



Direzione Sanitaria  
DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA  
S.C. PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO

Via Ottorino Rossi, 9 - Padiglione Tanzi - 21100 Varese

Tel.: +39.0332.277573

e-mail: [uocpsal.va@ats-insubria.it](mailto:uocpsal.va@ats-insubria.it)

[www.ats-insubria.it](http://www.ats-insubria.it)

[protocollo@pec.ats-insubria.it](mailto:protocollo@pec.ats-insubria.it)

## ELABORAZIONE DEI DATI

*Anno 2023 relativo alle comunicazioni del 2022*

### INTRODUZIONE

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).

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;
- Il dato è raccolto e codificato in modo uniforme.

Tuttavia:

- 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 delle province di Varese e Como 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.

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.

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.



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 è stata in gran 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.

### 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.

### Elaborazione dati

L’insieme dei medici competenti a cui si fa riferimento è costituito nel 2022 da 784 medici che hanno prodotto 20273 Comunicazioni a fronte di 20104 Unità Produttive (Fig.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).

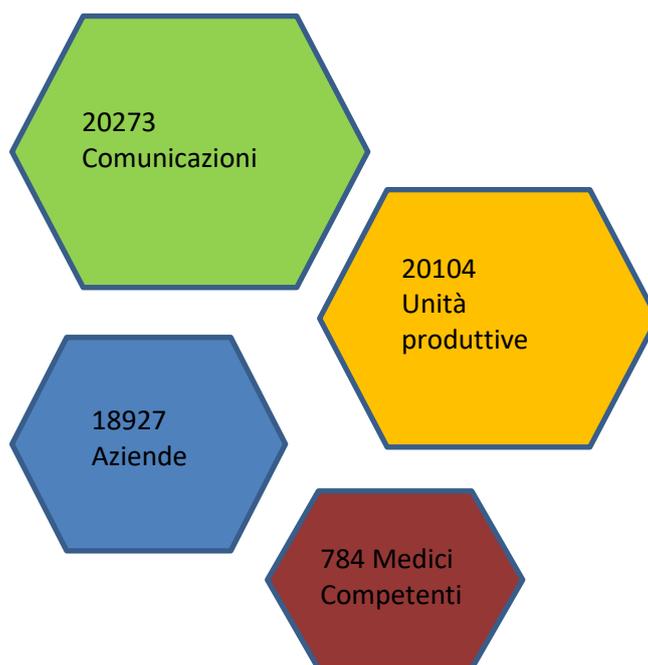
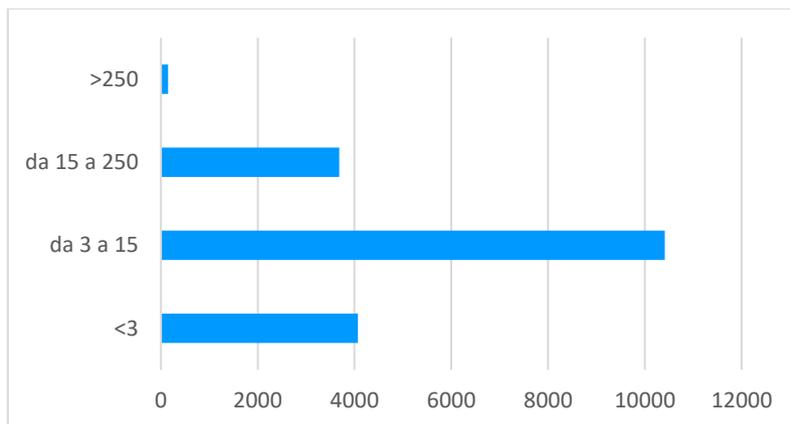


Fig. 1 – numero dei Medici competenti, comunicazioni, unità produttive e aziende per l’anno 2022 in ATS INSUBRIA

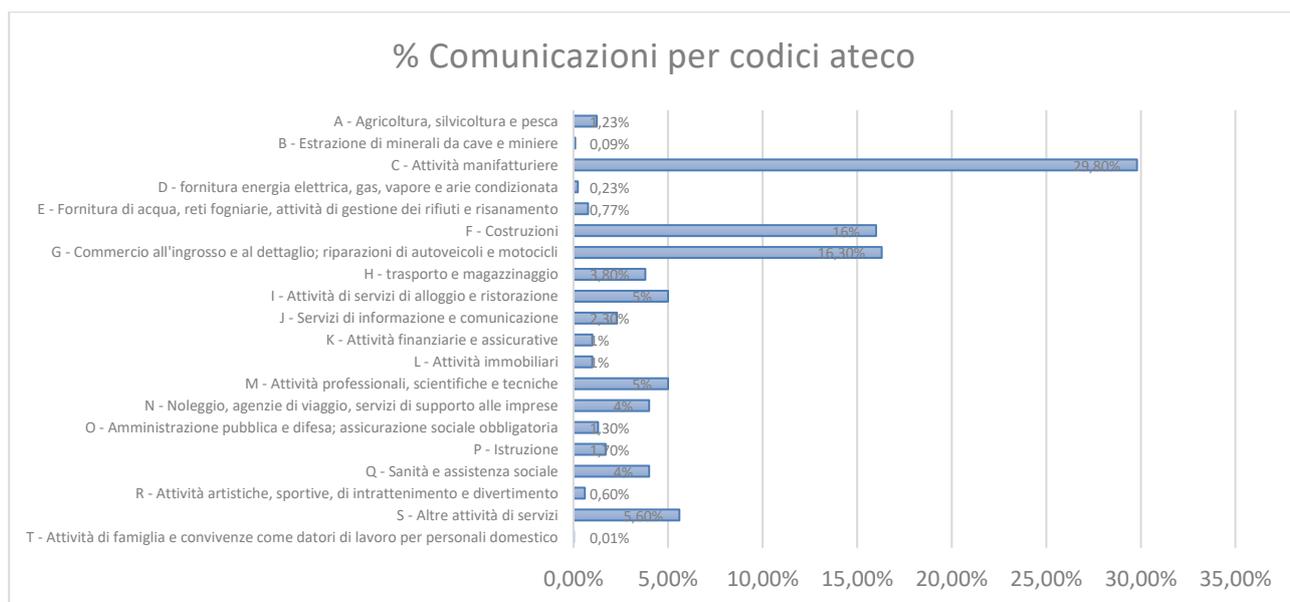


Per approfondire le caratteristiche delle unità produttive coinvolte nella sorveglianza sanitaria è possibile osservare in **Figura 2** la suddivisione del numero di comunicazioni rispetto alla classe di addetti di cui fanno parte (così come desunta dalla registrazione del medico competente): a livello insubrico appare dominante la classe da 3 a 15 che assorbe circa il 57% della distribuzione, seguita dalle classi <3 e da 15 a 250. Questo dato conferma che il profilo aziendale insubrico tipico rientra nella categoria delle piccole imprese. 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.



**Fig. 2** – Distribuzione delle comunicazioni pervenute per dimensione di unità produttiva in termini di numeri di addetti (anno 2022).

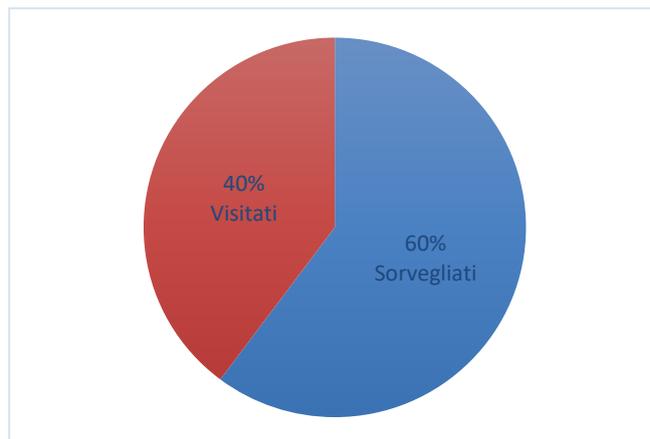
Come mostrato in **Figura 3**, la maggior parte delle comunicazioni perviene dal settore manifatturiero (C), seguito da quello del commercio all'ingrosso e al dettaglio (G) e delle costruzioni (F).



**Figura 3.** Comunicazioni per codice ATECO (anno 2022).

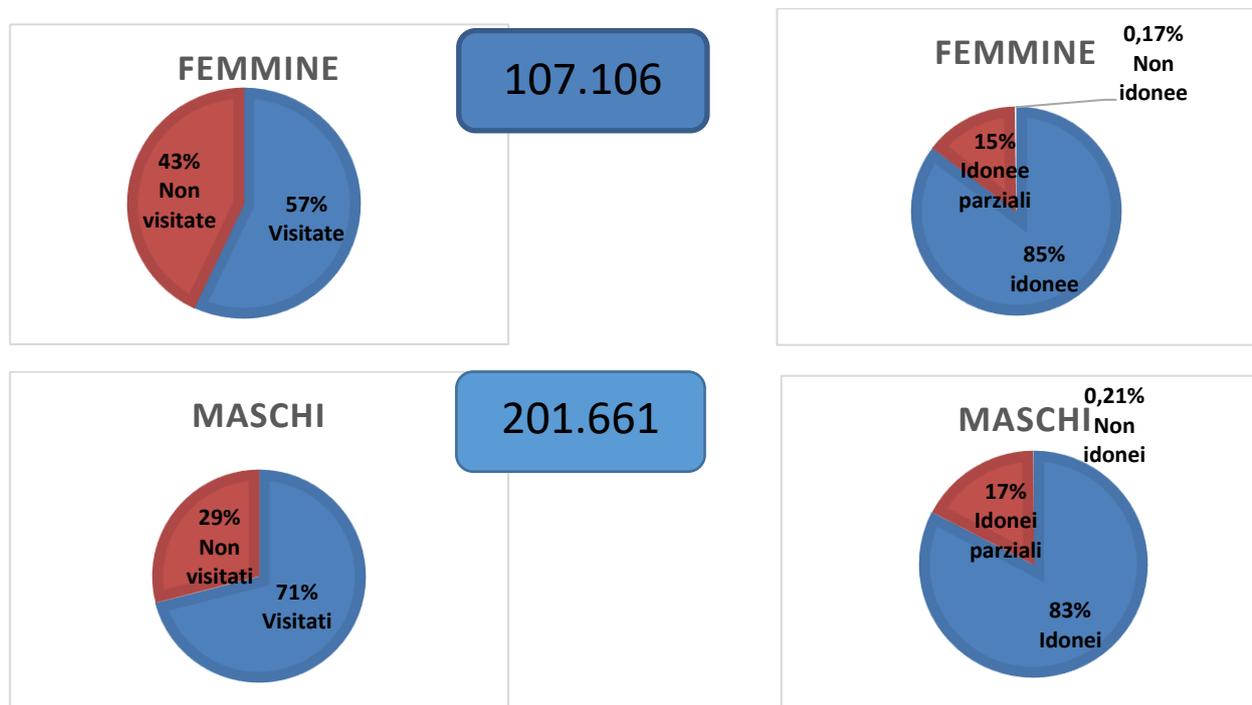


Passando ad analizzare i lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria da parte dei medici competenti, si registrano 308.767 lavoratori sorvegliati e 204.012 lavoratori visitati (sottoposti a visita medica nell'anno in analisi).



**Figura 4.** Numero lavoratori sorvegliati vs lavoratori visitati

Passando ad analizzare i lavoratori soggetti a sorveglianza da parte dei medici competenti, risultano essere sorvegliati 107.106 lavoratrici e 201.661 lavoratori. Inoltre, rispetto al genere, la percentuale di lavoratori visitati rispetto a quelli sorvegliati è più alta nei maschi, mentre il tasso di totale idoneità risulta sovrapponibile nei due sessi. 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 5**).

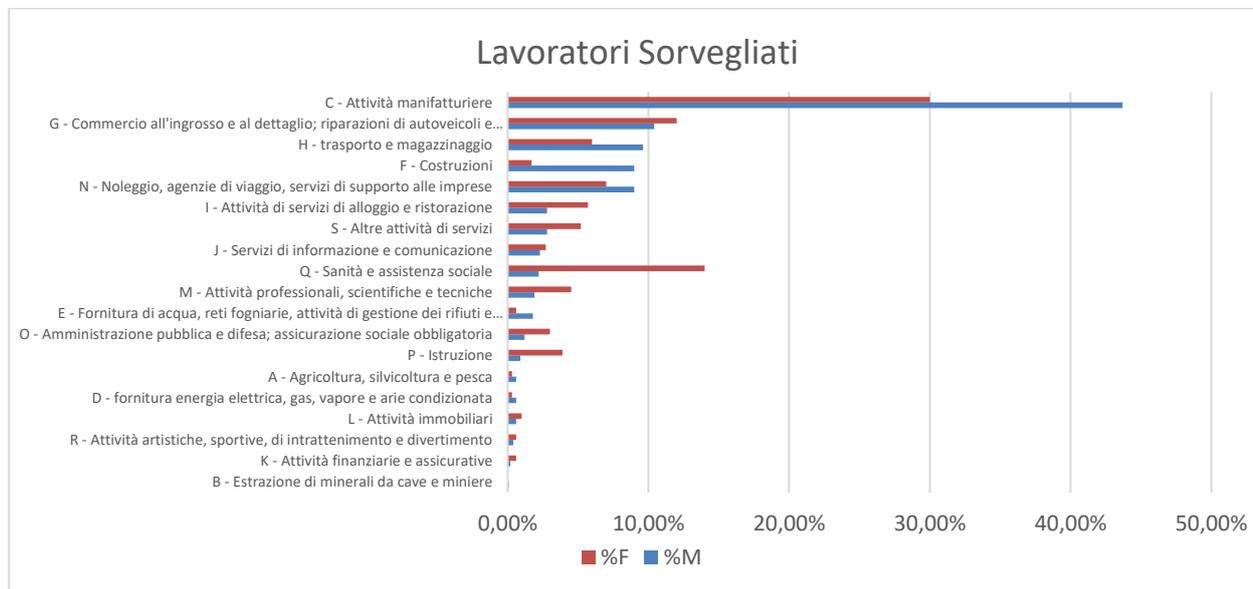


**Figura 5.** Differenze di genere tra lavoratori sorvegliati (sottoposti a sorveglianza ma non visitati) e lavoratori soggetti a sorveglianza (visitati).

Anche per i motivi sopra indicati è interessante valutare il profilo della popolazione sorvegliata rispetto ai settori produttivi (codice ATECO) (**Figura 6**). Questo è «fattibile» dal momento che i codici ATECO sono stati recuperati per la maggior parte. Solo circa il 10 % 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

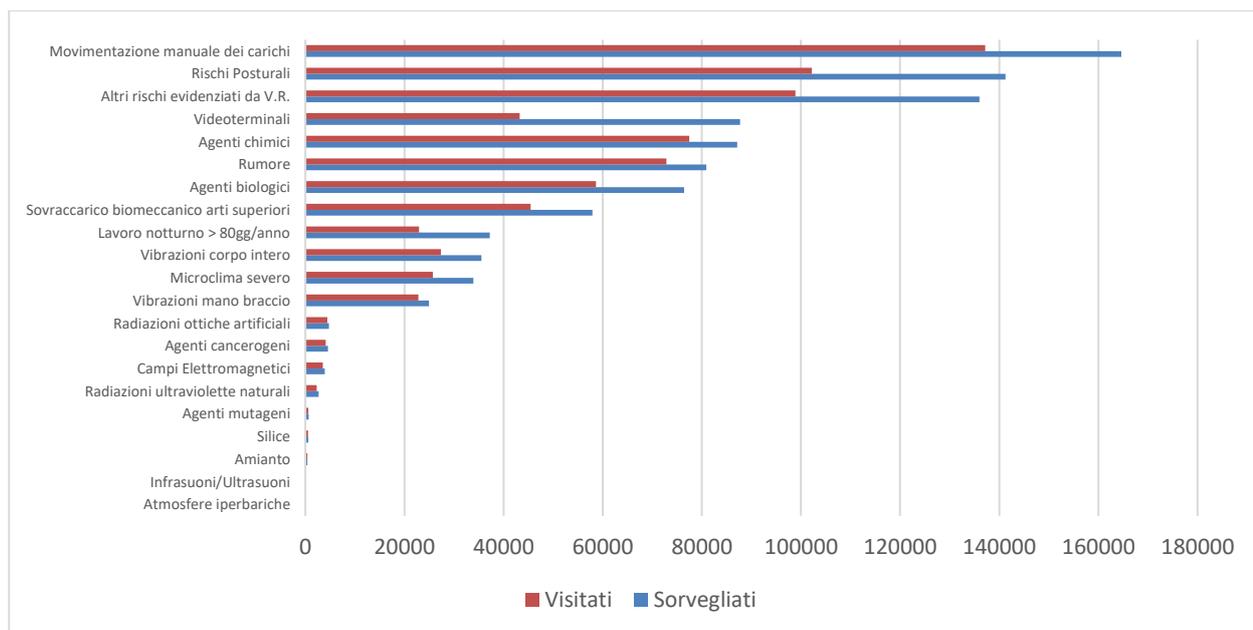


nei diversi comparti e per genere. Gli uomini sono maggiormente occupati nelle attività manifatturiere (C), nelle costruzioni (F) e nel comparto trasporto e magazzinaggio (H). Le donne si distribuiscono più frequentemente negli altri settori e in particolare nella sanità e assistenza sociale (Q).



**Figura 6.** Distribuzione dei lavoratori per genere nei diversi comparti definiti da codice ATECO

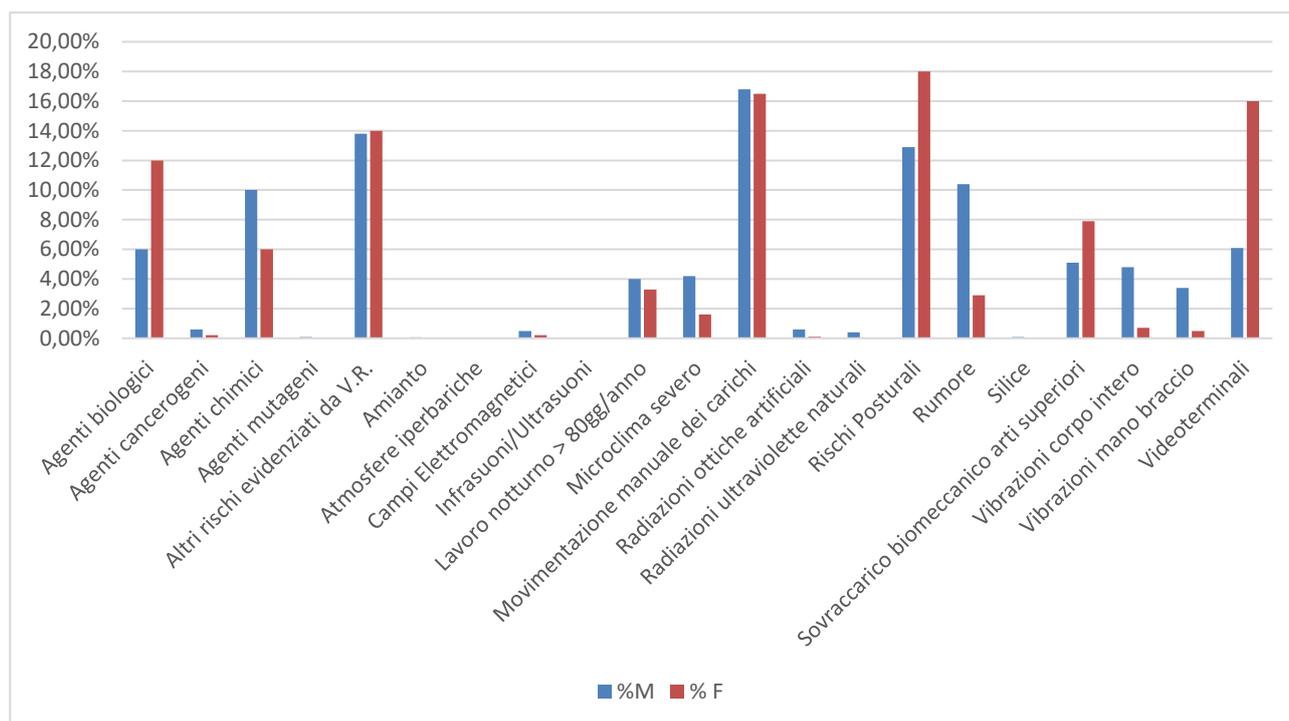
L'analisi dei rischi lavorativi (**Figura 7**) deve tenere conto che ogni lavoratore viene indicato come esposto e visitato per più rischi; pertanto, i totali non coincidono con il totale dei sorvegliati e dei visitati (sottoposti a sorveglianza). Le differenze tra sorvegliati e visitati dipende dalla periodicità delle visite in base all'esposizione di rischio. Il grafico mette in luce il peso rivestito dalla movimentazione manuale dei carichi. Ha un peso rilevante anche la categoria «Altri rischi» che di fatto si classifica come terza in ordine di grandezza sia per i sorvegliati che i visitati quando invece dovrebbe costituire una voce residuale.



**Figura 7.** Numero di soggetti per rischio anno 2022



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 8**): l'esposizione ai videoterminali, i rischi posturali, agenti biologici e sovraccarico biomeccanico arti superiori tra le femmine che sono maggiormente occupate nelle attività impiegatizie, nella sanità e nel settore manifatturiero, 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 8.** Distribuzione delle esposizioni a rischio per genere

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 2022 nel territorio di ATS Insubria 94 malattie professionali di cui 50 nei lavoratori e 44 nelle lavoratrici. Dopo la spondilodiscopatia del tratto lombare, segue sia per le femmine che per i maschi la sindrome del tunnel carpale.

Come termine di paragone sono state estratte le malattie professionali denunciate che provengono da fonte INAIL (**Figura 9**). 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.

Da un confronto tra i dati dell'Allegato 3B e i Flussi Inail emerge una sottodenuncia delle malattie professionali da parte dei medici competenti (a titolo d'esempio numero di denunce di spondilopatie del tratto lombare INAIL - 100 - vs Allegato 3B - 37).



ICD-X nuovi raggruppamenti	Anno Manifestazione
	2022
<b>A Tumori</b>	<b>18</b>
1 Mesoteliomi	11
2 Tumori maligni dell'apparato respiratorio	4
3 Tumori maligni dell'apparato urinario	2
4 Tumori maligni della cute	0
5 Altri tumori (non inclusi nelle precedenti classificazioni)	1
<b>B Malattie professionali esclusi tumori</b>	<b>277</b>
6 Ipoacusia da rumore	20
7 Patologia non neoplastica apparato respiratorio	7
8 Patologia non neoplastica della cute	3
9 Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	220
9.1 Spondilodiscopatie del tratto lombare	100
10 Malattie del sistema nervoso periferico	15
10.1 Sindrome del tunnel carpale	12
90 Altre patologie	12
<b>X Patologia non determinata</b>	<b>11</b>
<b>Totali</b>	<b>306</b>

Fig. 9 - Malattie professionali denunciate nel 2022

Gli adempimenti includono la valutazione dell'alcool dipendenza e l'uso di stupefacenti. In **Figura 10 e 11**, 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.

	Verifiche M	Verifiche F	Screening Positivo M	Screening Positivo F	Test conferma M	Test conferma F
ATS Insubria	31550	3043	40	3	0	0

Fig. 10 - Esiti per l'adempimento alcool dipendenza

	Verifiche F	Verifiche M	Screening Positivo F	Screening Positivo M	Test conferma F	Test conferma M
ATS Insubria	1074	43233	1	259	1	29

Figura 11. Esiti per l'adempimento dell'uso di stupefacenti