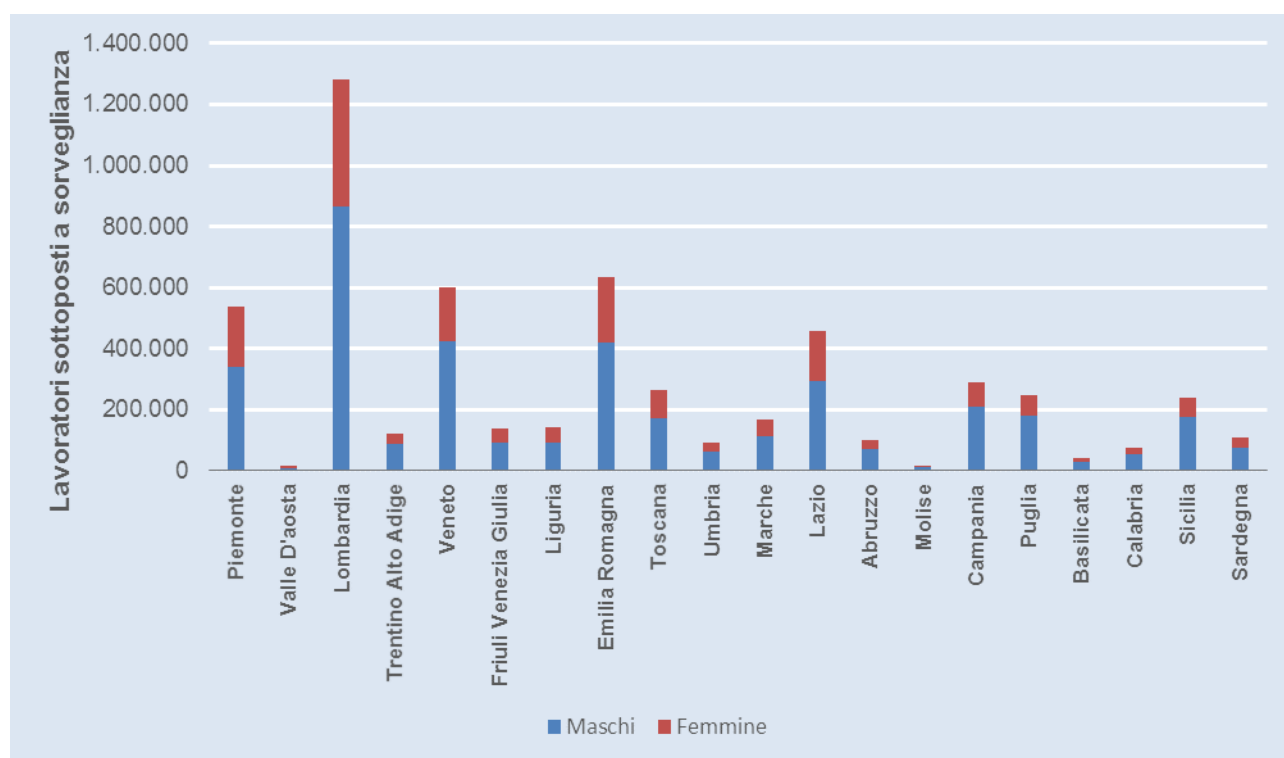


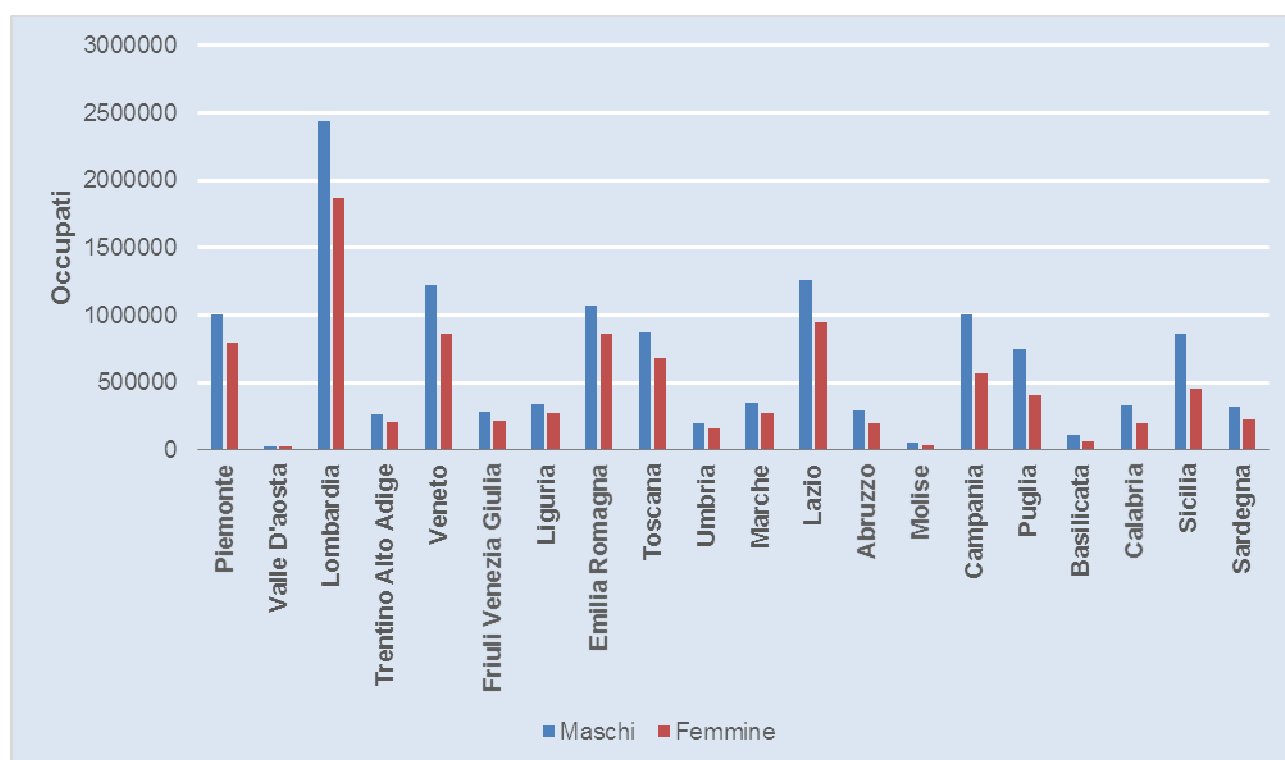
Figura 3.14 - Numero di lavoratori sottoposti a sorveglianza, per regione e per sesso, 2013



Com'è facile immaginare, queste differenze in termini di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria si riflettono sulla distribuzione dei lavoratori sottoposti a sorveglianza (contenuta nella **Tabella 6**), che manifesta le stesse caratteristiche evidenziate dalla **Figura 3.14**, che fa riferimento anch'essa all'anno 2013.

Come già accennato poc'anzi, l'insieme dei lavoratori italiani soggetti a sorveglianza sanitaria da parte dei medici competenti è un sottoinsieme del totale degli occupati italiani. Per valutare quantitativamente l'entità del campione sorvegliato è possibile confrontare, per regione e per sesso, il numero di lavoratori sorvegliati con il numero di occupati forniti dall'indagine trimestrale Istat sulla forza lavoro² (vedi **Tabella 9** e **Figura 3.15** per una visualizzazione immediata di tale distribuzione).

Figura 3.15 - Numero di occupati (fonte Istat) per sesso e regione, 2013

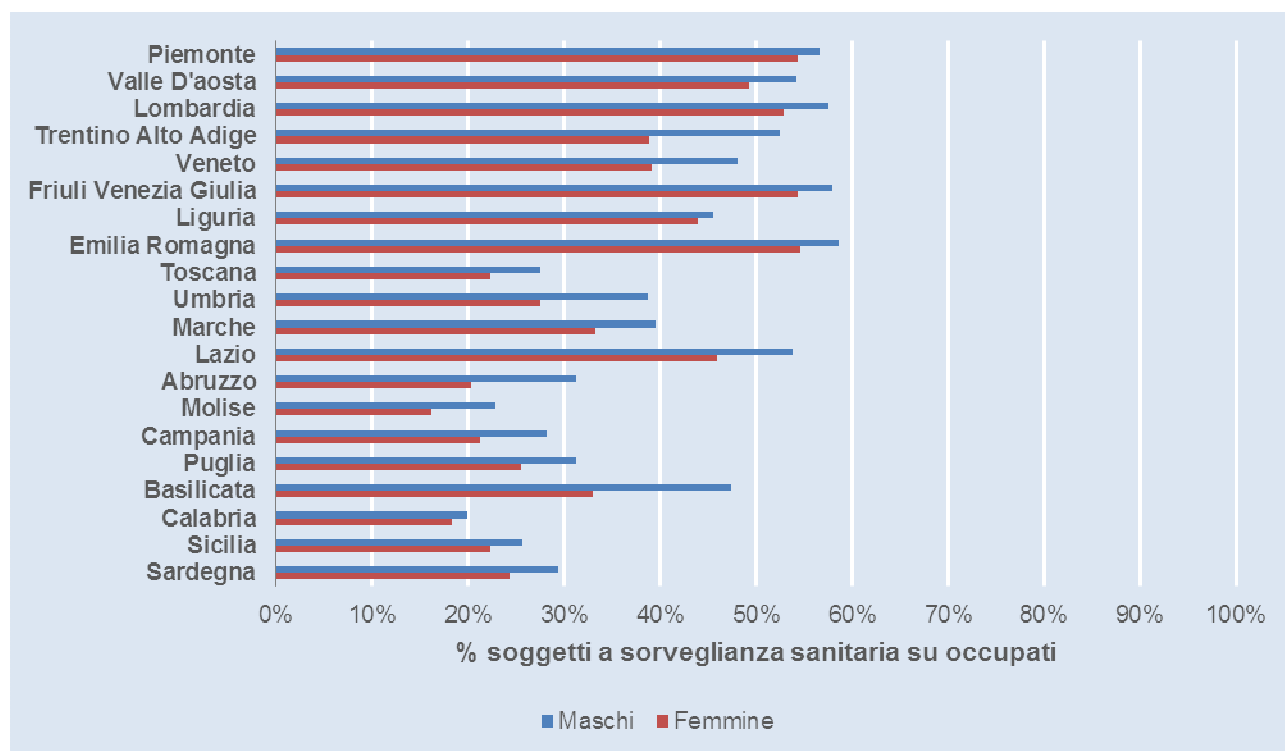


Utilizzando i dati degli occupati Istat relativi al 2013, si riporta in **Figura 3.16** l'esito di tale confronto. La percentuale di "copertura" dei lavoratori italiani è piuttosto eterogenea a livello regionale: si va dal quasi 60% per Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Lombardia, fino al 20% per Toscana, Molise, Calabria. Anche rispetto al genere la situazione è variabile: in

² L'insieme dei lavoratori occupati così come rilevato dall'indagine Istat non corrisponde perfettamente alla popolazione di riferimento che dà origine al campione di lavoratori sorvegliati dai medici competenti. Tale confronto resta comunque valido per avere un quadro di orientamento generale della situazione.

tutte le regioni la percentuale di lavoratrici sorvegliate è inferiore alla controparte maschile, ma la forbice ha un'ampiezza in alcuni casi elevata (come ad esempio Basilicata, Trentino Alto Adige, Umbria) e in altri casi molto ridotta (Piemonte, Liguria, Calabria).

Figura 3.16 - Percentuale di lavoratori soggetti a sorveglianza su totale occupati (fonte Istat), per regione e per sesso, 2013

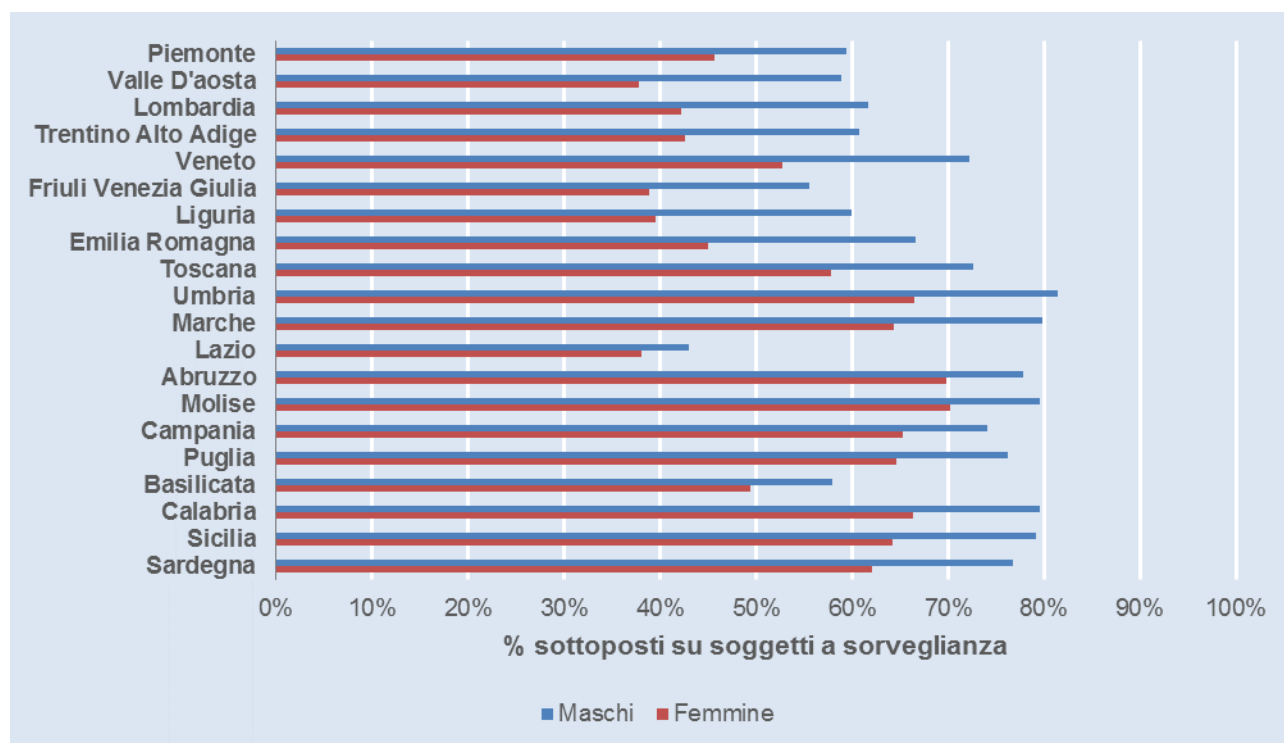


La ridotta percentuale di copertura impone, come si rimarcherà anche più avanti, una forte cautela nell'interpretazioni dei risultati derivanti dall'analisi delle comunicazioni dei medici competenti, laddove si voglia inferire, a partire da tali comunicazioni, caratteristiche epidemiologiche della totalità dei lavoratori italiani.

Un ulteriore elemento di interesse è dato dall'analisi del rapporto lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria/lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria, valutandone l'andamento rispetto alle regioni e al genere. Per far ciò ci si può avvalere della **Figura 3.17**, che proietta contemporaneamente il suddetto rapporto per tutte le regioni e per i due generi. Si osserva innanzitutto come per tutte le regioni la percentuale di lavoratori sottoposti rispetto ai lavoratori soggetti a sorveglianza sia più alta nel caso dei maschi; tale percentuale raggiunge circa l'80% nel caso dell'Umbria, delle Marche, del Molise, della Calabria e delle Isole, ma per tutte queste regioni lo stesso indicatore è di almeno dieci punti percentuale più basso nel caso delle femmine. Un altro aspetto che emerge con chiarezza è che, sia per i maschi che per le femmine, le regioni dell'Italia settentrionale raggiungono una percentuale sensibilmente minore, con un massimo ottenuto dal

Veneto (circa il 70% di maschi sottoposti sul totale dei lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria) e le altre regioni che oscillano attorno al 60% (per i maschi; per le lavoratrici femmine, la percentuale varia tra il 40 e il 50%). Diverse ipotesi possono spiegare le variazioni di questo rapporto in un senso o nell'altro: ad esempio la periodicità della visita prevista dal protocollo in funzione della mansione (meno visite se la periodicità non è annuale), turnover del personale (più visite per una singola posizione).

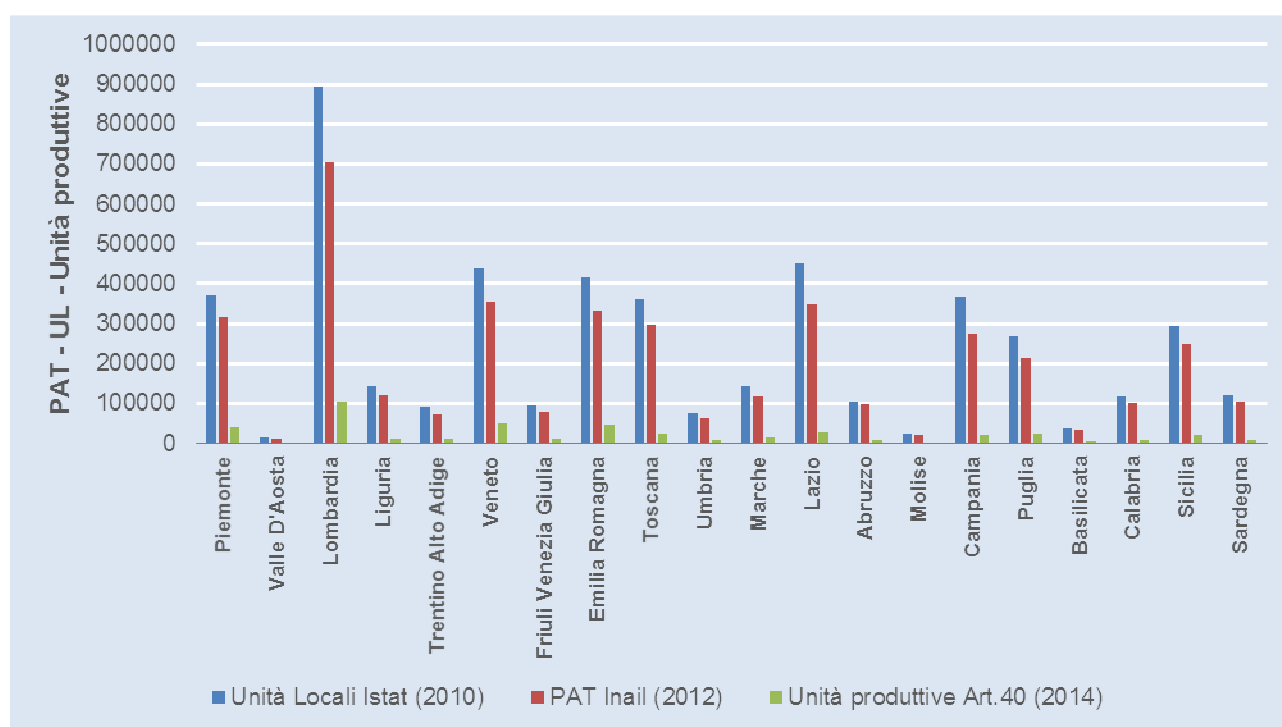
Figura 3.17 - Rapporto sottoposti/soggetti a sorveglianza per regione e per sesso, 2013



Prima di approfondire gli esiti delle visite compiute dai medici competenti e dunque di fornire, seppure indirettamente, un quadro epidemiologico della popolazione lavoratrice, è opportuno contestualizzare il dato analizzato inquadrandolo nella cornice più ampia fornita dai dati sulla forza lavoro messi a disposizione da INAIL e Istat. A tal fine, si presenta in **Figura 3.18** un confronto, per singola regione, del contingente di unità produttive come desunte dalle comunicazioni dei medici competenti riferite al 2013 con le Unità Locali Istat (censimento Industria e Servizi 2011; vedi **Tabella 15**) e le PAT INAIL (Posizioni Assicurative Territoriali, riferite al 2012; vedi **Tabella 15**). Sebbene tale confronto sia distorto dal fatto che i tre contingenti fanno riferimento ad anni diversi, a diverse definizioni di unità statistica e a diversi campi di applicazione, resta comunque utile per valutare la dimensione reale del campione sorvegliato e comunicato dai medici competenti. Emerge chiaramente come in tutte le regioni il numero di Unità Locali sia sistematicamente più alto rispetto al numero di PAT (per motivi già spiegati in altre pubblicazioni e concernenti lo status

assicurativo delle aziende) e soprattutto estremamente più elevato del numero di unità produttive monitorate dai medici competenti. Anche in questo caso, tale differenza suggerisce cautela nell'interpretare in senso epidemiologico i dati che verranno presentati più avanti, in quanto il campione di lavoratori monitorati dai medici competenti e comunicato attraverso il portale non può dirsi rappresentativo della forza lavoro italiana, essendo il numero di unità produttive coinvolte molto ridotto rispetto al totale e molto diverse per rischi professionali.

Figura 3.18 - Unità produttive comunicazioni art. 40 (2013), Unità Locali Istat (2010) e PAT INAIL per regione (2012)

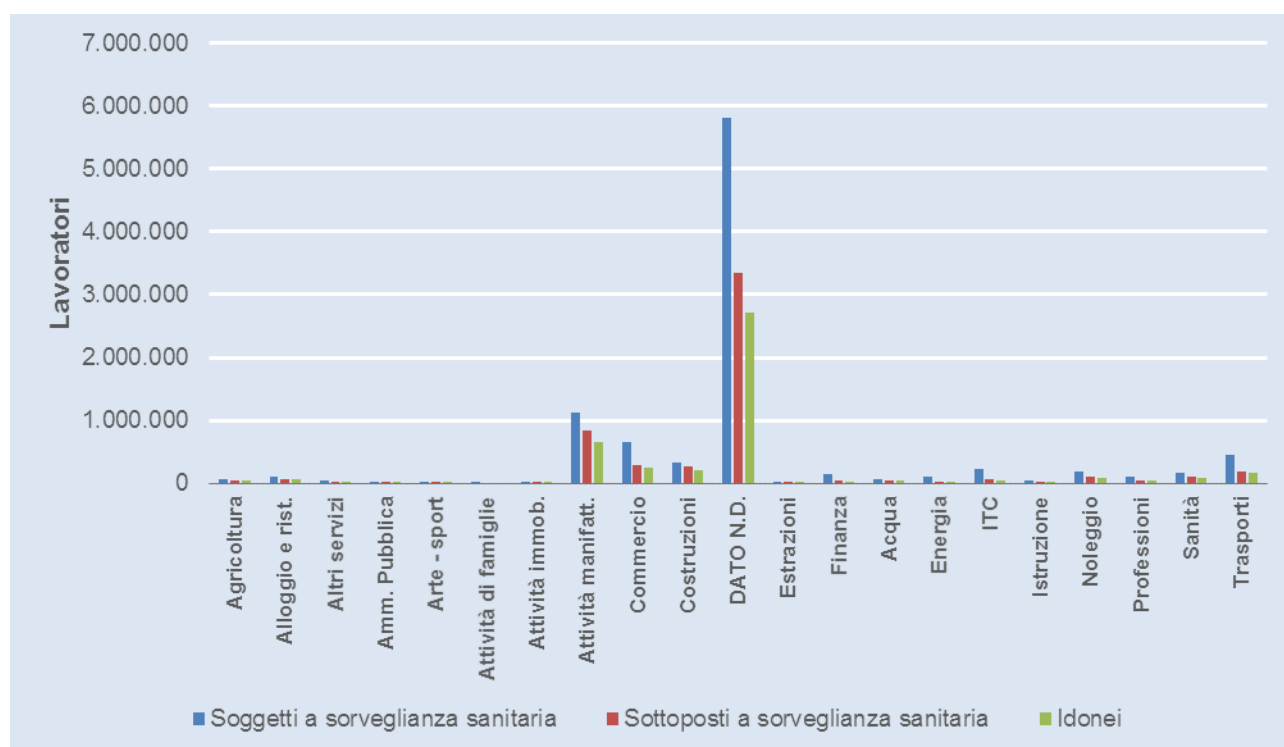


In prima ipotesi, le motivazioni delle notevoli divergenze tra il dato globale (Istat – INAIL) e quello delle comunicazioni potrebbe essere riconducibile a:

- Assenza di rischi lavorativi che rendano obbligatoria la sorveglianza sanitaria;
- Omissione di nomina del medico competente per sorveglianza in casi che la richiederebbero;
- Sorveglianza sanitaria effettuata ma invio dell'allegato 3B per via diversa da quella costituita dal portale INAIL;
- Omissione completa dell'obbligo di invio dell'allegato 3B.

Allo stato attuale, con i dati disponibili, non è possibile formulare stime quantitative sulle varie ipotesi a livello nazionale. Nel territorio, le ASL dispongono di dati nominativi e hanno la possibilità di valutare le diverse situazioni.

Figura 3.19 - Lavoratori soggetti a sorveglianza, sottoposti a sorveglianza e idonei alla mansione per settore Ateco, Italia, 2013

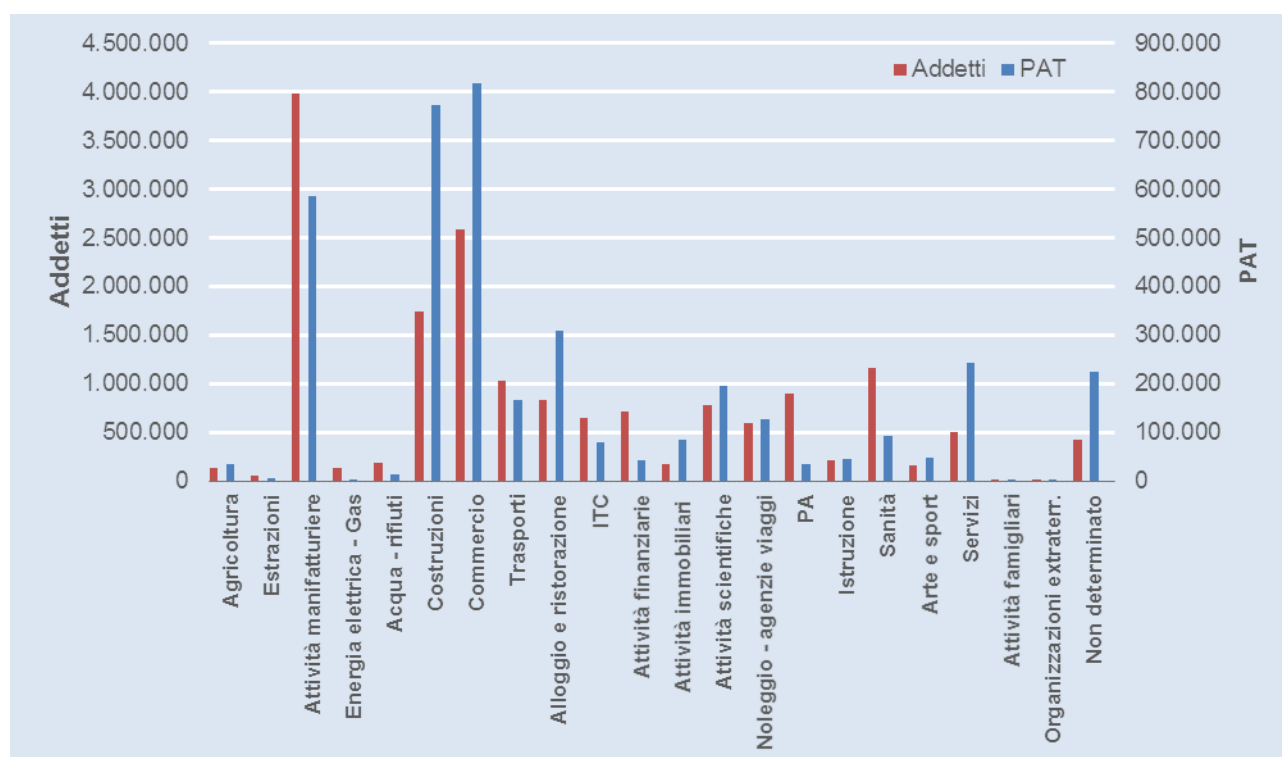


Anche per i motivi sopra indicati, sarebbe interessante valutare il profilo delle unità produttive coinvolte nel monitoraggio andando ad indagarne la distribuzione rispetto ai settori produttivi per confrontarli con i dati globali, ma ciò non risulta possibile in quanto le comunicazioni dei medici competenti sono al momento in gran parte prive di tale informazione. La **Figura 3.19** riporta la distribuzione dei lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria, dei lavoratori visitati e dei lavoratori idonei nel 2013 rispetto ai settori ATECO, rilevati con le comunicazioni (vedi **Tabelle 12, 13 e 14**): ben il 60% dei lavoratori coinvolti rientra nella categoria “Dato non disponibile”, il che rende del tutto fuorviante qualunque approfondimento dei risultati delle visite mediche rispetto ai settori produttivi interessati (analisi che ha una sua valenza per valutare, seppure in modo indiretto, il profilo sanitario dei lavoratori nei diversi comparti).

Il dato mancante impedisce dunque non solo la valutazione tra i diversi settori produttivi degli esiti delle visite mediche dei medici competenti, ma anche il confronto della popolazione sorvegliata da quest'ultimi con la distribuzione per comparto produttivo dell'intera forza lavoro. La distribuzione generale, che presumibilmente sarebbe stata in parte ricalcata da quello oggetto d'esame se i dati fossero stati disponibili, è osservabile in **Figura 3.20**, che riporta separatamente la distribuzione per settore ATECO del numero di addetti e di PAT (anno di riferimento 2012) così come desunte

dall'archivio Flussi INAIL Regioni³ (vedi **Tabella 10**). Ciò che va immediatamente rimarcato è il peso ridotto della categoria “Non determinato” sia per le PAT che per gli addetti; in particolare, per le PAT INAIL, tale categoria assorbe meno del 6% della distribuzione, contro il 60% delle unità produttive non associate a settore ATECO presenti nell'archivio delle comunicazioni dei medici competenti. Volendo dunque prendere come valido il riferimento costituito dalle PAT del 2012, la distorsione a cui è soggetta la fonte informativa “art. 40” in termini di comparto produttivo è considerevole.

Figura 3.20 - PAT e addetti per settore Ateco, Italia, 2012



Le stesse considerazioni possono essere fatte andando a considerare la distribuzione per settore produttivo (Ateco) delle Unità Locali e degli addetti Istat (riportata in **Tabella 11**), come osservabile in **Figura 3.21** (desunta dal Censimento dell'Industria e dei Servizi 2011). La distribuzione Istat lascia intravedere una conformazione simile a quella vista per i dati INAIL. In ogni caso, anche i dati Istat confermano l'impossibilità di utilizzare, per ora, i dati distribuiti per settore produttivo rilevati dal sistema delle comunicazioni dei medici competenti.

³ Si ricorda che la distribuzione di addetti e PAT INAIL per comparto produttivo contiene fa riferimento soltanto ai settori Industria e Servizi.

Figura 3.21 - Unità Locali e addetti Istat per settore Ateco, anno 2010 - censimento

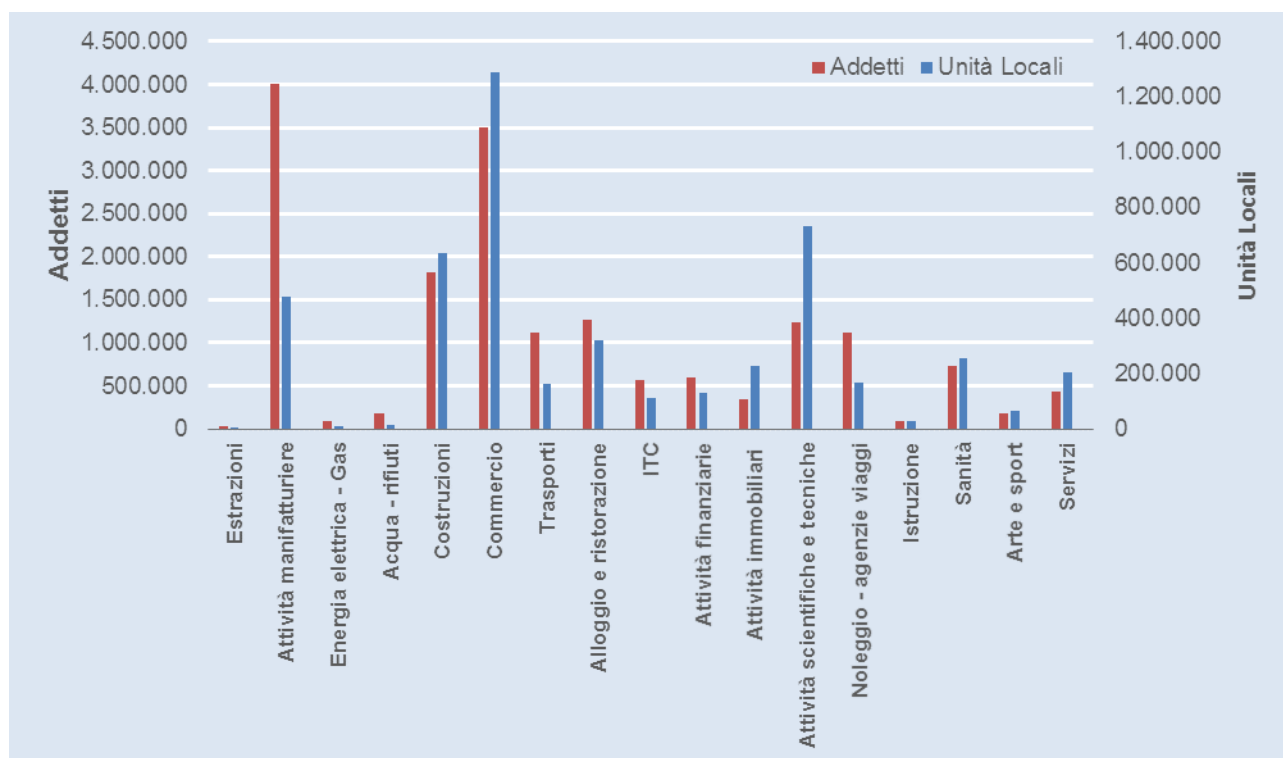
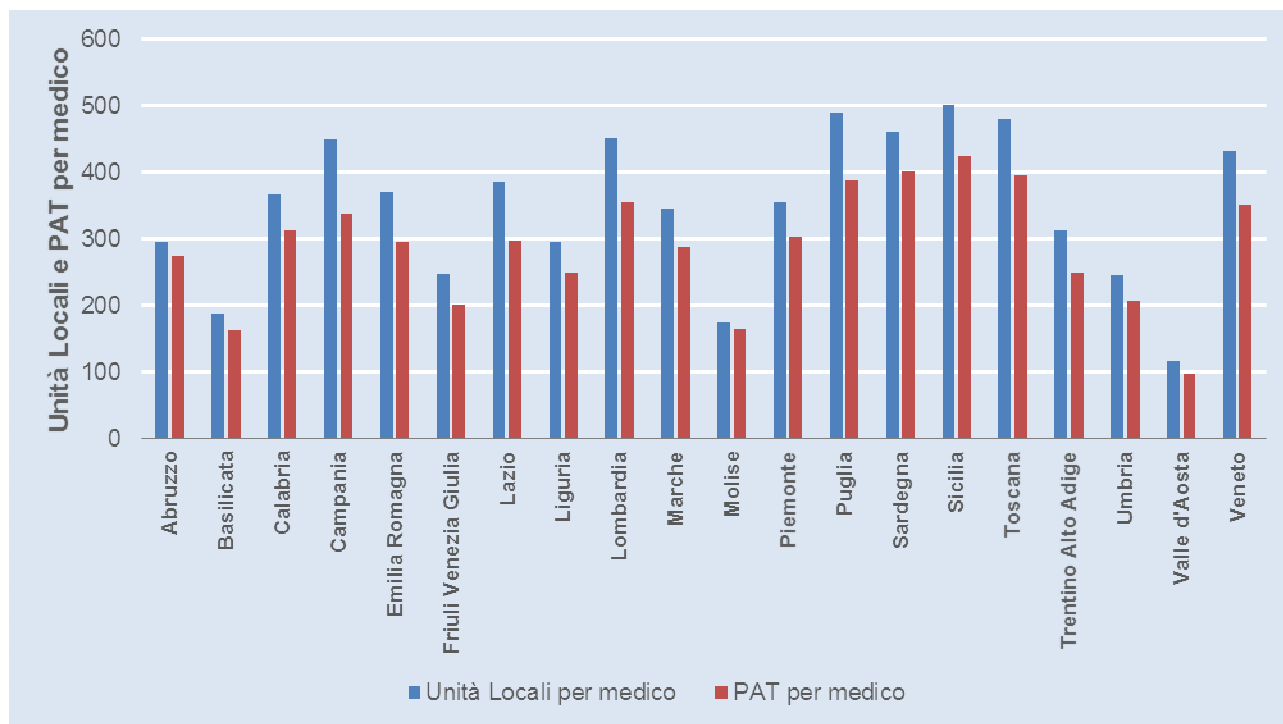
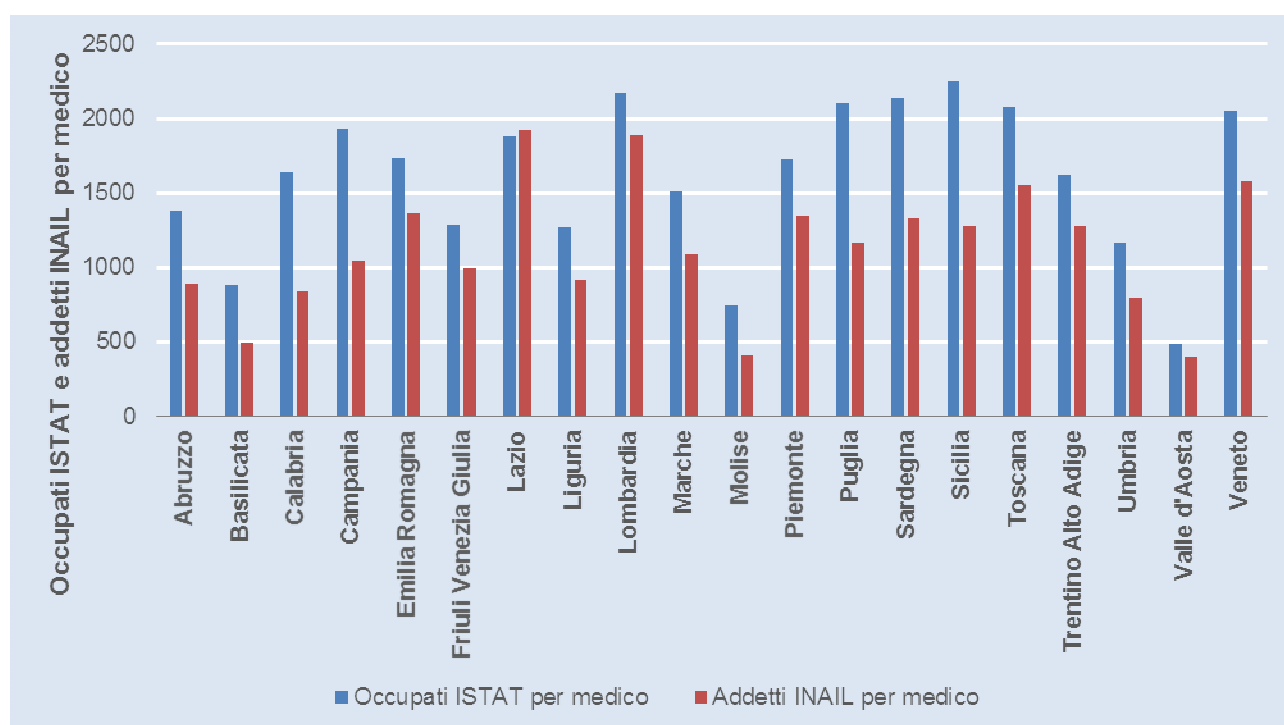


Figura 3.22 - Numero medio di Unità Locali (Istat, 2011) e PAT (INAIL, 2012) per medico competente, per regione, 2014



Altrettanto interessante sarebbe analizzare il bacino di utenza dei medici competenti nelle singole regioni, ovvero come si ripartisce l'insieme di riferimento ai quali i medici competenti dedicano le proprie attività. Tale ripartizione dipende anche dalla distribuzione dei rischi lavorativi in relazione al tipo di attività aziendale, ovvero regioni con un maggior numero di aziende impegnate in attività "a rischio" tenderanno ad avere un maggior numero di comunicazioni e di lavoratori sorvegliati. A tal fine può essere conveniente cominciare analizzando la **Figura 3.22**, che riporta il numero medio di Unità Locali (Istat, 2011) e il numero di PAT (INAIL, 2012) per singolo medico competente (attivo, cioè che ha inviato almeno una comunicazione relativa all'attività del 2013) nelle diverse regioni. Ciò che risulta è un quadro molto eterogeneo: se in Basilicata, Molise e Valle d'Aosta i medici competenti "fronteggiano" una platea potenziale di meno di 200 unità locali pro-capite, tale cifra arriva a 500 per la Puglia, la Sicilia, la Toscana, e supera quota 400 per Campania, Lombardia e Veneto. Differenze simili si osservano passando dalle aziende ai lavoratori: in **Figura 3.23** viene riportata la distribuzione del numero medio di occupati (fonte Istat) e della sua controparte INAIL (gli addetti) per medico competente riferita al 2013.

Figura 3.23 - Numero di occupati (Istat, 2013) e addetti (INAIL, 2012) per medico competente, Italia, 2013

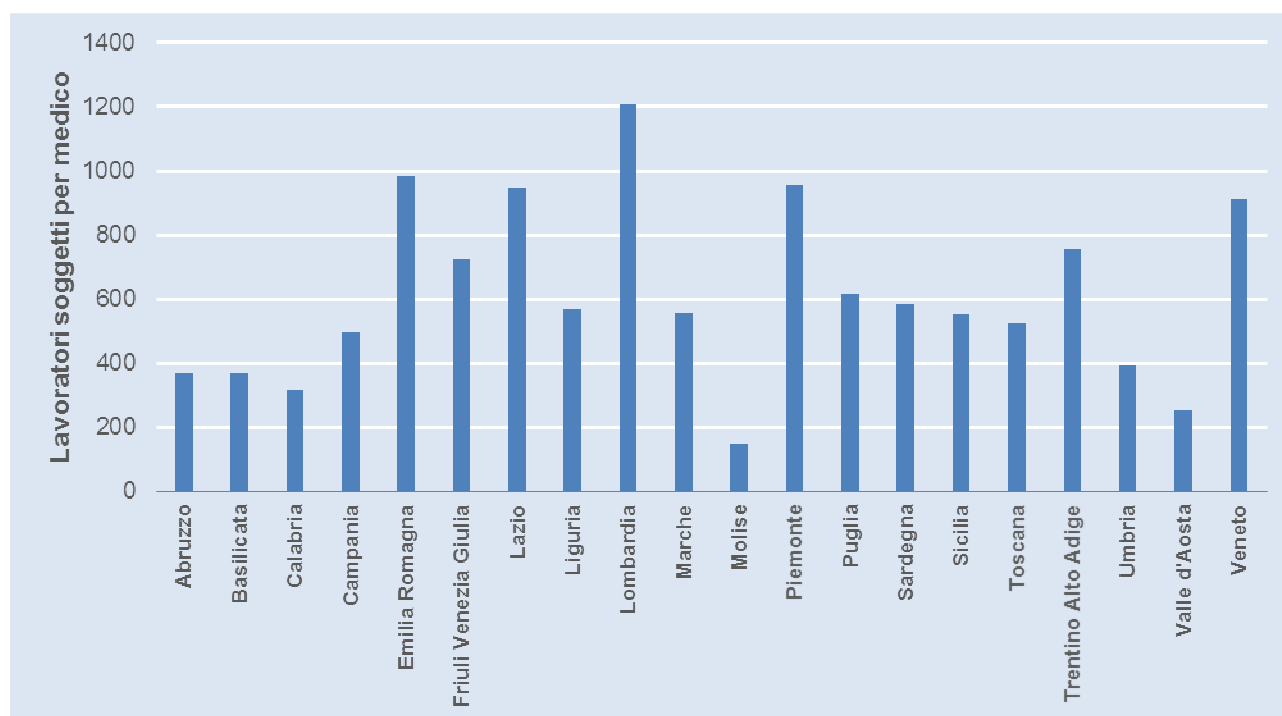


In questo caso le differenze tra i due contingenti all'interno della stessa regione sono anche più marcate rispetto alle unità locali e alle PAT, in quanto fanno riferimento ad insiemi di lavoratori non esattamente coincidenti (negli occupati Istat figurano anche i dipendenti della pubblica amministrazione e del comparto agricoltura, non presenti tra gli addetti INAIL); nonostante questo,

l'andamento inter-regionale è simile a quello osservato per PAT e Unità Locali: i valori più bassi si registrano in Basilicata, Molise, Valle d'Aosta, Umbria (meno di 1.000 occupati/addetti per medico competente) mentre Lombardia, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana e Veneto superano i 2.000 occupati per medico competente. Per ciò che riguarda gli addetti INAIL, i valori maggiori si osservano in Lazio, Lombardia e Veneto, che superano i 1.500 addetti per medico; su questo dato influisce anche l'accentramento contributivo.

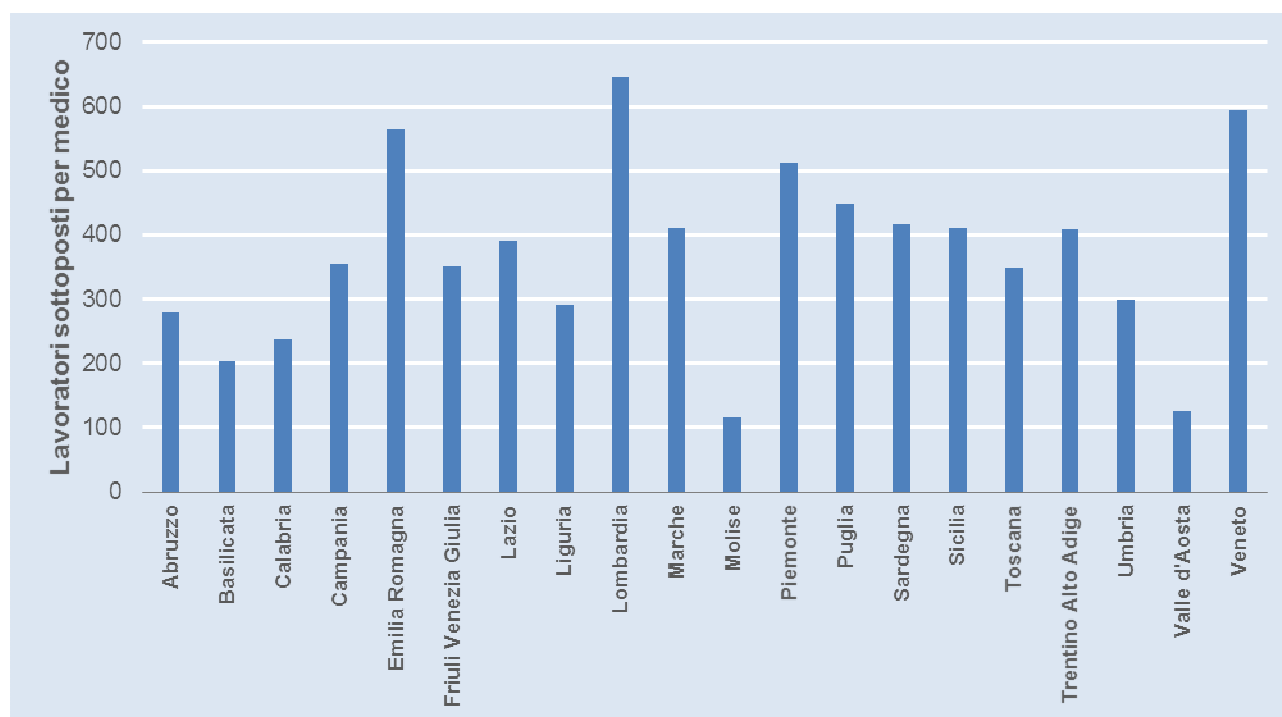
Tali differenze regionali diventano ancora più marcate se si considera non più l'insieme generico delle unità locali italiane (quindi, delle imprese) o degli occupati *tout court*, ma il numero di lavoratori effettivamente soggetti a sorveglianza sanitaria da parte dei medici competenti e pertanto "visitabili" e dunque "da visitare" (cioè, da sottoporre a sorveglianza sanitaria, anche se con periodicità variabile). In tal senso è illuminante il grafico riportato in **Figura 3.24**, che proietta il numero medio di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria per medico, distribuito per regione. Dal grafico emerge il ruolo rilevante della Lombardia, dove i medici competenti hanno mediamente 1200 lavoratori da visitare pro-capite, cifra che si riduce passando dai quasi 1000 per Emilia Romagna, Lazio, Piemonte e Veneto fino ad arrivare ai circa 200 di Molise e Valle d'Aosta.

Figura 3.24 - Numero medio di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria per medico, Italia, 2013



La situazione resta praticamente immutata se si passa ad osservare la distribuzione pro-capite per medico del numero medio di lavoratori visitati (**Figura 3.25**), che oscilla attorno ai 600 per Emilia Romagna, Lombardia e Veneto e si attesta sui 100 per Molise e Valle d'Aosta.

Figura 3.25 - Numero medio di lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria per medico, Italia, 2013



Al termine di questa sezione di sintesi i dati emersi consentono le seguenti considerazioni.

- La sollecitazione ai datori di lavoro generata dalle esigenze del medico competente di trasmettere il dato ex art. 40 è uno strumento a supporto dello stesso medico competente per la corretta effettuazione della sorveglianza sanitaria (come evidenziato anche dalla **Tabella 5**). Questo dato di per sé giustifica e rafforza la correttezza del disposto di legge che ha sollevato tante critiche.
- Un elemento di miglioramento potrebbe essere apportato dall' inserimento della codifica ATECO. Si nota infatti come in troppi casi questo dato non sia riportato, impedendo di fatto l'attribuzione dei rischi e delle malattie a un settore produttivo, perdendo un dato conoscitivo fondamentale per attuare piani di prevenzione (vedi **Tabella 12, 13 e 14**).
- Appare opportuno facilitare al medico competente l'inserimento della attribuzione del codice ATECO all'azienda, ad esempio attraverso il codice fiscale dell'azienda oppure come dato già acquisito da INAIL che può comparire automaticamente.

3.2 - ESITO DELLE VISITE

In questa sezione si analizzano i veri e propri risultati delle visite mediche effettuate dai medici competenti ai soggetti alla sorveglianza sanitaria ex art. 41.

Un elemento interessante è il “tasso di idoneità” registrato a seguito delle visite mediche, ovvero la percentuale di lavoratori risultati idonei sul totale dei lavoratori visitati. Tale percentuale, lo si ripete, va valutata con molta cautela in quanto conferirgli un valore statistico non è lecito essendo il campionamento operato per la selezione dei visitati non casuale. In ogni caso, il dato che emerge ha comunque un valore informativo che può orientare futuri approfondimenti sul tema.

In **Figura 3.27** viene mostrata la percentuale di idoneità nelle diverse regioni italiane per le lavoratrici, mentre in **Figura 3.28** viene riportato lo stesso dato per i lavoratori. Ancor prima di sottolineare le differenze regionali, ciò che emerge da una prima lettura è che la percentuale di idoneità è generalmente più elevata per le femmine che per i maschi. Inoltre, sia per i maschi che per le femmine, sembra chiaro che la percentuale di idoneità sia più bassa per le regioni settentrionali e tenda ad aumentare procedendo verso le regioni meridionali, con l'eccezione della Basilicata (che sia per i maschi che per le femmine è in linea con le regioni settentrionali) e in parte della Puglia.

Figura 3.26 - Numero di lavoratori idonei, idonei con limitazioni e non idonei rispetto al totale dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, per genere, Italia, 2013

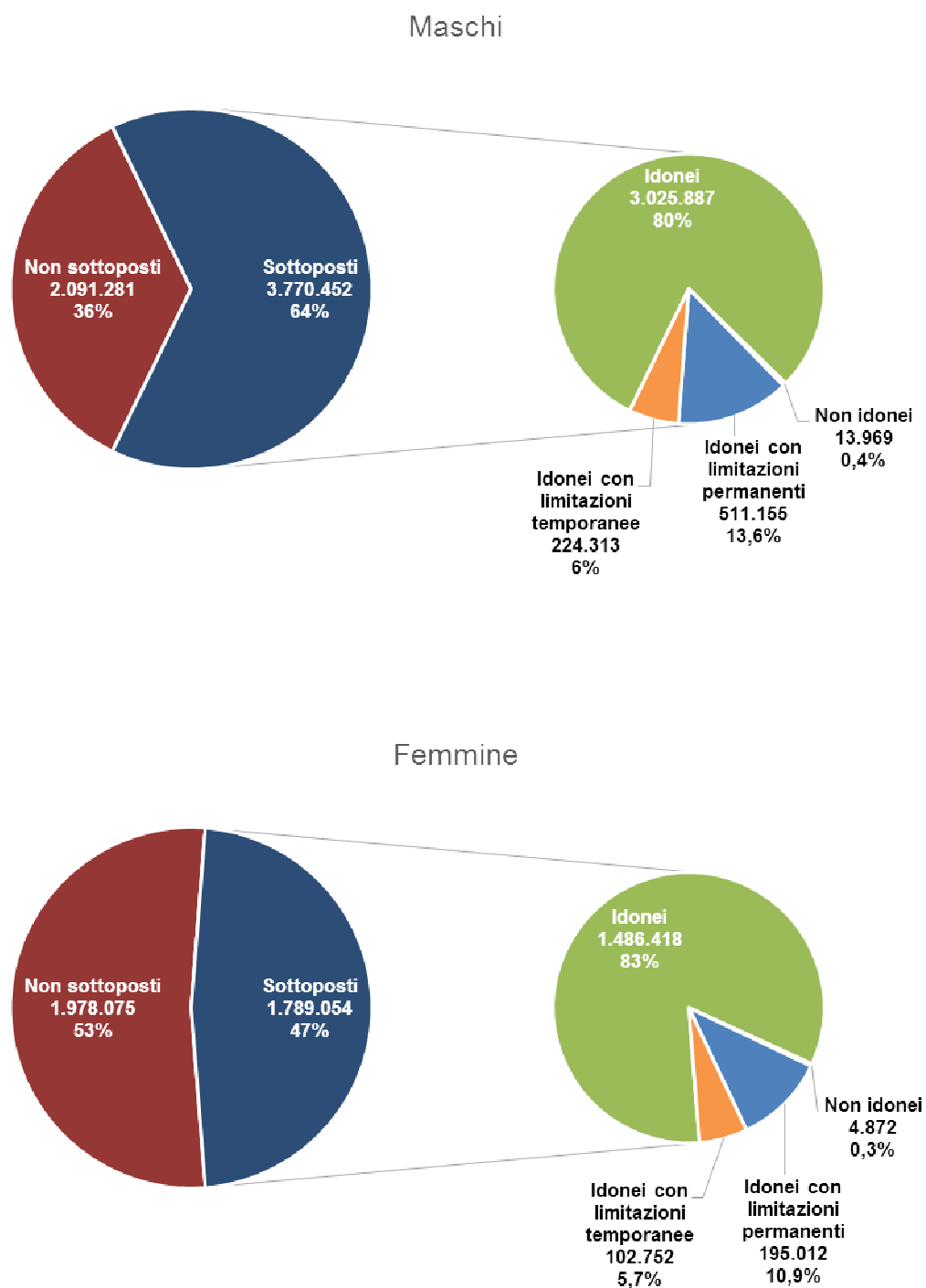


Figura 3.27 - Percentuale di lavoratori idonei senza alcun tipo di limitazione su lavoratori sottoposti a sorveglianza (femmine), 2013

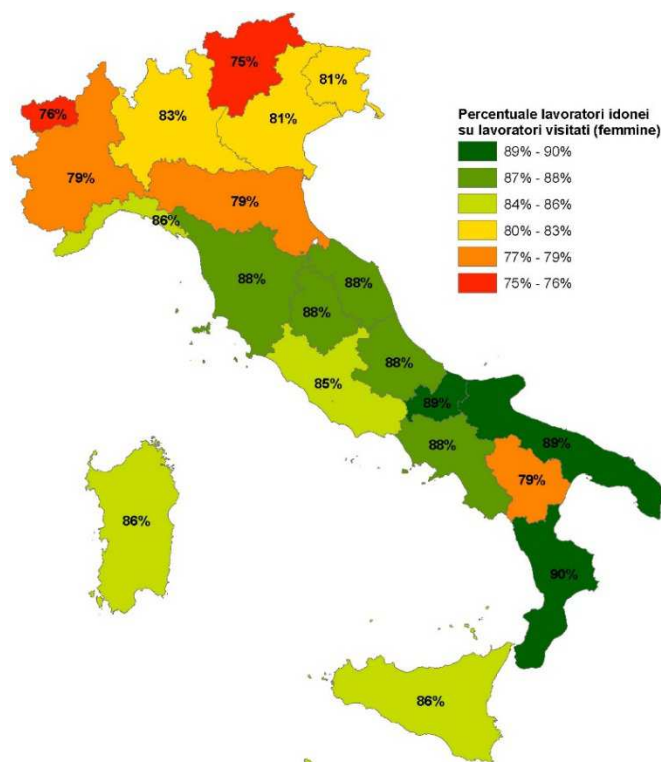
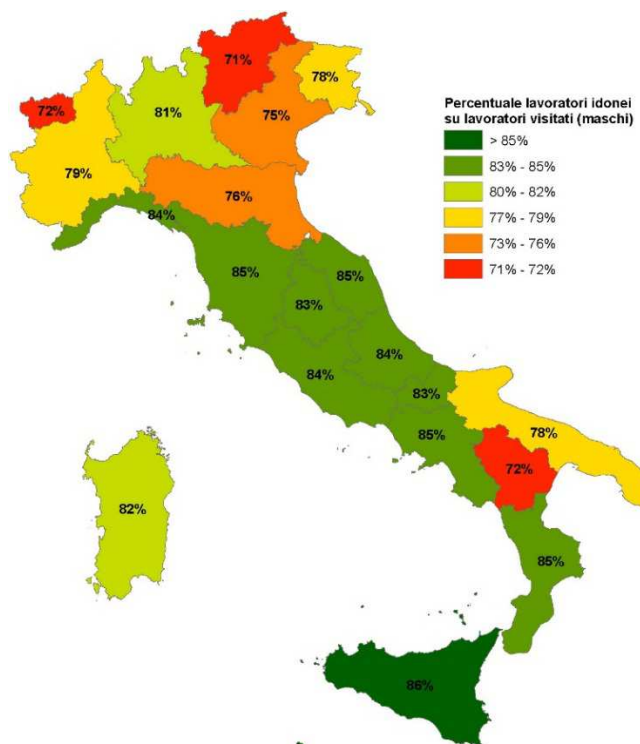
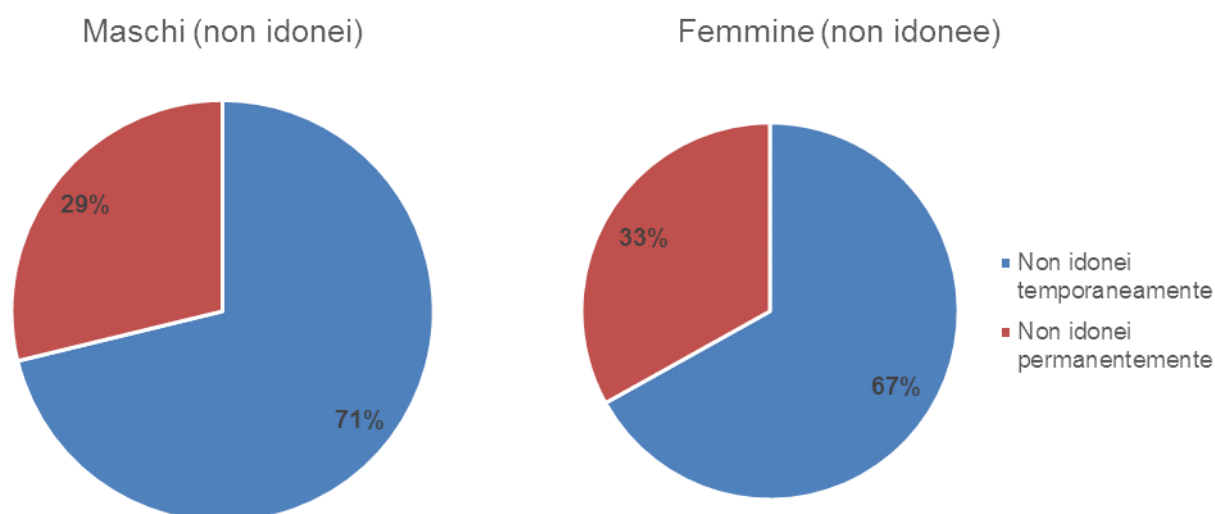


Figura 3.28 - Percentuale di lavoratori idonei senza alcun tipo di limitazione su lavoratori sottoposti a sorveglianza (maschi), 2013



All'interno della categoria "idonei" la situazione è ulteriormente ramificata nelle tre tipologie di lavoratori idonei: idonei senza limitazioni, idonei con limitazioni temporanee e idonei con limitazioni permanenti (vedi **Tabella 8**). In **Figura 3.26** viene riportata, separatamente per maschi e per femmine, la distribuzione degli idonei nazionali rispetto alla tipologia di idoneità: le lavoratrici registrano un 83% di idonee senza limitazioni contro l'80% dei lavoratori. Il 3% di differenza va ad aumentare la percentuale di idonei con limitazioni permanenti nella popolazione dei lavoratori. Tale differenza è spiegata dalla differente distribuzione delle lavoratrici rispetto ai comparti produttivi, come si mostrerà più avanti.

Figura 3.29 - Tipologia di non idoneità, maschi e femmine, Italia, 2013



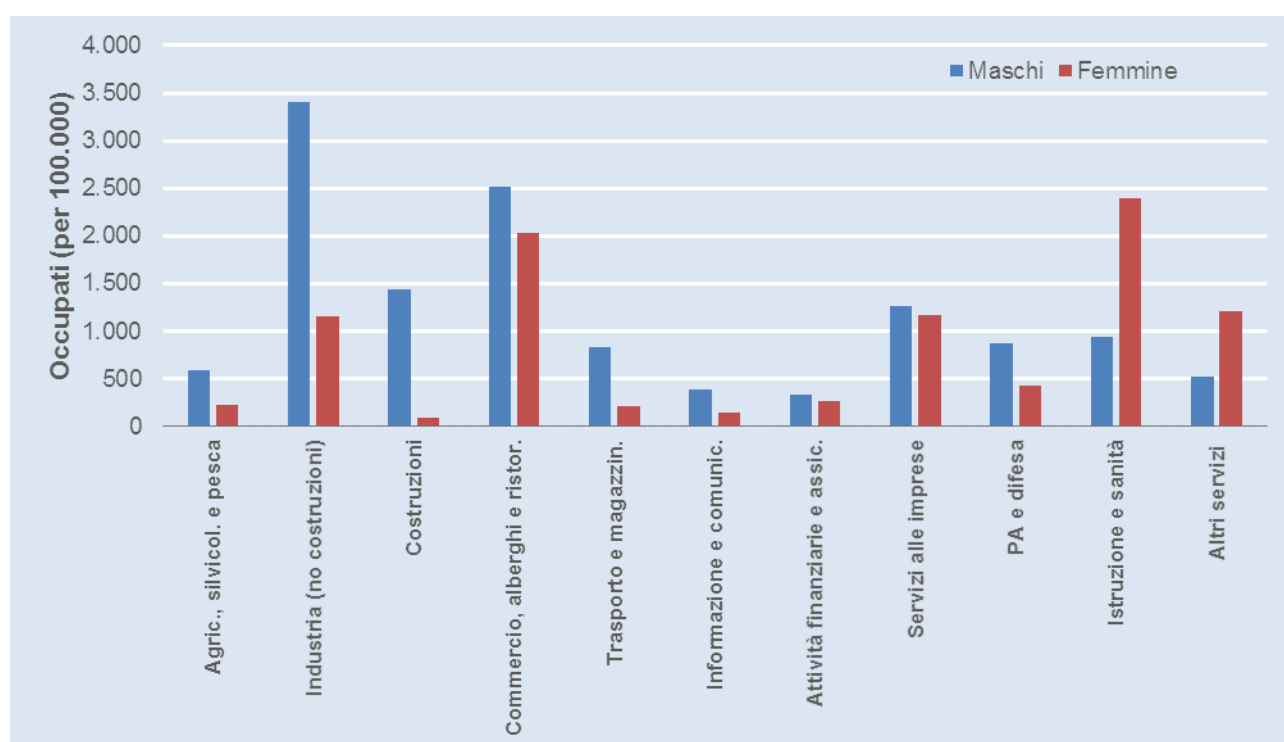
La situazione è leggermente diversa se si va a considerare il contingente dei lavoratori non idonei, anch'essi suddivisi in due tipologie, non idonei temporaneamente e non idonei permanentemente. In tal caso la situazione dei lavoratori è leggermente migliore, come si evince dalla **Figura 3.29**: i lavoratori, a livello nazionale, registrano una percentuale di non idoneità con limitazioni permanenti pari al 29%, mentre tale percentuale raggiunge il 33% per le lavoratrici.

Queste evidenti differenze per sesso riscontrate in termini di tasso di idoneità traggono origine principalmente dalla diversa distribuzione dei lavoratori italiani per sesso e comparto produttivo. In altri termini, le lavoratrici tendono ad essere meno presenti nei comparti più pericolosi, tipicamente Industria e Costruzioni (come dimostrano ampiamente studi precedenti sul fenomeno infortunistico). A riprova di quanto detto, si osservi il grafico in **Figura 3.30**, che riporta per l'appunto la distribuzione degli occupati rilevati dall'Istat nel secondo trimestre 2014 per sesso e per settore ATECO. Emerge con assoluta chiarezza la quota ridotta, rispetto al contingente maschile, delle lavoratrici nei comparti Industria e Costruzioni: il 26% dei lavoratori è impiegato nel

comparto Industria contro il 12% delle lavoratrici, mentre l'11% dei lavoratori è presente nel comparto Costruzioni a fronte dell'1% delle lavoratrici.

Per queste considerazioni non è stato possibile utilizzare direttamente i dati desunti dalle comunicazioni dei medici competenti in quanto, come già osservato in merito alla Figura 3.19, attualmente non è previsto l'obbligo di segnalare il comparto a cui afferisce l'unità produttiva sorvegliata e pertanto tale dato risulta incompleto.

Figura 3.30 - Numero di occupati (fonte: Indagine trimestrale forza lavoro Istat) per settore ATECO e per sesso, Italia, 2014



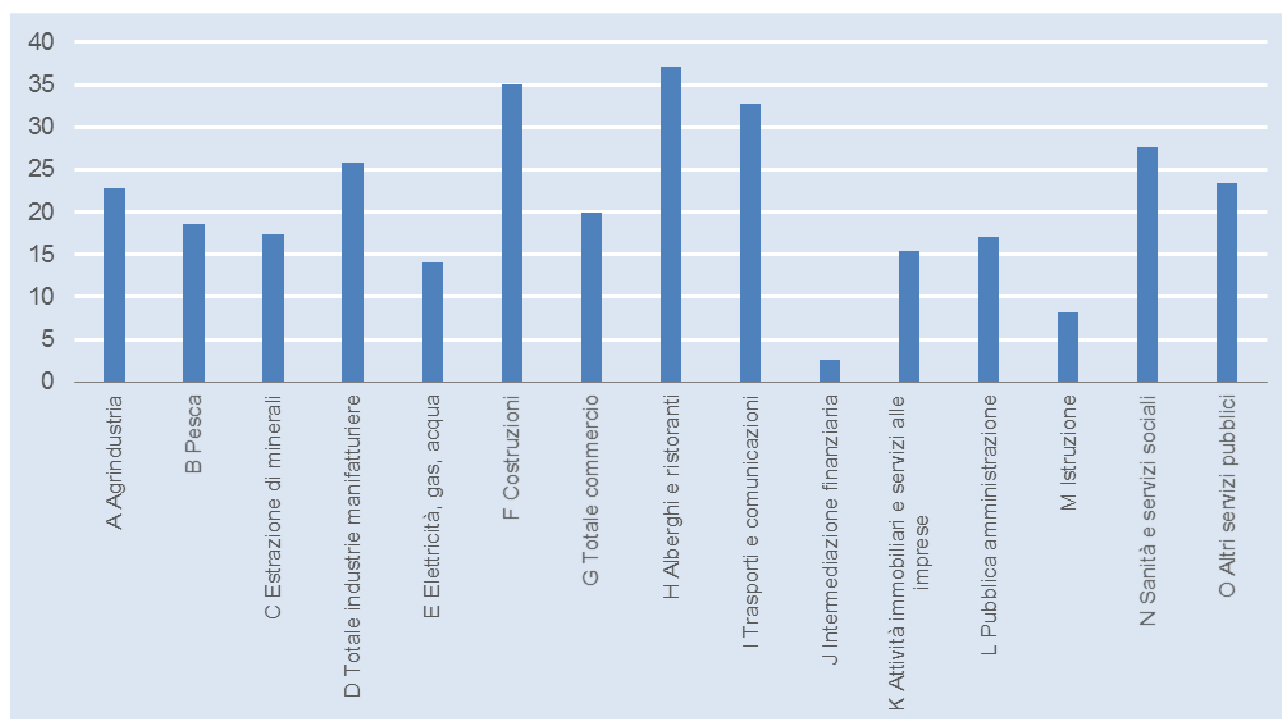
3.3 - RISCHI LAVORATIVI

Un modo per valutare i rischi legati alle attività lavorative consiste nell'analisi di indicatori statistici che mettono a confronto i soggetti che hanno subito un evento lesivo con tutti gli esposti al rischio. Allo stato attuale si ricorre a indici che confrontano gli infortuni in occasione di lavoro indennizzati (escludendo quindi i casi d'infortunio in itinere) con gli addetti. Sono oggetto di studio e di verifica anche indicatori per le malattie professionali, ma per queste ultime occorre valutare, per alcune patologie, anche i tempi di latenza e di esposizione (si pensi ai tumori), per cui il confronto necessita di ulteriori approfondimenti e distinguo soprattutto per quanto riguarda gli esposti al rischio da considerare.

Con riferimento alla composizione dei lavoratori per settori produttivi, rimanendo nell'ambito dell'Industria e Servizi, si osserva che nel 2012 dei quasi 17 milioni di lavoratori uno su quattro è impiegato nel manifatturiero, il 15% circa nel commercio e il 10% nelle costruzioni.

In termini di rischio, gli indici di incidenza relativi al triennio 2008/2010 (ultimo dato disponibile nella Banca Dati Statistica INAIL) mostrano che i settori con più elevato rischio infortunistico sono quelli a carattere industriale, caratterizzati da un'elevata manualità, da sforzo fisico e dall'utilizzo costante di macchinari, in primo luogo l'industria dei metalli con 40,36 infortuni indennizzati in occasione di lavoro su 1000 addetti, l'industria del legno con 39,47, la lavorazione dei minerali non metalliferi con 38,11. Tra le attività dei servizi ai primi posti della graduatoria di rischio gli alberghi e ristoranti con 37,12 (**Figura 3.31**). Le costruzioni notoriamente molto rischiose hanno un indice pari a 35.

Figura 3.31 – Indice di incidenza per settore Ateco – Triennio 2008-2010

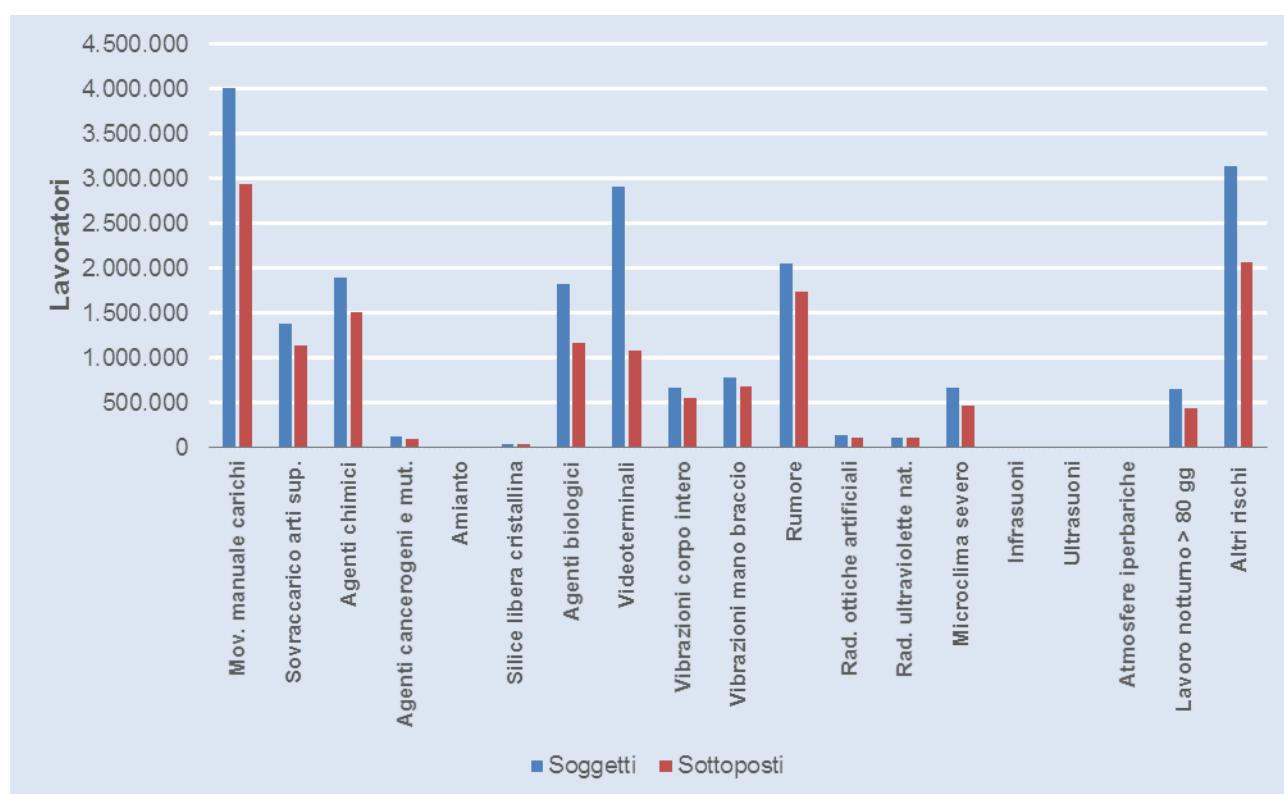


Nel seguito di questa sezione si analizza il dato risultante dalle comunicazioni dei medici competenti in termini di rischi lavorativi, facendo riferimento all'anno 2013 e alla situazione complessiva nazionale.

Può essere d'aiuto, per contestualizzare l'argomento, visualizzare la distribuzione per rischio lavorativo, non distinta per genere, dei lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria e dei lavoratori sottoposti a sorveglianza (si veda **Tabella 16**): ciò è reso facile dalla **Figura 3.32**. Tale grafico

mette in luce il peso importante rivestito dal rischio collegato alla movimentazione manuale di carichi, seguito dall'utilizzo di videoterminali, dal rumore, dall'uso di agenti chimici e biologici. Ha un peso rilevante anche la categoria "altri rischi", che di fatto si classifica come seconda (a causa dell'assenza di specificazioni nell'allegato 3B) e pertanto limita la bontà dei dati analizzati.

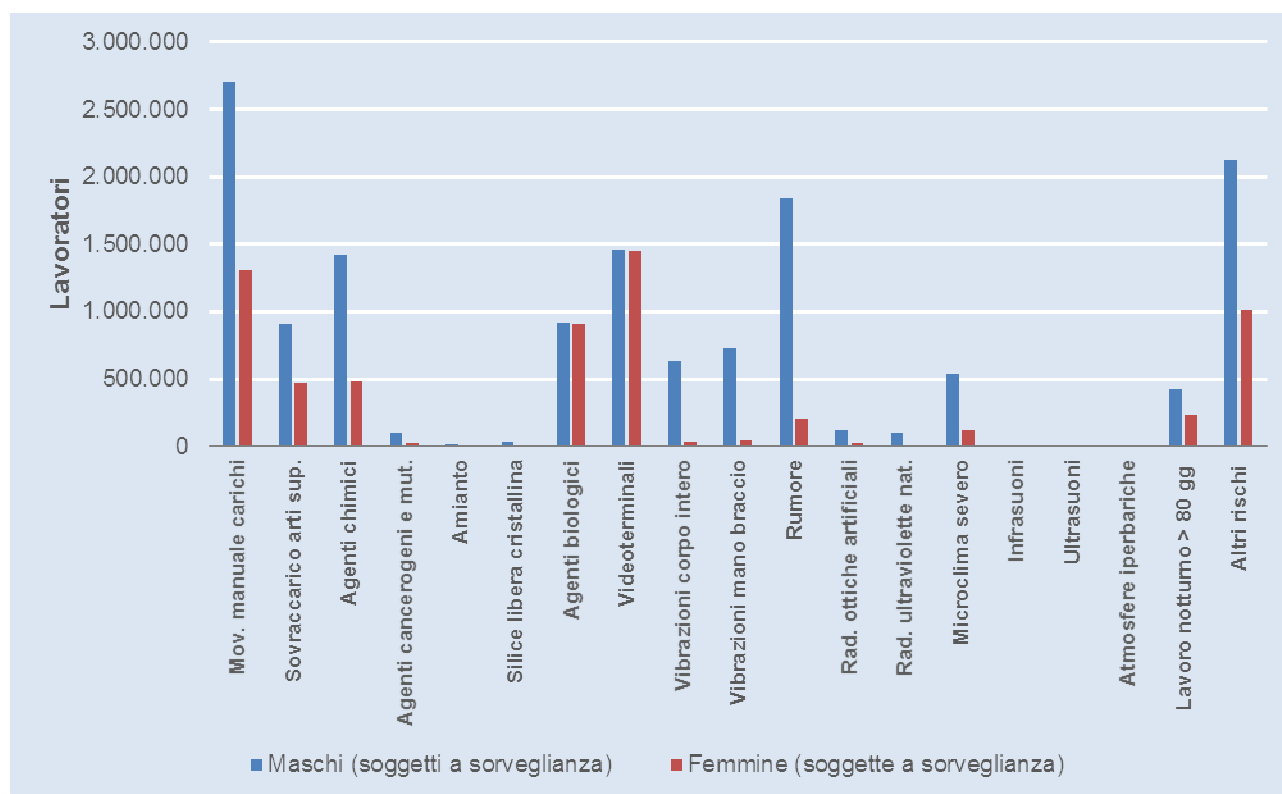
Figura 3.32 - Numero di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria e sottoposti a sorveglianza per rischio lavorativo, Italia, 2013



Anche per l'analisi dei rischi lavorativi può essere interessante andare ad approfondire la distribuzione per genere. In **Figura 3.33** viene riportata, separatamente per maschi e femmine, la distribuzione dei lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria per rischio lavorativo. Le differenze sono notevoli ed evidenti: mentre solo il 10% dei lavoratori da visitare sono soggetti a rischi legati all'utilizzo di videoterminali, tale quota raggiunge il 23% nel caso delle lavoratrici. I rischi associati all'eccessivo rumore interessano solo il 3% delle lavoratrici monitorate, mentre riguardano il 13% dei lavoratori. Gli agenti biologici costituiscono un rischio per il 7% dei lavoratori, percentuale che raddoppia (14%) nel caso delle femmine. Le altre due categorie rilevanti, movimentazione manuale di carichi e "altri rischi", sono invece quasi identicamente rappresentate nelle due popolazioni (circa 20% per la movimentazione manuale dei carichi e 15% per altri rischi). Così come detto in merito alla percentuale di idoneità alla mansione svolta, tali differenze tra maschi e femmine in termini di distribuzione rispetto ai rischi lavorativi sono dovute principalmente alla diversa

distribuzione dei lavoratori e delle lavoratrici rispetto ai comparti produttivi: si veda nuovamente la Figura 3.30 che mostra come le lavoratrici si collochino principalmente nei comparti Servizi, Pubblica Amministrazione e Sanità.

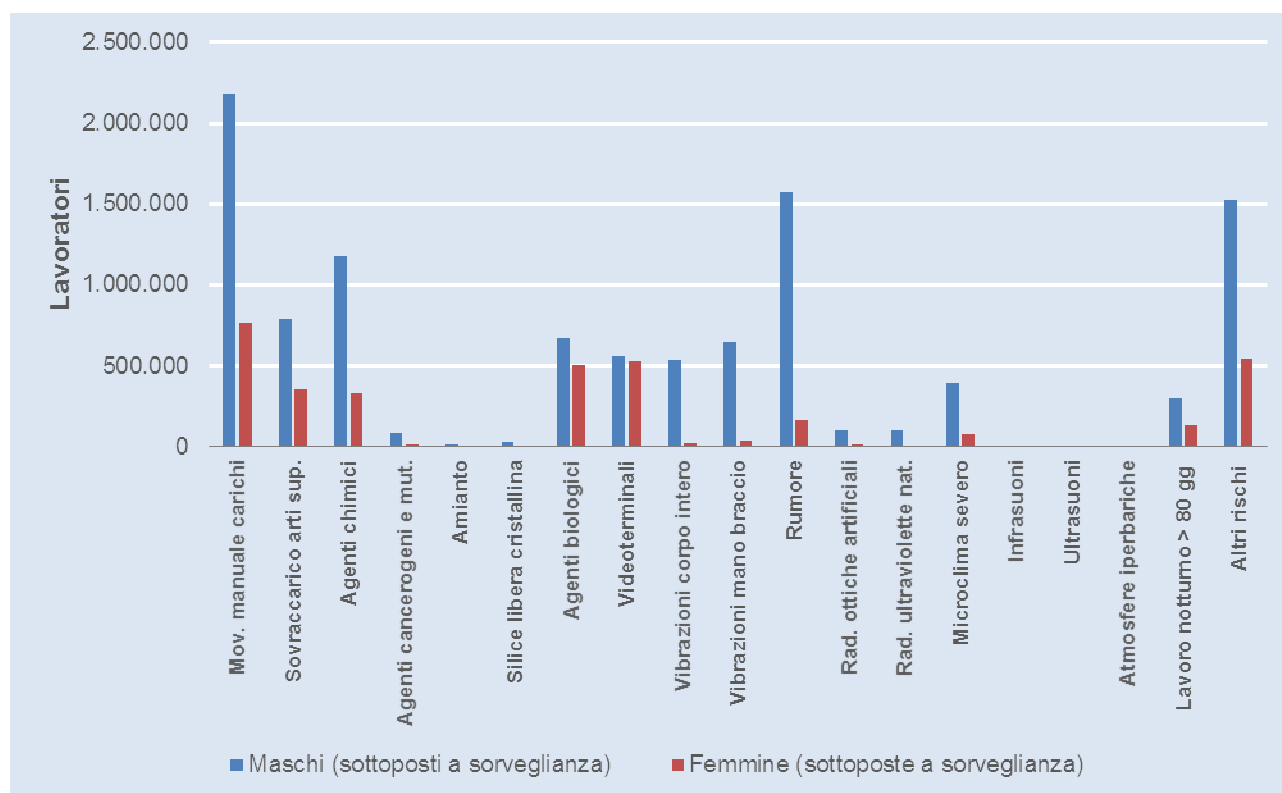
Figura 3.33 - Numero di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria per rischio lavorativo, Italia, 2013



Com'è facile immaginare, le percentuali restano pressoché invariate se si va a considerare, rispetto ai rischi lavorativi, la distribuzione dei lavoratori visitati (che, si ricorda, è “estratta” da quella dei lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria).

Ciò è chiaramente visibile osservando i grafici in **Figura 3.34**, dove l'unico fattore degno di nota è la percentuale di lavoratrici sottoposte a sorveglianza esposte a rischi legati all'utilizzo di videoterminali: se il 23% delle lavoratrici che costituiscono il campione “da visitare” è soggetto a tale rischio, solo il 15% delle lavoratrici visitate è tra queste (differenza spiegabile con l'effetto della periodicità: gli esposti al rischio relativo all'uso di videoterminali sono sottoposti a sorveglianza sanitaria con cadenza biennale o quinquennale).

Figura 3.34 - Numero di lavoratori sottoposti a sorveglianza per rischio lavorativo, Italia, 2013

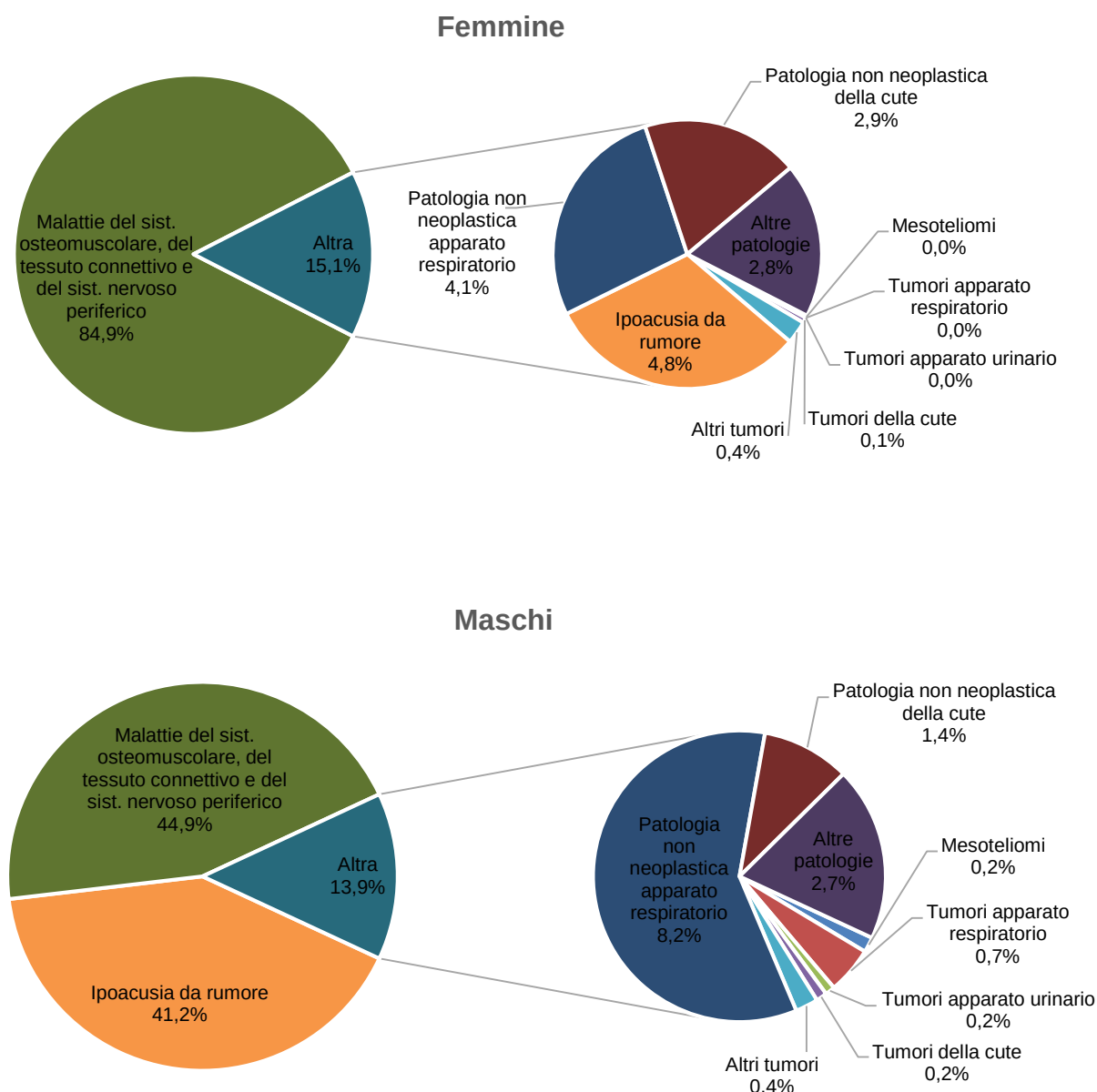


3.4 - MALATTIE PROFESSIONALI

L'attività dei medici competenti comporta anche la segnalazione a fini statistici, ai sensi dell'art 139 del DPR 1124/65, di malattie professionali verificatesi tra i lavoratori soggetti alla sorveglianza sanitaria. In questa sezione si analizzano i dati risultanti da tale rilevazione e, pur tenendo conto del differente di campo di applicazione delle due normative, si confrontano i dati ex art. 40 con quelli desunti dai flussi informativi INAIL (malattie denunciate come indennizzabili a fini assicurativi).

Facendo riferimento al dato nazionale e distinguendo per genere, in **Figura 3.35** viene riportata la distribuzione delle malattie professionali segnalate dai medici competenti nel 2013, ex art. 139 (vedi **Tabella 17**). I due grafici evidenziano con immediatezza le differenze tra i generi: mentre per le lavoratrici la quasi totalità delle malattie professionali rilevate (l'85%) rientrano nella categoria "Malattie del sistema osteomuscolare, del tessuto connettivo e del sistema nervoso periferico", per i lavoratori esistono due principali malattie professionali costituite dalla categoria già menzionata (45%) e dalla ipoacusia da rumore (41%).

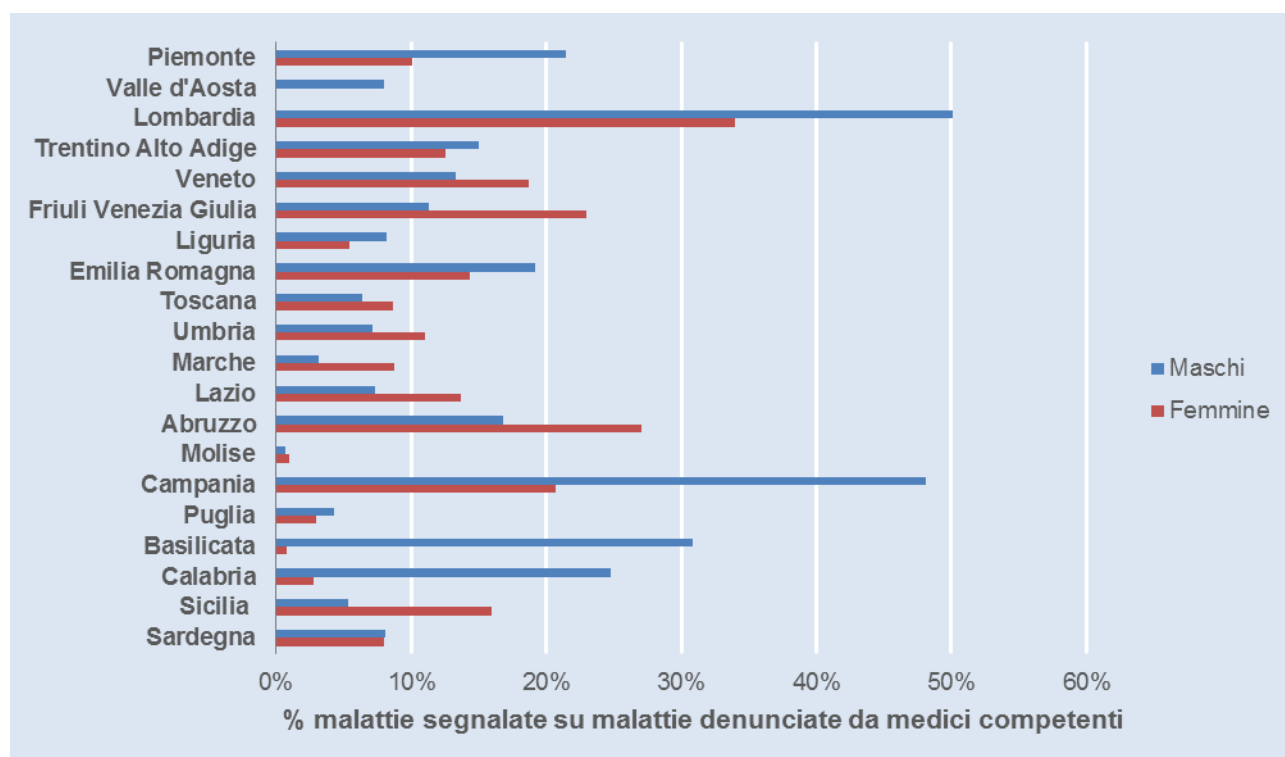
Figura 3.35 - Malattie professionali rilevate dai medici competenti per sesso, Italia, 2013



La fonte informativa primaria in merito alle malattie professionali a livello nazionale è costituita dall'INAIL, che fornisce i dati sulle malattie denunciate e successivamente riconosciute come professionali dall'Istituto (Banca Dati Statistica). È pertanto utile confrontare i dati forniti dall'INAIL con quelli desunti dalle comunicazioni dei medici competenti, che comprendono una sezione dedicata alle malattie professionali segnalate ex art. 139. Per far ciò si può osservare la **Figura 3.36**, dove viene riportato, per regione e per sesso, il rapporto percentuale di malattie professionali segnalate dai medici competenti nel 2013 sul totale di malattie denunciate nel 2013 così come desunte dall'archivio INAIL (vedi **Tabella 18**). Pur tenendo conto delle differenze già esposte, le disparità sono ben evidenti sia rispetto alla distribuzione regionale che per genere: le uniche due

regioni che raggiungono circa il 50% delle malattie denunciate per i maschi sono la Lombardia e la Campania, mentre per le femmine la percentuale è rispettivamente di circa il 30% e il 20%. Tutte le altre regioni, per entrambi i sessi, raggiungono percentuali inferiori al 30%. In diversi casi la percentuale per le lavoratrici è maggiore rispetto a quella per i lavoratori e in particolare tale differenza è accentuata nei casi di Abruzzo, Sicilia, Friuli Venezia Giulia e Veneto. Diverse regioni, infine, si collocano al di sotto della soglia del 10%: Valle d'Aosta, Liguria, Toscana, Umbria, Marche, Molise, Puglia.

Figura 3.36 - Percentuale di malattie professionali segnalate dai medici competenti su totale malattie denunciate (fonte INAIL), per sesso e regione, 2013



3.5 - ALCOL E DROGHE

L'ultima sezione di questo capitolo riguarda i dati inerenti gli accertamenti svolti dai medici competenti per l'alcoldipendenza e per l'uso di sostanze stupefacenti.

Il numero di lavoratori sottoposti a controllo per queste due tematiche varia molto da regione a regione e rispetto al sesso: in **Figura 3.37** viene mostrata la distribuzione dei lavoratori sottoposti a controlli per alcoldipendenza nel 2013 (vedi **Tabella 19**) e in **Figura 3.38** quella dei lavoratori sottoposti a controlli per l'uso di sostanze stupefacenti, sempre nel 2013 (si veda la **Tabella 20**). Il numero di lavoratori controllati per alcoldipendenza raggiunge un picco in Piemonte (quasi 150.000 maschi e 80.000 femmine), seguito da Lombardia, Emilia Romagna e Lazio (circa 110.000) che però presentano un numero di lavoratrici controllate molto più ridotto (sempre inferiore a 40.000). Riguardo ai lavoratori controllati per l'uso di droghe, spicca la regione Lombardia con oltre 200.000 maschi controllati, seguita da Veneto ed Emilia Romagna con circa 130.000 maschi; tutte le altre regioni sono ampiamente sotto i 100.000 maschi controllati.

Figura 3.37 - Numero di lavoratori sottoposti a controlli per alcoldipendenza per regione e per sesso, 2013

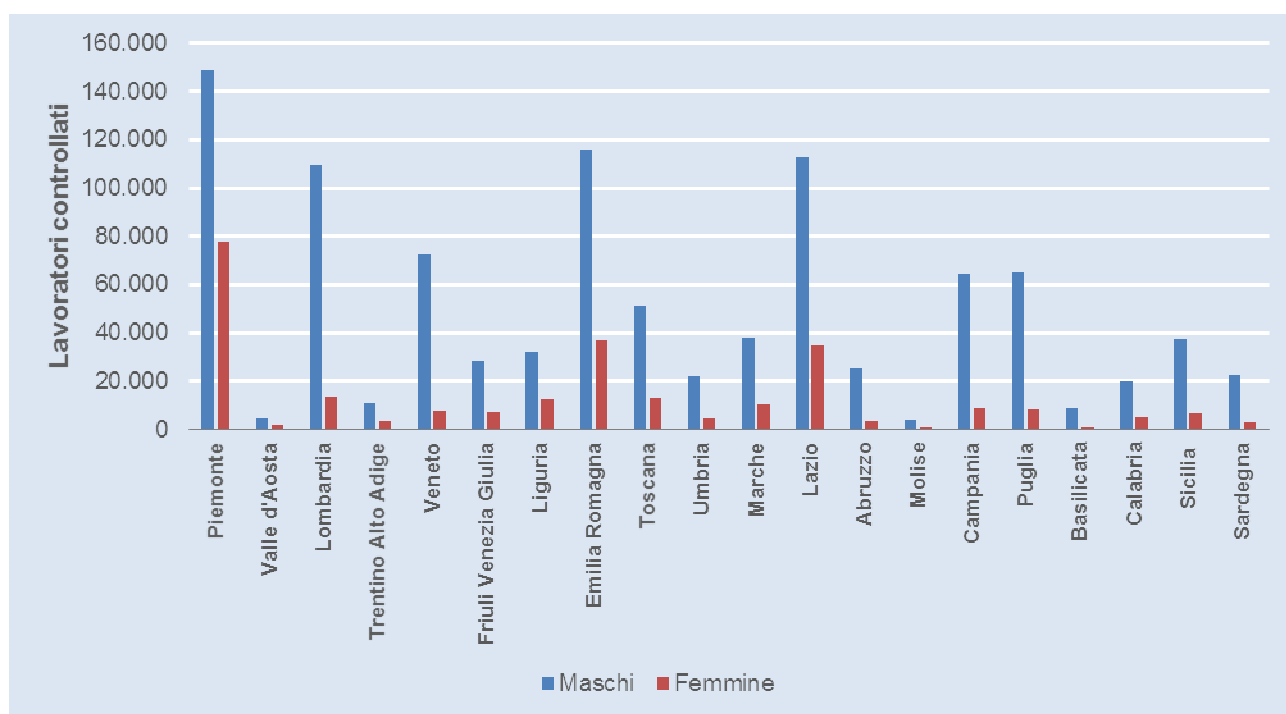
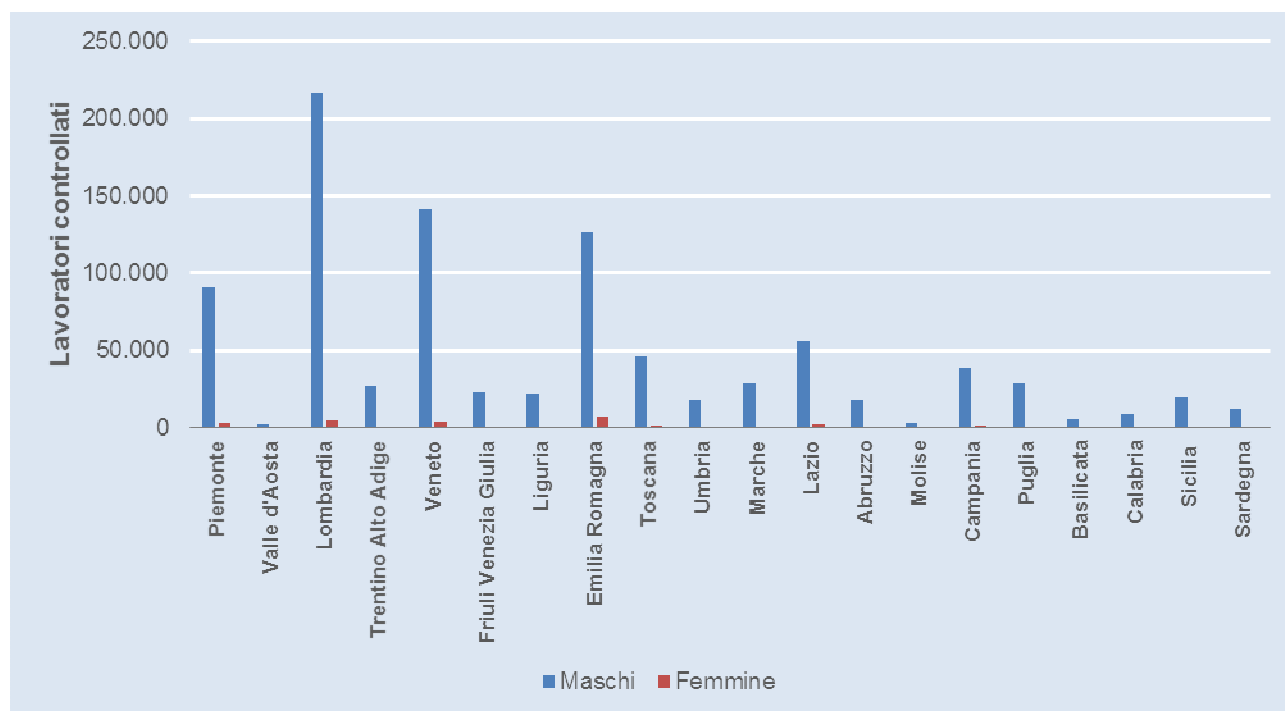


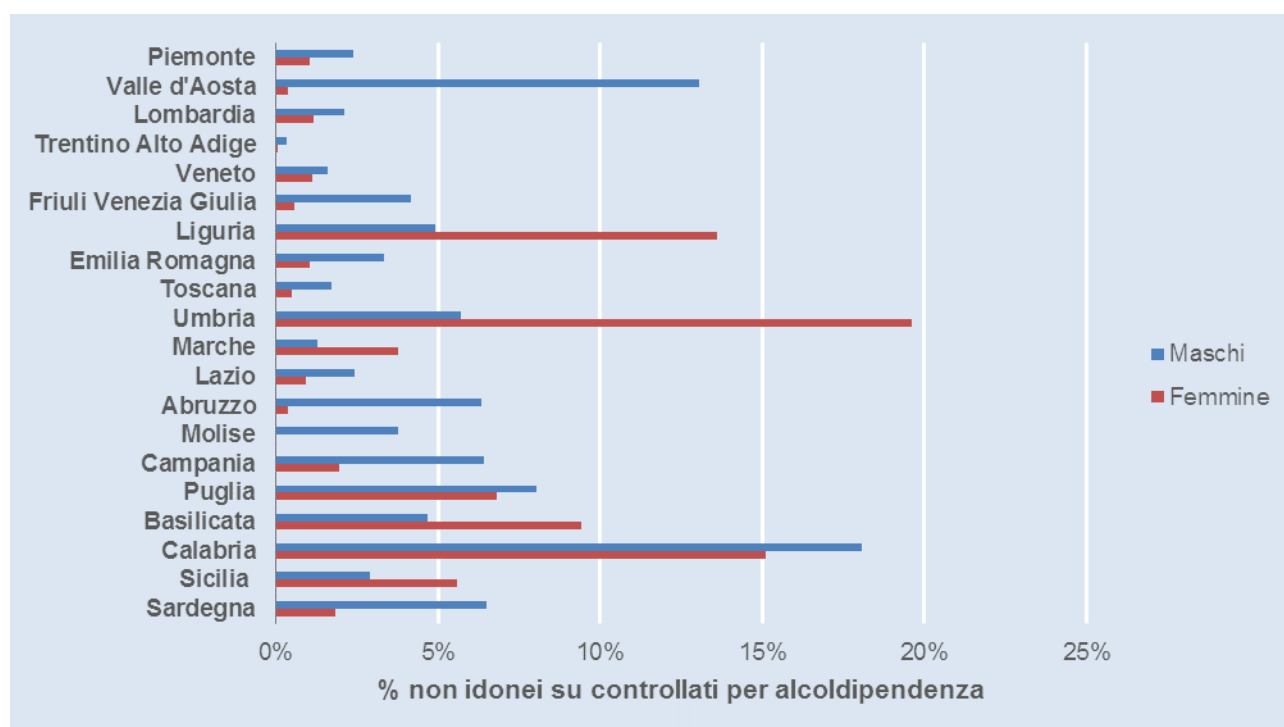
Figura 3.38 - Numero di lavoratori sottoposti a controlli per uso di sostanze stupefacenti, per regione e per sesso, 2013



Una particolarità della distribuzione dei lavoratori sottoposti a verifiche per uso di droghe è che la quasi totalità dei controllati è di sesso maschile, essendo in questo caso la presenza femminile quasi nulla in percentuale. Tali evidenti differenze per genere emerse dalle figure 3.37 e 3.38 riflettono la diversa distribuzione di maschi e femmine per comparto produttivo: i maschi si collocano più spesso nei comparti dove l'uso di alcol e droghe è più monitorato perché sono più frequenti le mansioni che prevedono l'obbligo di accertamento.

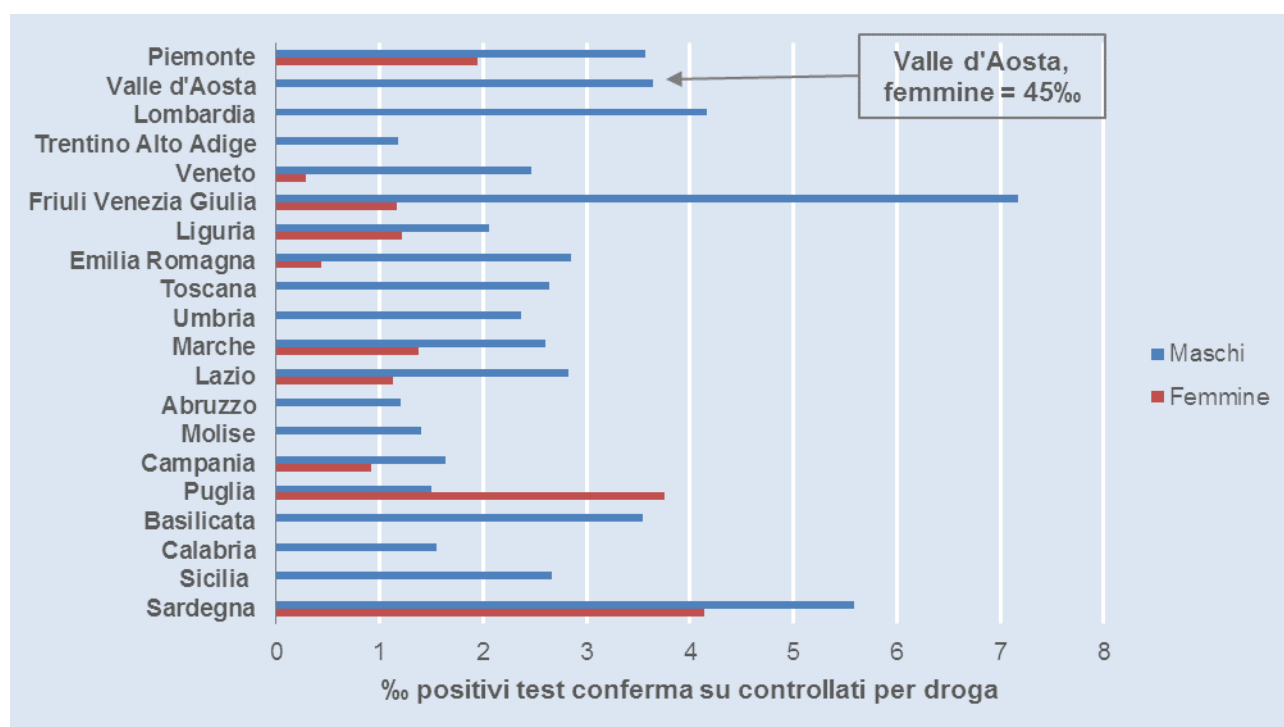
Il dato forse più interessante che è possibile estrarre da questa sezione delle comunicazioni dei medici competenti è costituito dall'esito dei controlli effettuati per alcol e droghe. Nel caso dei controlli per l'alcol dipendenza, la **Figura 3.39** fornisce una chiara visualizzazione del responso: in questo grafico si proietta la percentuale di non idoneità rispetto al campione di lavoratori controllati, per regione e per sesso. Emergono con evidenza la Valle d'Aosta per i maschi (13%), la Liguria per le femmine (13%), l'Umbria per le femmine (20%) e la Calabria per entrambi i generi (15% per le femmine e 18% per i maschi).

Figura 3.39 - Percentuale di lavoratori non idonei su totale lavoratori soggetti a verifiche per alcoldipendenza, per sesso e regione, 2013



Un discorso analogo è fattibile per i controlli svolti per l'utilizzo di sostanze stupefacenti. Prima di commentare i dati, si premette che i controlli per l'uso di droghe si articolano in due fasi: dapprima viene somministrato un test di screening al campione di lavoratori da controllare, test che gode di un basso livello di affidabilità in caso di esito positivo ma attendibile per gli esiti negativi. Pertanto, agli individui che risultano positivi al test di screening viene somministrato un test di conferma ad alto valore predittivo. Facendo riferimento a quest'ultimo test, in **Figura 3.40** viene mostrato il numero (moltiplicato per mille) di lavoratori positivi ai test di conferma per droghe sul totale di lavoratori controllati nel 2013, per regione e per sesso. Nel grafico non è stato proiettato il valore registrato dalle lavoratrici in Valle d'Aosta (45‰), in quanto dipende dal contingente di partenza estremamente esiguo: la sua presenza rendeva tutti gli altri valori meno leggibili.

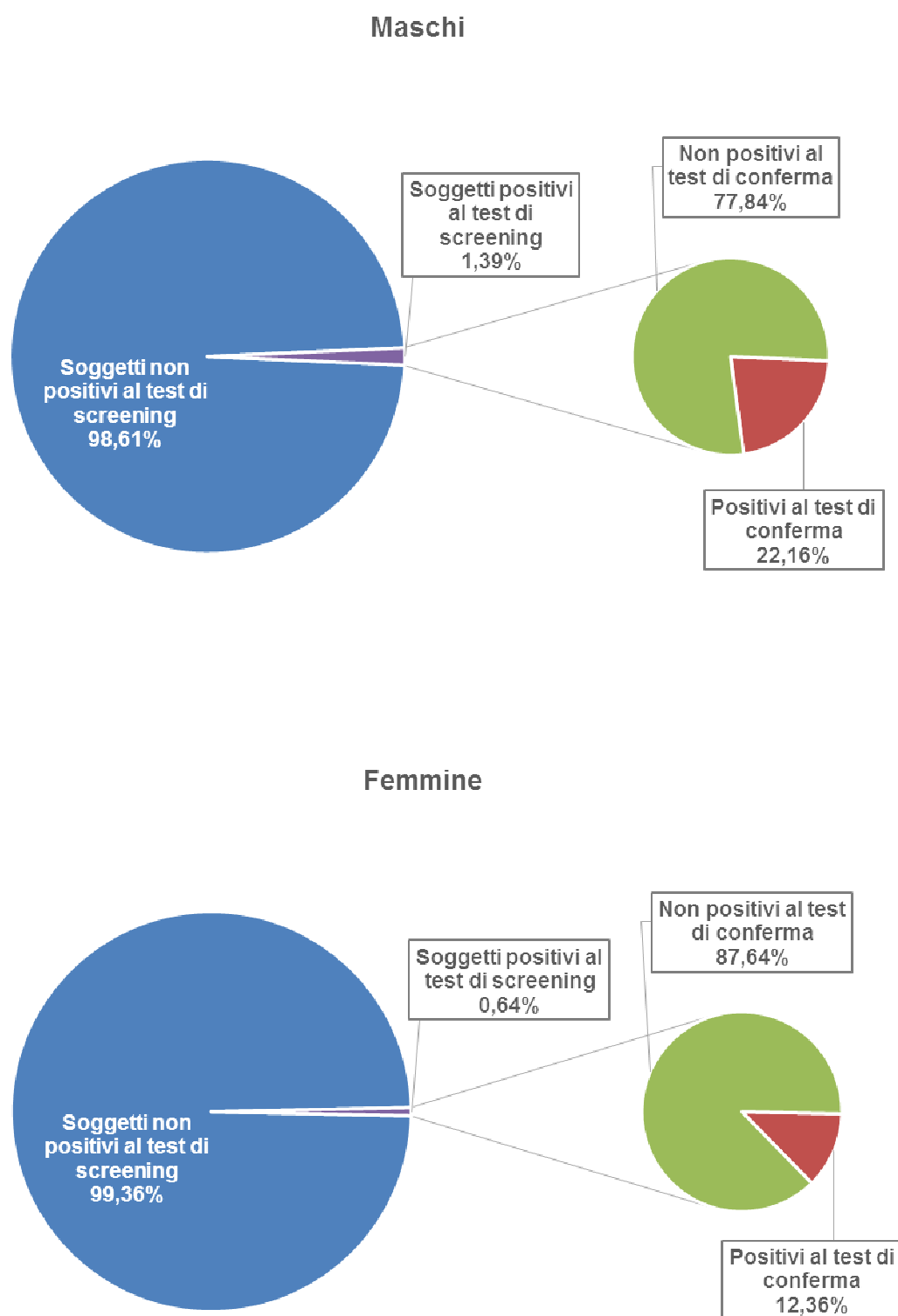
Figura 3.40 - Lavoratori positivi ai test di conferma su totale lavoratori soggetti a verifiche per droga (per mille), per sesso e regione, 2013



A parte questo valore anomalo, si può osservare il picco del Friuli Venezia Giulia, dove 7 lavoratori su mille lavoratori controllati risultano positivi ai test di conferma per droghe, seguito da Sardegna (circa 6‰ per i maschi e 4‰ per le femmine), Lombardia, Valle d'Aosta, Piemonte, Basilicata (circa 4‰ per i lavoratori maschi) e Puglia (4‰ per le lavoratrici femmine). Tutte le altre regioni si assestano su valori inferiori al 3‰.

Tornando alla distinzione tra test di screening e test di conferma, può essere utile osservare i grafici riportati in **Figura 3.41**. In tale figura si riportano, distintamente per sesso e facendo riferimento all'intero contingente nazionale riferito al 2013, le percentuali di soggetti positivi ai test di screening e, rispetto a questo insieme, le percentuali di soggetti positivi ai test di conferma. Le differenze tra i due generi sono notevoli e meritano di essere commentate. La percentuale di positivi ai test di screening del campione di lavoratori ispezionati è pari a 1,39, oltre il doppio rispetto allo stesso dato per le lavoratrici (0,64%). Di questo sottoinsieme, nel caso dei maschi il 22,16% è risultato essere positivo agli ulteriori test di conferma, contro il 12,36% osservato nel sottoinsieme femminile.

Figura 3.41 - Percentuale di positivi ai test di screening su controllati per droga e percentuale di positivi ai test di conferma su totale positivi ai test di screening, per sesso, Italia, 2013



Questi risultati mettono in luce non solo le differenze rispetto al fenomeno “uso di stupefacenti” osservabili tra lavoratori di genere diverso, ma anche la bassa validità predittiva dei test di screening, specialmente per i maschi, che (stando ai dati del 2013) hanno solo il 20% di probabilità di risultare positivi ai test di conferma se sono risultati positivi al test di screening, probabilità che diminuisce al 12% nel caso delle lavoratrici.

Capitolo 4 – Conclusioni

Questa prima elaborazione, anche se non ha ancora sfruttato a fondo tutte le potenzialità informative dello strumento, dimostra già la sua utilità ai fini della conoscenza dei rischi lavorativi e integra il patrimonio conoscitivo proveniente da altre fonti che riguardano il quadro dei danni (INAIL) e delle attività di prevenzione e vigilanza (report delle regioni, INAIL, Ministeri del Lavoro e della Salute).

Ulteriori analisi saranno effettuate nel prossimo futuro, utilizzando anche le comunicazioni inviate entro il 31 marzo 2015, relative alla sorveglianza sanitaria effettuata nel 2014, per approfondire ulteriormente le possibilità di integrazione con altre fonti informative e fornire ai soggetti che operano nel campo della prevenzione tutte le informazioni utili a pianificare gli interventi e a valutarne i risultati nell'ottica del nuovo piano nazionale della prevenzione 2014-2018.

Infine queste elaborazioni potranno supportare i gruppi di lavoro che effettuano il monitoraggio del sistema informativo anche ai fini del miglioramento dello strumento (allegato IIIB e piattaforma telematica) in collaborazione con le società scientifiche e con i rappresentanti dei medici competenti.

Capitolo 5 – Glossario

VOCI CONNESSE ALL'ATTIVITÀ DEI MEDICI COMPETENTI

SORVEGLIANZA SANITARIA: Insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa.

RISCHIO LAVORATIVO: Probabilità che l'insieme di circostanze e fattori costituenti un dato ambiente di lavoro arrechino nel loro combinarsi un danno ai lavoratori. Tale rischio cresce all'aumentare della pericolosità intrinseca di tali fattori.

MALATTIA PROFESSIONALE: Qualsiasi stato morboso che possa essere posto in rapporto causale con lo sviluppo di una qualsiasi attività lavorativa.

MALATTIA PROFESSIONALE DENUNCIATA: Analogamente agli infortuni sul lavoro, sono tutte le malattie di cui giunge notizia all'INAIL attraverso la denuncia effettuata da un datore di lavoro o un certificato medico inviato da un lavoratore.

MALATTIA PROFESSIONALE SEGNALATA (da medico competente): Malattia professionale rilevata dal medico competente nell'ambito delle attività di sorveglianza previste dal suo ruolo e da lui segnalata ai sensi dell'art. 139 del D.p.r.1124/65.

MEDICO COMPETENTE: Ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera h, del D.Lgs. 81/2008, è un sanitario, nominato dal datore di lavoro, in possesso dei titoli professionali e dei requisiti previsti dall'art. 38 dello stesso decreto, che collabora con il datore di lavoro alla valutazione dei rischi ed effettua la sorveglianza sanitaria, a tutela dello stato di salute e della sicurezza del lavoratore. Ai sensi dell'art. 39, comma 6, del D.Lgs. 81/2008, "nei casi di aziende con più unità produttive, nei casi di gruppi d'impresa nonché qualora la valutazione dei rischi ne evidenzia la necessità, il datore di lavoro può nominare più medici competenti individuando tra essi un medico con funzioni di coordinamento". In tal caso, dell'insieme dei medici competenti il medico che svolge le funzioni di coordinamento è detto **medico competente coordinatore**, mentre i restanti sono detti **medici competenti coordinati**. Laddove invece il datore di lavoro nomina un solo medico competente, quest'ultimo è definito **medico competente unico**.

LAVORATORE: persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli

addetti ai servizi domestici e familiari. Al lavoratore sono equiparati altri soggetti (vedi art. 2 DLgs 81/08).

UNITÀ PRODUTTIVA: Stabilimento o struttura finalizzati alla produzione di beni o all'erogazione di servizi, dotati di autonomia finanziaria e tecnico funzionale.

LAVORATORI SOGGETTI A SORVEGLIANZA SANITARIA: Numero di lavoratori impiegati in una mansione che, in base alla valutazione dei rischi, comporta l'obbligo della sorveglianza sanitaria. Il numero si riferisce alle posizioni di lavoro "in organico" e prescinde dall'aver effettivamente svolto visite nell'anno di riferimento (può accadere quando la periodicità della visita non è annuale, ad esempio, biennale o quinquennale, che un lavoratore soggetto a sorveglianza non sia effettivamente sottoposto a sorveglianza nell'anno di riferimento).

LAVORATORE SOTTOPOSTO A SORVEGLIANZA SANITARIA: Lavoratore effettivamente visitato dal medico competente entro il 31 dicembre dell'anno di riferimento. Questo numero di solito è inferiore a quello dei soggetti a sorveglianza ma, in caso di elevato turnover in mansioni a rischio, può essere anche maggiore.

ARTICOLO 40: Articolo del D.Lgs.81/2008 che prevede l'obbligo, da parte dei medici competenti, di comunicare per via telematica "ai servizi competenti per territorio le informazioni, elaborate evidenziando le differenze di genere, relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria secondo il modello in allegato 3B".

ARTICOLO 139 DEL DPR 1124/65: Articolo che prevede l'obbligo, da parte di ogni medico, di denunciare all'INAIL e alla ASL competente per territorio (DLgs 38/2000) ogni malattia professionale eventualmente diagnosticata compresa in un apposito elenco (attualmente costituito dalle tre liste del DM 10/06/2014).

TEST DI SCREENING/CONFERMA PER USO SOSTANZE STUPEFACENTI: test utilizzati, secondo le modalità previste dagli Accordi della Conferenza Stato-Regioni del 18/09/2008 e del 30/10/2007, per valutare l'utilizzo di sostanze stupefacenti da parte dei lavoratori impegnati in mansioni previste dalla legge n.131 del 5/06/2003 e dal Provvedimento del 30/10/2007.

TEST DI VERIFICA PER USO DI ALCOLICI: test impiegati dai medici competenti per verificare l'assunzione di alcol da parte dei lavoratori appartenenti alle attività lavorative segnalate nel Provvedimento del 16/03/2006 della Conferenza Stato-Regioni e dalla legge 125 del 30/03/2001. In merito alla specifica modalità dei test non vi è al momento intesa a livello nazionale.

VOCI CONNESSE ALL'ATTIVITÀ INAIL

ADDETTI: corrisponde alla somma dei dipendenti, degli artigiani e degli appartenenti alle cosiddette polizze speciali; per i dipendenti si tratta del numero stimato di lavoratori assicurati, ricavato dal monte salari dichiarato dall'azienda; più precisamente corrisponde al numero di addetti/ anno dove 1 addetto=300 giornate lavorative retribuite. Per effettuare il calcolo si utilizza il monte salari complessivo rapportato alla retribuzione media per provincia e settore di attività dei soggetti infortunati. Per gli artigiani e gli addetti di PAT assicurate con polizze speciali, si tratta invece di soggetti conteggiati pro capite.

PAT (Posizione Assicurazione Territoriale): utilizzata da INAIL per gestire il rapporto assicurativo con le aziende e distinguere i lavoratori delle varie sedi e/o con diversa esposizione al rischio. Quindi non vi è una relazione univoca tra azienda e/o unità locale e PAT, anche se nella maggior parte dei casi una PAT rappresenta una unità locale. Infatti vi sono casi di unità locali a cui vengono attribuite più PAT in relazione a gruppi di lavoratori esposti a rischi diversi ma che operano nella stessa sede. Esiste tuttavia il caso (*accentramento contributivo*) in cui, per agevolare il rapporto assicurativo di aziende plurilocalizzate, le masse salariali di più unità locali vengono concentrate in un'unica PAT accentrante; in questo caso, nell'archivio distribuito, non sono disponibili informazioni sulle "PAT figlie". A ogni PAT vengono assegnate una o più voci di tariffa in base alle lavorazioni svolte anche se la maggioranza della PAT ha una sola voce.

FLUSSI INFORMATIVI INAIL Regioni e Province Autonome: Insieme di relazioni, informazioni e dati inerenti la distribuzione e localizzazione delle imprese, la distribuzione degli infortuni e delle patologie professionali e le tipologie, caratteristiche e modalità di insorgenza degli stessi, derivante dal relativo protocollo di intesa siglato nel 2002 e rinnovato nel 2007 tra INAIL, ISPESL, Regioni e Province Autonome.

CRUSCOTTO DI MONITORAGGIO: Il Cruscotto Comunicazioni Medico Competente gestito da INAIL è un portale online che contiene dati, opportunamente strutturati e organizzati, inerenti le comunicazioni inoltrate dai medici competenti ai sensi dell'art. 40 del D.Lgs. 81/2008, disponibili per poter essere consultati dagli utenti abilitati. Lo scopo del Cruscotto Comunicazioni Medico Competente è quello di agevolare l'attività valutativa e decisionale attraverso l'analisi delle informazioni riguardanti i seguenti **oggetti di monitoraggio**: Dati Sintetici; Esito Visite; Rischi Lavorativi; Alcol e Droghe; Malattie Professionali.

VOCI CONNESSE ALL'ATTIVITÀ ISTAT

OCCUPATO: Lavoratore rilevato dall'Istat nell'ambito dell'indagine campionaria trimestrale sulle forze di lavoro.

UNITÀ LOCALE: Luogo fisico nel quale un'unità giuridico – economica (impresa, istituzione) esercita una o più attività economiche.

ADDETTO: Persona occupata in un'unità giuridico – economica (impresa, istituzione) con una posizione di lavoro indipendente o dipendente (a tempo pieno, a tempo parziale o con contratto di formazione lavoro), anche se temporaneamente assente (per servizio, ferie, malattia, sospensione dal lavoro, cassa integrazione guadagni, ecc.).

RILEVAZIONE SULLE FORZE DI LAVORO: dall'indagine sulle forze di lavoro derivano le stime ufficiali degli occupati e delle persone in cerca di lavoro, nonché informazioni sui principali aggregati dell'offerta di lavoro. Le informazioni vengono raccolte dall'Istat intervistando ogni trimestre un campione di quasi 77 mila famiglie, pari a 175 mila individui residenti in Italia, anche se temporaneamente all'estero. Sono escluse le famiglie che vivono abitualmente all'estero e i membri permanenti delle convivenze (istituti religiosi, caserme ecc.). L'attuale rilevazione campionaria è continua in quanto le informazioni sono raccolte in tutte le settimane dell'anno e non più in una singola settimana per trimestre.

ATECO: metodo di classificazione delle attività economiche; è la traduzione italiana della Nomenclatura delle Attività Economiche (NACE) creata dall'Eurostat, adattata dall'Istat alle caratteristiche specifiche del sistema economico italiano. Attualmente è in uso la versione ATECO 2007, entrata in vigore dal 1° gennaio 2008, che sostituisce la precedente ATECO 2002, adottata nel 2002. La classificazione utilizza caratteri alfa-numeriche con diversi gradi di dettaglio a seconda del numero di cifre considerate.

CENSIMENTO INDUSTRIA E SERVIZI: censimento economico svolto ogni dieci anni da parte dall'Istat la cui unità di rilevazione è costituita dalle imprese, dalle istituzioni e dalle unità locali.

Appendice – Tabelle

In questa sezione si riportano le tabelle contenenti tutti i dati utilizzati in questo lavoro per lo svolgimento delle elaborazioni presentate.

Tabella 1 - Comunicazioni, unità produttive e medici competenti per regione e per anno

	2012			2013		
	Comunicazioni	Unità produttive	Medici che hanno inviato comunicazioni	Comunicazioni	Unità produttive	Medici che hanno inviato comunicazioni
Piemonte	27.399	27.076	771	41.089	40.613	1.045
Valle d'Aosta	932	930	70	1.618	1.573	113
Lombardia	69.243	68.782	1.418	105.013	104.215	1.984
Trentino Alto Adige	3.999	3.978	164	11.603	11.510	294
Veneto	21.477	21.009	639	52.011	51.229	1.014
Friuli Venezia Giulia	5.951	5.797	229	11.065	10.843	389
Liguria	7.108	7.071	315	13.046	12.922	484
Emilia Romagna	25.690	25.411	719	46.514	45.765	1.119
Toscana	10.931	10.887	438	24.548	24.363	750
Umbria	4.132	4.127	180	7.968	7.913	308
Marche	6.224	6.205	238	16.091	16.024	412
Lazio	12.114	11.882	756	28.058	27.552	1.174
Abruzzo	2.915	2.896	206	7.946	7.875	356
Molise	364	364	64	933	932	134
Campania	10.674	10.626	445	21.391	21.240	813
Puglia	6.802	6.769	279	24.178	24.004	549
Basilicata	2.035	2.025	99	3.914	3.871	205
Calabria	1.793	1.786	165	6.622	6.584	322
Sicilia	4.721	4.696	286	19.765	19.657	586
Sardegna	2.658	2.650	127	8.689	8.651	258
TOTALE	227.162	224.967	3.597	452.062	447.336	5.018

**Tabella 2 - Numero di unità produttive
per classi di addetti, Italia, 2013**

Classe di addetti	Unità produttive (2013)
0	7.524
1	56.473
Da 2 a 3	106.935
Da 4 a 10	152.736
Da 11 a 15	39.192
Da 16 a 20	19.350
Da 21 a 30	20.244
Da 31 a 100	31.384
Da 101 a 200	7.419
Da 201 a 500	3.898
Da 501 a 1000	1.239
Da 1001 a 5000	807
Da 5001 a 10000	97
Oltre 10000	38
TOTALE	447.336

**Tabella 3 - Numero di medici competenti per
tipologia e per anno, Italia**

	2012	2013
	Numero medici	Numero medici
Medico Competente Coordinato	1.470	2.367
Medico Competente Coordinatore	696	1.163
Medico Competente Unico	3.369	4.783
Totale	5.535	8.313

Tabella 4a - Numero di medici competenti per tipologia e regione, 2012

	Medico Competente Coordinato (2012)	Medico Competente Coordinatore (2012)	Medico Competente Unico (2012)	Totale complessivo
Piemonte	253	146	653	1.052
Valle d'Aosta	12	8	58	78
Lombardia	437	240	1.295	1.972
Trentino Alto Adige	44	19	132	195
Veneto	150	87	563	800
Friuli venezia giulia	70	23	187	280
Liguria	96	56	264	416
Emilia Romagna	231	112	635	978
Toscana	128	57	370	555
Umbria	47	23	143	213
Marche	65	16	200	281
Lazio	257	97	637	991
Abruzzo	61	24	161	246
Molise	14	2	52	68
Campania	132	36	381	549
Puglia	85	25	224	334
Basilicata	25	15	81	121
Calabria	38	9	146	193
Sicilia	77	22	244	343
Sardegna	38	8	109	155
TOTALE	2.260	1.025	6.535	9.820

Tabella 4b - Numero di medici competenti per tipologia e regione, 2013

	Medico Competente Coordinato (2013)	Medico Competente Coordinatore (2013)	Medico Competente Unico (2013)	Totale complessivo
Piemonte	356	201	903	1.460
Valle d'Aosta	22	16	89	127
Lombardia	656	355	1.787	2.798
Trentino Alto Adige	98	37	240	375
Veneto	294	157	904	1.355
Friuli Venezia Giulia	117	49	314	480
Liguria	155	90	399	644
Emilia Romagna	377	188	958	1.523
Toscana	229	107	642	978
Umbria	86	42	253	381
Marche	121	42	341	504
Lazio	438	174	950	1.562
Abruzzo	109	38	295	442
Molise	27	5	110	142
Campania	248	81	677	1.006
Puglia	167	58	464	689
Basilicata	53	27	164	244
Calabria	86	24	279	389
Sicilia	190	70	524	784
Sardegna	88	35	218	341
TOTALE	3.917	1.796	10.511	16.224

Tabella 5 - Numero di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria per sesso, regione e anno

	2012			2013		
	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria F	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria M	Totale soggetti	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria F	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria M	Totale soggetti
Piemonte	328.442	442.437	770.879	432.690	568.317	1001.007
Valle d'Aosta	3.670	8.566	12.236	12.409	16.312	28.721
Lombardia	656.562	971.865	1.628.427	986.495	1.406.327	2.392.822
Trentino Alto Adige	21.136	45.510	66.646	80.952	141.171	222.123
Veneto	156.637	278.115	434.752	337.156	586.683	923.839
Friuli Venezia Giulia	73.906	90.273	164.179	117.483	164.215	281.698
Liguria	84.077	109.342	193.419	119.859	154.903	274.762
Emilia Romagna	299.061	381.318	680.379	471.594	629.554	1.101.148
Toscana	76.164	119.236	195.400	152.802	239.611	392.413
Umbria	24.000	43.227	67.227	43.644	77.529	121.173
Marche	43.827	58.374	102.201	90.533	139.153	229.686
Lazio	286.961	386.267	673.228	435.848	678.534	1.114.382
Abruzzo	19.406	49.861	69.267	39.899	92.047	131.946
Molise	3.510	6.732	10.242	6.482	13.585	20.067
Campania	73.308	175.843	249.151	119.878	283.989	403.867
Puglia	48.048	93.443	141.491	103.513	234.670	338.183
Basilicata	15.699	44.572	60.271	22.802	52.478	75.280
Calabria	12.784	22.596	35.380	35.608	66.209	101.817
Sicilia	39.777	72.825	112.602	102.825	220.532	323.357
Sardegna	14.859	31.865	46.724	54.657	95.914	150.571
TOTALE	2.281.834	3.432.267	5.714.101	3.767.129	5.861.733	9.628.862

Tabella 6 - Numero di lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, per sesso, regione e anno

	2012			2013		
	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria F	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria M	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria - TOTALE	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria F	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria M	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria - TOTALE
Piemonte	142.651	252.432	395.083	197.658	338.560	536.218
Valle d'Aosta	2.945	7.707	10.652	4.686	9.603	14.289
Lombardia	306.702	639.035	945.737	415.137	865.350	1.280.487
Trentino Alto Adige	10.833	32.426	43.259	34.468	85.737	120.205
Veneto	85.204	202.766	287.970	177.750	424.311	602.061
Friuli Venezia Giulia	28.292	53.574	81.866	45.509	91.076	136.585
Liguria	32.576	60.951	93.527	47.664	92.998	140.662
Emilia Romagna	155.354	277.967	433.321	212.362	420.058	632.420
Toscana	45.593	88.027	133.620	88.396	173.807	262.203
Umbria	15.505	35.006	50.511	28.907	63.049	91.956
Marche	27.280	47.073	74.353	58.087	111.063	169.150
Lazio	106.227	168.754	274.981	166.173	292.138	458.311
Abruzzo	13.288	36.000	49.288	27.877	71.698	99.575
Molise	2.645	5.936	8.581	4.558	10.815	15.373
Campania	46.933	128.398	175.331	78.381	209.977	288.358
Puglia	28.416	73.121	101.537	66.792	179.052	245.844
Basilicata	6.636	19.613	26.249	11.283	30.471	41.754
Calabria	7.916	16.158	24.074	23.616	52.688	76.304
Sicilia	19.542	50.476	70.018	65.811	174.442	240.253
Sardegna	9.016	24.444	33.460	33.939	73.559	107.498
TOTALE	1.093.554	2.219.864	3.313.418	1.789.054	3.770.452	5.559.506

Tabella 7 - Numero di lavoratori idonei per sesso, regione e anno

	2013			2014		
	Lavoratori idonei F	Lavoratori idonei M	Totale idonei	Lavoratori idonei F	Lavoratori idonei M	Totale idonei
Piemonte	111.100	198.424	309.524	155.799	265.712	421.511
Valle d'Aosta	2.314	5.517	7.831	3.540	6.906	10.446
Lombardia	255.065	520.985	776.050	343.738	701.905	1.045.643
Trentino Alto Adige	8.146	24.205	32.351	25.853	61.067	86.920
Veneto	67.775	149.323	217.098	143.203	318.199	461.402
Friuli Venezia Giulia	23.679	43.161	66.840	36.892	70.802	107.694
Liguria	27.903	50.208	78.111	41.160	78.159	119.319
Emilia Romagna	125.484	218.034	343.518	167.306	319.381	486.687
Toscana	40.309	75.150	115.459	77.489	147.759	225.248
Umbria	13.758	28.556	42.314	25.499	52.560	78.059
Marche	24.016	39.451	63.467	51.189	94.002	145.191
Lazio	90.732	142.392	233.124	141.234	245.158	386.392
Abruzzo	11.782	30.425	42.207	24.627	59.950	84.577
Molise	2.174	4.923	7.097	4.054	9.002	13.056
Campania	40.612	109.518	150.130	69.177	178.122	247.299
Puglia	24.811	57.223	82.034	59.653	139.747	199.400
Basilicata	5.423	14.334	19.757	8.954	21.932	30.886
Calabria	6.783	13.249	20.032	21.213	44.646	65.859
Sicilia	16.798	43.468	60.266	56.746	150.804	207.550
Sardegna	7.734	20.279	28.013	29.092	60.074	89.166
TOTALE	906.398	1.788.825	2.695.223	1.486.418	3.025.887	4.512.305

Tabella 8 - Numero di lavoratori idonei con limitazioni, per regione, sesso e tipo di limitazione, 2013

	Idonei con limitazioni/prescrizioni temporanee F	Idonei con limitazioni/prescrizioni temporanee M	Idonei con limitazioni/prescrizioni permanenti F	Idonei con limitazioni/prescrizioni permanenti M
Piemonte	8.997	12.893	32.193	59.068
Valle D'aosta	194	333	944	2.330
Lombardia	22.224	41.955	48.173	119.527
Trentino Alto Adige	1.597	3.065	6.940	21.467
Veneto	9.835	26.942	24.061	78.147
Friuli Venezia Giulia	2.146	5.347	6.361	14.697
Liguria	2.576	4.290	3.689	10.318
Emilia Romagna	15.475	37.713	28.968	61.861
Toscana	3.928	7.712	6.741	17.925
Umbria	918	2.457	2.398	7.928
Marche	2.990	8.177	3.803	8.752
Lazio	15.430	21.565	9.115	24.609
Abruzzo	985	4.032	2.210	7.545
Molise	276	508	220	1.291
Campania	4.185	10.619	4.937	20.785
Puglia	2.933	12.951	4.076	25.932
Basilicata	1.048	4.573	1.252	3.918
Calabria	1.381	3.811	1.002	4.129
Sicilia	3.343	8.757	5.452	14.227
Sardegna	2.291	6.613	2.477	6.699
TOTALE	102.752	224.313	195.012	511.155

Tabella 9 - Numero di occupati per regione e per sesso, secondo trimestre 2014 [fonte: Indagine sulle forze lavoro Istat]

	Femmine	Maschi	Totale
Piemonte	781.656	1.005.638	1.787.295
Valle D'aosta	25.230	30.713	55.943
Lombardia	1.887.134	2.445.639	4.332.773
Trentino Alto Adige	205.483	272.606	478.089
Veneto	891.364	1.210.092	2.101.456
Friuli Venezia Giulia	220.205	285.457	505.663
Liguria	266.531	339.970	606.501
Emilia Romagna	865.793	1.092.383	1.958.177
Toscana	679.345	873.110	1.552.455
Umbria	153.088	199.545	352.632
Marche	278.831	361.924	640.755
Lazio	961.196	1.293.527	2.254.723
Abruzzo	184.016	279.494	463.510
Molise	42.938	61.575	104.513
Campania	538.644	1.011.940	1.550.584
Puglia	419.530	736.208	1.155.738
Basilicata	67.479	117.721	185.200
Calabria	188.527	320.020	508.546
Sicilia	465.166	835.864	1.301.030
Sardegna	227.896	322.896	550.792
TOTALE	9.350.052	13.096.322	22.446.375

Tabella 10 - PAT e addetti INAIL per settore ATECO, 2012 [fonte: Banca Dati Statistica INAIL]

Settore di attività economica (Codice Ateco)	ADDETTI	PAT
A Agricoltura, silvicoltura e pesca	135.713	35.025
B Estrazione di minerali da cave e miniere	52.986	4.480
C Attività manifatturiere	3.987.568	584.693
D Fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condizionata	135.263	3.676
E Fornitura di acqua; reti fognarie, attività di gestione dei rifiuti e risanamento	187.608	12.107
F Costruzioni	1.738.708	772.058
G Commercio all'ingrosso e al dettaglio; riparazione di autoveicoli e motocicli	2.590.975	819.244
H Trasporto e magazzinaggio	1.026.664	165.447
I Attività dei servizi di alloggio e di ristorazione	829.819	308.693
J Servizi di informazione e comunicazione	645.014	79.262
K Attività finanziarie e assicurative	710.603	42.179
L Attività immobiliari	176.583	83.929
M Attività professionali, scientifiche e tecniche	783.699	195.081
N Noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese	588.933	127.412
O Amministrazione pubblica e difesa; assicurazione sociale obbligatoria	894.591	33.388
P Istruzione	212.126	44.303
Q Sanità e assistenza sociale	1.161.652	92.441
R Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento	160.059	47.507
S Altre attività di servizi	499.107	241.571
T Attività di famiglie e convivenze di autoproduzione	4.201	2.870
U Organizzazioni ed organismi extraterritoriali	6.662	456
X Non determinato	425.422	223.554
TOTALE	16.953.955	3.919.376

Tabella 11 - Unità locali e addetti Istat (censimento attività economiche 2011)

Settore di attività economica (Codice Ateco)	UNITA' LOCALI	ADDETTI
B Estrazione di minerali da cave e miniere	3.590	34.537
C Attività manifatturiere	477.739	4.007.701
D Fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condizionata	7.428	85.222
E Fornitura di acqua; reti fognarie, attività di gestione dei rifiuti e risanamento	13.089	180.974
F Costruzioni	632.952	1.816.063
G Commercio all'ingrosso e al dettaglio; riparazione di autoveicoli e motocicli	1.287.921	3.500.201
H Trasporto e magazzinaggio	163.926	1.111.374
I Attività dei servizi di alloggio e di ristorazione	321.843	1.269.413
J Servizi di informazione e comunicazione	110.110	567.568
K Attività finanziarie e assicurative	128.048	597.935
L Attività immobiliari	226.052	346.028
M Attività professionali, scientifiche e tecniche	731.040	1.236.798
N Noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese	167.632	1.116.554
P Istruzione	27.371	89.658
Q Sanità e assistenza sociale	256.979	730.269
R Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento	66.728	175.931
S Altre attività di servizi	206.238	439.507
TOTALE	4.828.686	17.305.734

Tabella 12 - Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria per sesso, anno e settore Ateco, Italia

	2012			2013		
	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria F	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria M	Totale soggetti	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria F	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria M	Totale soggetti
Agricoltura, silvicoltura e pesca	6.412	16.148	22.560	17.094	40.979	58.073
Alloggio e ristorazione	31.264	20.588	51.852	55.475	44.223	99.698
Altre attività di servizi	12.564	5.381	17.945	24.755	11.472	36.227
Amministrazione pubblica	3.011	2.866	5.877	4.922	5.334	10.256
Arte, sport, intrattenimento	4.317	5.232	9.549	13.359	16.606	29.965
Attività di famiglie	0	1	1	0	2	2
Attività immobiliari	2.352	2.524	4.876	4.538	5.142	9.680
Attività manifatturiere	184.463	545.417	729.880	282.438	840.780	1.123.218
Commercio	137.673	191.985	329.658	270.472	387.375	657.847
Costruzioni	11.672	159.369	171.041	20.609	304.263	324.872
DATO NON DISPONIBILE	1.544.739	2.018.118	3.562.857	2.475.607	3.329.662	5.805.269
Estrazione di minerali	152	2.393	2.545	236	3.696	3.932
Finanza e assicurazioni	41.963	44.053	86.016	72.905	78.092	150.997
Fornitura di acqua	4.396	23.861	28.257	9.287	52.931	62.218
Fornitura di energia	4.780	16.234	21.014	26.343	72.553	98.896
Informazione e comunicazione	50.882	64.212	115.094	104.866	123.297	228.163
Istruzione	12.621	4.983	17.604	23.801	15.681	39.482
Noleggio, agenzie di viaggio	56.925	50.916	107.841	98.613	86.740	185.353
Professioni	27.640	30.349	57.989	45.507	51.583	97.090
Sanità	79.747	22.825	102.572	127.094	38.360	165.454
Trasporto e magazzinaggio	64.261	204.812	269.073	89.208	352.962	442.170
TOTALE	2.281.834	3.432.267	5.714.101	3.767.129	5.861.733	9.628.862

Tabella 13 - Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria per sesso, anno e settore ATECO, Italia

	2012			2013		
	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria F	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria M	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria TOTALE	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria F	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria M	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria TOTALE
Agricoltura, silvicoltura e pesca	5.112	14.518	19.630	14.143	36.995	51.138
Alloggio e ristorazione	17.206	13.964	31.170	32.056	30.558	62.614
Altre attività di servizi	10.679	4.499	15.178	20.775	9.576	30.351
Amministrazione pubblica	967	1.035	2.002	1.922	2.480	4.402
Arte, sport, intrattenimento	3.021	3.971	6.992	9.742	13.085	22.827
Attività di famiglie	0	1	1	0	1	1
Attività immobiliari	1.383	1.747	3.130	2.715	3.132	5.847
Attività manifatturiere	118.702	413.954	532.656	185.087	657.883	842.970
Commercio	54.851	120.844	175.695	92.395	193.306	285.701
Costruzioni	5.776	140.885	146.661	9.967	256.234	266.201
DATO NON DISPONIBILE	730.042	1.275.946	2.005.988	1.178.622	2.169.785	3.348.407
Estrazione di minerali	89	2.239	2.328	114	3.300	3.414
Finanza e assicurazioni	10.990	10.972	21.962	17.050	16.494	33.544
Fornitura di acqua	2.538	19.395	21.933	5.543	42.963	48.506
Fornitura di energia	2.005	10.753	12.758	3.994	25.480	29.474
Informazione e comunicazione	19.466	26.548	46.014	25.015	36.633	61.648
Istruzione	5.339	2.942	8.281	11.309	6.225	17.534
Noleggio, agenzie di viaggio	28.839	31.600	60.439	51.146	55.923	107.069
Professioni	13.328	16.408	29.736	21.113	27.658	48.771
Sanità	48.559	14.161	62.720	81.632	25.276	106.908
Trasporto e magazzinaggio	14.662	93.482	108.144	24.714	157.465	182.179
TOTALE	1.093.554	2.219.864	3.313.418	1.789.054	3.770.452	5.559.506

Tabella 14 - Lavoratori idonei per sesso, anno e settore ATECO, Italia

	2012			2013		
	Lavoratori idonei - F	Lavoratori idonei - M	Totale idonei	Lavoratori idonei - F	Lavoratori idonei - M	Totale idonei
Agricoltura, silvicoltura e pesca	4.400	11.244	15.644	12.432	29.160	41.592
Alloggio e ristorazione	14.077	12.420	26.497	27.608	28.021	55.629
Altre attività di servizi	9.690	4.070	13.760	19.040	8.504	27.544
Amministrazione pubblica	850	875	1.725	1.564	2.093	3.657
Arte, sport, intrattenimento	2.685	3.560	6.245	7.514	10.446	17.960
Attività di famiglie	0	1	1	0	1	1
Attività immobiliari	1.137	1.367	2.504	2.283	2.567	4.850
Attività manifatturiere	93.580	318.881	412.461	149.260	506.045	655.305
Commercio	45.811	103.972	149.783	79.345	166.266	245.611
Costruzioni	4.931	105.484	110.415	8.296	192.687	200.983
DATO NON DISPONIBILE	605.996	1.028.824	1.634.820	978.381	1.740.885	2.719.266
Estrazione di minerali	81	1.603	1.684	100	2.320	2.420
Finanza e assicurazioni	9.424	9.573	18.997	14.228	14.216	28.444
Fornitura di acqua	1.791	15.085	16.876	4.292	33.030	37.322
Fornitura di energia	1.589	8.532	10.121	3.168	20.056	23.224
Informazione e comunicazione	15.976	22.467	38.443	19.895	30.538	50.433
Istruzione	4.899	2.436	7.335	9.286	4.798	14.084
Noleggio, agenzie di viaggio	24.516	27.041	51.557	42.006	47.040	89.046
Professioni	10.704	13.867	24.571	16.985	23.203	40.188
Sanità	41.861	12.597	54.458	69.614	22.387	92.001
Trasporto e magazzinaggio	12.400	84.926	97.326	21.121	141.624	162.745
TOTALE	906.398	1.788.825	2.695.223	1.486.418	3.025.887	4.512.305

Tabella 15 - Numero di PAT (INAIL), unità produttive (ex art. 40) e Unità Locali (Istat) per regione

Regione	PAT (2012)	Unità produttive art. 40 (2013)	Unità locali Istat (2010)
Piemonte	317.772	40.613	372.216
Valle D'Aosta	11.000	1.573	13.126
Lombardia	705.625	104.215	895.416
Liguria	120.843	12.922	142.710
Trentino Alto Adige	73.325	11.510	92.013
Veneto	355.426	51.229	437.808
Friuli Venezia Giulia	78.673	10.843	96.251
Emilia Romagna	331.437	45.765	414.190
Toscana	297.483	24.363	360.334
Umbria	63.709	7.913	75.670
Marche	118.726	16.024	142.437
Lazio	349.894	27.552	452.468
Abruzzo	97.438	7.875	105.454
Molise	21.976	932	23.259
Campania	274.983	21.240	366.305
Puglia	212.903	24.004	269.589
Basilicata	33.468	3.871	38.419
Calabria	101.044	6.584	118.207
Sicilia	248.972	19.657	293.782
Sardegna	103.832	8.651	119.032
Non determinato	874		
TOTALE	3.919.376	447.336	4.828.686

Tabella 16 - Numero di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria e sottoposti per rischio lavorativo e per sesso, Italia, 2013

	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria F	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria M	Totale soggetti	Lavoratori sottoposti F	Lavoratori sottoposti M	Totale lavoratori sottoposti
Movimentazione manuale dei carichi	1.311.421	2.727.565	4.038.986	768.849	2.197.382	2.966.231
Sovraccarico biomeccanico arti superiori	478.901	915.468	1.394.369	353.738	794.019	1.147.757
Agenti chimici	488.201	1.428.384	1.916.585	332.784	1.187.664	1.520.448
Agenti cancerogeni e mutageni	21.744	101.998	123.742	15.906	86.688	102.594
Amianto	785	15.137	15.922	969	12.994	13.963
Silice libera cristallina	2.681	35.318	37.999	3.514	32.771	36.285
Agenti biologici	910.105	925.081	1.835.186	504.676	673.599	1.178.275
Videoterminali	1.469.113	1.474.629	2.943.742	532.211	564.966	1.097.177
Vibrazioni corpo intero	36.593	636.029	672.622	22.312	540.778	563.090
Vibrazioni mano braccio	47.030	738.621	785.651	38.354	656.067	694.421
Rumore	211.656	1.852.322	2.063.978	167.522	1.587.139	1.754.661
Radiazioni ottiche artificiali	23.553	119.561	143.114	11.448	98.505	109.953
Radiazioni ultraviolette naturali	9.712	105.405	115.117	8.675	99.998	108.673
Microclima severo	125.726	544.821	670.547	76.905	397.987	474.892
Infrasuoni	944	3.142	4.086	1.248	3.246	4.494
Ultrasuoni	3.027	3.721	6.748	1.790	2.769	4.559
Atmosfere iperbariche	813	2.084	2.897	1.117	2.374	3.491
Lavoro notturno > 80 gg l'anno	233.118	424.869	657.987	137.231	304.052	441.283
Altri rischi	1.020.842	2.136.414	3.157.256	548.863	1.539.856	2.088.719
Totale	6.395.965	14.190.569	20.586.534	3.528.112	10.782.854	14.310.966

Tabella 17 - Malattie professionali rilevate dai medici competenti, per sesso e tipologia di malattia, Italia, 2013

	Femmine	Maschi	Totale
Mesoteliomi	1	14	15
Tumori Maligni Dell'apparato Respiratorio	0	43	43
Tumori Maligni Dell'apparato Urinario	0	9	9
Tumori Maligni Della Cute	2	12	14
Altri Tumori	9	21	30
Ipoacusia Da Rumore	105	2.497	2.602
Patologia Non Neoplastica Apparato Respiratorio	89	497	586
Patologia Non Neoplastica Della Cute	62	81	143
Malattie Del Sist. Osteomuscolare, Del Tessuto Connettivo E Del Sist. Nervoso Perif.	1.939	2.743	4.682
Altre Patologie	61	160	221
Totale	2.268	6.077	8.345

Tabella 18 - Malattie professionali denunciate - all'INAIL - (2013) [fonte: Banca Dati Statistica INAIL] e segnalate dai medici competenti – ex art. 40 - (2013) per regione e per sesso

	Malattie professionali denunciate FEMMINE	Malattie professionali denunciate MASCHI	Malattie professionali denunciate TOTALE	Malattie professionali ex art 40 FEMMINE	Malattie professionali ex art 40 MASCHI	Malattie professionali ex art 40 TOTALE
Piemonte	555	1.406	1.961	56	306	362
Valle d'Aosta	11	50	61	0	4	4
Lombardia	689	2.551	3.240	235	1.298	1.533
Trentino Alto Adige	192	472	664	24	72	96
Veneto	675	1.744	2.419	126	233	359
Friuli Venezia Giulia	540	1.042	1.582	124	123	247
Liguria	148	709	857	8	61	69
Emilia Romagna	3.114	4.771	7.885	449	916	1.365
Toscana	2.319	4.256	6.575	300	327	627
Umbria	391	1.048	1.439	43	75	118
Marche	1.641	2.621	4.262	145	84	229
Lazio	638	1.635	2.273	87	120	207
Abruzzo	1.670	3.277	4.947	451	550	1.001
Molise	102	152	254	1	1	2
Campania	610	1.907	2.517	126	919	1.045
Puglia	438	2.328	2.766	13	100	113
Basilicata	129	613	742	1	189	190
Calabria	329	1.407	1.736	9	349	358
Sicilia	138	1.284	1.422	22	69	91
Sardegna	600	3.132	3.732	48	281	329
TOTALE	14.929	36.405	51.334	2.268	6.077	8.345

Tabella 19 - Numero di lavoratori soggetti a verifiche e non idonei per alcoldipendenza, per sesso e regione, 2013

	N. lavoratori soggetti a verifiche			N. lavoratori non idonei alla mansione		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Piemonte	78.328	149.761	228.089	802	3.572	4374
Valle d'Aosta	1.752	4.695	6.447	6	612	618
Lombardia	13.602	110.720	124.322	157	2.307	2464
Trentino Alto Adige	3.534	10.728	14.262	1	34	35
Veneto	7.793	72.636	80.429	88	1.155	1243
Friuli Venezia Giulia	7.400	28.770	36.170	42	1.187	1229
Liguria	12.721	32.602	45.323	1.700	1.579	3279
Emilia Romagna	37.227	116.499	153.726	386	3.871	4257
Toscana	12.899	52.046	64.945	60	889	949
Umbria	4.799	22.071	26.870	941	1.256	2197
Marche	10.313	37.823	48.136	388	482	870
Lazio	34.537	113.543	148.080	314	2.837	3151
Abruzzo	3.695	25.458	29.153	13	1.602	1615
Molise	800	3.825	4.625	0	144	144
Campania	8.891	65.424	74.315	171	4.152	4323
Puglia	8.042	65.631	73.673	548	5.240	5788
Basilicata	606	8.763	9.369	57	407	464
Calabria	4.850	19.912	24.762	732	3.610	4342
Sicilia	6.818	38.010	44.828	357	1.085	1442
Sardegna	3.005	22.505	25.510	55	1.460	1515
TOTALE	261.612	1.001.422	1.263.034	6.818	37.481	44.299

Tabella 20 - Numero di lavoratori soggetti a verifiche, positivi ai test di screening e positivi ai test di conferma per uso di droghe, per sesso e regione, 2013

	N. lavoratori soggetti a verifiche			N. lavoratori positivi ai test di screening			N. lavoratori positivi ai test di conferma		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Piemonte	3.094	91.538	94.632	22	1.259	1281	6	325	331
Valle d'Aosta	44	2.473	2.517	10	433	443	2	9	11
Lombardia	4.280	218.124	222.404	11	2.852	2863	0	904	904
Trentino Alto Adige	619	27.284	27.903	2	288	290	0	32	32
Veneto	3.549	142.722	146.271	18	1.672	1690	1	354	355
Friuli Venezia Giulia	860	22.694	23.554	1	274	275	1	162	163
Liguria	873	22.552	23.425	3	204	207	1	46	47
Emilia Romagna	6.866	127.272	134.138	34	1.389	1423	3	361	364
Toscana	1.451	46.561	48.012	9	799	808	0	131	131
Umbria	379	18.339	18.718	3	235	238	0	43	43
Marche	731	28.885	29.616	7	324	331	1	75	76
Lazio	1.765	56.588	58.353	11	661	672	2	159	161
Abruzzo	547	17.627	18.174	12	346	358	0	21	21
Molise	48	2.850	2.898	0	7	7	0	4	4
Campania	1.087	39.384	40.471	20	408	428	1	64	65
Puglia	802	29.111	29.913	6	224	230	3	43	46
Basilicata	56	5.373	5.429	0	48	48	0	19	19
Calabria	372	9.071	9.443	7	397	404	0	14	14
Sicilia	431	19.933	20.364	1	743	744	0	53	53
Sardegna	242	12.005	12.247	2	462	464	1	67	68
TOTALE	28.096	940.386	968.482	179	13.025	13.204	22	2.886	2.908

Tabella 21 - Numero di unità produttive (classe) per medico, Italia, 2013

Classi di unità produttive	Numero di medici competenti
1 unità produttiva	335
da 2 a 3 unità produttive	341
da 4 a 5 unità produttive	231
da 6 a 7 unità produttive	212
da 8 a 9 unità produttive	149
da 10 a 13 unità produttive	233
da 14 a 16 unità produttive	164
da 17 a 19 unità produttive	160
da 20 a 25 unità produttive	221
da 26 a 30 unità produttive	182
da 31 a 40 unità produttive	297
da 41 a 50 unità produttive	220
da 51 a 75 unità produttive	482

da 75 a 100 unità produttive	346
da 101 a 200 unità produttive	785
superiore a 200 unità produttive	676
Totale	5018

Tabella 22 - Numero di lavoratori (classe) soggetti a sorveglianza per medico, Italia, 2013

Classi di lavoratori	Numero di medici competenti
Fino a 15 lavoratori	162
da 16 a 40 lavoratori	129
da 41 a 75 lavoratori	176
da 76 a 150 lavoratori	241
da 151 a 250 lavoratori	264
da 251 a 350 lavoratori	260
da 351 a 500 lavoratori	311
da 501 a 650 lavoratori	284
da 651 a 800 lavoratori	245
da 801 a 1000 lavoratori	336
da 1001 a 1500 lavoratori	590
da 1501 a 2000 lavoratori	443
da 2001 a 3000 lavoratori	624
da 3001 a 4000 lavoratori	368
da 4001 a 5000 lavoratori	205
superiore a 5000 lavoratori	380
Totale	5018

Tabella 23 - Numero di lavoratori (classe) sottoposti a sorveglianza per medico, Italia, 2013

Classi di lavoratori	Numero di medici competenti
Fino a 15 lavoratori	229
da 16 a 40 lavoratori	166
da 41 a 75 lavoratori	195
da 76 a 150 lavoratori	294
da 151 a 250 lavoratori	371
da 251 a 350 lavoratori	309
da 351 a 500 lavoratori	392
da 501 a 650 lavoratori	391

da 651 a 800 lavoratori	326
da 801 a 1000 lavoratori	387
da 1001 a 1500 lavoratori	634
da 1501 a 2000 lavoratori	484
da 2001 a 3000 lavoratori	498
da 3001 a 4000 lavoratori	182
da 4001 a 5000 lavoratori	73
superiore a 5000 lavoratori	87
Totale	5018

