

Giuseppe Taino¹, Nicoletta Cornaggia², Barbara Fioramonti³, Marcello Imbriani^{1,4}

La denuncia di sospetta tecnopatia: novità e criticità normative, suggerimenti applicativi

¹ Istituti Clinici Scientifici Maugeri - IRCCS Istituto di Pavia, Unità Operativa Ospedaliera di Medicina del Lavoro (UOOML)

² D.G. Welfare Regione Lombardia, U.O. Prevenzione

³ INAIL Novara

⁴ Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentare e Forense - Università degli Studi di Pavia - Sezione di Medicina del Lavoro

RIASSUNTO. Con il D.Lgs. n. 151 del 14 settembre 2015 il 24 settembre 2015 sono entrate in vigore le nuove disposizioni riguardanti il DPR 1124/65. Le maggiori novità avvengono con le modifiche all'art. 53 del DPR 1124/65 che trasferiscono l'obbligo dell'invio del certificato medico, allegato alla denuncia di infortunio e di malattia professionale, dal datore di lavoro al medico – “qualunque medico presti la prima assistenza a un lavoratore infortunato sul lavoro o affetto da malattia professionale” – in modalità telematica, direttamente o per il tramite della Struttura sanitaria competente al rilascio. Per le malattie professionali permangono, tuttavia, importanti criticità residue non facilmente superabili per il medico “generico”, non specialista in medicina del lavoro, a causa dell'impossibilità di conoscere i reali agenti eziologici ai quali il paziente/lavoratore può essere esposto. Da questo deriva l'impossibilità di ipotizzare correttamente il legame tra un danno alla salute e il lavoro da parte del medico non specialista che di solito non conosce il ciclo lavorativo. Non esistono inoltre indicazioni per la individuazione di patologie non comprese nelle tabelle (DM 09.04.2008) e nelle liste (DM 10.06.2014), delle quali si deve valutare la possibile origine professionale. Risultano oggetto della stessa incertezza le patologie elencate nelle tabelle delle malattie professionali, ma non comprese nelle liste del DM 10.6.2014, quelle per cui esistono discrepanze nosologiche fra le tabelle delle malattie professionali e le liste del DM suddetto, oltre a quelle che il medico ritiene essere legate all'esposizione al lavoro, sebbene non presenti nei due elenchi. A queste problematiche si aggiungono alcuni elementi criticità che la normativa, ad oggi, sembra trascurare. In nessuno dei Decreti di riferimento e neppure nella recente normativa viene fatto alcuno cenno all'elemento chiave indispensabile per valutare secondo criteri tecnici e scientifici la ragionevole prima attribuzione dell'origine professionale di una sospetta tecnopatia: i risultati di una appropriata valutazione del rischio specifico riconosciuto come agente causale. Alla luce delle considerazioni trattate, viene proposta una via operativa di avvio di un sistema organizzato, tecnico e sostenibile di segnalazione dei casi di sospetta tecnopatia. Tale sistema si ritiene non possa prescindere dalla figura e del ruolo del medico specialista in medicina del lavoro, sia come medico competente aziendale nominato ai sensi del D.Lgs. 81/08, sia come figura inserita nei servizi sanitari territoriali e ospedalieri (in Lombardia, presenti nelle Agenzie di Tutela della Salute – ATS – e nelle Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro UOOML delle aziende Socio Sanitarie territoriali – ASST), oltre che dalla valutazione dei rischi lavorativi (prevista dall'art. 17 del D.Lgs. 81/08). Altre finalità sono il superamento di prassi obsolete, la creazione di un canale costante di dialogo tra sanitari dei poli territoriali e dei poli ospedalieri, l'invio e acquisizione sistematizzata, strutturata ed efficiente delle segnalazioni, la tracciatura di tutte le segnalazioni di malattie professionali e la creazione senza soluzioni di continuità di un archivio dedicato.

Parole chiave: malattia professionale, denuncia di tecnopatia, medico competente.

Introduzione

Con il D.Lgs. n. 151 del 14 settembre 2015 (1) “Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183”, il 24 settembre 2015 sono entrate in vigore le nuove disposizioni riguardanti il DPR 1124/65 (2) “Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali” in merito all'iter di denuncia obbligatoria degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali. In particolare, con l'art. 21 del detto Decreto legislativo (“Semplificazione in materia di adempimenti formali concernenti gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali”), illustrato da INAIL nella Circolare n. 10 del 21.3.2016 (3), vengono introdotte alcune modifiche agli articoli 53, 54, 56, 238, 251 relativamente all'invio dei certificati di infortunio e di malattia professionale.

Con il fine dichiarato di semplificare, riducendo gli oneri amministrativo-burocratici in capo alla Pubblica Amministrazione ed alle imprese, è stato avviato da tempo un processo di dematerializzazione di atti e documenti che si realizza attraverso servizi telematici in grado di consentire l'invio di dati ed informazioni a diretta implementazione degli archivi dedicati e senza aggravio economico per i soggetti obbligati.

Le maggiori novità avvengono con le modifiche all'art. 53 del DPR 1124/65, che trasferiscono l'obbligo dell'invio del certificato medico, allegato alla denuncia di infortunio e di malattia professionale, dal datore di lavoro al medico – “qualunque medico presti la prima assistenza a un lavoratore infortunato sul lavoro o affetto da malattia professionale” – in modalità telematica, direttamente o per il tramite della Struttura sanitaria competente al rilascio, mediante servizio informatico messo a disposizione da INAIL; novità che prevedono peraltro sanzioni per l'omissione dell'atto, con radicale variazione rispetto al passato quando, esprimendo l'art. 53 obblighi che erano in capo al solo datore di lavoro, non si individuavano responsabilità del medico per la mancata redazione e/o trasmissione del certificato che rimaneva un dovere di natura deontologica. Oggi, l'obbligo giuridico si intende assolto

ABSTRACT. *The Legislative Decree n. 151 of 14 September 2015 lays down new provisions concerning the DPR 1124/65. The major developments occur with Article 53 of Presidential Decree 1124/65, which transfer the obligation to send the medical certificate, attached to the report of accident and occupational disease, from the employer to the physician – “every physician lends immediate assistance to an injured worker or to a worker that suffers from an occupational disease” – using telematic systems, either directly or through the health facilities. There are however residual critical issues not easily overcome by the general practitioner or by the physician not specialist in occupational medicine, because of the impossibility of knowing the real occupational causative agents of disease and the production cycle. So, the general practitioner cannot properly study the link between damage to health and work. In addition, there are no indications for diseases not included by tables (DM 09.04.2008) and lists (DM 10.06.2014), which should be evaluated about the possible occupational origin. Moreover, there is no indication of reporting for the pathologies present in the tables of occupational diseases, but not included in the lists of the DM 10.06.2014, and for the diseases with nosological differences between the tables of occupational diseases and lists, as well as those that the doctor believed to be linked to exposure at work, although not included in the two documents (tables or lists). To date, there are other technical critical issues that the legislation seems to overlook. In any of the laws reported (and even in the recent legislation) is mentioned the key element essential to evaluate, according to technical and scientific criteria, the first occupational origin attribution of a suspected technopathy: the results of an appropriate and specific risk assessment of the recognized causative agent. We propose an operational way to create a technical and sustainable system of reporting suspicious technopathies. This system should be based on the figure and the role of occupational physician, both as a “competent” physician, according to the Legislative Decree n. 81/08 (in Italy), both as a doctor inserted in the community and hospital health services (in Lombardy these services are organized in the Health Protection Agencies – ATS – and in the Operative Unit Hospital of Occupational Medicine (UOOML of socio-territorial health companies – ASST). Complementarily, an organized reporting system should be based on risk assessment (according to art. 17 of Legislative Decree n. 81/08). Other aims are to overcome outdated practices, create a constant channel of dialogue between the territorial and the hospital health centers, send and capture in a structured and efficient way reports of technopathy, track all occupational disease reports and create a dedicated archive.*

Key words: *occupational disease, reporting technopathy, occupational physician.*

con l’invio per via telematica del certificato derivante dalla compilazione del modello fornito dall’Istituto Assicuratore entro termini temporali definiti (l’obbligo si intende assolto ove la certificazione venga compilata ed inviata “entro le ore 24 del giorno successivo all’intervento di prima assistenza”).

Rimane in capo al lavoratore l’onere di dare immediata notizia al proprio datore di lavoro circa ogni evento infortunistico, anche se di lieve entità, o manifestazione di malattia professionale a pena della perdita dei trattamenti assicurativi per il periodo antecedente. Resta fermo anche l’obbligo del datore di lavoro di inviare all’Istituto la denuncia di avvenuto infortunio e di manifestazione di malattia professionale (MP) “*corredata con i riferimenti al certificato medico già trasmesso per via telematica direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio*” con le medesime tempistiche indicate dal Testo

Unico, certificati che egli potrà consultare online presso la banca dati dell’INAIL. Anche l’Istituto riceve nuove responsabilità in quanto “*mette a disposizione*” dell’Autorità di pubblica sicurezza, “*mediante la cooperazione applicativa di cui all’articolo 72, comma 1, lettera e), del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, i dati relativi alle denunce degli infortuni mortali o con prognosi superiore a trenta giorni*”, onere che resta in capo al solo datore di lavoro “*non soggetto agli obblighi del presente titolo*”.

Nel responsabilizzare con la partecipazione al procedimento tutti coloro che ne hanno un ruolo, secondo il principio che in base al quale i fenomeni infortunistici e tecnopatici si contrastano con il contributo e la responsabilità di tutti, si perfeziona l’azione primaria di tutela del lavoratore. Rendendo più difficile eludere le denunce, contestualmente, si sgrava il datore di lavoro e la PA di attività amministrativa necessaria per avviare le procedure assicurative (ma non solo): le imprese dispongono on-line di un servizio gratuito per l’invio della denuncia/certificato e la PA utilizza, senza soluzione di continuità, informazioni che non ha dovuto caricare nei propri sistemi informativi, essendo state rese fruibili sin dall’origine perché dematerializzate all’atto della loro creazione.

Il medico partecipa a pieno titolo al processo valorizzando accanto ai compiti di cura e assistenza del paziente, anche il suo ruolo di governo delle azioni e dei procedimenti che compongono il Sistema Integrato della Prevenzione dei lavoratori. Un passato relativamente recente aveva già visto i medici dei Pronto Soccorso ospedalieri inviare on-line i certificati medici di infortunio sul lavoro all’INAIL in ragione di Accordi sindacali che, in talune Regioni quali la Lombardia erano stati sviluppati in *Intese di sistema* tra Enti (4): in questo modo sono stati valorizzati i primi accordi di cooperazione applicativa tra PA ed è stato possibile garantire un primo guadagno di efficienza sia ad INAIL che ai Servizi territoriali delle ASL per la sicurezza nei luoghi di lavoro che, ricevendo i certificati entro 24 ore dall’accadimento, sono stati messi nelle condizioni di programmare le indagini per infortunio senza ritardo.

Più problematica è la redazione del certificato di malattia di sospetta origine professionale. La norma la richiede, analogamente a quella dell’infortunio, ma la diagnosi di malattia professionale per un medico non specialista in medicina del lavoro può essere difficoltosa per diverse ragioni: la mancata consuetudine ad inserire durante il colloquio con il paziente anche l’anamnesi lavorativa, che potrebbe orientare a quali rischi professionali è o è stato esposto nella sua vita; il cambiamento del tipo di patologie legate al lavoro, giacché si è assistito ad un progressivo miglioramento della qualità degli ambienti di lavoro (si sono ridotte le alte esposizioni a particolari rischi e conseguentemente è mutato il tipo di danno alla salute dei lavoratori). Il giudizio della causalità lavorativa di una patologia richiede, infatti, un corposo approccio tecnico specialistico basato su un iter diagnostico che definisca esattamente la malattia e la natura dell’esposizione al rischio che si presume averla causata nello specifico ambiente di lavoro (tipo di agente, sue concentrazioni e tempi di esposizione che possano essere congrui nel determinismo della tecnopatia). Si tratta evidentemente di una competenza che

spesso il medico di medicina generale e il medico di reparto ospedaliero non possono avere. Questa oggettiva condizione impedisce di fatto a molti medici di inquadrare correttamente una possibile malattia professionale e di redigere gli opportuni certificati a uso assicurativo.

È facile, dunque, comprendere come il medico, non istruito meglio su cosa la Legge preveda di *notificare* e limitato nella possibilità di decidere in scienza e coscienza, possa pensare di evitare conseguenze sanzionatorie redigendo certificati a INAIL per tutte, anche quelle poco verosimili, piuttosto che per nessuna delle situazioni potenzialmente riconducibili a MP. Secondo questi ipotetici, ma plausibili, scenari, il sistema per il contrasto alle malattie professionali non ne avrebbe alcun vantaggio. Quale può essere quindi il suggerimento operativo che consenta ad ogni medico – di medicina generale ed ospedaliero – alle prese con un paziente portatore di patologie di natura presumibilmente professionale di trovare un supporto competente? Quale può essere, altresì, un indirizzo strategico istituzionale che consenta il successo della logica di semplificazione a vantaggio dell'emersione del fenomeno, alla base della nuova normativa?

Regione Lombardia (5), investendo sulla medicina del lavoro territoriale e ospedaliera, oltre che facendo assegnamento sulla capacità di collaborazione tra medici del lavoro delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS, ex ASL) e delle Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro (UOOML) presso le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST, ex AAOO), da una parte, e medici dei reparti ospedalieri e medici di medicina generale dall'altra, *scommette* sul servizio di segnalazione delle Malattie Professionali, ovvero su un diverso servizio telematico che consente a questi ultimi di segnalare ai medici del lavoro i casi per i quali vi è dubbio di origine professionale, rimettendo loro l'onere dell'accertamento e della conseguente redazione del certificato di malattia professionale in tutta la sua gravidanza.

Obblighi normativi del medico segnalatore di sospetta tecnopatia

Il medico opera in un contesto giuridicamente complesso, con risvolti in ambito penale, civile, amministrativo, ed è tenuto in diversi casi a *notificare* alle Autorità quanto venuto a sua conoscenza per cause inerenti il servizio. In concreto e con esatto riferimento ai disposti normativi vigenti, il medico può trovarsi a dovere redigere un referto, un certificato o una denuncia.

Referto

La legge penale punisce con la multa ogni soggetto (non solo il medico, ma anche l'infermiere) che, esercitando una professione sanitaria in virtù della quale si trovi a prestare la propria assistenza od opera ometta o ritardi di riferire all'Autorità Giudiziaria (AG) casi che possano, anche solo ipoteticamente, presentare il profilo di delitto perseguibile d'ufficio (art. 365 Codice Penale – omissione di *referto*).

La norma tutela il buon funzionamento della giustizia, garantendo la trasmissione all'Organo competente, in tempi utili a determinarne adeguata reazione, della notizia di reato da parte dei soggetti che per la natura delle loro

professioni prestano assistenza sanitaria ed operano in contesti in cui si possono accertare condotte penalmente rilevanti (e nei quali, quindi, l'Autorità Giudiziaria debba intervenire). Essenziale notare l'esimente, specificata nella norma, secondo la quale si deve astenersi dalla referenziazione il sanitario che con questa esporrebbe la persona assistita a procedimento penale. Le modalità e i contenuti minimi dell'informativa sono esplicitate all'art. 334 CPP.

Certificato

Il secondo obbligo normativo imposto dalla Legge (art. 53 DPR 1124/1965) prevede che la patologia da infortunio e da malattia professionale venga denunciata dal datore di lavoro all'Istituto Assicuratore insieme al certificato medico (rif. «*corredata dei riferimenti al certificato medico già trasmesso per via telematica al predetto Istituto direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio*»), che attesti l'accertamento della medesima (*Primo Certificato di infortunio o MP*) redatto dal medico segnalatore e capace di descrivere il quadro clinico, di formulare una diagnosi e di correlare la patologia al lavoro. In questo modo INAIL può procedere a determinare il caso in ambito medico legale.

Nella normativa previgente tale certificato veniva consegnato dal paziente al datore di lavoro in modo che entrambi sapessero della possibile causa lavorativa della malattia e, quindi, che da una parte il lavoratore potesse curare i propri interessi e dall'altra il datore di lavoro, soggetto assicurante nell'ambito del rapporto giuridico previdenziale, potesse procedere ad avviare in modo attivo l'iter assicurativo per la valutazione del nesso eziologico tra malattia e lavoro ed eventuale erogazione delle prestazioni e percepisse la necessità di potenziare l'applicazione di misure preventive, tra cui la sorveglianza sanitaria per gli altri lavoratori. Con l'attuale normativa il datore di lavoro viene esentato dall'invio della certificazione medica essendo suo il dovere di trasmissione all'Istituto della denuncia di infortunio o malattia professionale “... *corredata dei riferimenti al certificato medico già trasmesso all'Istituto assicuratore per via telematica direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio* ...”.

Le novità introdotte dal citato art. 53 del TU, attengono sostanzialmente alle modalità di gestione del certificato da parte del medico che approccia un paziente vittima di infortunio sul lavoro o sospetto portatore di malattia professionale in quanto si impone a “*qualunque medico*” (tutti i medici, indipendentemente dalla specializzazione e dal rapporto con il SSN) “*che presti la prima assistenza*” (ogni attività diagnostico-terapeutica esplicata su vivente, ancorché in fase iniziale, purché materialmente prestate al soggetto) l'invio telematico dell'atto. Il medico “*è obbligato a rilasciare il certificato ai fini degli obblighi di denuncia di cui al presente articolo*” (la nuova normativa sembrerebbe eliminare ogni possibilità arbitrale del medico, che deve procedere alla redazione del certificato immediatamente e senza ulteriori approfondimenti) “*e a trasmetterlo esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore*”: si impone la modalità di esecuzione, da cui sembrerebbe derivare che l'uso di differenti modalità di trasmissione possa configurare l'omissione. Nei fatti, così

non è, giacché gli stessi medici competenti non afferenti a Struttura Sanitaria, ma liberi professionisti, ad oggi non possono fruire del servizio, e lo stesso Ente INAIL invita alla trasmissione via PEC in caso di non funzionamento del servizio on-line: “... *In fase di avvio del nuovo regime, qualora non sia possibile la trasmissione telematica, per necessità tecnico-organizzative o altre cause oggettive, i medici o le strutture sanitarie provvedono all’invio del certificato medico tramite PEC alla Sede Inail competente in base al domicilio dell’assistito. In tali casi, consegnano il certificato medico all’assistito per il successivo inoltro al datore di lavoro. ...*” (Circolare INAIL n. 10 del 21 marzo 2016).

Diversamente dal passato, quando nessuna sanzione incombeva sul medico per la mancata redazione del certificato, la nuova normativa determina una sanzione amministrativa per tutti coloro che non si attengono alle nuove disposizioni, intendendosi sia i medici che i datori di lavoro (“*i contravventori alle precedenti disposizioni sono puniti con l’ammenda da euro 258 a euro 1.549*”).

La finalità assicurativa del certificato permanente. Il medico certificatore mantiene l’obbligo di redigere il referto per l’ASL e l’Autorità Giudiziaria nei casi previsti, ma non la denuncia per l’INAIL giacché – secondo la Circolare INAIL n. 10 del 21 marzo 2016 – dal 22 marzo 2016 (3), “*con la trasmissione per via telematica del certificato di malattia professionale, si intende assolto, per le tecnopatie indicate nell’elenco di cui all’articolo 139 del citato d.p.r. 1124/1965, l’obbligo di trasmissione della denuncia di cui al medesimo articolo 139 ai fini dell’alimentazione del Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate, di cui all’articolo 10, comma 5, del decreto legislativo n. 38 del 2000*”. Ove il medico ritenga che il caso debba essere sia certificato che denunciato, il medico potrà, acquisita la firma del lavoratore, con un solo invio ad INAIL ottemperare ad entrambe i doveri; diversamente, provvederà alla sola denuncia con le vecchie modalità di invio del passato. Resta immutato, invece, l’obbligo di trasmissione della denuncia all’ASL e alla Direzione del Lavoro, quali soggetti espressamente previsti, ai sensi del comma 5 dell’art. 10 D.Lgs. n. 38/2000 (6).

Denuncia

La denuncia delle malattie professionali ha finalità epidemiologico-preventive. È disposta ai sensi dall’art. 139 del DPR 1124/65 così come modificato dall’art. 10 del D.Lgs. 38/2000, secondo cui vi è l’obbligo, per tutti i medici che le riscontrino, di denunciare alla Direzione Territoriale del Lavoro, alla ASL di competenza e all’INAIL tutti i casi osservati corrispondenti all’elenco riportato nel Decreto 10 giugno 2014 (7) (*Approvazione dell’aggiornamento dell’elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell’articolo 139 del Testo Unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni e integrazioni*). (14A06940) (GU Serie Generale n. 212 del 12-9-2014), L’elenco è strutturato in tre parti: la lista I elenca le malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità, suddivise in cinque gruppi (malattie da

agenti chimici, malattie da agenti fisici, malattie da agenti biologici, malattie dell’apparato respiratorio e della pelle non comprese in altre voci ed esclusi i tumori, elencati al gruppo 6); la lista II elenca le malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità; la lista III le malattie la cui origine lavorativa è possibile. Da ciò si deduce che, secondo i puri dettami normativi, debbano essere ugualmente denunciate le malattie che hanno una eziopatogenesi professionale di elevata probabilità e quelle che lo sono solo ipoteticamente (quando la relazione è ancora in fase di studio, le evidenze scientifiche non sono ancora sufficienti o univoche, o quando, pur essendo la relazione con il lavoro nota, la multifattorialità della malattia non ha ancora permesso di stabilire quanto le cause lavorative incidano nell’eziopatogenesi rispetto ai fattori extralavorativi).

L’obbligo di procedere alla denuncia in ragione del principio della cosiddetta “presunzione del nesso tra patologia e attività” sembrerebbe una forzatura, soprattutto se posto in riferimento al ruolo e alle capacità del medico del lavoro di condurre una qualificata valutazione del nesso di causa tra lavoro e patologia. Tuttavia è fondamentale rammentare che la denuncia ha finalità epidemiologica e preventiva, volendo – *a maglie larghe* rispetto alle malattie tabellate nel DM 9 aprile 2008 (8) e nella logica di agire per la ricerca attiva delle malattie – consentire la raccolta del maggior numero possibile di dati da cui ricavare informazioni statisticamente attendibili per un’efficace prevenzione. In particolare le liste II e III, ovvero l’opportunità data al medico di denunciare malattie di limitata o possibile origine professionale, hanno lo scopo di implementare le conoscenze utili ad individuare le misure atte a prevenire l’instaurarsi delle tecnopatie riducendone l’incidenza, nonché a rendere più efficaci i controlli. “*Fermo restando che sono considerate malattie professionali anche quelle non comprese nelle tabelle di cui al comma 3 delle quali il lavoratore dimostri l’origine professionale*”, ultima ma non trascurabile finalità delle liste di malattie di probabile e di possibile origine lavorativa è quella di creare un elenco di patologie “*causate dal lavoro ovvero ad esso correlate ... da tenere sotto osservazione ai fini della revisione delle tabelle delle malattie professionali di cui all’art. 3 e 211 del testo unico*” (art. 10 del D.Lgs. 38/2000).

INAIL, con il D.Lgs. 38/2000 art. 10, comma 5, è divenuto responsabile dell’istituzione e della tenuta del Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate; la denuncia ai sensi dell’art. 139 TU infatti non avvia di per sé l’iter di riconoscimento della malattia professionale da parte dell’Istituto, processo che inizia solo con la ricezione del certificato medico ai sensi dell’art. 53 TU che integra la denuncia del DDL, in una procedura distinta da quella prevista per l’art. 139 TU. Anche i contenuti di certificati e denunce sono differenti: il certificato medico da allegare alla denuncia di malattia professionale, ai sensi dell’articolo 53 del TU, deve recare tutti gli elementi richiesti dalla norma; l’art. 139 non specifica quali elementi debbono essere indicati nell’informativa, oltre al rilievo della patologia elencata in soggetto esposto a rischio.

La direzione centrale prestazioni INAIL ha ben chiarito la finalità della denuncia con la nota di chiarimento

del 21.03.2016 (3) che definisce il Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro o ad esso correlate, come un Osservatorio Regionale e Nazionale in cui confluiscono tutte le principali informazioni concernenti le malattie di cui all'elenco previsto dall'art. 139 del TU, derivanti dalle fonti che hanno il massimo contatto con i lavoratori ("ogni medico"). Tramite l'Osservatorio l'Istituto svolge un ruolo di "servizio" (raccolta e custodia delle informazioni) per tutti i soggetti pubblici ai quali sono attribuiti compiti in materia di protezione della salute e di sicurezza sui luoghi di lavoro (*"Al registro possono accedere, in ragione della specificità di ruolo e competenza e nel rispetto delle disposizioni di cui alla legge 31 dicembre 1996, n. 675, e successive modificazioni ed integrazioni, oltre la commissione di cui al comma 1, le strutture del Servizio sanitario nazionale, le direzioni provinciali del lavoro e gli altri soggetti pubblici cui, per legge o regolamento, sono attribuiti compiti in materia di protezione della salute e di sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro"*), permettendo di accedere ad un unico database in cui è possibile trovare dati utili ad analizzare, per i diversi possibili fini preventivi, l'andamento del fenomeno tecnopatico. È inoltre funzione a lungo termine dell'Osservatorio quella di elementi per aggiornare gli elenchi delle malattie da denunciare ai sensi dell'art. 139 TU, oltre che quella di evidenziare le malattie (professionali) che non vengono denunciate all'Istituto assicuratore e che determinano il fenomeno delle malattie perdute e sconosciute, al fine di valutare le eventuali opportune iniziative a tutela dei lavoratori.

È verosimile che dare per assolto l'obbligo di denuncia con l'invio telematico del certificato sia anche indirizzato a ridurre il gravissimo fenomeno della mancata denuncia di malattia professionale, i cui segni sono stati più volte osservati negli anni passati, complice una sostanziale confusione del concetto tra denuncia ai sensi dell'art. 139 TU e certificato medico di malattia professionale (art. 53 TU), oltre ad un diffuso atteggiamento di inerzia dei medici riguardo alle certificazioni ai fini assicurativi, avvallato anche dalla mancata sanzione per l'omissione (benché il codice deontologico indichi in maniera precisa che la certificazione è un dovere per il medico e la collaborazione con gli enti pubblici è altrettanto doverosa). È ragionevole infatti pensare che permettendo al medico di assolvere a due obblighi con un unico atto si possa contare su un incremento delle denunce, fatto salvo sempre comunque per il medico l'obbligo di acquisire dal lavoratore autorizzazione all'invio del certificato.

Il criterio di "professionalità" della malattia

Per quanto sinora descritto appare evidente come un medico non specialista in medicina del lavoro e non operante nei settori dell'igiene e sicurezza sul lavoro possa cogliere criticità maggiori rispetto al passato ove, portando l'obbligo di denuncia ad essere assolto con l'invio on-line del certificato, si trovi a confrontare il caso da una parte con le malattie tabellate ex DM 9 aprile 2008 (8), dall'altra con le malattie probabili e possibili – da denun-

ciare obbligatoriamente – ex DM 10 giugno 2014 (7). Così come formulata, infatti, la legge lascia da una parte al medico la libertà di decidere quali manifestazioni patologiche possono integrare il profilo di tecnopatia e quali no, mentre dall'altra – senza specificare quali siano i criteri minimi che debbono spingere ad avere un dubbio sul nesso causale tanto fondato da porre la redazione del certificato – sanziona l'omissione dell'atto. È evidente come questa indicazione resa da INAIL con Circolare 10/2016 richieda una maggiore attenzione da parte del medico, che dovrebbe incrementare le proprie conoscenze non solo in merito alle possibili attività e lavorazioni idonee a cagionare le singole patologie e i quadri, anche particolari, con cui si può manifestare una MP, ma anche in merito a quali siano, nelle singole situazioni, i fattori che rappresentano gli elementi di giudizio "minimi" per determinare l'obbligo di denuncia della malattia come professionale.

Giova allora innanzitutto definire cosa sia la "malattia professionale", prevista dalla legge all'art. 3 del DPR 1124/65 (2) che si esprime dicendo: *"l'assicurazione è altresì obbligatoria per le malattie professionali indicate nella tabella allegatale quali siano contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni specificate nella tabella stessa ed in quanto tali lavorazioni rientrino fra quelle previste all'art. 1..."*. Quindi la malattia professionale assicurata è quella che insorge nel soggetto esposto a un rischio connesso con l'attività lavorativa e dotato di idoneità a determinare la patologia quando il lavoratore vi sia esposto in modo ripetitivo durante la prestazione d'opera: in questi termini il lavoro è causa della malattia, ovvero antecedente necessario e sufficiente a determinarla (e non già, come nel caso dell'evento infortunistico, mera occasione), e tra i due vi è una relazione condizionata (nesso causale) che sostanzia la differenza tra malattia comune e quella tutelata dall'Istituto.

Nel 1965, quando venne promulgato il DPR 1124, le conoscenze di medicina del lavoro applicate alle lavorazioni all'epoca esistenti, avevano permesso di individuare un certo numero di patologie che insorgevano (quasi) esclusivamente in soggetti esposti ad alcune lavorazioni e per nulla, o di rado, in soggetti che non fossero addetti alle medesime: questo aspetto delineava l'esistenza di un nesso di causa associato con leggi scientifiche statistiche-epidemiologiche tra queste lavorazioni e le esposizioni sufficienti a prevedere come forma garantista l'automatizzazione dell'erogazione delle prestazioni assicurative nei casi di corrispondenza contemporanea della situazione concreta ai parametri tabellari lavorazione/malattia/periodo di indennizzabilità, presupponendo l'origine lavorativa della malattia stessa.

Con sentenza della Corte Costituzionale n. 179 del 1988 fu riconosciuta l'incostituzionalità del mancato riconoscimento della competenza INAIL anche per le patologie in cui uno o più dei tre elementi tabellari non fosse rispettato e veniva introdotto il cosiddetto "sistema misto", a tutt'oggi vigente, nel quale per le malattie rispondenti ai parametri tabellari si presume l'origine professionale, mentre per le malattie che si discostano da tali elementi è il paziente a dover dimostrare il nesso di causa con il lavoro (inversione dell'onere di prova) e, ove questo

accada, diventa possibile che acceda alle prestazioni assicurative previste nel caso delle patologie tabellate; tale orientamento è stato poi confermato dall'art. 10, comma 4 del D.Lgs. 38/2000.

Nel momento in cui fu istituito, il sistema tabellare a lista chiusa forniva una risposta rapida ed efficace alle necessità, condivise dal lavoratore e dall'Istituto, di riconoscere i casi di competenza INAIL in tempi brevi, e contenendo i costi della valutazione caso per caso nella gran parte dei casi di tecnopatie, ma questo determinava la mancata tutela delle situazioni non perfettamente tipiche; la lacuna, già evidente negli anni Ottanta, è apparsa sempre più vasta nei decenni successivi, in quanto con il progredire della tecnica ed anche grazie ai risultati della medicina del lavoro e della sorveglianza sanitaria, alcune lavorazioni sono state progressivamente soppresse o soppiantate, mentre altre sono state introdotte, con la conseguente scomparsa di alcune tecnopatie e la comparsa di nuove. Questo tipo di evoluzione ha determinato un conseguente, parallelo, mutamento sostanziale nelle caratteristiche delle malattie professionali: eliminati progressivamente gli agenti patogeni e le lavorazioni a rischio, salvo quelle che non sono sostituibili dalle automazioni, sono sparite le tecnopatie cagionate in via esclusiva dal lavoro, oggi quasi del tutto soppiantate da malattie cosiddette "multifattoriali" che riconoscono cioè contemporaneamente cause lavorative ed extralavorative, come dimostra il fatto che hanno una rilevante prevalenza anche nella popolazione non esposta a rischio lavorativo. La caratteristica di tali patologie è la costante impossibilità di definire il "peso" del rischio lavorativo rispetto a quello extralavorativo nell'eziopatogenesi, e la conseguente difficoltà di definire il nesso di causa tra lavoro e malattia. L'introduzione del sistema misto e, nelle tabelle di malattia professionale del 2008, della voce "altre malattie causate dalla esposizione a ..." ha offerto una maggior garanzia di tutela per gli assicurati garantendo il riconoscimento del nesso causale quando sia stata provata anche solo l'esistenza di una malattia riconducibile con alto grado di probabilità alla esposizione all'agente patogeno, ovvero quando siano rispettati almeno i criteri basilari di causalità medico legale (9).

Nonostante le introduzioni garantiste e l'evoluzione delle caratteristiche delle tecnopatie, rimane immutato l'impianto basilare secondo cui il riconoscimento della origine professionale di una malattia, sia a fini assicurativi, sia civili e penali, non può prescindere dalla prova dell'esistenza del nesso di causalità tra lavoro e patologia; a trasformare infatti la malattia comune in una malattia professionale, oggetto di tutela INAIL, è il fatto che la malattia sia contratta "nell'esercizio e a causa del lavoro" almeno in modo preponderante, stante che per l'ambito dell'assicurazione obbligatoria INAIL vige il principio dell'equivalenza delle cause.

Tale rapporto si stabilisce esistente in medicina legale quando sono rispettati i criteri anatomico, cronologico, di idoneità quali e quantitativa dell'agente a determinare la malattia conseguente, di continuità fenomenica, di esclusione di altre cause. Non sono comunque da escludere i dati statistico-epidemiologici, che anzi basano lo

studio e la conoscenza dei fenomeni nelle popolazioni, e le relazioni causali che li connettono e che possono delineare leggi scientificamente valide che diano spiegazioni causali di tipo generalizzante, idonee ad assicurare a leggi di copertura.

È di per sé evidente come, per ottenere un numero di osservazioni utili a produrre dati statisticamente validi a definire l'esistenza di un rapporto di causalità tra una malattia e una esposizione lavorativa, siano necessari un vasto campione e un periodo di osservazione prolungato, essendo chiara immediatamente la differenza della forza della relazione esistente tra una patologia e una lavorazione, per quanto potenzialmente idonea a cagionarla, ove osservata in un singolo caso o in un piccolo contingente di lavoratori, rispetto a quella che si osserva in un gruppo numeroso di soggetti esposti allo stesso agente, in quanto tanto è maggiore la prevalenza nella popolazione di esposti, tanto meno può dirsi effetto del caso il rilievo della malattia. È questo, come già definito, uno degli scopi principali del Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero correlate ad esso e della segnalazione ai sensi dell'art. 139 TU, alla cui costituzione sono chiamati tutti i medici con particolare riguardo a coloro che abbiano rapporti privilegiati con gli ambienti di lavoro come i medici competenti.

Risulta parimenti evidente come sia urgente intervenire a supporto dei medici che non hanno abituale dimestichezza con le condizioni di tecnopatia, ovvero che non hanno esperienza nell'acquisire le informazioni utili a far nascere il dubbio dell'esistenza di un nesso tra la patologia e il lavoro del paziente, nell'individuare e proporre criteri che permettano di "selezionare", attraverso un percorso giustificabile, riproducibile e scientificamente coerente, i casi meritevoli di certificato e denuncia con ragionevole margine di certezza.

Il problema delle disomogeneità fra tabelle delle malattie professionali (DM 09.04.2008) e liste delle malattie da denunciare ai sensi dell'art. 139 del TU

Alcuni Autori hanno già sottolineato differenze tra le tabelle di malattia professionale allegate al DM 09.04.2008 e l'ultimo aggiornamento delle liste di patologie da denunciare ai sensi dell'art. 139 TU del 10.06.2014, alcune delle quali sostanziano vere e proprie discrepanze (Baracco et Al, G Ital Med Lav Erg 2008; 30:3, 267-269, Taino et Al, Med Lav 2013; 104, 1:3-23) (10, 11) comprensibili alla luce del fatto che si tratta di strumenti differenti, adibiti a diverse finalità. Da un punto di vista puramente logico le tabelle di MP dovrebbero essere quasi totalmente sovrapponibili almeno a quelle della lista I, in considerazione del fatto che le tabelle riportano le patologie di origine professionale, data per scontata se il soggetto ha avuto un'esposizione in ambito lavorativo (tale che INAIL può evitare il riconoscimento dell'indennizzo solo provando che non vi sia stata esposizione idonea per quantità, qualità e durata) e la lista I elenca le malattie che correlano "con alto grado di probabilità" con le rispettive lavorazioni.

Appare immediatamente evidente che le liste delle malattie da denunciare ai sensi dell'articolo 139 del TU contengono molte più patologie correlate a vari agenti causali rispetto a quelle elencate nelle tabelle di malattia professionale. Questo perché le liste hanno funzione statistico-epidemiologico-preventiva e sono il mezzo per la costruzione di un osservatorio privilegiato che permetta l'aggiornamento delle liste delle malattie professionali (devono quindi elencare il maggior numero di patologie presumibilmente legate al lavoro), mentre le tabelle delle malattie professionali elencano le patologie che hanno una relazione causale nota, certa e non più soggetta a rivalutazione assicurativa e giuridica (salvo casi particolari) con le lavorazioni elencate. Ne sono esempi le patologie da radiofrequenze e microonde, l'infertilità maschile da radiazioni ionizzanti, moltissime patologie tumorali, tra cui per esempio il neointrodotto in lista I epatocarcinoma da cloruro di vinile, le malattie non neoplastiche da IPA e le patologie da esposizione a acidi organici, presenti nelle liste ma non nelle tabelle delle malattie professionali. Accanto a tale osservazione, si noti come gli agenti biologici elencati nei gruppi 3 delle liste delle malattie da denunciare ai sensi dell'art. 139 del TU sono assenti nelle tabelle delle malattie professionali, che annoverano unicamente l'ancilostoma duodenalis, in quanto in ambito assicurativo le infezioni sono considerate esito di infortunio e non malattie professionali.

Vi sono invece numerose differenze che non hanno una ragionevole spiegazione e che possono essere solo in parte giustificate dal fatto che, a differenza di quanto normativamente previsto, le tabelle delle MP attualmente in vigore sono allegate ad un ormai datato DM 09.04.2008, mentre le liste associate all'art. 139 sono state nel frattempo riviste e aggiornate due volte, nel 2009 e nel 2014, con importanti inserimenti e modificazioni determinati dalle nuove evidenze scientifiche. Confrontando gli elenchi si notano situazioni nelle quali le liste e le tabelle riportano patologie che se ad una prima lettura possono sembrare "sovrapponibili", dall'altra risultano nosologicamente differenti. A titolo di esempio si ricordano:

1. malattie da radiazioni ionizzanti, per le quali le tabelle delle MP riportano la "sindrome emocitopenica", probabilmente sottintendendo che la malattia professionale viene riconosciuta quando la citopenia rappresenta la manifestazione di un sottostante diagnosticato e accertato quadro patologico (e non quando rappresenti un semplice rilievo analitico di laboratorio). Invece nelle liste si parla più dettagliatamente di "anemia iporigenerativa, di piastrinopenia, di leucopenia e di pancitopenia", sottintendendo cioè che è possibile rilevare e considerare la riduzione degli elementi corpuscolati di una o più linee cellulari ematiche, singolarmente o variamente combinate tra loro, con o senza sintomi, come oggetto di segnalazione (secondo le finalità delle liste) anche quando le stesse non costituiscono ancora un danno biologico conclamato, ma solo il segno di un effetto nocivo o potenzialmente tale di una esposizione lavorativa;
2. lavorazioni con esposizione ad acido solforico: secondo le liste delle malattie da denunciare ex art. 139 TU la malattia da segnalare è rappresentata dalla "bronchite", mentre per le tabelle delle MP è rappresentata dalla BPCO, non essendo chiaro se si intenda il medesimo quadro patologico;
3. il solfuro di carbonio (determinante solfocarbonismo, storica MP) ed il benzene presentano come malattia tabellata l'encefalopatia tossica, mentre nelle liste ex art. 139 è indicata come sindrome psico-organica che, come noto, presenta una indicazione ICD 10 completamente differente (l'encefalopatia tossica è una patologia del sistema nervoso, la sindrome psico-organica è una forma psichiatrica determinata da cause organiche);
4. per numerosi agenti causali, le liste allegate all'art. 139 annoverano non meglio definite "tracheobronchiti" e "congiuntiviti"; non essendo chiaro o esplicitato se con tali diciture si intendano quadri clinici acuti o cronici. Anche se è vero il fatto che, quando queste si presentino in lavoratori esposti a rischi specifici, si viene a configurare di fatto un obbligo inderogabile per il medico alla denuncia, sembrerebbe quantomeno auspicabile una maggiore chiarezza;
5. dermatite da esposizione a selenio: viene tabellata come malattia professionale dell'industria con la specifica "dermatite irritativa da contatto", mentre nelle liste è indicata con la sola dicitura "dermatite", per cui a rigor di logica eventuali dermatiti allergiche debbono essere dimostrate derivanti dal lavoro non rientrando in quelle per cui vige la presunzione di origine. In questo caso, come in molti altri, la malattia non esplicitata in tabella, ma presente nelle liste, può essere comunque ritenuta tra le "altre patologie da esposizione" all'agente;
6. radiazioni ottiche artificiali ultraviolette (UV) e radiazioni solari: vengono poste in una voce tabellare unica nelle tabelle delle malattie professionali e ad esse vengono correlate in modo indifferenziato sia le cheratosi attiniche, sia gli epiteliomi in sede fotoesposta. Nelle liste delle patologie ex art. 139, invece, gli agenti causali vengono suddivisi: le UV vengono correlate alle cheratosi attiniche con alto grado di probabilità, ma non agli epiteliomi, mentre le radiazioni solari vengono ritenute probabilmente causa di cheratosi attinica, di epiteliomi cutanei in sede fotoesposta e (nelle versioni del 2008 e 2009) anche di melanoma, seppure con probabilità inferiore, attualmente invece eliminato nell'aggiornamento delle liste del 2014. Ne deriva che gli epiteliomi cutanei in sedi fotoesposte sono riconosciuti con presunzione legale di origine professionale dall'INAIL sia per esposizioni a UV artificiali che naturali (radiazioni solari), mentre secondo le liste ex 139 solo le radiazioni solari hanno una correlazione con gli epiteliomi; questa discordanza determina una situazione paradossale per cui in caso di insorgenza di epiteloma in soggetto esposto a radiazioni UV artificiali, si deve procedere a certificare all'INAIL la malattia professionale che verrà riconosciuta prontamente in quanto tabellata, ma non si dovrà procedere alla denuncia ex 139 TU, in quanto la malattia non presente nelle liste come determinata da radiazioni ottiche artificiali.

Tale ultima paradossale situazione mette in evidenza il controsenso che si può determinare nei casi in cui, non procedendo come richiesto dal razionale dell'art. 139, si giunga solo alla valutazione della professionalità di una patologia in ambito assicurativo, senza denuncia alla Direzione del Lavoro e alla ASL.

Vi sono inoltre casi nei quali le tabelle di MP annoverano (inspiegabilmente) alcune patologie non elencate nelle liste delle malattie da denunciare ai sensi dell'art. 139, neppure in lista II o III, o inserite solamente con l'ultimo aggiornamento del 2014. Si riportano di seguito alcuni esempi.

1. La leucemia mieloide per esposizione a benzene è presente nelle tabelle di MP del 2008, mentre nelle liste ex 139 viene inserita in lista I, con specifica indicazione corrispondente ICD 10, solo con l'aggiornamento del 2014 in sostituzione della dicitura generica presente nel DM del 2009.
2. L'ernia discale, prevista come MP tabellata dal 2008 per *lavorazioni comportanti movimentazione manuale di carichi non occasionale in assenza di ausili efficaci e per lavorazioni comportanti esposizione non occasionale a vibrazioni trasmesse al corpo intero*. Quest'ultimo agente causale è stato inserito in lista I ex 139 solo con l'aggiornamento del 2014, mentre sino alla precedente versione del 2009 era annoverato in lista II delle malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità, creando una discordanza tale per cui INAIL sin dal 2008 riconosce la patologia con presunzione legale di origine professionale, mentre le liste indicano che la patologia è determinata dal lavoro solo "con probabilità". Ai sensi dell'art. 139, la ridotta forza del nesso di causa, comunque, non determina una esimente rispetto alla denuncia.
3. Le spondilodiscopatie non sono annoverate nelle tabelle delle MP, pur essendo come le ernie discali in lista I almeno per lavorazioni che comportano la movimentazione manuale di carichi. Da sottolineare anche come l'agente causale "*movimentazione manuale dei carichi*" per l'ernia discale sia espresso tecnicamente e parametricamente in modo differente, essendo indicato nel DM 10 giugno 2014 "con continuità durante il turno lavorativo", mentre nel DM 9.4.2008 viene indicato come "non occasionale". La differenza non è di poco conto se si considera che nel linguaggio giuridico (poco diffuso tra i medici certificatori) il concetto di "non occasionale" coincide con l'accezione di "abituale", mentre nel linguaggio comune e anche in quello tecnico il suo significato è usualmente diverso, e rimanda ad una frequenza non definita (sia pure superiore a quella "rara"): si crea così una difficoltà di comprensione comune di quale che sia la frequenza che possa assurgere a causa efficiente a determinare una patologia. Inoltre, manca nelle tabelle delle malattie professionali qualsiasi riferimento alla durata nel turno di lavoro dell'esposizione al rischio, elemento appena accennato invece nelle liste del 2014 le quali fanno almeno riferimento al fatto che il rischio sussiste per attività svolte "con continuità". Di contro, nelle tabelle del 2008 viene indicata la condizione "assenza di ausili efficaci", ele-

mento invece non indicato nelle liste del 2014, quasi non fosse aggettivante il livello di rischio. In entrambi i casi comunque l'uso di qualificatori non "parametrici", quindi non misurabili e difficilmente confrontabili, determina il ricorso a definizioni di rischio di sola natura qualitativa, senza le necessarie indicazioni dei livelli di rischio considerato efficace a produrre gli effetti rende e dei metodi di misurazione.

4. L'encefalopatia tossica e l'epatopatia granulomatosa da stagno sono tabellate tra le MP dell'agricoltura, ma non sono previste per l'industria e nemmeno nelle liste ex 139 alla voce malattie da esposizione allo stagno.
5. L'encefalopatia da eteri di petrolio e da esteri e derivati, tabellata come MP, non viene annoverata nella lista I ex art. 139.
6. La dermatite allergica da contatto per composti organici del fosforo e per oli minerali, è riconosciuta professionale in ambito agricolo ma non viene elencata tra le malattie professionali per le medesime esposizioni in ambito industriale e non è presente nella lista I ex art. 139.
7. La dermatite allergica da contatto per gli alcoli è annoverata nelle tabelle di MP, mentre nelle liste ex 139 è presente solo la dermatite irritativa da contatto.
8. L'asma bronchiale causata da gomma arabica è una malattia professionale, mentre nelle liste agente non è annoverato tra quelli in grado di determinare asma bronchiale.
9. L'acido ftalico e i derivati del dipiridile sono annoverati come agenti causali di MP in ambito agricolo, ma non compaiono né in ambito industriale né con riferimento alle patologie correlabili al lavoro.

Per alcuni fattori di rischio (benzene, radiazioni ionizzanti, formaldeide...) l'ultimo aggiornamento delle malattie da denunciare ai sensi dell'art. 139 TU (DM 10.6.14) ha provveduto a elencare le singole patologie specificandone l'ICD-10, mentre nelle tabelle di MP rimangono sotto la generica dicitura "tumori solidi" o "tumori del sistema emolinfopoietico". A parziale significato compensatorio, le tabelle di MP contemplano la voce "aperta" "altre malattie causate da esposizione professionale a...": è questo il caso in cui si potrebbe trarre maggior giovamento nel prendere le liste come guida per sapere cosa è utile denunciare come MP.

Per alcuni fattori di rischio/esposizioni le liste riportano patologie che in modo poco chiaro risultano assenti nelle tabelle delle MP. A titolo di esempio si ricordano:

1. orletto di Burton e gastroduodenite nel saturnismo, elementi peraltro storicamente legati alla malattia, sono elencati nelle liste, ma non nelle tabelle; è ipotizzabile che l'orletto di Burton, essendo un segno di malattia, ma non comportando una patologia a se stante, sia stato eliminato in quanto di per sé non indennizzabile, ma anche la colica saturnina è un segno che indica la patologia gastroenterica, mentre in tabelle di MP è stata lasciata la dicitura colica saturnina (segno) e rimossa la patologia gastroenterica che lo origina;
2. le spondilodiscopatie non sono considerate nelle tabelle delle malattie professionali, neppure se rilevate

in soggetti addetti a movimentazione manuale dei carichi non occasionale e senza idonei ausili; il rilievo stride anche in considerazione del fatto che, al contrario, le ernie discali sono in tali casi tabellate. Questo vale anche per le lavorazioni che espongono a vibrazioni trasmesse al corpo intero;

3. le embolie gassose nelle malattie dei lavoratori subacquei o delle camere iperbariche, anche queste di rilevanza fisiopatologica e storica, non sono descritte nelle tabelle delle MP, che invece per queste lavorazioni riconoscono otopatie e sinusopatie baro traumatiche e le osteoartropatie. La voce tabellare, tuttavia, annovera in questo caso anche la dicitura “altre patologie da lavorazioni subacquee e in camere iperbariche”, ove rientrerebbero le eventuali sequele di embolie gassose se non seguite da decesso.

Considerazioni e criticità applicative del nuovo D.Lgs. 151/2015

La nuova normativa e l'indirizzo di cui alla Circolare 10/2016 procedono nella direzione di rendere cogente l'invio del certificato-denuncia con la finalità da una parte di ridurre il fenomeno delle malattie non certificate e quindi non prese in carico dall'Istituto a fini assicurativi, con conseguente danno al lavoratore, dall'altra di ottenere le informazioni per implementare la conoscenza del fenomeno tecnopatico e migliorare l'approccio ad esso in termini di prevenzione e vigilanza. Nel porre in capo al medico una nuova modalità operativa, la Legge semplifica l'iter fornendo al medico certificatore uno schema da seguire per redigere correttamente il certificato e ritenendo inoltre assolto con l'invio del medesimo anche l'obbligo di invio della denuncia ai sensi dell'art. 139 TU ad INAIL, “... per le tecnopatie indicate nell'elenco di cui all'articolo 139 del citato DPR 1124/1965 ...”.

Ove si riconosca alle liste di cui al DM del 10.6.2014 la funzione ulteriore di guidare il medico a meglio comprendere quali entità patologiche siano da certificare ai sensi dell'art. 53, e non solo ai sensi dell'art. 139 TU, si supererebbe l'impasse determinata dal fatto che, come detto, la Legge impone l'obbligo di certificare le malattie professionali, ma non definisce meglio quali queste siano, nonostante le modifiche sostanziali nel tempo delle lavorazioni e dell'esposizione ai rischi specifici in ambito occupazionale. Inoltre, permane il problema legato al fatto che spesso il medico di non specialista in medicina del lavoro non ha tutte le conoscenze per valutare la correlazione eziologica della malattia diagnosticata con l'attività di lavoro. Pare quindi una soluzione sempre utile per ogni medico certificatore quella di:

- eseguire sempre una accurata anamnesi lavorativa che comprenda la mansione svolta, il periodo di tempo durante il quale il lavoratore ha svolto la mansione attuale, le lavorazioni alle quali è stato addetto negli anni precedenti, il protocollo sanitario a cui viene sottoposto per la sorveglianza sanitaria prevista dal D.Lgs. 81/08;
- certificare tutte le situazioni che possano rientrare nella lista I delle malattie da denunciare ai sensi del-

l'art. 139 TU, come da DM 10.6.2014, considerando l'attuale sovrapposibilità formale dei due disposti, in cui però l'art. 139 TU aggiunge ciò che non viene chiarito nel “nuovo” art. 53 TU, ovvero quali patologie si debbano certificare.

Se queste premesse appaiono ineccepibili sotto l'aspetto tecnico e formale, permangono di fatto importanti criticità residue non facilmente superabili per il medico “generico”, non specialista in medicina del lavoro:

- 1) impossibilità di conoscere i reali agenti eziologici ai quali il paziente/lavoratore può essere esposto, spesso ignoti anche ai medesimi lavoratori; da ciò deriva l'impossibilità ad ipotizzare correttamente il legame tra una manifestazione ed il lavoro, soprattutto non conoscendo le attività, il ciclo lavorativo, le azioni che lo compongono, i materiali utilizzati, i DPI impiegati, ecc.;
- 2) difficoltà oggettiva di affrontare un compito da sempre complesso, anche per i medici del lavoro;
- 3) assenza di indicazioni per la individuazione di patologie non comprese nelle tabelle e nelle liste, delle quali si deve valutare la possibile origine professionale, procedendo alla certificazione solo se ragionevolmente esistente il nesso di causa tra lavoro e patologia. Risultano oggetto della stessa incertezza le patologie elencate nelle tabelle delle malattie professionali, ma non comprese nelle liste del DM 10.6.2014, quelle per cui esistono discrepanze nosologiche fra le tabelle delle MP e le liste del DM suddetto, oltre a quelle che il medico ritiene essere legate all'esposizione al lavoro, sebbene non presenti nei due elenchi;
- 4) dubbi sulla possibilità o meno di applicare il criterio analogico, sul quale la Legge non si esprime. Per esempio, nel soggetto esposto a vibrazioni trasmesse a tutto il corpo per la guida di automezzi che lamenti un quadro di ernia discale, è necessario fare la denuncia in quanto presente nelle liste, ma ci si chiede se è necessario denunciare anche le spondilodiscopatie in genere, essendo queste correlate alle vibrazioni trasmesse al corpo intero nelle tabelle delle malattie professionali.

A queste problematiche si aggiungono alcuni elementi tecnici di criticità che la normativa ad oggi sembra trascurare. In nessuno dei Decreti di riferimento e neppure nella recente normativa viene fatto alcuno cenno all'elemento chiave indispensabile per valutare secondo criteri tecnici e scientifici la ragionevole prima attribuzione dell'origine professionale di una sospetta tecnopatia: i risultati di una appropriata valutazione del rischio specifico riconosciuto come agente causale. Nel caso, portato in precedenza come esempio, di una ernia discale o di una spondilodiscopatia lombare, risulta essere di primaria importanza la corretta valutazione del rischio da movimentazione dei carichi (manuale e/o con ausili) che oggi può contare su metodiche di valutazione scientificamente validate e che deve tenere conto anche, ma insieme ad altri elementi di giudizio e non come fattore esclusivo, della frequenza di svolgimento dell'attività all'interno del turno lavorativo.

Inoltre, un secondo e non trascurabile elemento di criticità è rappresentato dalla mancanza di attribuzione di un

valore, come elemento di giudizio, alle indagini e ai dati epidemiologici relativi alla presenza della malattia oggetto di segnalazione (nell'esempio riportato della patologia degenerativa del rachide lombare) nella popolazione di riferimento indipendentemente dalla presenza del fattore causale di rischio specifico. Solo attraverso una preliminare e accurata analisi dei dati epidemiologici è possibile attribuire con ragionevolezza e fondamento scientifico un "peso" allo specifico fattore occupazionale di rischio (MMC) valutato secondo requisiti e criteri di appropriatezza e coerenza scientifica.

Conclusioni: il ruolo del medico competente e l'importanza della valutazione dei rischi. Valorizzazione della figura del Medico del Lavoro del Servizio Sanitario pubblico nell'esperienza della regione Lombardia

Alla luce e a valle delle considerazioni trattate, una via pratica di avvio di un sistema organizzato, tecnico e sostenibile di trasmissione di casi di sospette tecnopatie, si ritiene non possa prescindere, e anzi dovrebbe discendere, dalla valorizzazione della figura e del ruolo del medico specialista in medicina del lavoro, sia esso competente aziendale nominato ai sensi del D.Lgs. 81/08 (13), sia inserito nei servizi sanitari territoriali e ospedalieri (in Lombardia, presenti nelle Agenzie di Tutela della Salute – ATS, ex ASL – e nelle Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro UOOML delle aziende Socio Sanitarie territoriali – ASST, ex AO). Un altro strumento prioritario e imprescindibile per il medico segnalatore è rappresentato dalla valutazione dei rischi lavorativi (prevista dall'art. 17 del D.Lgs. 81/08) specifica per ogni realtà produttiva.

La formazione universitaria specialistica del medico del lavoro, insieme alla preparazione tecnica, scientifica e professionale che derivano sia dal percorso di studi, sia dalla esperienza professionale acquisita sul campo – aziendale, territoriale od ospedaliero – lo pongono in una condizione di privilegio e di responsabilità che è auspicabile venga valorizzata e sfruttata dal sistema istituzionale ai fini dell'emersione delle tecnopatie. In particolare, i medici specialisti in medicina del lavoro territoriali ed ospedalieri possono ricoprire – ex ante – un fondamentale ruolo di recettori di segnalazioni da parte dei medici dei reparti ospedalieri e di medicina generale, garantendo l'accertamento della possibile eziologia occupazionale delle malattie riscontrate nel lavoratore e assicurando – ex post – la redazione e la trasmissione del certificato e della denuncia di malattia professionale all'INAIL. Infatti, nella realtà occupazionale, i medici del lavoro hanno le conoscenze e le competenze adeguate ad indagare il valore e il peso degli specifici fattori occupazionali di rischio individuati, analizzati e descritti nel Documento di valutazione dei rischi. Il medico del lavoro aziendale (medico competente) non avrà necessità di questo supporto conoscendo direttamente non solo i lavoratori e il loro stato "globale" di salute, ma anche il DVR, avendo anche un ruolo attivo e di consulenza professionale e scientifica nella sua stesura.

Un sistema fondato sulla collaborazione, sul dialogo e sullo scambio costante di informazioni fra medici diversi

del sistema sanitario, ovvero la creazione di una rete di sanitari operanti per l'emersione delle malattie professionali, assolve agli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. La figura del Medico del lavoro potrebbe divenire un concreto e attendibile strumento tecnico, a supporto dei colleghi medici non specialisti, oltre che dell'Istituto assicuratore, nel percorso di individuazione, studio, certificazione e denuncia delle sospette tecnopatie dalle quali possono essere affetti i lavoratori oggetto di sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs. 81/08.

In questa ottica il medico del lavoro dei servizi territoriali ed ospedalieri acquisisce la piena consapevolezza della responsabilità istituzionale e morale che ricopre in seno al Servizio Sanitario Nazionale mettendo la sua competenza a frutto nell'accertamento di sospette malattie professionali prima, certificandole e denunciandole poi. In questo modo agisce contribuendo all'implementazione della prevenzione e della sicurezza.

Questo ruolo di supporto è "regola" in Regione Lombardia (13) dove è stata progettata e rilasciata la funzionalità telematica del Sistema Informativo Person@ – con carta SISS – che consente la trasmissione delle **segnalazioni (che non trovano alcuna definizione nei disposti normativi, ove correttamente – come è stato illustrato nelle parti precedenti – si parla di certificati ex art. 52 art. 53 D.P.R. 1124/65, denunce ex art. 139 D.P.R. 1124/65 e ex art. 10 D.Lgs. 38, referti ex art. 365 c.p. e 334 c.p.p.)** dei casi dai sanitari ai servizi territoriali ed ospedalieri di medicina del lavoro. La segnalazione viene inviata ai medici di medicina del lavoro presenti nelle ATS/ASST-UOOML che programmano le indagini di approfondimento relative all'esposizione lavorativa per accertare se esiste una effettiva correlazione tra le attività lavorative e la patologia segnalata. In questo modo, in coerenza con il PNP e nel rispetto della l.r. 23/2015 che dispone l'integrazione tra ospedale e territorio, l'invio delle segnalazioni crea e potenzia una rete di sanitari che sinergicamente agiscono per l'emersione di malattie di origine professionale. Il Sistema Person@ oggi permette l'invio delle segnalazioni di Mesoteliomi e Tumori naso sinusali, Tumori Polmonari e Tumori Vescicali da parte dei medici sanitari di alcuni reparti ospedalieri pubblici e privati; domani da parte dei MMG (il servizio comprenderà ulteriori Patologie Professionali).

Il processo di gestione della segnalazione malattia professionale consente la dematerializzazione a superamento di prassi obsolete; la creazione di un canale costante di dialogo tra sanitari degli ambiti territoriali e degli ambiti ospedalieri; l'invio ed acquisizione sistematizzata, strutturata ed efficiente delle segnalazioni, ovvero delle informazioni minime ma essenziali che le compongono; la tracciatura di tutte le segnalazioni di Malattie Professionali e creazione senza soluzione di continuità del relativo archivio. Ovviamente, concretizzare un sistema collaborativo e virtuoso come quello descritto, richiede l'attuazione di un processo a medio termine che coinvolga i medici dei reparti ospedalieri e di medicina generale prima a livello informativo. Per questi ultimi, l'azione di coinvolgimento è partita ed è stata gestita in Lombardia in modo organico e in rapporto di perfetta collaborazione da Regione e Istituto assicuratore, at-

traverso le rispettive articolazioni territoriali, in una serie di incontri che ha consentito di toccare tutte le sedi delle ex ASL.

Rimangono azioni importanti: *intraprendere adeguate iniziative a livello nazionale e a livello UE per rilanciare e potenziare il processo di armonizzazione sia delle statistiche che della trattazione e tutela delle malattie professionali; porre in atto incisive azioni per diffondere capillarmente la conoscenza dell'obbligo di certificato; implementare la denuncia da parte dei medici esterni, da realizzare con un'efficace campagna di sensibilizzazione offrendo loro l'opportunità di segnalare i casi ai medici del lavoro dei servizi territoriali o ospedalieri, ove esistenti, così da garantire una trattazione accurata.*

A completamento e integrazione di quanto discusso e come irrinunciabile strumento di valutazione della possibile eziologia occupazionale di una malattia per qualsiasi medico segnalatore, le criticità evidenziate nel nostro lavoro potrebbero essere superate e il percorso di accertamento di una sospetta tecnopatia diventare più facile, attuabile e sostenibile, attraverso il supporto di una valutazione del rischio appropriata e completa e attraverso la "personalizzazione" della valutazione del rischio rispetto al lavoratore portatore della sospetta tecnopatia oggetto di segnalazione. Solo in questo modo il medico è agevolato, con il supporto dei dati e presupposti tecnici e scientifici che una appropriata valutazione del rischio garantisce e non sulla base di generiche e sommarie considerazioni, nell'invio di tutte le sospette tecnopatie che nella attività professionale si trova ad affrontare, sia ai fini epidemiologici-statistici (*ai sensi dell'art. 139 del DPR 1165/68 e dell'art. 10 del D.Lgs. 38/00, e secondo le liste previste nel DM 10 giugno 2014*), sia ai fini assicurativi (*ai sensi dell'art. 53 del DPR 1165/68, e secondo i contenuti del DM 9 aprile 2008*). Si ricorda al riguardo che, secondo l'ottica prevenzionale, il processo di valutazione dei rischi utilizzato per redigere il relativo Documento previsto dall'art. 17 del D.Lgs. 81/08 (12), deve ispirarsi a criteri precauzionali, per i quali il rischio deve essere considerato tale non solo se interessa una piccola o piccolissima parte della popolazione (rischio oggettivo, misurabile in termini probabilistici), bensì anche in tutte le situazioni in cui si identifica un rischio, ma non sussistono prove scientifiche sufficienti (si tratta dunque di una questione scientificamente controversa: rischio ipotetico). Il principio di precauzione non si basa infatti sulla disponibilità di dati che provino la presenza di un rischio, ma sull'assenza di dati che assicurino il contrario. Se questo può essere appropriato per gli scopi prevenzionali, non è altrettanto vero per gli scopi medico legali, nonché per quelli assicurativi. Pertanto, quando il medico diagnostica una patologia che potrebbe avere i caratteri della malattia professionale, una valutazione tecnica della natura e del livello concreto di rischio al quale è stato esposto il lavoratore, fondata essenzialmente l'analisi su una appropriata analisi del rischio, rappresenta un elemento di giudizio fondamentale e irrinunciabile.

Bibliografia

- 1) D.Lgs. n. 151 del 14 settembre 2015 "Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183" (GU Serie Generale n. 221 del 23-9-2015 - Suppl. Ordinario n. 53).
- 2) Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modifiche e integrazioni. (Supplemento ordinario n. 66 alla Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 76 del 1-4-2010).
- 3) Circolare INAIL n. 10 del 21 marzo 2016 Decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 151. Articolo 21, comma 1, lettere b), c), d), e), f), 2 e 3. Modifiche agli articoli 53, 54, 56, 139, 238, 251 d.p.r. 1124/1965 - <https://www.inail.it/cs/internet/atti-e-documenti/note-e-provvedimenti/circolari/circolare-n-10-del-21-marzo-2016.html>
- 4) DGR 390 del 12/07/2013 Approvazione dello schema di accordo tra Regione Lombardia e Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - Direzione Regionale Lombardia per la realizzazione della modalità di trasmissione informatica dei certificati medici d'infortunio sul lavoro e dgr 391 12/07/2013 Approvazione dello schema di accordo tra Regione Lombardia e Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - Direzione Centrale per i servizi informativi e telecomunicazioni di adesione per l'accesso al servizio in cooperazione applicativa "certificazione medica di infortunio lavorativo" erogato dal sistema informativo INAIL.
- 5) Piano Regionale della Prevenzione dgr X/3654 seduta del 05.06.2015, rif. Programma 9 "Tutela della salute e sicurezza del lavoratore"; "Regole 2015" (dgr X/2989 seduta del 23.12.2014 Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015 - di concerto con gli Assessori Cantù e Melazzini); "Regoline 2015" (dgr X/3993 seduta del 04.08.2015 Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2015).
- 6) Decreto Legislativo 23 febbraio 2000, n. 38 "Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, a norma dell'articolo 55, comma 1, della legge 17 maggio 1999, n. 144" (GU Serie Generale n. 66 del 20-3-2000 - Suppl. Ordinario n. 47).
- 7) Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Decreto 10 giugno 2014. Aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del testo unico approvato, con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche e integrazioni. (GU Serie Generale n. 212 del 12-9-2014).
- 8) Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale - Decreto 9 aprile 2008. Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura. (Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 169 del 21-7-2008).
- 9) Taino G, Pezzuto C, De Icco R, Pucci E, Imbriani M. Crisi d'ansia reattiva e disturbo dell'adattamento cronico: un caso particolare di infortunio sul lavoro e di sospetta malattia professionale. *G Ital Med Lav Erg* 2014; 36: 118-123.
- 10) Baracco A, Coggiola M, Discalzi GL, Perrelli F, Romano C. List of disease to be reported (ex art. 139 T.U. 1124/65) and disease to recognize (ex art. 3 e 221 T.U. n. 1124/65): a communication problem? *G Ital Med Lav Erg* 2008; 30:3, 267-269.
- 11) Taino G, Paraluppi P, Giorgi M, D'Orso MI, Piccoli B. Le malattie professionali da radiazioni ottiche artificiali (ROA). *La Medicina del Lavoro* 2013 Gen-Mar; 104, 1: 3-23.
- 12) Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008 - Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. (Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30 aprile 2008 - Suppl. Ordinario n. 108).
- 13) Deliberazione n. X/4702 Regione Lombardia - Seduta del 29/12/2015. Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2016.