



Allegato 3B del D.Lgs 81/08

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

Portale Medico Competente

Aggiornamento delle statistiche relative alle attività svolte dai medici competenti



ESITO
VISITE

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'esito dei test di alcol dipendenza e uso di stupefacenti

[VAI ALLA SEZIONE >>](#)



QUALITÀ
PROFESSIONALI

La sezione è dedicata ai dati relativi alle reattive professionali individuali dei lavoratori

[VAI ALLA SEZIONE >>](#)

Generali relativi ai
l'applicativo

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 Conto (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 | | | | |
|--|--|---------|---|---------|
| RISCHI LAVORATIVI | lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria | | lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno di riferimento | |
| | 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 21/13/2004) >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 alcoldipendenza e uso di sostanze stupefacenti.

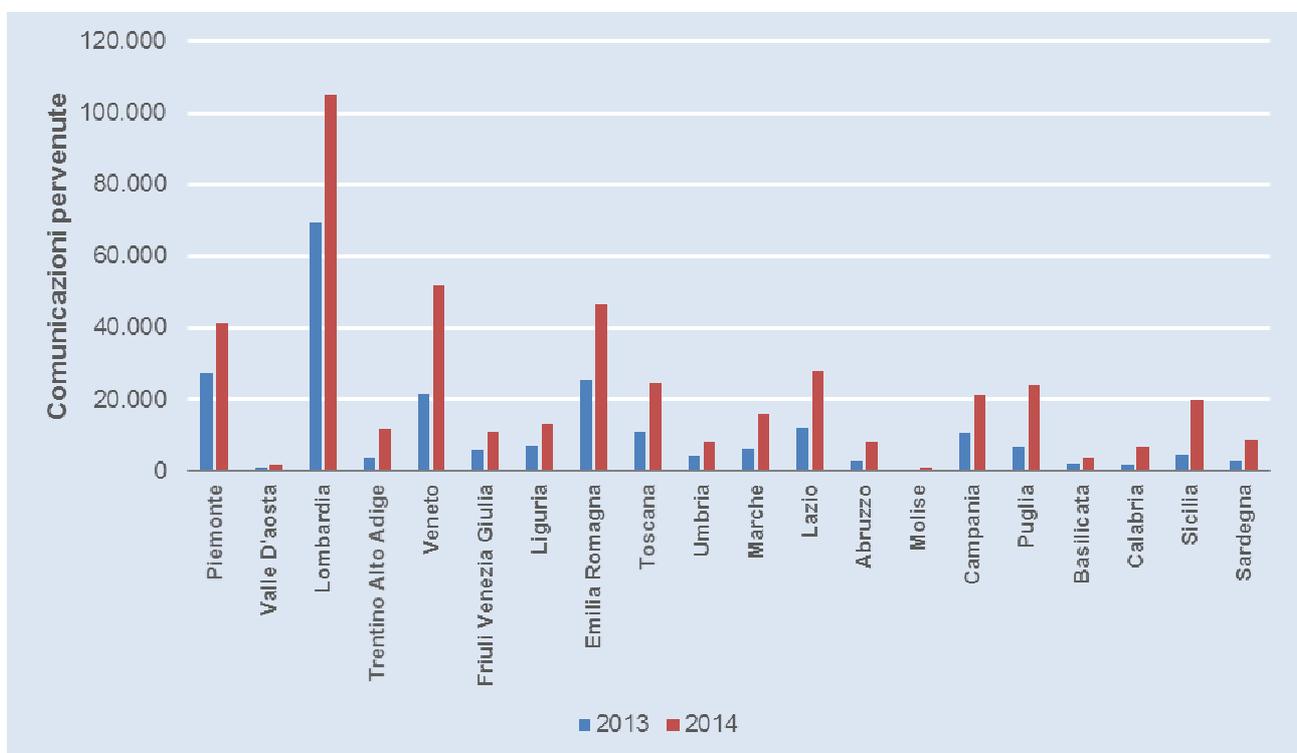
3.1 - DATI DI SINTESI SU MEDICI COMPETENTI E LAVORATORI

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)



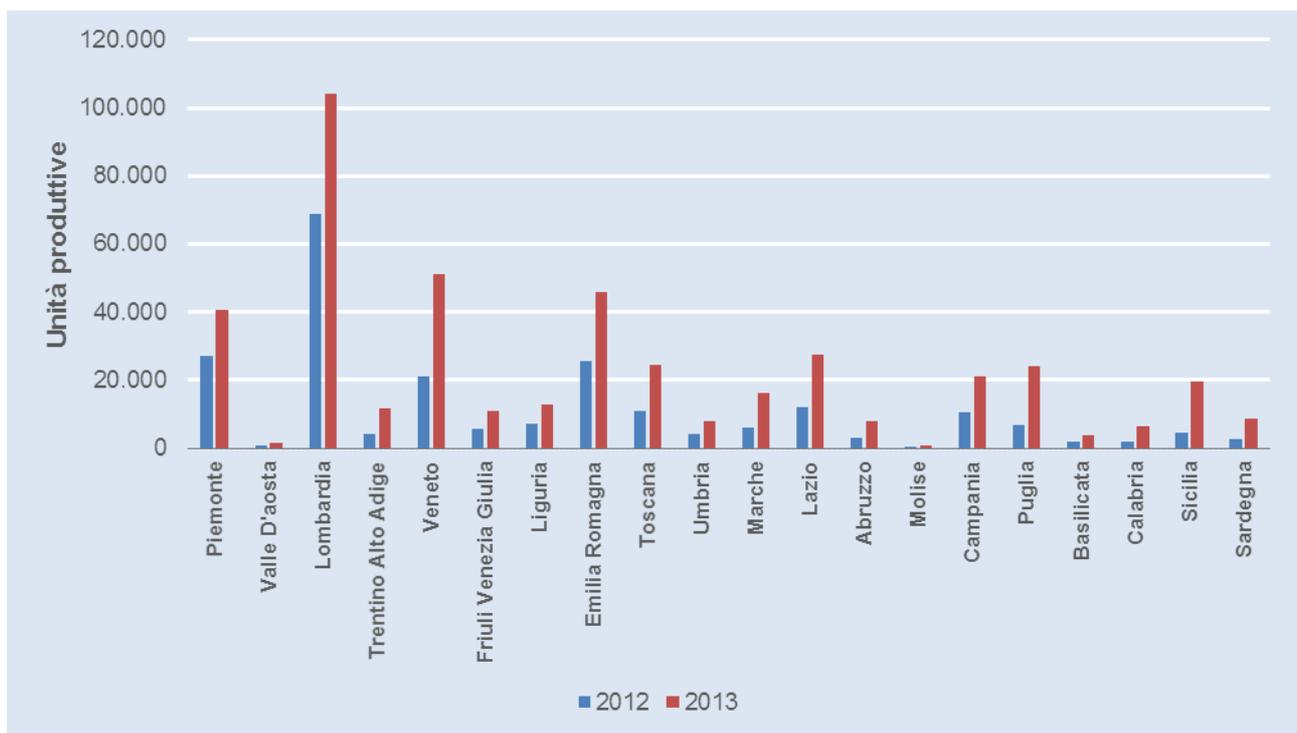
Infatti tale differente distribuzione del numero di comunicazioni riflette la distribuzione del numero di unità produttive coinvolte nella sorveglianza sanitaria da parte dei medici competenti, come emerge chiaramente dalla **Figura 3.2**: si vede anche come le unità produttive coinvolte aumentino notevolmente 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

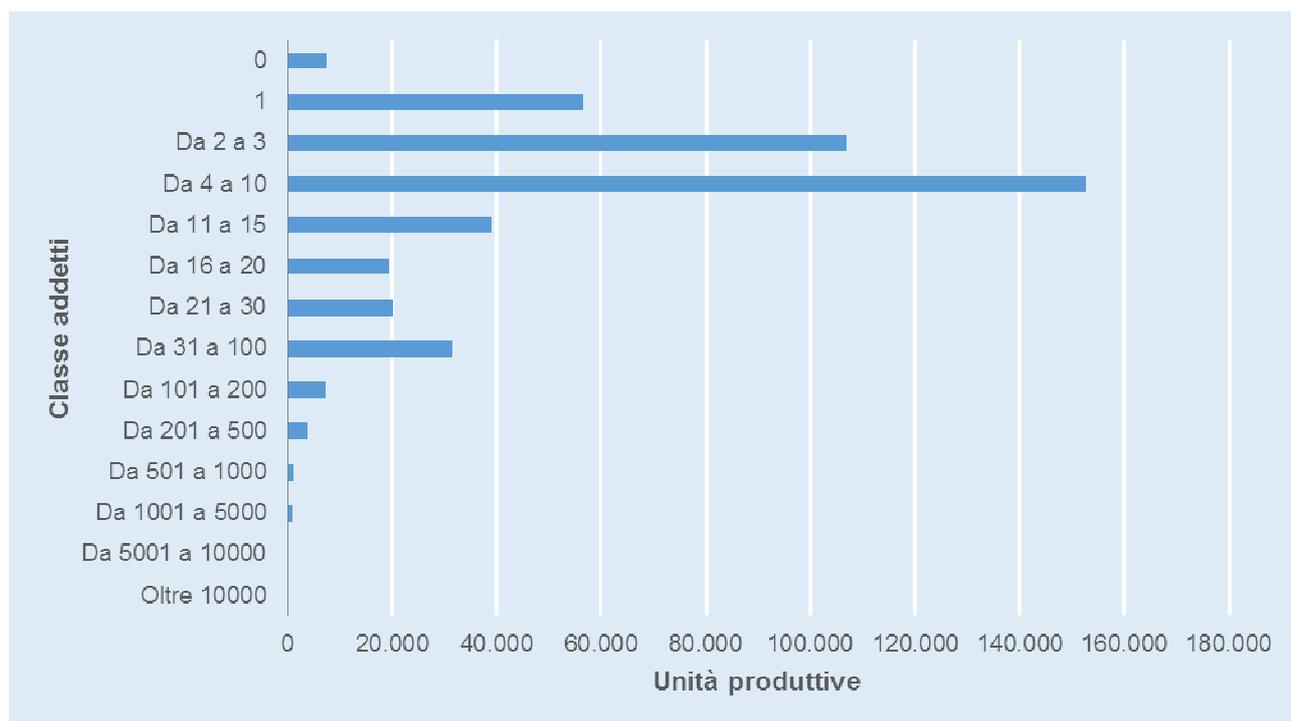
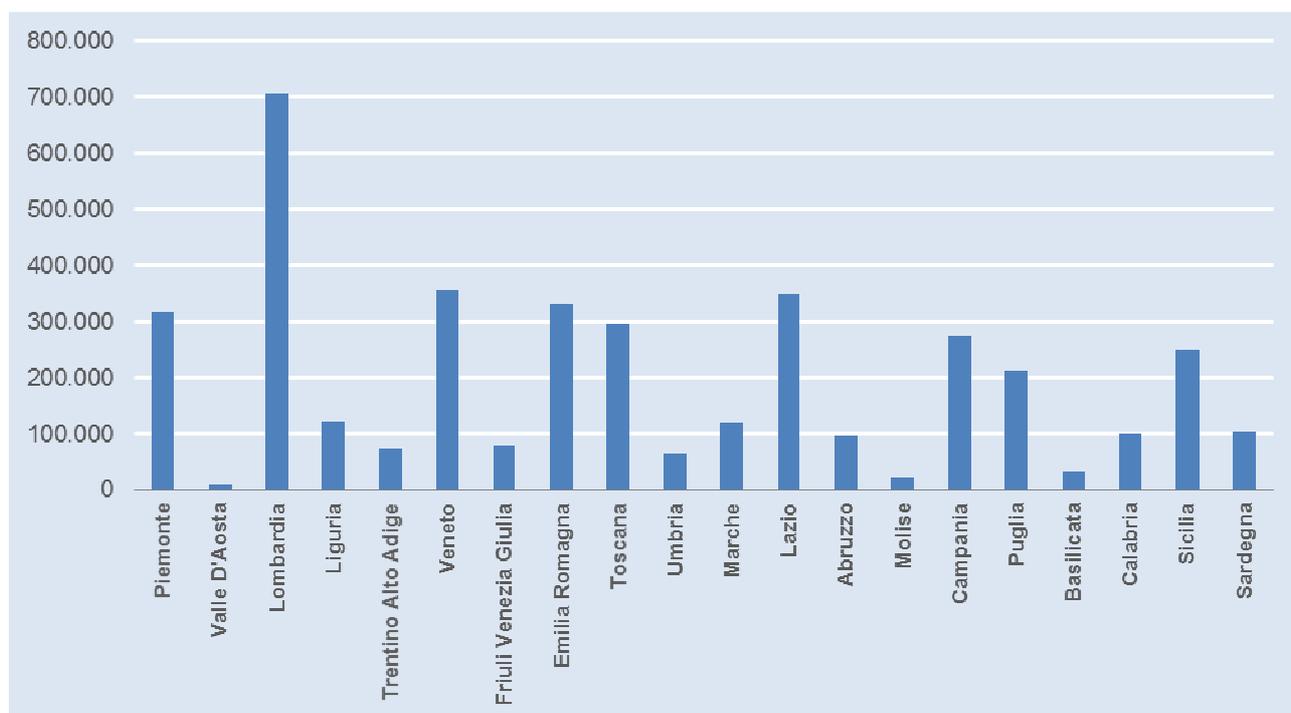


Figura 3.4 - Numero di PAT (INAIL) per regione, anno 2012

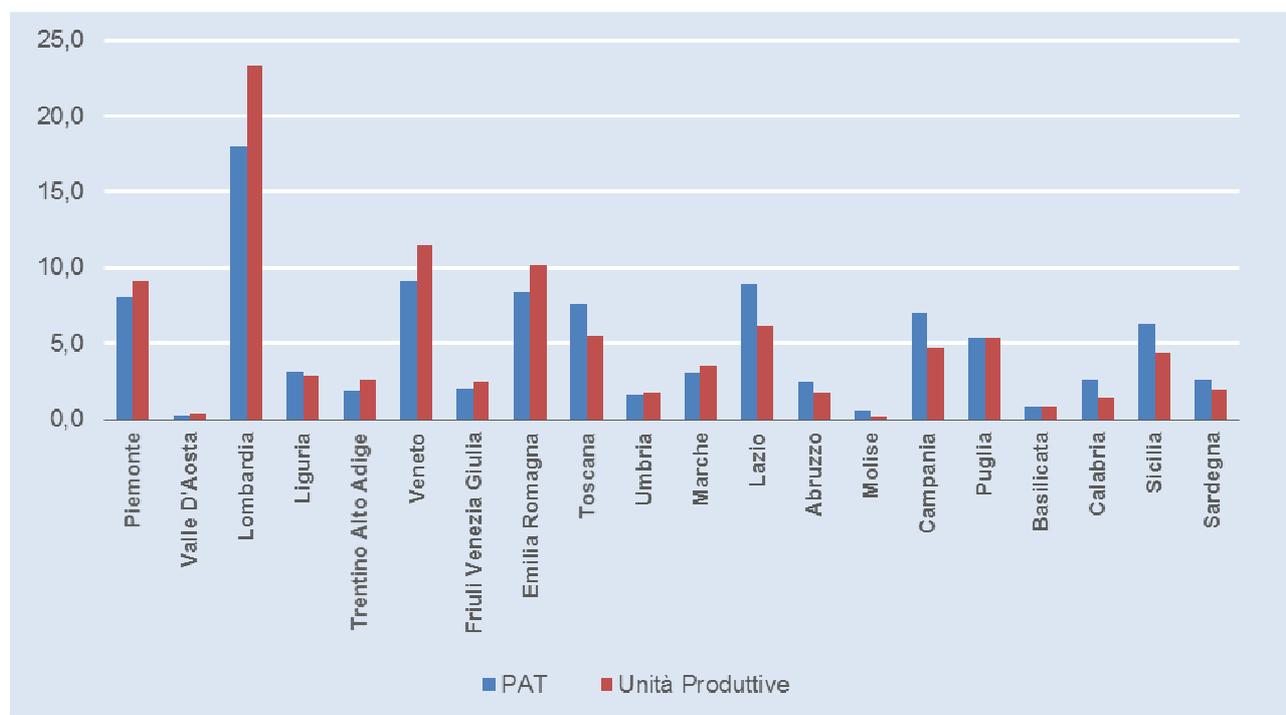


In **Figura 3.4**, la distribuzione delle PAT assicurate all'INAIL mostra una maggiore concentrazione nelle regioni del Centro-Nord, notoriamente più produttive: in particolare la Lombardia (con oltre 705mila unità pari al 18,0% del totale), il Veneto (con oltre 355 mila unità pari al 9,1%), il Lazio (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%).

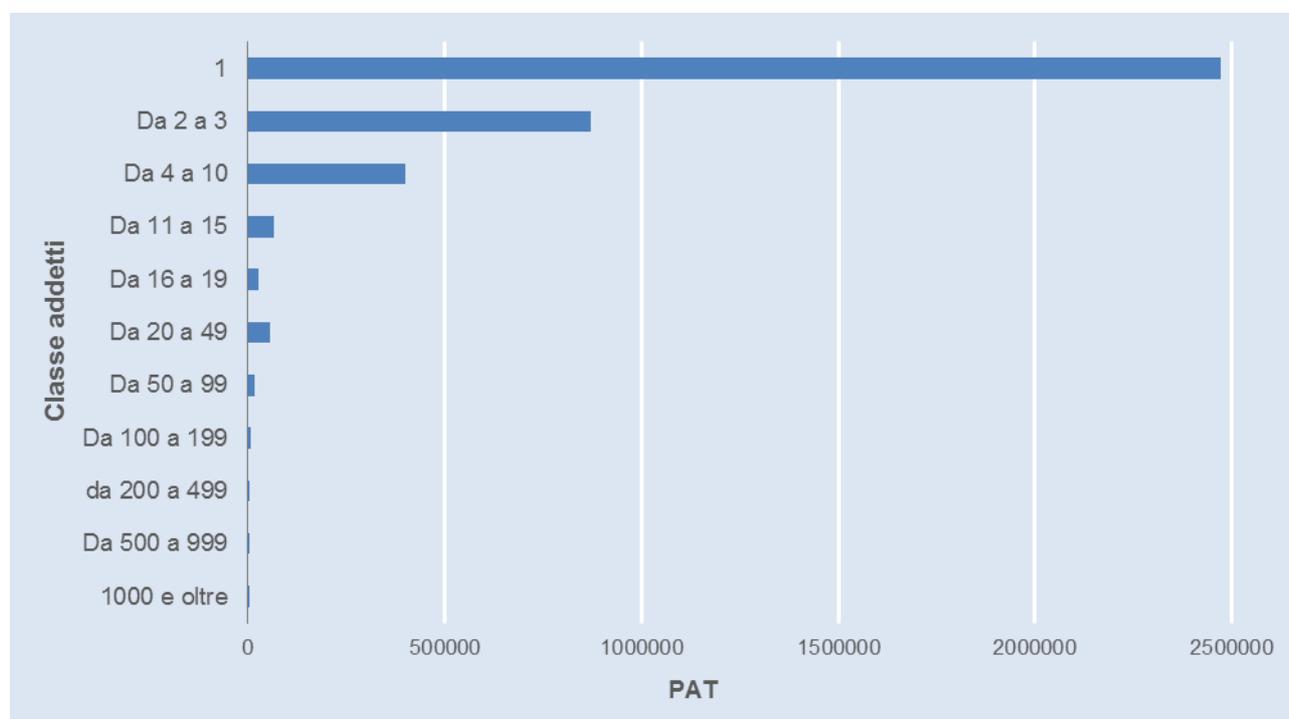
La **Figura 3.5** mostra che nella metà delle regioni la percentuale di unità produttive coinvolte nella sorveglianza sanitaria è più elevata rispetto alla percentuale di presenza di PAT, tale aspetto riguarda tutte le regioni del Nord, ad eccezione della Liguria. Dal grafico emerge chiaramente il caso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



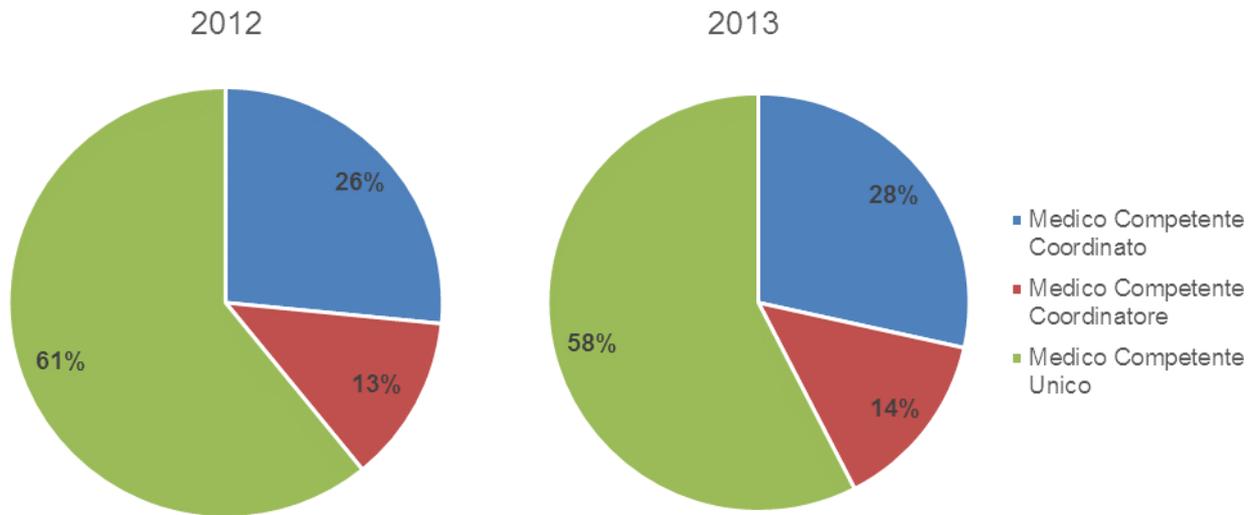
La distribuzione delle PAT INAIL per dimensione aziendale (**Figura 3.6**) mostra che oltre il 63% riguarda artigiani autonomi (circa il 75% del totale della classe) o aziende con un solo dipendente. A seguire con il 22% circa la classe di addetti da 2 a 3. Oltre il 95% delle PAT non supera i 10 dipendenti,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

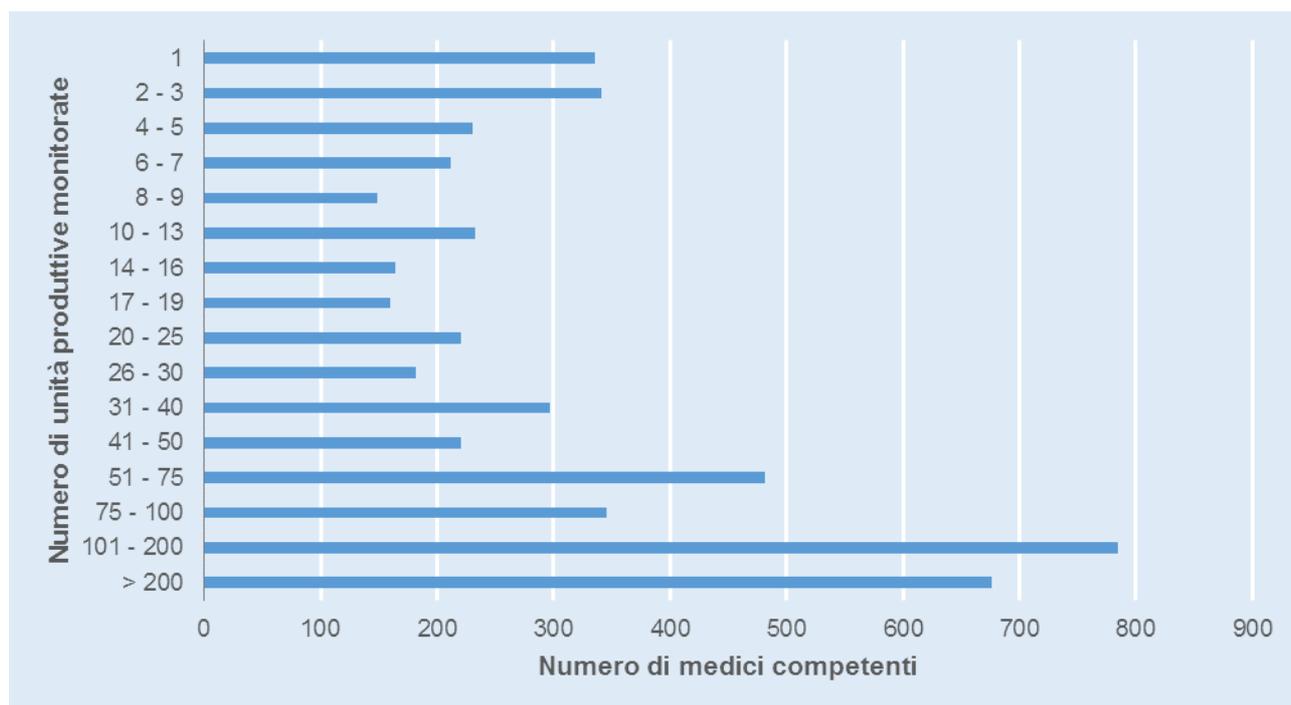
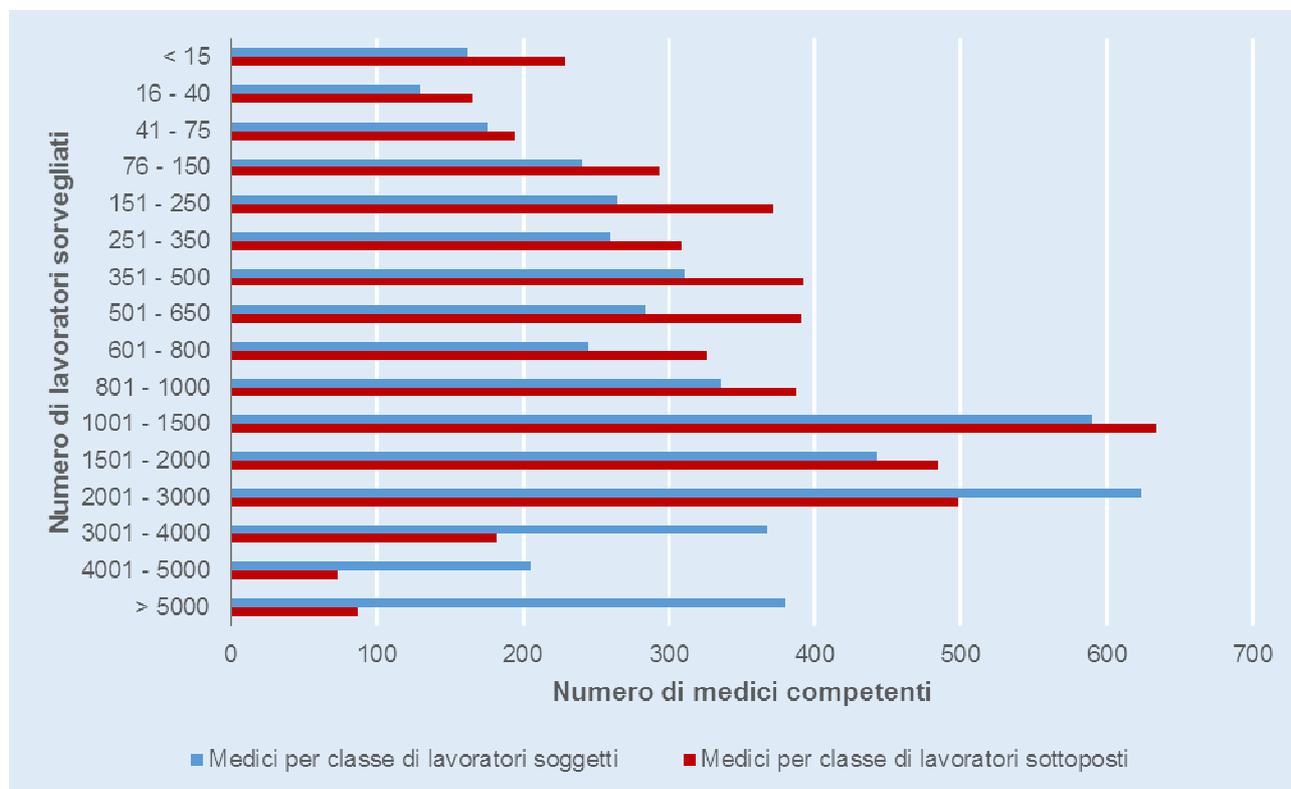


Figura 3.9 - Numero di lavoratori (classe) soggetti/sottoposti a sorveglianza per medico, Italia, 2013

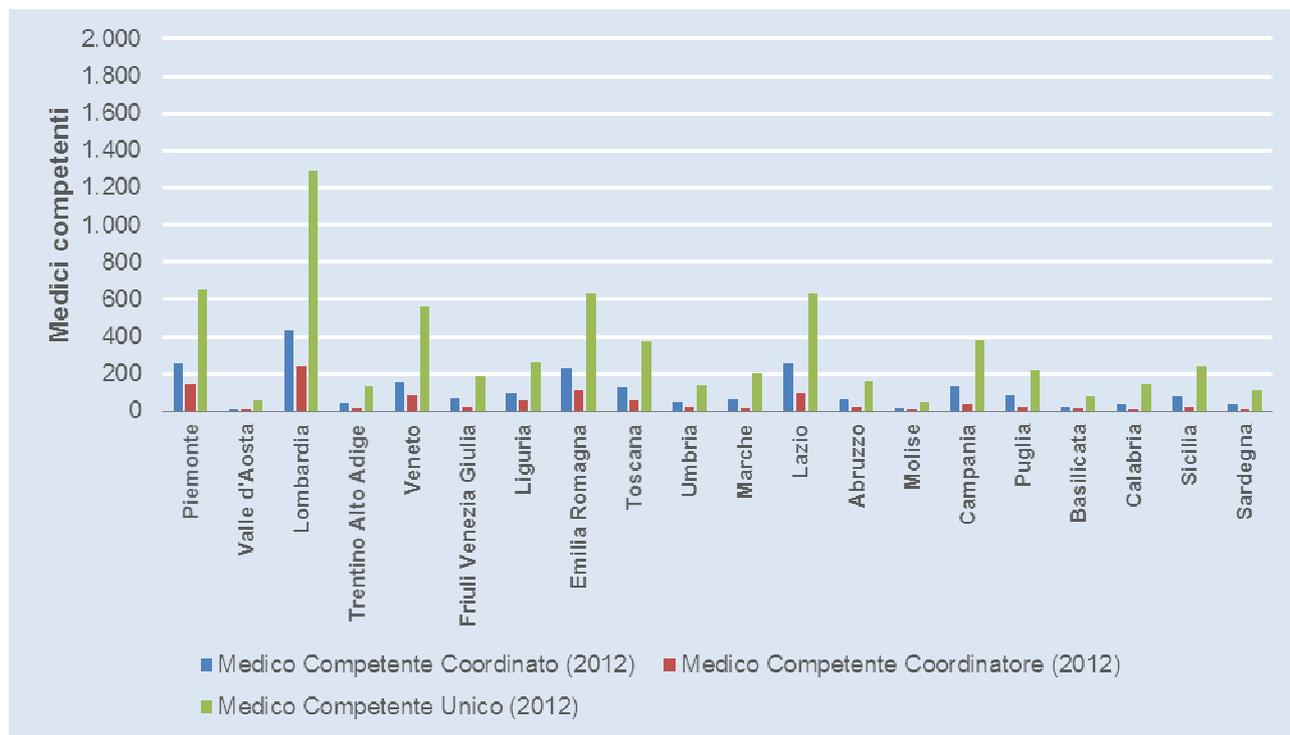


Tornando alle tre tipologie di medici competenti considerate nel complesso in Figura 3.7, è utile considerarne la distribuzione anche a livello di regione, dove la situazione resta percentualmente praticamente invariata, fatta salva la numerosità di medici competenti che afferiscono alle varie regioni, 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

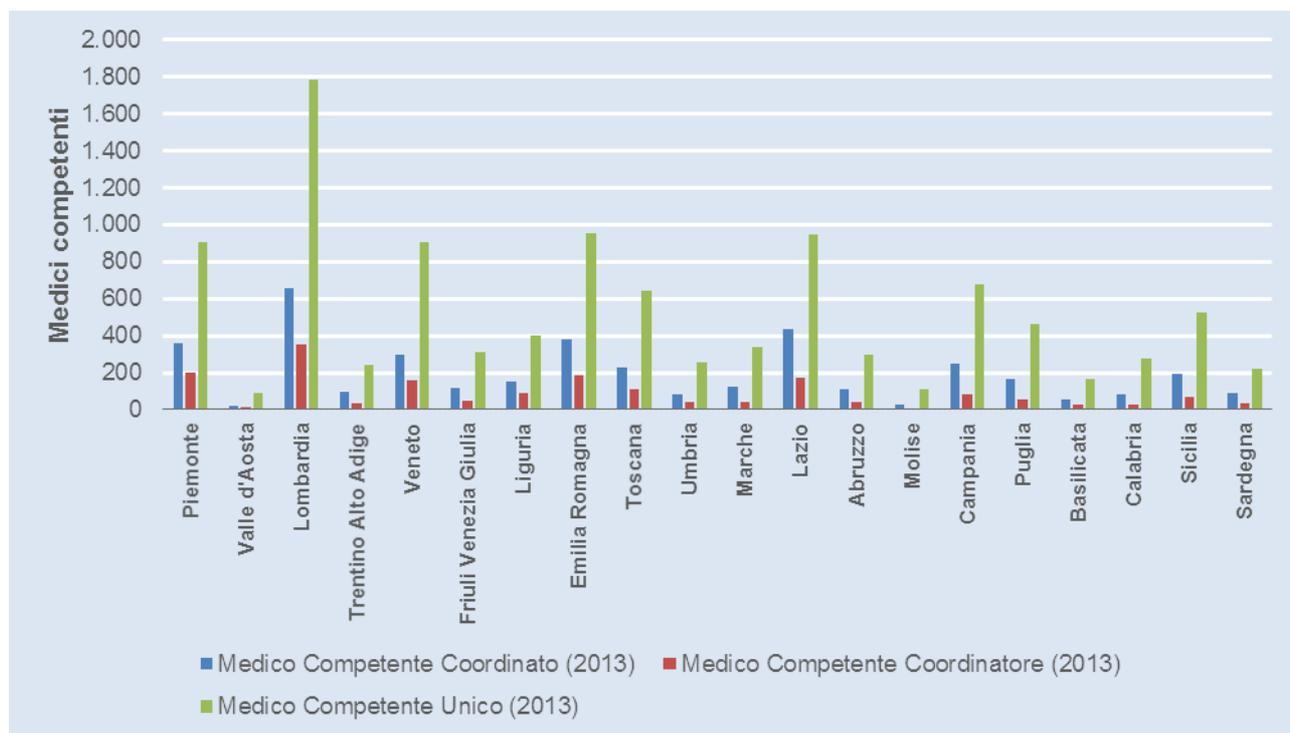
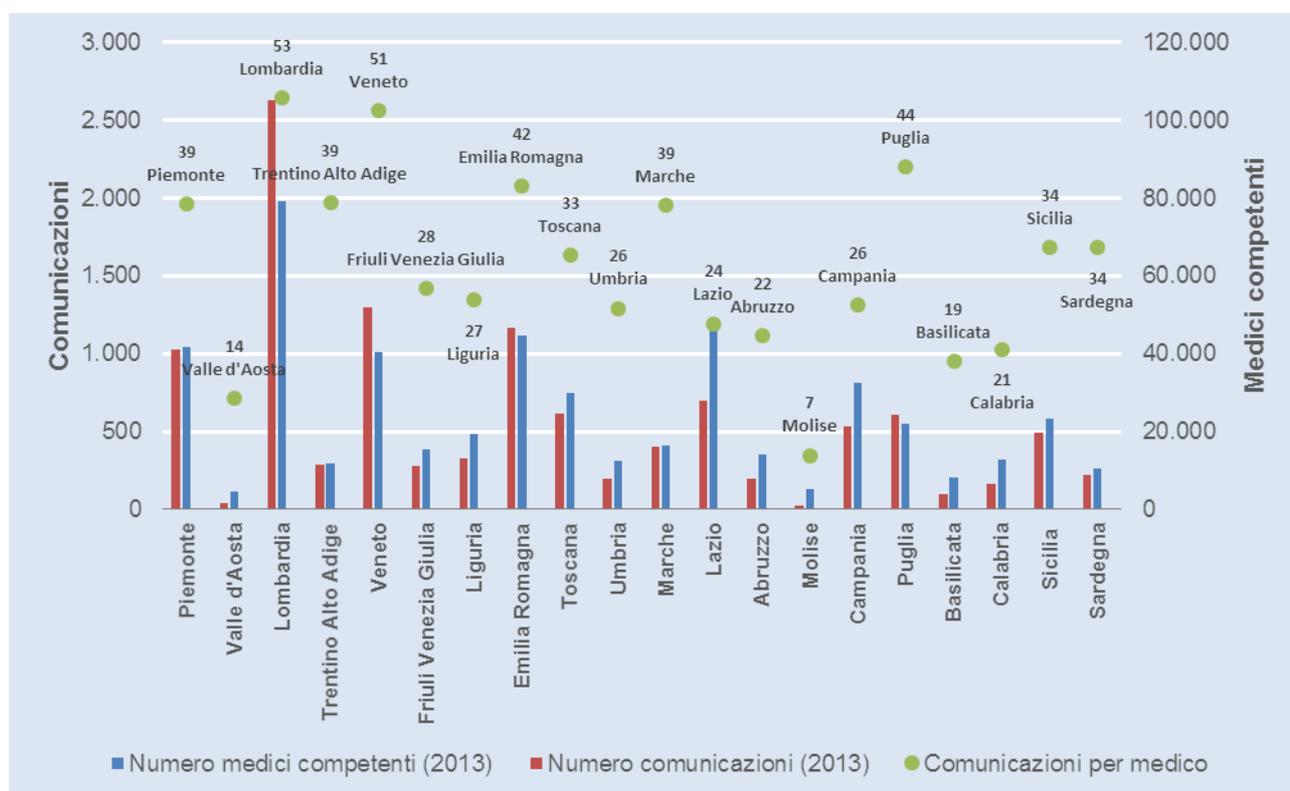
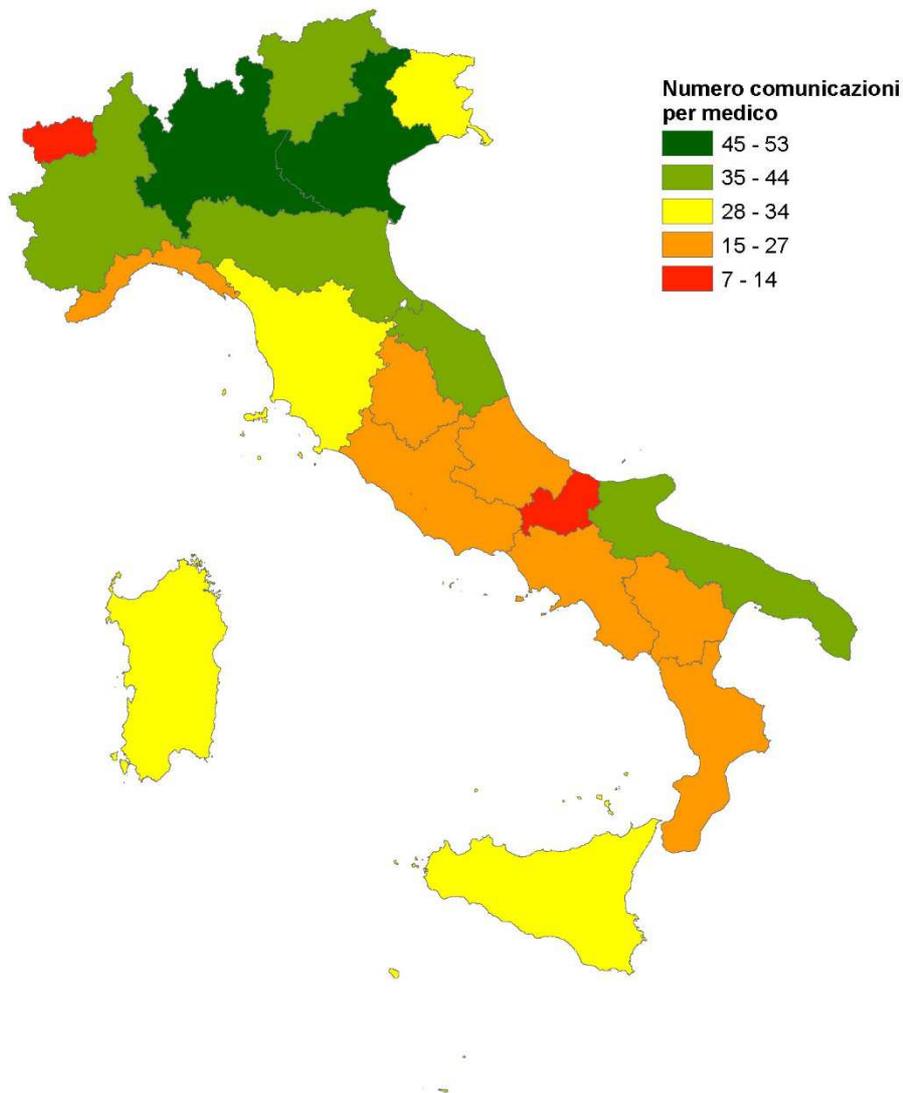


Figura 3.11 - Numero di medici competenti, numero di comunicazioni inoltrate dai medici competenti e numero di comunicazioni per medico, per regione, anno 2013



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

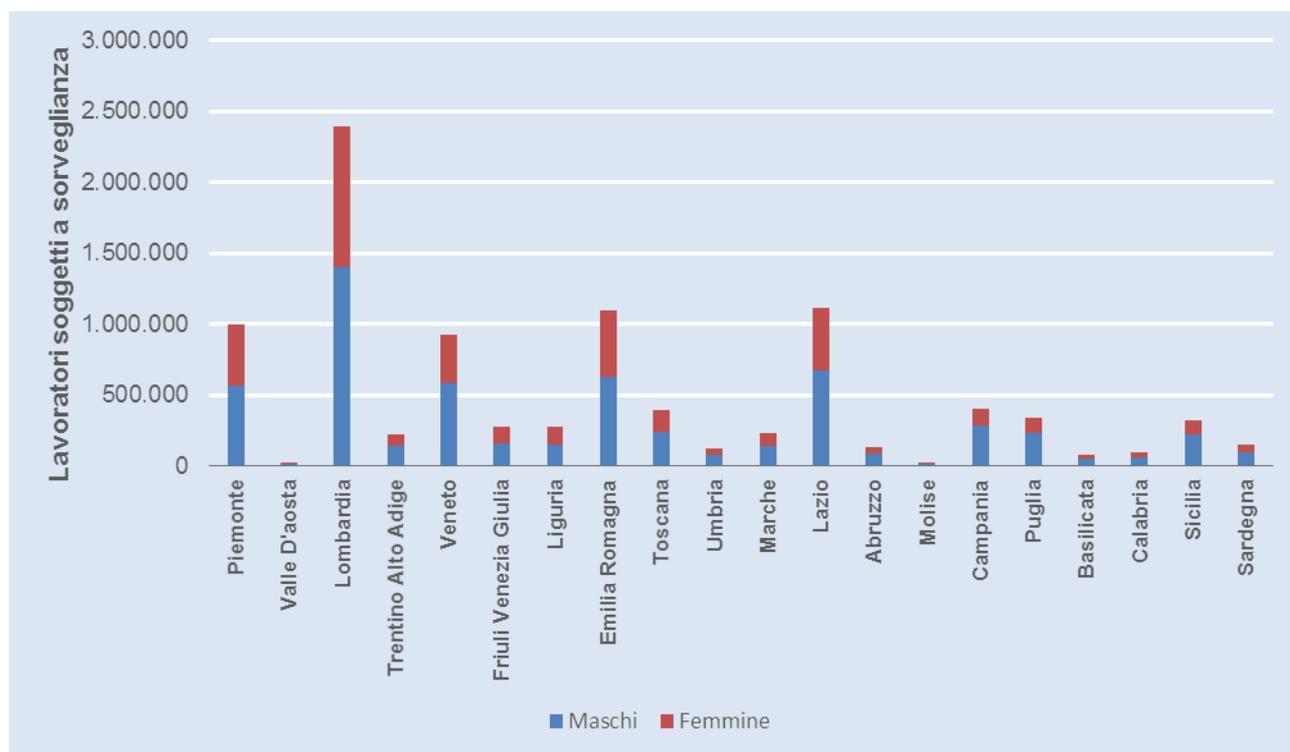
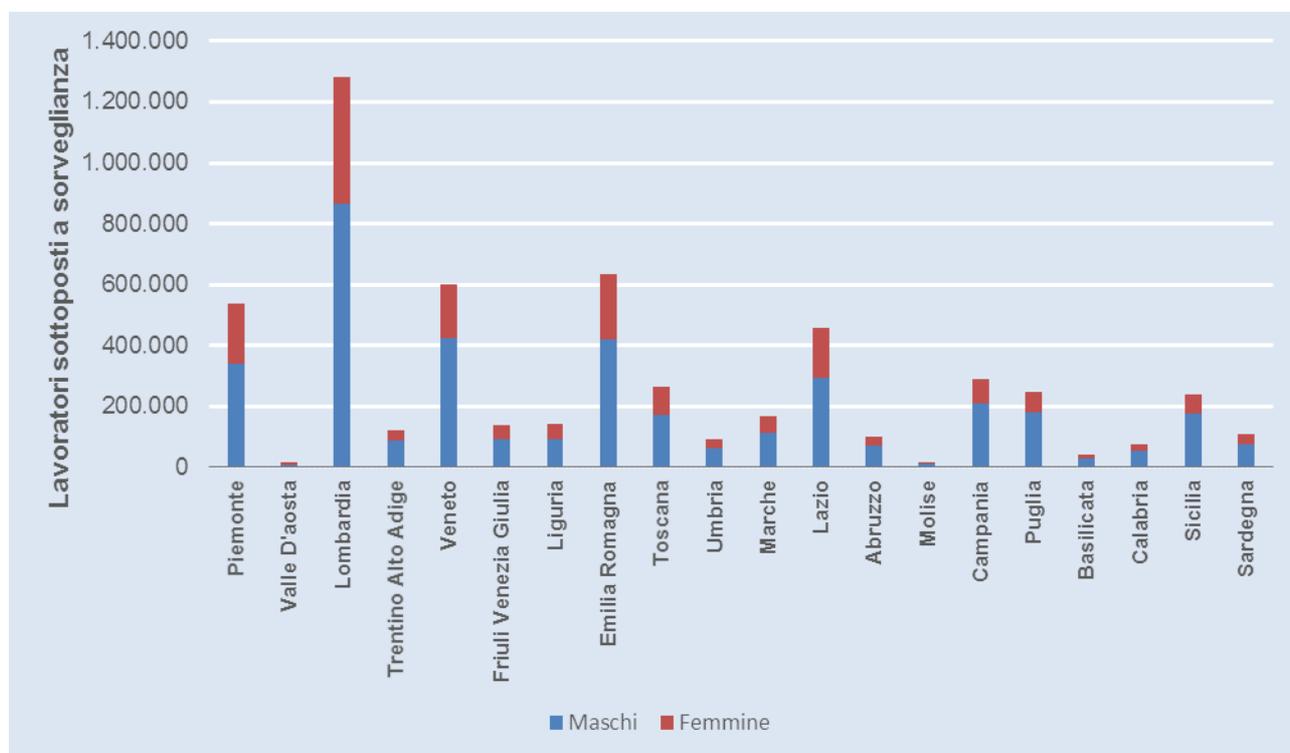


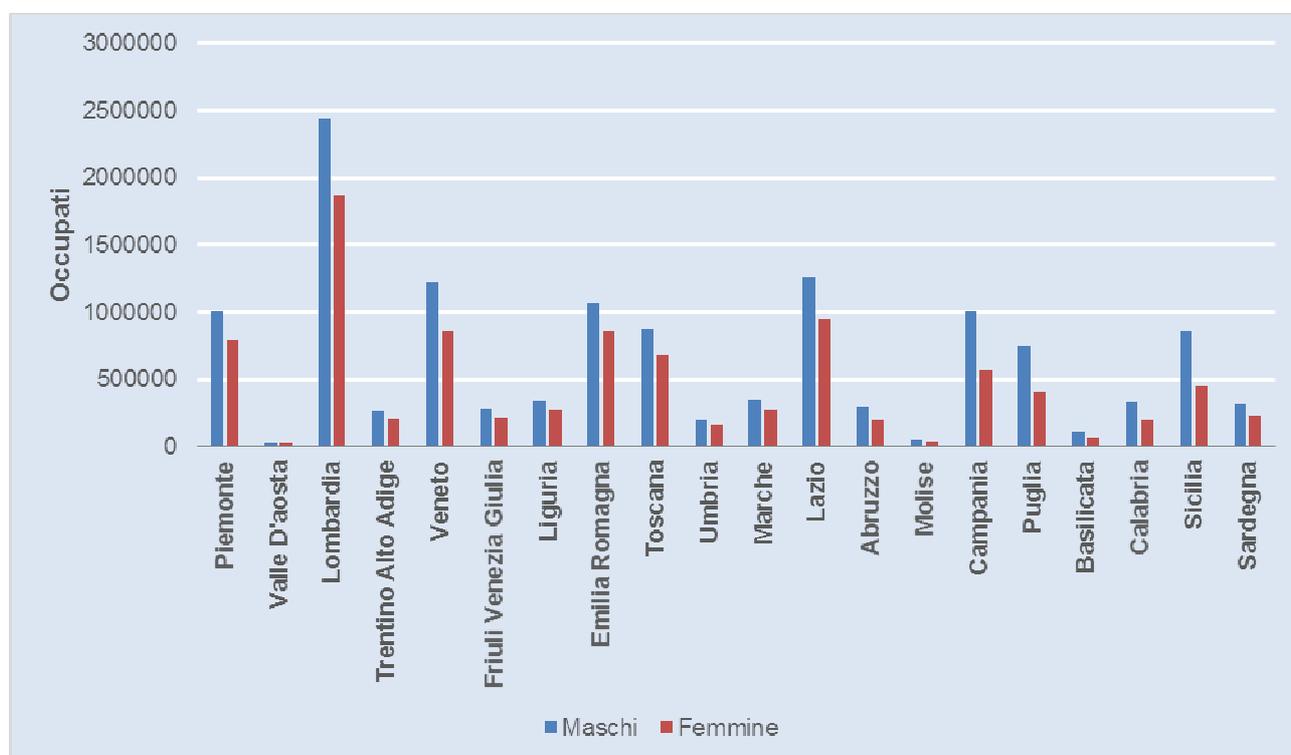
Figura 3.14 - Numero di lavoratori sottoposti a sorveglianza, per regione e per sesso, 2013



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

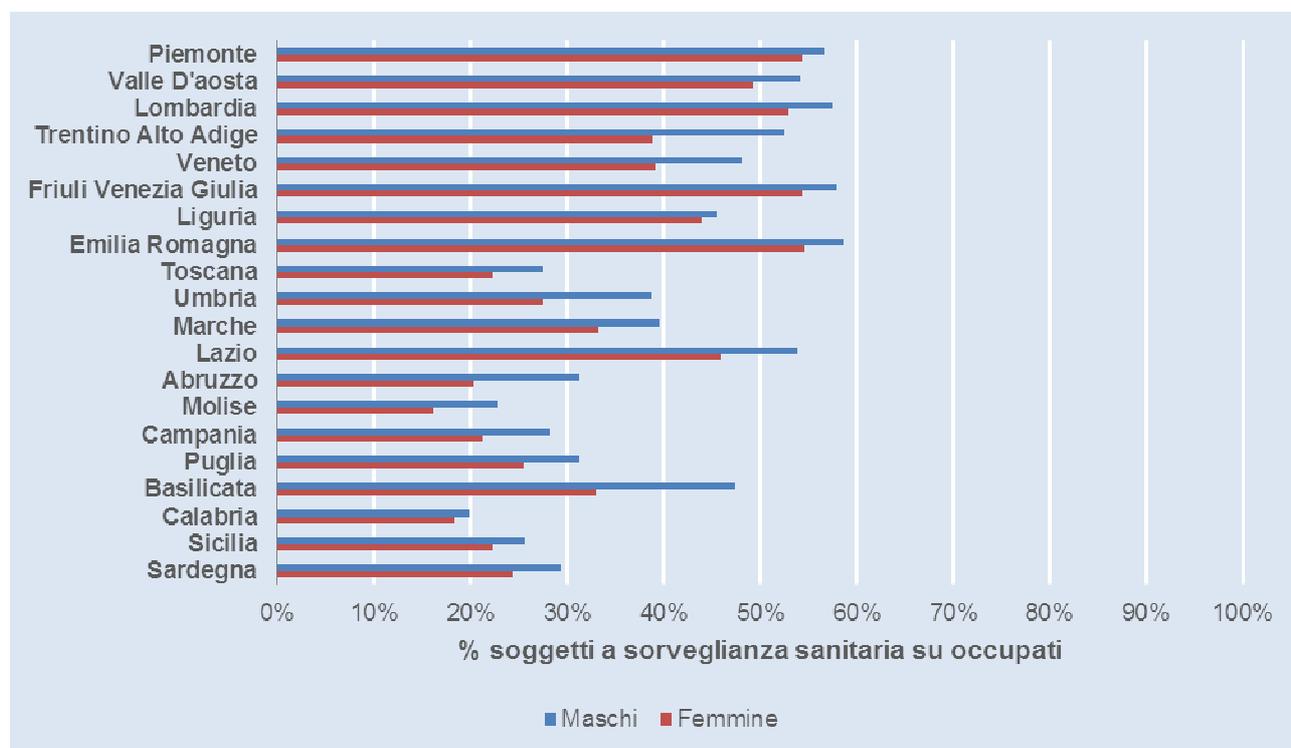


Utilizzando i dati degli occupati Istat relativi al 2013, si riporta in **Figura 3.16** l'esito di tale confronto. La percentuale di "copertura" dei lavoratori italiani è piuttosto eterogenea a livello regionale: si va dal quasi 60% per Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Lombardia, fino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

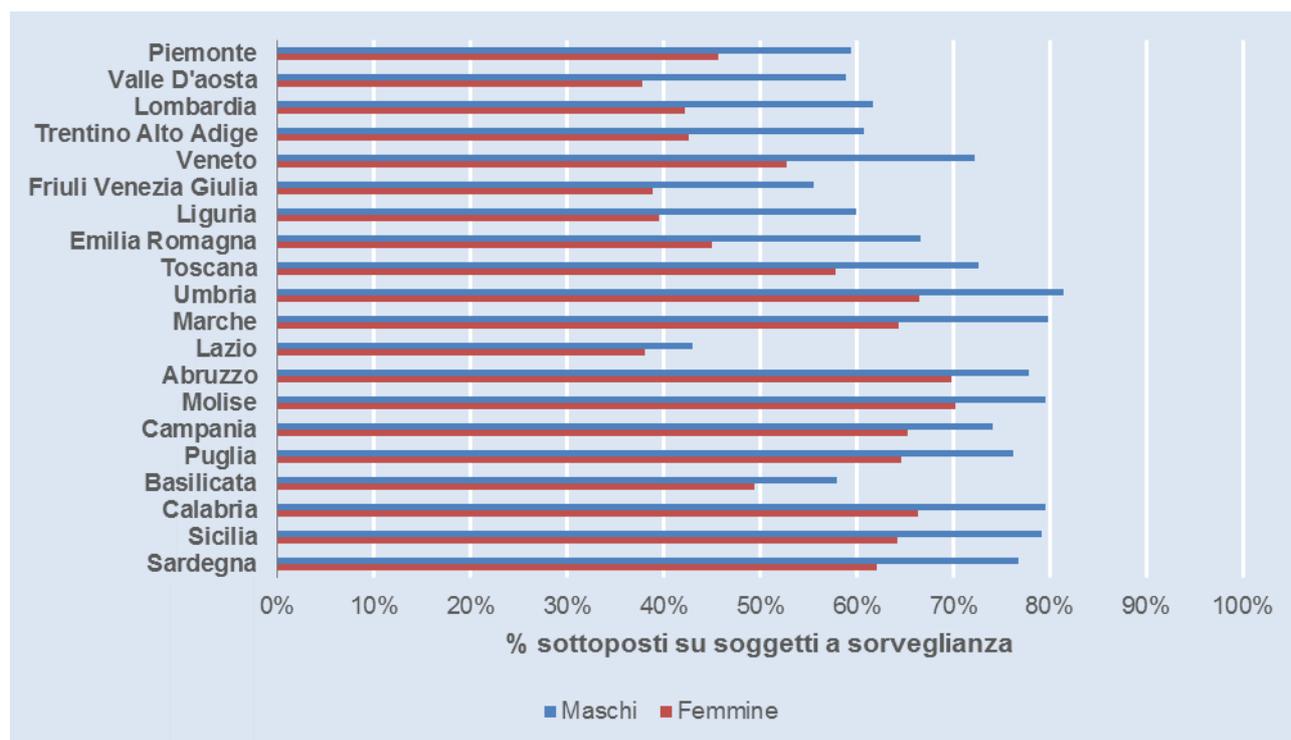


La ridotta percentuale di copertura impone, come si rimarcherà anche più avanti, una forte cautela nell'interpretazioni dei risultati derivanti dall'analisi delle comunicazioni dei medici competenti, laddove si voglia inferire, a partire da tali comunicazioni, caratteristiche epidemiologiche della totalità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

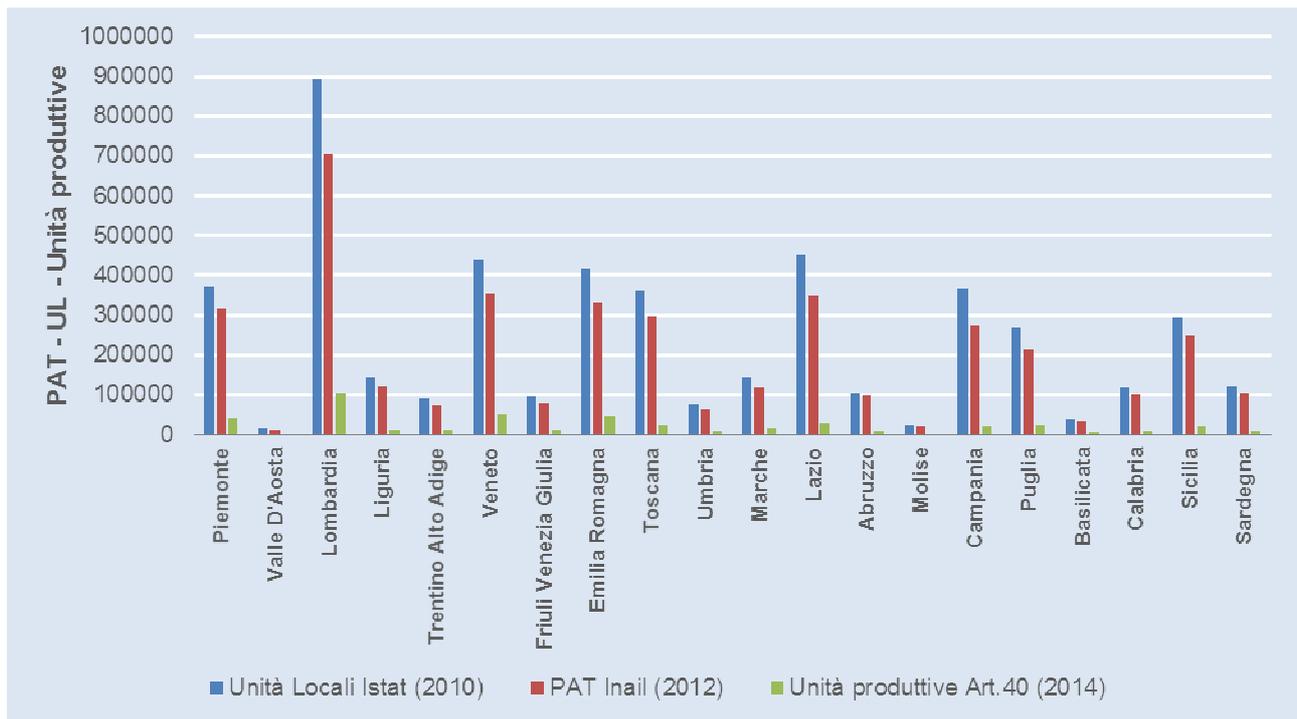
Figura 3.17 - Rapporto sottoposti/soggetti a sorveglianza per regione e per sesso, 2013



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)

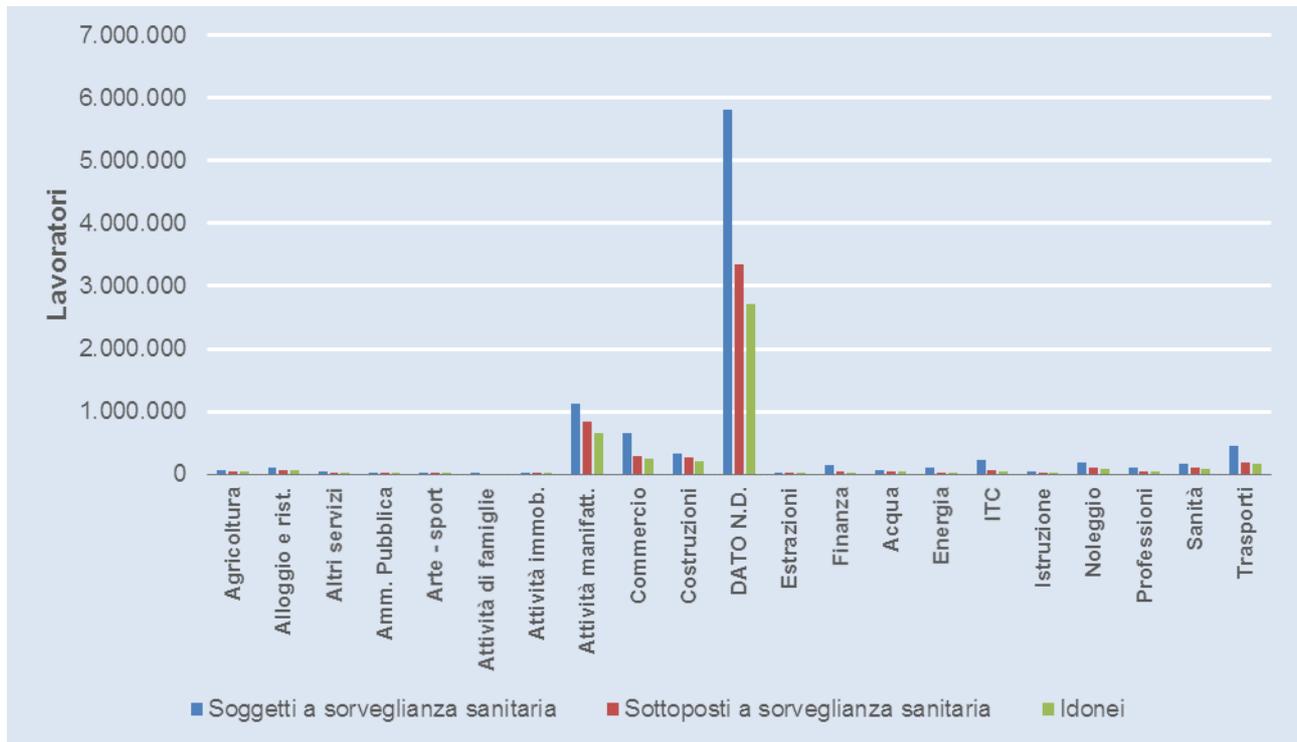


In prima ipotesi, le motivazioni delle notevoli divergenze tra il dato globale (Istat – INAIL) e quello delle comunicazioni potrebbe essere riconducibile a:

- 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

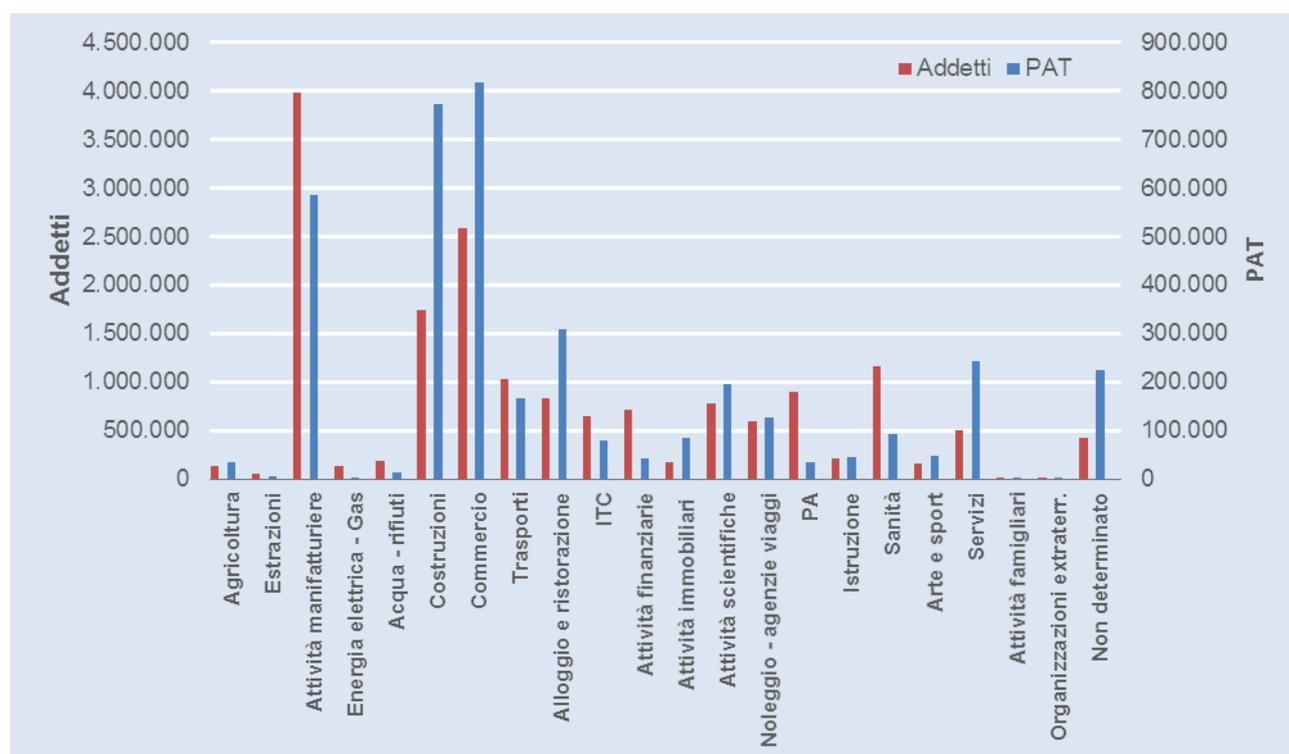


Anche per i motivi sopra indicati, sarebbe interessante valutare il profilo delle unità produttive coinvolte nel monitoraggio andando ad indagarne la distribuzione rispetto ai settori produttivi per confrontarli con i dati globali, ma ciò non risulta possibile in quanto le comunicazioni dei medici competenti 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

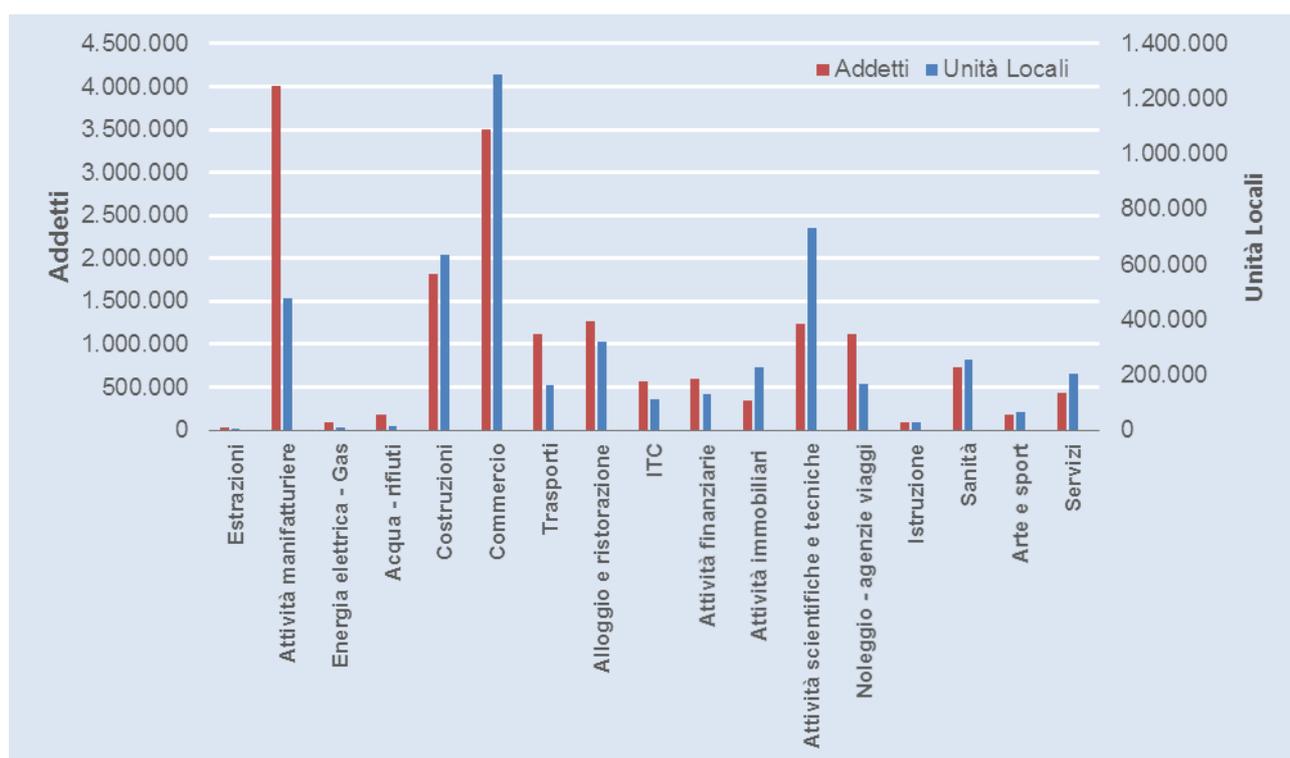
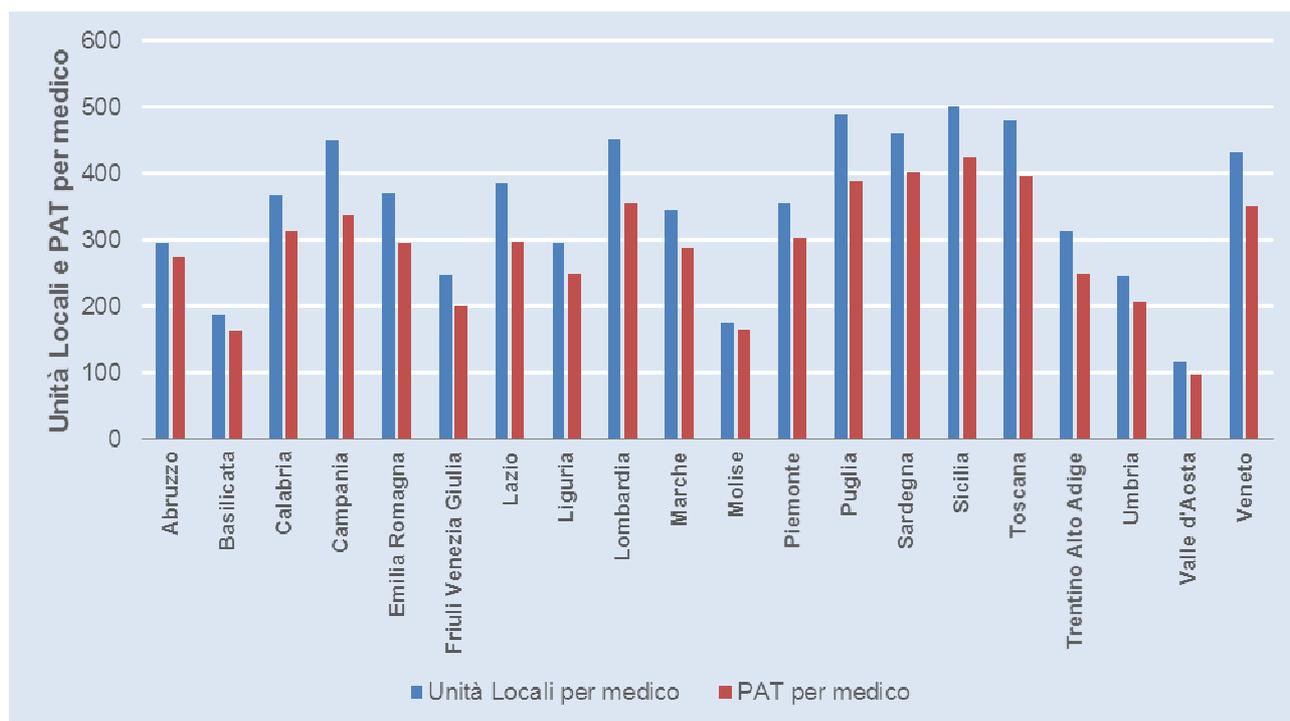
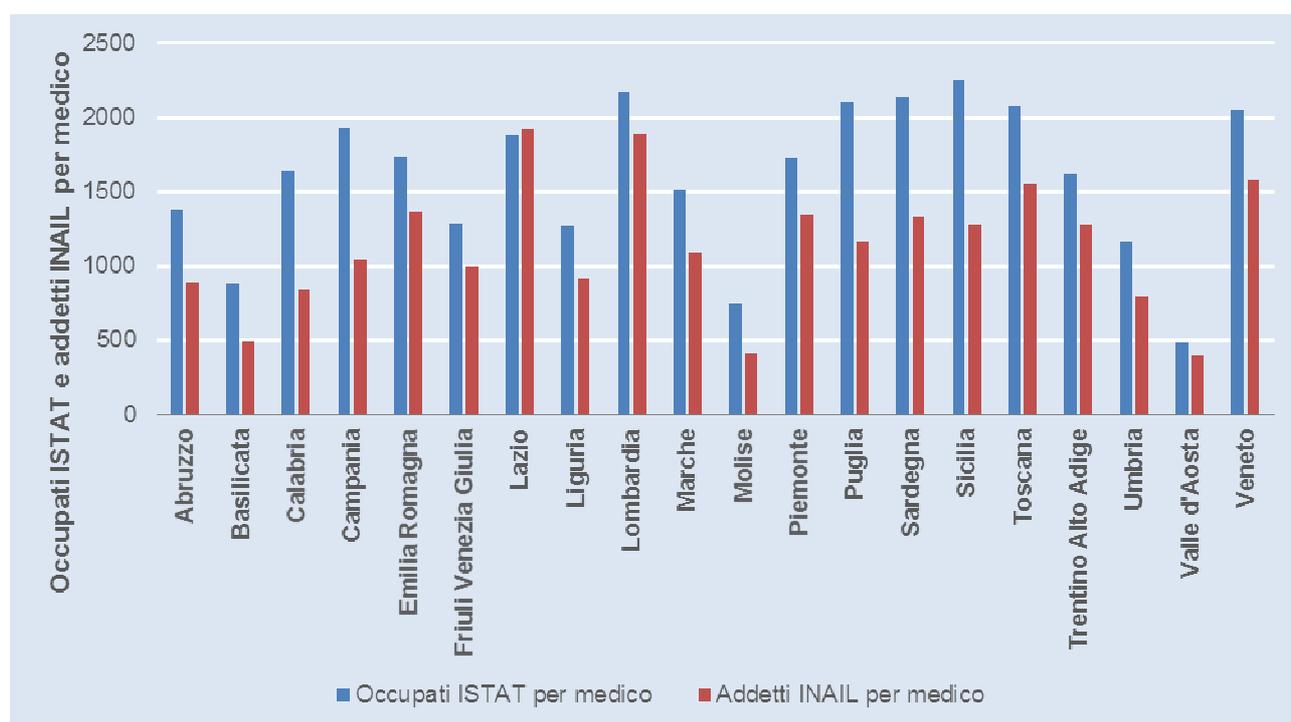


Figura 3.22 - Numero medio di Unità Locali (Istat, 2011) e PAT (INAIL, 2012) per medico competente, per regione, 2014



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

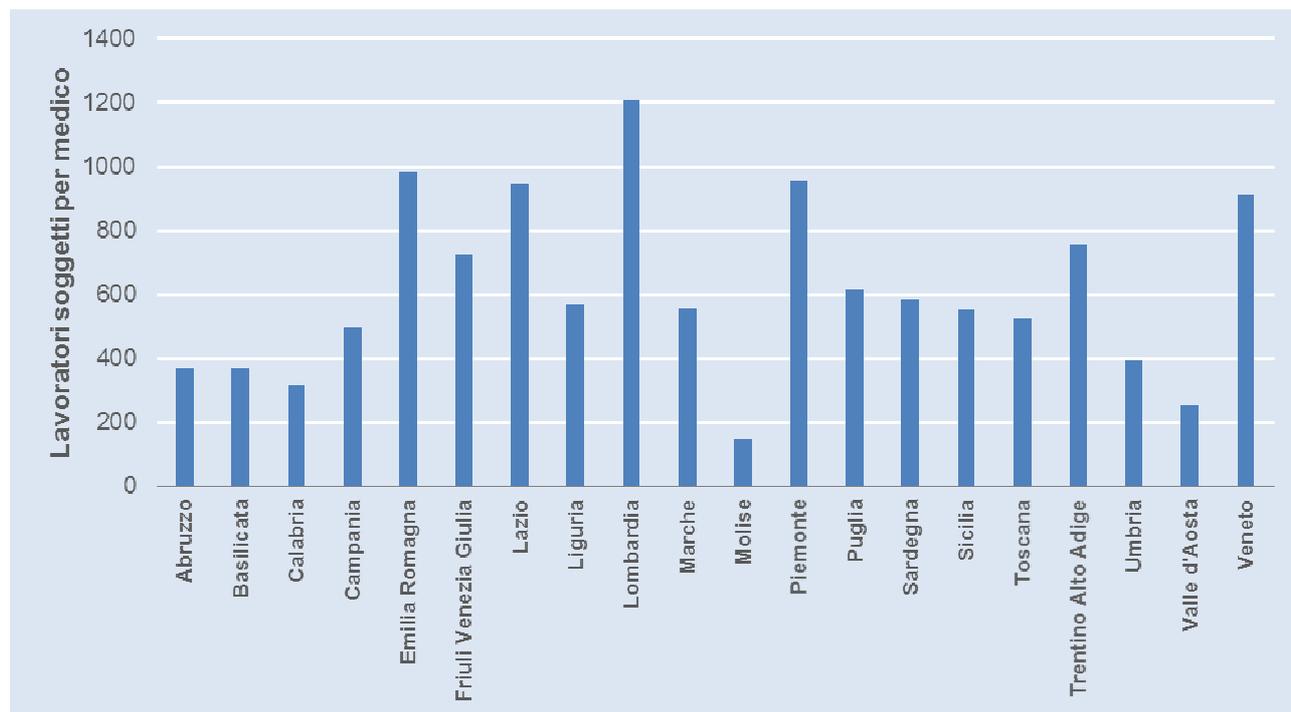


In questo caso le differenze tra i due contingenti all'interno della stessa regione sono anche più marcate rispetto alle unità locali e alle PAT, in quanto fanno riferimento ad insiemi di lavoratori non esattamente coincidenti (negli occupati Istat figurano anche i dipendenti della pubblica amministrazione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

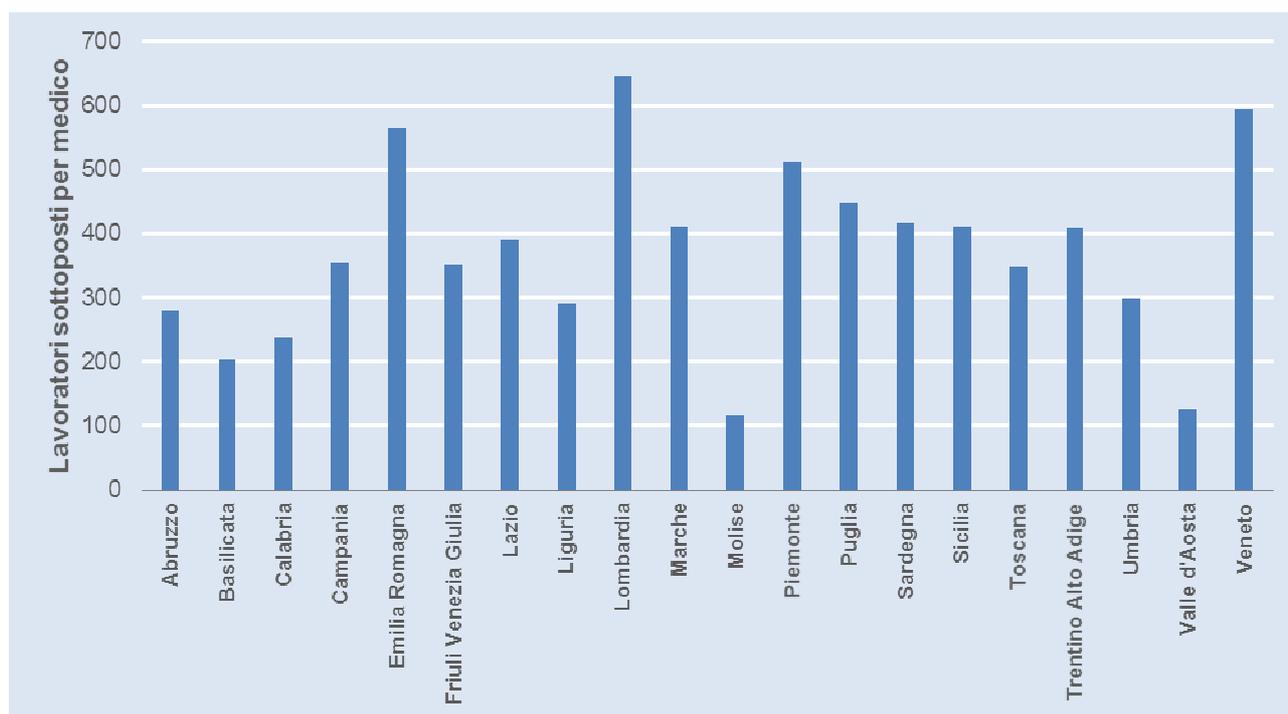
Tali differenze regionali diventano ancora più marcate se si considera non più l'insieme generico delle unità locali italiane (quindi, delle imprese) o degli occupati *tout court*, ma il numero di lavoratori effettivamente soggetti a sorveglianza sanitaria da parte dei medici competenti e pertanto "visitabili" 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.

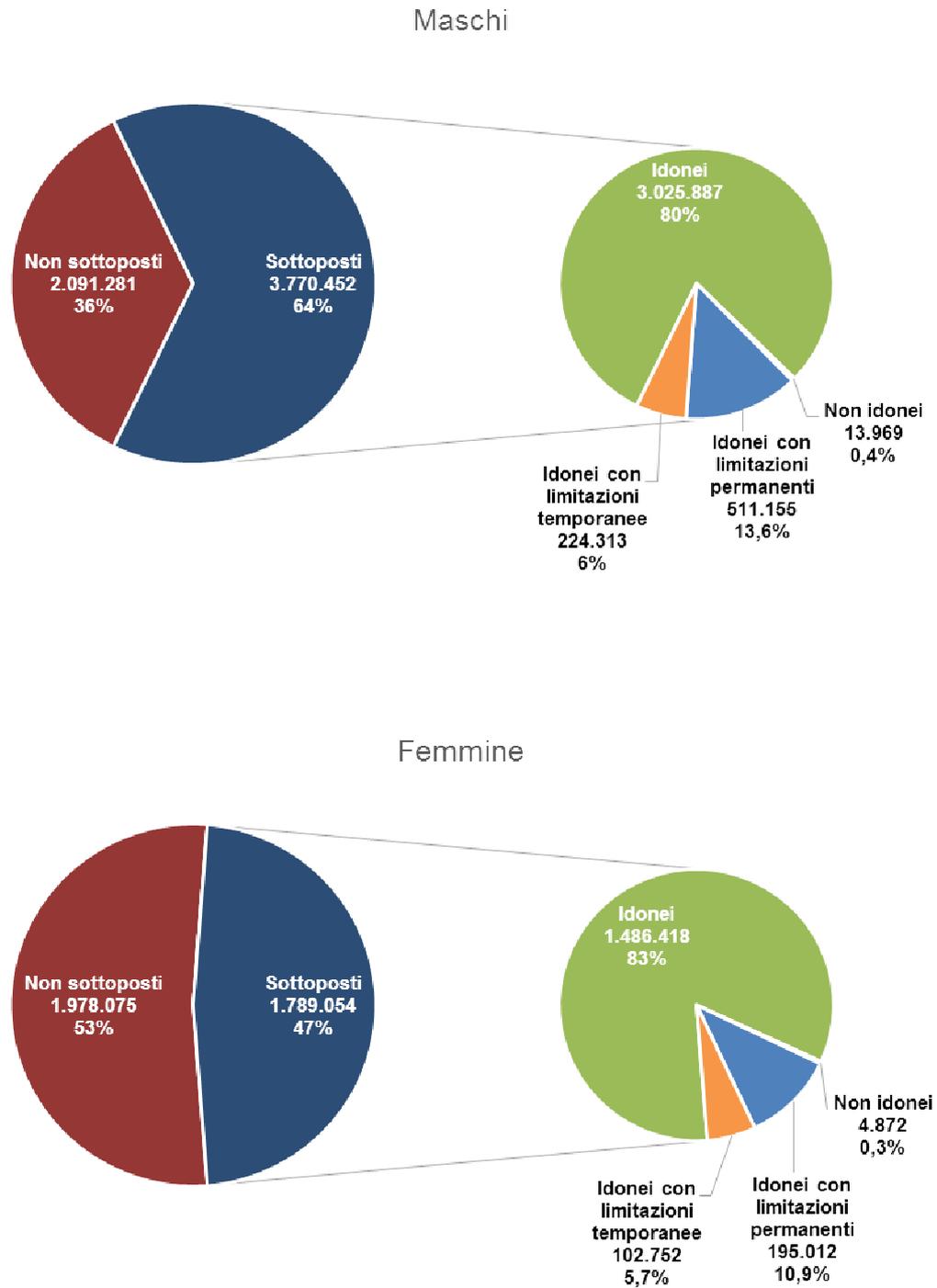
3.2 - ESITO DELLE VISITE

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.

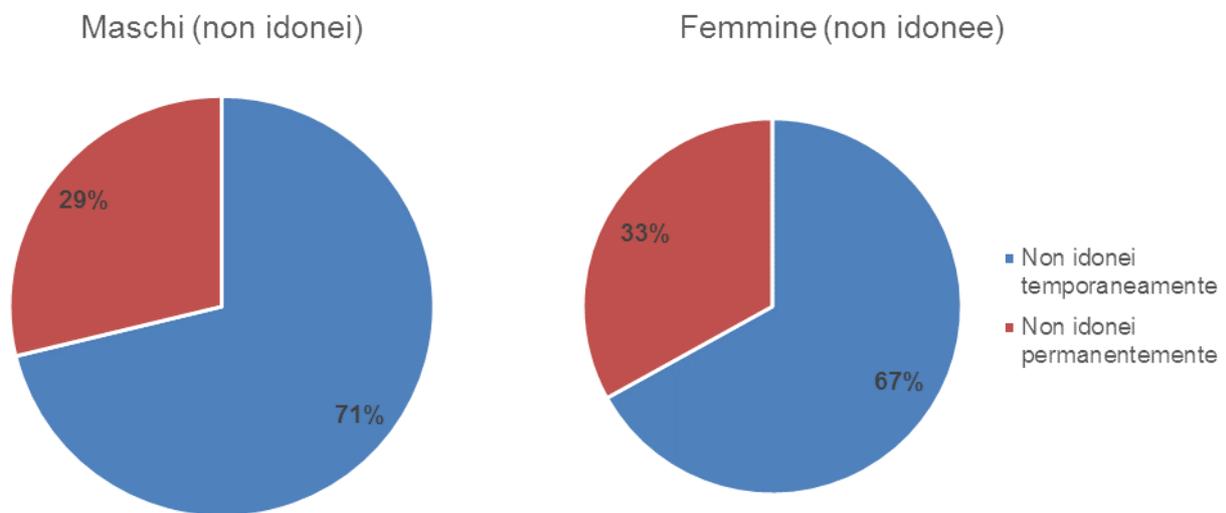
In **Figura 3.27** viene mostrata la percentuale di idoneità nelle diverse regioni italiane per le lavoratrici, mentre in **Figura 3.28** viene riportato lo stesso dato per i lavoratori. Ancor prima di sottolineare le differenze regionali, ciò che emerge da una prima lettura è che la percentuale di idoneità 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



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



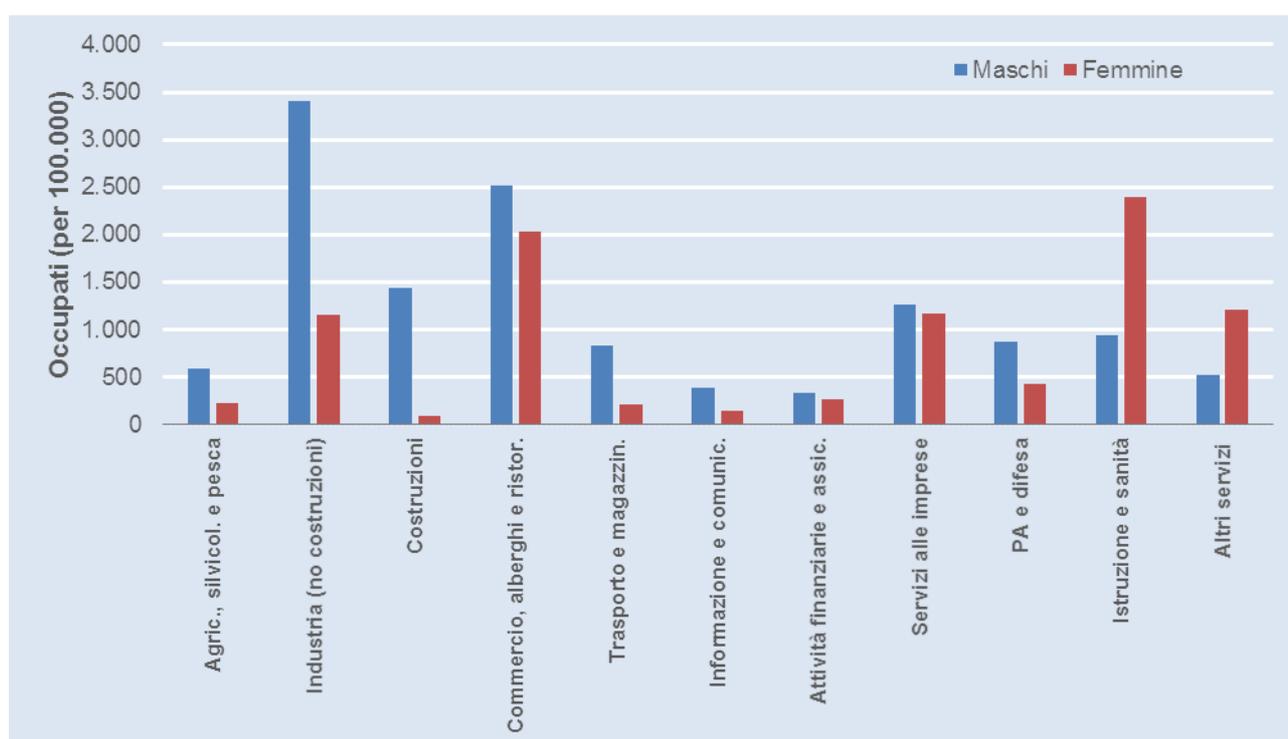
La situazione è leggermente diversa se si va a considerare il contingente dei lavoratori non idonei, anch'essi suddivisi in due tipologie, non idonei temporaneamente e non idonei permanentemente. In tal caso la situazione dei lavoratori è leggermente migliore, come si evince dalla **Figura 3.29**: i 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



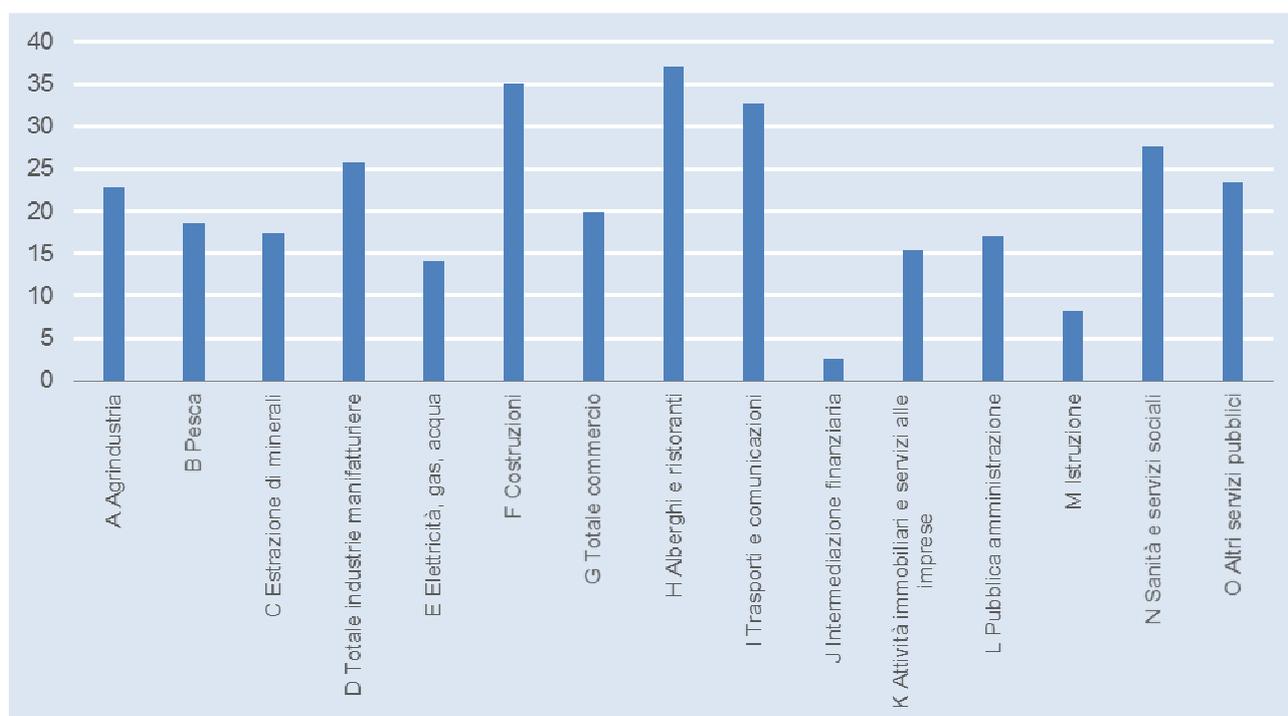
3.3 - RISCHI LAVORATIVI

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 rischiosità 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 rischiosità 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

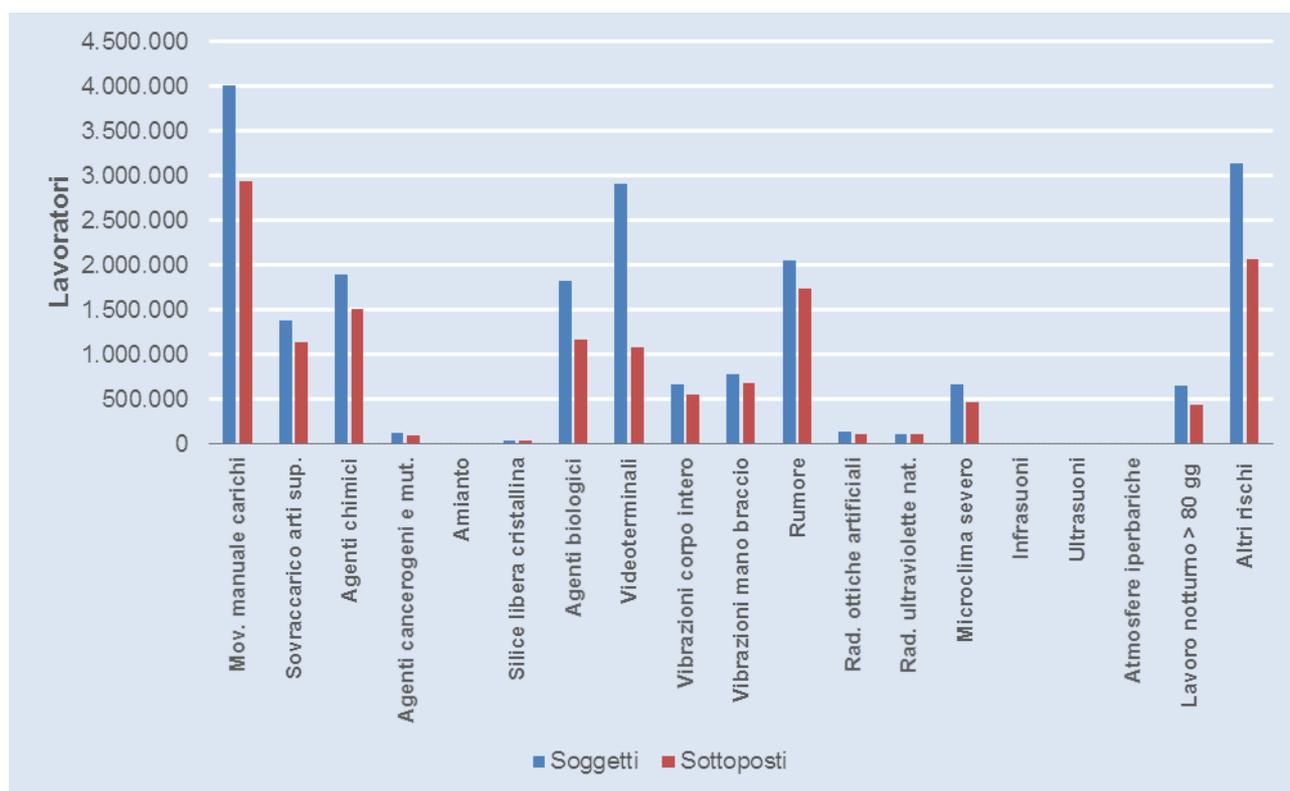


Nel seguito di questa sezione si analizza il dato risultante dalle comunicazioni dei medici competenti in termini di rischi lavorativi, facendo riferimento all'anno 2013 e alla situazione complessiva nazionale.

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.

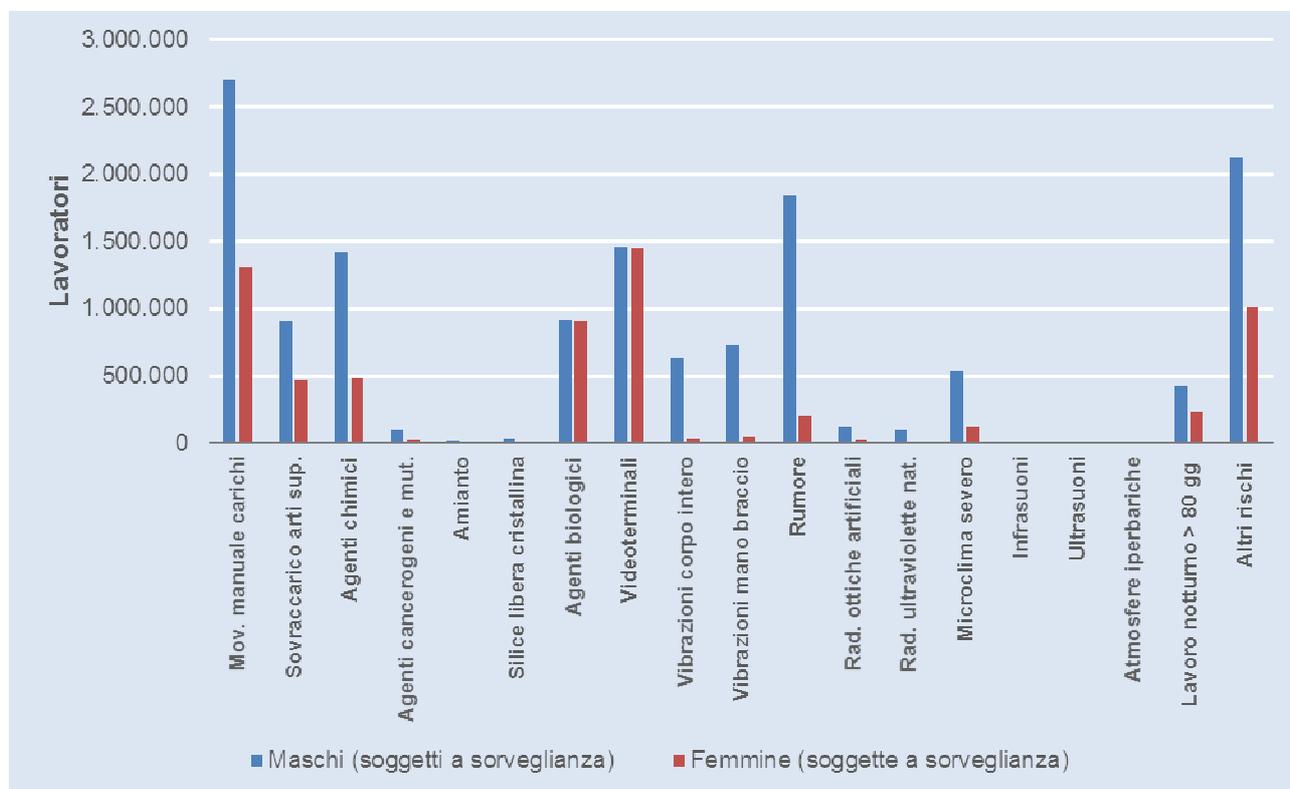
Figura 3.32 - Numero di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria e sottoposti a sorveglianza per rischio lavorativo, Italia, 2013



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.

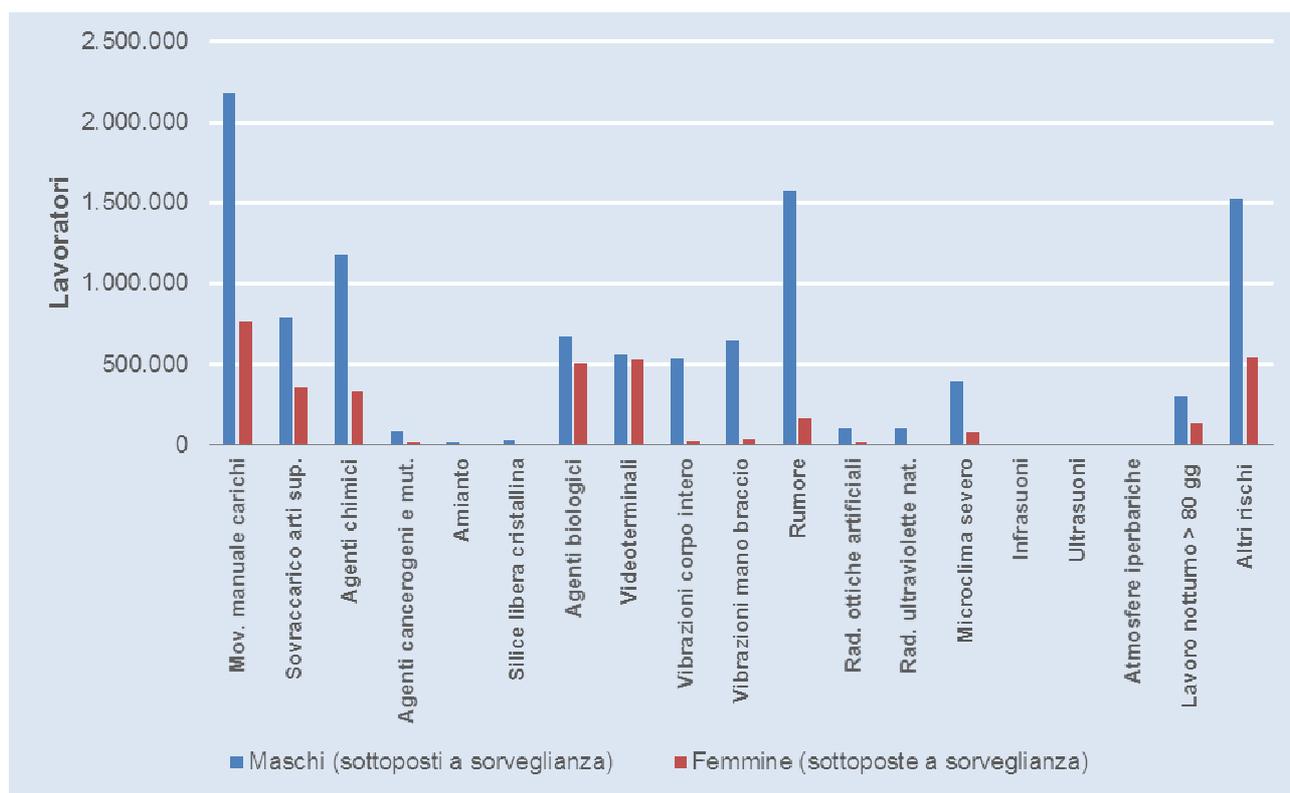
Figura 3.33 - Numero di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria per rischio lavorativo, Italia, 2013



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

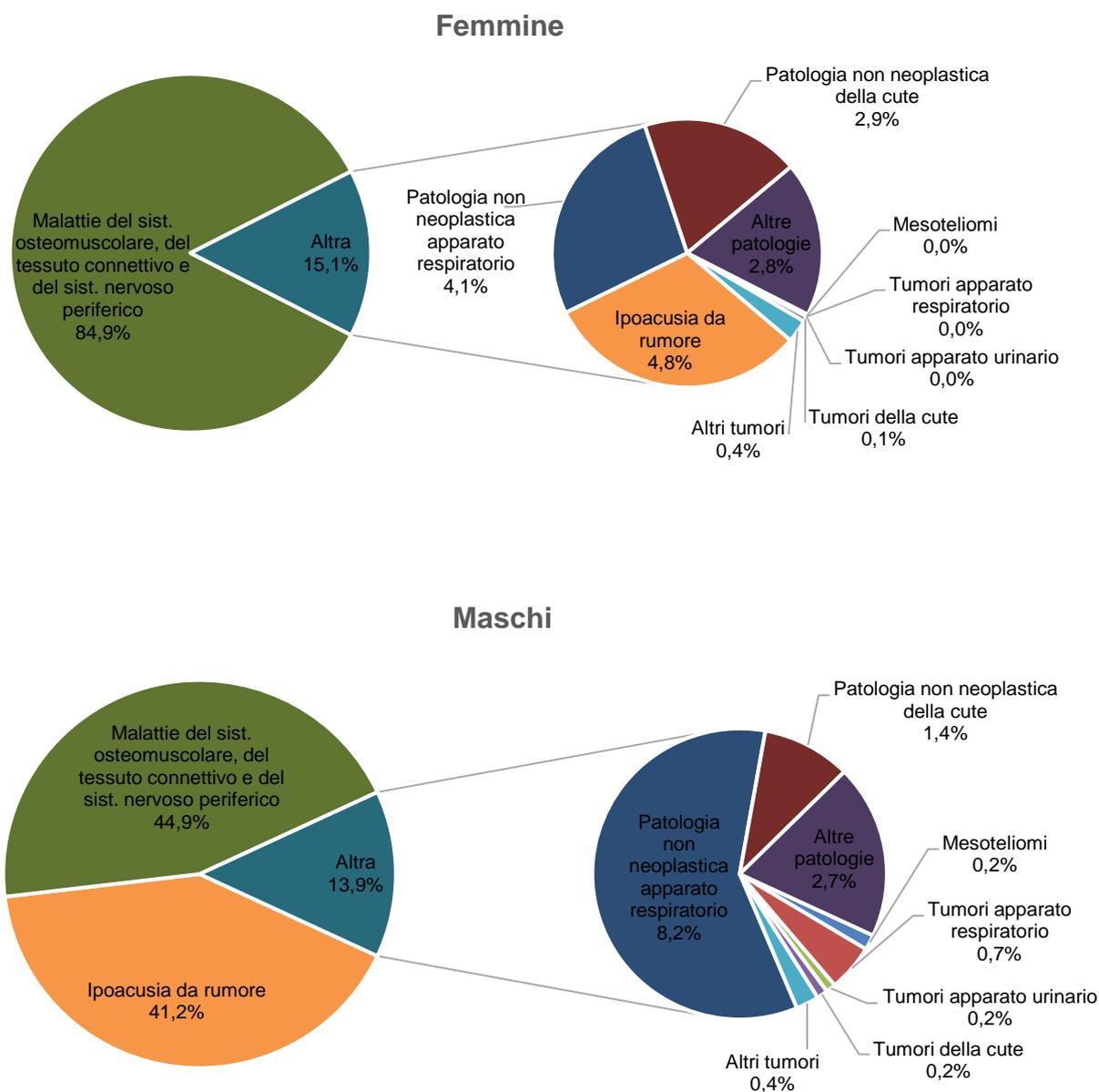


3.4 - MALATTIE PROFESSIONALI

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%).

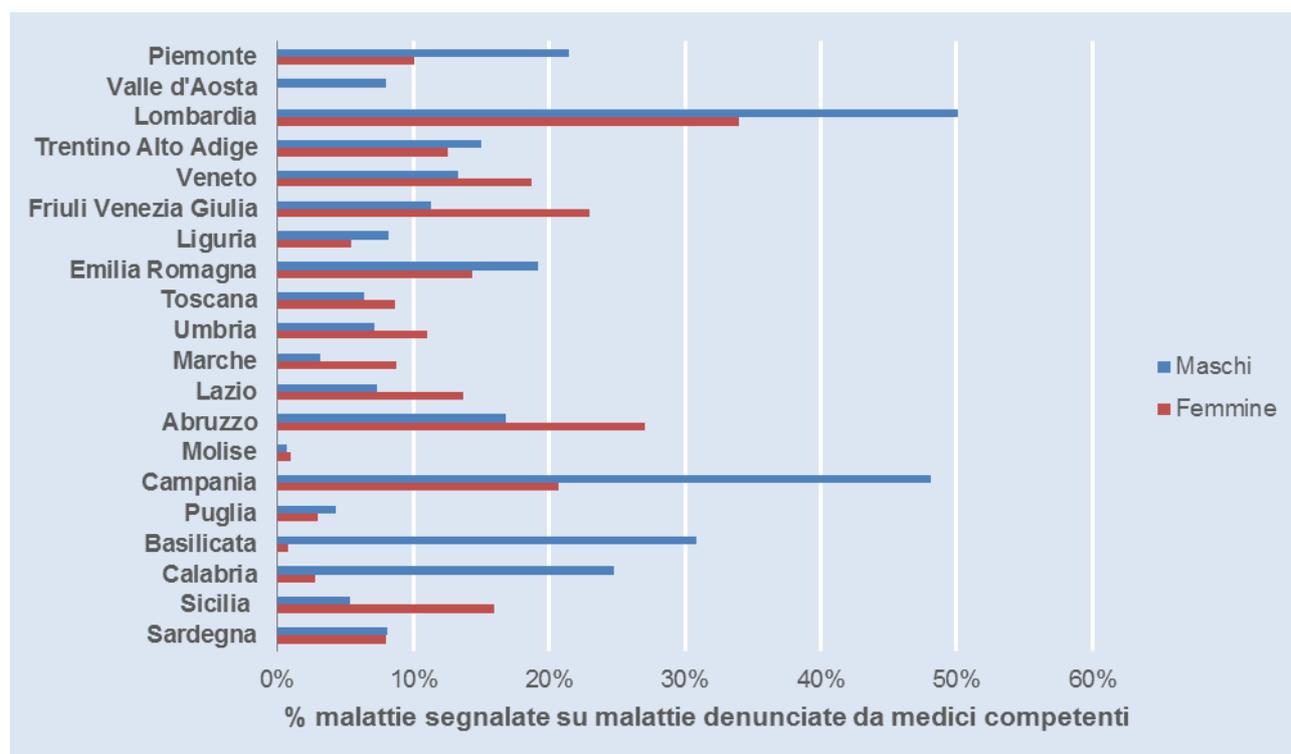
Figura 3.35 - Malattie professionali rilevate dai medici competenti per sesso, Italia, 2013



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

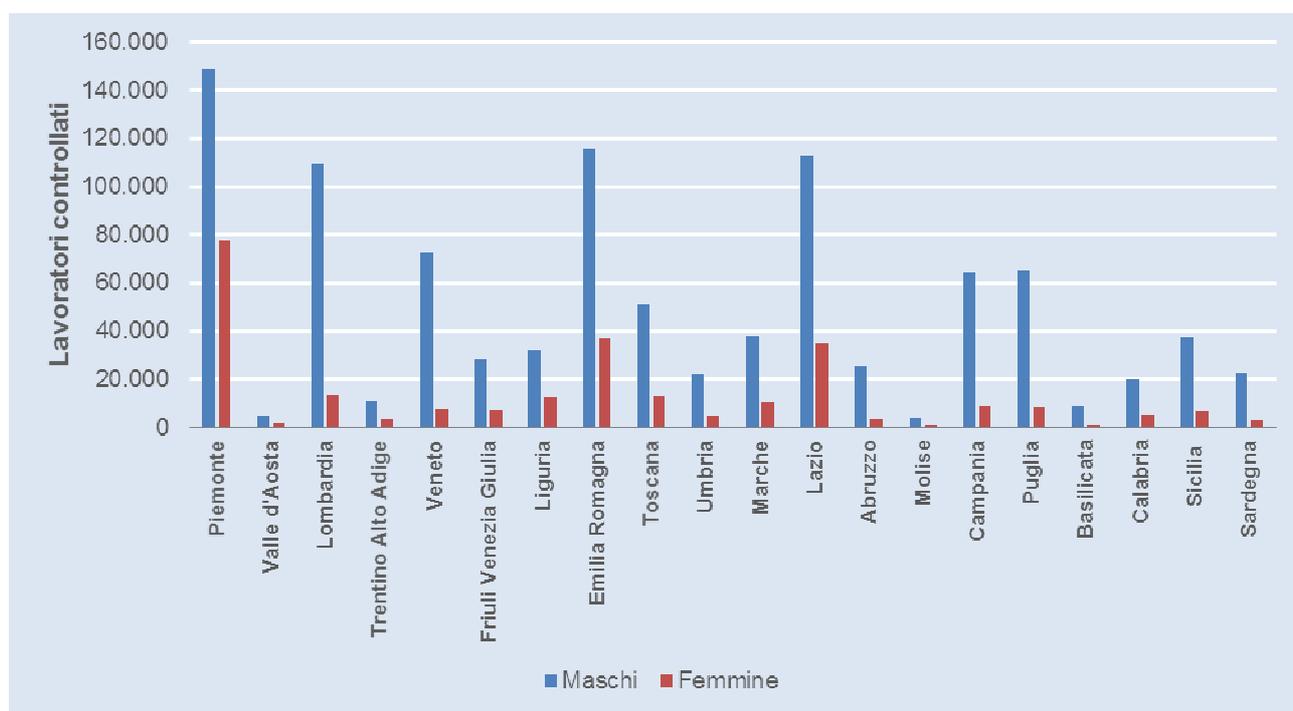
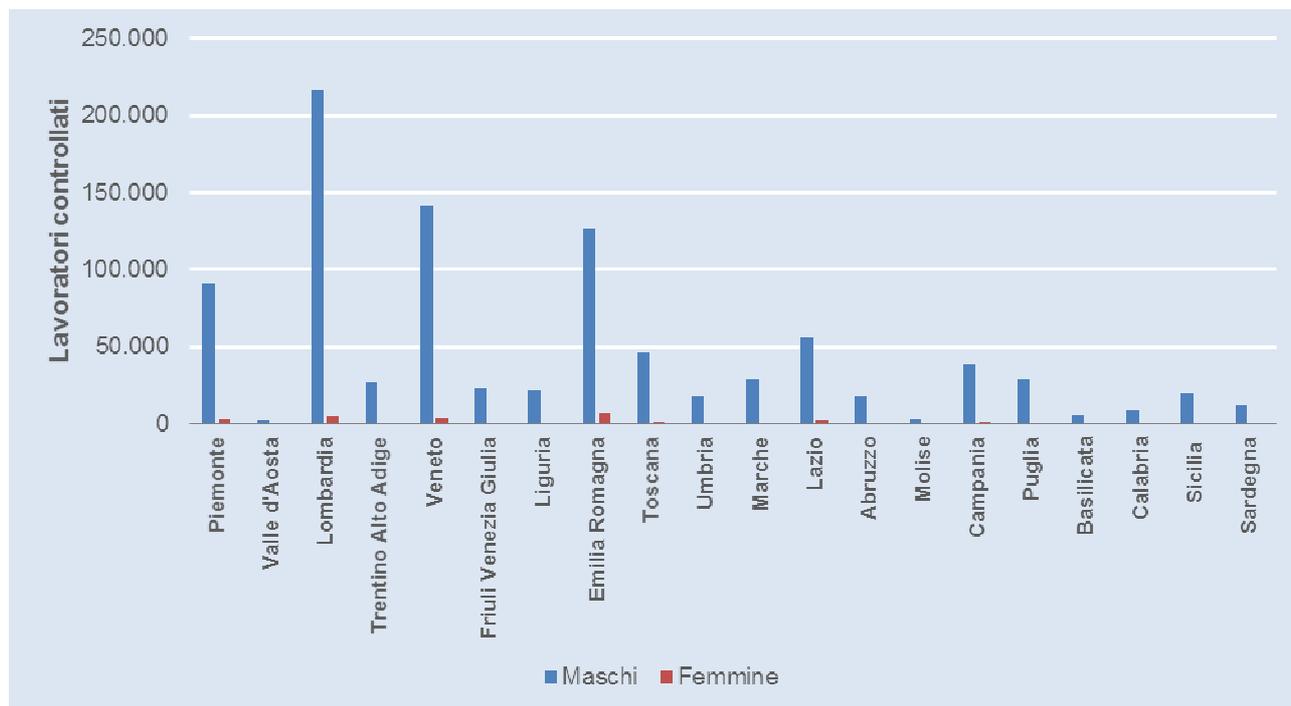


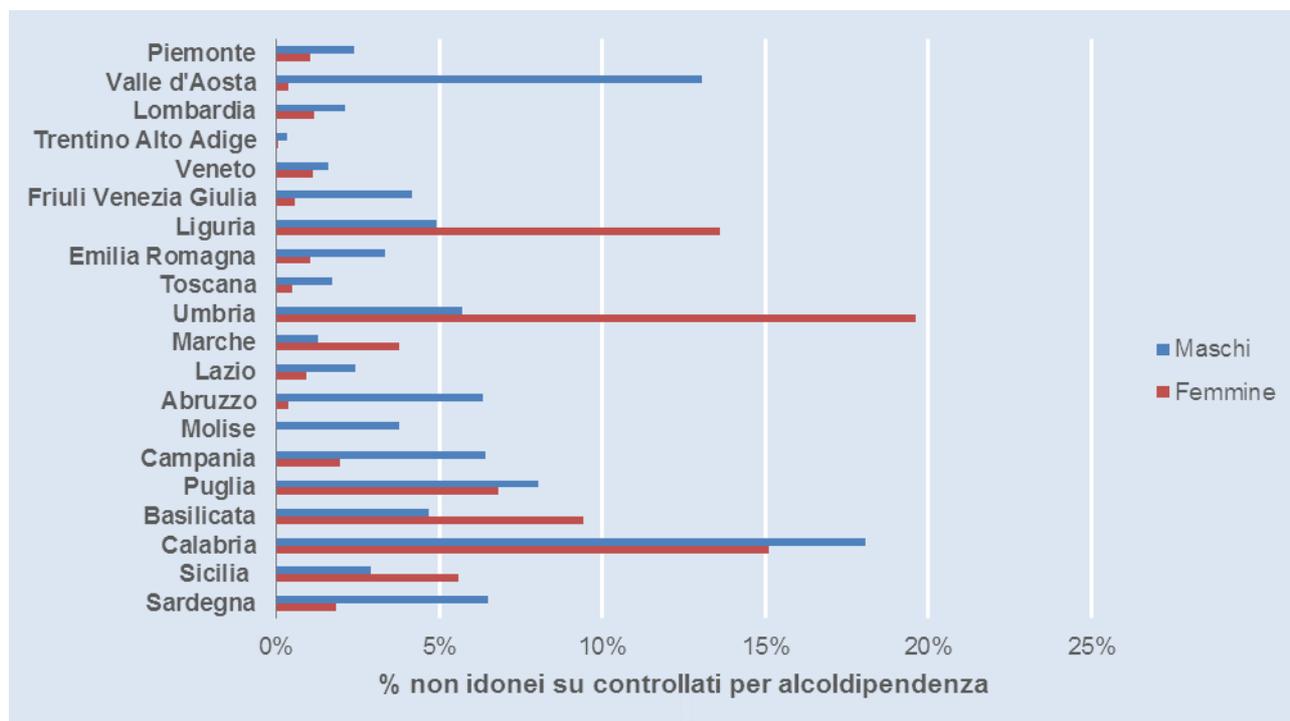
Figura 3.38 - Numero di lavoratori sottoposti a controlli per uso di sostanze stupefacenti, per regione e per sesso, 2013



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.

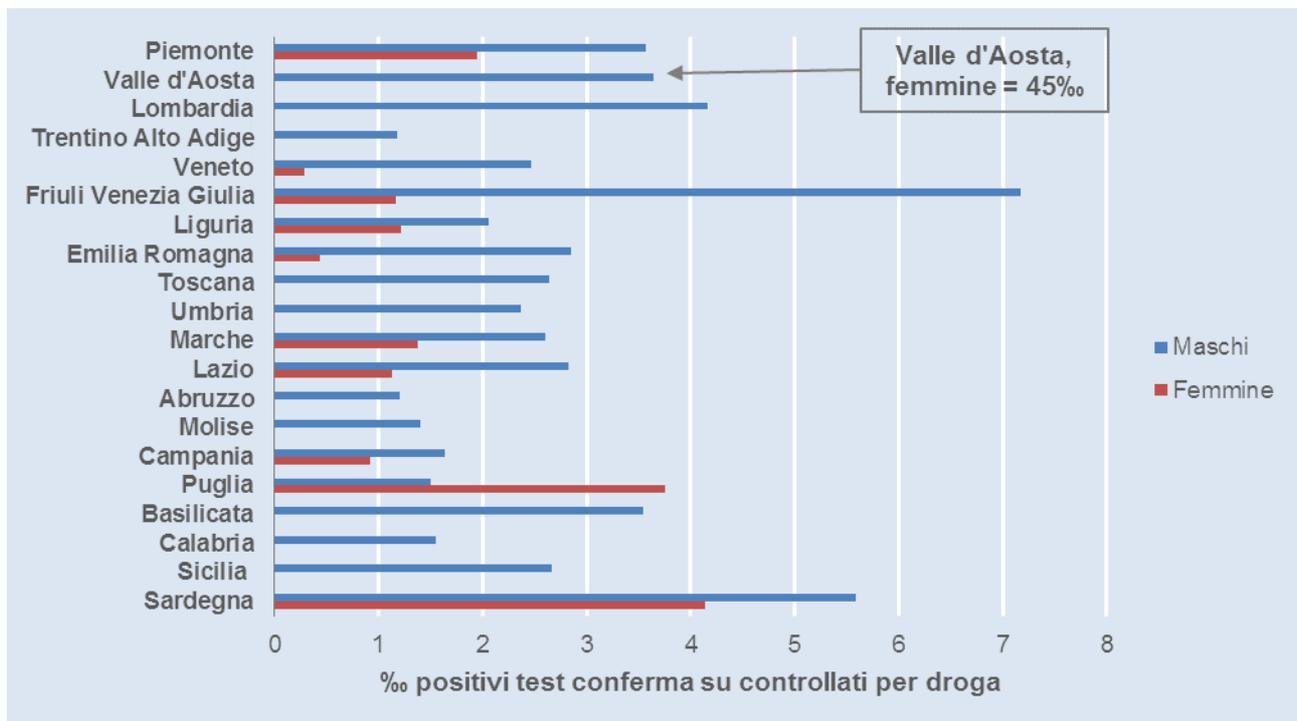
Il dato forse più interessante che è possibile estrarre da questa sezione delle comunicazioni dei medici competenti è costituito dall'esito dei controlli effettuati per alcol e droghe. Nel caso dei controlli per l'alcoldipendenza, la **Figura 3.39** fornisce una chiara visualizzazione del responso: in 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.

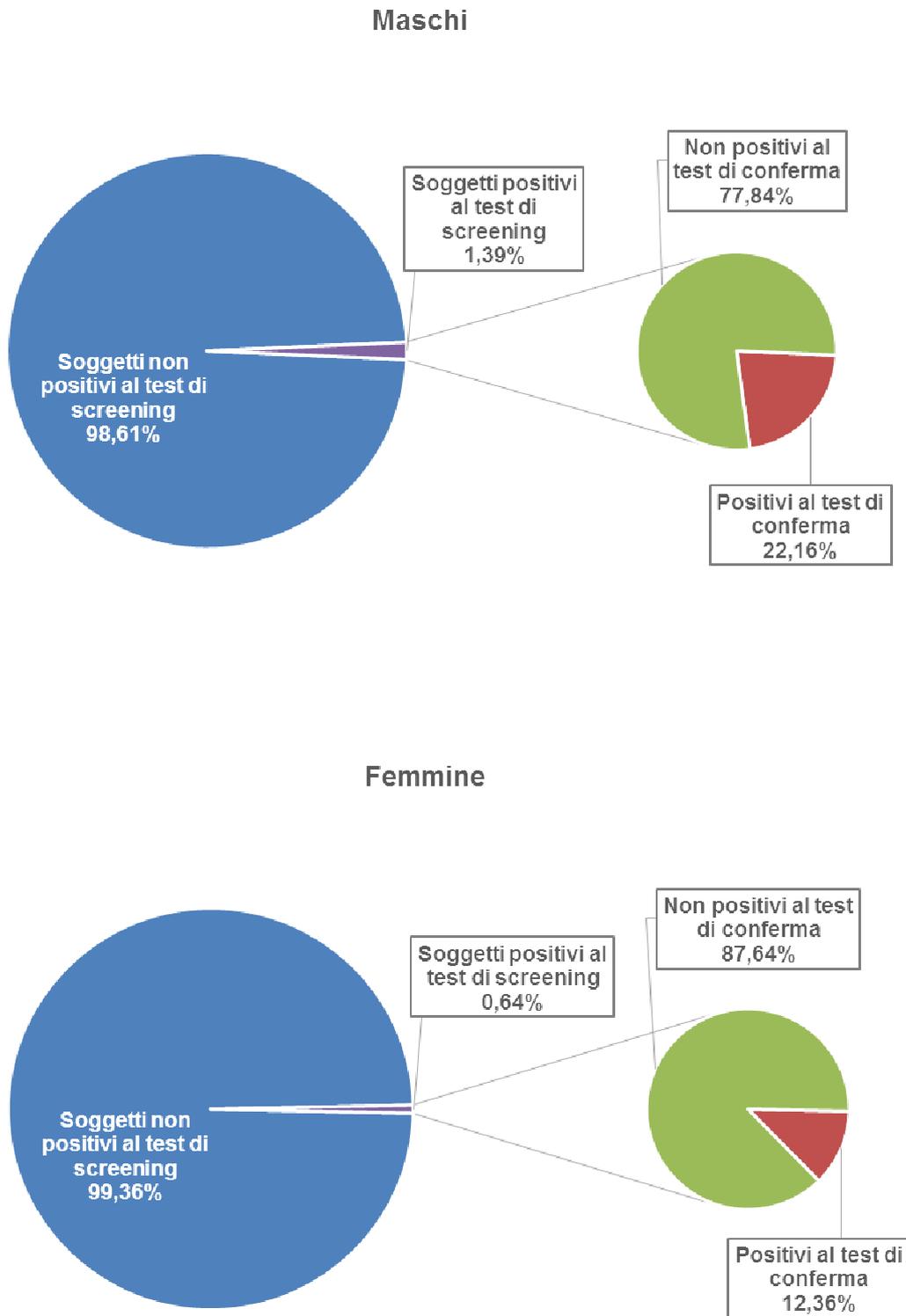
Figura 3.40 - Lavoratori positivi ai test di conferma su totale lavoratori soggetti a verifiche per droga (per mille), per sesso e regione, 2013



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'impresе 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 attivita' 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 |
| Attivita' di famiglie | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 |
| Attivita' immobiliari | 2.352 | 2.524 | 4.876 | 4.538 | 5.142 | 9.680 |
| Attivita' 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 |
| Sanita' | 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 |

