



Allegato 3B del D.Lgs 81/08 Analisi dei dati inviati dai medici competenti ai sensi dell'art. 40

Portale Medico Competente
Riepilogo delle statistiche relative alle attività svolte dai medici competenti



ESITO
VISITE

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

[VAI ALLA SEZIONE >>](#)



RISCHI
LAVORATIVI

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

[VAI ALLA SEZIONE >>](#)



ALCOL
E DROGHE

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

[VAI ALLA SEZIONE >>](#)



MALATTE
PROFESSIONALI

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

[VAI ALLA SEZIONE >>](#)

VENETO 2015-16

Programma Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale (PREO)

Coordinatore del programma: dott. Roberto Agnesi - SPISAL AULSS 2 - Marca Trevigiana

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. Simone Guidolin

dott.ssa Elena Zamuner

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	29
3.4 - Malattie professionali	31
3.5 - Alcol e droghe	33
CAPITOLO 4 - CONCLUSIONI	39
CAPITOLO 5 - GLOSSARIO	41
CAPITOLO 6 - TABELLE	45

Presentazione

A sostegno del ruolo del Medico Competente, quale soggetto attivo della prevenzione, come previsto dal D.Lgs. 81/2008, anche quest'anno viene diffusa l'elaborazione delle comunicazioni pervenute con l'allegato IIIB.

Questo flusso informativo tra il Medico Competente e i servizi delle ULSS, nell'ottica della trasformazione 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), permette al Medico Competente, in qualità di consulente del Datore di Lavoro, di contribuire direttamente alla pianificazione e gestione delle misure a tutela di salute e sicurezza dei lavoratori; inoltre, rappresenta un utile strumento di monitoraggio dei rischi professionali presenti nelle aziende e di verifica dell'efficacia delle azioni preventive attuate.

A tal proposito, nel 2016 è stato confermato 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, migliorando così la qualità delle informazioni e la loro fruibilità; con lo stesso decreto del 12 luglio 2016 del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali e con il contributo delle associazioni scientifiche di settore, sono state apportate importanti modifiche alla struttura dell'allegato IIIB che dal prossimo invio consentiranno di migliorare le conoscenze sul tema della sorveglianza sanitaria. Tuttavia, per i dati inviati nel marzo 2017 (sorveglianza sanitaria effettuata nel 2016) è stato mantenuto il precedente modello; pertanto questa pubblicazione conclude un ciclo di elaborazioni tra loro confrontabili. 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.

E' inoltre testimonianza del prezioso contributo apportato dai Medici Competenti, con informazioni qualificate, al livello di conoscenza sulla distribuzione dei rischi negli ambienti di lavoro e sullo stato di salute della popolazione lavorativa, consentendo loro di incardinarsi a pieno titolo nel Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione (SINP) di cui all'art. 8 del D.Lgs. 81/2008.

Il Direttore Generale
Area Sanità e Sociale
Dr. Domenico Mantoan

Riferimenti legislativi

Capitolo



Il Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro (D.Lgs. 81/2008) prevede che il datore di lavoro nomini un medico competente che ha l'obbligo di collaborare alla valutazione dei rischi ed effettuare la sorveglianza sanitaria a tutela dello stato di salute e della sicurezza dei lavoratori.

Secondo l'art. 38 del D.Lgs. 81/2008, può svolgere l'attività di medico competente qualunque medico in possesso di almeno uno dei seguenti titoli o requisiti:

- specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;
- docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;
- autorizzazione all'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.

La nomina del medico competente non è obbligatoria in tutte le aziende; essa è prevista soltanto se la valutazione dei rischi evidenzia l'obbligatorietà della sorveglianza sanitaria nei casi previsti dall'art. 41 del D.Lgs. 81/2008. 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 formazione e di promozione della salute, effettua la sorveglianza sanitaria che si svolge con:

- visite mediche preventive, per valutare l'idoneità del lavoratore allo svolgimento della mansione specifica, e con
- visite mediche periodiche, finalizzate a controllare lo stato di salute dei lavoratori e il permanere dei requisiti di idoneità allo svolgimento della mansione specifica.

Oltre a questi obblighi, il medico competente ha il compito di riferire ai responsabili della sicurezza e al datore di lavoro, in sede di riunione annuale, i risultati aggregati delle sue valutazioni sulle situazioni di rischio negli ambienti di lavoro e sull'esito della sorveglianza sanitaria.

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.

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 in tal senso 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, tramite l'allegato 3B, le informazioni riguardanti ogni singola unità produttiva da lui sorvegliata; 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

sistema 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.

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



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

Sempre in termini di sorveglianza sanitaria, nella **Figura 2.4** sono elencati i rischi lavorativi indicando la distribuzione per sesso dei lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria e di quelli effettivamente sottoposti a sorveglianza sanitaria nell’anno. Infine, in **Figura 2.5** viene specificato, distinguendo per sesso, il numero di lavoratori che risultano positivi ai test relativi all’assunzione di sostanze stupefacenti e l’eventuale non idoneità dei lavoratori che fanno uso di alcool.

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 3B descritto nella sezione precedente, utilizzando il portale INAIL (INAIL in

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 dell’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 (CALCOLATA IN AUTOMATICO DAL SISTEMA)	

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	Luogo e data di nascita del Medico Competente	
13	Codice Fiscale del Medico Competente	
14	E-mail del Medico Competente	
PROBABILI / POSSIBILI MALATTIE PROFESSIONALI SEGNALATE ex art. 139 D.P.R. 1124/66		
		Maschi
		Femmine
15	N. M. segnalate	
16	Tipologia M. segnalate (codifica D.M. 11/12/09) (SCELTA MULTIPLA)	
DATI RELATIVI ALLA SORVEGLIANZA SANITARIA		
		Maschi
		Femmine
17	N. totale lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria	
18	N. totale lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria (visitati) nell'anno di riferimento	
19	N. lavoratori idonei alla mansione specifica	
20	N. lavoratori con idoneità parziali temporanee (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	
21	N. lavoratori con idoneità parziali permanente (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	
22	N. lavoratori temporaneamente inidonei alla mansione specifica	
23	N. lavoratori permanentemente inidonei alla mansione specifica	

Figura 2.4 - Allegato 3B parte 3

ESPOSIZIONE A RISCHI LAVORATIVI DEI LAVORATORI					
RISCHI LAVORATIVI		Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria		Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno di riferimento	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
24	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI				
25	SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI				
26	AGENTI CHIMICI				
27	AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI				
28	AMIANTO				
29	SILICE LIBERA CRISTALLINA				
30	AGENTI BIOLOGICI				
31	VIDEOTERMINALI				
32	VIBRAZIONI CORPO INTERO				
33	VIBRAZIONI MANO BRACCIO				
34	RUMORE				
35	CAMPI ELETTROMAGNETICI				
36	RADIAZIONI OTTICHE ARTIFICIALI				
37	RADIAZIONI ULTRAVIOLETTE NATURALI				
38	MICROCLIMA SEVERO				
39	INFRASUONI				
40	ULTRASUONI				
41	ATMOSFERE IPERBARICHE				
42	LAVORO NOTTURNO (D. Lgs. 56 del 2003 2 21 13/2004) > 80gg / anno				
43	ALTRI RISCHI EVIDENZIATI DA V.R.				

Figura 2.5 - Allegato 3B parte 4

		Lavoratori sottoposti		Lavoratori positivi al test di screening		Lavoratori positivi al test di conferma	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
44	SOSTANZE PSICOTROPE E STUPEFACENTI						
45	ALCOLDIPENDENZA					Lavoratori non idonei	
						Maschi	Femmine

questa fase opera esclusivamente come fornitore di un servizio informatico per le Regioni e le ULSS), sono disponibili tramite il “Cruscotto di Monitoraggio” per gli utenti dei servizi SPISAL abilitati all’accesso in quanto appartenenti all’organo di vigilanza. Tali dati sono disponibili essenzialmente in forma aggregata anche rispetto alle unità produttive, con grado di dettaglio che va dal dato nazionale e arriva al dato distribuito per singola 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 le 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 (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, citiamo 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 soggetti 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 data 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 che sarebbe stato logico attendersi 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), facendo largo uso di 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 inopportuno 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 "così come sono" 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 negli anni 2016 e 2017 per la sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti, rispettivamente nel 2015 e 2016. 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 PSAL (Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro) dai medici competenti con altre modalità (es. fogli di Excel, utilizzo della posta elettronica certificata, PDF, ecc.). Con la raccolta delle informazioni pervenute dal 2014 l'analisi è stata via via 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 riferiti alle 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 assenza di alcoldipendenza e uso di sostanze stupefacenti.

Questo capitolo tratterà esclusivamente le comunicazioni dei medici competenti che operano nella Regione 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, come si vedrà, 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 2015 da 1.140 medici, passati a 1.225 nel 2016, che hanno prodotto nei due anni rispettivamente 58.333 e 61.511 comunicazioni, a fronte di 57.070 e 60.172 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 sorvegliate da più medici competenti (coordinati e coordinatori); in generale però, ad una unità produttiva corrisponde una sola comunicazione.

In **Figura 3.1** viene riportata la distribuzione per i vari distretti delle ULSS venete, del numero di comunicazioni dei medici competenti pervenute negli anni 2016 e 2017 (che si riferiscono, lo si ricorda, rispettivamente all'attività svolta nel 2015 e nel 2016), dalla quale si evince come per la maggior parte dei distretti si sia osservato un aumento delle comunicazioni pervenute nel 2017 rispetto al 2016; alcuni distretti prevalgono in numerosità anche in relazione alla maggior presenza di attività produttive situate nel loro territorio. Infatti,

la distribuzione per distretti 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 vede inoltre come le unità produttive coinvolte aumentino nelle relazioni afferenti al 2016 rispetto al 2015 (si ricordi che, approssimativamente ad ogni unità produttiva corrisponde una comunicazione, sebbene questa identità non sia perfetta a causa di unità produttive sorvegliate da più medici competenti), e soprattutto si osserva come il numero di unità produttive coinvolte sia estremamente variabile nei diversi distretti (con estremi che vanno dal distretto di Padova dell'ULSS 6 al distretto di Chioggia dell'ULSS 3).

Per approfondire le caratteristiche delle unità produttive coinvolte nella sorveglianza sanitaria, e facendo riferimento al solo anno 2016, 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

Figura 3.1 - Numero di comunicazioni pervenute per distretto, 2015 e 2016 (ricevute nel 2016 e 2017)

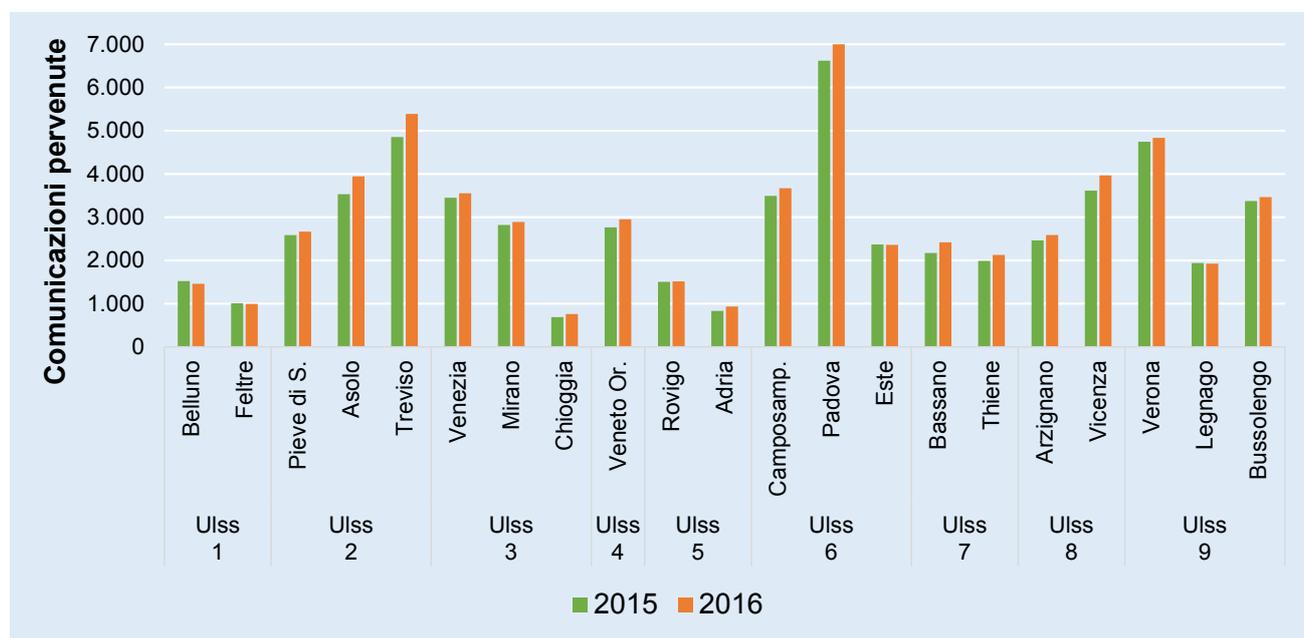
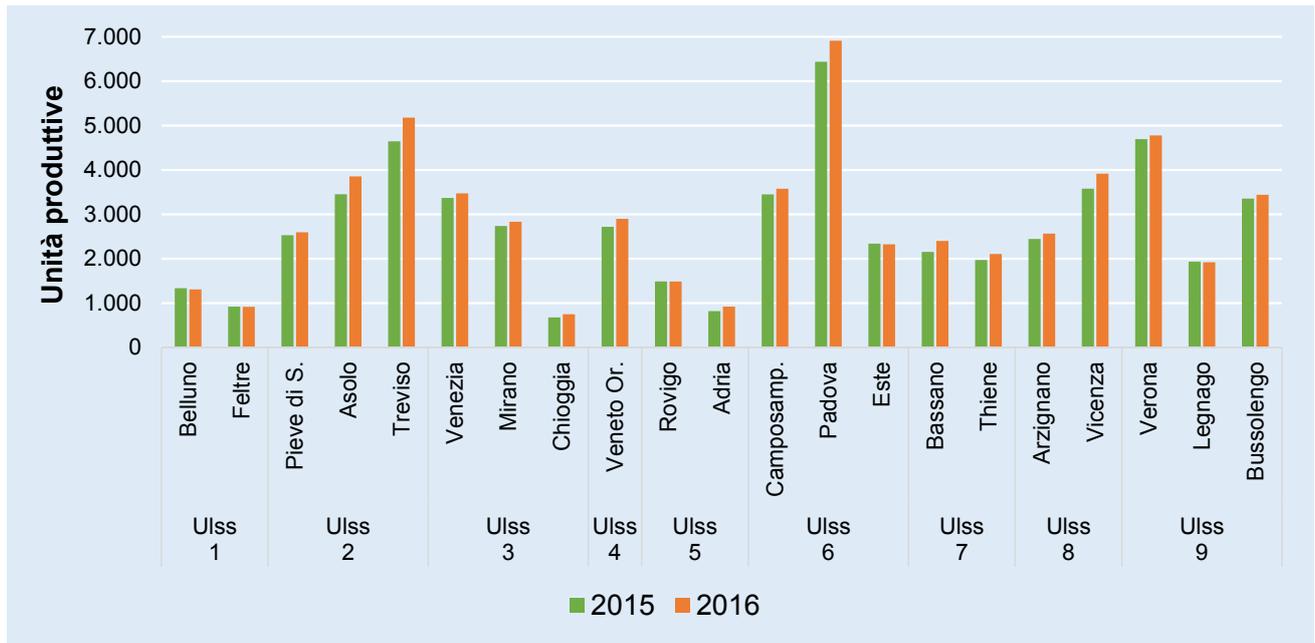


Figura 3.2 - Numero di unità produttive coinvolte per distretto, anni 2015 e 2016



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 43% 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 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

Figura 3.3 - Numero di unità produttive coinvolte per classi di addetti, anno 2016, Veneto

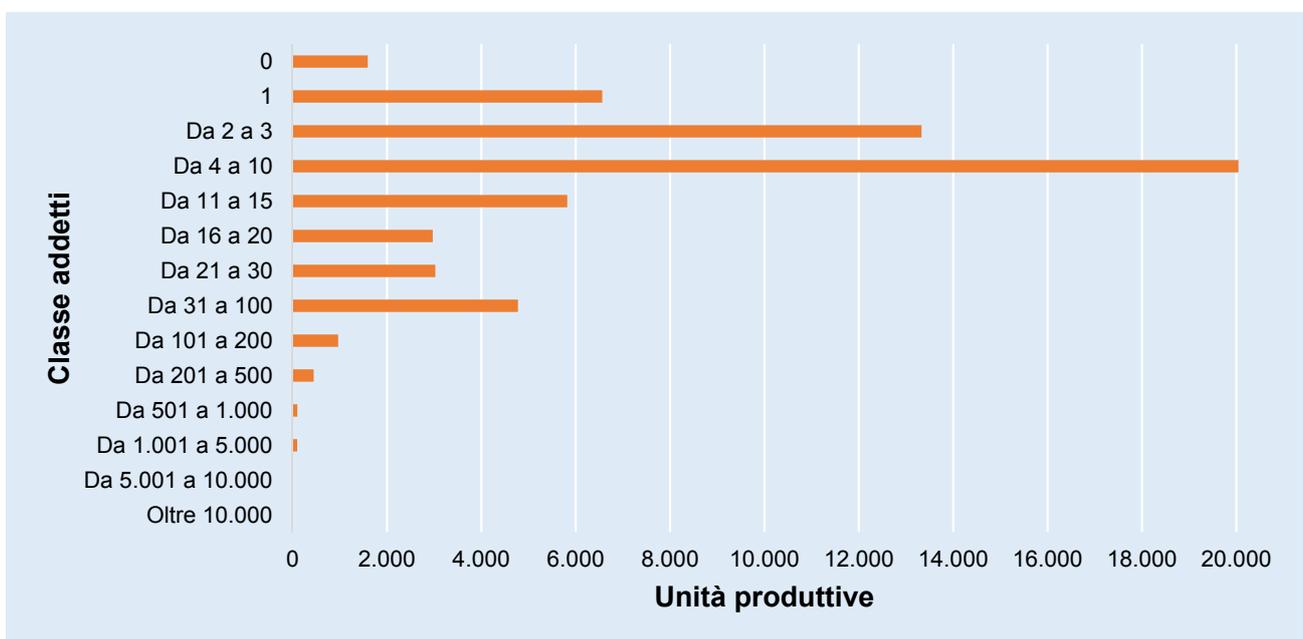
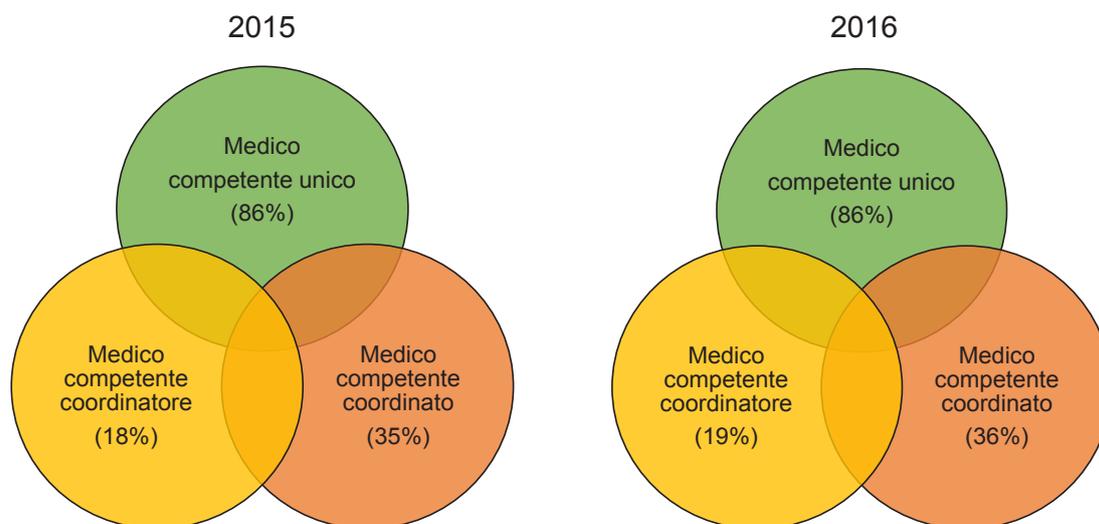


Figura 3.4 - Distribuzione del numero di medici rispetto ai tre ruoli possibili. Le percentuali si riferiscono al numero di medici che hanno svolto almeno quel ruolo nell'anno considerato.



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 2016, la **Figura 3.4** mostra che l'86% dei medici che hanno inviato comunicazioni ha ricoperto il ruolo di medico competente unico, il 36% ha ricoperto il ruolo di medico competente coordinato ed il 19% ha ricoperto il ruolo di medico competente coordinatore. 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, diversamente dalla pubblicazione precedente, le percentuali sono state calcolate sul totale dei medici che hanno inviato comunicazioni.

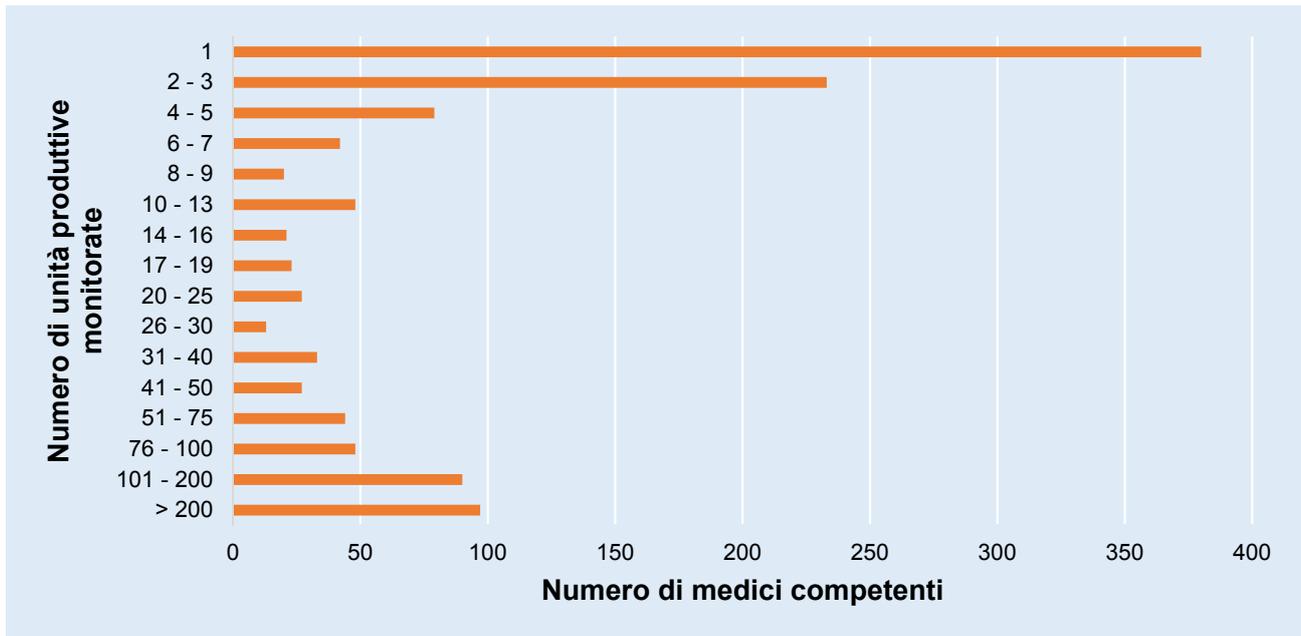
Il suddetto insieme di medici competenti, così distinto rispetto ai tre ruoli, si distribuisce in modo eterogeneo rispetto alla totalità delle unità produttive venete. Facendo riferimento ai 1.225 medici competenti attivi nel 2016 nella Regione Veneto, la **Figura 3.5** mostra quanti di essi abbiano 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 31% 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 19% 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 **Tablelle 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 34% 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 (12% dei medici competenti in entrambi i gruppi).

In merito ai dati presentati in **Figura 3.6**,

Figura 3.5 - Numero di unità produttive (classe) per medico, Veneto, 2016



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 distretti, dove la situazione resta percentualmente praticamente invariata, fatta salva la numerosità di medici competenti che afferiscono ai vari distretti, numero che varia quanto il numero di comunicazioni e di unità produttive. La distribuzione all'interno

Figura 3.6 - Numero di lavoratori soggetti e sottoposti a sorveglianza (classe) per medico, Veneto, 2016

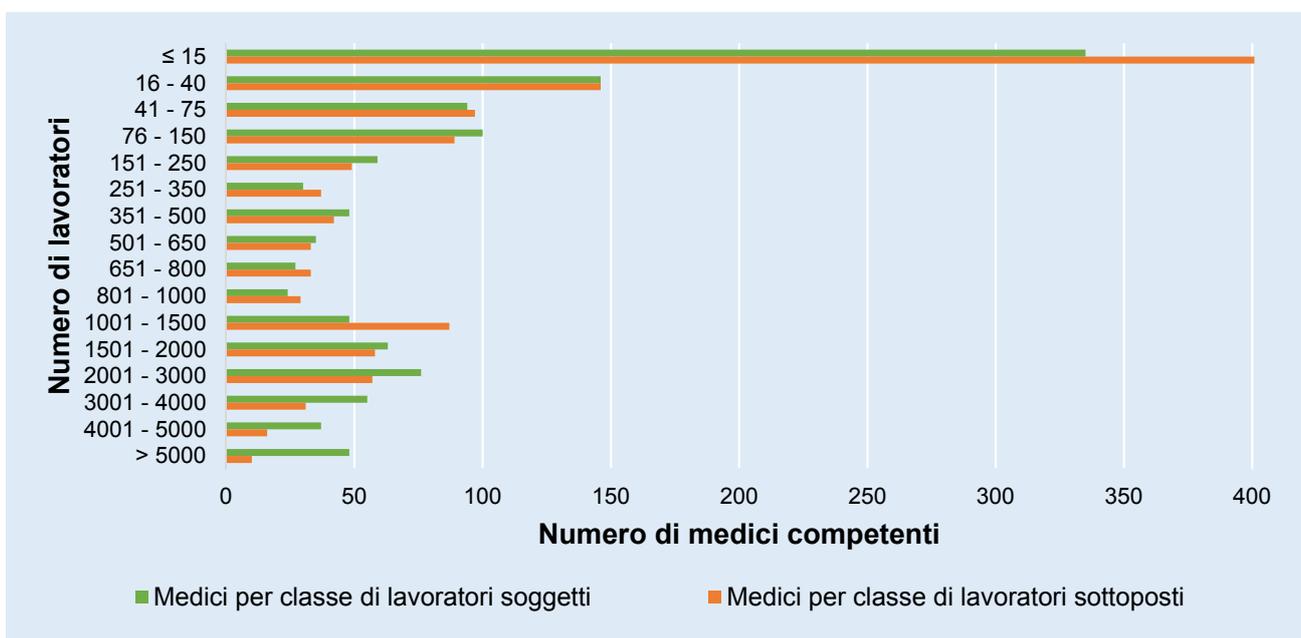
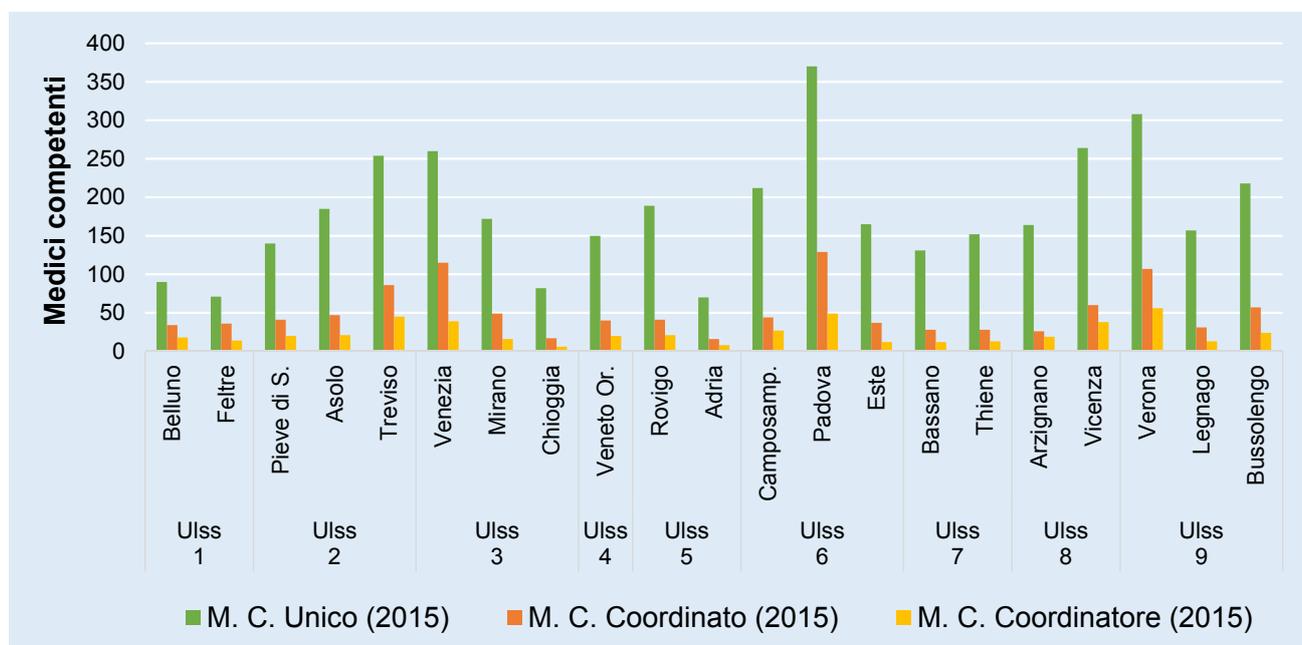


Figura 3.7 - Numero di medici competenti per categoria e distretto, anni 2015 e 2016

2015



2016

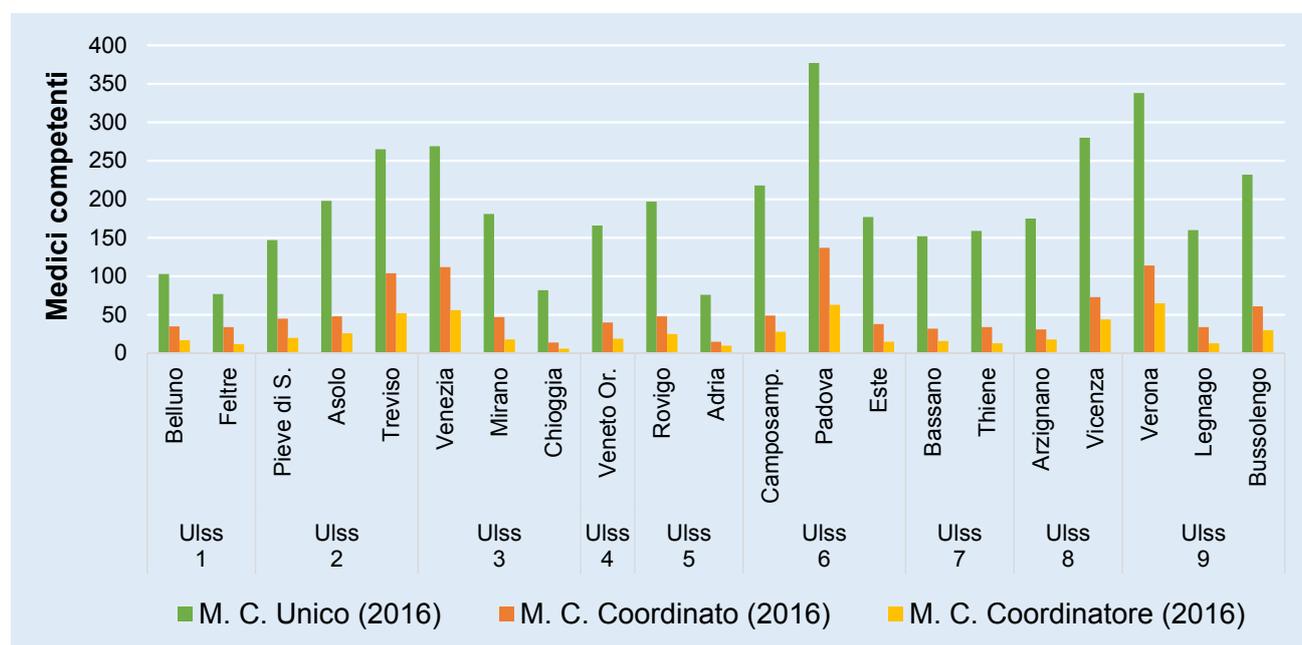


Tabella 3.1 - Dati di sintesi, Veneto, anni 2015 - 2016

	2015	2016
Comunicazioni Veneto	58.333	61.511
Unità produttive Veneto	57.070	60.172
Medici competenti Veneto	1.140	1.225
Somma medici competenti per ULSS	5.364	5.740
Comunicazioni / medici (Veneto)	51,2	50,2
Comunicazioni / medici (somma per ULSS)	10,9	10,7

di ogni distretto 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 distretto negli anni 2015 e 2016. Se si confronta la distribuzione per distretti dei medici competenti (**Figura 3.7**) con quella delle comunicazioni prodotte da quest'ultimi (**Figura 3.1**), si evince che le variazioni inter-distretto 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 del distretto.

Di seguito si presenta il rapporto comunicazioni/medici che hanno inviato comunicazioni per ogni singolo distretto. Tale rapporto va interpretato con cautela in quanto i medici competenti operano in più distretti (e anche in più regioni); tale circostanza fa sì che, sommando per distretti il numero di medici competenti, ne risulti un totale maggiore del numero di medici competenti realmente operanti in Veneto (nello specifico, 5.740 medici di **Tabella 6.4a** contro il valore reale di 1.225 di **Tabella 6.1**, per l'anno 2016). Da ciò consegue che il rapporto comunicazioni/medici competenti a livello regionale per l'anno 2016 sia pari a 50 (61.509 comunicazioni su 1.225 medici) mentre, in media, per singolo distretto sia pari a 11 (61.511 comunicazioni su 5.740 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 medici riferito all'anno 2016. Si evidenzia che, diversamente dalla 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 distretto. Il grafico evidenzia come il numero di comunicazioni per medico vari da un minimo di 6 (distretto di Rovigo - ULSS 5) ad un massimo di 18 (distretto di Asolo - ULSS 2).

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" (distretti di Rovigo dell'ULSS 5 e di Venezia dell'ULSS 3) al verde scuro associato ad un rapporto "alto" (distretto di Feltre dell'ULSS 1). 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 il mancato invio della comunicazione o l'omissione della nomina del medico competente e della sorveglianza laddove necessario.

Passando ad analizzare i lavoratori

Figura 3.8 - Numero di medici competenti e numero di comunicazioni per medico, per distretto, anno 2016

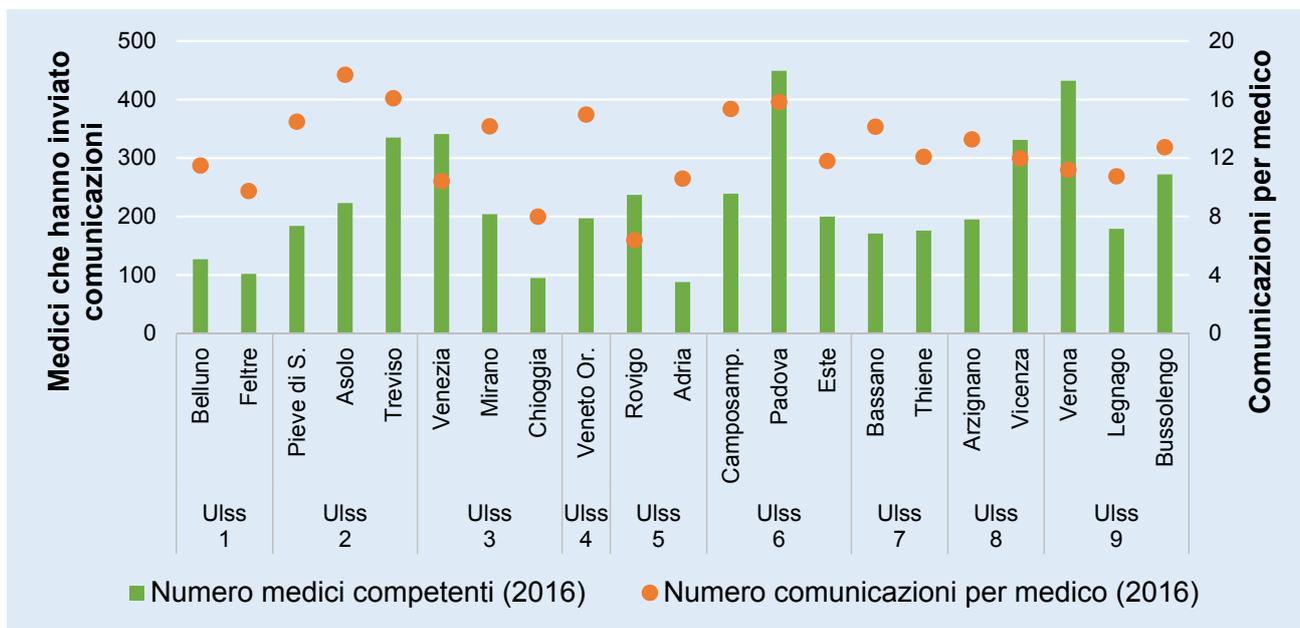


Figura 3.9 - Numero di comunicazioni per PAT, per distretto, 2016

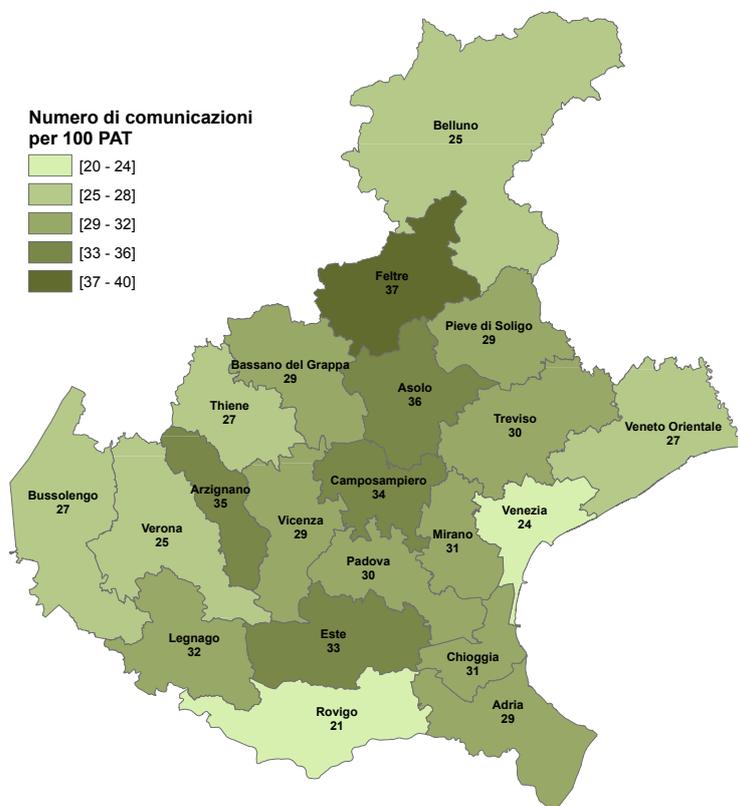


Figura 3.10 - Numero di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria per distretto e per sesso, 2016

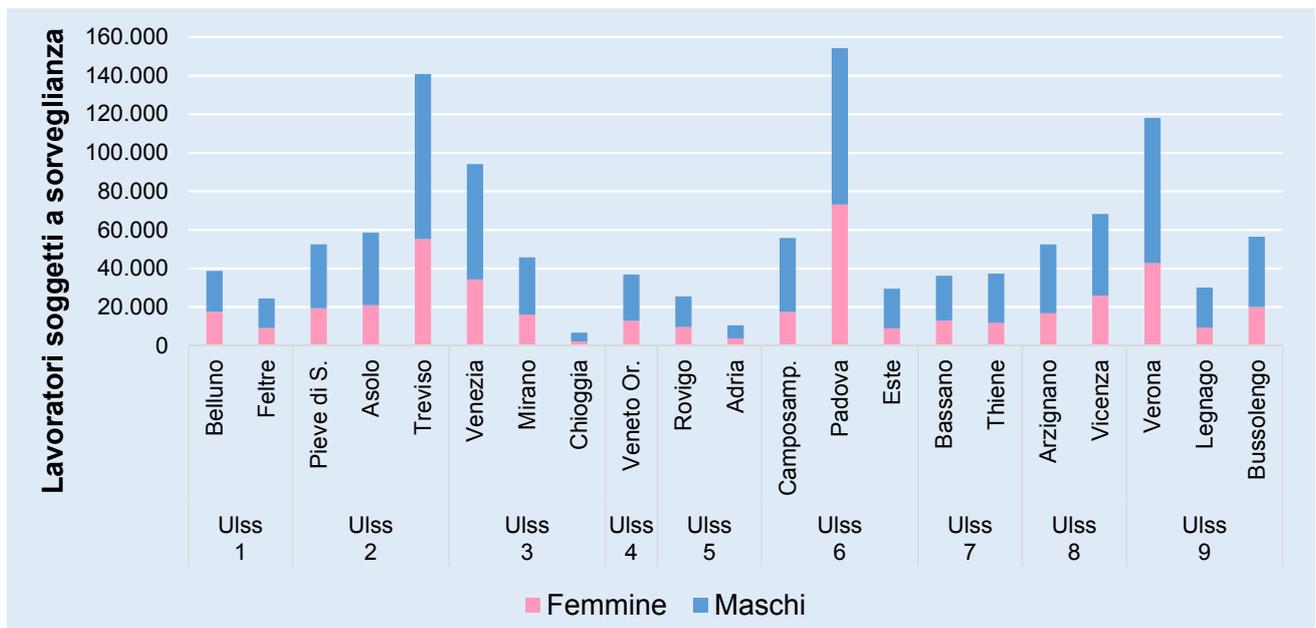
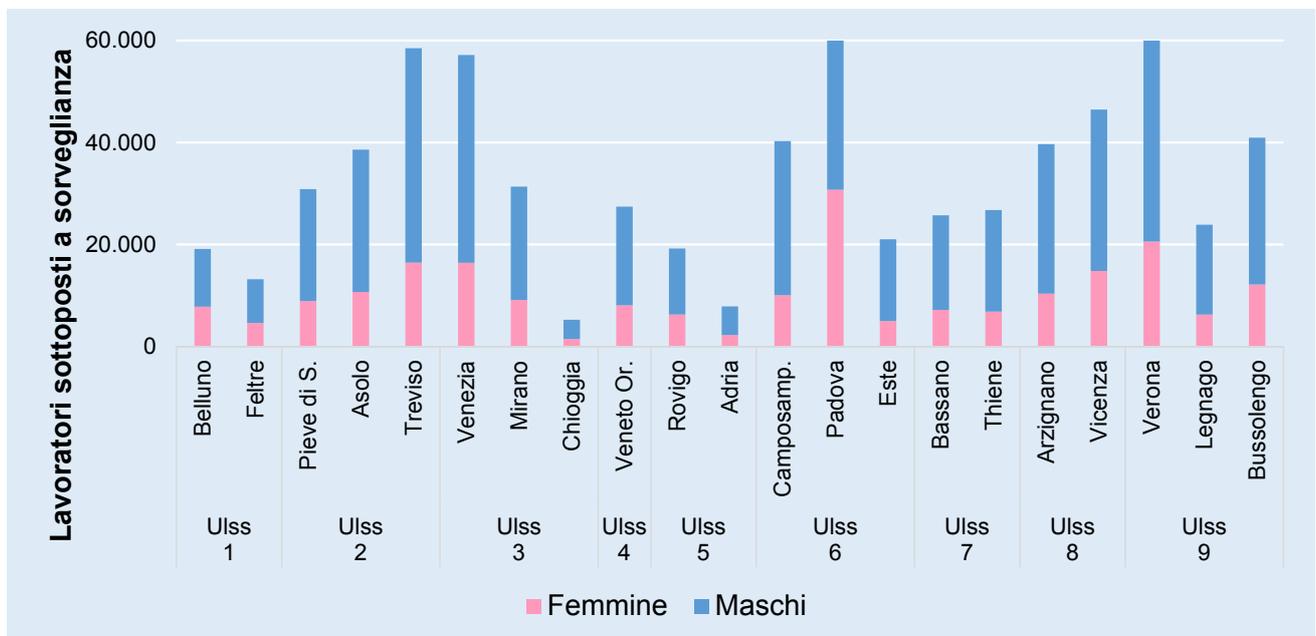


Figura 3.11 - Numero di lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria per distretto e per sesso, 2016



soggetti a sorveglianza sanitaria da parte dei medici competenti di cui abbiamo descritto le principali caratteristiche statistiche, sarà utile riferirsi al solo 2016 per una maggiore rappresentatività del dato a disposizione. La **Figura 3.10** e la **Tabella 6.8** mostrano come, anche in questo caso, le differenze tra i distretti siano particolarmente marcate dal punto di vista numerico, avendosi una chiara predominanza di lavoratori soggetti a sorveglianza nei distretti di Padova (ULSS 6), Treviso (ULSS 2), Verona (ULSS 9) e Venezia (ULSS 3). Le differenze riguardano non solo il numero di lavoratori ma anche la distribuzione per genere di quest'ultimi: in percentuale, il distretto di Padova dell'ULSS 6 presenta anche il maggior numero di lavoratrici soggette a sorveglianza sanitaria, percentuale che si riduce sensibilmente in altri distretti. Com'è facile immaginare, queste differenze in termini di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria si riflettono sulla distribuzione dei lavoratori sottoposti a sorveglianza (contenuta nella **Tabella 6.9**), che manifesta le stesse caratteristiche evidenziate dalla **Figura 3.11** e fa riferimento anch'essa all'anno 2016.

Un ulteriore elemento di interesse è dato dall'analisi del rapporto tra lavoratori sottoposti e soggetti a sorveglianza sanitaria, valutandone l'andamento rispetto ai distretti e al genere. Per far ciò ci si può avvalere della **Figura 3.12**, che proietta contemporaneamente il suddetto rapporto per tutti i distretti e per i due generi. Si osserva, innanzitutto, come per tutti i distretti la percentuale di lavoratori sottoposti rispetto ai lavoratori soggetti a sorveglianza sia più alta nel caso dei maschi; nel caso dei distretti di Chioggia dell'ULSS 3, Veneto Orientale dell'ULSS 4, Rovigo e Adria dell'ULSS 5, Arzignano dell'ULSS 8 e Legnago dell'ULSS 9 tale percentuale supera l'80% ma, lo stesso indicatore è di almeno 15 punti percentuali più basso nel caso delle lavoratrici. Si osserva anche che i distretti dei grandi centri industriali (distretti di Verona dell'ULSS 9, Treviso dell'ULSS 2 e Padova dell'ULSS 6) registrano un rapporto più basso della media sia per i maschi che per le femmine (tra il 29% e il 50% per le femmine). Diverse ipotesi possono spiegare le variazioni di questo rapporto in un senso o nell'altro: ad esempio periodicità della visita prevista dal

Figura 3.12 - Rapporto sottoposti/soggetti a sorveglianza per distretto e per sesso, 2015

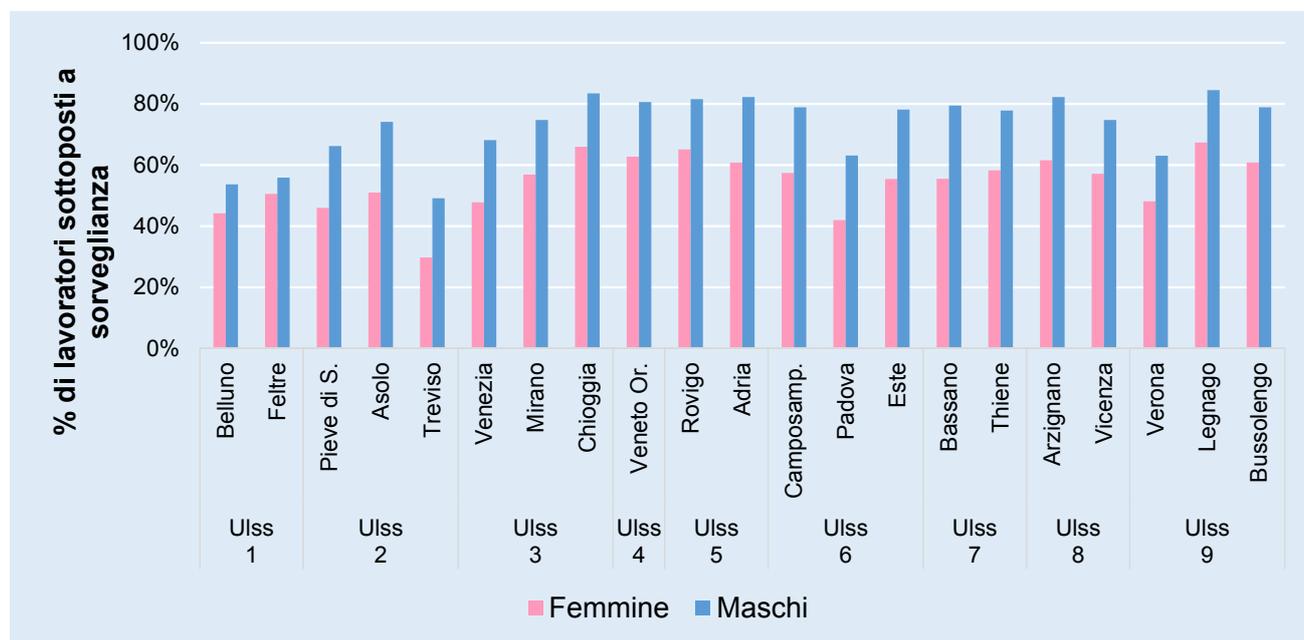
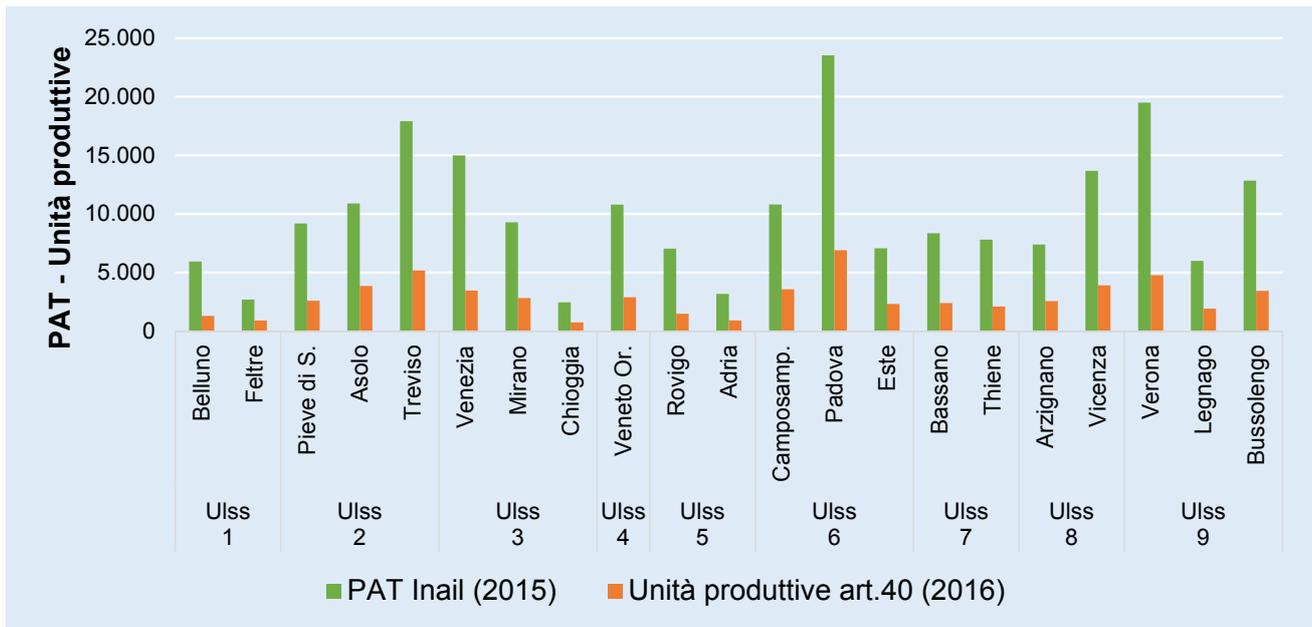


Figura 3.13 - Unità produttive art.40 (2016) e PAT INAIL (2015) per distretto


protocollo (meno visite se la periodicità non è annuale), 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 lavoratrice, 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 distretto). A tal fine, si presenta in **Figura 3.13** un confronto, per singolo distretto, del contingente di unità produttive come desunte dalle comunicazioni dei medici competenti riferite al 2016 con le PAT INAIL (Posizioni Assicurate Territoriali, riferite al 2015; si veda la prima colonna della **Tabella 6.12**). Sebbene tale 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 tutti i distretti 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:

- assenza di rischi lavorativi che rendano obbligatoria la sorveglianza sanitaria;
- omissione di nomina del medico competente e della sorveglianza in casi che la richiederebbero;
- sorveglianza sanitaria effettuata ma

l'allegato 3B non è stato inviato oppure è stato inviato mediante un canale diverso da quello messo a disposizione nel portale INAIL (e quindi non è registrato fra questi dati).

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 agli anni 2015-2016 e, rispettivamente, ai lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria, ai lavoratori sottoposti a sorveglianza e ai lavoratori idonei per ogni settore 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, relativamente all'anno 2016, la distribuzione, per settore ATECO, dei lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria. Il settore lavorativo maggiormente presente è "Attività manifatturiere" (45% circa dei lavoratori), seguito da "Commercio" (13%), "Costruzioni" (9%), "Trasporto e magazzinaggio" (8%), "Informazione e comunicazione" (4%) e "Sanità" (3%).

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 settore ATECO del numero di addetti e di PAT (anno di riferimento 2015) così come

Figura 3.14 - Lavoratori soggetti a sorveglianza, per comparto ATECO, Veneto, 2016

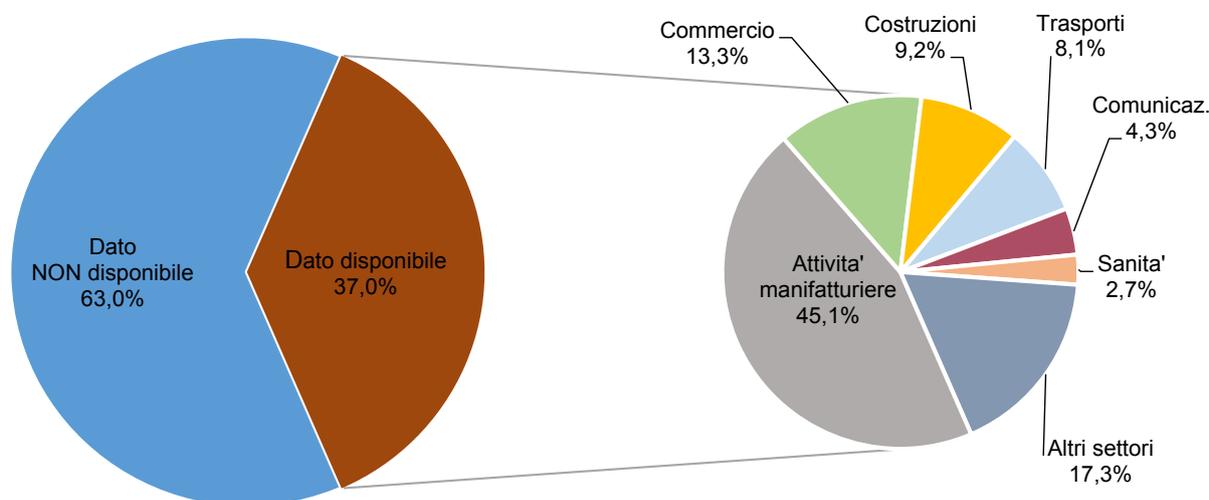
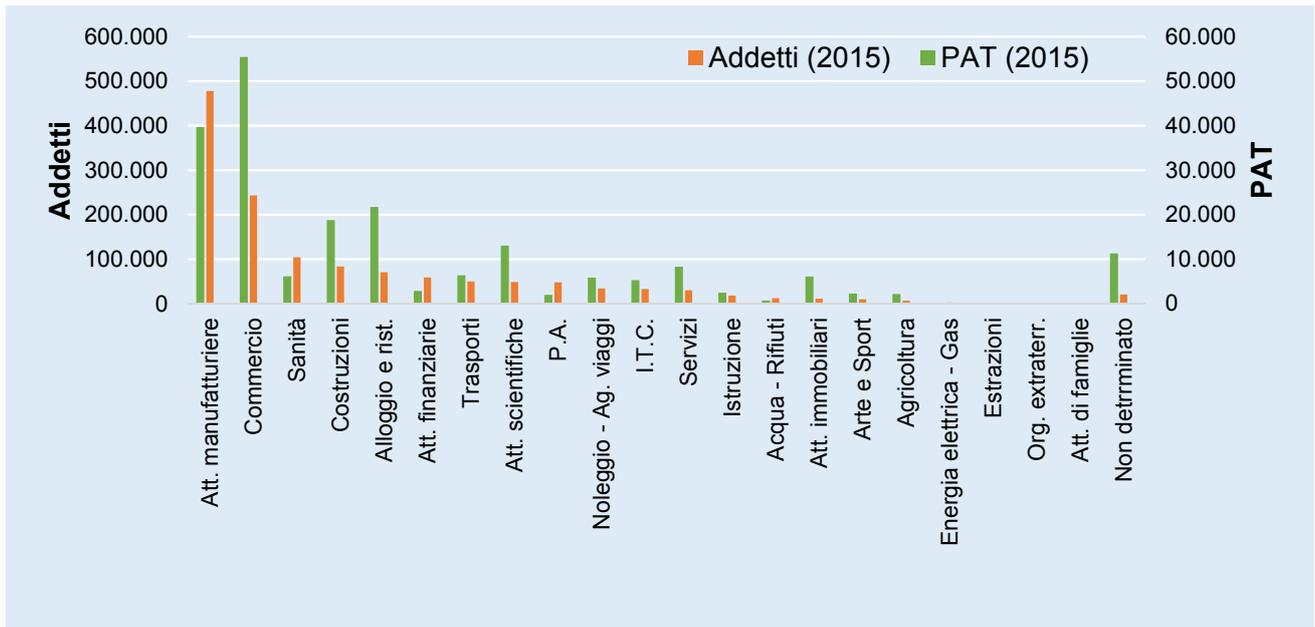


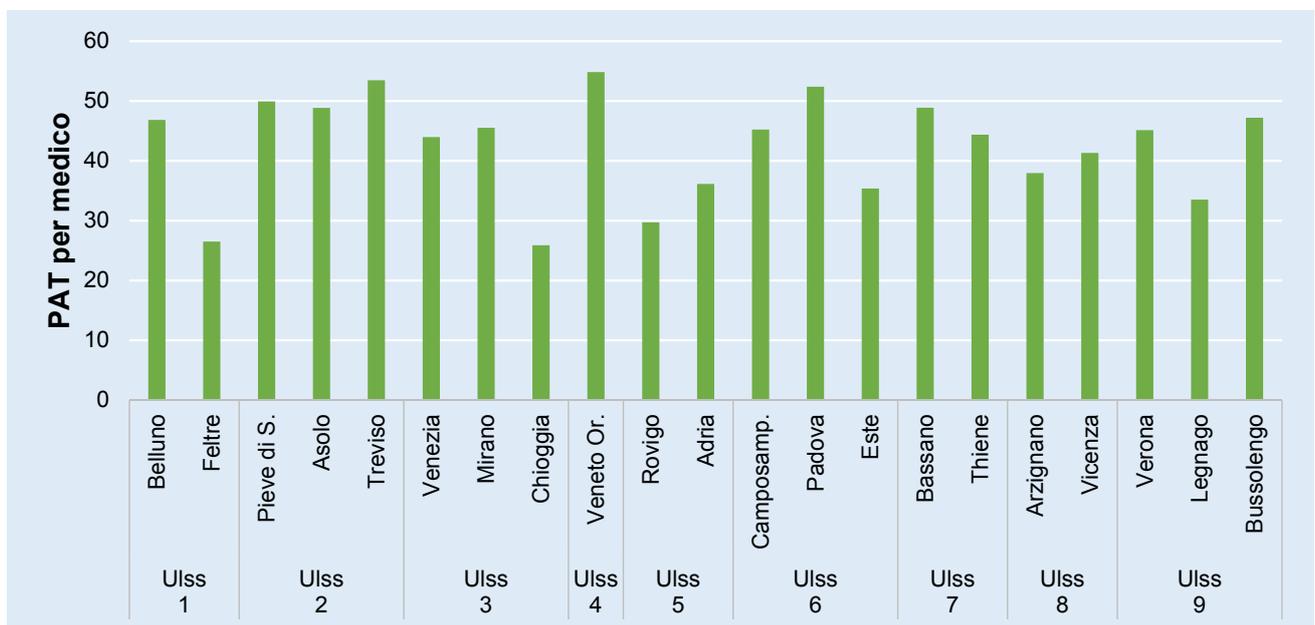
Figura 3.15 - PAT e addetti per comparto ATECO, Veneto, 2015



estratte dall'archivio Flussi Informativi INAIL riferiti alla regione Veneto (si veda la **Tabella 6.12a**). Si evidenzia che diversamente dalla pubblicazione precedente, si è deciso di escludere i lavoratori autonomi dalla **Figura 3.15** in quanto non soggetti a sorveglianza sanitaria obbligatoria. 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 5% della distribuzione, contro il 60% dei lavoratori soggetti a sorveglianza non associati ad alcun settore ATECO (**Tabelle 6.13-6.15**). La distribuzione dei lavoratori soggetti a sorveglianza per settore ATECO di **Figura 3.14** risulta diversa da quella degli addetti riportata in **Figura 3.15**. Ciò

Figura 3.16 - Numero medio di PAT (INAIL, 2015) per medico competente, per distretto, 2015

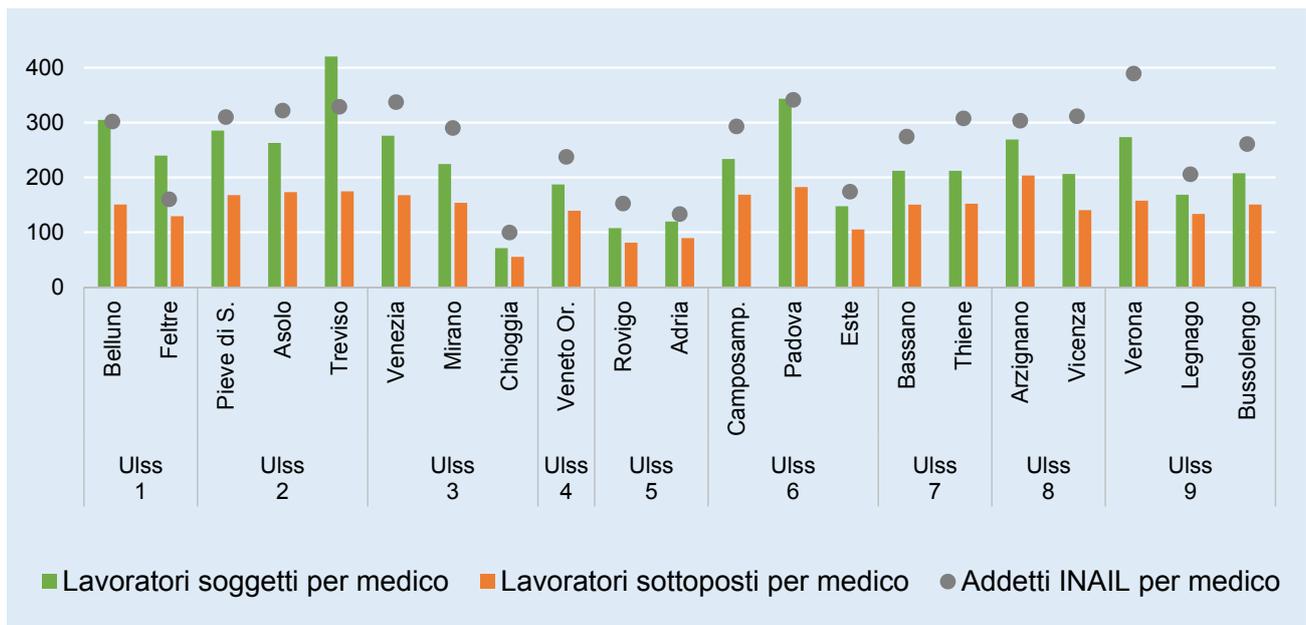


potrebbe essere spiegato dalla diversità di rischio nei vari settori pertanto, settori con un alto numero di addetti potrebbero avere un basso numero di soggetti a sorveglianza sanitaria e viceversa.

Altrettanto interessante sarebbe analizzare il potenziale bacino di utenza dei medici competenti nei singoli distretti, 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 distretti con un maggior numero di aziende impegnate in attività "a rischio" tenderanno ad avere un maggior numero di comunicazioni e di lavoratori sorvegliati. A tal fine, innanzitutto, può essere utile analizzare la **Figura 3.16**, che riporta il numero medio di PAT (INAIL, 2015) per ciascun medico competente nei diversi distretti. Anche in questo caso si è ritenuto opportuno utilizzare come denominatore il numero di medici che hanno inviato comunicazioni (diversamente dalla pubblicazione precedente). Ciò che risulta è un quadro abbastanza eterogeneo: se nei distretti di Feltre (ULSS 1), Chioggia (ULSS 3) e Rovigo (ULSS 5) i medici competenti "fronteggiano" una platea potenziale di meno di 30 PAT pro-capite, tale cifra supera le 50 unità nei distretti di Treviso (ULSS 2), Veneto Orientale (ULSS 4) e Padova (ULSS 6). Differenze simili e anche più nette si osservano considerando i lavoratori, anziché le aziende: in **Figura 3.17** vengono riportati, separatamente per ogni distretto, il numero medio di lavoratori soggetti e sottoposti a sorveglianza sanitaria per medico competente relativamente all'anno 2016. Per confronto, nello stesso grafico, si riporta, sottoforma di pallini, anche il numero medio di addetti (INAIL 2015) per ogni medico competente attivo nel 2016. Ancora una volta occorre precisare

che diversamente dalla pubblicazione precedente, il denominatore utilizzato corrisponde al numero di medici che hanno inviato comunicazioni e che nel calcolo degli addetti non sono stati considerati i lavoratori autonomi. Per quanto riguarda i lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria, dal grafico emerge il ruolo predominante dei distretti situati nei capoluoghi di provincia (ad eccezione di Rovigo e Vicenza ma con l'aggiunta di Pieve di Soligo); in particolare, si osserva come il distretto di Treviso dell'ULSS 2 raggiunga la media più alta con oltre 400 lavoratori, i distretti di Belluno dell'ULSS 1, Pieve di Soligo dell'ULSS 2, Venezia dell'ULSS 3, Padova dell'ULSS 6, e Verona dell'ULSS 9 si collochino al di sopra dei 270 lavoratori mediamente soggetti a sorveglianza sanitaria (da visitare) per medico competente. Appare anche chiara l'anomalia del distretto di Chioggia dell'ULSS 3, con "soli" 71 lavoratori soggetti a sorveglianza per medico competente. La situazione resta quasi la stessa se si passa ad osservare la distribuzione per medico del numero medio di lavoratori sottoposti a sorveglianza, sebbene in tal caso la distribuzione presenti una variabilità più ridotta; oltre, ai sopraccitati distretti con un valore pro-capite più elevato degli altri, va considerato il distretto di Arzignano dell'ULSS 8 con 203 lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria. Per quanto riguarda il numero di addetti per medico competente, i valori più bassi si registrano nei distretti di Chioggia dell'ULSS 3, Adria e Rovigo dell'ULSS 5, Feltre dell'ULSS 1 ed Este dell'ULSS 6 (meno di 200 addetti per medico), mentre, il distretto di Verona dell'ULSS 9 raggiunge il picco di 389 addetti per medico competente; la maggior parte dei restanti distretti oscilla attorno ai 250-350 addetti per medico competente. Si noti che nei distretti di Treviso e di Feltre, il numero di soggetti a sorveglianza sanitaria è superiore al numero di addetti. Esistono

Figura 3.17 - Numero medio di lavoratori soggetti e sottoposti a sorveglianza sanitaria e numero medio di addetti (INAIL, 2015) per medico competente, per distretto, 2016



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'accentramento di alcune attività (ad esempio Poste e Ferrovie) in regioni diverse dal Veneto.

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 2016, l'esito generale delle visite svolte dai medici competenti: delle 216.013 lavoratrici sottoposte a sorveglianza (il 49,1% delle soggette a sorveglianza) 170.908

sono risultate idonee senza limitazioni, cioè il 79,1%, rispetto al 20,9% di lavoratrici idonee con limitazioni o completamente non idonee; dei 507.298 lavoratori sottoposti a sorveglianza (il 69,2% dei soggetti a sorveglianza) 377.477 sono risultati idonei alla mansione svolta senza alcun tipo di limitazione, ovvero il 74,4%, contro il 25,6% di lavoratori idonei con limitazioni 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 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 distretti. Tale percentuale, lo si ripete, 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

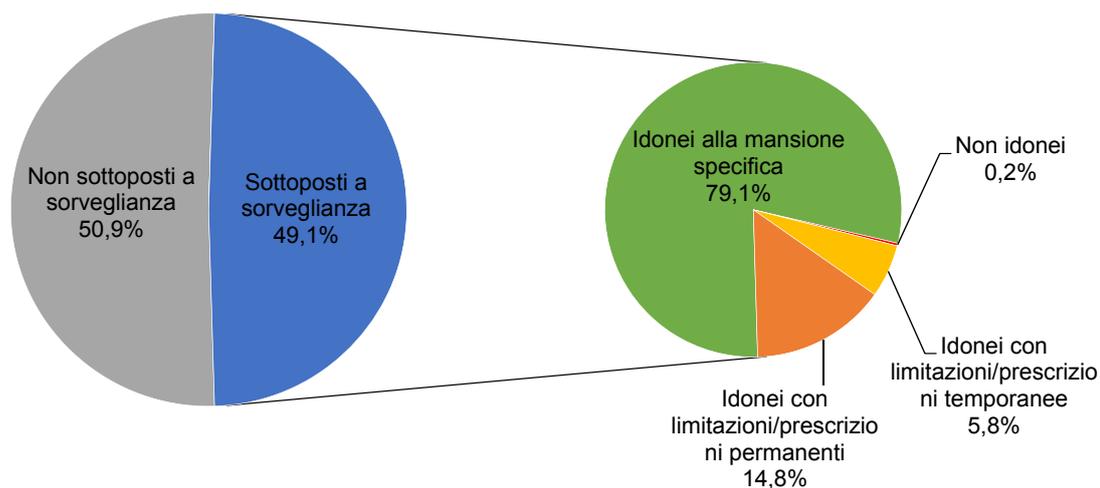
poiché esistono differenze di genere nella distribuzione per comparto produttivo (le donne sono occupate prevalentemente in settori in cui vi sono minori esposizioni a rischio e si concentrano nella sanità, nei servizi, nel commercio e nel pubblico impiego, spesso in lavoro d'ufficio).

In **Figura 3.19** viene mostrata la percentuale di totale idoneità nei distretti delle ULSS venete per le lavoratrici, mentre in **Figura 3.20** viene riportato lo stesso dato

per i maschi (si veda la **Tabella 6.10**). Per queste due figure si impiega 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 i distretti, ciò che emerge da una prima lettura è che la percentuale di totale idoneità è generalmente più elevata per le femmine che per i maschi, ad eccezione dei distretti di Pieve di Soligo (ULSS 2), Verona

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, 2016

Femmine



Maschi

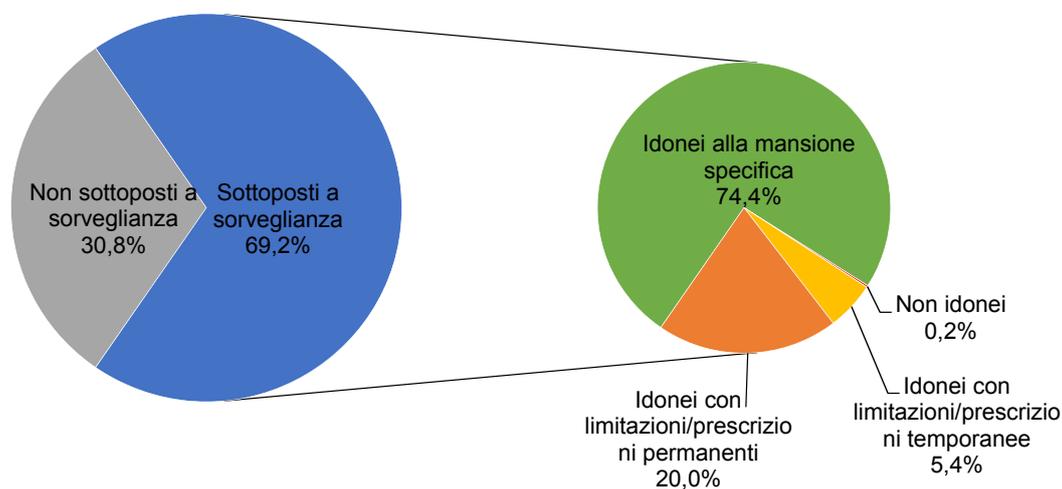


Figura 3.19 - Percentuale di lavoratori idonei senza alcun tipo di limitazione su lavoratori sottoposti a sorveglianza (femmine), 2016

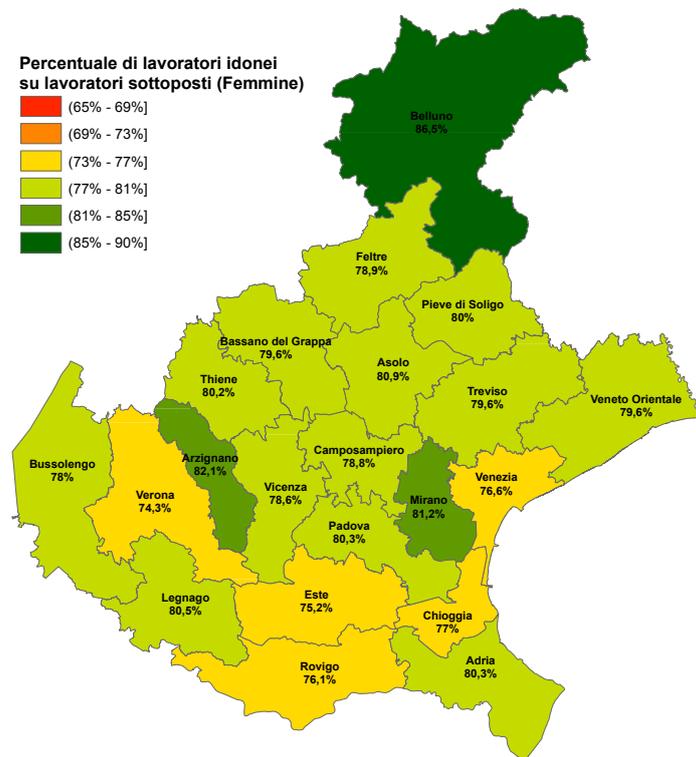
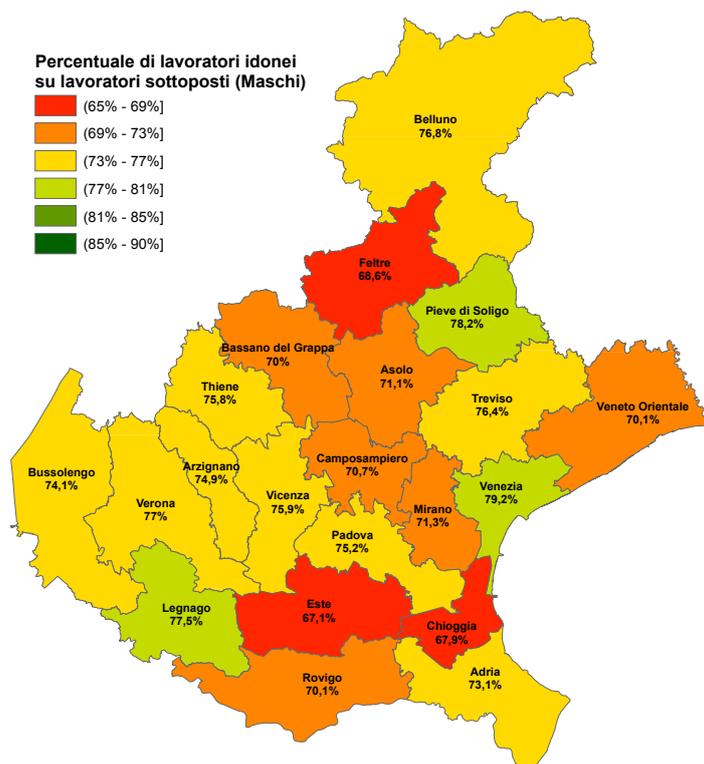


Figura 3.20 - Percentuale di lavoratori idonei senza alcun tipo di limitazione su lavoratori sottoposti a sorveglianza (maschi), 2016



e Legnago (ULSS 9). Non sembra invece esserci una qualche regolarità geografica che si ripresenti rispetto ai due generi. Considerando le lavoratrici, il distretto con la percentuale di totale idoneità maggiore è quello di Belluno dell'ULSS 1 (pari all'87%) contrapposto ai distretti di Chioggia e Venezia (ULSS 3), Rovigo (ULSS 5), Este (ULSS 6) e Verona (ULSS 9) che registrano una percentuale di totale idoneità di più del 77%; la situazione è diversa se si considerano i maschi, infatti le percentuali più alte sono registrate per i distretti di Pieve di Soligo dell'ULSS 2, Venezia dell'ULSS 3 e Legnago dell'ULSS 9 (intorno all'80%) mentre quelli con le percentuali più basse sono i distretti di Feltre dell'ULSS 1, Chioggia dell'ULSS 3 ed Este dell'ULSS 6 (intorno al 68%).

All'interno della categoria "idonei" la situazione è, come visto, ramificata nelle tre tipologie di lavoratori idonei: idonei senza limitazioni, idonei con limitazioni o prescrizioni temporanee e idonei con limitazioni o prescrizioni permanenti (Tabella 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 75% dei lavoratori; la percentuale di idonei con limitazioni o prescrizioni permanenti è maggiore nella popolazione dei maschi (20%) rispetto alle femmine (15%). Tali discrepanze sono spiegate dalla differente distribuzione delle lavoratrici nei comparti produttivi, come si

Figura 3.21 - Tipologia di idoneità, maschi e femmine, Veneto, 2016

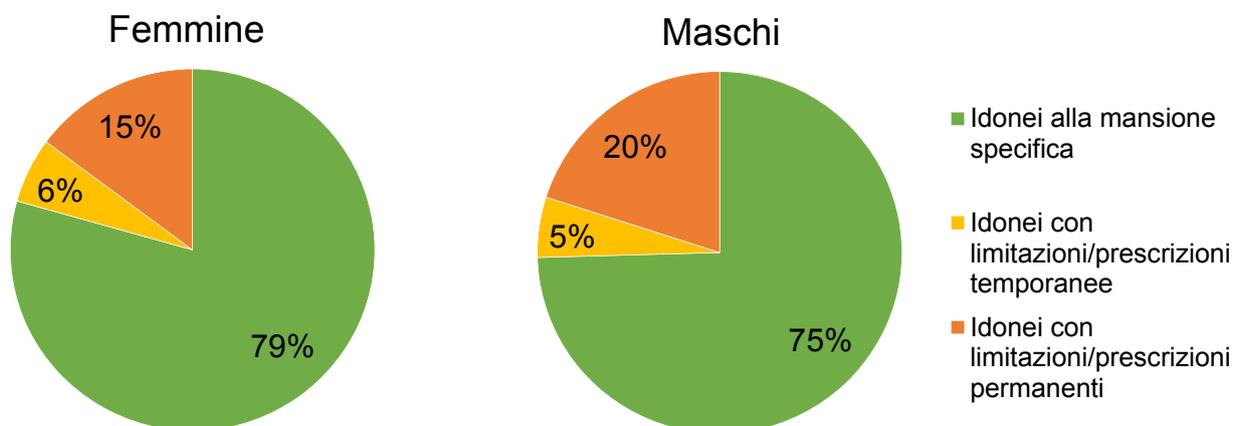
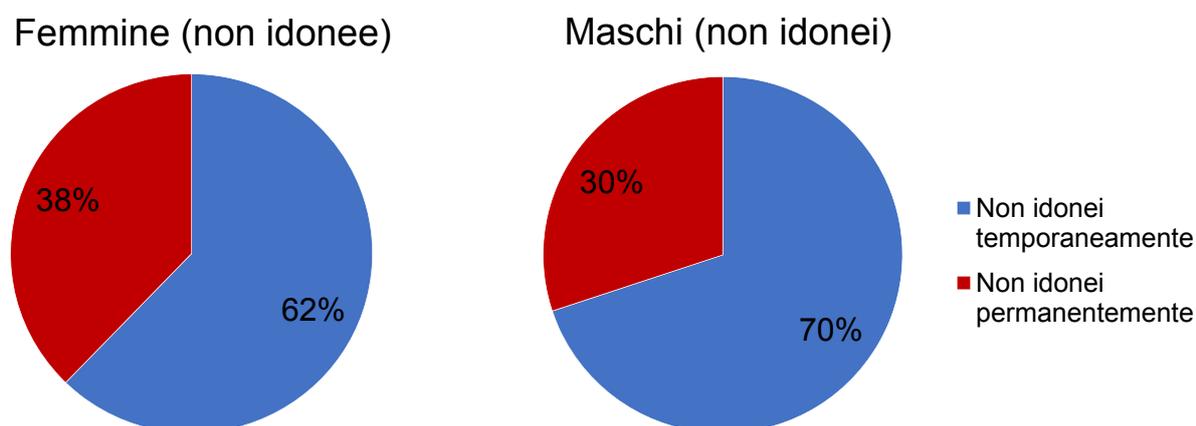


Figura 3.22 - Tipologia di non idoneità, maschi e femmine, Veneto, 2016



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 con limitazioni permanenti pari al 30%, mentre tale percentuale raggiunge il 38% per le femmine.

Queste evidenti differenze per sesso riscontrate in termini di tasso di idoneità traggono origine principalmente dalla diversa distribuzione dei lavoratori veneti 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 2016 per sesso e per comparto ATECO (comparti sintetizzati

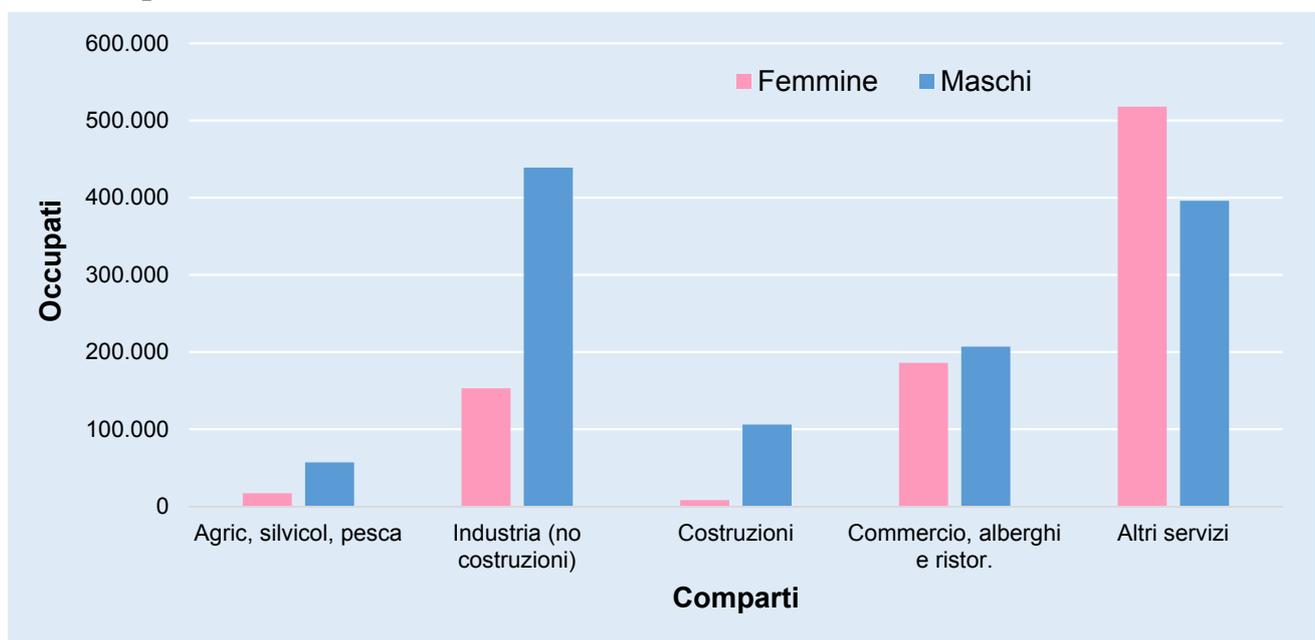
in cinque macro-categorie; si veda **Tabella 6.16**). Emerge con assoluta chiarezza la quota ridotta, rispetto al contingente maschile, delle lavoratrici nei comparti "Industria" e "Costruzioni": il 36% dei lavoratori è impiegato nel comparto industriale contro il 17% delle lavoratrici, mentre il 9% dei maschi è presente nel comparto delle costruzioni a fronte dell'1% 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.

3.3 - RISCHI LAVORATIVI

In questa sezione si analizzano i dati, relativi ai rischi lavorativi, derivanti dalle comunicazioni dei medici competenti, facendo riferimento all'anno 2016 e alla situazione complessiva della regione Veneto.

Per contestualizzare l'argomento si riporta

Figura 3.23 - Numero di occupati (fonte: Indagine trimestrale forza lavoro ISTAT) per comparto ATECO e per sesso, Veneto, 2016



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 videoterminali, dall'uso di agenti chimici/biologici e dal sovraccarico degli arti 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 andare ad 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

Figura 3.24 - Numero di lavoratori soggetti e sottoposti a sorveglianza sanitaria per rischio lavorativo, Veneto, 2016

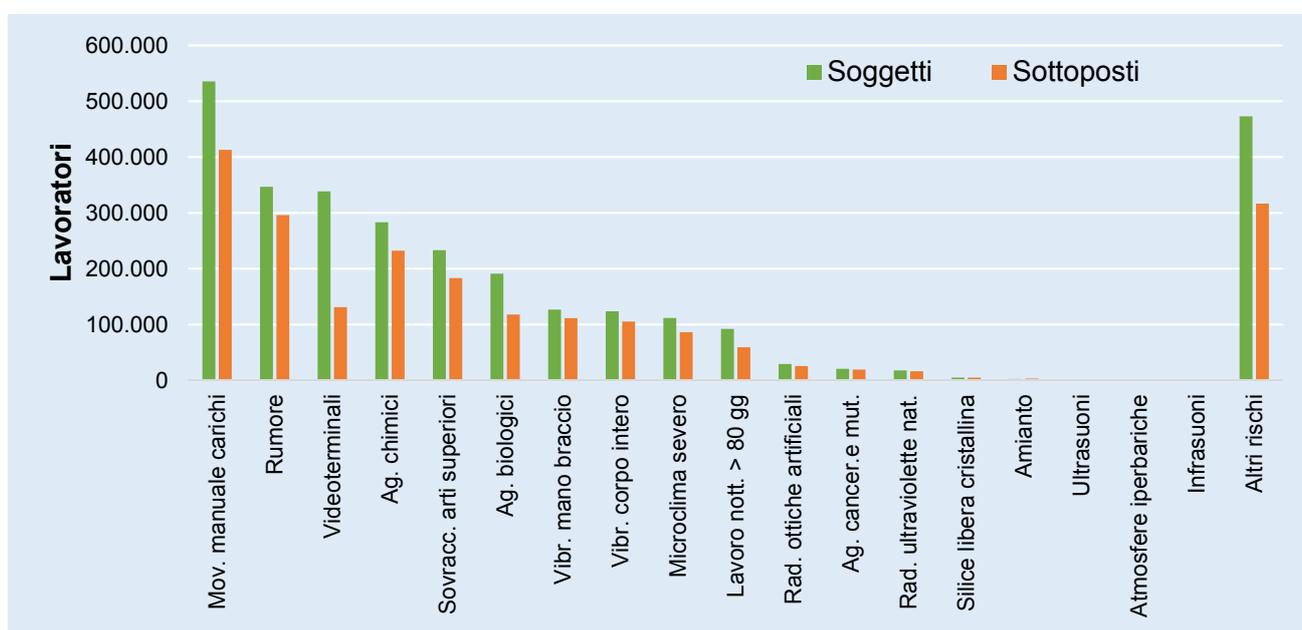
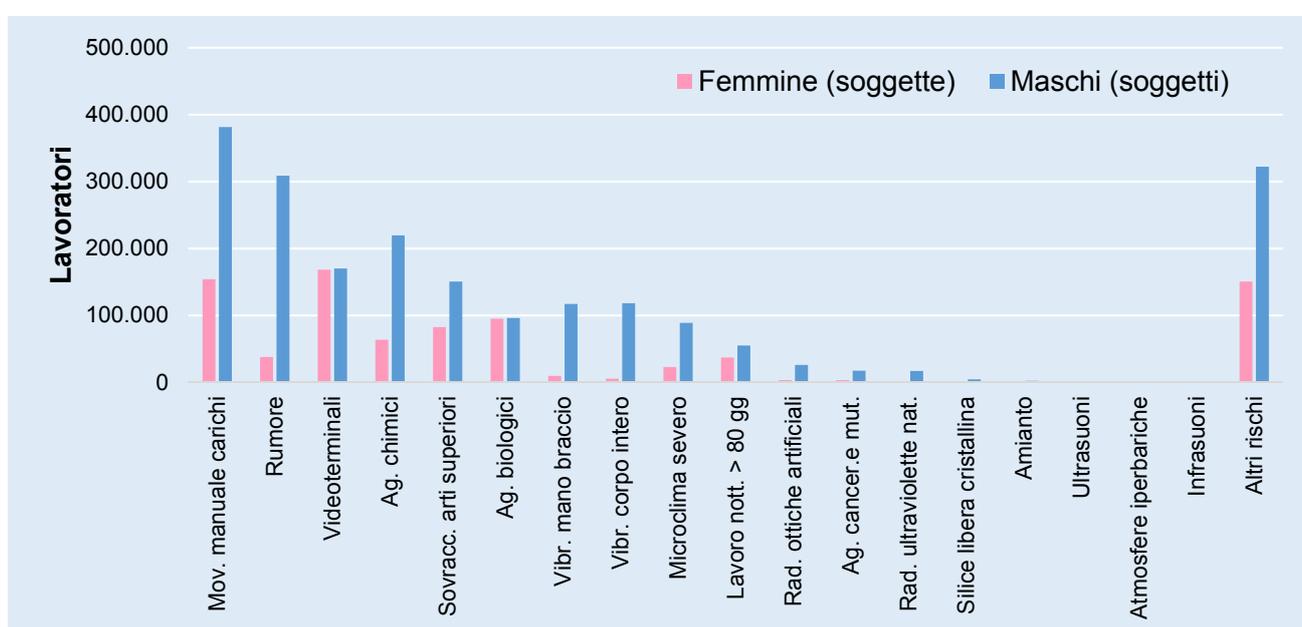


Figura 3.25 - Numero di lavoratori soggetti e sorveglianza sanitaria per rischio lavorativo e per sesso, Veneto, 2016



lavorativo. Le differenze sono notevoli: mentre solo l'8% dei lavoratori maschi soggetti a sorveglianza sanitaria sono soggetti a rischi legati all'utilizzo di videotermini, tale quota raggiunge il 20% nel caso delle lavoratrici. I rischi associati all'eccessivo rumore interessano solo il 5% delle lavoratrici monitorate, mentre riguardano il 15% dei lavoratori. Gli agenti biologici costituiscono un rischio per il 5% dei maschi, percentuale che passa all'11% nel caso delle femmine. La movimentazione manuale di carichi è quasi identicamente rappresentata nelle due popolazioni (circa 18%), invece la categoria "Altri rischi" comprende il 15% dei maschi e il 18% delle 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 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 va a considerare la distribuzione dei lavoratori sottoposti a sorveglianza 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.

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 verificatesi nei lavoratori sottoposti 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 desunti dai Flussi Informativi INAIL (malattie denunciate come indennizzabili a fini assicurativi).

Facendo riferimento al dato regionale, in

Figura 3.26 - Numero di lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria per rischio lavorativo e per sesso, Veneto, 2016

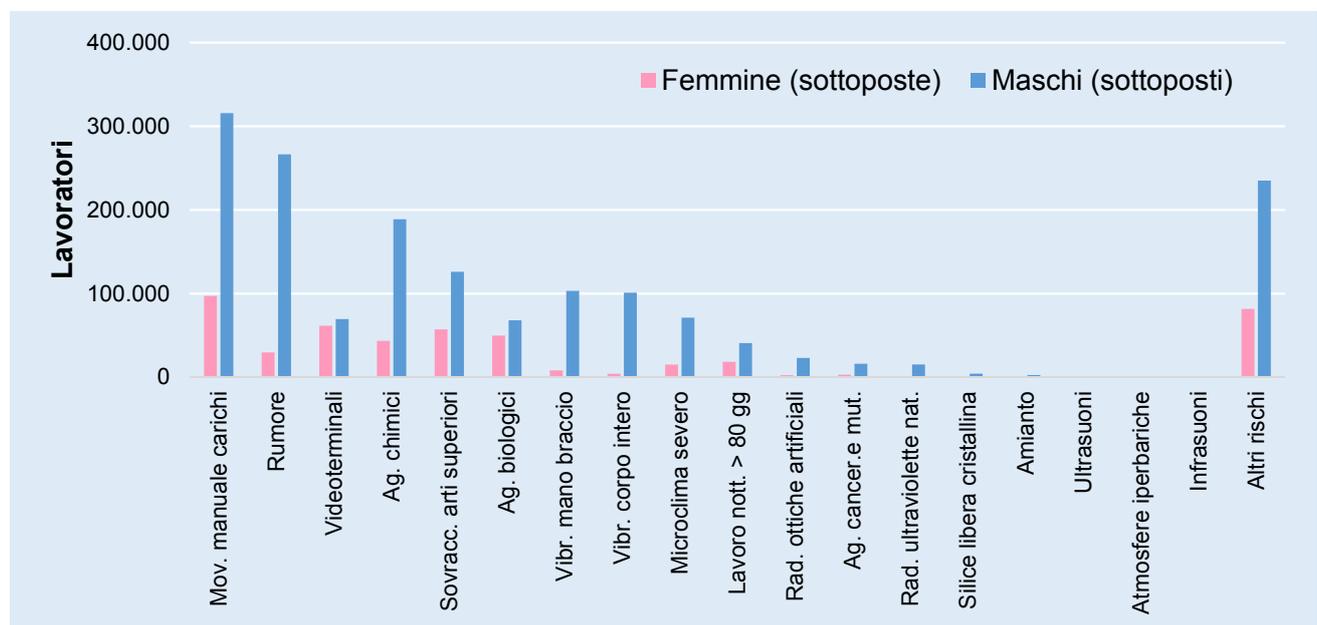


Figura 3.27 viene riportata la distribuzione delle malattie professionali, rilevate dai medici competenti nel 2016, distinta per genere (si veda la **Tabella 6.17**). I grafici evidenziano le differenze tra i generi. Per quanto riguarda le lavoratrici, la quasi totalità delle malattie rilevate (93,3%) risulta appartenere alla classe “Malattie del sistema osteomuscolare, del tessuto connettivo e del sistema nervoso periferico”. Nei lavoratori invece, questa costituisce la seconda classe più frequente (26%) preceduta dall'ipoacusia

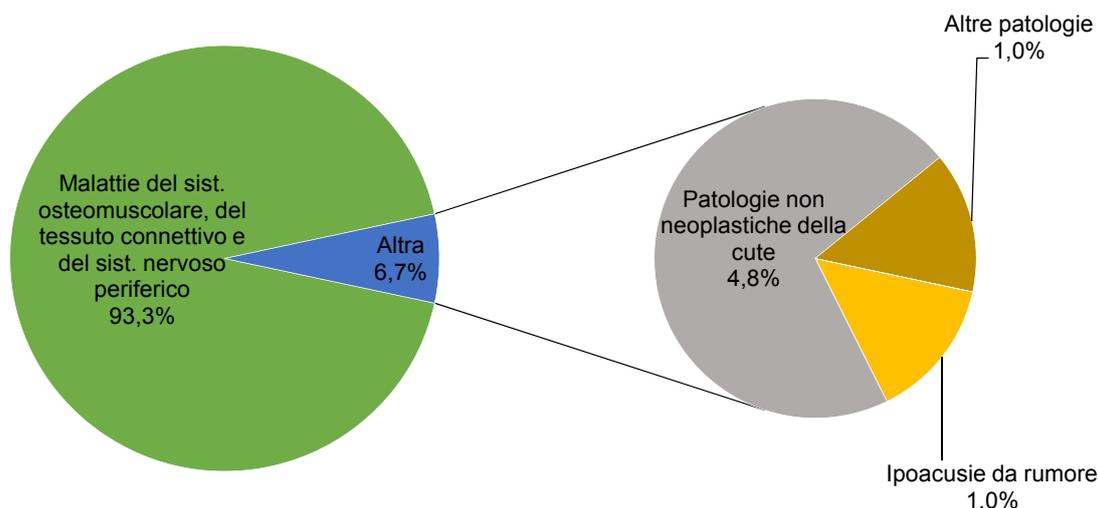
da rumore (66,2%).

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

Figura 3.27 - Malattie professionali rilevate dai medici competenti per sesso, Veneto, 2016

Femmine



Maschi

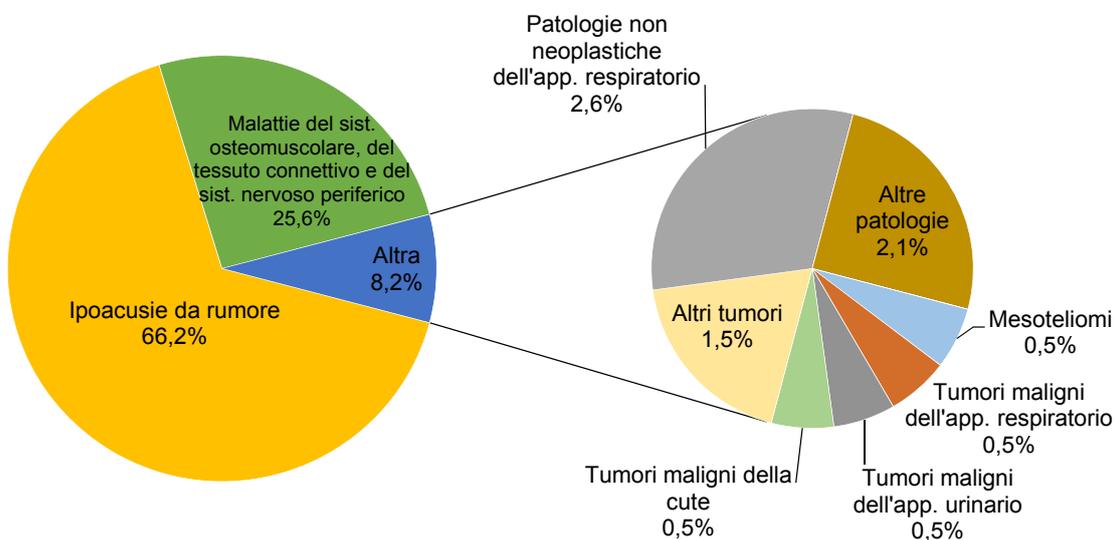
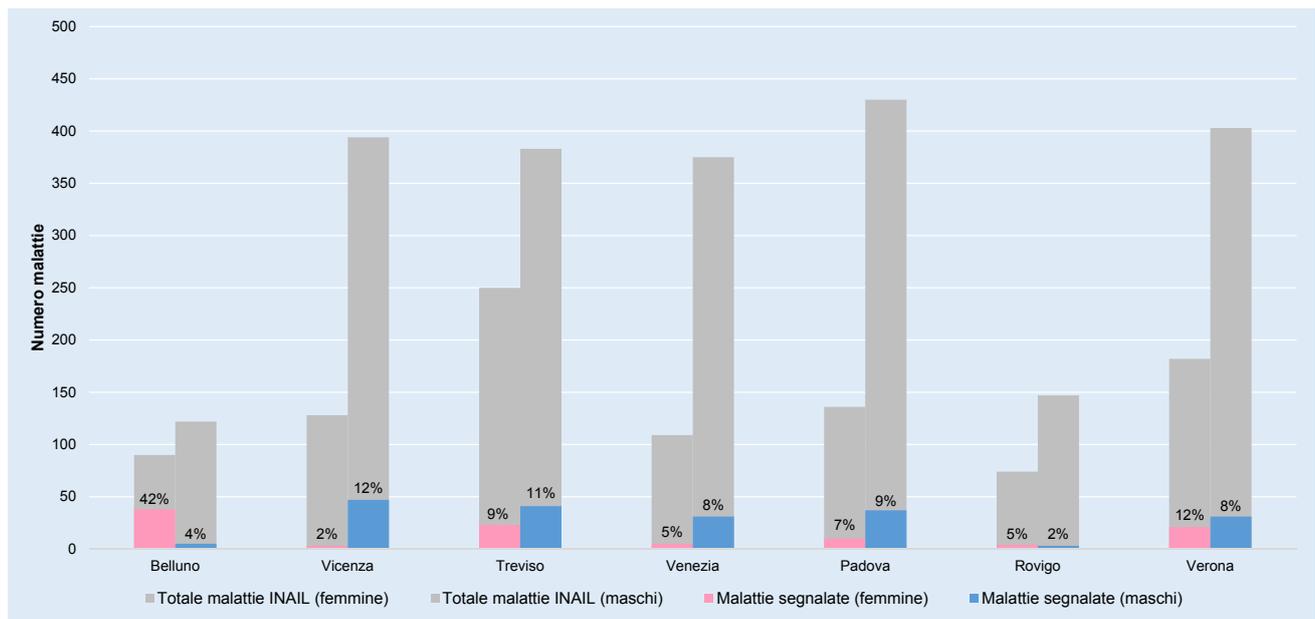


Figura 3.28 - Numero di malattie rilevate dai medici competenti sui lavoratori sottoposti (anno 2016) e totale malattie denunciate all'INAIL (anno 2016), per sesso e provincia



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, a prescindere dal sesso, è inferiore all'11% della totalità delle malattie denunciate all'INAIL, ad eccezione della provincia di Belluno in cui si registra il 20%; in particolare, per la provincia di Rovigo tale percentuale raggiunge appena il 3% (si veda la **Tabella 6.19**). La **Figura 3.28** mostra per provincia e per sesso, il numero di malattie professionali segnalate dai medici competenti nel 2016 ed il totale di malattie denunciate all'INAIL nel corso dello stesso anno. Le percentuali riportate 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. Dal grafico emerge che le province di Rovigo (per i maschi) e di Vicenza (per le femmine) presentano la

più bassa percentuale di malattie segnalate (inferiore al 2,5%). Il grafico mostra inoltre differenze significative tra i due sessi fatta eccezione per le province di Treviso, Venezia e Padova.

3.5 - ALCOL E DROGHE

L'ultima sezione di questo capitolo riguarda i dati inerenti le rilevazioni svolte dai medici competenti per la dipendenza da alcol e per l'uso di sostanze stupefacenti.

Il numero di lavoratori sottoposti a verifiche per queste due tematiche varia molto a seconda del distretto e rispetto al sesso: in **Figura 3.29** viene mostrata la distribuzione dei lavoratori sottoposti a controlli per dipendenza da alcol nel 2016 (**Tabella 6.20**) e in **Figura 3.30** quella dei lavoratori sottoposti a controlli per l'uso di sostanze stupefacenti, sempre nel 2016 (si veda la **Tabella 6.21**). In tutti i distretti le lavoratrici controllate per dipendenza da alcol sono molte di meno rispetto ai maschi. In particolare, il numero di lavoratori controllati per dipendenza da alcol raggiunge un picco

Figura 3.29 - Numero di lavoratori controllati per alcol dipendenza per distretto e per sesso, 2016

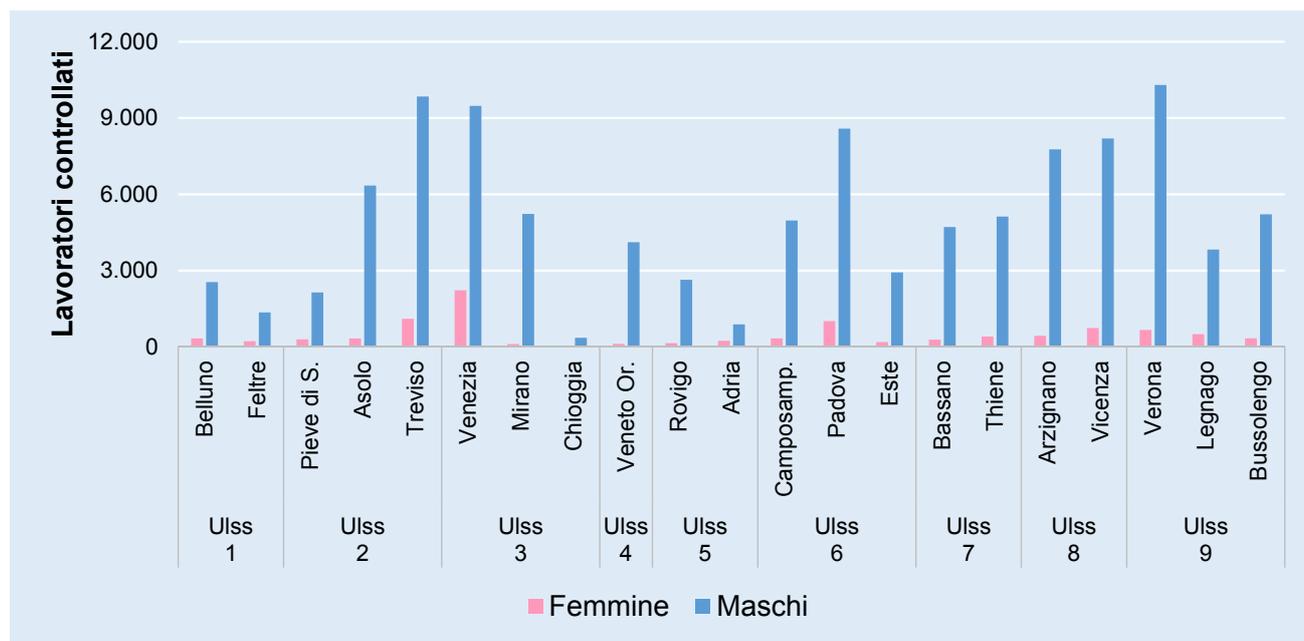
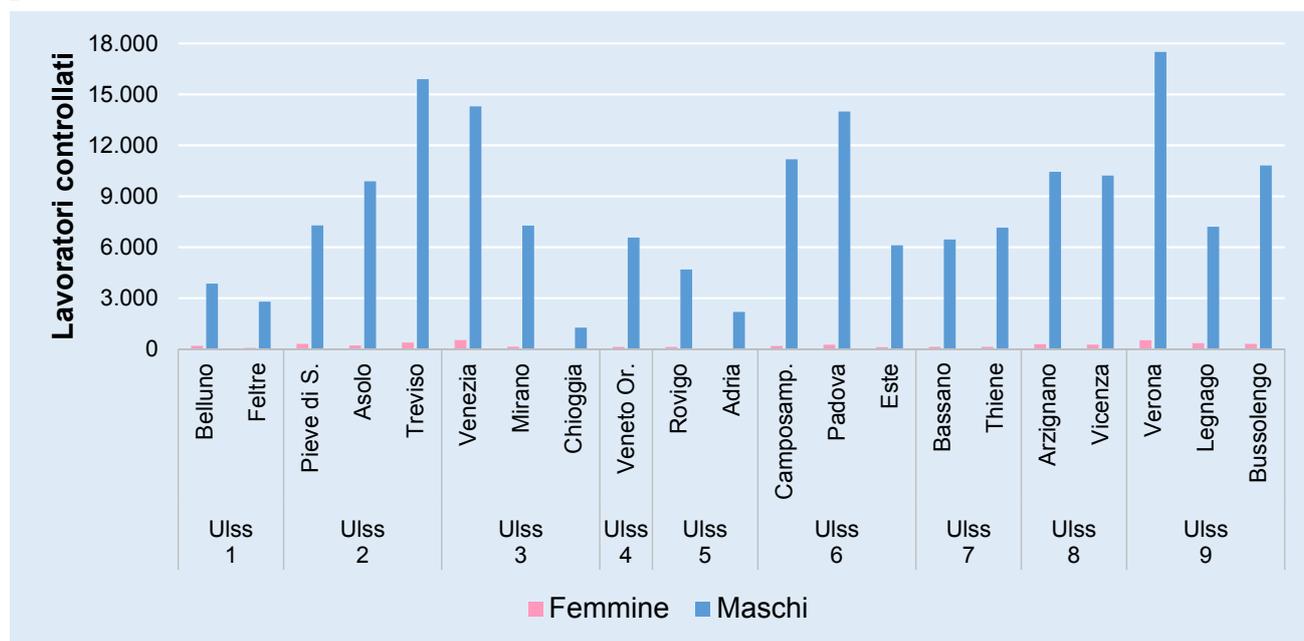


Figura 3.30 - Numero di lavoratori controllati per uso di sostanze stupefacenti, per distretto e per sesso, 2016



nel distretto di Verona dell'ULSS 9 con quasi 10.300 maschi (e meno di 700 femmine). Seguono i distretti di Treviso dell'ULSS 2 e di Venezia dell'ULSS 3 con quasi 10.000 maschi. Questi due distretti contano rispettivamente un numero di lavoratrici controllate pari a 1.107 e 2.227, le quali rappresentano un terzo di tutte le lavoratrici venete controllate. Riguardo ai lavoratori controllati per l'uso

di droghe (Tabella 6.21 e Figura 3.30), la distribuzione è sostanzialmente simile, con un ruolo primario ricoperto dai distretti di Treviso dell'ULSS 2, Venezia dell'ULSS 3 e Verona dell'ULSS 9 e in questo caso anche dal distretto di Padova dell'ULSS 6, con un numero di lavoratori maschi controllati che va da quasi 14.000 a quasi 17.500. Una particolarità della distribuzione dei

lavoratori controllati per uso di droghe è che la quasi totalità dei controllati è di sesso maschile, essendo in questo caso la presenza femminile quasi nulla in 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 droghe è più monitorato perché sono più frequenti le mansioni che prevedono l'obbligo di accertamento.

Il dato forse più interessante che è possibile estrarre da questa sezione delle

Figura 3.31 - Percentuale di lavoratori non idonei su totale lavoratori controllati per alcoldipendenza, per sesso e distretto, 2016

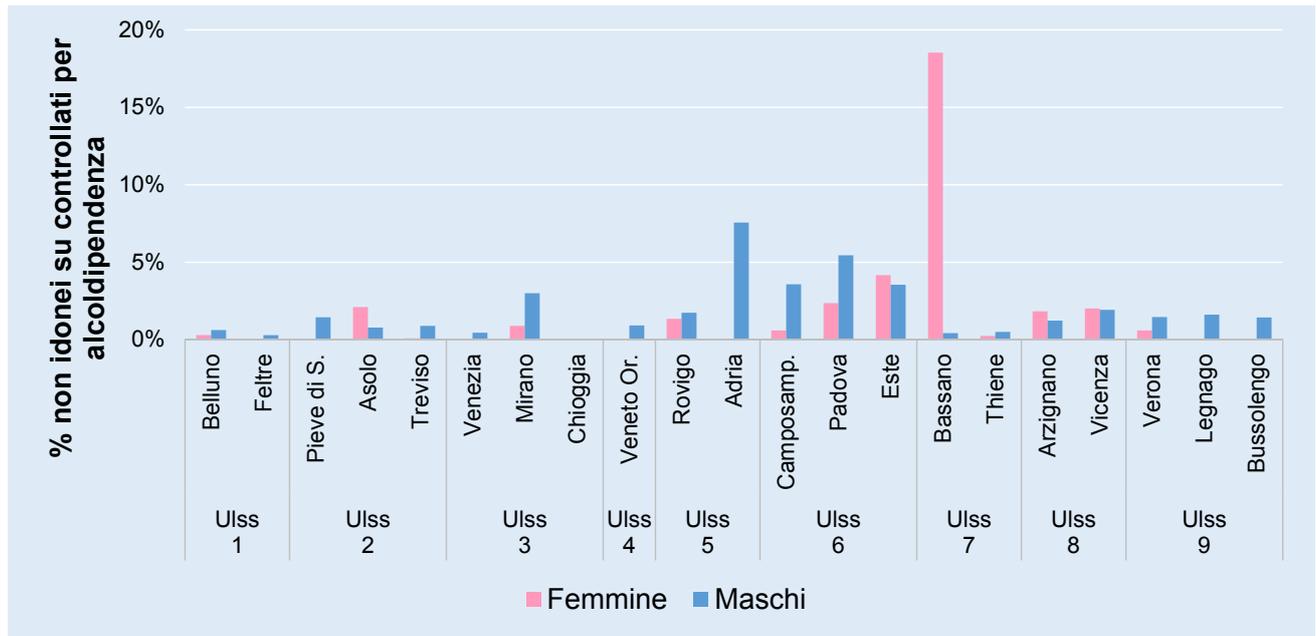
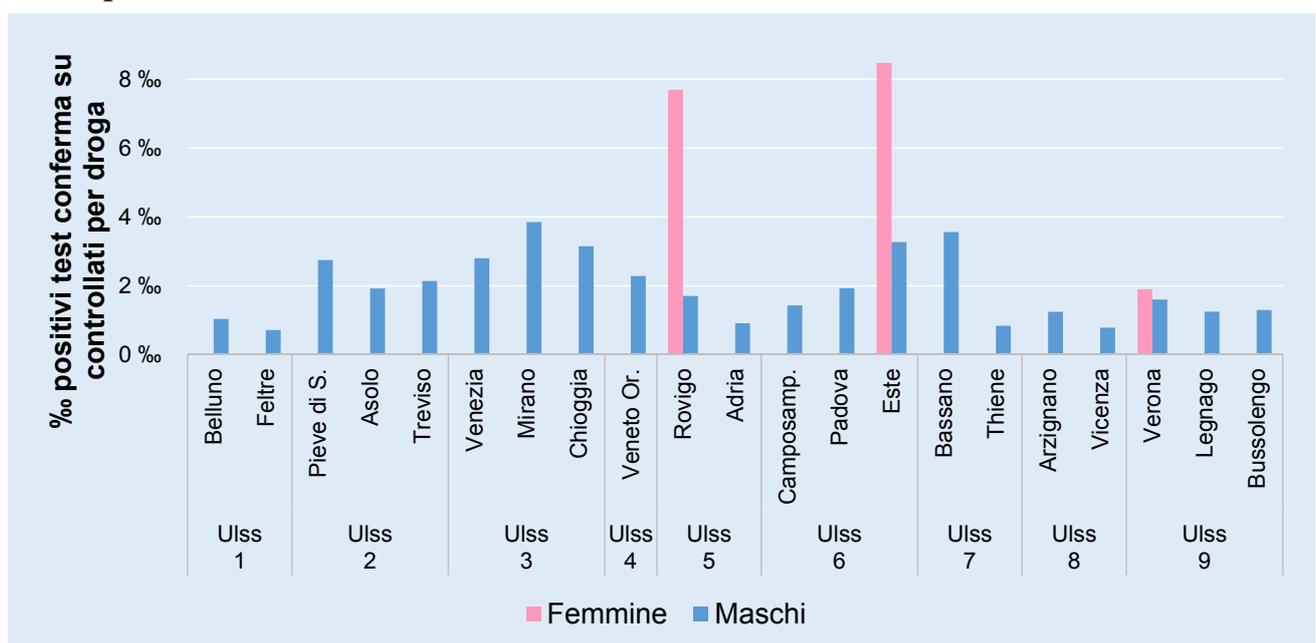


Figura 3.32 - Lavoratori positivi ai test di conferma su totale lavoratori controllati per droga (per mille), per sesso e distretto, 2016

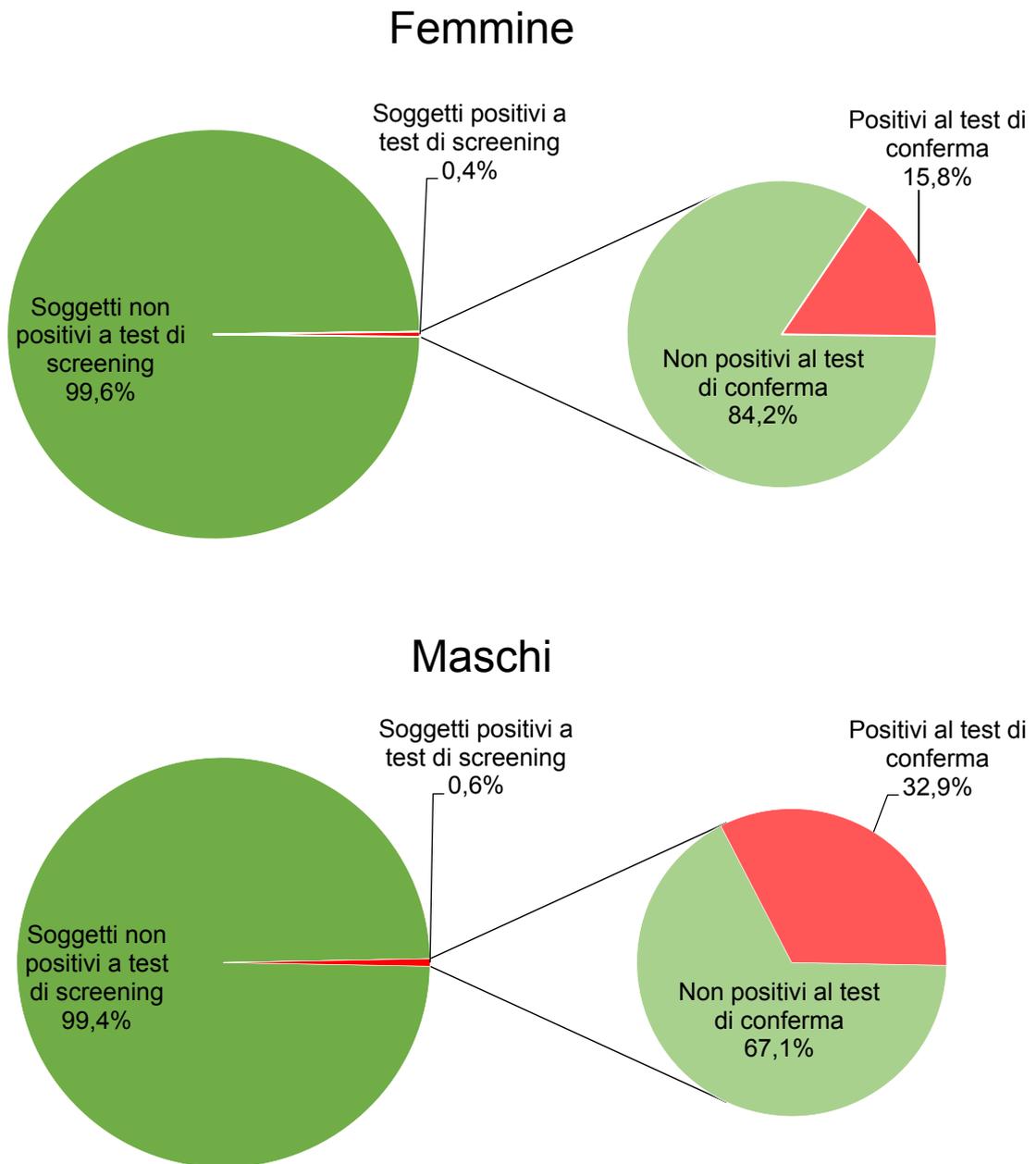


comunicazioni dei medici competenti è costituito dall'esito dei controlli effettuati per alcol e droghe. Nel caso dei controlli per dipendenza da alcol, la **Figura 3.31** fornisce una chiara visualizzazione del responso: in questo grafico si proietta la percentuale di non idoneità rispetto al campione di lavoratori controllati, per distretto e per sesso. Per le lavoratrici emerge con evidenza il distretto di Bassano del Grappa dell'ULSS 7 (con il 18,5% di non idoneità) mentre per i lavoratori spiccano i distretti di Adria dell'ULSS 5 e Padova dell'ULSS 6 (rispettivamente con il 7,6% ed il 5,5% di non idoneità).

Un discorso analogo è fattibile per i controlli svolti per l'utilizzo di sostanze stupefacenti. Prima di commentare i dati, si premette che i controlli per l'uso di droghe si articolano in due fasi: dapprima viene somministrato un test di screening al campione di lavoratori da controllare, test che gode di un basso livello di affidabilità in caso di esito positivo ma che risulta attendibile per gli esiti negativi; pertanto, agli individui che risultano positivi al test di screening viene somministrato un test di conferma ad alto valore predittivo. Facendo riferimento a quest'ultimo test, in **Figura 3.32** viene mostrato il numero di lavoratori (per mille) positivi ai test di conferma per droghe sul totale di lavoratori controllati nel 2016, per distretto e per sesso. Va notato che per le donne, solo in 3 distretti sono registrate delle positività ai test di conferma: in particolare, per i distretti di Este dell'ULSS 6 e di Rovigo dell'ULSS 5 si rilevano valori superiori al 7‰. Per i lavoratori maschi invece i distretti con i valori più alti (4‰) sono quelli di Bassano del Grappa dell'ULSS 7 e di Mirano dell'ULSS 3. Tutti gli altri distretti si assestano intorno a livelli inferiori del 3,5‰. Tornando alla distinzione tra le due fasi durante le quali vengono sottoposti i test di screening e i test di conferma, può essere utile osservare i grafici di **Figura 3.33**

dove si riportano, distintamente per sesso e facendo riferimento all'intero contingente regionale riferito al 2016, le percentuali di soggetti positivi ai test di screening e, rispetto a questo insieme, le percentuali di soggetti positivi ai test di conferma. Le differenze tra i due generi sono abbastanza evidenti e meritano di essere commentate. Lo 0,4% delle lavoratrici controllate risulta essere positivo ai test di screening; tale percentuale arriva allo 0,6% per i lavoratori. Di questo sottoinsieme, nel caso delle femmine il 15,8% è risultato essere positivo agli ulteriori test di conferma, contro il 32,9% osservato nel sottoinsieme maschile. Assumendo che il test di conferma riesca ad individuare con un'elevata probabilità i soggetti positivi, questi risultati mettono in luce non solo le differenze rispetto al fenomeno "uso di stupefacenti" osservabili tra lavoratori di genere diverso, ma anche la bassa validità predittiva dei test di screening. Stando ai dati del 2016 infatti, i maschi hanno solo il 33% di probabilità di risultare positivi al test di conferma se sono risultati positivi al test di screening, probabilità che diminuisce al 16% nel caso delle femmine.

Figura 3.33 - Percentuale di positivi ai test di screening su controllati per droga e percentuale di positivi ai test di conferma su totale positivi ai test di screening, per sesso, Veneto, 2016



Conclusioni

Capitolo



Tale analisi sistematica dei dati consente di formulare alcune conclusioni, che elenchiamo qui sintetizzate in sette punti.

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. 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 effettuata ove sarebbe obbligatoria;
 - la sorveglianza è effettuata ma il medico competente non ha inoltrato la comunicazione.
3. 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 senza la necessità di effettuare controlli sulle aziende che appartengono a settori in cui è ipotizzabile la presenza di rischi per la salute.
4. 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.
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 della copertura sanitaria 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. Per la raccolta dei dati sull'attività effettuata nel 2016, verrà utilizzato il nuovo allegato 3B nel quale i rischi verranno ulteriormente suddivisi e saranno presenti più suggerimenti per

la sua compilazione.

7. 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



VOCI CONNESSE ALLE ATTIVITÀ DEI MEDICI COMPETENTI

SORVEGLIANZA SANITARIA:

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

RISCHIO LAVORATIVO:

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

MALATTIA PROFESSIONALE:

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

MALATTIA PROFESSIONALE DENUNCIATA:

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

MALATTIA PROFESSIONALE

SEGNALATA (da medico competente):

Malattia professionale rilevata dal medico competente nell'ambito delle attività di sorveglianza previste dal suo ruolo e da lui segnalata ai sensi dell'art. 139 del D.P.R. 1124/1965.

MEDICO COMPETENTE:

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

Laddove invece il datore di lavoro nomina un solo medico competente, quest'ultimo è definito medico competente unico.

LAVORATORE:

Persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari. Al lavoratore sono equiparati altri soggetti (vedi art. 2 D.Lgs. 81/2008).

UNITÀ PRODUTTIVA:

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

**LAVORATORI SOGGETTI A
SORVEGLIANZA SANITARIA:**

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

**LAVORATORE SOTTOPOSTO A
SORVEGLIANZA SANITARIA:**

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

ARTICOLO 40:

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

ARTICOLO 139 DEL 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).

**TEST DI SCREENING/CONFERMA PER
USO SOSTANZE STUPEFACENTI:**

Test utilizzati, secondo le modalità previste dagli Accordi della Conferenza Stato-Regioni del 18/09/2008 e del 30/10/2007, per valutare l'utilizzo di sostanze stupefacenti da parte dei lavoratori impegnati in mansioni previste dalla legge 131 del 5/06/2003 e dal Provvedimento del 30/10/2007.

TEST DI VERIFICA PER USO DI ALCOLICI:

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

VOCI CONNESSE ALLE ATTIVITÀ INAIL

ADDETTI:

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

PAT (Posizione Assicurazione Territoriale):

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

FLUSSI INFORMATIVI INAIL Regioni e Province autonome:

Insieme di relazioni, informazioni e dati

inerenti la distribuzione e localizzazione delle imprese, la distribuzione degli infortuni e delle patologie professionali e le tipologie, caratteristiche e modalità di insorgenza degli stessi, derivante dal relativo protocollo di intesa siglato nel 2002 e rinnovato nel 2007 tra INAIL, ISPEL, Regioni e Province autonome.

CRUSCOTTO DI MONITORAGGIO:

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

VOCI CONNESSE ALLE ATTIVITÀ ISTAT

OCCUPATO:

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

UNITÀ LOCALE:

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

ADDETTO:

Persona occupata in un'unità giuridico – economica (impresa, istituzione) con una posizione di lavoro indipendente o

dipendente (a tempo pieno, a tempo parziale o con contratto di formazione lavoro), anche se temporaneamente assente (per servizio, ferie, malattia, sospensione dal lavoro, cassa integrazione guadagni, ecc.).

RILEVAZIONE SULLE FORZE DI LAVORO:

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

tutte le settimane dell'anno e non più in una singola settimana per trimestre.

ATECO:

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

CENSIMENTO INDUSTRIA E SERVIZI:

Censimento economico svolto ogni dieci anni da parte dall'Istat la cui unità di rilevazione è costituita dalle imprese, dalle istituzioni e dalle unità locali.

Tabelle

Capitolo


Tabella di raccordo vecchie - nuove ULSS

Vecchia denominazione	ULSS	Nuova denominazione
ULSS 1 Belluno	ULSS 1 Dolomiti	Distretto di Belluno
ULSS 2 Feltre		Distretto di Feltre
ULSS 3 Bassano del Grappa	ULSS 7 Pedemontana	Distretto di Bassano del Grappa
ULSS 4 Alto Vicentino		Distretto di Thiene
ULSS 5 Ovest Vicentino	ULSS 8 Berica	Distretto di Arzignano
ULSS 6 Vicenza		Distretto di Vicenza
ULSS 7 Pieve di Soligo	ULSS 2 Marca Trevigiana	Distretto di Pieve di Soligo
ULSS 8 Asolo		Distretto di Asolo
ULSS 9 Treviso		Distretto di Treviso
ULSS 10 Veneto Orientale	ULSS 4 Veneto Orientale	Distretto di Veneto Orientale San Donà
ULSS 12 Veneziana	ULSS 3 Serenissima	Distretto di Venezia
ULSS 13 Mirano		Distretto di Mirano
ULSS 14 Chioggia		Distretto di Chioggia
ULSS 15 Alta Padovana	ULSS 6 Euganea	Distretto di Camposampiero
ULSS 16 Padova		Distretto di Padova
ULSS 17 Este		Distretto di Este
ULSS 18 Rovigo	ULSS 5 Polesana	Distretto di Rovigo
ULSS 19 Adria		Distretto di Adria
ULSS 20 Verona	ULSS 9 Scaligera	Distretto di Verona
ULSS 21 Legnago		Distretto di Legnago
ULSS 22 Bussolengo		Distretto di Bussolengo

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

	Distretto	2015			2016		
		Comunicazioni	Unità produttive	Medici che hanno inviato comunicazioni	Comunicazioni	Unità produttive	Medici che hanno inviato comunicazioni
Ulss 1	Belluno	1.521	1.336	114	1.459	1.310	127
	Feltre	1.008	922	100	994	917	102
Ulss 2	Pieve di Soligo	2.585	2.531	167	2.666	2.598	184
	Asolo	3.532	3.453	210	3.945	3.856	223
	Treviso	4.854	4.645	314	5.389	5.180	335
Ulss 3	Venezia	3.449	3.370	323	3.553	3.473	341
	Mirano	2.820	2.738	197	2.890	2.833	204
	Chioggia	688	679	94	759	750	95
Ulss 4	Veneto Orientale San Donà	2.765	2.719	183	2.950	2.900	198
Ulss 5	Rovigo	1.504	1.489	220	1.514	1.487	237
	Adria	831	821	82	932	921	88
Ulss 6	Camposampiero	3.493	3.450	231	3.670	3.577	239
	Padova	6.620	6.438	446	7.109	6.911	449
	Este	2.368	2.341	190	2.359	2.325	200
Ulss 7	Bassano del Grappa	2.171	2.154	147	2.418	2.402	171
	Thiene	1.989	1.973	166	2.126	2.108	176
Ulss 8	Arzignano	2.463	2.446	184	2.588	2.567	195
	Vicenza	3.614	3.579	304	3.966	3.916	331
Ulss 9	Verona	4.746	4.695	384	4.835	4.778	432
	Legnago	1.939	1.935	175	1.924	1.921	179
	Bussolengo	3.373	3.356	253	3.465	3.442	272
Totale		58.333	57.070	4.484	61.511	60.172	1.225

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 nei vari distretti in quanto uno stesso medico può operare in più distretti.

Tabella 6.2 - Numero di unità produttive per classi di addetti, Veneto, 2016

Classe di addetti	Unità produttive (2016)
0	1.594
1	6.562
Da 2 a 3	13.329
Da 4 a 10	20.472
Da 11 a 15	5.821
Da 16 a 20	2.971
Da 21 a 30	3.026
Da 31 a 100	4.776
Da 101 a 200	966
Da 201 a 500	448
Da 501 a 1.000	101
Da 1.001 a 5.000	98
Da 5.001 a 10.000	4
Oltre 10.000	4
Totale	60.172

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

		2015	2016
		Numero medici	
Medico Unico	Competente	979	1.058
Medico Coordinato	Competente	402	437
Medico Coordinatore	Competente	209	236
Totale		1.590	1.731

Tabella 6.4 - Numero di medici competenti per tipologia e distretto, 2015

	Distretto	Medico Competente Unico (2015)	Medico Competente Coordinato (2015)	Medico Competente Coordinatore (2015)	Totale complessivo (2015)
Ulss 1	Belluno	90	34	18	142
	Feltre	71	36	14	121
Ulss 2	Pieve di Soligo	140	41	20	201
	Asolo	185	47	21	253
	Treviso	254	86	45	385
Ulss 3	Venezia	260	115	39	414
	Mirano	172	49	16	237
	Chioggia	82	17	6	105
Ulss 4	Veneto Orientale San Donà	150	40	20	210
Ulss 5	Rovigo	189	41	21	251
	Adria	70	16	8	94
Ulss 6	Camposampiero	212	44	27	283
	Padova	370	129	49	548
	Este	165	37	12	214
Ulss 7	Bassano del Grappa	131	28	12	171
	Thiene	152	28	13	193
Ulss 8	Arzignano	164	26	19	209
	Vicenza	264	60	38	362
Ulss 9	Verona	308	107	56	471
	Legnago	157	31	13	201
	Bussolengo	218	57	24	299
	Totale	3.804	1.069	491	5.364

Tabella 6. 4a - Numero di medici competenti per tipologia e distretto, 2016

	Distretto	Medico Competente Unico (2016)	Medico Competente Coordinato (2016)	Medico Competente Coordinatore (2016)	Totale complessivo (2016)
Ulss 1	Belluno	103	35	17	155
	Feltre	77	34	12	123
Ulss 2	Pieve di Soligo	147	45	20	212
	Asolo	198	48	26	272
	Treviso	265	104	52	421
Ulss 3	Venezia	269	112	56	437
	Mirano	181	47	18	246
	Chioggia	82	14	6	102
Ulss 4	Veneto Orientale San Donà	166	40	19	225
Ulss 5	Rovigo	197	48	25	270
	Adria	76	15	10	101
Ulss 6	Camposampiero	218	49	28	295
	Padova	377	137	63	577
	Este	177	38	15	230
Ulss 7	Bassano del Grappa	152	32	16	200
	Thiene	159	34	13	206
Ulss 8	Arzignano	175	31	18	224
	Vicenza	280	73	44	397
Ulss 9	Verona	338	114	65	517
	Legnago	160	34	13	207
	Bussolengo	232	61	30	323
Totale		4.029	1.145	566	5.740

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 e 6.4a 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, 2016

Classi di unità produttive	Numero di medici competenti per classe
1 unità produttiva	380
da 2 a 3 unità produttive	233
da 4 a 5 unità produttive	79
da 6 a 7 unità produttive	42
da 8 a 9 unità produttive	20
da 10 a 13 unità produttive	48
da 14 a 16 unità produttive	21
da 17 a 19 unità produttive	23
da 20 a 25 unità produttive	27
da 26 a 30 unità produttive	13
da 31 a 40 unità produttive	33
da 41 a 50 unità produttive	27
da 51 a 75 unità produttive	44
da 76 a 100 unità produttive	48
da 101 a 200 unità produttive	90
superiore a 200 unità produttive	97
Totale	1.225

Tabella 6.6 - Distribuzione dei medici competenti, che hanno inviato comunicazioni, rispetto alle classi di lavoratori soggetti a sorveglianza, Veneto, 2016

Classi di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria	Numero di medici competenti per classe
fino a 15 lavoratori	335
da 16 a 40 lavoratori	146
da 41 a 75 lavoratori	94
da 76 a 150 lavoratori	100
da 151 a 250 lavoratori	59
da 251 a 350 lavoratori	30
da 351 a 500 lavoratori	48
da 501 a 650 lavoratori	35
da 601 a 800 lavoratori	27
da 801 a 1000 lavoratori	24
da 1.001 a 1.500 lavoratori	48
da 1.501 a 2.000 lavoratori	63
da 2.001 a 3.000 lavoratori	76
da 3.001 a 4.000 lavoratori	55
da 4.001 a 5.000 lavoratori	37
superiore a 5.000 lavoratori	48
Totale	1.225

Tabella 6.7 - Distribuzione dei medici competenti, che hanno inviato comunicazioni, rispetto alle classi di lavoratori sottoposti a sorveglianza, Veneto, 2016

Classi di lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria	Numero di medici competenti per classe
fino a 15 lavoratori	411
da 16 a 40 lavoratori	145
da 41 a 75 lavoratori	98
da 76 a 150 lavoratori	89
da 151 a 250 lavoratori	49
da 251 a 350 lavoratori	37
da 351 a 500 lavoratori	42
da 501 a 650 lavoratori	33
da 601 a 800 lavoratori	33
da 801 a 1000 lavoratori	29
da 1.001 a 1.500 lavoratori	87
da 1.501 a 2.000 lavoratori	58
da 2.001 a 3.000 lavoratori	57
da 3.001 a 4.000 lavoratori	31
da 4.001 a 5.000 lavoratori	16
superiore a 5.000 lavoratori	10
Totale	1.225

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

	Distretto	2015			2016		
		Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria FEMMINE	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria MASCHI	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria TOTALE	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria FEMMINE	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria MASCHI	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria TOTALE
Ulss 1	Belluno	16.156	21.526	37.682	17.633	21.094	38.727
	Feltre	9.260	15.010	24.270	9.129	15.334	24.463
Ulss 2	Pieve di Soligo	23.867	31.700	55.567	19.367	33.160	52.527
	Asolo	20.818	33.710	54.528	20.971	37.647	58.618
	Treviso	75.146	92.918	168.064	55.276	85.582	140.858
Ulss 3	Venezia	30.651	57.438	88.089	34.317	59.833	94.150
	Mirano	19.518	27.234	46.752	16.035	29.745	45.780
	Chioggia	4.089	4.555	8.644	2.211	4.535	6.746
Ulss 4	Veneto Orientale San Donà	13.695	21.243	34.938	12.876	24.016	36.892
Ulss 5	Rovigo	9.865	15.605	25.470	9.633	15.857	25.490
	Adria	3.279	6.091	9.370	3.688	6.833	10.521
Ulss 6	Camposampiero	14.960	34.768	49.728	17.522	38.309	55.831
	Padova	64.692	75.941	140.633	73.188	81.052	154.240
	Este	9.422	19.885	29.307	8.981	20.526	29.507
Ulss 7	Bassano del Grappa	13.904	22.425	36.329	12.933	23.334	36.267
	Thiene	11.994	24.416	36.410	11.725	25.602	37.327
Ulss 8	Arzignano	14.802	33.021	47.823	16.826	35.655	52.481
	Vicenza	24.484	39.957	64.441	25.927	42.349	68.276
Ulss 9	Verona	43.818	69.906	113.724	42.756	75.375	118.131
	Legnago	10.575	20.945	31.520	9.297	20.846	30.143
	Bussolengo	17.540	33.720	51.260	19.994	36.485	56.479
Totale		452.535	702.014	1.154.549	440.285	733.169	1.173.454

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

	Distretto	2015			2016		
		Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria FEMMINE	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria MASCHI	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria TOTALE	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria FEMMINE	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria MASCHI	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria TOTALE
Ulss 1	Belluno	7.262	11.178	18.440	7.799	11.325	19.124
	Feltre	4.433	8.008	12.441	4.617	8.571	13.188
Ulss 2	Pieve di Soligo	10.385	21.798	32.183	8.909	21.961	30.870
	Asolo	10.358	25.090	35.448	10.694	27.904	38.598
	Treviso	18.785	39.526	58.311	16.450	42.049	58.499
Ulss 3	Venezia	15.471	36.103	51.574	16.403	40.774	57.177
	Mirano	9.147	21.361	30.508	9.122	22.231	31.353
	Chioggia	1.897	3.616	5.513	1.459	3.784	5.243
Ulss 4	Veneto Orientale San Donà	7.381	16.844	24.225	8.078	19.359	27.437
Ulss 5	Rovigo	6.195	12.531	18.726	6.272	12.933	19.205
	Adria	2.011	5.094	7.105	2.243	5.620	7.863
Ulss 6	Camposampiero	9.098	28.439	37.537	10.061	30.221	40.282
	Padova	26.277	46.344	72.621	30.737	51.159	81.896
	Este	6.031	15.726	21.757	4.980	16.041	21.021
Ulss 7	Bassano del Grappa	7.405	17.506	24.911	7.177	18.541	25.718
	Thiene	6.632	18.349	24.981	6.833	19.928	26.761
Ulss 8	Arzignano	9.520	27.436	36.956	10.361	29.324	39.685
	Vicenza	13.616	29.555	43.171	14.814	31.651	46.465
Ulss 9	Verona	21.188	45.787	66.975	20.577	47.519	68.096
	Legnago	6.680	17.541	24.221	6.263	17.616	23.879
	Bussolengo	10.911	27.947	38.858	12.164	28.787	40.951
Totale		210.683	475.779	686.462	216.013	507.298	723.311

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

	Distretto	2015			2016		
		Lavoratori idonei FEMMINE	Lavoratori idonei MASCHI	Lavoratori idonei TOTALE	Lavoratori idonei FEMMINE	Lavoratori idonei MASCHI	Lavoratori idonei TOTALE
Ulss 1	Belluno	5.835	8.492	14.327	6.746	8.702	15.448
	Feltre	3.663	5.509	9.172	3.641	5.878	9.519
Ulss 2	Pieve di Soligo	7.959	17.319	25.278	7.129	17.171	24.300
	Asolo	7.999	17.258	25.257	8.650	19.845	28.495
	Treviso	13.936	30.270	44.206	13.099	32.107	45.206
Ulss 3	Venezia	12.407	27.995	40.402	12.564	32.285	44.849
	Mirano	7.518	14.877	22.395	7.410	15.851	23.261
	Chioggia	1.363	2.398	3.761	1.123	2.571	3.694
Ulss 4	Veneto Orientale San Donà	5.645	11.695	17.340	6.427	13.566	19.993
Ulss 5	Rovigo	4.698	8.718	13.416	4.771	9.072	13.843
	Adria	1.628	3.671	5.299	1.801	4.111	5.912
Ulss 6	Camposampiero	7.370	20.335	27.705	7.932	21.379	29.311
	Padova	21.486	35.049	56.535	24.682	38.465	63.147
	Este	4.666	10.748	15.414	3.747	10.770	14.517
Ulss 7	Bassano del Grappa	5.879	12.550	18.429	5.715	12.987	18.702
	Thiene	5.437	13.899	19.336	5.483	15.112	20.595
Ulss 8	Arzignano	7.998	21.142	29.140	8.510	21.977	30.487
	Vicenza	10.819	22.667	33.486	11.650	24.038	35.688
Ulss 9	Verona	16.000	35.619	51.619	15.297	36.607	51.904
	Legnago	5.467	13.504	18.971	5.044	13.644	18.688
	Bussolengo	8.757	21.323	30.080	9.487	21.339	30.826
Totale		166.530	355.038	521.568	170.908	377.477	548.385

Tabella 6.11 - Numero di lavoratori idonei con limitazioni, per distretto, sesso e tipo di limitazione, 2016

	Distretto	Idonei con limit./prescr. temporanee FEMMINE	Idonei con limit./prescr. temporanee MASCHI	Idonei con limit./prescr. permanenti FEMMINE	Idonei con limit./prescr. permanenti MASCHI	Idonei alla mansione specificata FEMMINE	Idonei alla mansione specificata MASCHI
Ulss 1	Belluno	105	157	912	2.424	6.746	8.702
	Feltre	465	333	498	2.348	3.641	5.878
Ulss 2	Pieve di Soligo	417	737	1.346	4.010	7.129	17.171
	Asolo	298	1.062	1.733	6.954	8.650	19.845
	Treviso	716	1.113	2.613	8.772	13.099	32.107
Ulss 3	Venezia	2.002	3.034	1.704	5.225	12.564	32.285
	Mirano	603	2.584	1.075	3.762	7.410	15.851
	Chioggia	166	419	169	790	1.123	2.571
Ulss 4	Veneto Orientale San Donà	239	923	1.399	4.827	6.427	13.566
Ulss 5	Rovigo	506	1.218	963	2.619	4.771	9.072
	Adria	194	692	236	808	1.801	4.111
Ulss 6	Camposampiero	639	1.745	1.464	7.050	7.932	21.379
	Padova	2.280	3.502	3.684	9.116	24.682	38.465
	Este	334	1.017	884	4.222	3.747	10.770
Ulss 7	Bassano del Grappa	251	782	1.206	4.757	5.715	12.987
	Thiene	217	607	1.117	4.184	5.483	15.112
Ulss 8	Arzignano	408	1.111	1.436	6.202	8.510	21.977
	Vicenza	656	1.143	2.467	6.419	11.650	24.038
Ulss 9	Verona	1.290	2.681	3.941	8.141	15.297	36.607
	Legnago	259	966	948	2.964	5.044	13.644
	Bussolengo	503	1.485	2.129	5.916	9.487	21.339
	Totale	12.548	27.311	31.924	101.510	170.908	377.477

Tabella 6.12 - PAT e addetti INAIL per comparto ATECO, Veneto, 2015

Settore di attività economica (Codice ATECO)	ADDETTI (2015)	PAT (2015)
A Agricoltura, silvicoltura e pesca	6.876	2.179
B Estrazione di minerali da cave e miniere	1.058	219
C Attività manifatturiere	477.976	39.703
D Fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condizionata	2.917	249
E Fornitura di acqua; reti fognarie, attività di gestione dei rifiuti e risanamento	12.432	719
F Costruzioni	83.758	18.808
G Commercio all'ingrosso e al dettaglio; riparazione di autoveicoli e motocicli	243.351	55.447
H Trasporto e magazzinaggio	50.107	6.401
I Alloggio e ristorazione	70.810	21.746
J Informazione e comunicazione	33.192	5.293
K Finanza e assicurazioni	59.136	2.894
L Attività immobiliari	11.379	6.121
M Attività professionali, scientifiche e tecniche	48.917	13.064
N Noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese	34.545	5.892
O Amministrazione pubblica e difesa; assicurazione sociale obbligatoria	48.067	1.990
P Istruzione	18.347	2.489
Q Sanità e assistenza sociale	104.665	6.169
R Arte, sport, intrattenimento e divertimento	10.074	2.300
S Altre attività di servizi	30.245	8.322
T Attività di famiglie e convivenze di autoproduzione	121	57
U Organizzazioni ed organismi extraterritoriali	820	19
X Non determinato	20.800	11.313
Totale	1.369.593	211.394

Tabella 6.12a - PAT INAIL con e senza lavoratori autonomi, per distretto, Veneto, 2015

	Distretto	PAT (2015)	
		con lavoratori autonomi	senza lavoratori autonomi
Ulss 1	Belluno	8.577	5.948
	Feltre	4.258	2.703
Ulss 2	Pieve di Soligo	13.505	9.188
	Asolo	16.800	10.893
	Treviso	25.762	17.911
Ulss 3	Venezia	20.301	14.993
	Mirano	14.114	9.288
	Chioggia	3.549	2.459
Ulss 4	Veneto Orientale San Donà	15.451	10.802
Ulss 5	Rovigo	10.666	7.045
	Adria	4.799	3.180
Ulss 6	Camposampiero	16.741	10.810
	Padova	33.240	23.525
	Este	11.786	7.074
Ulss 7	Bassano del Grappa	12.406	8.358
	Thiene	11.685	7.809
Ulss 8	Arzignano	11.024	7.401
	Vicenza	20.835	13.674
Ulss 9	Verona	29.638	19.494
	Legnago	9.632	5.999
	Bussolengo	20.123	12.840
Totale		314.892	211.394

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

	2015			2016		
	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria FEMMINE	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria MASCHI	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria TOTALE	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria FEMMINE	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria MASCHI	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria TOTALE
Agricoltura, silvicoltura e pesca	2.364	5.675	8.039	2.355	5.323	7.678
Alloggio e ristorazione	6.453	4.950	11.403	6.310	5.439	11.749
Altre attività di servizi	2.719	1.163	3.882	2.983	1.275	4.258
Amministrazione pubblica	119	173	292	78	151	229
Arte, sport, intrattenimento	2.093	2.687	4.780	2.215	3.181	5.396
Attività di famiglie	0	1	1	0	1	1
Attività immobiliari	615	449	1.064	1.068	969	2.037
Attività manifatturiere	50.695	142.311	193.006	50.886	144.923	195.809
Commercio	21.355	32.569	53.924	22.714	34.855	57.569
Costruzioni	2.882	38.173	41.055	2.813	37.003	39.816
DATO NON DISPONIBILE	322.173	416.740	738.913	302.388	437.366	739.754
Estrazione di minerali	9	248	257	35	374	409
Finanza e assicurazioni	3.513	3.219	6.732	5.499	5.789	11.288
Fornitura di acqua	909	4.336	5.245	848	4.335	5.183
Fornitura di energia	765	2.079	2.844	910	2.387	3.297
Informazione e comunicazione	8.410	9.088	17.498	8.684	9.795	18.479
Istruzione	801	196	997	834	256	1.090
Noleggio, agenzie di viaggio	6.119	5.697	11.816	6.277	5.535	11.812
Professioni	4.520	5.694	10.214	4.686	6.030	10.716
Sanità	8.733	2.336	11.069	9.278	2.552	11.830
Trasporto e magazzinaggio	7.288	24.230	31.518	9.424	25.630	35.054
Totale	452.535	702.014	1.154.549	440.285	733.169	1.173.454

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

	2015			2016		
	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria FEMMINE	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria MASCHI	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria TOTALE	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria FEMMINE	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria MASCHI	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria TOTALE
Agricoltura, silvicoltura e pesca	1.602	4.989	6.591	1.401	4.404	5.805
Alloggio e ristorazione	3.438	2.909	6.347	3.967	3.530	7.497
Altre attività di servizi	2.041	888	2.929	2.152	934	3.086
Amministrazione pubblica	58	93	151	43	113	156
Arte, sport, intrattenimento	767	1.538	2.305	844	1.446	2.290
Attività di famiglie	0	1	1	0	1	1
Attività immobiliari	385	313	698	480	607	1.087
Attività manifatturiere	31.591	112.292	143.883	32.371	115.579	147.950
Commercio	10.446	23.044	33.490	11.491	25.402	36.893
Costruzioni	1.170	30.014	31.184	1.150	29.176	30.326
DATO NON DISPONIBILE	140.834	265.347	406.181	143.433	290.692	434.125
Estrazione di minerali	4	202	206	14	229	243
Finanza e assicurazioni	1.253	1.214	2.467	1.124	1.047	2.171
Fornitura di acqua	447	3.591	4.038	457	3.728	4.185
Fornitura di energia	141	1.102	1.243	199	1.239	1.438
Informazione e comunicazione	2.134	2.702	4.836	2.009	3.054	5.063
Istruzione	510	116	626	418	130	548
Noleggio, agenzie di viaggio	3.101	3.777	6.878	3.232	3.562	6.794
Professioni	2.072	2.962	5.034	2.218	3.138	5.356
Sanità	5.358	1.429	6.787	4.799	1.561	6.360
Trasporto e magazzinaggio	3.331	17.256	20.587	4.211	17.726	21.937
Totale	210.683	475.779	686.462	216.013	507.298	723.311

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

	2015			2016		
	Lavoratori idonei FEMMINE	Lavoratori idonei MASCHI	Lavoratori idonei TOTALE	Lavoratori idonei FEMMINE	Lavoratori idonei MASCHI	Lavoratori idonei TOTALE
Agricoltura, silvicoltura e pesca	1.394	3.723	5.117	1.221	3.263	4.484
Alloggio e ristorazione	2.979	2.612	5.591	3.293	3.130	6.423
Altre attivita' di servizi	1.778	748	2.526	1.938	808	2.746
Amministrazione pubblica	26	46	72	22	64	86
Arte, sport, intrattenimento	534	1.155	1.689	583	1.088	1.671
Attivita' di famiglie	0	1	1	0	1	1
Attivita' immobiliari	325	228	553	433	528	961
Attivita' manifatturiere	24.564	81.522	106.086	24.883	83.100	107.983
Commercio	8.364	18.664	27.028	9.226	20.595	29.821
Costruzioni	920	20.375	21.295	874	19.150	20.024
DATO NON DISPONIBILE	111.369	198.506	309.875	114.053	217.234	331.287
Estrazione di minerali	2	126	128	12	144	156
Finanza e assicurazioni	853	908	1.761	737	706	1.443
Fornitura di acqua	299	2.520	2.819	324	2.668	2.992
Fornitura di energia	113	766	879	118	912	1.030
Informazione e comunicazione	1.432	1.987	3.419	1.382	2.271	3.653
Istruzione	434	88	522	353	102	455
Noleggio, agenzie di viaggio	2.518	2.882	5.400	2.593	2.706	5.299
Professioni	1.394	2.010	3.404	1.635	2.389	4.024
Sanita'	4.654	1.251	5.905	4.103	1.363	5.466
Trasporto e magazzinaggio	2.578	14.920	17.498	3.125	15.255	18.380
Totale	166.530	355.038	521.568	170.908	377.477	548.385

Tabella 6.16 - Occupati ISTAT per comparto ATECO e sesso, Veneto, 2016

Occupati 2016 - Quarto Trimestre			
Comparto ATECO 2007	Femmine	Maschi	Totale
Agricoltura, silvicoltura e pesca	17	57	74
Industria (no costruzioni)	153	439	592
Costruzioni	8	106	114
Commercio, alberghi e ristoranti	186	207	393
Altri servizi	518	396	914
Totale	882	1.205	2.087

Tabella 6.17 - Malattie professionali rilevate dai medici competenti, per sesso e tipologia di malattia, Veneto, 2016

	Femmine	Maschi	Totale
Mesoteliomi	0	1	1
Tumori maligni dell'apparato respiratorio	0	1	1
Tumori maligni dell'apparato urinario	0	1	1
Tumori maligni della cute	0	1	1
Altri tumori	0	3	3
Ipoacusie da rumore	1	129	130
Patologie non neoplastiche dell'apparato respiratorio	0	5	5
Patologie non neoplastiche della cute	5	0	5
Malattie del sistema osteomuscolare, del tessuto connettivo e del sistema nervoso periferico	97	50	147
Altre patologie	1	4	5
Patologie non classificate	0	0	0
Totale	104	195	299

Tabella 6.17a - Malattie professionali rilevate dai medici competenti e segnalate agli SPISAL, Veneto, 2016

	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	0	6	6	92	6,52%
Ipoacusia da rumore	1	129	130	337	38,58%
Patologie apparato respiratorio	0	5	5	92	5,43%
Malattie del sistema osteomuscolare, del tessuto connettivo e del sistema nervoso periferico	97	50	147	1.841	7,98%
Altre patologie	6	4	10	117	8,55%
Totale	104	195	299	2.576	11,61%

Tabella 6.18 - Numero di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria e sottoposti a sorveglianza per rischio lavorativo e per sesso, Veneto, 2016

	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria FEMMINE	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria MASCHI	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria TOTALE	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria FEMMINE	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria MASCHI	Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria TOTALE
Movimentazione manuale dei carichi	154.097	381.517	535.614	97.228	315.741	412.969
Sovraccarico biomeccanico arti superiori	82.586	150.672	233.258	57.216	126.080	183.296
Agenti chimici	63.670	219.627	283.297	43.444	188.910	232.354
Agenti cancerogeni e mutageni	3.285	17.406	20.691	3.116	16.190	19.306
Amianto	218	2.271	2.489	550	2.725	3.275
Silice libera cristallina	437	4.530	4.967	693	4.330	5.023
Agenti biologici	95.068	96.164	191.232	49.810	68.119	117.929
Videoterminali	168.348	170.194	338.542	61.619	69.569	131.188
Vibrazioni corpo intero	5.506	118.216	123.722	4.212	101.138	105.350
Vibrazioni mano braccio	9.619	117.210	126.829	8.254	103.265	111.519
Rumore	37.889	308.814	346.703	29.738	266.441	296.179
Radiazioni ottiche artificiali	3.338	26.040	29.378	2.559	23.148	25.707
Radiazioni ultraviolette naturali	899	16.989	17.888	1.076	15.339	16.415
Microclima severo	22.942	88.888	111.830	15.193	71.230	86.423
Infrasuoni	163	586	749	482	1.209	1.691
Ultrasuoni	461	825	1.286	709	1.407	2.116
Atmosfere iperbariche	176	643	819	504	1.261	1.765
Lavoro notturno > 80 giorni l'anno	37.162	55.028	92.190	18.525	40.804	59.329
Altri rischi	150.703	322.217	472.920	81.674	235.114	316.788
Totale	836.567	2.097.837	2.934.404	476.602	1.652.020	2.128.622

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 (2016) e segnalate dai medici competenti (2016) per distretto e per sesso

	Distretto	Malattie professionali denunciate (2016)	Malattie professionali denunciate (2016)	Malattie professionali denunciate (2016)	Malattie professionali ex art 40 (2016)	Malattie professionali ex art 40 (2016)	Malattie professionali ex art 40 (2016)	Femmine	Maschi
		FEMMINE	MASCHI	TOTALE	FEMMINE	MASCHI	TOTALE		
	Belluno	90	122	212	38	5	43	42,2%	4,1%
Ulss 1	Belluno	75	63	138	15	3	18	20,0%	4,8%
	Feltre	15	59	74	23	2	25	153,3%	3,4%
	Treviso	250	383	633	23	41	64	9,2%	10,7%
Ulss 2	Pieve di Soligo	159	99	258	9	6	15	5,7%	6,1%
	Asole	32	94	126	10	6	16	31,3%	6,4%
	Treviso	59	190	249	4	29	33	6,8%	15,3%
	Venezia	109	375	484	5	31	36	4,6%	8,3%
Ulss 3	Venezia	45	169	214	2	8	10	4,4%	4,7%
	Mirano	35	104	139	2	13	15	5,7%	12,5%
	Chioggia	12	17	29	0	2	2	0,0%	11,8%
Ulss 4	Veneto Orientale San Donà	17	85	102	1	8	9	5,9%	9,4%
	Rovigo	74	147	221	4	3	7	5,4%	2,0%
Ulss 5	Rovigo	51	100	151	4	3	7	7,8%	3,0%
	Adria	23	47	70	0	0	0	0,0%	0,0%
	Padova	136	430	566	10	37	47	7,4%	8,6%
Ulss 6	Camposampiero	30	129	159	4	8	12	13,3%	6,2%
	Padova	72	203	275	5	23	28	6,9%	11,3%
	Este	34	98	132	1	6	7	2,9%	6,1%
	Vicenza	128	394	522	3	47	50	2,3%	11,9%
Ulss 7	Bassano del Grappa	24	68	92	0	17	17	0,0%	25,0%
	Thiene	15	55	70	0	11	11	0,0%	20,0%
Ulss 8	Arzignano	25	89	114	1	10	11	4,0%	11,2%
	Vicenza	64	182	246	2	9	11	3,1%	4,9%
	Verona	182	403	585	21	31	52	11,5%	7,7%
Ulss 9	Verona	113	202	315	12	24	36	10,6%	11,9%
	Legnago	40	83	123	0	1	1	0,0%	1,2%
	Bussolengo	29	118	147	9	6	15	31,0%	5,1%
	Totale	969	2.254	3.223	104	195	299	10,7%	8,7%

Tabella 6.20 - Numero di lavoratori soggetti a verifiche e non idonei per alcoldipendenza, per sesso e distretto, 2016

	Distretto	N. lavoratori soggetti a verifiche			N. lavoratori non idonei alla mansione		
		Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Ulss 1	Belluno	334	2.549	2.883	1	16	17
	Feltre	225	1.356	1.581	0	4	4
Ulss 2	Pieve di Soligo	300	2.141	2.441	0	31	31
	Asolo	332	6.345	6.677	7	50	57
	Treviso	1.107	9.845	10.952	1	88	89
Ulss 3	Venezia	2.227	9.478	11.705	1	43	44
	Mirano	112	5.230	5.342	1	157	158
	Chioggia	51	359	410	0	0	0
Ulss 4	Veneto Orientale San Donà	120	4.117	4.237	0	38	38
Ulss 5	Rovigo	148	2.640	2.788	2	46	48
	Adria	241	886	1.127	0	67	67
Ulss 6	Camposampiero	336	4.971	5.307	2	178	180
	Padova	1.016	8.584	9.600	24	468	492
	Este	192	2.929	3.121	8	104	112
Ulss 7	Bassano del Grappa	286	4.715	5.001	53	20	73
	Thiene	410	5.125	5.535	1	26	27
Ulss 8	Arzignano	436	7.768	8.204	8	96	104
	Vicenza	743	8.194	8.937	15	158	173
Ulss 9	Verona	668	10.299	10.967	4	151	155
	Legnago	504	3.829	4.333	0	62	62
	Bussolengo	338	5.214	5.552	0	75	75
Totale		10.126	106.574	116.700	128	1.878	2.006

Tabella 6.21 - Numero di lavoratori soggetti a verifiche, positivi ai test di screening e positivi ai test di conferma per uso di droghe, per sesso e distretto, 2016

	Distretto	N. lavoratori soggetti a verifiche			N. lavoratori positivi ai test di screening			N. lavoratori positivi ai test di conferma		
		Femmine	Maschi	Totali	Femmine	Maschi	Totali	Femmine	Maschi	Totali
Ulss 1	Belluno	197	3.860	4.057	1	67	68	0	4	4
	Feltre	80	2.798	2.878	1	24	25	0	2	2
Ulss 2	Pieve di Soligo	312	7.285	7.597	0	41	41	0	20	20
	Asolo	217	9.884	10.101	1	62	63	0	19	19
	Treviso	389	15.896	16.285	2	93	95	0	34	34
Ulss 3	Venezia	537	14.296	14.833	0	115	115	0	40	40
	Mirano	145	7.274	7.419	1	46	47	0	28	28
	Chioggia	26	1.270	1.296	0	9	9	0	4	4
Ulss 4	Veneto Orientale San Donà	133	6.569	6.702	0	26	26	0	15	15
Ulss 5	Rovigo	130	4.694	4.824	1	16	17	1	8	9
	Adria	23	2.195	2.218	0	67	67	0	2	2
Ulss 6	Camposampiero	188	11.180	11.368	2	31	33	0	16	16
	Padova	263	13.990	14.253	1	72	73	0	27	27
	Este	118	6.117	6.235	1	38	39	1	20	21
Ulss 7	Bassano del Grappa	137	6.458	6.595	0	29	29	0	23	23
	Thiene	138	7.155	7.293	0	81	81	0	6	6
Ulss 8	Arzignano	295	10.445	10.740	2	34	36	0	13	13
	Vicenza	269	10.220	10.489	0	34	34	0	8	8
Ulss 9	Verona	526	17.499	18.025	5	88	93	1	28	29
	Legnago	353	7.210	7.563	0	25	25	0	9	9
	Bussolengo	309	10.814	11.123	1	37	38	0	14	14
Totale		4.785	177.109	181.894	19	1.035	1.054	3	340	343

