

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

Sommario

PREFAZIONE.....	3
CAPITOLO 1 – RIFERIMENTI LEGISLATIVI.....	3
CAPITOLO 2 – METODOLOGIA DI ANALISI.....	4
2.1 Flusso informativo: origine.....	4
2.1 Dati	6
2.2 Estrazione dei dati	6
2.3 Recupero dei codici ATECO.....	7
2.4 Analisi dei dati	7
CAPITOLO 3 – ELABORAZIONE DEI DATI.....	7
3.1 ANNO 2020 RELATIVO ALLE COMUNICAZIONI DEL 2019	7
3.2 ANNO 2021 e 2022 RELATIVI ALLE COMUNICAZIONI RISPETTIVAMENTE DEL 2020 E 2021.....	17
CAPITOLO 4 – CONCLUSIONI	28
CAPITOLO 5 – GLOSSARIO	28

PREFAZIONE

Il **D.Lgs 81/08** ha rivoluzionato il concetto di “sorveglianza sanitaria” nei confronti dei rischi professionali, ambientali ed organizzativi, presenti nei luoghi di lavoro.

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

Il presente report rientra tra gli obiettivi del **Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 Sorveglianza Sanitaria Efficace**, Piano Predefinito 8 (obiettivo 8) e Piano Predefinito 7 (obiettivo 7). La produzione è prevista per tutti gli anni ed è assegnata alle singole Agenzia di Tutela della Salute (ATS). Nella logica di definire un mandato di analisi univoco, solo quest’anno i criteri per la sua redazione sono stati condivisi in sede di Comitato Regionale di Coordinamento art. 7 e la produzione del report è stata effettuata a livello regionale a ricomprendere gli ultimi tre anni dal 2019 al 2021.

L’analisi del flusso di dati contenuti nelle comunicazioni effettuate dal medico competente risulta preziosa per trarre indicazioni sull’efficacia delle azioni di prevenzione seppur con dei limiti. Di seguito sono esposti i punti di forza e le criticità riscontrate:

- L’analisi può essere condotta distinguendo per genere, settore produttivo e tipo di rischio;
- La copertura del dato è nazionale ed il dato è raccolto e codificato in modo uniforme;

Tuttavia:

- Gli anni 2020 e 2021 sono affetti da errore e bassa qualità del dato a causa degli effetti della pandemia da SarS-CoV-2;
- Le informazioni non sono sempre accurate per imprecisione di caricamento e omissioni da parte del medico competente;
- L’insieme delle unità produttive monitorate dai medici competenti non è statisticamente rappresentativo della totalità delle unità produttive lombarde dal momento che quelle incluse nell’analisi sono solo quelle per i cui lavoratori si prevede l’obbligo di sorveglianza sanitaria;
- Il dato sul codice ATECO, che permetterebbe di effettuare un approfondimento in termini valutazione del rischio lavorativo, è spesso assente dal momento che non si tratta di un campo obbligatorio nella compilazione da parte del medico competente.

CAPITOLO 1 – RIFERIMENTI LEGISLATIVI

Il Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro (**D.Lgs. 81/08**), tra le misure generali di tutela, prevede il controllo sanitario dei lavoratori da realizzarsi per il tramite di un medico competente. La sorveglianza sanitaria ha come obiettivo quello di valutare le condizioni psicofisiche del singolo lavoratore per constatare l’idoneità alla mansione specifica (visita preventiva) e di monitorare nel tempo l’impatto di eventuali rischi in relazione all’ambiente di lavoro (visite periodiche e altre circostanze previste dalla normativa vigente).

All'interno del Testo Unico, la sorveglianza sanitaria viene disciplinata nella **sezione V dall'articolo 38 all'articolo 42**, trattando nello specifico modalità, tempistiche, scadenze, frequenze e interlocutori. Inoltre, sono stabiliti i criteri che definiscono l'obbligatorietà della sorveglianza sanitaria per il lavoratore e le circostanze in cui il lavoratore stesso può richiedere una visita medica supplementare.

L'**art. 40 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.** ha introdotto per il medico competente, in tutto il territorio nazionale, l'obbligo di trasmettere, ai servizi competenti per territorio, i dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria. Le informazioni devono essere inviate **esclusivamente per via telematica entro il primo trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento**.

Nello specifico, contenuti e modalità di trasmissione delle informazioni sono stati definiti con il decreto interministeriale del 9 luglio 2012 (pubblicato in Gazzetta ufficiale il 26 luglio 2012 e modificato dal decreto interministeriale del 6 agosto 2013 pubblicato in Gazzetta ufficiale n. 212 del 10 settembre 2013).

L'INAIL ha predisposto un **applicativo web**, in base all'intesa in Conferenza unificata del 20 dicembre 2012 (atto n. 153/CU), strutturato secondo modalità semplificate e standardizzate in modo tale da consentire l'inserimento dei dati così come previsto dall'allegato II (**allegato 3B del D.lgs. 81/08**) del decreto interministeriale del 9 luglio 2012.

Infine, in relazione alla difficoltà della situazione legata alla gestione dell'emergenza Covid-19, il Ministero della Salute:

- con nota prot. n. 1330 del 14 gennaio 2021 ha sospeso per tutto il 2021 il termine di invio delle comunicazioni relative all'attività di sorveglianza sanitaria dell'anno 2020;
- con circolare del 16 febbraio 2022 ha prorogato al 31 luglio 2022 il termine per l'invio delle comunicazioni relative all'anno 2021.

CAPITOLO 2 – METODOLOGIA DI ANALISI

In questo capitolo si illustrano brevemente le caratteristiche principali del flusso informativo analizzato, le metodologie impiegate e le analisi effettuate.

2.1 Flusso informativo: origine

INAIL mette a disposizione, sul proprio portale, un applicativo a cui il medico competente accede con il proprio profilo. Il flusso di informazioni è relativo alle comunicazioni che il medico competente effettua per ogni singola unità produttiva a lui associata.

Lo scopo di questo flusso informativo è quello di inviare le informazioni a livello centrale e di metterle a disposizione delle ATS **in forma aggregata** attraverso l'applicativo "Cruscotto di Monitoraggio", una soluzione di business intelligence con la quale è possibile visualizzare i dati aggregati delle comunicazioni dei medici competenti organizzati in diverse tabelle corrispondenti alle sezioni dell'allegato 3B come descritte successivamente. Gli stessi medici competenti possono utilizzare l'applicativo per avere un controllo sul processo di sorveglianza sanitaria e informazioni utili per la mappatura dei rischi occupazionali e delle eventuali malattie professionali ad essi correlate.

Di seguito sono illustrate le informazioni che il medico competente raccoglie e carica attraverso l'applicativo. In **Figura 2.1** sono raccolte tutte le informazioni che identificano l'azienda ed i relativi lavoratori occupati. La **Figura 2.2** mostra le informazioni che identificano il medico competente, il riscontro di eventuali malattie professionali e gli esiti della sorveglianza sanitaria. I rischi lavorativi in termini di lavoratori soggetti e

sottoposti a sorveglianza sanitaria sono elencati in **Figura 2.3** ed è quasi sovrapponibile a quella definita dall'81/08. Infine, in **Figura 2.4** sono specificati il numero di lavoratori sottoposti alle verifiche ai sensi dell'art. 41 comma 4 D.Lgs 81/08, il numero di test di screening e di conferma positivi.

I dati relativi a numero di lavoratori occupati, esiti della sorveglianza, esposizione a rischi e adempimenti sono disaggregati per genere.

Figura 2.1. Allegato 3B parte 1

1	Anno di riferimento della Comunicazione		
INFORMAZIONI FORNITE DAL DATORE DI LAVORO AL MEDICO COMPETENTE			
DATI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA			
2	Ragione Sociale o Codice Conto (nel caso di natanti)		
3	Partita IVA della ragione Sociale / Codice Fiscale		
4	Codice Fiscale della Ragione Sociale		
5	Indirizzo Sede Legale (via e numero civico)		
6	Denominazione unità produttiva o codice certificato (nel caso di natanti)		
7	Indirizzo Unità produttiva (via e numero civico)		
8	Codice attività economica (ATECO) / Codice categoria naviglio nel caso di natanti		
NUMERO LAVORATORI OCCUPATI			
		Maschi	Femmine
9	N. totale lavoratori occupati al 30/6		
10	N. totale lavoratori occupati al 31/12		
	Media annuale lavoratori occupati		

Figura 2.2. Allegato 3B parte 2

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

Figura 2.3. 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					
				Lavoratori visitati		lavoratori con idoneità parziale alla mansione specifica		lavoratori con inidoneità alla mansione specifica	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
22	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI								
23	SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI								
24	RISCHI POSTURALI								
25	AGENTI CHIMICI								
26	AG CANCEROGENI								
27	AG MUTAGENI								
28	AMIANTO								
29	SILICE								
30	AGENTI BIOLOGICI								
31	VIDEOTERMINALI								
32	VIBRAZIONI CORPO INTERO								
33	VIBRAZIONI MANO BRACCIO								
34	RUMORE								
35	CAMPI ELETTROMAGNETICI								
36	RADIAZIONI OTTICHE ARTIFICIALI								
37	RADIAZIONI ULTRAVIOLETTE NATURALI								
38	MICROCLIMA SEVERO								
39	INFRASUONI/ULTRASUONI								
40	ATMOSFERE IPERBARICHE								
41	LAVORO NOTTURNO > 80gg / anno								
42	ALTRI RISCHI EVIDENZIATI DA V.R.								

Figura 2.4. Allegato 3B parte 4

Adempimenti ai sensi dell'art. 41 co. 4 - D.Lgs. 81/08 per alcol e tossicodipendenza							
		n. lav. controllati nell'anno con test di screening		n. lavoratori inviati presso SERT o Centro Alcolologico		N. casi di dipendenza confermati dal Centro Specialistico (anche se riferiti a controlli richiesti nell'anno precedente)	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
43	ACCERTAMENTI assunzione ALCOL						
44	ACCERTAMENTI assunzione SOSTANZE STUPEFACENTI						

2.1 Dati

L'unità statistica è la comunicazione inoltrata dai medici competenti per ogni unità produttiva definita dall'art.2 comma 1 lettera t del D.Lgs 81/08, sebbene l'oggetto dell'attività sia il lavoratore. Pertanto, già all'atto dell'inserimento della comunicazione, i dati pervengono in forma aggregata rispetto ai singoli lavoratori delle unità produttive e distintamente per genere. Le elaborazioni presentate non possono essere utilizzate per dedurre caratteristiche della popolazione di lavoratori lombardi dal punto di vista epidemiologico, mentre possono essere utilizzate per delineare un quadro di riferimento generale della popolazione lavorativa effettivamente sorvegliata ai sensi del D.Lgs. 81/08.

2.2 Estrazione dei dati

I dati sui quali è stata effettuata l'analisi sono stati estratti tramite il "Cruscotto di monitoraggio" che rende disponibili i dati aggregati delle comunicazioni dei medici competenti in forma di tabelle corrispondenti alle diverse sezioni dell'allegato 3B. Il formato dei dati può essere scelto in fase di download.

2.3 Recupero dei codici ATECO

La compilazione del campo “codice ATECO” non è obbligatoria. D'altra parte, un'analisi del profilo della popolazione sorvegliata rispetto ai settori produttivi (codice ATECO) permette di avere un quadro più completo nell'ambito della valutazione del rischio. La carenza dei codici ATECO può essere in parte risolta integrando l'informazione con altri flussi informativi. In questa sede, l'informazione relativa alle unità produttive è stata incrociata da una parte con i Flussi Informativi INAIL e dall'altra con i flussi informativi da I.M.Pre.S@-BI (fonte Infocamere). Infatti, non esiste un'unica banca dati completa: INAIL contiene le informazioni riguardo a industria e servizi mentre manca l'agricoltura. Quest'ultimo comparto può essere recuperato dal registro imprese della camera di commercio ovvero da I.M.Pre.S @-BI.

Anche recuperando i codici ATECO restano le criticità intrinseche della classificazione che è merceologica e non finalizzata alla sicurezza e salute sul lavoro. Inoltre,

- L'ATECO primario classifica il prodotto principale dell'azienda e non il rischio specifico o la lavorazione effettuata dai lavoratori dell'unità locale;
- Anche se c'è un ATECO secondario o attribuito alla unità locale non è detto che sia quello più appropriato per descrivere la lavorazione svolta; comunque, per motivi tecnici il «recupero» può essere effettuato soltanto sul codice primario.
- L'ATECO può derivare in una certa misura dall'autoclassificazione o da diversi criteri;
- Esistono classificazioni teoricamente più pertinenti (esempio voci di tariffa INAIL) ma «coprono» soltanto la gestione industria e servizi che è un sotto insieme delle aziende pubbliche e private nel campo di applicazione del D.Lgs 81/08.

2.4 Analisi dei dati

I dati estratti dalle comunicazioni dei medici competenti hanno natura prettamente discreta e perciò la loro sintesi e rappresentazione è stata realizzata applicando le metodologie della statistica descrittiva. A questo scopo sono stati utilizzati indicatori quali frequenze assolute, percentuali e rapporti e rappresentati graficamente mediante barre e torte. La natura non inferenziale dei dati estratti ha reso inopportuno implementare modelli statistici per una valutazione complessiva e multi-causa della distribuzione locale degli indicatori considerati e dei risultati ottenuti in termini di idoneità, di malattie professionali segnalate, etc.

CAPITOLO 3 – ELABORAZIONE DEI DATI

3.1 ANNO 2020 RELATIVO ALLE COMUNICAZIONI DEL 2019

L'incrocio dei flussi riduce considerevolmente la quota di codici ATECO mancanti passando dal 60% all'8% di unità produttive prive di codice ATECO.

L'insieme dei medici competenti a cui si fa riferimento è costituito nel 2019 da 2403 medici che hanno prodotto 134,786 comunicazioni a fronte di 133,332 unità produttive (**Figura 3.1**). Il numero di comunicazioni differisce dal numero di unità produttive in quanto alcune unità produttive di grandi dimensioni sono associate a più medici competenti (coordinati e coordinatori).

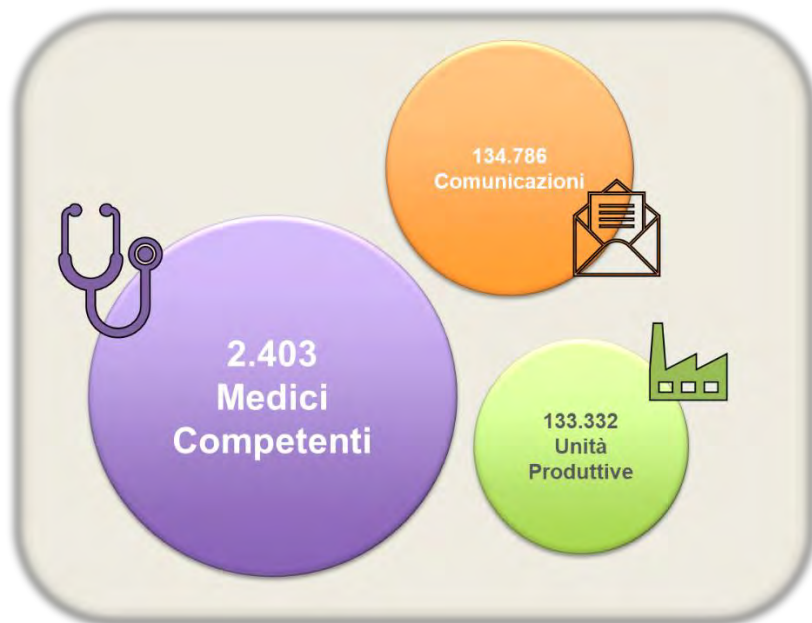


Figura 3.1. Numero dei medici competenti, comunicazioni e unità produttive per l'anno 2019 in Lombardia (anno 2019).

La distribuzione per ATS del numero di comunicazioni riflette la ripartizione del numero di unità produttive coinvolte nella sorveglianza sanitaria (**Figura 3.2**).

La maggior prevalenza di comunicazioni in alcune ATS è giustificabile dalla maggior presenza di attività produttive situate nel loro territorio. Il numero di unità produttive coinvolte è estremamente variabile con estremi che vanno da 3.546 di ATS Montagna a 41.436 di ATS Milano (**Figura 3.2**).

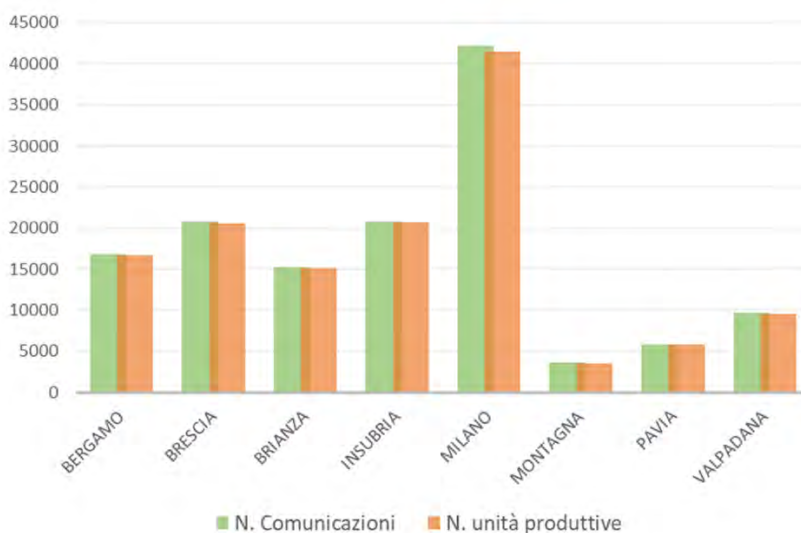


Figura 3.2. Distribuzione delle unità produttive definite ai sensi dell'art.2 comma 1 lettera t del D.Lgs 81/08 nelle otto ATS lombarde di competenza (anno 2019).

Per approfondire le caratteristiche delle unità produttive coinvolte nella sorveglianza sanitaria è possibile osservare in **Figura 3.3** la suddivisione del numero di comunicazioni rispetto alla classe di addetti di cui fanno parte (così come desunta dalla registrazione del medico competente): a livello regionale appare dominante la classe da 3 a 15 che assorbe il 52% della distribuzione, seguita dalle classi <3 e da 15 a 250. Questo dato conferma che il profilo aziendale lombardo tipico rientra nella categoria delle piccole imprese (il 77% delle aziende ha un numero inferiore o uguale a 15, ricordando che gli autonomi non sono soggetti ad obbligo di sorveglianza sanitaria). Tuttavia, va ricordato che il numero di addetti delle singole unità comunicato dai medici competenti non è del tutto attendibile, in quanto per alcune unità monitorate da più medici competenti il dato non coincide.

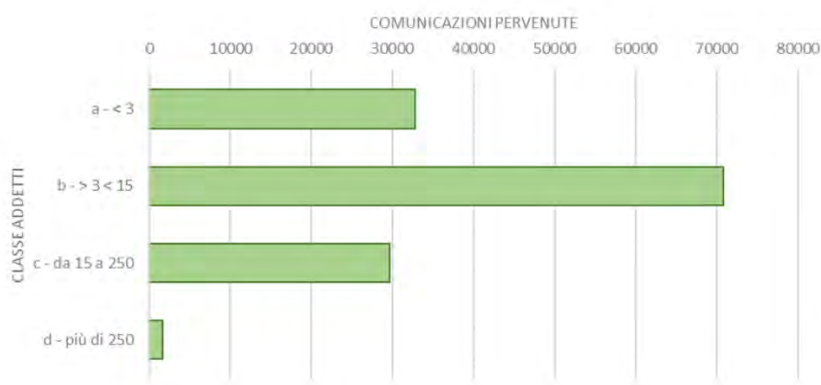


Figura 3.3. Distribuzione delle comunicazioni pervenute per dimensione di unità produttiva in termini di numeri di addetti (anno 2019).

Come mostrato in **Figura 3.4**, la maggior parte delle comunicazioni perviene dal settore manifatturiero (C), seguito da quello del commercio all'ingrosso e al dettaglio (G) e delle costruzioni (F).



Figura 3.4. Comunicazioni per codice ATECO (anno 2019).

Passando ad analizzare i lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria da parte dei medici competenti, si registrano 3.409.821 lavoratori sorvegliati e 1.705.901 lavoratori visitati (sottoposti a visita medica nell'anno in analisi). La **Figura 3.5** mostra differenze marcate tra ATS da un punto di vista numerico; infatti, si nota una chiara predominanza di lavoratori soggetti a sorveglianza nell'ATS della Città Metropolitana di Milano. Le differenze in termini di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria si riflettono sulla distribuzione dei lavoratori sottoposti a sorveglianza. Un ulteriore elemento di interesse è dato dall'analisi del rapporto tra lavoratori sottoposti e soggetti a sorveglianza sanitaria.

Le differenze tra sorvegliati e visitati sono spiegabili essenzialmente per 2 motivi:

- Periodicità della visita prevista dal protocollo (meno visite se la periodicità non è annuale);
- Turnover del personale (più visite per una singola posizione).

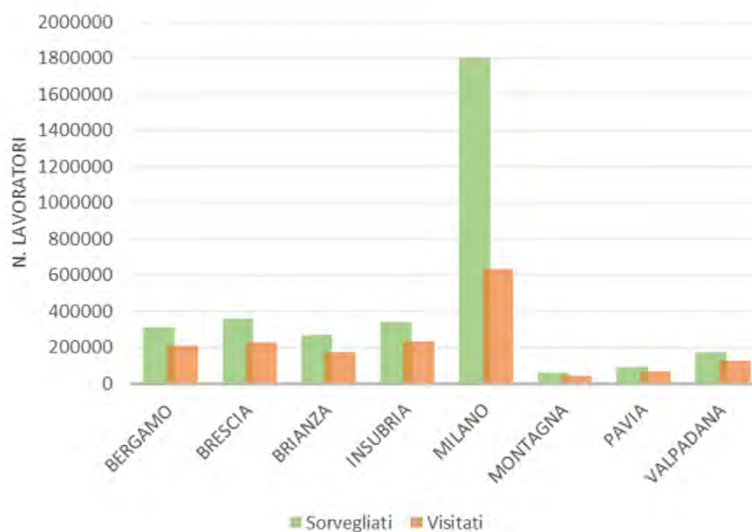


Figura 3.5. Numero di lavoratori sorvegliati e soggetti a sorveglianza sanitaria per ATS (anno 2019).

Passando ad analizzare i lavoratori soggetti a sorveglianza da parte dei medici competenti, risultano essere sorvegliati 1.380.653 lavoratrici e 2.029.168 lavoratori. Inoltre, rispetto al genere, la percentuale di lavoratori visitati rispetto a quelli sorvegliati è più alta nei maschi, ma il tasso di totale inidoneità è leggermente più elevato per le femmine. La prevalenza di soggetti visitati è maggiore tra i maschi, ma il tasso di totale idoneità è solo leggermente più elevato per le femmine (**Figura 3.6**).

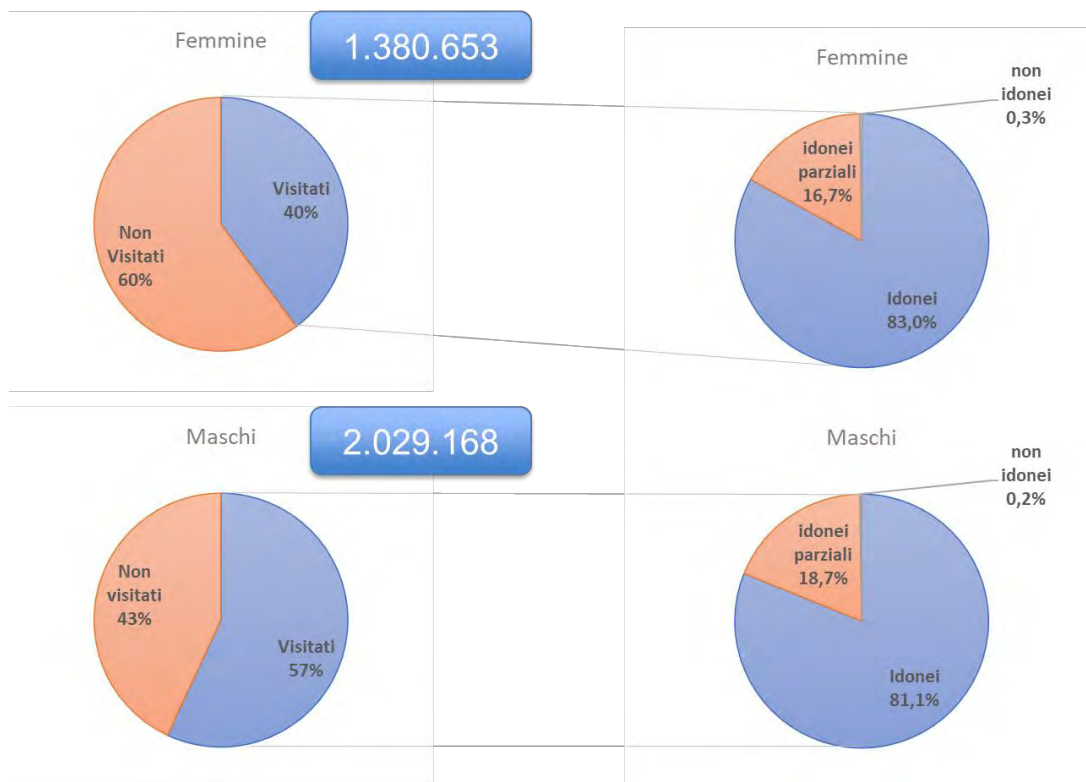


Figura 3.6. Differenze di genere tra lavoratori sorvegliati (sottoposti a sorveglianza ma non visitati) e lavoratori soggetti a sorveglianza (visitati).

Anche per i motivi sopra indicati è interessante valutare il profilo della popolazione sorvegliata rispetto ai settori produttivi (codice ATECO) (**Figura 3.7**) e confrontarlo con i dati globali (**Figura 3.8**). Questo è «fattibile» dal momento che i codici ATECO sono stati recuperati per la maggior parte. Solo l'8% rientra nella categoria ATECO non disponibile. Questo ci permette, con tutti i limiti del caso, di procedere con approfondimenti dei risultati delle visite mediche rispetto ai settori produttivi allo scopo di valutare, seppur in modo indiretto, il profilo sanitario dei lavoratori nei diversi comparti e per genere. Gli uomini sono maggiormente occupati nelle attività manifatturiere (C), nelle costruzioni (F) e nel comparto trasporto e magazzinaggio (H). Le donne si distribuiscono più frequentemente negli altri settori e in particolare nella sanità e assistenza sociale (Q).

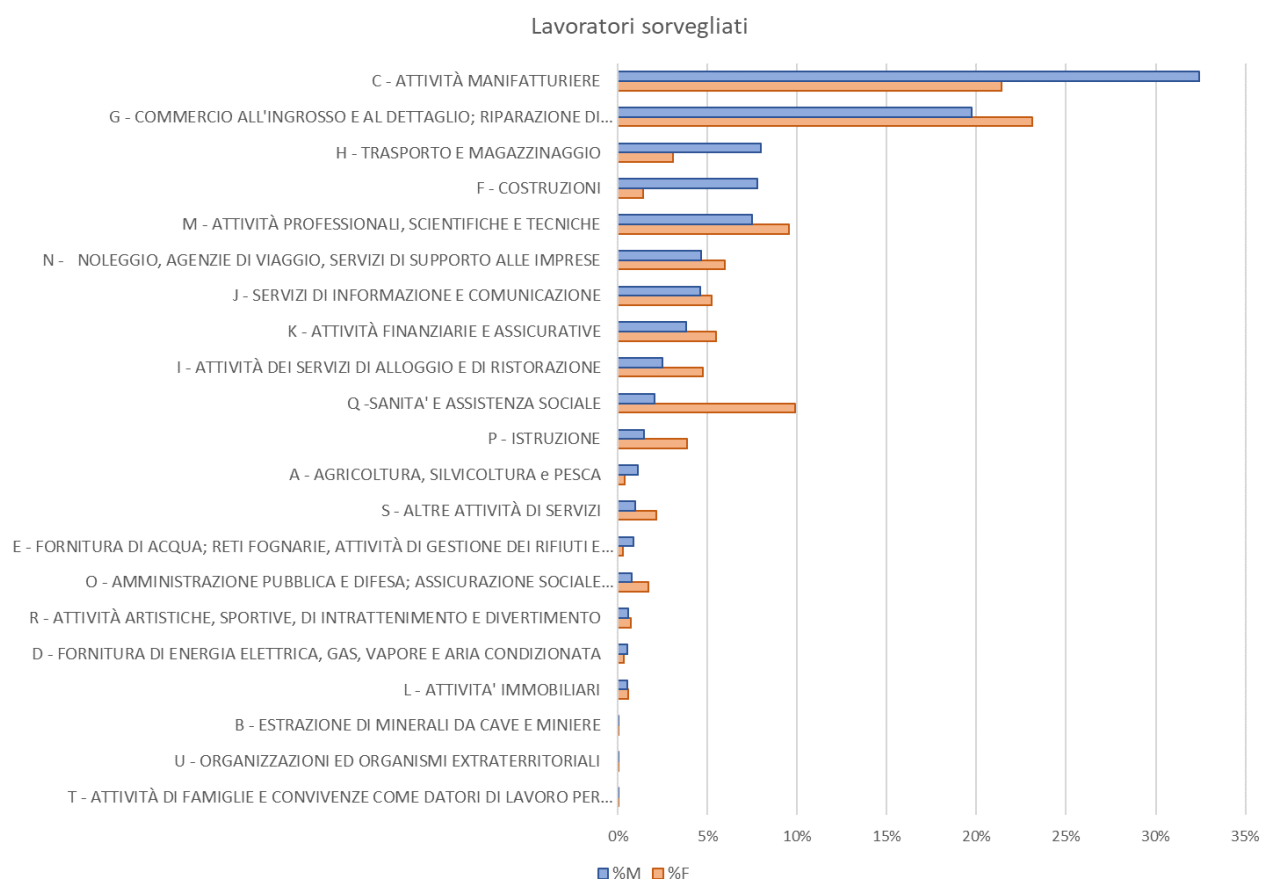


Figura 3.7. Distribuzione dei lavoratori per genere nei diversi comparti definiti da codice ATECO

ATECO	Sorvegliati	Addetti equivalenti (Flussi INAIL)	differenza
A - AGRICOLTURA, SILVICOLTURA e PESCA	25.630	10.333	-15.297
B - ESTRAZIONE DI MINERALI DA CAVE E MINIERE	1.340	3.043	1.703
C - ATTIVITÀ MANIFATTURIERE	877.313	1.056.493	179.180
D - FORNITURA DI ENERGIA ELETTRICA, GAS, VAPORE E ARIA CONDIZIONATA	14.614	27.618	13.004
E - FORNITURA DI ACQUA; RETI FOGNARIE, ATTIVITÀ DI GESTIONE DEI RIFIUTI E RISANAMENTO	19.976	27.736	7.760
F - COSTRUZIONI	165.272	274.204	108.932
G - COMMERCIO ALL'INGROSSO E AL DETTAGLIO; RIPARAZIONE DI AUTOVEICOLI E MOTOCICLI	657.537	665.829	8.292
H - TRASPORTO E MAGAZZINAGGIO	188.783	187.500	-1.283
I - ATTIVITÀ DEI SERVIZI DI ALLOGGIO E DI RISTORAZIONE	106.151	139.710	33.559
J - SERVIZI DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	151.395	245.565	94.170
K - ATTIVITÀ FINANZIARIE E ASSICURATIVE	139.832	297.043	157.211
L - ATTIVITÀ IMMOBILIARI	17.433	41.904	24.471
M - ATTIVITÀ PROFESSIONALI, SCIENTIFICHE E TECNICHE	259.225	302.422	43.197
N - NOLEGGIO, AGENZIE DI VIAGGIO, SERVIZI DI SUPPORTO ALLE IMPRESE	161.047	151.719	-9.328
O - AMMINISTRAZIONE PUBBLICA E DIFESA; ASSICURAZIONE SOCIALE OBBLIGATORIA	35.521	50.860	15.339
P - ISTRUZIONE	74.795	49.137	-25.658
Q - SANITA' E ASSISTENZA SOCIALE	160.362	151.185	-9.177
R - ATTIVITÀ ARTISTICHE, SPORTIVE, DI INTRATTENIMENTO E DIVERTIMENTO	20.290	28.871	8.581
S - ALTRE ATTIVITÀ DI SERVIZI	44.804	96.150	51.346
T - ATTIVITÀ DI FAMIGLIE E CONVIVENZE COME DATORI DI LAVORO PER PERSONALE DOMESTICO; PR	61	841	780
U - ORGANIZZAZIONI ED ORGANISMI EXTRATERRITORIALI	133	500	367
ATECO NON DISPONIBILE	288.307	403.591	115.284
Totale complessivo	3.409.821	4.212.255	802.434

Figura 3.8. Popolazione sorvegliata rispetto ai settori produttivi (codice ATECO) e confronto con i dati globali degli addetti equivalenti INAIL (anno 2019).

Le discrepanze potrebbero essere dovute al fatto che (a) INAIL non include Agricoltura e Conto stato, (b) non tutti i lavoratori sono soggetti a obbligo di sorveglianza e (c) gli addetti INAIL non sono «teste» ma addetti «equivalenti» (1 addetto=300 giornate lavorative retribuite); le discrepanze potrebbero essere dovute anche al fatto che l'ATECO non rappresenta con precisione il settore principale.

L'analisi dei rischi lavorativi (**Figura 3.9**) deve tenere conto che ogni lavoratore viene indicato come esposto e visitato per più rischi; pertanto, i totali non coincidono con il totale dei sorvegliati e dei visitati (sottoposti a sorveglianza). Le differenze tra sorvegliati e visitati dipende dalla periodicità delle visite in base all'esposizione di rischio. Il grafico mette in luce il peso rivestito dalla movimentazione manuale dei carichi, l'utilizzo dei videoterminali e i rischi posturali. Ha un peso rilevante anche la categoria «Altri rischi» che di fatto si classifica come quarta in ordine di grandezza per i sorvegliati e seconda per i visitati quando invece dovrebbe costituire una voce residuale.

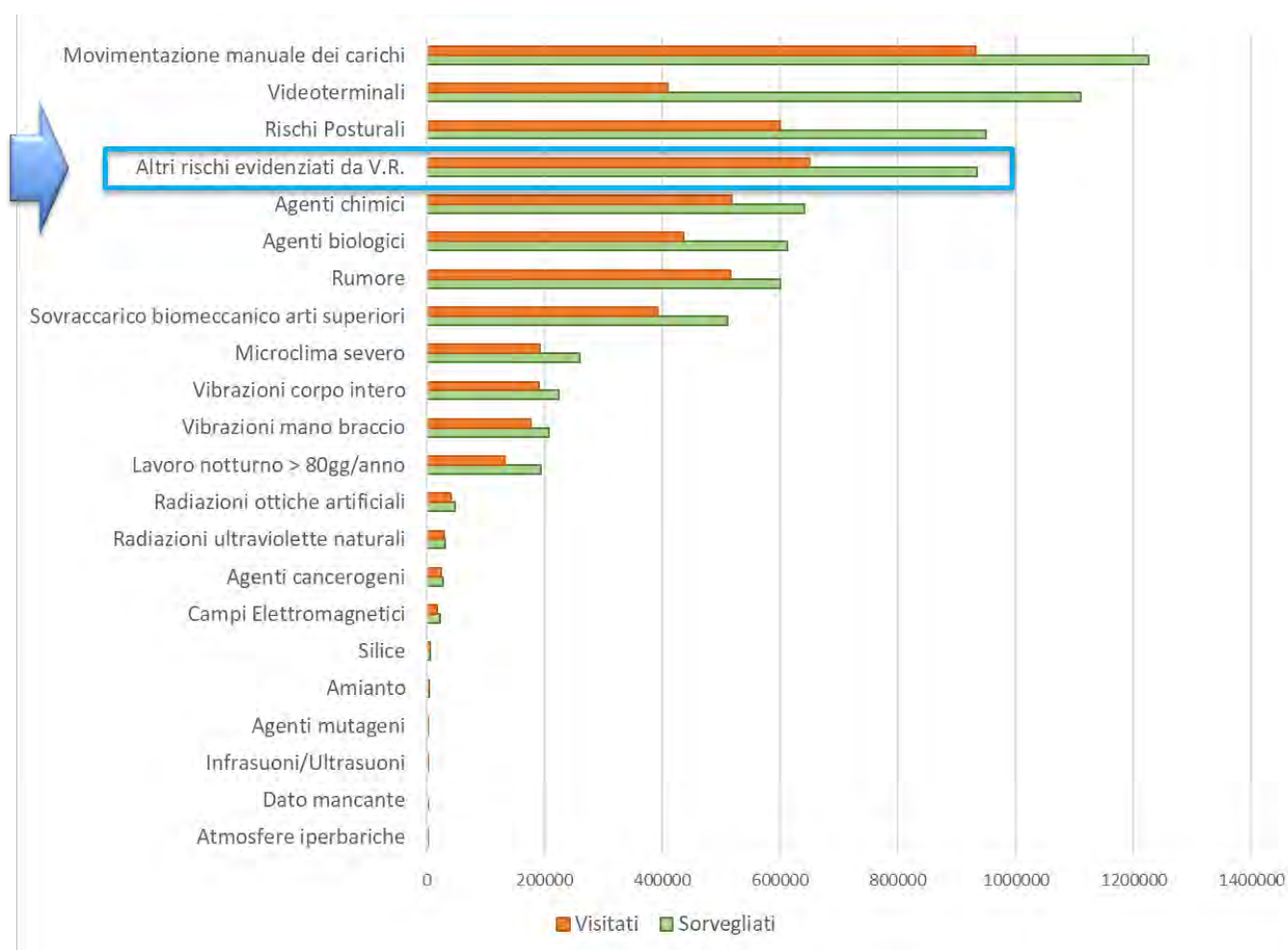


Figura 3.9. Numero di soggetti per rischio anno 2019.

La distribuzione dei rischi lavorativi per genere mostra differenze notevoli e sono dovute principalmente alla diversa distribuzione di lavoratori e lavoratrici sorvegliati rispetto ai comparti produttivi (**Figura 3.10**): l'esposizione ai videoterminali e i rischi posturali e agenti biologici tra le femmine che sono maggiormente

occupate nelle attività impiegate e nella sanità, mentre vibrazioni corpo intero e mano-braccio, rumore, agenti chimici e microclima severo tra gli uomini che sono maggiormente occupati nel settore manifatturiero, costruzioni e trasporti. La movimentazione dei carichi si equivale.

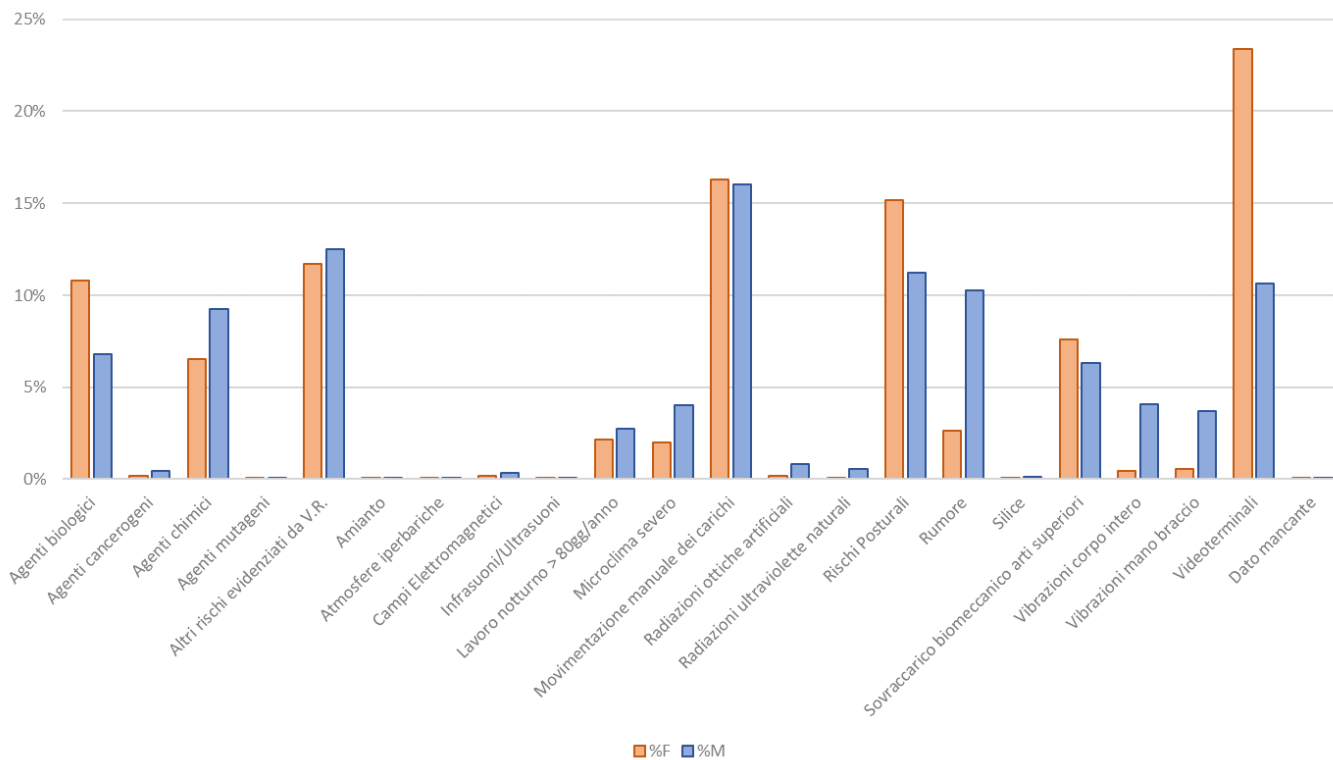


Figura 3.10. Distribuzione delle esposizioni a rischio per genere.

Infine, la distribuzione degli esposti a rischio per genere e codice ATECO mostra ancora una volta la prevalenza di genere in determinate attività e l'esposizione maggiore nell'ambito attività manifatturiere (C), costruzioni (F) e sanità (Q) (**Figura 3.11**).

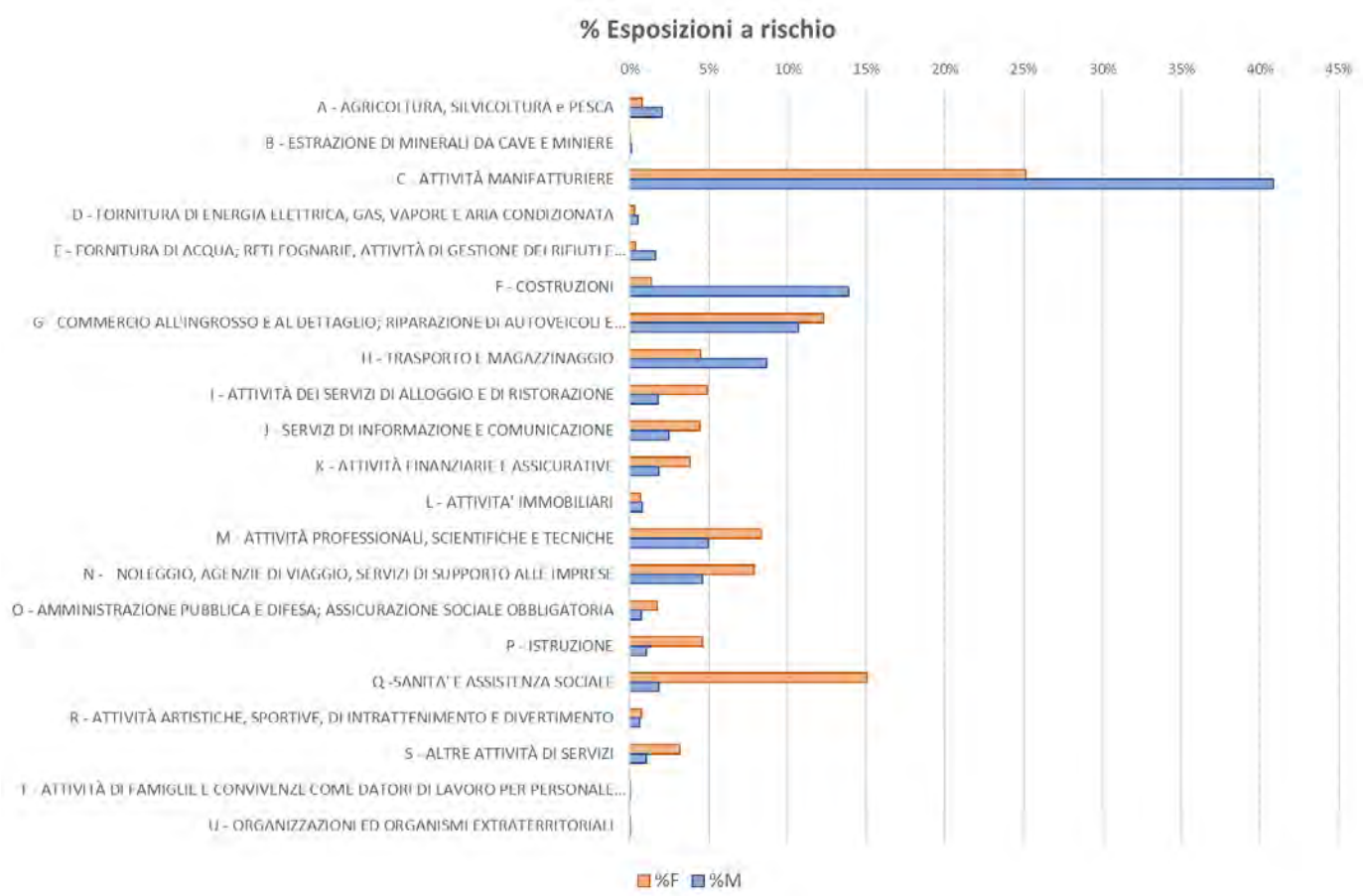


Figura 3.11. Percentuali di esposizione a rischi per genere e codice ATECO (anno 2019).

L'attività dei medici competenti comporta anche la denuncia a fini statistici, ai sensi dell'art.139 del DPR 1124/65, di malattie professionali verificatesi tra i lavoratori soggetti alla sorveglianza sanitaria. I medici competenti hanno denunciato nel 2019 in Lombardia, 5982 malattie professionali di cui 3927 nei lavoratori e 2055 nelle lavoratrici. Dopo l'ernia discale lombare, seguono per le femmine il dito a scatto, mentre per i maschi l'ipoacusia percettiva bilaterale.

Come termine di paragone sono state estratte le malattie professionali denunciate che provengono da fonte INAIL (**Figura 3.12**). In INAIL sono presenti tutte le denunce di malattie professionali obbligatorie per "ogni medico che ne riconosca l'esistenza", mentre nell'allegato 3B vanno indicate soltanto quelle effettuate dallo stesso medico competente.

Malattie Professionali Denunciate (codici ICDX) - Anno 2019	Totale
	224
II Neoplasie	385
III Malattie del sangue e del sistema immunitario	1
IV Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	1
IX Disturbi del sistema circolatorio	12
V Patologie mentali e del comportamento	79
VI Neuropatie	424
VII Oftalmopatie	6
VIII Patologie dell'orecchio	465
X Disturbi del sistema respiratorio	180
XI Malattie gastroenterologiche	4
XII Dermatopatie	66
XIII Patologie muscoloscheletriche e connettivali	2541
XIV Disturbi genitourinari	1
XIX Traumatologi, tossicologia e altre cause esterne di malattia	1
Totale complessivo	4390

Figura 3.12. Numero di malattie professionali denunciate da fonte INAIL anno 2019 Lombardia.

La denuncia è obbligatoria per il medico, ma il lavoratore ha facoltà di presentare al proprio datore di lavoro il primo certificato da trasmettere ad INAIL entro 5 giorni per avviare la pratica assicurativa, cosa che non sempre è conveniente. Ciò spiega, in parte, la discrepanza tra le fonti. Tuttavia, un'analisi più approfondita ha messo in evidenza che il numero di malattie professionali denunciate dai medici competenti è risultato così alto perché alcuni di loro hanno inserito nel campo malattie professionali il numero di occupati dell'impresa.

Gli adempimenti includono la valutazione dell'alcool dipendenza e l'uso di stupefacenti. In **Figura 3.13 e 3.14**, sono raccolte le informazioni relative al numero di lavoratori sottoposti a sorveglianza e gli esiti dei test di screening e conferma. I test confermati sono risultati essere pari allo 0,01% per la valutazione dell'alcool dipendenza e allo 0,05% per l'uso di stupefacenti.

Figura 3.13. Esiti per l'adempimento alcool dipendenza (anno 2019).

ATS	Verifiche Femmine	Verifiche Maschi	Screening Femmine	test conferma Femmine	Screening Maschi	test conferma Maschi
BERGAMO	3076	28301	1	0	9	1
BRESCIA	3414	38827	0	0	2	0
BRIANZA	1335	21393	0	0	17	8
INSUBRIA	3760	29079	17	0	13	2
MILANO	5994	64693	6	2	74	10
MONTAGNA	908	6525	0	0	1	0
PAVIA	0	143	0	0	0	0
VALPADANA	1757	17390	0	0	15	1
Totale complessivo	20244	206351	24	2	131	22

Figura 3.14. Esiti per l'adempimento dell'uso di stupefacenti (anno 2019).

ATS	Verifiche Femmine	Verifiche Maschi	Screening Femmine	test conferma Femmine	Screening Maschi	test conferma Maschi
BERGAMO	874	49825	8	0	342	27
BRESCIA	980	52266	0	0	274	24
BRIANZA	849	36834	0	0	102	9
INSUBRIA	904	45207	2	0	257	34
MILANO	2865	89825	4	1	274	51
MONTAGNA	75	8775	0	0	14	7
PAVIA	691	12655	0	0	31	9
VALPADANA	761	28786	25	0	515	14
Totale complessivo	7999	324173	39	1	1809	175

3.2 ANNO 2021 e 2022 RELATIVI ALLE COMUNICAZIONI RISPETTIVAMENTE DEL 2020 E 2021

Le comunicazioni relative agli anni 2020 e 2021 sono state analizzate e descritte in un capitolo a parte dal momento che i dati potrebbero risultare affetti da *bias* a causa delle anomalie determinate dalla pandemia da SarS-CoV-2. Per l'anno 2020, il numero di comunicazioni e, di conseguenza, i numeri dei soggetti sorvegliati e visitati è nettamente inferiore rispetto ai dati raccolti per l'anno 2019 con implicazioni anche sulla qualità del dato. Per questo motivo, per l'anno 2020 non è stata effettuato l'approfondimento per codice ATECO. Invece, le comunicazioni relative all'anno 2021 risultano essere di nuovo paragonabili a quelle del 2019 e, anche in questo caso, l'incrocio dei flussi ha ridotto considerevolmente le informazioni mancanti passando da circa il 60% al 9% di unità produttive prive di codice ATECO.

In generale, i risultati descritti in questo capitolo sono da interpretarsi con cautela almeno per l'anno 2020.

Rispettivamente per gli anni 2020 e 2021, l'insieme dei medici competenti che hanno elaborato l'invio dell'allegato 3B è costituito da 350 e 2306 medici che hanno prodotto rispettivamente 16.254 e 129.817 comunicazioni a fronte di 16.129 e 128.177 unità produttive. Per questi due anni il numero di comunicazioni è praticamente sovrapponibile a quello delle unità produttive, ma per l'anno 2020 il numero di comunicazioni è otto volte inferiore rispetto al 2019.

Per l'anno 2020, anche la distribuzione del numero di comunicazioni per ATS è differente rispetto a quella del 2019 e non sempre riflette in modo proporzionale la dimensione del territorio di competenza (**Figura 3.15 A e B**). Invece, per l'anno 2021, la distribuzione del numero di comunicazioni per ATS e unità produttive è del tutto sovrapponibile al 2019.

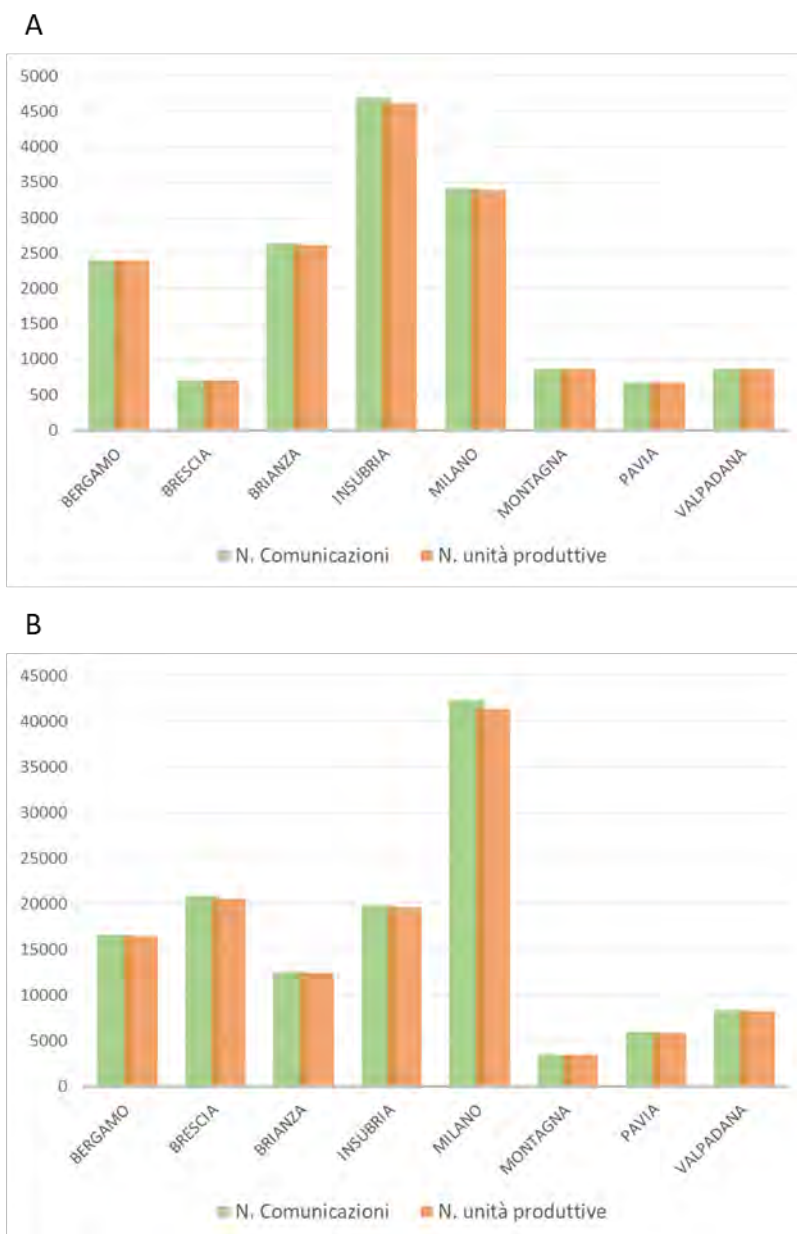
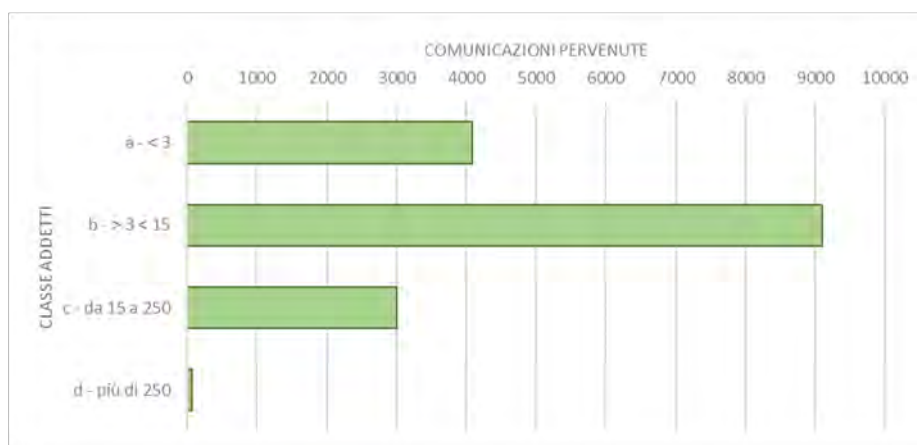


Figura 3.15. Distribuzione delle unità produttive definite ai sensi dell'art.2 comma 1 lettera t del D.Lgs 81/08 nelle otto ATS lombarde di competenza per gli anni 2020 (A) e 2021 (B).

La suddivisione del numero di comunicazioni rispetto al numero di addetti (così come desunta dalla registrazione del medico competente) conferma la prevalenza delle piccole imprese (più del 70%) sul territorio lombardo: appare dominante la classe da 3 a 15 che assorbe più del 50% della distribuzione, seguita dalle classi <3 e da 15 a 250 (Figura 3.16 A e B). Si ricorda che il numero di addetti delle singole unità comunicato dai medici competenti non è del tutto attendibile, in quanto per alcune unità monitorate da più medici competenti il dato non coincide.

A



B

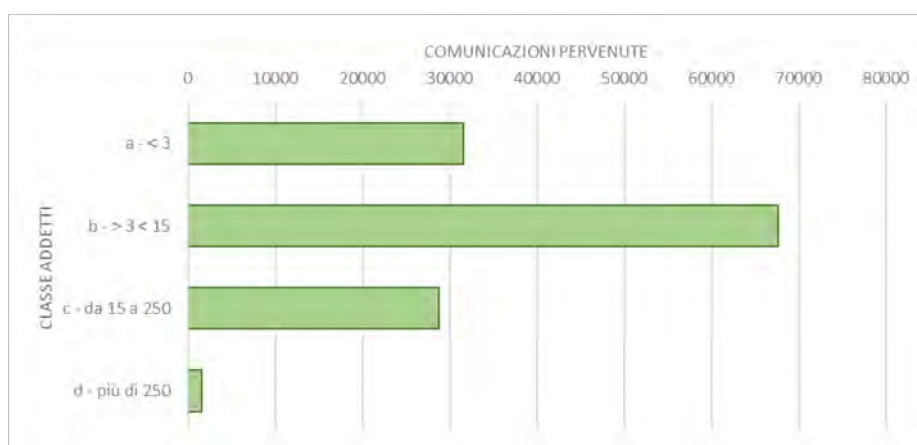


Figura 3.16. Distribuzione delle comunicazioni pervenute per dimensione di unità produttiva in termini di numeri di addetti per gli anni 2020 (A) e 2021 (B).

Per l'anno 2021 è stato effettuato l'approfondimento della distribuzione delle comunicazioni per codice ATECO. Come mostrato in **Figura 3.17**, la maggior parte delle comunicazioni perviene dal settore manifatturiero (C), seguito da quello del commercio all'ingrosso e al dettaglio (G) e delle costruzioni (F).



Figura 3.17. Comunicazioni per codice ATECO (anno 2021).

Passando ad analizzare i lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria da parte dei medici competenti, si registrano, rispettivamente per il 2020 e il 2021, 231.180 e 3.221.794 lavoratori sorvegliati e 154.380 e 1.686.463 lavoratori visitati (sottoposti a visita medica nell'anno in analisi); il rapporto tra sorvegliati e visitati rimane circa 1,5/2 a 1, ma per l'anno 2020 il numero complessivo si è ridotto di circa 15 volte rispetto al 2019. La **Figura 3.17 A e B** mostra differenze marcate tra ATS da un punto di vista numerico e per l'anno 2020 la distribuzione tra ATS risulta alterata rispetto al 2019. Le differenze in termini di lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria si riflettono sulla distribuzione dei lavoratori sottoposti a sorveglianza.

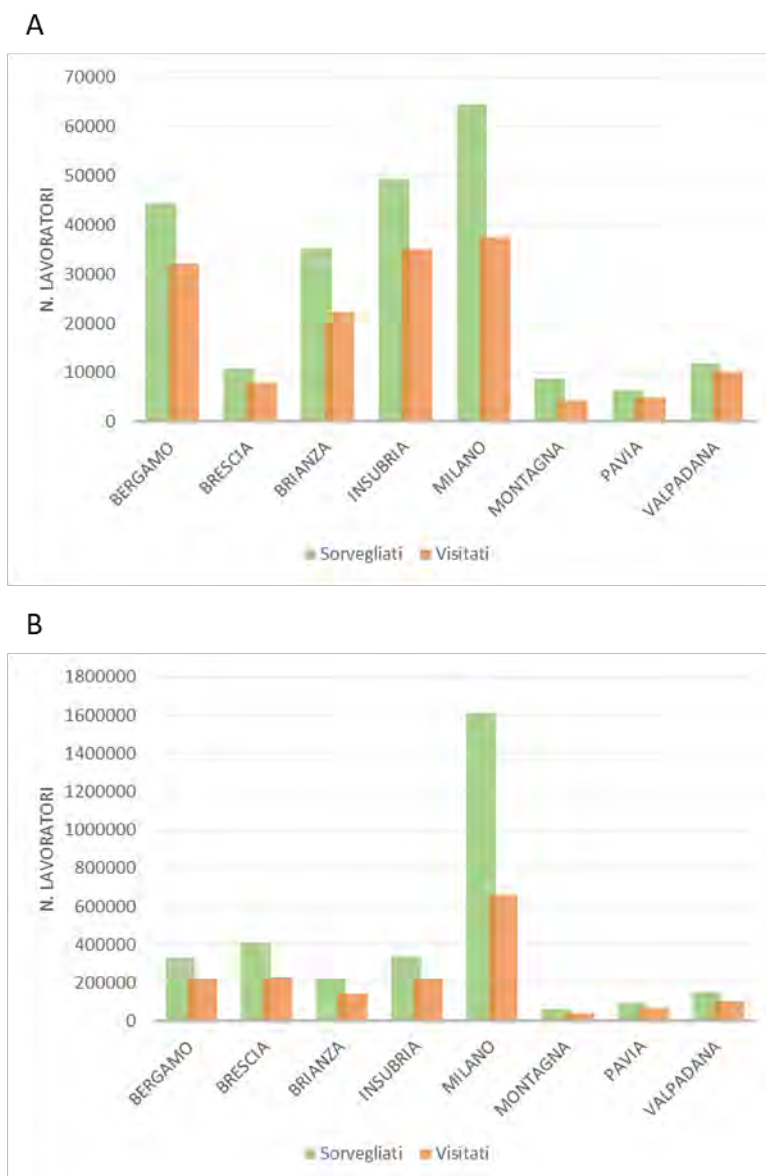


Figura 3.17. Numero di lavoratori sorvegliati e soggetti a sorveglianza sanitaria per ATS per gli anni 2020 (A) e 2021 (B).

Passando ad analizzare i lavoratori soggetti a sorveglianza da parte dei medici competenti, risultano essere sorvegliati, rispettivamente per l'anno 2020 e 2021, 76.893 e 1.308.293 lavoratrici e 154.287 e 1.913.501 lavoratori. Per l'anno 2020, i visitati sono stati il 53% tra le femmine (84,5% idoneità, 15,2% idoneità parziali e 0,3% non idoneità) e il 73% tra i maschi (80,6% idoneità, 19,3% idoneità parziali e 0,1% non idoneità). Per l'anno 2021, i visitati sono stati il 43% tra le femmine (82,3% idoneità, 17,3% idoneità parziali e 0,3% non idoneità) e il 59% tra i maschi (80,7% idoneità, 19,0% idoneità parziali e 0,3% non idoneità).

Per l'anno 2021, si è proceduto a valutare il profilo della popolazione sorvegliata rispetto ai settori produttivi (codice ATECO) (**Figura 3.18**) ma non è stato possibile effettuare il confronto con il dato globale in quanto i flussi INAIL Aziende è aggiornato fino al 2020. Questa ulteriore valutazione ci permette, con tutti i limiti del caso, di procedere con approfondimenti dei risultati delle visite mediche rispetto ai settori produttivi allo scopo di valutare, seppur in modo indiretto, il profilo sanitario dei lavoratori nei diversi comparti e per genere. Gli uomini sono maggiormente occupati nelle attività manifatturiere (C), nelle costruzioni (F) e nel

comparto trasporto e magazzinaggio (H). Le donne si distribuiscono più frequentemente negli altri settori e in particolare nella sanità e assistenza sociale (Q) e nei lavori impiegatizi.

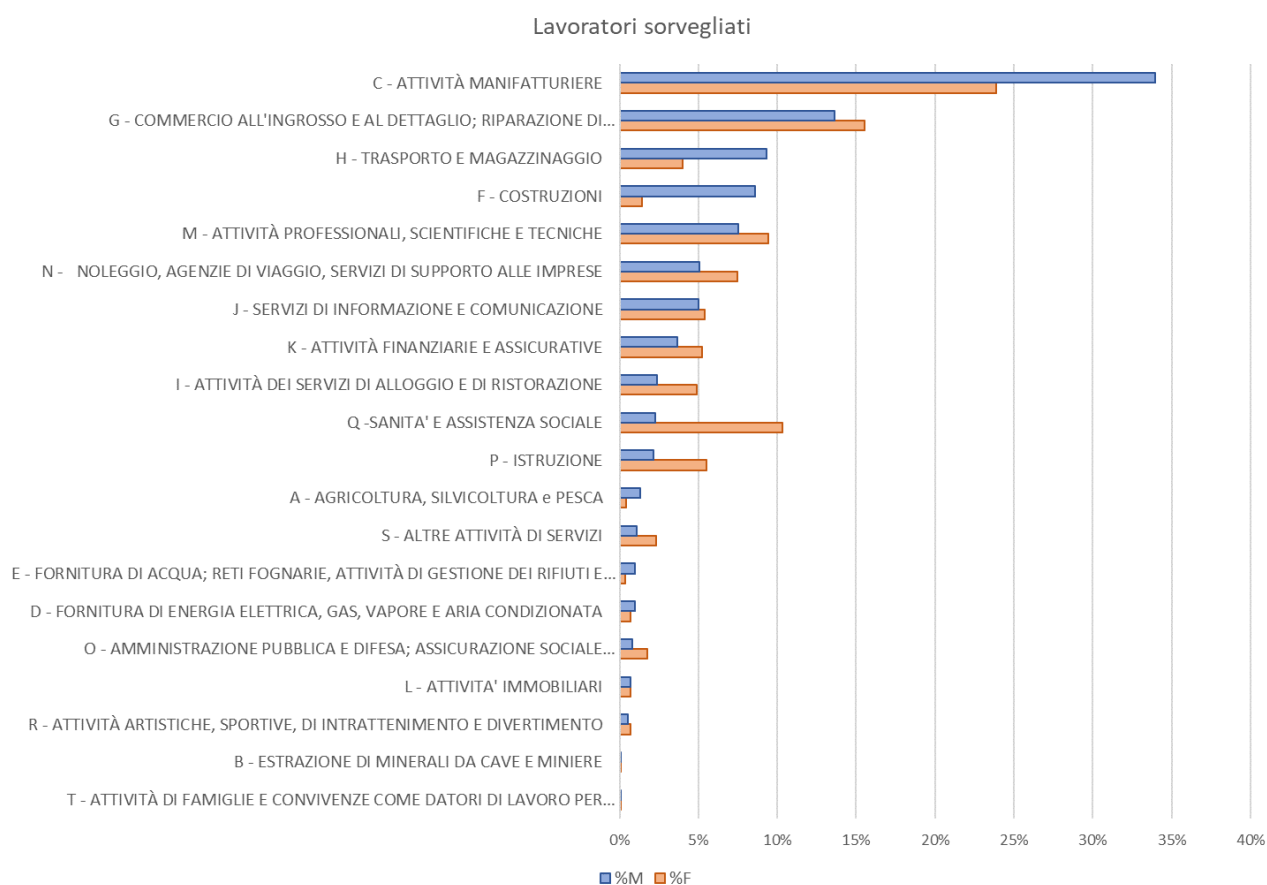
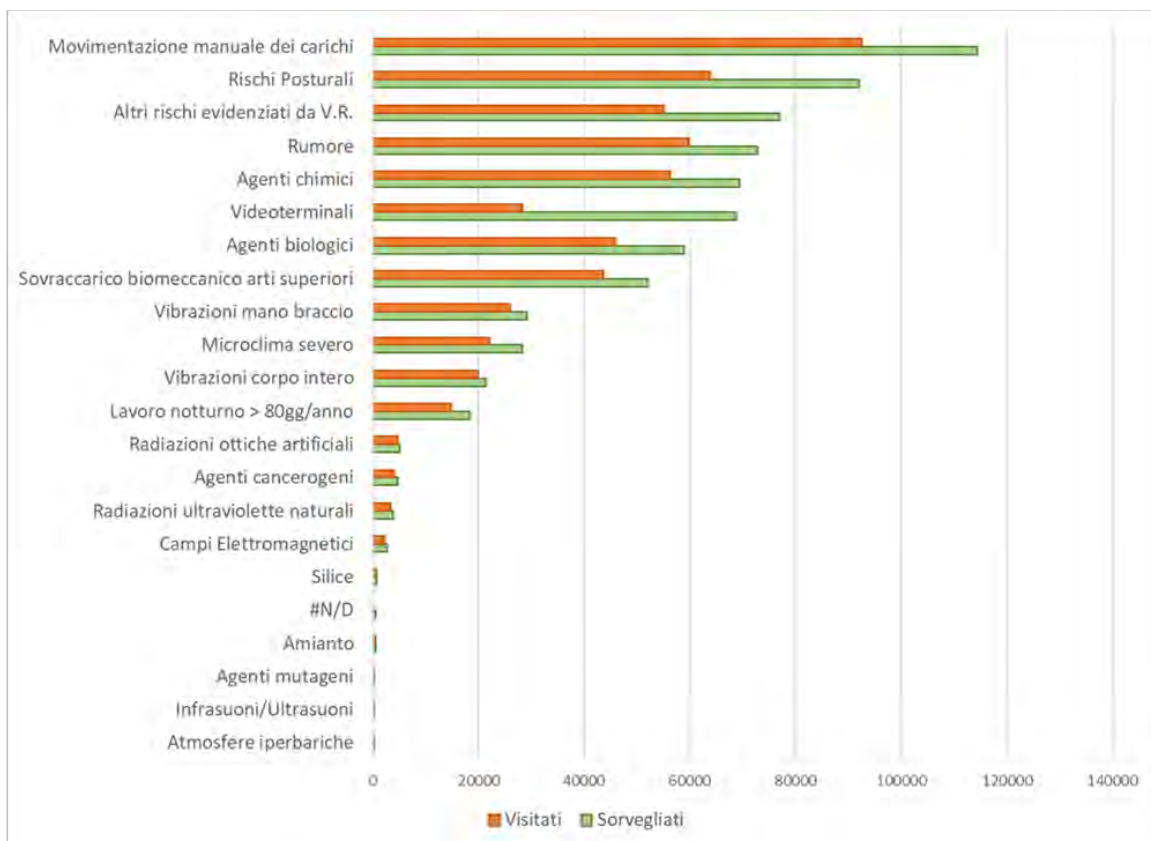


Figura 3.18. Percentuali di esposizione a rischi per genere e codice ATECO (anno 2021).

L'analisi dei rischi lavorativi (**Figura 3.19 A e B**) deve tenere conto che ogni lavoratore viene indicato come esposto e visitato per più rischi; pertanto, i totali non coincidono con il totale dei sorvegliati e dei visitati. Le differenze tra sorvegliati e visitati dipende dalla periodicità delle visite in base all'esposizione di rischio. Il grafico mette in luce il peso rivestito dalla movimentazione manuale dei carichi e i rischi posturali. Ha un peso rilevante anche la categoria «Altri rischi» che di fatto si classifica come quarta per i sorvegliati e seconda per i visitati quando invece dovrebbe costituire una voce residuale. Per l'anno 2021 la distribuzione dei rischi è sovrapponibile a quella del 2019.

A



B

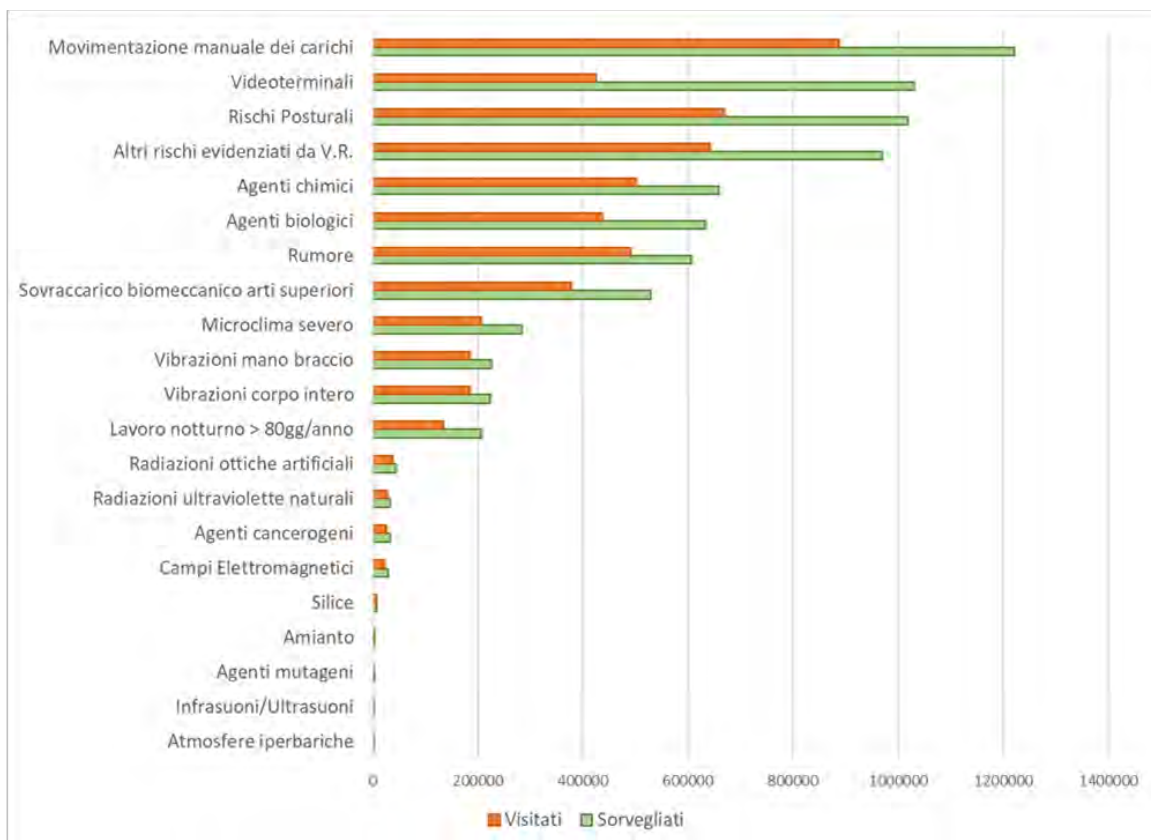
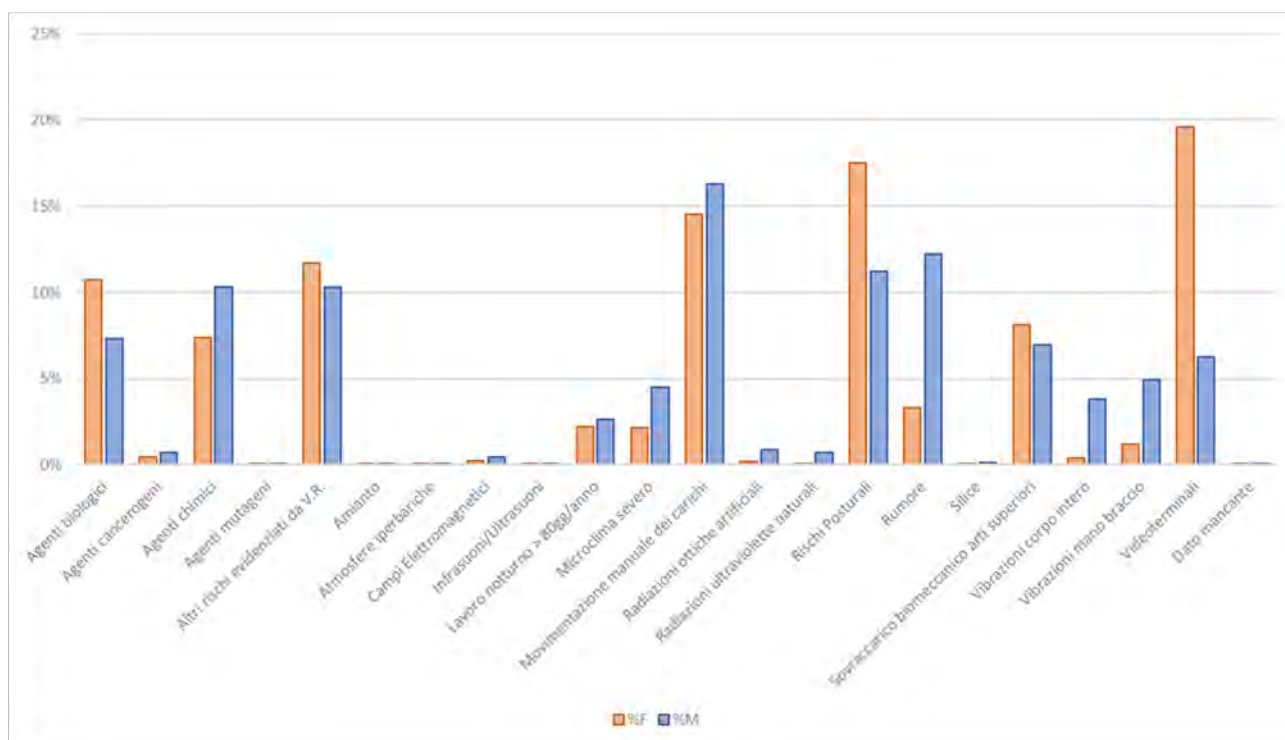


Figura 3.19. Numero di soggetti per rischio per gli anni 2020 (A) e 2021 (B).

L'analisi degli anni 2020 e 2021 conferma la distribuzione dei rischi lavorativi per genere anche se con qualche minima deviazione. Le differenze notevoli sono dovute principalmente alla diversa distribuzione di lavoratori e lavoratrici sorvegliati rispetto ai comparti produttivi (**Figura 3.20 A e B**): l'esposizione ai videoterminali e i rischi posturali e agenti biologici tra le femmine che sono maggiormente occupate nelle attività impiegatizie e nella sanità, mentre vibrazioni corpo intero e mano-braccio, rumore, agenti chimici e microclima severo tra gli uomini che sono maggiormente occupati nel settore manifatturiero, costruzioni e trasporti. La movimentazione dei carichi si equivale.

A



B

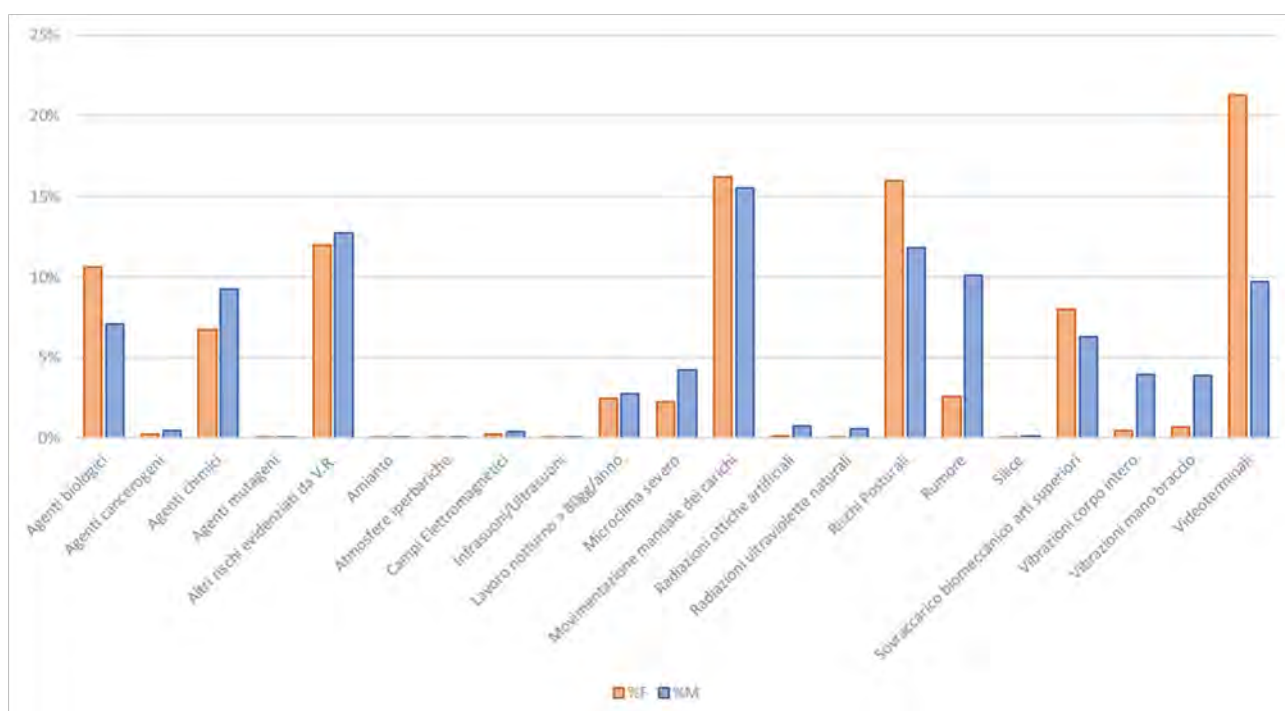


Figura 3.20. Distribuzione delle esposizioni a rischio per genere per gli anni 2020 (A) e 2021 (B).

Infine, la distribuzione degli esposti a rischio per genere e codice ATECO mostra ancora una volta la prevalenza di genere in determinate attività e l'esposizione maggiore nell'ambito attività manifatturiere (C), costruzioni (F) per i maschi, mentre sanità (Q) e attività impiegatizie per le femmine (**Figura 3.21**).

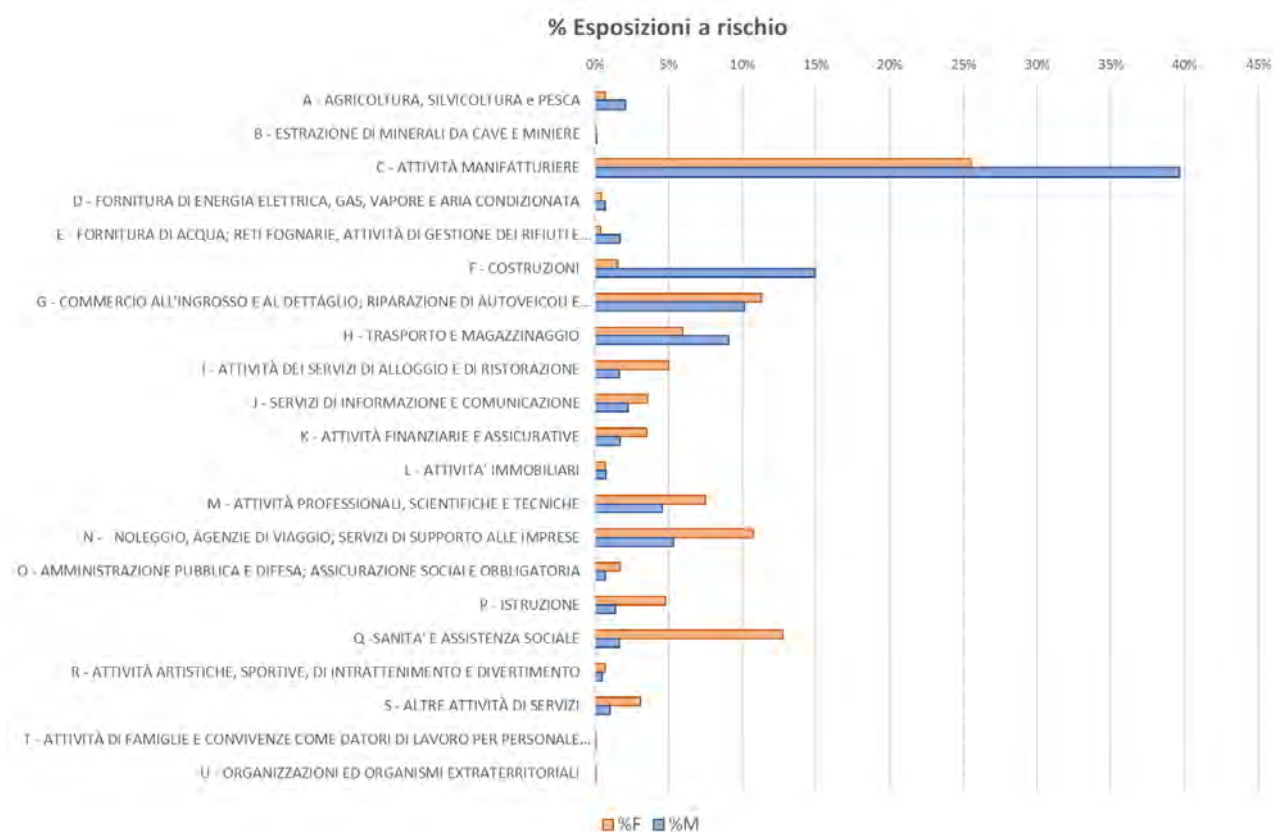


Figura 3.21. Percentuali di esposizione a rischi per genere e codice ATECO (anno 2021).

La segnalazione delle malattie professionali (art.139 del DPR 1124/65) si è drasticamente ridotta per l'anno 2020. I medici competenti hanno denunciato rispettivamente nel 2020 e 2021 in Lombardia, 107 e 5153 malattie professionali (96 e 3011 lavoratori; 11 e 2142 lavoratrici). Per l'anno 2021, nelle femmine prevale la sindrome del tunnel carpale (613), l'ernia discale lombare (357), spondilodiscopatie del tratto lombare (331) e le altre sindromi da sovraccarico biomeccanico (431), mentre per i maschi l'ernia discale lombare (1174) e l'ipoacusia percettiva bilaterale (544), spondilodiscopatie del tratto lombare (325) e le sindromi da sovraccarico biomeccanico (538).

Come termine di paragone sono state estratte le malattie professionali denunciate che provengono da fonte INAIL (**Figura 3.22 e 3.23**). In INAIL sono presenti tutte le denunce di malattie professionali, mentre nell'allegato 3B vanno indicate soltanto quelle effettuate dallo stesso medico competente.

Malattie Professionali Denunciate (codici ICDX) - Anno 2020	Totale
	117
II Neoplasie	240
IX Disturbi del sistema circolatorio	6
V Patologie mentali e del comportamento	44
VI Neuropatie	274
VII Oftalmopatie	4
VIII Patologie dell'orecchio	225
X Disturbi del sistema respiratorio	109
XI Malattie gastroenterologiche	4
XII Dermatopatie	31
XIII Patologie muscoloscheletriche e connettivali	1584
XVIII Segni, sintomi e dati di laboratorio patologici non altrimenti classificati	1
Totale complessivo	2639

Figura 3.22. Numero di malattie professionali denunciate da fonte INAIL anno 2020 Lombardia.

Malattie Professionali Denunciate (codici ICDX) - Anno 2021	Totale
	142
II Neoplasie	213
III Malattie del sangue e del sistema immunitario	1
IV Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	1
IX Disturbi del sistema circolatorio	6
V Patologie mentali e del comportamento	82
VI Neuropatie	315
VII Oftalmopatie	1
VIII Patologie dell'orecchio	278
X Disturbi del sistema respiratorio	90
XI Malattie gastroenterologiche	3
XII Dermatopatie	29
XIII Patologie muscoloscheletriche e connettivali	1854
XIX Traumatologi, tossicologia e altre cause esterne di malattia	2
Totale complessivo	3017

Figura 3.23. Numero di malattie professionali denunciate da fonte INAIL anno 2021 Lombardia.

Anche per il 2021, il numero di malattie professionali segnalate dal medico competente è superiore a quelle denunciate INAIL. Anche in questo caso, si è verificata una non corretta compilazione del campo malattie professionali. Infatti, alcuni medici competenti hanno inserito il numero di occupati dell'impresa.

Gli adempimenti includono la valutazione dell'alcool dipendenza e l'uso di stupefacenti. Nelle **Figure 3.24, 3.25, 3.26 e 3.27** sono raccolte le informazioni relative al numero di persone sottoposte a sorveglianza e gli esiti dei test di screening e conferma, rispettivamente per gli anni 2020 e 2021. Nell'anno 2021, più attendibile, si conferma quanto già osservato nell'anno 2019 ovvero una conferma dei test positivi dello 0.05% sia per l'alcool dipendenza che per l'uso di stupefacenti.

ATS	Verifiche Femmine	Verifiche Maschi	Screening Femmine	test conferma Femmine	Screening Maschi	test conferma Maschi
BERGAMO	1545	4546	0	0	5	0
BRESCIA	13	876	0	0	0	0
BRIANZA	95	2438	0	0	0	0
INSUBRIA	344	5097	3	0	3	1
MILANO	140	4036	0	0	17	1
MONTAGNA	57	501	0	0	0	0
PAVIA	30	391	0	0	0	0
VALPADANA	7	543	0	0	2	0
Totale complessivo 2231		18428	3	0	27	2

Figura 3.24. Esiti per l'adempimento alcool dipendenza in Lombardia anno 2020.

ATS	Verifiche Femmine	Verifiche Maschi	Screening Femmine	test conferma Femmine	Screening Maschi	test conferma Maschi
BERGAMO	5517	30598	2	1	27	5
BRESCIA	3785	41363	0	0	105	0
BRIANZA	1447	19698	0	0	6	1
INSUBRIA	4291	30731	5	0	126	0
MILANO	8464	71343	5	0	280	121
MONTAGNA	1032	7549	0	0	0	0
PAVIA	888	7006	1	1	3	0
VALPADANA	1806	14784	0	0	16	3
Totale complessivo	27230	223072	13	2	563	130

Figura 3.25. Esiti per l'adempimento alcool dipendenza in Lombardia anno 2021.

ATS	Verifiche Femmine	Verifiche Maschi	Screening Femmine	test conferma Femmine	Screening Maschi	test conferma Maschi
BERGAMO	101	9553	0	0	39	8
BRESCIA	38	1837	0	0	1	0
BRIANZA	83	5709	0	0	5	4
INSUBRIA	102	7922	0	0	40	1
MILANO	41	6115	0	0	10	1
MONTAGNA	14	861	0	0	20	0
PAVIA	13	790	0	0	3	0
VALPADANA	39	2982	0	0	3	0
Totale complessivo	431	35769	0	0	121	14

Figura 3.26. Esiti per l'adempimento dell'uso di stupefacenti in Lombardia anno 2020.

ATS	Verifiche Femmine	Verifiche Maschi	Screening Femmine	test conferma Femmine	Screening Maschi	test conferma Maschi
BERGAMO	723	51135	1	0	247	21
BRESCIA	1244	49628	0	0	241	11
BRIANZA	819	28866	0	0	89	23
INSUBRIA	755	44452	1	1	178	16
MILANO	3419	88916	1	1	886	59
MONTAGNA	84	8832	0	0	12	5
PAVIA	515	12050	3	0	25	2
VALPADANA	675	23160	0	0	107	13
Totale complessivo	8234	307039	6	2	1785	150

Figura 3.27. Esiti per l'adempimento dell'uso di stupefacenti in Lombardia anno 2021.

CAPITOLO 4 – CONCLUSIONI

Per quest'anno l'analisi è stata effettuata a livello regionale e gli esiti saranno trasmessi alle singole ATS che dovranno riportare la relazione entro i Comitati di coordinamento territoriali ex art.7 con eventuali integrazioni.

Regione Lombardia si procurerà di trasferire la metodologia di integrazione delle Banche Dati alle ATS e per gli anni successivi l'analisi sarà affidata a ciascuna ATS. Si rimanda alle ATS ogni considerazione sulla valutazione di efficacia della sorveglianza sanitaria.

CAPITOLO 5 – GLOSSARIO

ADDETTI INAIL: Corrisponde alla somma dei dipendenti, degli artigiani e degli appartenenti alle cosiddette polizze speciali; per i dipendenti si tratta del numero stimato di lavoratori assicurati, ricavato dal monte salari dichiarato dall'azienda; più precisamente corrisponde al numero di addetti/ anno dove 1 addetto = 300 giornate lavorative retribuite. Per effettuare il calcolo si utilizza il monte salari complessivo rapportato alla

retribuzione media per provincia e settore di attività dei soggetti infortunati. Per gli artigiani e gli addetti di PAT assicurate con polizze speciali, si tratta invece di soggetti conteggiati pro capite.

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

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

ARTICOLO 139 DEL D.P.R. 1124/1965: Articolo che prevede l'obbligo, da parte di ogni medico, di denunciare all'INAIL e alla ULSS competente per territorio (D.Lgs. 38/2000) ogni malattia professionale eventualmente diagnosticata compresa in un apposito elenco (attualmente costituito dalle tre liste del D.M. 10/06/2014).

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

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

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

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

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

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

LAVORATORI SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA SANITARIA: Numero di lavoratori effettivamente visitati dal medico competente entro il 31 dicembre dell'anno di riferimento. Solitamente il numero dei suddetti

lavoratori è inferiore a quello dei soggetti a sorveglianza ma, in caso di elevato turnover in mansioni a rischio, può essere anche maggiore.

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

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

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

MEDICO COMPETENTE: Medico in possesso dei titoli e dei requisiti di cui all'art. 38, nominato dal datore di lavoro per gli adempimenti di cui al D.Lgs. 81/2008, tra i quali: collaborazione ai fini della valutazione dei rischi ed effettuazione della sorveglianza sanitaria. Secondo l'art. 39, comma 6, del D.Lgs. 81/2008, "nei casi di aziende con più unità produttive, nei casi di gruppi d'impresе nonché qualora la valutazione dei rischi ne evidenzia la necessità, il datore di lavoro può nominare più medici competenti individuando tra essi un medico con funzioni di coordinamento". In tal caso, tra i medici competenti il professionista sanitario che svolge le funzioni di coordinamento è detto medico competente coordinatore, mentre i restanti sono detti medici competenti coordinati; laddove invece il datore di lavoro nomina un solo medico competente, quest'ultimo è definito medico competente unico.

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

PAT (Posizione Assicurativa Territoriale): Utilizzata da INAIL per gestire il rapporto assicurativo con le aziende e distinguere i lavoratori delle varie sedi e/o con diversa esposizione al rischio. Quindi non vi è una relazione univoca tra azienda e/o unità locale e PAT, anche se nella maggior parte dei casi una PAT rappresenta una unità locale. Infatti, vi sono casi di unità locali a cui vengono attribuite più PAT in relazione a gruppi di lavoratori esposti a rischi diversi ma che operano nella stessa sede. Tuttavia, esiste il caso accentrato (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.

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

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

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

TEST DI SCREENING/CONFERMA PER USO SOSTANZE STUPEFACENTI: Test utilizzati, secondo le modalità 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.