



Allegato 3B del D.Lgs 81/08

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

oni Medico Competente

aggio delle statistiche relative alle attività svolte dai medici competenti



ESITO
VISITE

erali relativi ai
ll'applicativo

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

[VAI ALLA SEZIONE >>](#)



RISCHI
LAVORATIVI

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

[VAI ALLA SEZIONE >>](#)



ALCOL
E DROGHE

La sezione è dedicata ai dati relativi all'esito dei test di alcol
dipendenza e uso di stupefacenti

[VAI ALLA SEZIONE >>](#)



MALATTIE
PROFESSIONALI

La sezione è dedicata ai dati relativi alle malattie
professionali individuate nei lavoratori

[VAI ALLA SEZIONE >>](#)

VENETO 2017

Programma Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale (PREO)

**Con la collaborazione della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
della Regione del Veneto**

Il documento è stato realizzato a cura di:

dott. Roberto Agnesi

dott.ssa Lucia Bernardi

dott. Michele Mongillo

dott. Alessio Zanfranceschi

Indice

PRESENTAZIONE	V
CAPITOLO 1 - RIFERIMENTI LEGISLATIVI	1
CAPITOLO 2 - METODOLOGIA DI ANALISI	5
2.1 - Origine del flusso informativo analizzato	5
2.2 - Natura dei dati	6
2.3 - Estrazione dei dati	9
2.4 - Analisi dei dati	9
CAPITOLO 3 - ELABORAZIONE DEI DATI	11
3.1 - Dati di sintesi su medici competenti e lavoratori	11
3.2 - Esito delle visite	25
3.3 - Rischi lavorativi	30
3.4 - Malattie professionali	32
3.5 - Alcol e stupefacenti	34
CAPITOLO 4 - CONCLUSIONI	37
CAPITOLO 5 - GLOSSARIO	39
CAPITOLO 6 - TABELLE	43

Presentazione

Il D.Lgs. 81/2008 ha ulteriormente rafforzato, rispetto al D.Lgs. 626/1994, il ruolo del Medico Competente quale soggetto attivo della prevenzione, consentendo di estendere il significato della sorveglianza sanitaria da strumento di diagnosi precoce di malattie professionali o correlate al lavoro (prevenzione secondaria) a strumento di verifica di un'efficace gestione dei fattori di rischio lavorativi (prevenzione primaria).

Di conseguenza, il Medico Competente, in qualità di consulente del Datore di Lavoro, è chiamato a partecipare direttamente alla pianificazione e gestione delle misure a tutela di salute e sicurezza dei lavoratori, sia in fase di valutazione dei rischi, sia in fase di individuazione delle misure di prevenzione, sia in fase di verifica della loro efficacia e di monitoraggio degli esiti. A tal proposito, l'art. 40 del D.Lgs. 81/2008 ha introdotto l'obbligo per il Medico Competente di inviare periodicamente all'organo di vigilanza le informazioni elaborate sulla sorveglianza sanitaria effettuata per ogni singola unità produttiva, "esclusivamente per via telematica" e "unicamente" attraverso la piattaforma informatica messa a disposizione dall'INAIL.

Il Medico Competente, in quanto professionista della sanità, viene a svolgere pertanto una più ampia funzione di pubblica utilità a tutela della salute dei lavoratori, intesi come soggetti che concorrono al bene della collettività.

In quest'ambito, il prezioso contributo dei Medici Competenti migliora sensibilmente, con informazioni qualificate, il livello di conoscenza sulla distribuzione dei rischi negli ambienti di lavoro e sullo stato di salute della popolazione lavorativa, e consente loro di incardinarsi a pieno titolo nel Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione (SINP) di cui all'art. 8 del D.Lgs. 81/2008, arricchendo così il quadro informativo necessario all'intero sistema della prevenzione per operare scelte corrette e appropriate.

Il presente lavoro di raccolta dei dati aggregati sanitari e di rischio contenuti nelle comunicazioni effettuate dai Medici Competenti in Veneto, curato dal Programma Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale in collaborazione con la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria della Regione del Veneto, mira a fornire un tangibile contributo al dibattito scientifico e giuridico finalizzato al costante miglioramento della normativa, in modo da individuare, a servizio della collettività, strumenti di provata efficacia per la realizzazione di luoghi di lavoro sicuri.

Riferimenti legislativi

Capitolo



Il Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro (D.Lgs. 81/2008), tra le misure generali di tutela, prevede il controllo sanitario dei lavoratori, da realizzarsi per il tramite di un medico competente in possesso dei seguenti titoli o requisiti (art. 38):

- 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'art. 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

dirigenziale 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 dell'attuale **Ministero della Salute**, che ne cura anche l'aggiornamento. Il Ministero effettua, con cadenza annuale, verifiche dei requisiti e dei titoli autocertificati, inclusi quelli relativi all'aggiornamento continuo.

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 documento della valutazione dei rischi (**DVR**) e all'attuazione di programmi di formazione, informazione e 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;
- visite mediche periodiche, finalizzate a controllare lo stato di salute dei lavoratori e il permanere dei requisiti di idoneità allo svolgimento della mansione specifica;
- visite mediche su richiesta del lavoratore, qualora ritenute correlate ai rischi professionali;
- visite mediche per cambio mansione;

- visite mediche alla cessazione del rapporto di lavoro, nei casi previsti;
- visite mediche precedenti la ripresa dell'attività lavorativa dopo un periodo di assenza per motivi di salute superiore a 60 giorni continuativi.

Oltre a questi obblighi, il medico competente ha il compito di comunicare, in sede di riunione periodica, i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria effettuata, fornendo altresì indicazioni sul significato di tali esiti ai fini dell'attuazione delle misure per la tutela e della sicurezza dei lavoratori.

Prima dell'entrata in vigore del D.Lgs. 81/2008 non era previsto l'invio di comunicazioni agli organi di vigilanza da parte del medico competente anche se in Veneto si era instaurato, da oltre un decennio, un flusso di comunicazioni annuali (**relazione ASPP**: accertamenti sanitari preventivi e periodici) contenente dati di sintesi sul protocollo sanitario e sulla sorveglianza sanitaria.

L'**art. 40** del D.Lgs. 81/2008 ha introdotto per il medico competente, in tutto il territorio nazionale, l'obbligo di inviare all'ULSS competente entro il primo trimestre dell'anno successivo all'anno di riferimento, esclusivamente per via telematica, le informazioni elaborate sulla sorveglianza sanitaria, evidenziando le differenze di genere relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori secondo il modello contenuto nell'**allegato 3B**. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, a loro volta, ricevono i dati aggregati per territorio dalle ULSS e sono tenute a trasmettere all'ISPESL (ora INAIL) le informazioni aggregate a livello regionale.

Questo flusso si è attivato in realtà soltanto nel 2009, per la sorveglianza sanitaria effettuata nel 2008, poiché nell'agosto 2009 il D.Lgs. 106 ha sospeso l'obbligo di invio a seguito del dibattito che si è instaurato sui contenuti e sull'opportunità di mantenere o

abrogare l'art. 40 e l'allegato 3B.

In quell'occasione, in Regione Veneto è stata effettuata una prima elaborazione dei dati pervenuti, anche se incompleta, perché l'invio delle relazioni è avvenuto anche con modalità cartacea o per via telematica ma in formato non elaborabile. In tale occasione venne anche tentata una procedura di record linkage tra i dati desunti da tali comunicazioni e l'archivio Flussi INAIL-ISPESL-Regioni al fine di operare un'analisi sulla completezza dell'invio o dell'elusione dell'obbligo di sorveglianza per singola azienda ma tale procedura risentì fortemente della mancanza di standardizzazione dei metodi allora utilizzati per inoltrare le comunicazioni anche per via telematica.

Dopo la sospensione decretata dal D.Lgs. 106/2009, soltanto con 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'art. 40 del decreto legislativo 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro", dopo un lungo lavoro del gruppo composto da rappresentanti del Ministero, dell'INAIL, delle Regioni e Province autonome e delle Società Scientifiche, l'obbligo di invio è stato ripristinato. 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 è avvenuto invece il primo invio post-sperimentazione con il nuovo modello dell'allegato attraverso il portale INAIL che ora permette anche alle ULSS di monitorare i dati in modo aggregato e di accedere in tempo reale alle singole comunicazioni.

L'allegato 3B del D.Lgs. 81/2008 è stato successivamente modificato dal Decreto del Ministero della Salute del 12 luglio 2016.

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.

Metodologia di analisi

Capitolo



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

2.1 - ORIGINE DEL FLUSSO INFORMATIVO ANALIZZATO

La **Figura 2.1** illustra la struttura del flusso informativo realizzato a seguito dell'obbligo di comunicazione precedentemente illustrato: il medico competente trasmette all'ULSS competente per territorio, secondo il modello di cui all'allegato 3B del D.Lgs. 81/2008, le informazioni riguardanti ogni singola unità produttiva a lui associata; l'ULSS riceve i dati comunicati dai medici competenti afferenti al proprio territorio, li aggrega e li trasmette, sempre in forma aggregata, alla propria Regione; la Regione riceve i dati aggregati da parte delle ULSS 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. Il si-

stema informativo mette a disposizione dei servizi di prevenzione i dati a livello di ULSS attraverso l'applicativo "Cruscotto di Monitoraggio". In questa pubblicazione, dedicata al Veneto, si utilizzeranno i dati aggregati desunti dalle sole comunicazioni inoltrate dai medici competenti alle ULSS venete (in Veneto denominate Aziende Unità Locali Socio Sanitarie - AULSS).

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.

Per capire quali sono le informazioni relative all'unità produttiva che il medico competente raccoglie e invia conseguentemente all'ULSS, sono state riportate 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. 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

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



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

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, distinguendo per sesso, il numero di lavoratori sottoposti ai controlli di cui all'art. 41 relativi all'assunzione di alcol e sostanze psicotrope/stupefacenti.

2.2 - NATURA DEI DATI

L'unità statistica oggetto del trattamento è la comunicazione inoltrata dai medici competenti per unità produttiva, 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 alle ULSS mediante il modello di cui all'allegato 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 ULSS), sono disponibili tra-

Figura 2.2 - Allegato 3B parte 1

1	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 (via e numero civico)		
6	Denominazione unità produttiva o codice certificato (nel caso di natanti)		
7	Indirizzo Unità produttiva (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		

Figura 2.3 - Allegato 3B parte 2

INFORMAZIONI FORNITE DAL MEDICO COMPETENTE		
DATI IDENTIFICATIVI DEL MEDICO COMPETENTE		
11	Cognome e nome del Medico Competente	
12	Codice Fiscale del Medico Competente	
13	E-mail del Medico Competente	
PROBABILI / POSSIBILI MALATTIE PROFESSIONALI SEGNALATE ex art. 139 D.P.R. 1124/65		
	Maschi	Femmine
14	N. M. segnalate	
15	Tipologia M. segnalate (codifica D.M. 11/12/09)	
DATI RELATIVI ALLA SORVEGLIANZA SANITARIA		
	Maschi	Femmine
16	N. totale lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria	
17	N. totale lavoratori visitati con formulazione del giudizio di idoneità nell'anno di riferimento	
18	N. lavoratori idonei	
19	N. lavoratori con idoneità parziali (temporanee e permanenti con prescrizioni e/o limitazioni)	
20	N. lavoratori temporaneamente inidonei	
21	N. lavoratori permanentemente inidonei	

Figura 2.4 - Allegato 3B parte 3

ESPOSIZIONE A RISCHI LAVORATIVI DEI LAVORATORI									
		Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria		Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno di riferimento					
				Lavoratori visitati		lavoratori con idoneità parziale alla mansione specifica		lavoratori con inidoneità alla mansione specifica	
RISCHI LAVORATIVI		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
22	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI								
23	SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI								
24	RISCHI POSTURALI								
25	AGENTI CHIMICI								
26	AG CANCEROGENI								
27	AG MUTAGENI								
28	AMIANTO								
29	SILICE								
30	AGENTI BIOLOGICI								
31	VIDEOTERMINALI								
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/ULTRASUONI								
40	ATMOSFERE IPERBARICHE								
41	LAVORO NOTTURNO > 80gg / anno								
42	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 per alcol e tossicodipendenza							
		n. lav. controllati nell'anno con test di screening		n. lavoratori inviati presso SERT o Centro Alcolologico		N. casi di dipendenza confermati dal Centro Specialistico (anche se riferiti a controlli richiesti nell'anno precedente)	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
43	ACCERTAMENTI assunzione ALCOL						
44	ACCERTAMENTI assunzione SOSTANZE STUPEFACENTI						

mite il “Cruscotto di Monitoraggio” per gli utenti dei servizi SPISAL abilitati all’accesso. 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 ULSS, passando per la distribuzione regionale (non è disponibile invece la distribuzione provinciale, ricostruibile eventualmente a partire dalle ULSS). I dati elementari, riferiti cioè alle singole unità produttive e dunque alle singole comunicazioni inoltrate dai medici competenti, sono disponibili limitatamente alla ULSS 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 alle unità produttive venete o italiane. Un tale tipo di analisi sarebbe possibile a livello di ULSS, condotto però autonomamente da ogni ULSS 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 della pubblicazione precedente relativa agli anni 2014-2015-2016 (dati elementari dell’ULSS 9); 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, si evidenzia in particolare il caso di unità produttive monitorate da più medici competenti (coordinati e coordinatore), dove non si ha sempre un dato univoco sul numero di lavoratori impiegati (numero di occupati) e sul numero di lavoratori sog-

getti a sorveglianza sanitaria. A causa di una differente interpretazione delle istruzioni fornite ai medici competenti per la compilazione dell’allegato 3B, alcune comunicazioni riportavano come numero di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria il totale dei soggetti a sorveglianza di quella specifica unità produttiva, altre comunicazioni il numero di lavoratori monitorati individualmente dal medico competente. Non avendo al momento a disposizione i dati elementari delle varie ULSS non è possibile escludere che tali problematiche siano tuttora presenti. Se così fosse, sarebbe 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 demandata ai datori di lavoro, limitatamente ai casi che prevedono la sorveglianza sanitaria, e pertanto appare chiaro che l’insieme delle unità produttive monitorate dai medici competenti non possa dirsi statisticamente rappresentativo della totalità delle unità produttive venete. Questo limite è accentuato anche dalla percentuale molto bassa di unità produttive monitorate rispetto al totale, cosa che potrebbe far ipotizzare che non siano pervenute tutte le relazioni attese in base alla presenza e alla distribuzione delle attività produttive.

Quanto appena detto implica che non si possano utilizzare i risultati presentati in questo lavoro per inferire caratteristiche della popolazione dei lavoratori veneti dal punto di vista epidemiologico. Le elaborazioni presentate possono però essere utilmente impiegate, pur con qualche limite, per tratteggiare un quadro di riferimento generale della popolazione lavorativa effettivamente sorvegliata ai sensi del D.Lgs. 81/2008.

2.3 -ESTRAZIONE DEI DATI

Il reperimento dei dati utilizzati per le elaborazioni presentate è stato quasi immediato grazie all'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 sezioni corrispondenti alle diverse sezioni dell'allegato 3B. È possibile inoltre effettuare il download dei dati in diversi formati (soltanto a livello di ULSS) in modo tale da poterli utilizzare con il software ritenuto più opportuno.

2.4 -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), ricorrendo altresì a rappresentazioni grafiche per rendere immediatamente comprensibili i risultati. Laddove ritenuto utile, si è fatto uso di software per la georeferenziazione dei dati per esprimere con maggior immediatezza la distribuzione per ULSS degli indicatori considerati. La natura non inferenziale dei dati estratti ha reso inoppor-

tuno implementare modelli statistici per la valutazione delle concause responsabili della distribuzione locale 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, analisi in componenti principali 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 in una sorta di analisi descrittiva potenziata ed estesa.

Elaborazione dei dati

Capitolo



In questo capitolo si analizzano le informazioni trasmesse attraverso 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 del D.Lgs. 81/2008, registrate nel 2018 per la sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti nel 2017. Per gli anni 2012-2014 si rimanda alle pubblicazioni precedenti. Soprattutto fino al 2012 (anno dedicato alla “sperimentazione” del sistema) non è stato possibile recuperare quanto inviato ai servizi SPISAL (Servizi Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro) dai medici competenti con altre modalità (es. fogli di Excel, utilizzo della posta elettronica certificata, file in formato PDF, ecc.). Con la raccolta delle informazioni pervenute dal 2014 l'analisi è stata progressivamente più dettagliata e con il corso degli anni ci si auspica sia ancora più completa. Vengono inoltre utilizzati dati ISTAT e dati diffusi da INAIL mediante i Flussi Informativi INAIL-Regioni per consentire 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.

Nel presente capitolo 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 assunzione di alcol e sostanze psicotrope/stupefacenti.

Questo capitolo tratterà esclusivamente le comunicazioni dei medici competenti che operano nella Regione del Veneto.

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 fanno riferimento con la propria attività che costituisce un sottoinsieme piuttosto ristretto del totale

degli occupati delle aziende venete. L'insieme dei medici competenti a cui si fa riferimento è costituito nel 2017 da 1.246 medici, che hanno prodotto 63.519 comunicazioni, a fronte di 62.099 unità produttive gestite (si veda la **Tabella 6.1**). Il numero di comunicazioni differisce dal numero di unità produttive in quanto alcune unità produttive di grandi dimensioni sono associate a più medici competenti (coordinati e coordinatori).

In **Figura 3.1** viene riportata la distribuzione per le 9 ULSS venete del numero di comunicazioni dei medici competenti pervenute nel 2018 (che, come detto in precedenza, si riferiscono all'attività svolta nel 2017), dalla quale si evince che alcune ULSS prevalgono in numerosità; ciò è giustificabile dalla maggior presenza di attività produttive situate nel loro territorio. Infatti, la distribuzione per ULSS del numero di comunicazioni riflette la ripartizione del numero di unità produttive coinvolte nella sorveglianza sanitaria da parte dei medici competenti, come emerge chiaramente dalla **Figura 3.2**. Si osserva, inoltre, come il numero di unità produttive coinvolte sia estremamente variabile nelle diverse ULSS, con estremi che vanno

dall'ULSS 6 Euganea all'ULSS 5 Polesana (si ricordi che, approssimativamente ad ogni unità produttiva corrisponde una comunicazione, sebbene questa identità non sia perfetta a causa di unità produttive associate a più medici competenti).

Per approfondire le caratteristiche delle unità produttive coinvolte nella sorveglianza sanitaria è possibile osservare nella **Figura 3.3** la suddivisione del numero di unità produttive rispetto alla classe di addetti di cui fanno parte (così come desunta dalla registrazione del medico competente; vedi **Tabella 6.2**): a livello regionale appare predominante la classe "da 4 a 10 addetti" che assorbe il 34% della distribuzione, seguita dalle classi "da 2 a 3", "1" e "da 11 a 15", che insieme totalizzano il 42% di tutte le unità produttive. Anche questa fonte informativa, dunque, conferma che il profilo aziendale veneto tipico rientra nella categoria delle piccole imprese (in totale il 70% delle aziende ha un numero di addetti inferiore o uguale a 10, ricordando però che i lavoratori autonomi non sono soggetti ad obbligo di sorveglianza sanitaria). In merito ai dati appena commentati si ricorda, come già anticipato nel

Figura 3.1 - Numero di comunicazioni pervenute per ULSS, anno 2017 (ricevute nel 2018)

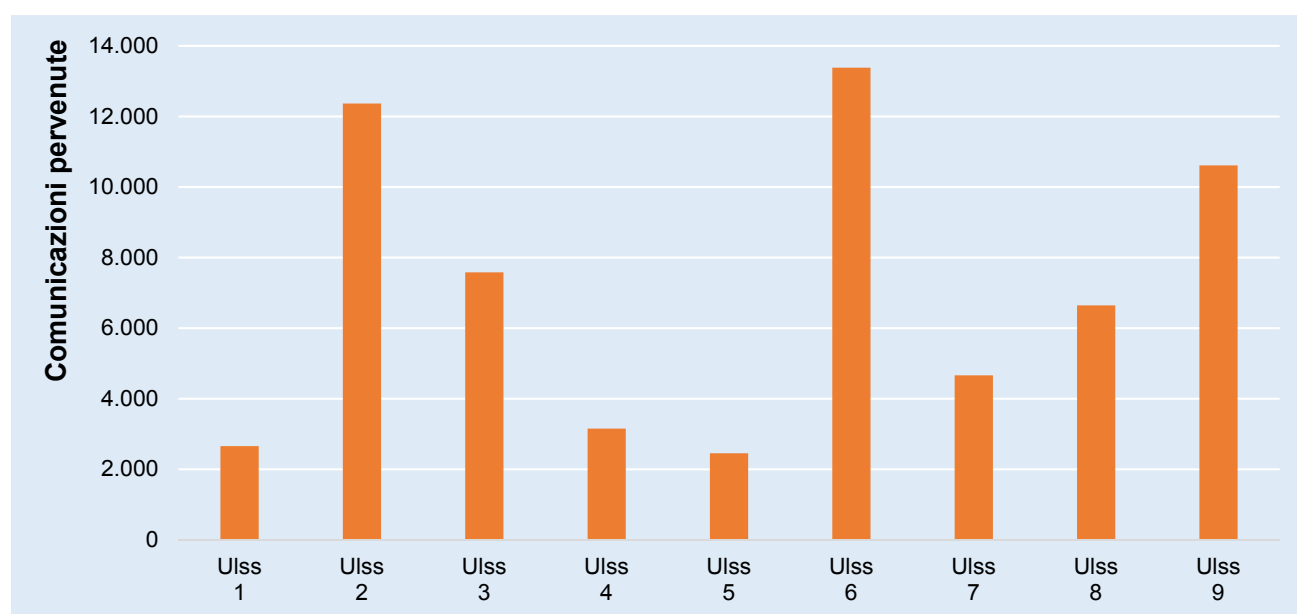
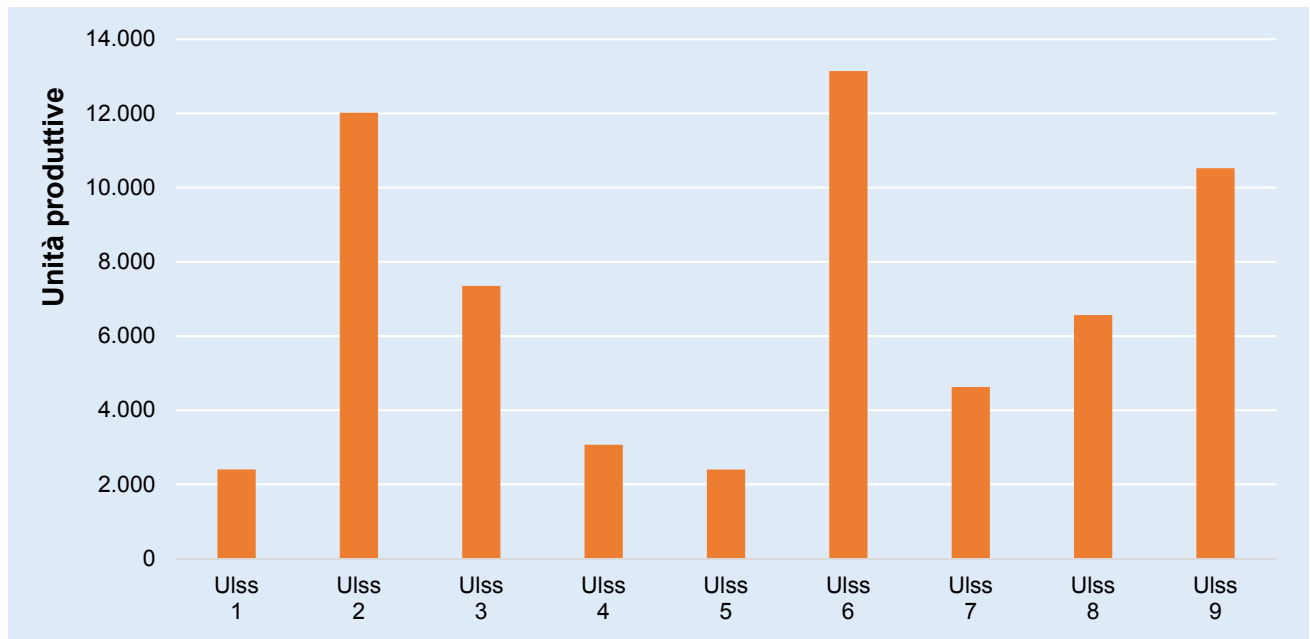


Figura 3.2 - Numero di unità produttive coinvolte per ULSS, anno 2017



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.

La **Tabella 6.3** mostra la distribuzione del numero di medici competenti in base al ruolo svolto all'interno dell'azienda oggetto di comunicazione. Relativamente all'anno 2017, la **Figura 3.4** mostra che l'85% dei medici che hanno inviato comunicazioni ha ricoperto il ruolo di medico competente unico, il 20% ha ricoperto il ruolo di medico competente coordinatore ed il 38% ha rico-

Figura 3.3 - Numero di unità produttive coinvolte per classi di addetti, Veneto, anno 2017

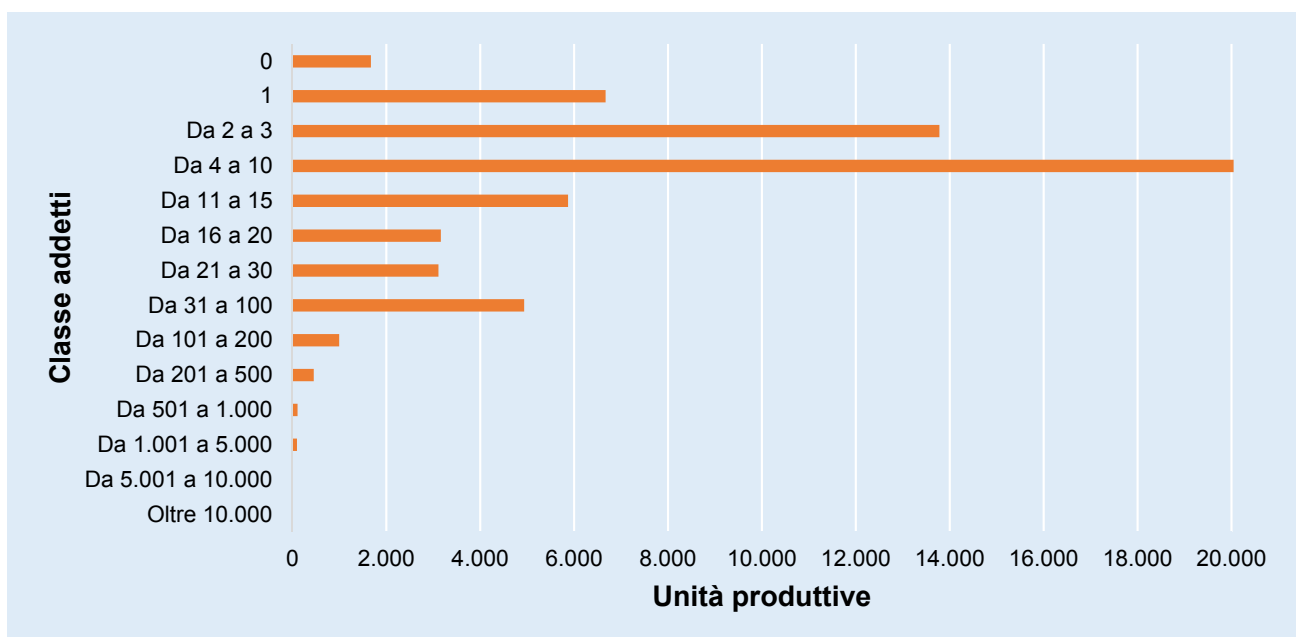
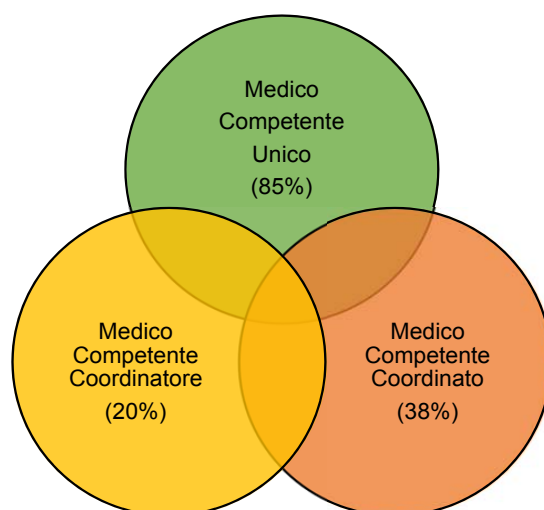


Figura 3.4 - Distribuzione del numero di medici rispetto ai tre ruoli possibili. Le percentuali si riferiscono al numero di medici che hanno svolto almeno quel ruolo nel 2017.



perto il ruolo di medico competente coordinato. Tali percentuali chiaramente non sommano a 100 in quanto uno stesso medico, nel corso dell'anno considerato, può ricoprire più di un ruolo. Si noti che, così come nella pubblicazione precedente, le percentuali sono state calcolate sul totale dei medici che hanno inviato comunicazioni.

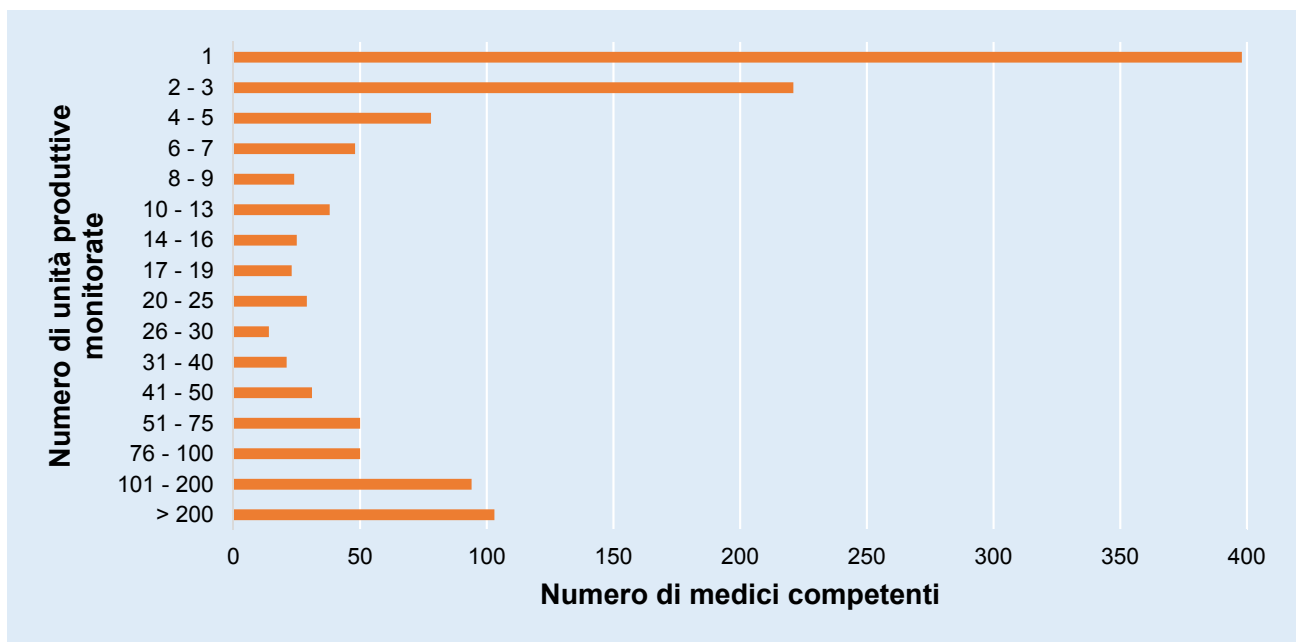
Il suddetto insieme di medici competenti, così distinto rispetto ai tre ruoli, si distribuisce in modo eterogeneo rispetto alla totalità delle unità produttive venete. Facendo riferimento ai 1.246 medici competenti attivi nel 2017 nella Regione Veneto, la **Figura 3.5** mostra quanti di essi abbiano in carico un determinato numero di unità produttive (si veda la **Tabella 6.5**). Con grande chiarezza emerge come la classe modale sia "1 unità produttiva": ben il 32% dei medici competenti sorveglia una sola unità produttiva (o ha inviato la comunicazione per una sola unità). A seguire si colloca la classe "da 2 a 3 unità produttive" che assorbe il 18% dei medici competenti. La distribuzione segue poi un andamento tendenzialmente decrescente fino alla classe "da 26 a 30 unità produttive", oltre la quale la quota di medici competenti coinvolta cresce fino ad arrivare all'8% osservato per la classe "più di 200 unità produttive".

Un discorso analogo può essere fatto osservando come l'insieme dei medici competenti si distribuisce per classi di lavoratori soggetti e sottoposti a sorveglianza (si vedano le **Tabelle 6.6-6.7**). Nella **Figura 3.6** la classe modale è data da "Fino a 15 lavoratori"; ciò significa che il 27% dei medici ha a carico non più di 15 lavoratori soggetti a sorveglianza, valore che passa al 33% considerando i lavoratori effettivamente sottoposti a sorveglianza. In questo caso la seconda classe modale è la classe "da 16 a 40 lavoratori" sia per i lavoratori soggetti che per i lavoratori sottoposti (rispettivamente 13% e 12% dei medici competenti).

In merito ai dati presentati in **Figura 3.6**, 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 potrebbe essere leggermente sovrastimato a causa di una disomogenea interpretazione delle istruzioni per la compilazione dell'allegato 3B.

Tornando alle tre tipologie di medici competenti considerate nel complesso in **Figura 3.4**, è utile considerarne la distribuzione anche a livello di ULSS, dove la situazione resta praticamente invariata da un punto di vista delle percentuali, fatta salva la numero-

Figura 3.5 - Numero di unità produttive (classe) per medico, Veneto, anno 2017



sità di medici competenti che afferiscono alle varie ULSS, numero che varia quanto il numero di comunicazioni e di unità produttive. La distribuzione all'interno di ogni ULSS rispetto alle tre categorie di medici competenti (riportata in **Tabella 6.4**), però, ricalca approssimativamente la distribuzione regionale. La **Figura 3.7** riporta tale distribuzione per ogni ULSS nel 2017. Se si confronta la di-

stribuzione per ULSS dei medici competenti (**Figura 3.7**) con quella delle comunicazioni prodotte da quest'ultimi (**Figura 3.1**), si evince che le variazioni tra le varie ULSS dei contingenti di medici competenti e di comunicazioni non sono proporzionali. In altre parole, il rapporto comunicazioni/numero di medici competenti varia molto a seconda dell'ULSS.

Figura 3.6 - Numero di lavoratori soggetti e sottoposti a sorveglianza (classe) per medico, Veneto, anno 2017

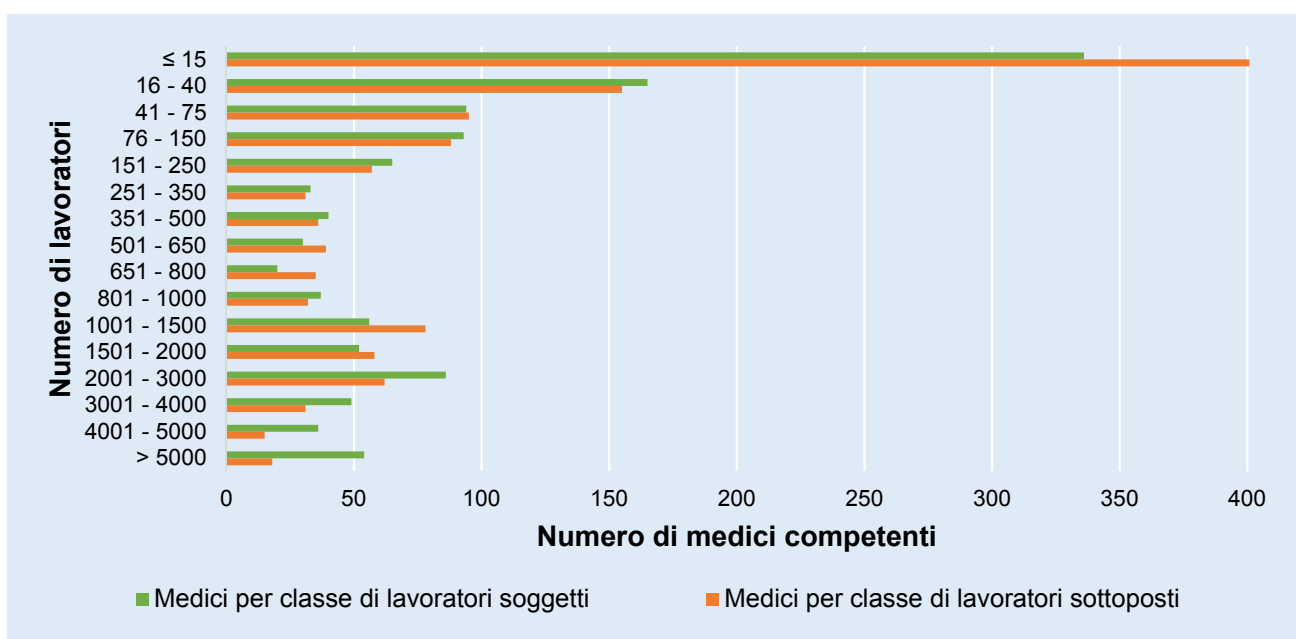
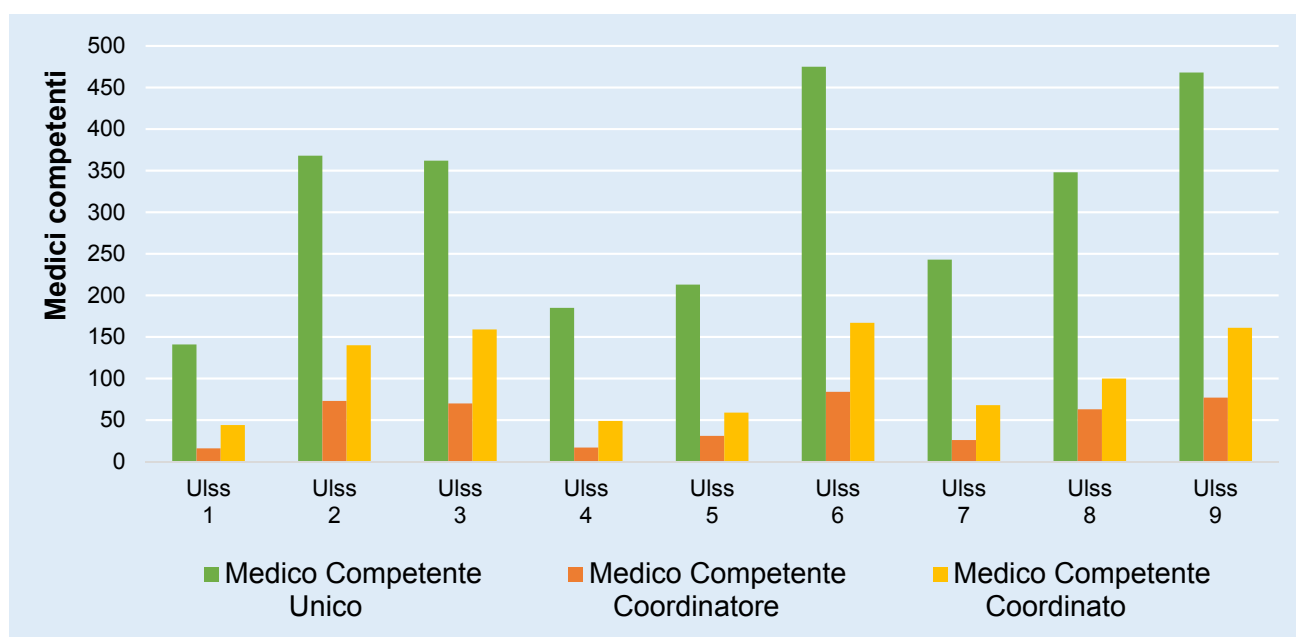


Figura 3.7 - Numero di medici competenti per categoria e ULSS, anno 2017



Di seguito si presenta il suddetto rapporto per ogni singola ULSS. Tale rapporto va interpretato con cautela in quanto i medici competenti operano in più ULSS (e anche in più regioni); tale circostanza fa sì che, sommando per ULSS il numero di medici competenti, ne risulti un totale maggiore del numero di medici competenti realmente operanti in Veneto (nello specifico, 4.207 medici di **Tabella 6.4** contro il valore reale di 1.246 di **Tabella 6.1**, per l'anno 2017). Da

ciò consegue che il rapporto comunicazioni/medici competenti a livello regionale per l'anno 2017 sia pari a 51 (63.519 comunicazioni su 1.246 medici) mentre, in media, per singola ULSS sia pari a 15 (63.519 comunicazioni su 4.207 medici), come mostrato in **Tabella 3.1**.

Per valutare quanto appena detto, può essere utile prendere in considerazione la **Figura 3.8**, che riporta graficamente il rapporto numero di comunicazioni/numero di

Tabella 3.1 - Dati di sintesi, Veneto, anno 2017

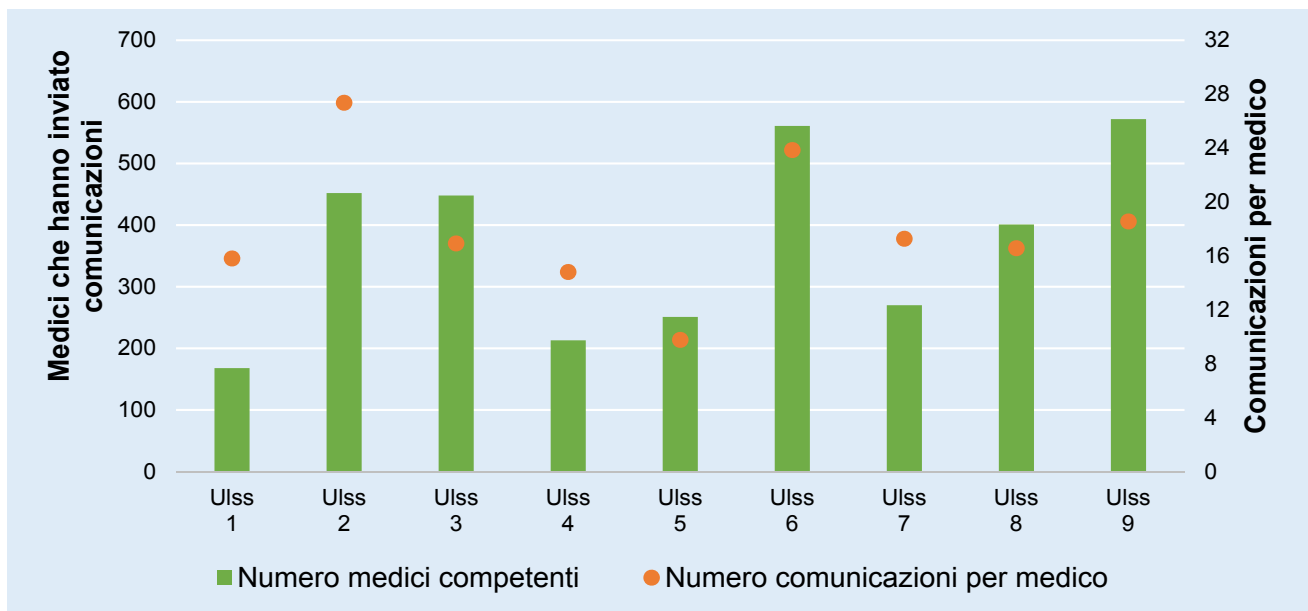
Comunicazioni Veneto	63.519
Unità produttive Veneto	62.099
Medici competenti Veneto	1.246
Somma medici competenti per ULSS	4.207
Comunicazioni / medici (Veneto)	51,0
Comunicazioni / medici (somma per ULSS)	15,1

medici riferito all'anno 2017. Si evidenzia che, così come nella pubblicazione precedente, è stato utilizzato come denominatore il numero di medici che hanno inviato comunicazioni riportato in **Tabella 6.1**. Nella **Figura 3.8** tale rapporto viene visualizzato mediante dei pallini, accostandolo al numero di medici competenti per ogni ULSS. Il

grafico evidenzia come il numero di comunicazioni per medico vari da un minimo di 10 (ULSS 5 Polesana) ad un massimo di 27 (ULSS 2 Marca trevigiana).

Nella mappa in **Figura 3.9** si riporta il numero di comunicazioni ogni 100 PAT. Il gradiente cromatico varia dal verde chiaro, ad indicare un rapporto “basso (ULSS 5

Figura 3.8 - Numero di medici competenti e numero di comunicazioni per medico, per ULSS, anno 2017



Polesana e ULSS 9 Scaligera) al verde scuro associato ad un rapporto “alto” (ULSS 2 Marca trevigiana). Le differenze che si osservano nella mappa potrebbero essere spiegate dalla maggiore o minore concentrazione di attività lavorative a basso rischio per le quali non è prevista sorveglianza sanitaria obbligatoria. Altre ipotesi potrebbero essere date dal mancato invio della comunicazione oppure dall’omissione della nomina del medico competente e della sorveglianza, laddove necessario.

Passando ad analizzare i lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria da parte dei medici competenti, di cui abbiamo descritto le principali caratteristiche statistiche,

la **Figura 3.10** e la **Tabella 6.8** mostrano come, anche in questo caso, le differenze tra le ULSS siano particolarmente marcate dal punto di vista numerico; infatti si nota una chiara predominanza di lavoratori soggetti a sorveglianza nelle ULSS 6 Euganea, ULSS 2 Marca trevigiana, ULSS 9 Scaligera e ULSS 3 Serenissima. Le differenze non riguardano solo il numero di lavoratori ma anche la distribuzione per genere di quest’ultimi: in percentuale, l’ULSS 6 Euganea presenta anche il maggior numero di lavoratrici soggette a sorveglianza sanitaria, percentuale che si riduce sensibilmente in altre ULSS. Com’è facile immaginare, queste differenze in termini di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria

Figura 3.9 - Numero di comunicazioni per PAT, per ULSS, anno 2017

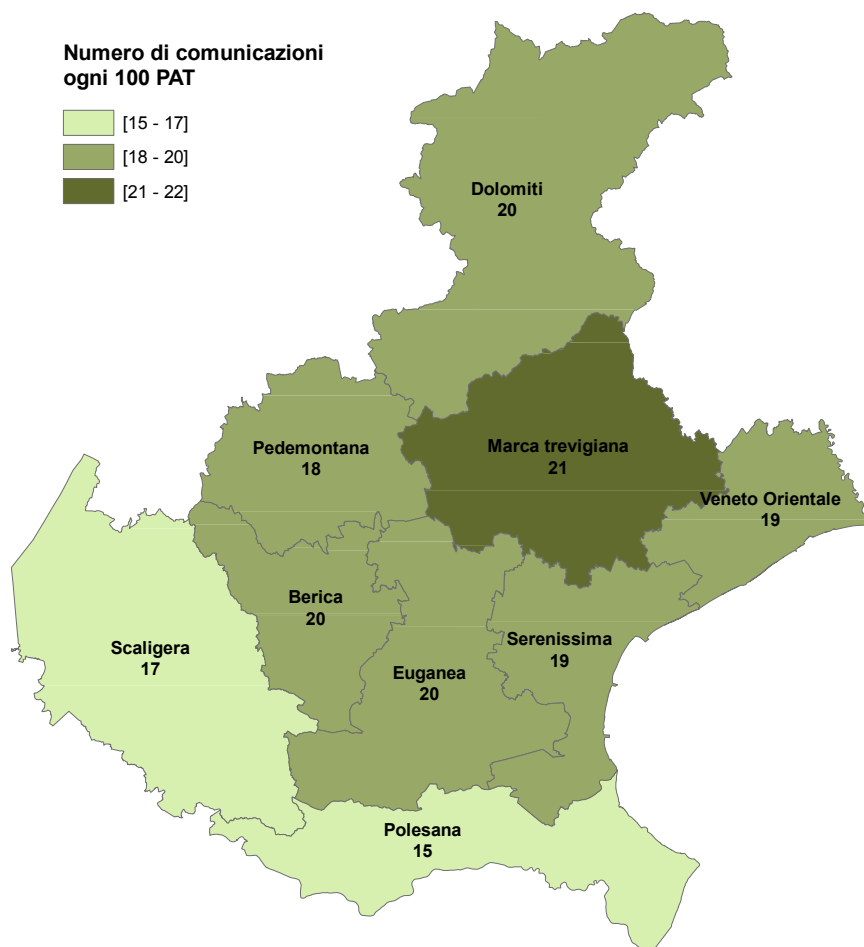
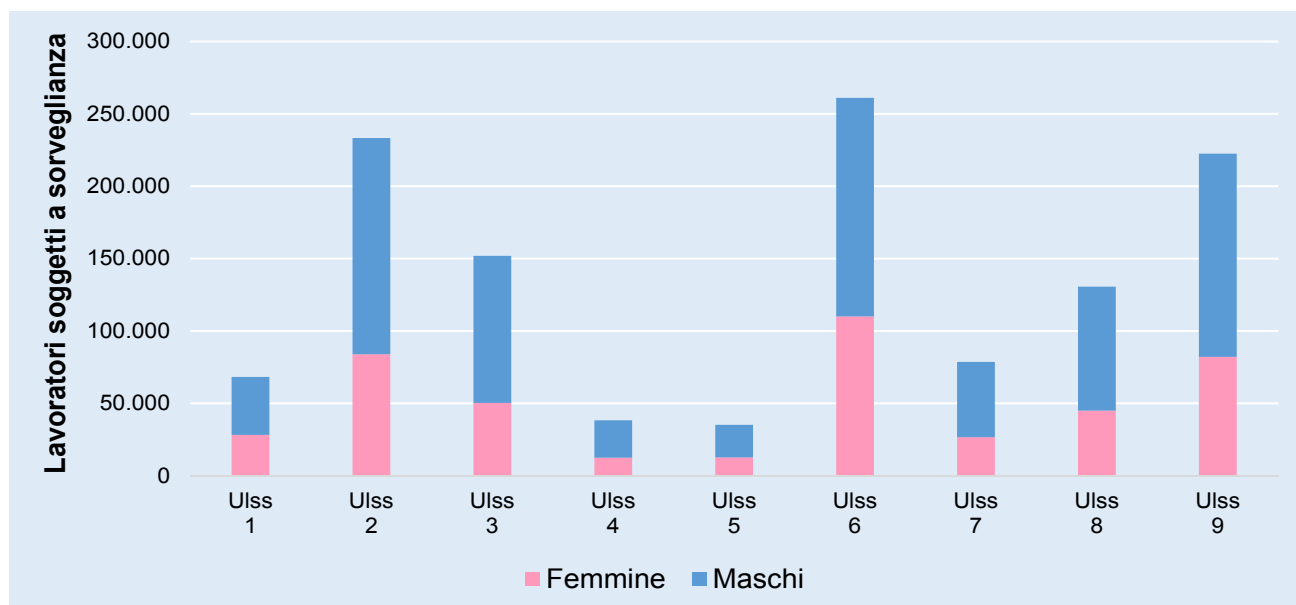


Figura 3.10 - Numero di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria per ULSS e per sesso, anno 2017

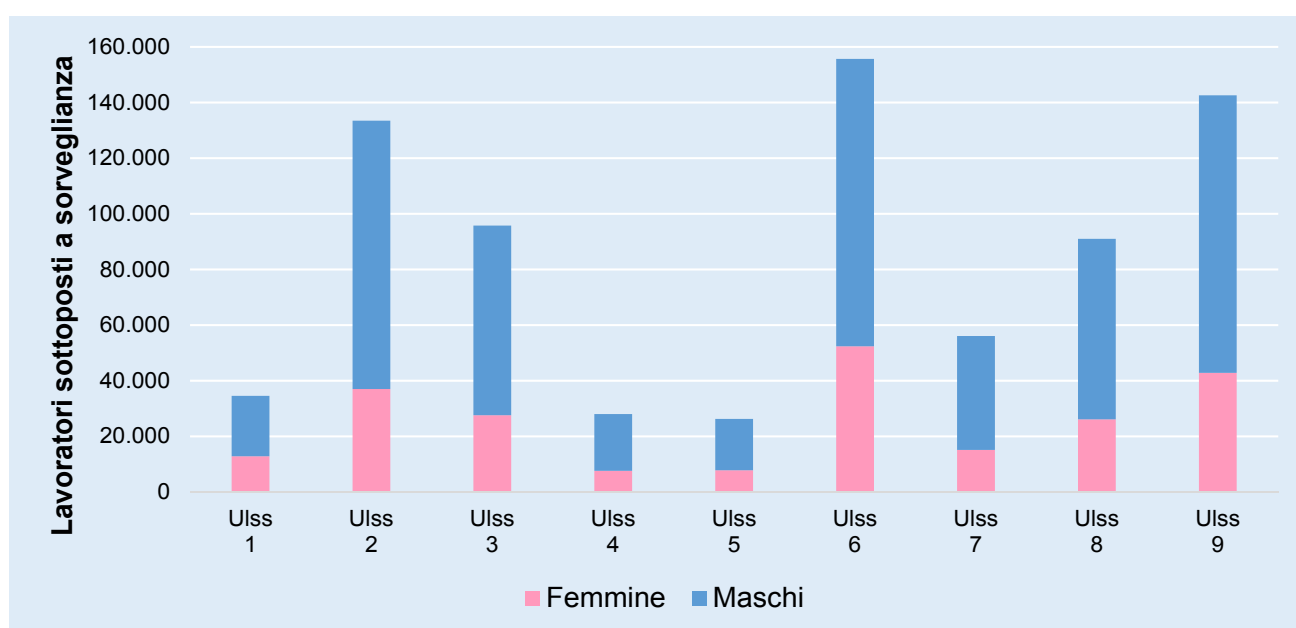


si riflettono sulla distribuzione dei lavoratori sottoposti a sorveglianza (**Tabella 6.9**), che manifesta le stesse caratteristiche evidenziate in **Figura 3.11**.

Un ulteriore elemento di interesse è dato dall'analisi del rapporto tra lavoratori sottoposti e soggetti a sorveglianza sanitaria, valutandone l'andamento rispetto alle ULSS

e al genere. Per far ciò ci si può avvalere della **Figura 3.12**. Si osserva, innanzitutto, come per tutte le ULSS la percentuale di lavoratori sottoposti rispetto ai lavoratori soggetti a sorveglianza sia più alta nel caso dei maschi; nel caso delle ULSS 4 Veneto Orientale, 5 Polesana, 7 Pedemontana, 8 Berica tale percentuale supera il 75% ma, lo stesso indicatore

Figura 3.11 - Numero di lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria per ULSS e per sesso, anno 2017

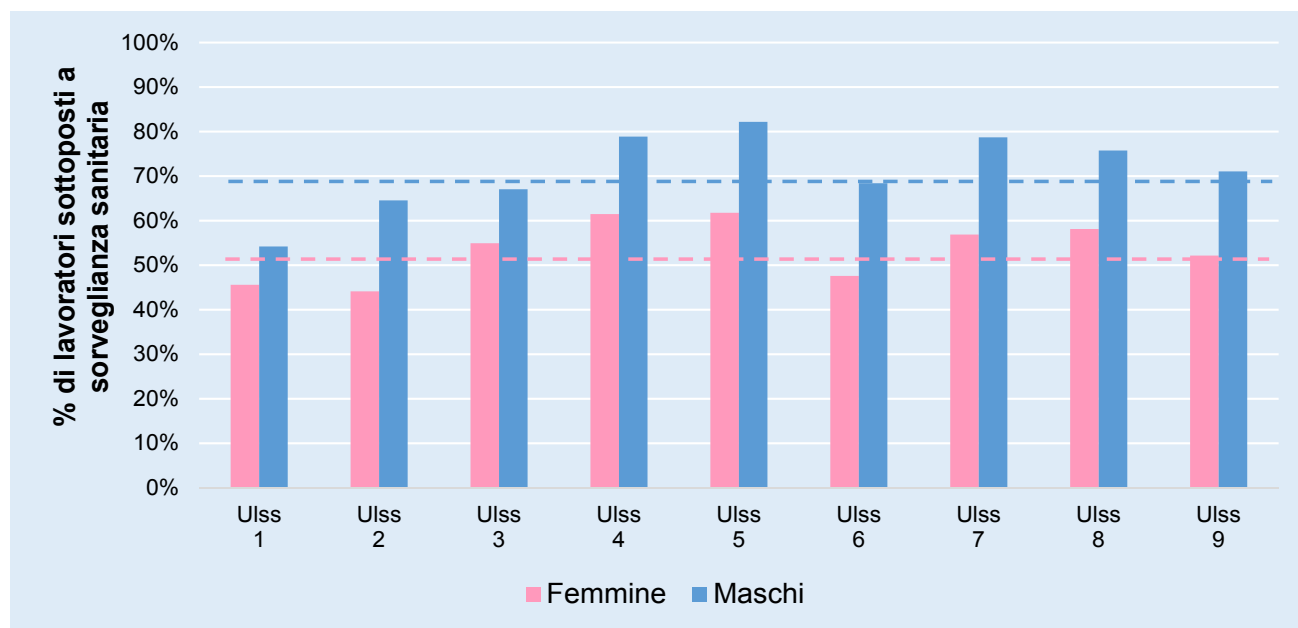


è di almeno 15 punti percentuali più basso nel caso delle lavoratrici. Si osserva anche che le ULSS 1 Dolomiti, 2 Marca trevigiana e 6 Euganea registrano un rapporto più basso della media sia per i maschi che per le femmine (meno del 50% per le femmine). Diverse ipotesi possono spiegare le variazioni di questo rapporto in un senso o nell'altro: ad esempio la periodicità della visita prevista dal protocollo (meno visite se la periodicità non è annuale), oppure il turnover del personale (più visite per una singola posizione).

Prima di approfondire gli esiti delle visite compiute dai medici competenti e dunque di

fornire, seppure indirettamente, un quadro epidemiologico della popolazione lavorativa, è opportuno contestualizzare il dato analizzato inquadrandolo nella cornice più ampia fornita dai dati sulla forza lavoro messi a disposizione dall'INAIL (non è possibile in questa sede utilizzare i dati ISTAT in quanto non è disponibile la distribuzione di addetti, occupati e unità locali per ULSS). A tal fine, si presenta in **Figura 3.13** un confronto, per singola ULSS, del contingente di unità produttive come desunte dalle comunicazioni dei medici competenti riferite al 2017 con le PAT INAIL, riferite al 2016. Sebbene tale

Figura 3.12 - Rapporto sottoposti/soggetti a sorveglianza per ULSS e per sesso, 2017

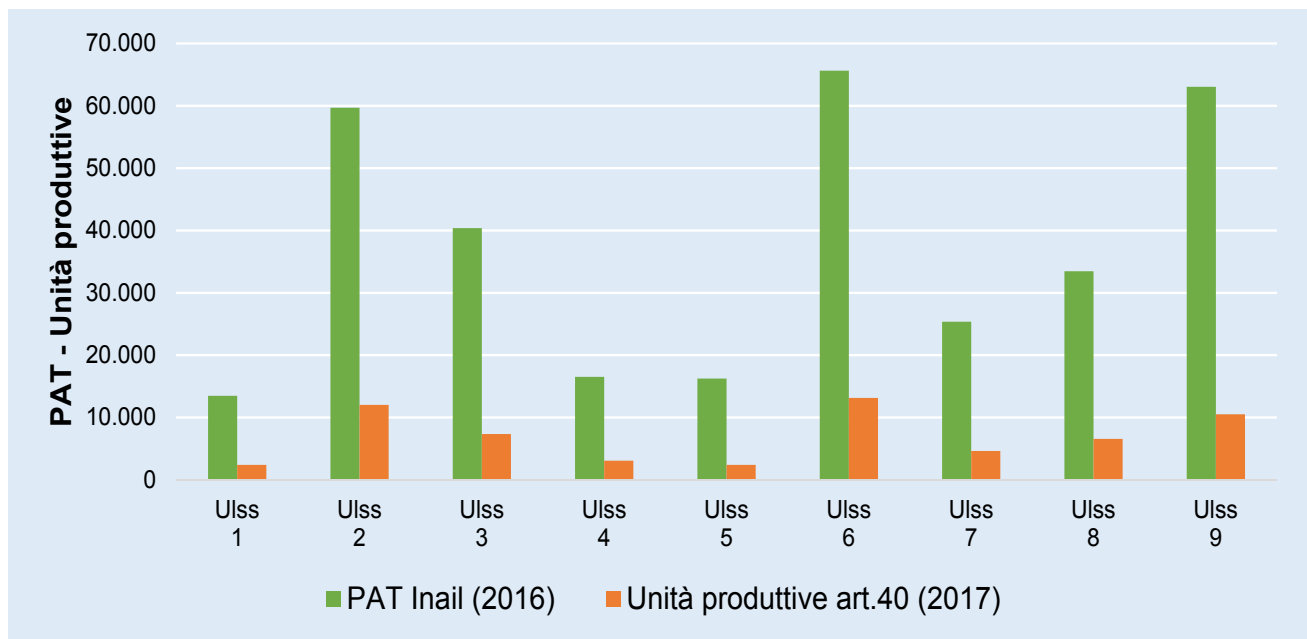


confronto sia distorto dal fatto che i due contingenti fanno riferimento ad anni diversi, a diverse definizioni di unità statistica e a diversi campi di applicazione, resta comunque valido per valutare la dimensione reale del campione osservato e valutato dai medici competenti. Emerge chiaramente come in tutte le ULSS il numero di PAT sia estremamente più elevato del numero di unità produttive monitorate dai medici competenti. Tale differenza suggerisce cautela nell'interpretare in senso epidemiologico i dati che verranno presentati più avanti, in quanto il

campione di unità produttive monitorate dai medici competenti e comunicato attraverso il "Cruscotto di monitoraggio" non può dirsi rappresentativo della forza lavoro veneta, essendo il numero di unità produttive coinvolte molto ridotto rispetto al totale (in questo grafico rappresentato dalle PAT INAIL) ed esposto a rischi professionali eterogenei.

In prima ipotesi, le motivazioni delle notevoli divergenze tra il dato globale (INAIL) e quello delle comunicazioni potrebbe essere riconducibile principalmente ai seguenti fattori:

Figura 3.13 - PAT INAIL (2016) e Unità produttive art.40 (2017) per ULSS



- assenza di rischi lavorativi che rendano obbligatoria la sorveglianza sanitaria;
- omissione di nomina del medico competente e della sorveglianza in casi che la richiederebbero;
- omissione di invio dei dati di cui all'allegato 3B;
- utilizzo di un canale diverso da quello messo a disposizione nel portale INAIL.

Allo stato attuale e con i dati disponibili non è possibile formulare stime quantitative sulle sopraccitate ipotesi a livello regionale.

Anche per i motivi sopra indicati, sarebbe interessante valutare il profilo delle unità produttive coinvolte nel monitoraggio indagandone la distribuzione rispetto ai settori produttivi (codice ATECO) per confrontarli con i dati globali, ma ciò non risulta possibile in quanto allo stato attuale, in gran parte dei casi, alle comunicazioni dei medici competenti manca tale informazione. Le **Tabelle 6.13-6.15** riportano i dati che si riferiscono all'anno 2017 e, rispettivamente, ai lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria, ai lavoratori sottoposti a sorveglianza e ai lavoratori ido-

nei alla mansione specifica per ogni settore di attività economica secondo la classificazione ATECO. Risulta che più del 60% dei lavoratori coinvolti rientra nella categoria ATECO "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). La **Figura 3.14** mostra la distribuzione per settore ATECO dei lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria. Il settore lavorativo maggiormente presente è "Attività manifatturiere" (44% circa dei lavoratori), seguito da "Commercio" (14%), "Costruzioni" (9%), "Trasporto e magazzinaggio" (8%), "Informazione e comunicazione" e "Sanità" (4%). Il dato mancante, relativo al settore produttivo ATECO, non impedisce solo la valutazione degli esiti delle visite mediche tra i diversi settori lavorativi, ma anche il confronto della popolazione sorvegliata dagli stessi medici competenti con la distribuzione per comparto produttivo dell'intera forza lavoro.

La distribuzione generale è osservabile in **Figura 3.15**, che riporta separatamente la distribuzione per categoria ATECO del numero di addetti e di PAT (anno di riferimento 2016) così come estratte dall'archivio Flussi Informativi INAIL-Regioni riferiti alla Regione del Veneto (si veda la **Tabella 6.12**). Un aspetto non trascurabile è il peso ridotto

della categoria “Non determinato” sia per le PAT che per gli addetti; in particolare, per le PAT, che possono essere paragonate alle unità produttive monitorate dai medici competenti, tale categoria assorbe meno del 6% della distribuzione, contro il 60% dei lavoratori soggetti a sorveglianza non associati ad alcun settore ATECO (**Tabelle 6.13-6.15**).

Figura 3.14 - Lavoratori soggetti a sorveglianza, per comparto ATECO, Veneto, anno 2017

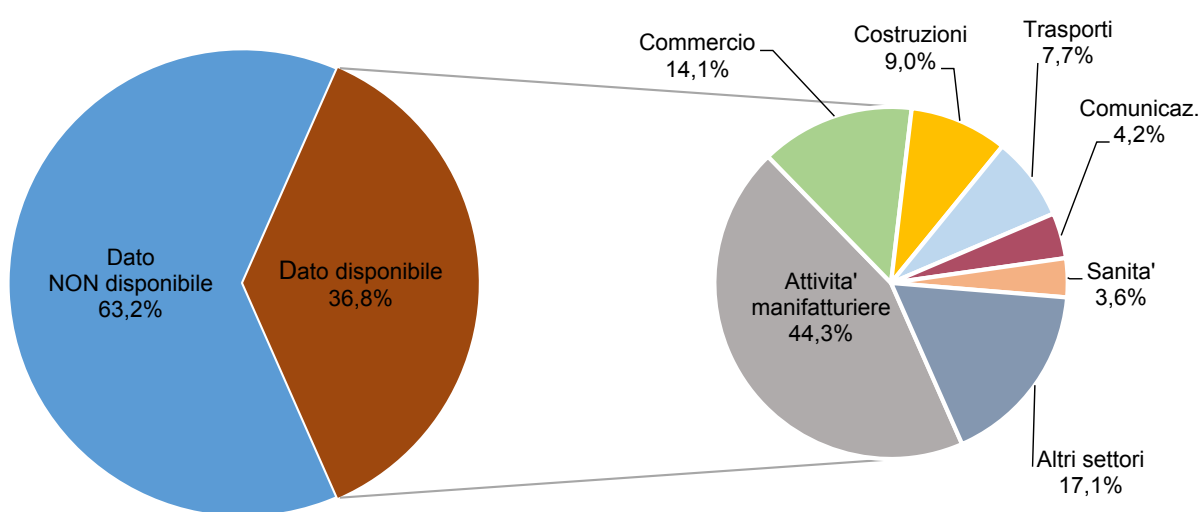
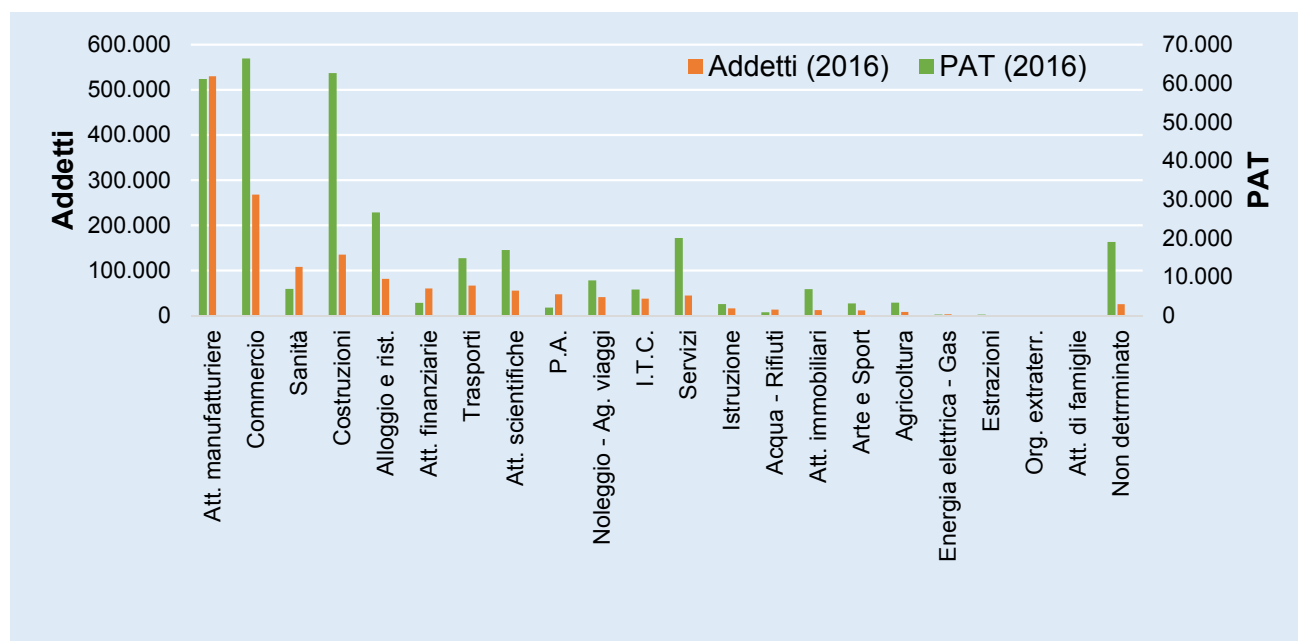


Figura 3.15 - PAT e addetti per comparto ATECO, Veneto, anno 2016

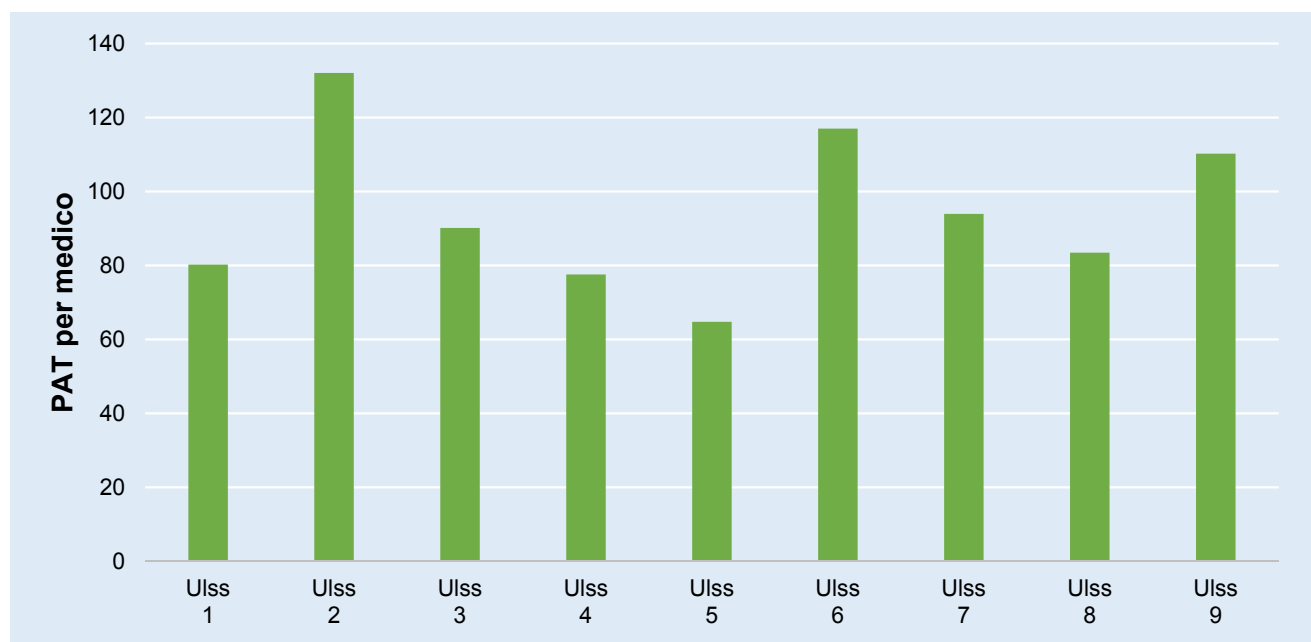


La distribuzione dei lavoratori soggetti a sorveglianza per categoria ATECO di **Figura 3.14** risulta diversa da quella degli addetti riportata in **Figura 3.15**. Ciò potrebbe essere spiegato dalla diversità di rischio nei vari settori pertanto, settori con un alto numero di addetti potrebbero avere un basso numero di soggetti a sorveglianza sanitaria e viceversa.

Altrettanto interessante sarebbe analizzare il potenziale bacino di utenza dei medici competenti nelle singole ULSS, vale a dire esaminare come si ripartisce l'insieme di riferimento nel territorio in cui i medici competenti esercitano la proprie attività. Tale ripartizione dipende soprattutto dalla distribuzione dei rischi lavorativi in relazione al

tipo di attività aziendale, ovvero ULSS con un maggior numero di aziende impegnate in attività “a rischio” tenderanno ad avere un maggior numero di comunicazioni e di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria. A tal fine, innanzitutto, può essere utile analizzare la **Figura 3.16**, che riporta il numero medio di PAT (INAIL, 2016) per ciascun medico competente che esercita nelle diverse ULSS. Anche in questo caso si è ritenuto opportuno utilizzare come denominatore il numero di medici che hanno inviato comunicazioni. Ciò che risulta è un quadro abbastanza eterogeneo: se nelle ULSS 4 Veneto Orientale e 5 Polesana i medici competenti “fronteggiano” una platea potenziale di meno di 80 PAT

Figura 3.16 - Numero medio di PAT INAIL (2016) per medico competente e per ULSS, anno 2016



pro-capite, tale cifra supera le 100 unità nelle ULSS 2 Marca trevigiana, 6 Euganea e 9 Scaligera. Differenze simili e anche più nette si osservano considerando i lavoratori, anziché le aziende: in **Figura 3.17** vengono riportati, separatamente per ogni ULSS, il numero medio di lavoratori soggetti e sottoposti a sorveglianza sanitaria per medico competente relativamente all'anno 2017. Per con-

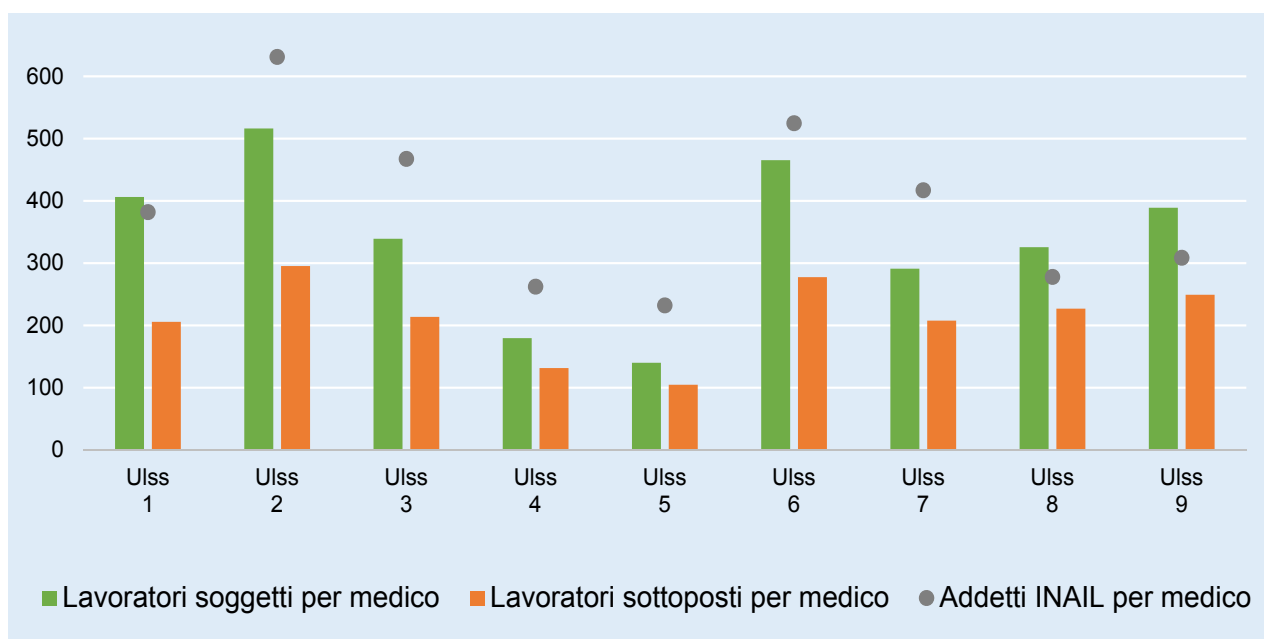
fronto, nello stesso grafico, si riporta, sotto forma di pallini, anche il numero medio di addetti (INAIL, 2016) per ogni medico competente attivo nel 2017. Ancora una volta occorre precisare che, così come nella pubblicazione precedente, il denominatore utilizzato corrisponde al numero di medici che hanno inviato comunicazioni. Per quanto riguarda i lavoratori soggetti a sorveglianza

sanitaria, dal grafico emerge come, nelle varie ULSS, il numero medio di lavoratori sia eterogeneo con estremi che vanno dai 140 soggetti dell'ULSS 5 Polesana ai più di 500 soggetti dell'ULSS 2 Marca trevigiana. Se si passa ad analizzare la distribuzione per medico del numero medio di lavoratori sottoposti a sorveglianza, si osserva che la distribuzione presenta una variabilità più ridotta: il numero medio di lavoratori sottoposti a sorveglianza varia tra 105 (ULSS 5 Polesana) e 295 lavoratori (ULSS 2 Marca trevigiana). Per quanto riguarda il numero di addetti per medico competente, i valori più bassi si registrano nelle ULSS 4 Veneto Orientale e 5 Polesana (meno di 270 addetti per medico), mentre, l'ULSS 2 Marca trevigiana raggiunge il picco di 631; la maggior parte delle restanti

ULSS oscilla attorno ai 300-550 addetti per medico competente. Si noti che nell'ULSS 1 Dolomiti, 8 Berica e 9 Scaligera il numero di soggetti a sorveglianza sanitaria è superiore al numero di addetti. Esistono essenzialmente due fattori che possono spiegare questa apparente anomalia:

- la comunicazione di un numero di soggetti a sorveglianza superiore a quello effettivo, causata dall'errata interpretazione dell'allegato 3B in presenza di più medici che operano nella stessa azienda;
- la presenza di un numero di addetti inferiore a quello effettivo, dovuta all'accenramento di alcune attività (ad esempio Poste e Ferrovie) in regioni diverse dal Veneto.

Figura 3.17 - Numero medio di lavoratori soggetti e sottoposti a sorveglianza sanitaria e numero medio di addetti (INAIL, 2016) per medico competente, per ULSS, anno 2017



3.2 - ESITO DELLE VISITE

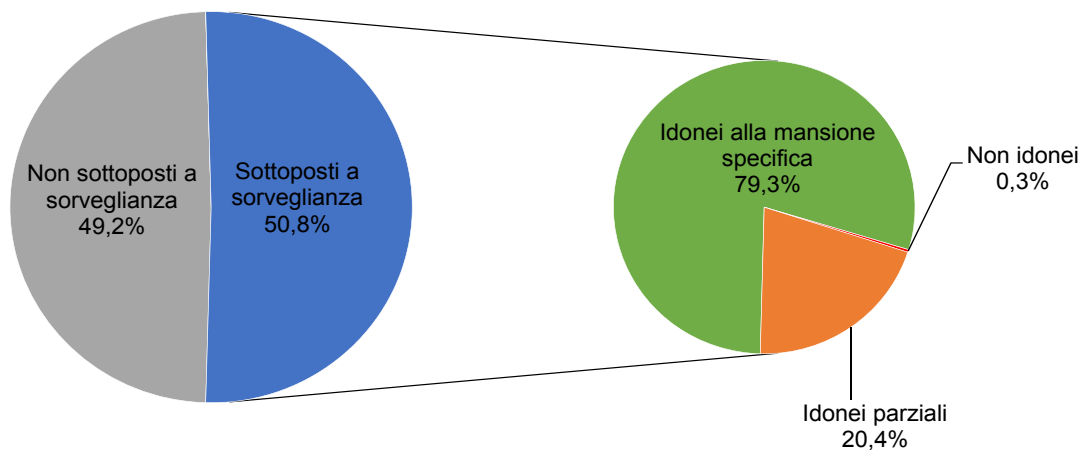
In questa sezione si analizzano i veri e propri risultati delle visite mediche effettuate dai medici competenti sui soggetti a sorveglianza sanitaria ex art. 40.

In **Figura 3.18** viene presentato, distintamente per sesso e facendo riferimento alla situazione complessiva regionale osservata nel 2017, l'esito generale delle visite svolte dai

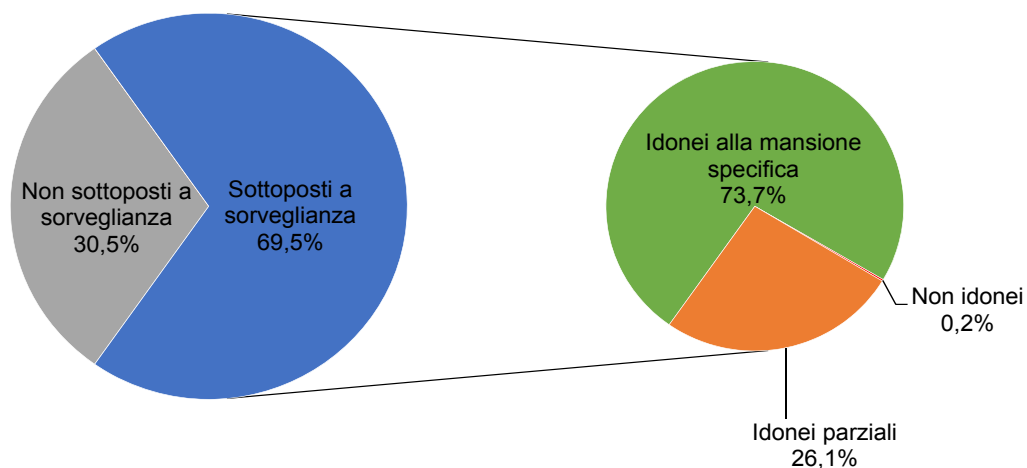
medici competenti: delle 229.475 lavoratrici sottoposte a sorveglianza (il 50,8% delle soggette a sorveglianza) 181.863 sono risultate idonee senza prescrizioni/limitazioni, cioè il 79,3%, rispetto al restante 20,7% di lavoratrici idonee con prescrizioni/limitazioni (idonee parziali) o completamente non idonee; dei 534.007 lavoratori sottoposti a sorveglianza (il 69,5% dei soggetti a sorveglianza) 393.617 sono risultati idonei alla mansione svolta senza alcun tipo di prescrizione/limi-

Figura 3.18 - Numero di lavoratori idonei, idonei con limitazioni e non idonei rispetto al totale dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, per sesso, Veneto, anno 2017

Femmine



Maschi



tazione, ovvero il 73,7%, contro il 26,3% di lavoratori idonei con prescrizioni/limitazioni (idonee parziali) o del tutto non idonei.

Un elemento interessante è proprio il “tasso di totale idoneità” registrato a seguito delle visite mediche, ovvero la percentuale di lavoratori risultati idonei (senza prescrizioni/limitazioni) sul totale dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, percentuale appena presentata per il caso complessivo regionale e che ora verrà declinata a livello di ULSS. Tale percentuale, come già evidenziato, va valutata con cautela in quanto non è lecito conferirgli un valore statistico essendo non casuale il campionamento operato per

la selezione dei visitati; il dato che emerge ha comunque un valore informativo che può orientare futuri approfondimenti sul tema. Occorre, inoltre, considerare la diversa tipologia di rischio a cui sono esposti i lavoratori visitati poiché esistono differenze di genere nella distribuzione per comparto produttivo (ad esempio, le donne sono occupate prevalentemente in settori in cui vi sono minori esposizioni a rischio e si concentrano nella sanità, nei servizi, nel commercio e nel pubblico impiego, spesso in lavoro d'ufficio).

In **Figura 3.19** viene mostrata la percentuale di totale idoneità nelle ULSS venete per i lavoratori di genere femminile, mentre in

Figura 3.19 - Percentuale di lavoratori idonei senza alcun tipo di limitazione su lavoratori sottoposti a sorveglianza (femmine) per ULSS, anno 2017

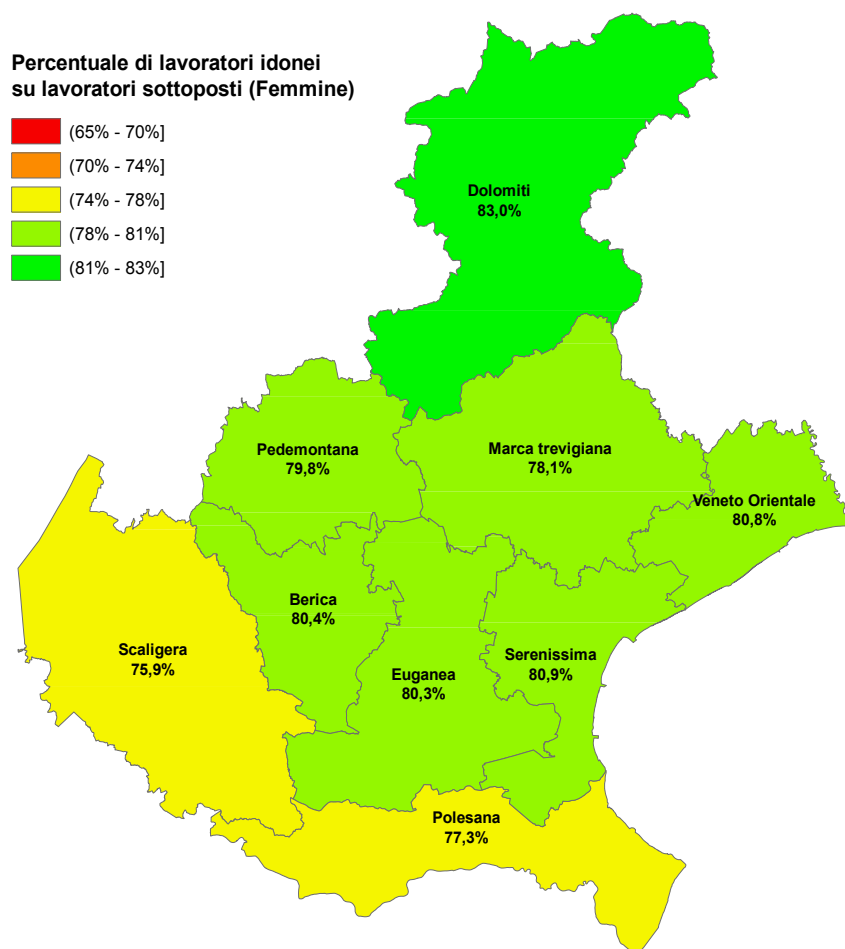
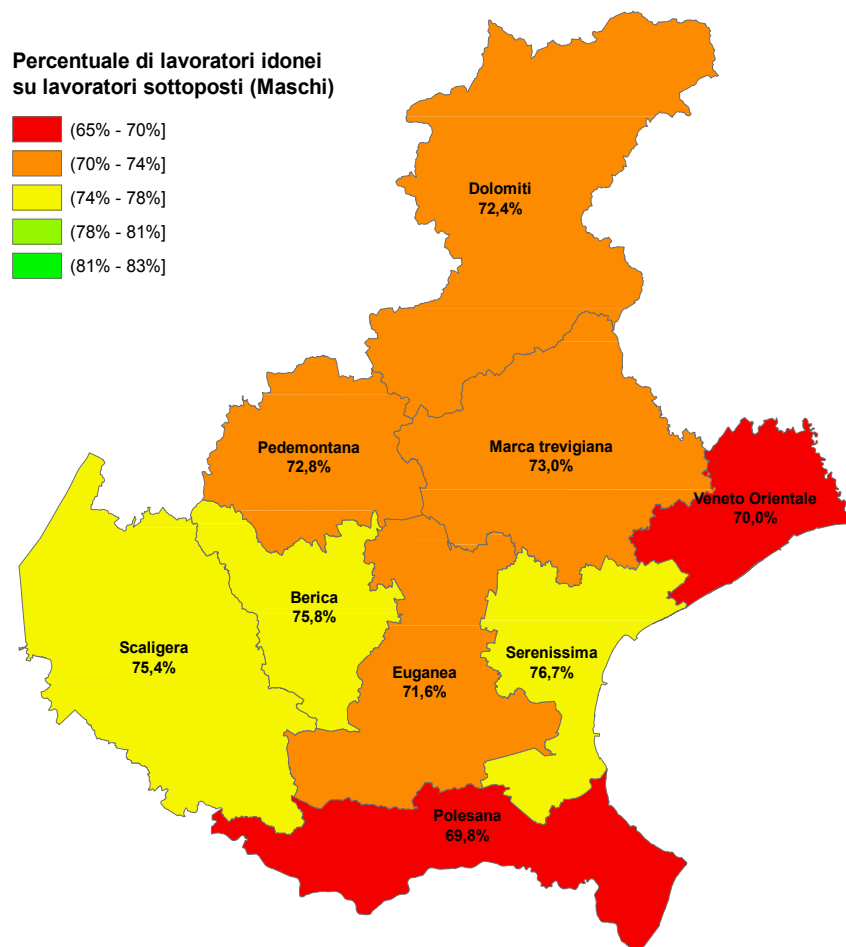


Figura 3.20 viene riportato lo stesso dato per i lavoratori di genere maschile (si veda la **Tabella 6.10**). Per queste due figure si utilizza una mappa della regione in cui il gradiente cromatico varia dal rosso, ad indicare le percentuali più basse, al verde scuro associato alle percentuali maggiori. Ancor prima di sottolineare le differenze tra le ULSS, ciò che emerge da una prima lettura è che la percentuale di totale idoneità è generalmente più elevata per le femmine rispetto ai maschi. Non sembra invece esserci una qualche regolarità geografica che si ripresenti rispetto ai due generi. Considerando le lavoratrici, l'ULSS che mostra la percentuale di tota-

le idoneità maggiore è la 1 Dolomiti (pari all'83%) contrapposta alla 9 Scaligera che registra una percentuale di totale idoneità di quasi il 76%; la situazione è diversa se si considerano i maschi, infatti la percentuale più alta è registrata per l'ULSS 3 Serenissima (intorno all'77%), mentre la percentuale più bassa è stata rilevata nell'ULSS 5 Polesana (intorno al 70%).

All'interno della categoria "idonei" la situazione è, come visto, ramificata in due tipologie di lavoratori: idonei (alla mansione specifica) senza prescrizioni/limitazioni e idonei con idoneità parziali (con limitazioni/prescrizioni temporanee o permanenti) (Ta-

Figura 3.20 - Percentuale di lavoratori idonei senza alcun tipo di limitazione su lavoratori sottoposti a sorveglianza (maschi) per ULSS, anno 2017



bella 6.11). In **Figura 3.21** viene riportata, separatamente per femmine e per maschi, la distribuzione degli idonei regionali rispetto alla tipologia di idoneità: le lavoratrici registrano un 79% di idonee senza limitazioni contro il 74% dei lavoratori; la percentuale di idonei con limitazioni o prescrizioni è maggiore nella popolazione dei maschi (26%) rispetto alle femmine (21%). Tali discrepanze sono spiegate dalla differente distribuzione delle lavoratrici nei comparti produttivi, come si mostrerà più avanti.

La situazione è diversa se si considera 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 maschi è migliore, come si evince dalla **Figura 3.22**: i lavoratori maschi veneti hanno una percentuale di non idoneità permanente pari al 30%, mentre tale percentuale raggiunge il 35% per le femmine.

Queste evidenti differenze per sesso riscontrate in termini di percentuale di idoneità traggono origine principalmente dalla diversa distribuzione dei lavoratori veneti

Figura 3.21 - Tipologia di idoneità, maschi e femmine, Veneto, anno 2017

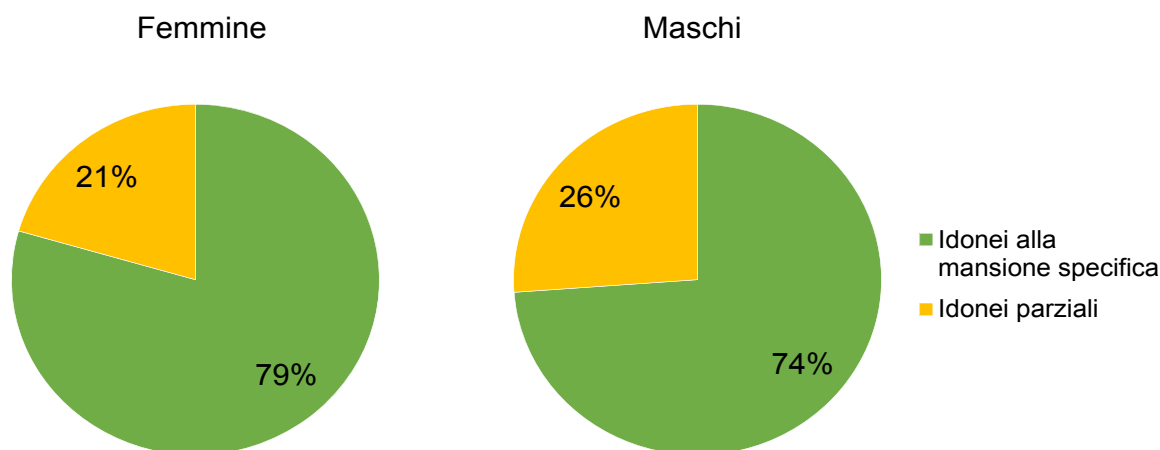
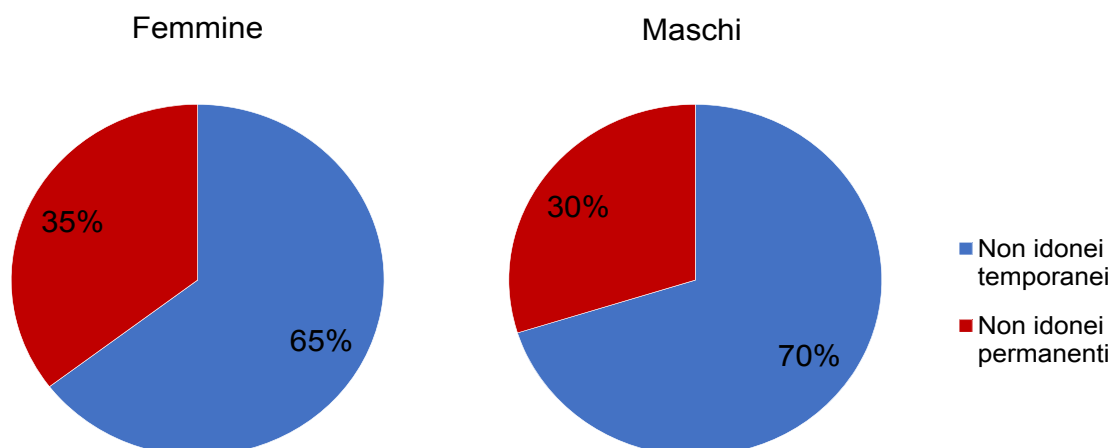


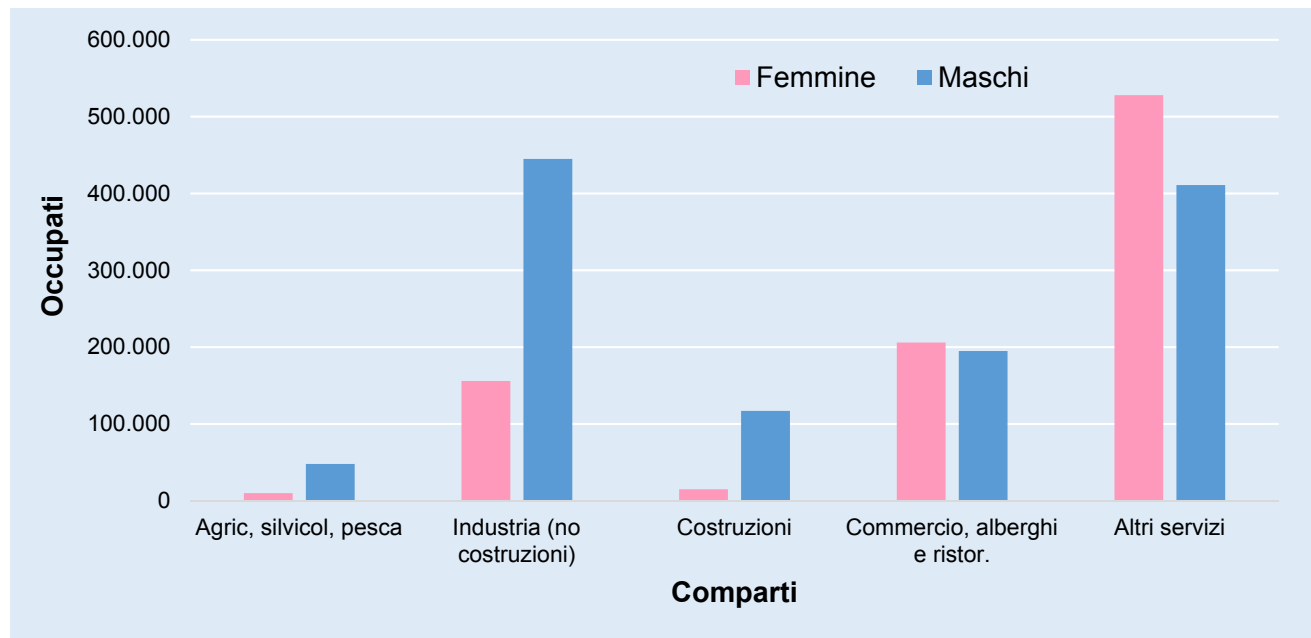
Figura 3.22 - Tipologia di non idoneità, maschi e femmine, Veneto, anno 2017



per sesso (e anche età) 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 3.23**, che riporta la distribuzione degli occupati rilevati dall’ISTAT in Veneto nel quarto trimestre 2017 per sesso e per comparto ATECO (comparti sintetizzati in cinque macro-categorie; si veda **Tabella 6.16**). Emerge con assoluta chiarezza la quota ridotta, rispetto al contingente maschile,

delle lavoratrici nei comparti “Industria” e “Costruzioni”: il 37% dei lavoratori è impiegato nel comparto industriale contro il 17% delle lavoratrici, mentre il 10% dei maschi è presente nel comparto delle costruzioni a fronte dell’2% delle femmine. Per trarre tali conclusioni sono stati utilizzati i dati ISTAT anziché quelli desunti dalle comunicazioni dei medici competenti in quanto, come già osservato in merito alle **Tabelle 6.13-6.15**, attualmente non è previsto l’obbligo di segnalare il comparto a cui afferisce l’unità produttiva sorvegliata e pertanto tale dato risulta incompleto.

Figura 3.23 - Numero di occupati (fonte: Indagine trimestrale forza lavoro ISTAT) per comparto ATECO e per sesso, Veneto, anno 2017



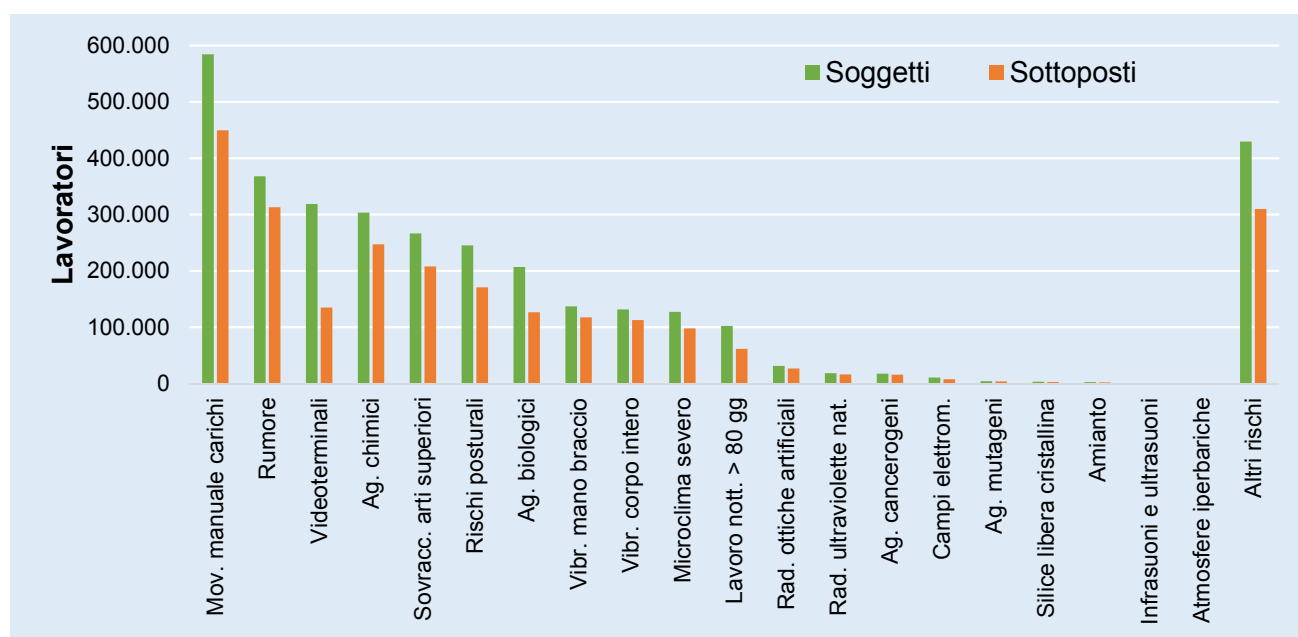
3.3 - RISCHI LAVORATIVI

In questa sezione, relativamente ai rischi lavorativi, si analizzano i dati derivanti dalle comunicazioni dei medici competenti, facendo riferimento all'anno 2017 e alla situazione complessiva della regione Veneto.

Per contestualizzare l'argomento si ripor-

ta la **Figura 3.24** che mostra la distribuzione per rischio lavorativo, non distinta per genere, dei lavoratori soggetti e di quelli sottoposti a sorveglianza sanitaria (**Tabella 6.18**). Tale grafico mette in luce il peso importante rivestito dal rischio collegato alla movimentazione manuale di carichi, seguito dal rumore, dall'utilizzo di videotermini, dall'uso di agenti chimici e dal sovraccarico degli arti

Figura 3.24 - Numero di lavoratori soggetti e sottoposti a sorveglianza sanitaria per rischio lavorativo, Veneto, anno 2017



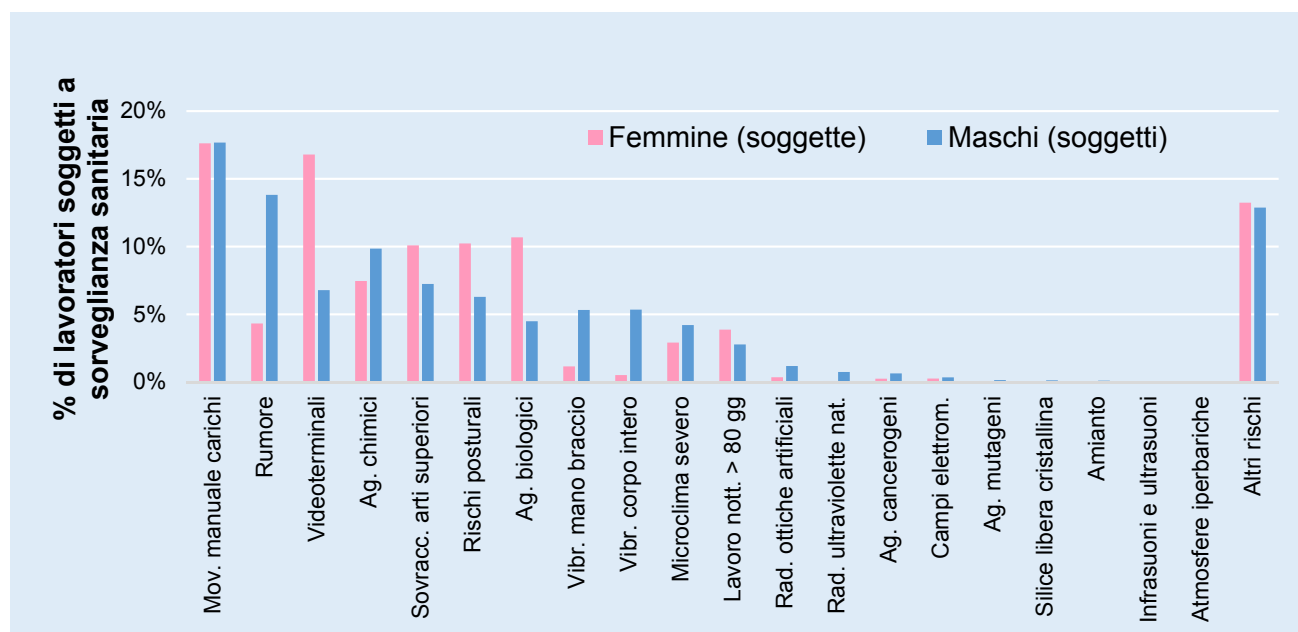
superiori. Ha un peso rilevante anche la categoria "Altri rischi", che di fatto si classifica come seconda (a causa dell'assenza di specificazioni nell'allegato 3B) e pertanto limita la bontà dei dati analizzati.

Anche per l'analisi dei rischi lavorativi può essere interessante approfondire la distribuzione per genere. In **Figura 3.25** viene riportata, separatamente per maschi e femmine, la distribuzione dei lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria per rischio lavorativo. Le differenze sono notevoli: analizzando le percentuali, mentre solo il 7% dei lavoratori maschi sono soggetti a rischi legati all'utilizzo di videotermini, tale quota raggiunge il 17% nel caso delle lavoratrici. I rischi as-

sociati all'eccessivo rumore interessano solo il 4% delle lavoratrici monitorate, mentre riguardano il 14% dei lavoratori. Gli agenti biologici costituiscono un rischio per il 4% dei maschi, percentuale che passa all'11% nel caso delle femmine; la movimentazione manuale di carichi è quasi identicamente rappresentata nelle due popolazioni (18%) e la categoria "Altri rischi" comprende il 13% sia per i maschi che per le femmine.

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

Figura 3.25 - Lavoratori soggetti e sorveglianza sanitaria per rischio lavorativo e per sesso, Veneto, anno 2017

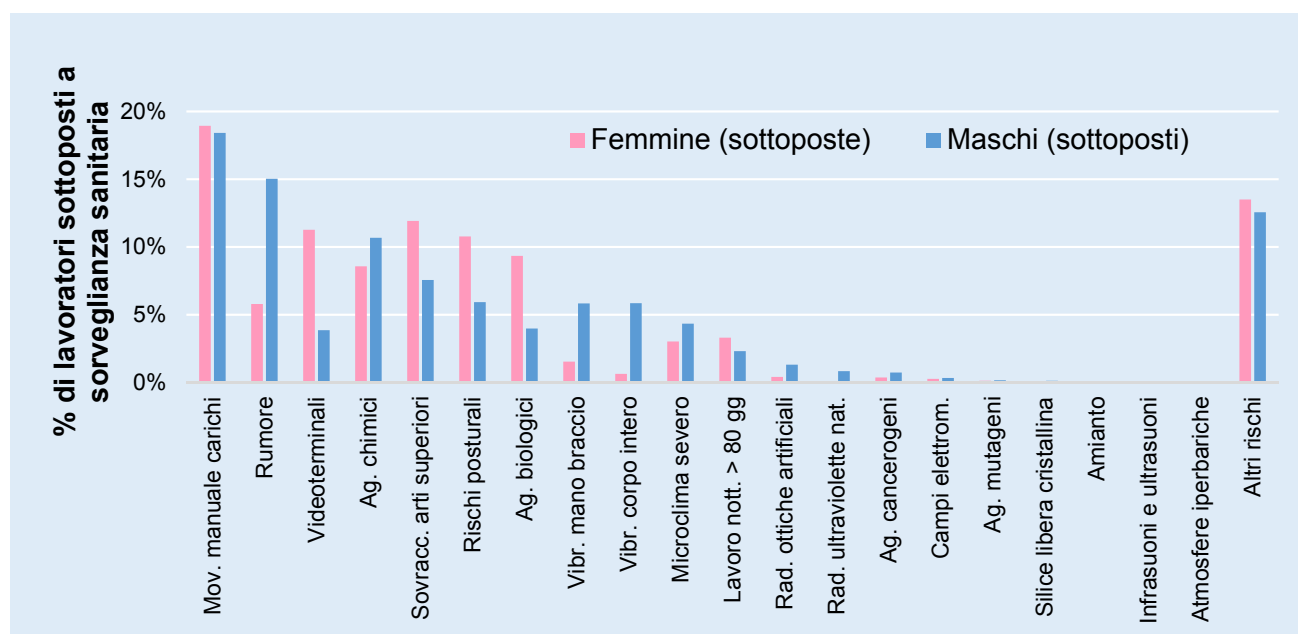


rispetto ai comparti produttivi: si veda nuovamente la **Figura 3.23** che mostra come le lavoratrici si collochino principalmente nel comparto “Altri servizi” che comprende, fra gli altri, Pubblica Amministrazione e Sanità.

Com'è facile immaginare, le percentuali restano pressoché invariate se si considera la distribuzione dei lavoratori sottoposti a sor-

veglianza sanitaria rispetto ai rischi lavorativi. Ciò è chiaramente visibile osservando il grafico in **Figura 3.26**, dove la distribuzione delle lavoratrici e dei lavoratori sottoposti a sorveglianza ricalca abbastanza fedelmente quella dei lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria.

Figura 3.26 - Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria per rischio lavorativo e per sesso, Veneto, anno 2017



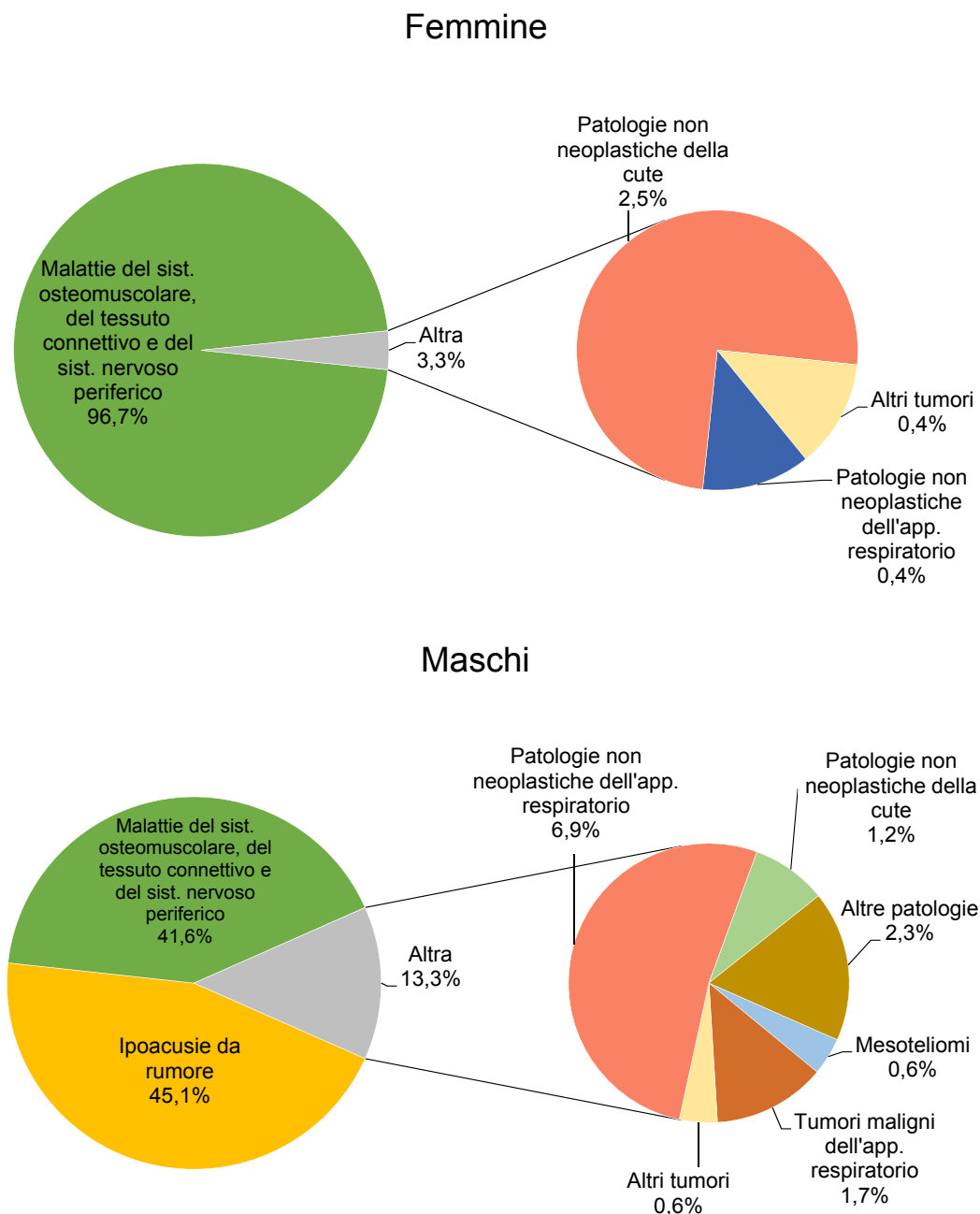
3.4 - MALATTIE PROFESSIONALI

L'attività dei medici competenti comporta la segnalazione anche a fini statistici, ai sensi dell'art. 139 del D.P.R. 1124/1965, di malattie professionali riscontrate nei lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria. In questa sezione si analizzano i dati risultanti da tale rilevazione e, pur tenendo conto del differente campo di applicazione delle due normative, si confrontano i dati ex art. 40 con quelli de-

sunti dai Flussi Informativi INAIL-Regioni (malattie denunciate come indennizzabili a fini assicurativi).

Facendo riferimento al dato regionale, in **Figura 3.27** viene riportata la distribuzione delle malattie professionali, rilevate dai medici competenti nel 2017, distinta per genere (si veda la **Tabella 6.17**). I grafici evidenziano le differenze tra i generi. Per quanto riguarda le lavoratrici, la quasi totalità delle malattie rilevate (96,7%) risulta appartenere alla classe "Malattie del sistema osteomusco-

Figura 3.27 - Malattie professionali rilevate dai medici competenti per sesso, Veneto, anno 2017



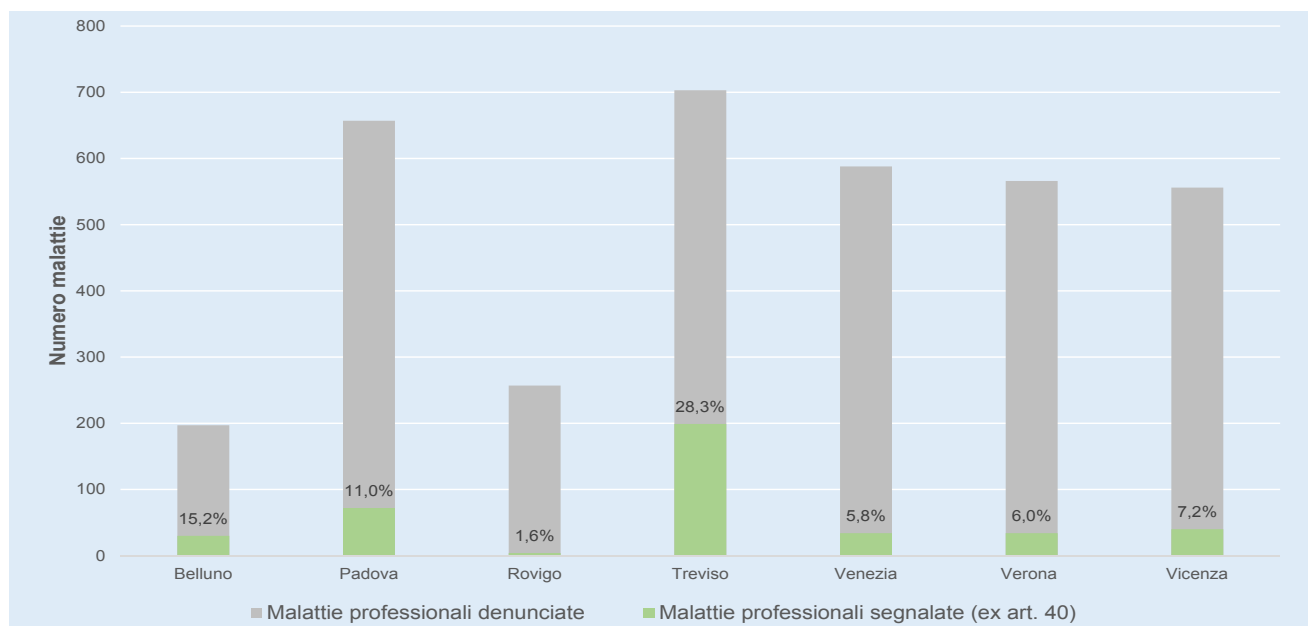
lare, del tessuto connettivo e del sistema nervoso periferico”. Nei lavoratori invece, questa costituisce la seconda classe più frequente (41,6%) preceduta dall’ipoacusia da rumore (45,1%).

Confrontando il numero di malattie segnalate dai medici competenti con il numero di malattie segnalate agli SPISAL (**Tabella 6.17a**), si nota che le prime sono nettamente inferiori alle seconde. Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che gran parte di queste malattie sono a lunga latenza pertanto non facilmente individuabili dal medico competente.

La fonte informativa primaria in merito alle malattie professionali è costituita dall’INAIL, che fornisce i dati sulle malattie denunciate e successivamente riconosciute dall’ente. 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. Da una prima analisi emerge che per tutte le province il numero totale di malattie segnalate dai medici competenti è inferiore al 20% della totalità delle malattie denunciate all’INAIL, ad eccezione della provincia di Treviso in cui si registra il 28%; in particolare, per la provincia di Rovigo tale percentuale non raggiunge neanche il 2% (si veda la **Tabella 6.19**). La conseguente **Figura 3.28** mostra per provincia il numero di malattie professionali segnalate dai medici competenti nel 2017 ed il totale di malattie denunciate all’INAIL nel corso dello stesso anno. Tali percentuali si riferiscono al rapporto tra il numero di malattie rilevate durante la sorveglianza sanitaria prevista dall’art. 40 ed il totale delle malattie denunciate all’INAIL.

Figura 3.28 - Numero di malattie rilevate dai medici competenti sui lavoratori sottoposti (2017) e totale di malattie denunciate all’INAIL (2017), per sesso e provincia



3.5 - ALCOL E STUPEFACENTI

L'ultima sezione di questo capitolo riguarda i dati inerenti alle rilevazioni svolte dai medici competenti nell'ambito degli accertamenti effettuati per il consumo di alcol e di sostanze psicotrope/stupefacenti, ai sensi dell'art. 41 del D.Lgs. 81/2008.

Il numero di lavoratori sottoposti a verifiche varia molto a seconda dell'ULSS e rispetto al sesso: in **Figura 3.29** viene mostrata la distribuzione dei lavoratori sottoposti a controlli per consumo di alcol nel 2017 (**Tabella 6.20**) e in **Figura 3.30** quella dei lavoratori sottoposti a controlli per l'uso di sostanze stupefacenti, sempre nel 2017 (si veda la **Tabella 6.21**). In tutte le ULSS, il numero di lavoratrici controllate per consumo di alcol è risultato molto inferiore rispetto ai maschi. In particolare, il numero di lavoratori controllati per consumo di alcol raggiunge un picco nell'ULSS 2 Marca trevigiana con

17.941 maschi (e meno di 1.200 femmine); segue l'ULSS 9 Scaligera con quasi 17.800 maschi (e 1.558 femmine). Riguardo ai lavoratori controllati per l'uso di stupefacenti (**Tabella 6.21** e **Figura 3.30**), la distribuzione è sostanzialmente simile, infatti il ruolo primario è ancora ricoperto dalle ULSS 2 Marca trevigiana e dall'ULSS 9 Scaligera, a cui si aggiunge l'ULSS 6 Euganea, con un totale di lavoratori maschi controllati che va da quasi 31.900 a quasi 36.800. Una particolarità della distribuzione dei lavoratori controllati per uso di stupefacenti è che la quasi totalità dei controllati è di sesso maschile, essendo in questo caso la presenza femminile quasi nulla in termini percentuali. Tali evidenti differenze per genere emerse dalla **Figura 3.29** e dalla **Figura 3.30** 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 stupefacenti è più monitorato perché sono più frequenti le mansioni che prevedono

Figura 3.29 - Numero di lavoratori controllati per consumo di alcol per ULSS e per sesso, anno 2017

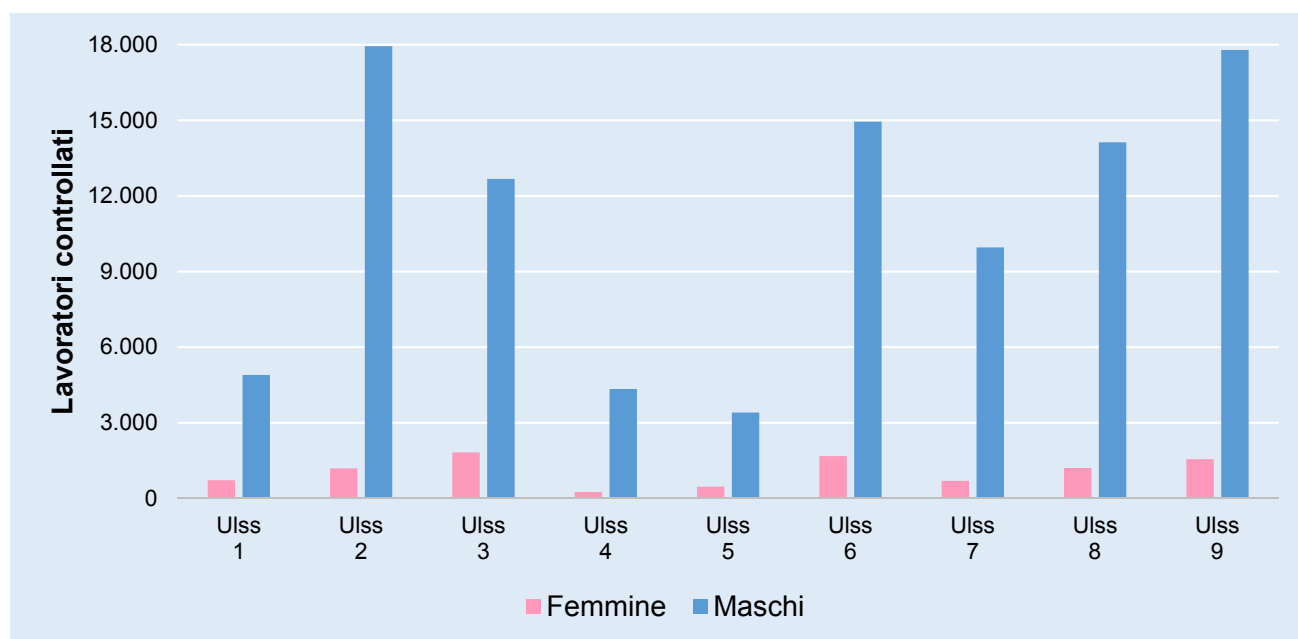
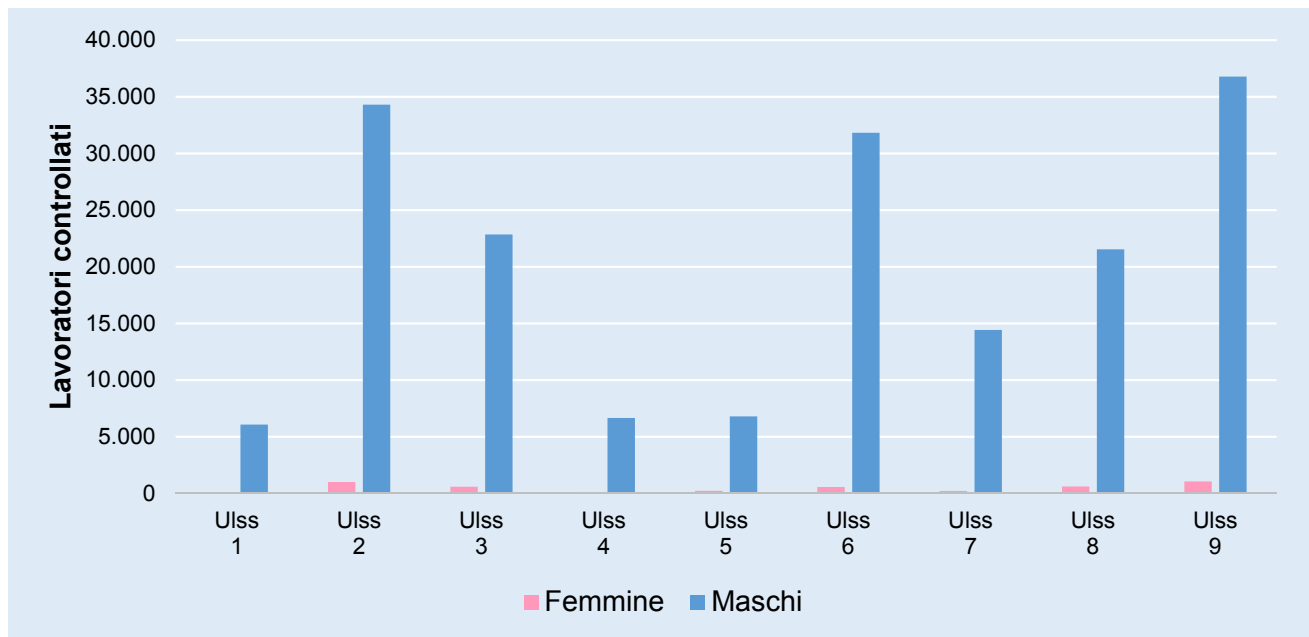


Figura 3.30 - Numero di lavoratori controllati per uso di sostanze stupefacenti, per ULSS e per sesso, anno 2017

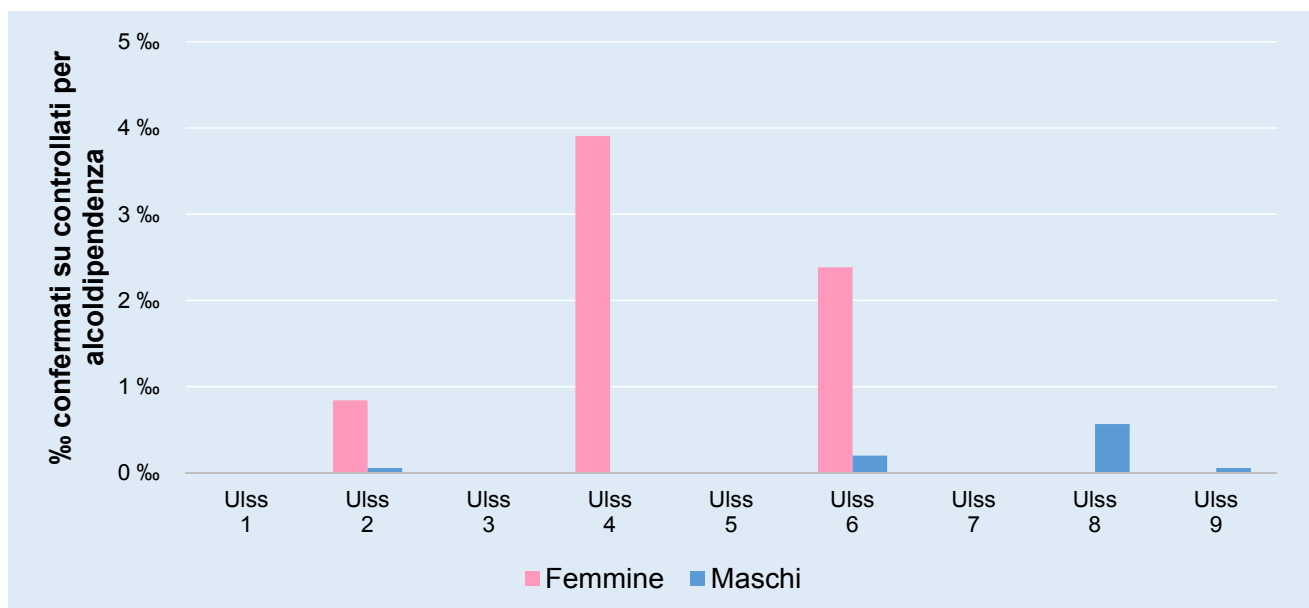


no l'obbligo di accertamento.

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 stupefacenti. Nel caso dei controlli per

consumo di alcol, la **Figura 3.31** proietta i decimi percentuali (‰) di coloro che, dopo essere stati inviati al Centro alcologico, sono risultati positivi agli accertamenti di conferma per alcoldipendenza; i valori per mille sono stati calcolati considerando l'ULSS di

Figura 3.31 - Lavoratori positivi ai test di conferma su totale lavoratori controllati (per mille), per sesso e ULSS, anno 2017

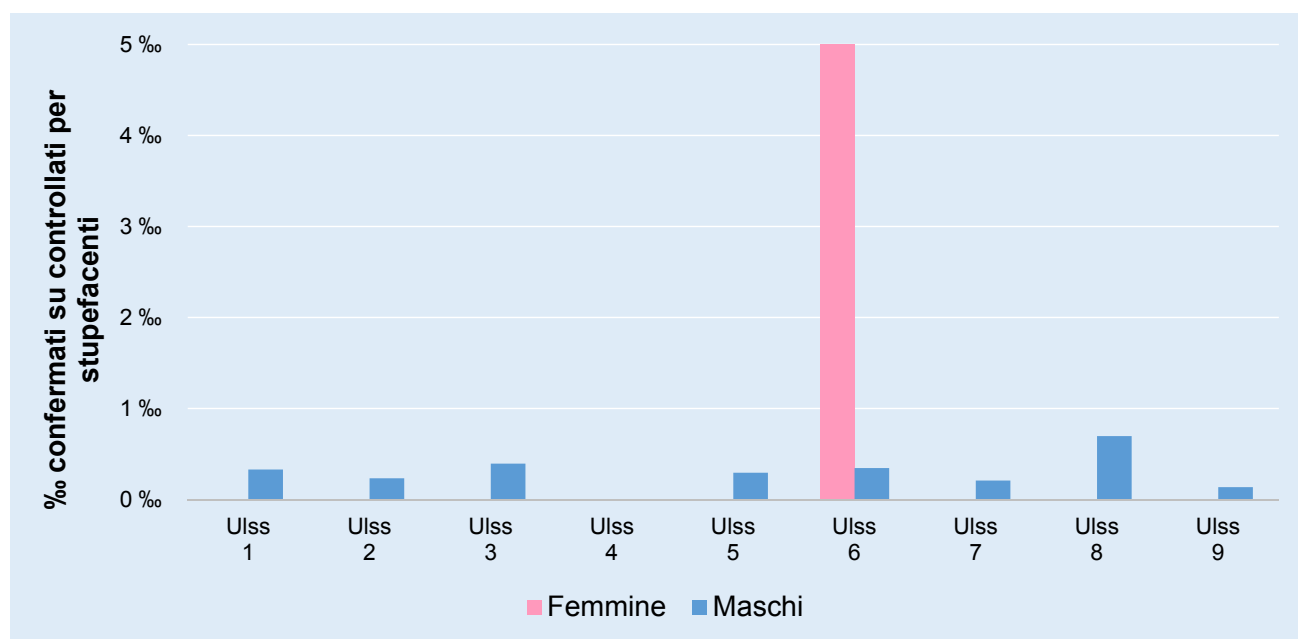


appartenenza e il sesso del lavoratore controllato. Per le lavoratrici emerge con evidenza l'ULSS 4 Veneto Orientale (con quasi il 4‰ di conferma di positività al test) mentre per i lavoratori si registrano casi di dipendenza confermati solo nelle ULSS 2 Marca trevigiana, 6 Euganea, 8 Berica e 9 Scaligera; in tali ULSS i valori non superano l'1‰.

Per quanto riguarda i controlli svolti per l'utilizzo di sostanze stupefacenti, prima di commentare i dati, si premette che i controlli per l'uso di stupefacenti si articolano in due fasi: dapprima viene somministrato un test di screening ai lavoratori soggetti ai controlli, test che gode di un basso livello di affidabilità in caso di esito positivo ma che risulta attendibile per gli esiti negativi; pertanto, ai soggetti 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 3.32** viene mostrato il numero di lavoratori (per mille) positivi al test di conferma per stupefacenti effettuato presso il SERD sul totale di lavoratori controllati nel 2017, per ULSS e per sesso. Va notato che per le donne, solo per l'ULSS 6 Euganea è stata registrata una positività al test di conferma (circa il 5‰), tale valore è il più alto rilevato per tutte le ULSS anche rispetto a quelli registrati per gli uomini. Come nel caso del grafico precedente, i dati relativi ai lavoratori maschi non mostrano valori che superano l'1‰ (il valore più alto è registrato per l'ULSS 8 Berica con lo 0,7‰). Si evidenzia, inoltre, che solo per l'ULSS 4 Veneto Orientale non si rilevano casi di dipendenza confermati per l'uso di sostanze stupefacenti.

Figura 3.32 - Lavoratori positivi ai test di conferma su totale lavoratori controllati per sostanze stupefacenti (per mille), per sesso e ULSS, anno 2017



Conclusioni

Capitolo



Tale analisi sistematica dei dati estratti dal “Cruscotto di Monitoraggio” messo a disposizione da INAIL consente di formulare alcune conclusioni, di seguito sintetizzate.

1. Il sistema costituito dal portale INAIL ha consentito di uniformare la raccolta dei dati e, soprattutto, di raccogliere dati elaborabili rispetto alla precedente esperienza del 2008 consentendo di trarre utili indicazioni dall’impegno richiesto ai medici competenti.
2. E’ evidente che il controllo prioritario non è sull’adempimento formale del medico competente ma su quello sostanziale della tutela della salute dei lavoratori; tuttavia, senza la piena collaborazione dei medici competenti, l’organo di controllo verrebbe distolto verso azioni di poco valore preventivo anche se necessarie per implementare il sistema.
3. Il numero di comunicazioni pervenute, anche se non è possibile fare stime precise, è verosimilmente inferiore a quello che sarebbe lecito attendersi in funzione della presenza di attività produttive nel territorio; sostanzialmente si possono fare due ipotesi:
 - la sorveglianza sanitaria non è stata effettuata ove sarebbe obbligatoria;
 - la sorveglianza è stata effettuata ma il medico competente non ha inoltrato la comunicazione.
4. Il sistema ormai è a regime; pertanto ci si aspetta sia possibile verificare se la copertura della sorveglianza sanitaria è adeguata rispetto alla distribuzione dei rischi lavorativi.
5. Questa restituzione di risultati ha il principale scopo di stabilire un clima costruttivo necessario per migliorare e valorizzare lo strumento ai fini della completezza del controllo sanitario dei lavoratori a rischio e, in un secondo momento, di perseguire il miglioramento della qualità delle prestazioni come ogni sistema, pubblico o privato dovrebbe fare.
6. Infine, il flusso deve fornire un feedback su se stesso per perseguire il miglioramento dello strumento informatico e del flusso di informazioni facilitando il compito degli attori coinvolti sia sul fronte delle aziende sia sul fronte degli enti che vigilano sugli adempimenti e/o pianificano e programmano azioni di prevenzione.

Glossario

Capitolo



ADDETTI INAIL:

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.

ADDETTI ISTAT:

Persone occupate 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.).

ARTICOLO 40 DEL D.LGS. 81/2008:

Articolo 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 D.P.R. 1124/1965:

Articolo che prevede l'obbligo, da parte di ogni medico, di denunciare all'INAIL e alla ULSS competente per territorio (D.Lgs. 38/2000) ogni malattia professionale eventualmente diagnosticata compresa in un apposito elenco (attualmente costituito dalle tre liste del D.M. 10/06/2014).

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.

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.

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.

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 D.Lgs. 81/2008).

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 suddetto 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).

LAVORATORI SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA SANITARIA:

Numero di lavoratori effettivamente visitati dal medico competente entro il 31 dicembre dell'anno di riferimento. Solitamente il numero dei suddetti lavoratori è inferiore a quello dei soggetti a sorveglianza ma, in caso di elevato turnover in mansioni a rischio, può essere anche maggiore.

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. 1124/1965.

MEDICO COMPETENTE:

Medico in possesso dei titoli e dei requisiti di cui all'art. 38, nominato dal datore di lavoro per gli adempimenti di cui al D.Lgs. 81/2008, tra i quali: collaborazione ai fini della valutazione dei rischi ed effettuazione della sorveglianza sanitaria.

Secondo l'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 evidenzi la necessità, il datore di lavoro può nominare più medici competenti individuando tra essi un medico con funzioni di coordinamento". In tal caso, tra i medici competenti il professionista sanitario 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 nomini un solo medico competente, quest'ultimo è definito medico competente unico.

OCCUPATO:

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

PAT (Posizione Assicurativa 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.

Tuttavia, esiste il caso (accentramento contributivo) in cui, per agevolare il rappor-

to 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.

RILEVAZIONE SULLE FORZE DI LAVORO:

Le stime ufficiali degli occupati e delle persone in cerca di lavoro, nonché informazioni sui principali aggregati dell'offerta di lavoro, derivano dall'indagine sulle forze di lavoro derivano. 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.

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.

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.

TEST DI SCREENING/CONFERMA PER USO SOSTANZE STUPEFACENTI:

Test utilizzati, secondo le modalità previ-

ste 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 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.

UNITÀ LOCALE:

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

UNITÀ PRODUTTIVA:

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

Tabelle

Capitolo 6



Tabella 6.1 - Comunicazioni, unità produttive e medici competenti per ULSS, anno 2017

	Comunicazioni	Unità produttive	Medici che hanno inviato comunicazioni
Ulss 1 - Dolomiti	2.656	2.404	168
Ulss 2 - Marca trevigiana	12.368	12.020	452
Ulss 3 - Serenissima	7.583	7.351	448
Ulss 4 - Veneto Orientale	3.154	3.069	213
Ulss 5 - Polesana	2.453	2.401	251
Ulss 6 - Euganea	13.382	13.143	561
Ulss 7 - Pedemontana	4.664	4.625	270
Ulss 8 - Berica	6.645	6.564	401
Ulss 9 - Scaligera	10.614	10.522	572
Totale	63.519	62.099	1.246

NOTA

- Il totale di medici riportato in tabella 6.1 rappresenta il numero di medici distinti che hanno operato nella regione Veneto e differisce dalla somma dei medici che hanno inviato comunicazioni nelle varie ULSS in quanto uno stesso medico può operare in più ULSS.

Tabella 6.2 - Numero di unità produttive per classi di addetti, Veneto, anno 2017

Classe di addetti	Unità produttive (2017)
0	1.673
1	6.670
Da 2 a 3	13.780
Da 4 a 10	21.228
Da 11 a 15	5.871
Da 16 a 20	3.162
Da 21 a 30	3.111
Da 31 a 100	4.936
Da 101 a 200	996
Da 201 a 500	454
Da 501 a 1.000	110
Da 1.001 a 5.000	98
Da 5.001 a 10.000	8
Oltre 10.000	2
Totale	62.099

Tabella 6.3 - Numero di medici competenti per tipologia, Veneto, anno 2017

Numero medici	
Medico Competente Unico	1.064
Medico Competente Coordinato	472
Medico Competente Coordinatore	247
Totale	1.783

Tabella 6.4 - Numero di medici competenti per tipologia e ULSS, anno 2017

	Medico Competente Unico	Medico Competente Coordinato	Medico Competente Coordinatore	Totale complessivo
Ulss 1 - Dolomiti	141	44	16	201
Ulss 2 - Marca trevigiana	368	140	73	581
Ulss 3 - Serenissima	362	159	70	591
Ulss 4 - Veneto Orientale	185	49	17	251
Ulss 5 - Polesana	213	59	31	303
Ulss 6 - Euganea	475	167	84	726
Ulss 7 - Pedemontana	243	68	26	337
Ulss 8 - Berica	348	100	63	511
Ulss 9 - Scaligera	468	161	77	706
Totale	2.803	947	457	4.207

NOTE

- Il totale di medici competenti contenuto nella Tabella 6.3 è maggiore del totale “vero” presente in Tabella 6.1 in quanto ogni medico competente può rivestire anche più di un ruolo (coordinato, coordinatore, unico).
- Il totale di medici competenti presentato nelle Tabelle 6.4 risulta molto superiore al valore presente in Tabella 6.1 in quanto un medico competente può operare in più ULSS.

Tabella 6.5 - Distribuzione dei medici competenti, che hanno inviato comunicazioni, rispetto alle classi di unità produttive, Veneto, anno 2017

Classi di unità produttive	Numero di medici competenti per classe
1 unità produttiva	398
da 2 a 3 unità produttive	221
da 4 a 5 unità produttive	78
da 6 a 7 unità produttive	48
da 8 a 9 unità produttive	24
da 10 a 13 unità produttive	38
da 14 a 16 unità produttive	25
da 17 a 19 unità produttive	23
da 20 a 25 unità produttive	29
da 26 a 30 unità produttive	14
da 31 a 40 unità produttive	21
da 41 a 50 unità produttive	31
da 51 a 75 unità produttive	50
da 76 a 100 unità produttive	50
da 101 a 200 unità produttive	94
superiore a 200 unità produttive	103
Totale	1.246

Tabella 6.6 - Distribuzione dei medici competenti, che hanno inviato comunicazioni, rispetto alle classi di lavoratori soggetti a sorveglianza, Veneto, anno 2017

Classi di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria	Numero di medici competenti per classe
fino a 15 lavoratori	336
da 16 a 40 lavoratori	165
da 41 a 75 lavoratori	94
da 76 a 150 lavoratori	93
da 151 a 250 lavoratori	65
da 251 a 350 lavoratori	33
da 351 a 500 lavoratori	40
da 501 a 650 lavoratori	30
da 601 a 800 lavoratori	20
da 801 a 1000 lavoratori	37
da 1.001 a 1.500 lavoratori	56
da 1.501 a 2.000 lavoratori	52
da 2.001 a 3.000 lavoratori	86
da 3.001 a 4.000 lavoratori	49
da 4.001 a 5.000 lavoratori	36
superiore a 5.000 lavoratori	54
Totale	1.246

Tabella 6.7 - Distribuzione dei medici competenti, che hanno inviato comunicazioni, rispetto alle classi di lavoratori sottoposti a sorveglianza, Veneto, anno 2017

Classi di lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria	Numero di medici competenti per classe
fino a 15 lavoratori	416
da 16 a 40 lavoratori	155
da 41 a 75 lavoratori	95
da 76 a 150 lavoratori	88
da 151 a 250 lavoratori	57
da 251 a 350 lavoratori	31
da 351 a 500 lavoratori	36
da 501 a 650 lavoratori	39
da 601 a 800 lavoratori	35
da 801 a 1000 lavoratori	32
da 1.001 a 1.500 lavoratori	78
da 1.501 a 2.000 lavoratori	58
da 2.001 a 3.000 lavoratori	62
da 3.001 a 4.000 lavoratori	31
da 4.001 a 5.000 lavoratori	15
superiore a 5.000 lavoratori	18
Totale	1.246

Tabella 6.8 - Numero di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria per sesso e ULSS, anno 2017

	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria		
	Femmine	Maschi	Totale
Ulss 1 - Dolomiti	28.215	40.040	68.255
Ulss 2 - Marca trevigiana	83.913	149.432	233.345
Ulss 3 - Serenissima	50.273	101.660	151.933
Ulss 4 - Veneto Orientale	12.425	25.830	38.255
Ulss 5 - Polesana	12.679	22.456	35.135
Ulss 6 - Euganea	110.067	151.012	261.079
Ulss 7 - Pedemontana	26.617	51.992	78.609
Ulss 8 - Berica	44.962	85.627	130.589
Ulss 9 - Scaligera	82.133	140.390	222.523
Totale	451.284	768.439	1.219.723

Tabella 6.9 - Numero di lavoratori sottoposti a sorveglianza, per sesso e ULSS, anno 2017

	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria		
	Femmine	Maschi	Totale
Ulss 1 - Dolomiti	12.867	21.700	34.567
Ulss 2 - Marca trevigiana	37.028	96.454	133.482
Ulss 3 - Serenissima	27.611	68.166	95.777
Ulss 4 - Veneto Orientale	7.639	20.375	28.014
Ulss 5 - Polesana	7.831	18.456	26.287
Ulss 6 - Euganea	52.391	103.296	155.687
Ulss 7 - Pedemontana	15.139	40.924	56.063
Ulss 8 - Berica	26.133	64.870	91.003
Ulss 9 - Scaligera	42.836	99.766	142.602
Totale	229.475	534.007	763.482

Tabella 6.10 - Numero di lavoratori idonei per sesso e ULSS, anno 2017

	Lavoratori idonei		
	Femmine	Maschi	Totale
Ulss 1 - Dolomiti	10.686	15.704	26.390
Ulss 2 - Marca trevigiana	28.931	70.403	99.334
Ulss 3 - Serenissima	22.348	52.280	74.628
Ulss 4 - Veneto Orientale	6.172	14.263	20.435
Ulss 5 - Polesana	6.050	12.884	18.934
Ulss 6 - Euganea	42.048	73.925	115.973
Ulss 7 - Pedemontana	12.074	29.776	41.850
Ulss 8 - Berica	21.021	49.152	70.173
Ulss 9 - Scaligera	32.533	75.230	107.763
Totale	181.863	393.617	575.480

Tabella 6.11 - Numero di lavoratori idonei con limitazioni, per ULSS e sesso, anno 2017

	Lavoratori con idoneità parziali		Lavoratori idonei	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Ulss 1 - Dolomiti	2.131	5.968	10.686	15.704
Ulss 2 - Marca trevigiana	8.004	25.903	28.931	70.403
Ulss 3 - Serenissima	5.111	15.736	22.348	52.280
Ulss 4 - Veneto Orientale	1.452	6.067	6.172	14.263
Ulss 5 - Polesana	1.743	5.535	6.050	12.884
Ulss 6 - Euganea	10.217	29.106	42.048	73.925
Ulss 7 - Pedemontana	3.033	11.096	12.074	29.776
Ulss 8 - Berica	5.063	15.620	21.021	49.152
Ulss 9 - Scaligera	10.188	24.351	32.533	75.230
Totale	46.942	139.382	181.863	393.617

Tabella 6.12 - PAT e addetti INAIL per comparto ATECO, Veneto, anno 2016

Settore di attività economica (Codice ATECO)	ADDETTI (2016)	PAT (2016)
A Agricoltura, silvicoltura e pesca	8.309	3.355
B Estrazione di minerali da cave e miniere	1.105	272
C Attività manifatturiere	530.119	61.135
D Fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condizionata	3.082	287
E Fornitura di acqua; reti fognarie, attività di gestione dei rifiuti e risanamento	13.456	870
F Costruzioni	135.065	62.668
G Commercio all'ingrosso e al dettaglio; riparazione di autoveicoli e motocicli	268.049	66.432
H Trasporto e magazzinaggio	66.574	14.841
I Alloggio e ristorazione	81.493	26.667
J Informazione e comunicazione	37.577	6.753
K Finanza e assicurazioni	60.204	3.316
L Attività immobiliari	12.297	6.842
M Attività professionali, scientifiche e tecniche	55.403	16.961
N Noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese	40.948	9.110
O Amministrazione pubblica e difesa; assicurazione sociale obbligatoria	47.250	2.075
P Istruzione	16.138	2.995
Q Sanità e assistenza sociale	107.988	6.906
R Arte, sport, intrattenimento e divertimento	11.654	3.167
S Altre attività di servizi	44.541	20.072
T Attività di famiglie e convivenze di autoproduzione	148	74
U Organizzazioni ed organismi extraterritoriali	854	19
X Non determinato	25.387	19.043
Totale	1.567.638	333.860

Tabella 6.13 - Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria per sesso e comparto ATECO, Veneto, anno 2017

	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria		
	Femmine	Maschi	Totale
Agricoltura, silvicoltura e pesca	2.057	5.355	7.412
Alloggio e ristorazione	6.576	5.652	12.228
Altre attività di servizi	3.120	1.289	4.409
Amministrazione pubblica	57	126	183
Arte, sport, intrattenimento	1.505	2.508	4.013
Attività di famiglie	0	2	2
Attività immobiliari	1.068	944	2.012
Attività manifatturiere	50.602	148.529	199.131
Commercio	25.508	37.949	63.457
Costruzioni	3.045	37.286	40.331
DATO NON DISPONIBILE	306.960	463.594	770.554
Estrazione di minerali	47	392	439
Finanza e assicurazioni	3.771	3.503	7.274
Fornitura di acqua	1.127	5.352	6.479
Fornitura di energia	412	2.425	2.837
Informazione e comunicazione	8.752	10.014	18.766
Istruzione	986	263	1.249
Noleggio, agenzie di viaggio	7.000	6.180	13.180
Professioni	5.907	9.170	15.077
Sanità	12.859	3.215	16.074
Trasporto e magazzinaggio	9.925	24.691	34.616
Totale	451.284	768.439	1.219.723

Tabella 6.14 - Lavoratori sottoposti a sorveglianza per sesso e comparto ATECO, Veneto, anno 2017

	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria		
	Femmine	Maschi	Totale
Agricoltura, silvicoltura e pesca	1.315	4.524	5.839
Alloggio e ristorazione	4.008	3.604	7.612
Altre attività' di servizi	2.100	913	3.013
Amministrazione pubblica	26	39	65
Arte, sport, intrattenimento	817	1.458	2.275
Attività' di famiglie	0	1	1
Attività' immobiliari	713	548	1.261
Attività' manifatturiere	32.372	117.629	150.001
Commercio	12.396	26.454	38.850
Costruzioni	1.137	28.883	30.020
DATO NON DISPONIBILE	151.111	311.686	462.797
Estrazione di minerali	21	264	285
Finanza e assicurazioni	1.114	932	2.046
Fornitura di acqua	488	3.732	4.220
Fornitura di energia	218	1.730	1.948
Informazione e comunicazione	2.248	3.086	5.334
Istruzione	628	195	823
Noleggio, agenzie di viaggio	4.150	4.034	8.184
Professioni	2.494	3.683	6.177
Sanità'	7.668	2.075	9.743
Trasporto e magazzinaggio	4.451	18.537	22.988
Totale	229.475	534.007	763.482

Tabella 6.15 - Lavoratori idonei per sesso e comparto ATECO, Veneto, anno 2017

	Lavoratori idonei alla mansione specifica		
	Femmine	Maschi	Totale
Agricoltura, silvicoltura e pesca	1.142	3.329	4.471
Alloggio e ristorazione	3.368	3.144	6.512
Altre attività di servizi	1.774	727	2.501
Amministrazione pubblica	25	36	61
Arte, sport, intrattenimento	718	1.191	1.909
Attività di famiglie	0	1	1
Attività immobiliari	574	323	897
Attività manifatturiere	24.850	83.112	107.962
Commercio	9.790	21.113	30.903
Costruzioni	819	18.462	19.281
DATO NON DISPONIBILE	120.299	231.566	351.865
Estrazione di minerali	13	167	180
Finanza e assicurazioni	716	669	1.385
Fornitura di acqua	354	2.540	2.894
Fornitura di energia	133	1.269	1.402
Informazione e comunicazione	1.482	2.263	3.745
Istruzione	551	153	704
Noleggio, agenzie di viaggio	3.352	3.082	6.434
Professioni	1.788	2.761	4.549
Sanità	6.696	1.778	8.474
Trasporto e magazzinaggio	3.419	15.931	19.350
Totale	181.863	393.617	575.480

Tabella 6.16 - Occupati ISTAT per comparto ATECO e sesso, Veneto, anno 2017

Comparto ATECO 2007	Occupati 2017 - Quarto Trimestre		
	Femmine	Maschi	Totale
Agricoltura, silvicoltura e pesca	10	48	58
Industria (no Costruzioni)	156	445	601
Costruzioni	15	117	132
Commercio, alberghi e ristoranti	206	195	401
Altri servizi	528	411	939
Totale	915	1.216	2.131

Tabella 6.17 - Malattie professionali rilevate dai medici competenti, per sesso e tipologia di malattia, Veneto, anno 2017

	Femmine	Maschi	Totale
Mesoteliomi	0	1	1
Tumori maligni dell'apparato respiratorio	0	3	3
Altri tumori	1	1	2
Ipoacusie da rumore	0	78	78
Patologie non neoplastiche dell'apparato respiratorio	1	12	13
Patologie non neoplastiche della cute	6	2	8
Malattie del sistema osteomuscolare, tessuto connettivo e sistema nervoso periferico	232	72	304
Altre patologie	0	4	4
Totale	240	173	413

Tabella 6.17a - Malattie professionali rilevate dai medici competenti e segnalate agli SPISAL, Veneto, anno 2017

	Art. 40			Malattie segnalate agli SPISAL	% malattie segnalate dai medici competenti su malattie segnalate agli SPISAL
	Femmine	Maschi	Totale		
Mesoteliomi	0	1	1	97	1,03%
Altri tumori	1	4	5	114	4,39%
Ipoacusia da rumore	0	78	78	306	25,49%
Patologie non neoplastiche dell'apparato respiratorio	1	12	13	98	13,27%
Malattie del sistema osteomuscolare, tessuto connettivo e sistema nervoso periferico	232	72	304	1.798	16,91%
Altre patologie	6	6	12	143	8,39%
Totale	240	173	413	2.556	16,16%

Tabella 6.18 - Numero di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria e sottoposti a sorveglianza per rischio lavorativo e per sesso, Veneto, anno 2017

	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria			Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Movimentazione manuale dei carichi	165.881	418.652	584.533	105.879	343.780	449.659
Sovraccarico biomeccanico arti superiori	94.990	171.518	266.508	66.644	141.180	207.824
Agenti chimici	70.222	233.253	303.475	47.912	199.267	247.179
Amianto	86	2.517	2.603	86	1.987	2.073
Agenti biologici	100.563	106.356	206.919	52.219	74.364	126.583
Videoterminali	158.108	160.666	318.774	62.981	72.038	135.019
Vibrazioni corpo intero	4.888	126.662	131.550	3.561	109.193	112.754
Vibrazioni mano braccio	10.900	126.107	137.007	8.609	108.951	117.560
Rumore	40.717	327.280	367.997	32.385	280.651	313.036
Radiazioni ottiche artificiali	3.335	28.078	31.413	2.288	24.491	26.779
Radiazioni ultraviolette naturali	772	17.709	18.481	598	15.651	16.249
Microclima severo	27.427	99.767	127.194	16.912	81.002	97.914
Atmosfere iperbariche	46	176	222	40	173	213
Lavoro notturno > 80gg/anno	36.433	65.803	102.236	18.492	43.200	61.692
Altri rischi evidenziati da V.R.	124.646	305.071	429.717	75.479	234.474	309.953
Rischi posturali	96.333	148.978	245.311	60.235	110.636	170.871
Agenti cancerogeni	2.373	15.153	17.526	2.063	13.702	15.765
Agenti mutageni	800	3.386	4.186	727	3.041	3.768
Campi elettromagnetici	2.434	8.219	10.653	1.508	6.207	7.715
Infrasuoni / Ultrasuoni	83	169	252	73	154	227
Silice	298	3.034	3.332	261	2.370	2.631
Totale	941.335	2.368.554	3.309.889	558.952	1.866.512	2.425.464

NOTA

- I totali della tabella 6.18 non coincidono con quelli riportati nelle tabelle 6.8, 6.9, 6.13 e 6.14 in quanto un lavoratore può essere esposto a più di un rischio nello svolgimento della sua attività.

Tabella 6.19 - Malattie professionali denunciate ad INAIL (2017) e segnalate dai medici competenti (2017) per provincia

	Malattie professionali denunciate	Malattie professionali segnalate (ex art. 40)	% malattie segnalate (ex art. 40)
Belluno	197	30	15,2%
Padova	657	72	11,0%
Rovigo	257	4	1,6%
Treviso	703	199	28,3%
Venezia	588	34	5,8%
Verona	566	34	6,0%
Vicenza	556	40	7,2%
Totale	3.524	413	11,7%

Tabella 6.20 - Esiti degli accertamenti effettuati per consumo di alcol, per sesso e ULSS, anno 2017

	N. lavoratori controllati nell'anno con test di screening			N. lavoratori inviati presso SERD o Centro Alcolologico			N. casi di dipendenza confermati dal Centro Specialistico (anche se riferiti a controlli richiesti nell'anno precedente)		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Ulss 1 - Dolomiti	722	4.897	5.619	0	5	5	0	0	0
Ulss 2 - Marca trevigiana	1.189	17.941	19.130	2	8	10	1	1	2
Ulss 3 - Serenissima	1.824	12.676	14.500	0	2	2	0	0	0
Ulss 4 - Veneto Orientale	256	4.341	4.597	3	2	5	1	0	1
Ulss 5 - Polesana	465	3.407	3.872	1	1	2	0	0	0
Ulss 6 - Euganea	1.678	14.948	16.626	9	114	123	4	3	7
Ulss 7 - Pedemontana	696	9.959	10.655	0	12	12	0	0	0
Ulss 8 - Berica	1.205	14.128	15.333	0	211	211	0	8	8
Ulss 9 - Scaligera	1.558	17.793	19.351	2	18	20	0	1	1
Totale	9.593	100.090	109.683	17	373	390	6	13	19

Tabella 6.21 - Esiti degli accertamenti effettuati per consumo di sostanze psicotrope/stupefacenti, per sesso e ULSS, anno 2017

	N. lavoratori controllati nell'anno con test di screening			N. lavoratori inviati presso SERD o Centro Alcolologico			N. casi di dipendenza confermati dal Centro Specialistico (anche se riferiti a controlli richiesti nell'anno precedente)		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Ulss 1 - Dolomiti	123	6.080	6.203	0	14	14	0	2	2
Ulss 2 - Marca trevigiana	1.008	34.310	35.318	30	685	715	0	8	8
Ulss 3 - Serenissima	597	22.854	23.451	0	94	94	0	9	9
Ulss 4 - Veneto Orientale	131	6.663	6.794	3	77	80	0	0	0
Ulss 5 - Polesana	235	6.799	7.034	0	8	8	0	2	2
Ulss 6 - Euganea	569	31.830	32.399	8	204	212	3	11	14
Ulss 7 - Pedemontana	216	14.427	14.643	0	28	28	0	3	3
Ulss 8 - Berica	612	21.543	22.155	4	255	259	0	15	15
Ulss 9 - Scaligera	1.061	36.783	37.844	1	51	52	0	5	5
Totale	4.552	181.289	185.841	46	1.416	1.462	3	55	58

