

## **Audizione Senato 27 novembre 2007-11-26**

### **Risposte al questionario**

#### **Introduzione**

Gli ultimi decenni sono stati caratterizzati da un cambiamento radicale dei tassi di incidenza e di prevalenza (cioè del profilo epidemiologico) delle malattie professionali, con il venir meno dei quadri più caratteristici e tradizionali e l'attenzione verso lo studio di malattie a minore specificità nosografica ma comunque correlate al lavoro (work related diseases), pur se, come dimostrano i dati della ricerca Eurostat (Statistiche europee delle malattie professionali: Valutazione dei dati pilota del 1995) le malattie professionali classiche sono ancora presenti e, talora, con un numero di casi annui tendente all'aumento.

Conferma di questa profonda modificazione dei rischi da lavoro la si può trarre anche dalla percezione che ne hanno i lavoratori. Il Second European Survey on Working Conditions del 1996 rilevava che il 29% dei lavoratori intervistati riteneva che il lavoro svolto rappresentasse un pericolo per la salute ed i problemi di salute più frequentemente segnalati erano i disturbi osteomuscolari: il mal di schiena (30% dei lavoratori), i dolori muscolari alla braccia ed alle gambe (17%), lo stress (28%). In tale campione, elevato era il numero di lavoratori addetti a mansioni ripetitive ed a rischi fisici, ma soprattutto emergeva che non vi era stata una modificazione dei problemi fra la indagine del 1991 e quella del 1996.

Mentre un'indagine svolta dall'Agenzia Europea di Bilbao rileva che i problemi psico-sociali (stress nell'ambiente di lavoro), problemi ergonomici (movimentazione manuale di carichi e postura lavorativa) e fattori di rischio chimico (sostanze tossiche con particolare attenzione ai cancerogeni) sono le principali priorità per la ricerca futura in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Nell'ambito dell'Indagine Comunitaria sulle forze lavoro (autovalutazione da parte degli intervistati del loro stato di salute in riferimento al lavoro) è stata realizzata una indagine mirata alle condizioni di salute e di sicurezza.

In particolare si sono studiati i problemi di salute "non-infortuni" che i lavoratori intervistati considerano legati causalmente o concausalmente all'attività lavorativa svolta.

Lo studio che ha interessato 11 paesi della UE si è basato sulla autovalutazione degli intervistati e non si è limitato alle sole malattie professionali riconosciute dai sistemi assicurativi sociali.

I dati raccolti fanno stimare, per il periodo 1998-1999, in 7,7 milioni i lavoratori che ogni anno soffrono di problemi di salute legate al lavoro, si tratta di una cifra superiore a quella degli infortuni annui nella UE che per lo stesso periodo era di 7,4 milioni di persone.

Circa 350 milioni sono i giorni di lavoro che si stima vengano persi annualmente nella UE a causa delle assenze per problemi di salute legati al lavoro.

Il tasso di prevalenza dei disturbi legati al lavoro è di 5372 casi/anno ogni 100.000 lavoratori, con un valore più elevato per le popolazioni lavorative più anziane (7150 nella fascia 55-64 anni).

Per ciò che concerne le patologie i disturbi muscolo-scheletrici fanno la parte del leone riguardando 4,1 milioni di persone, cioè il 53% dei casi, con una percentuale che sale al 60% fra coloro che hanno cessato il lavoro e con un tasso di prevalenza annuale nel periodo 1998-1999 di 2645 casi ogni 100.000 salariati. I settori maggiormente interessati sono risultati l'edilizia, i trasporti, la sanità ed i servizi sociali con una prevalenza da 1,2 a 1,6 volte superiore alla media.

Vengono poi lo stress, la depressione o l'ansia con una percentuale del 18% che sale al 26% nei casi che hanno determinato un'assenza dal lavoro per un periodo pari o superiore alle due settimane (con una frequenza doppia nella sanità, scuola e servizi sociali).

La terza indagine realizzata dalla Fondazione di Dublino ha evidenziato che nei lavoratori è in deciso aumento la percezione di essere esposto a rischi associati all'organizzazione del lavoro e che gli stessi lavoratori ritengono che tali rischi determinino delle conseguenze sul loro stato di salute.

Nella quarta indagine viene presentato il punto di vista dei lavoratori su un ampio ventaglio di temi, comprendente l'organizzazione del lavoro, la sua durata, le pari opportunità, la formazione, la salute ed il benessere e la soddisfazione lavorativa. Le interviste sono state realizzate alla fine del 2005 a quasi 30mila lavoratori in 31 paesi (i 25 dell'UE, i due paesi candidati Bulgaria e Romania oltre a Croazia, Norvegia, Svizzera e Turchia).

I dati della quarta indagine ci indicano che è in diminuzione la quota di lavoratori europei impiegati in settori tradizionali che richiedono fatica fisica come l'industria manifatturiera e l'agricoltura; tuttavia, l'indagine rileva che rischi fisici ancora persistono.

- 1) La porzione di lavoratori che effettuano movimenti ripetuti con mani e braccia è aumentata di quattro punti percentuali. Questo è il più comune rischio citato, con il 62% della popolazione lavorativa che riferisce di esservi esposta per un quarto o più dell'orario di lavoro;
- 2) il 50% dei lavoratori denunciano di lavorare in posizioni dolorose o stancanti per almeno un quarto del tempo;

Gli uomini sono più esposti delle donne ad alcuni rischi e vice versa.

- gli uomini specialmente i giovani, più delle donne denunciano esposizioni più elevate ai rischi fisici tradizionali (come rumore e vibrazioni); circa il 15% degli uomini sono esposti per tutto o quasi il tempo di lavoro, in confronto al 5-7% delle donne;

- i rischi di tipo ergonomico (movimenti ripetuti con mani e braccia, posizioni dolorose o stancanti ecc.) tendono ad essere meno differenziati tra i due generi.

Certi rischi prevalgono tra le lavoratrici, specialmente nei settori dell'istruzione e della sanità. Per esempio, più del 5% delle donne affermano che il lavoro regolarmente richiede loro sollevare o spostare persone, a confronto del solo poco più dell'1% degli uomini.

I lavoratori manuali (tute blu) sono significativamente più esposti a quasi tutti i rischi fisici dei luoghi di lavoro a differenza dei colleghi "colletti bianchi".

- 1) quasi il 20% delle tute blu devono spostare carichi pesanti per tutto il tempo o quasi, mentre questo capita a solo meno del 5% dei colletti bianchi. Differenze simili si riscontrano per l'esposizione a rumore.
- 2) la più alta esposizione a tutti i tipi di rischio (rumore, vibrazioni, movimenti ripetuti, posizioni disagiate, movimentazione manuale di carichi pesanti, agenti chimici e biologici) si registra nel settore delle costruzioni, mentre la più bassa si registra nel settore dell'intermediazione finanziaria.

Per quanto concerne, poi, gli effetti del lavoro sulla salute:

- i sintomi più importanti sono il mal di schiena (29%) e i dolori muscolari (28%) seguiti da fatica e stress (27%). Questi problemi sono riportati principalmente dai lavoratori dell'agricoltura, della sanità, dell'istruzione e delle costruzioni.
- Il lavoro notturno presenta la più forte associazione con gli effetti sia fisici che psico-sociali del lavoro. Coloro che subiscono violenza e molestie tendono a denunciare più elevati livelli di disturbi connessi con il lavoro di quelli che non ne subiscono, quasi quattro volte di più il livello medio di sintomi dovuti a disturbi psicologici come problemi del sonno, ansietà e irritabilità ed a disturbi fisici come dispepsie;
- Quelli che sono esposti a rischi psico-sociali, in particolare intimidazioni e molestie, si assentano per disturbi significativamente dovuti al lavoro più frequentemente della media (23% rispetto al 7%). Essi tendono, inoltre, a prendersi più lunghi periodi di assenza dal lavoro.

Il passaggio da malattie professionali specifiche a malattie generali per le quali si prospetta la possibilità e/o la probabilità di origine professionale comporta un maggiore impegno in campo epidemiologico, con un uso attento dei dati ottenibili dalla sorveglianza sanitaria, per evidenziare la quota pertinente.

Come pure è sempre maggiore la necessità di definire modalità per la più attenta e duratura osservazione clinica ed epidemiologica degli esposti a rischio per evidenziare nuove patologie

correlate a nuovi fattori di rischio e gli effetti delle esposizioni a basse dosi di tossico o di cancerogeno etc,

Una carenza ormai 25ennale riguarda il sistema informativo nazionale per la prevenzione occupazionale previsto a partire, fra l'altro, dalla legge 833/1978 e dal DPCM del 1986. Tale carenza "si è tradotta in molte regioni in forti limitazioni delle possibilità, da parte delle Regioni e dei Servizi territoriali all'uopo deputati, di *conoscere, programmare, mirare le azioni e le iniziative finalizzate alla tutela della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro*" (Atti del Seminario a cura di Conferenza dei Presidenti delle Regioni, ISPESL, INAIL "Verso un sistema informativo integrato per la prevenzione nei luoghi di lavoro" 25 luglio 2002).

La mancata creazione di tale rete ha comportato e comporta una evidente sottostima del fenomeno delle malattie professionali, sottostima che non è peculiare al nostro paese tanto che l'Eurogip afferma: "Il fenomeno della sotto-dichiarazione delle malattie professionali sembra interessare la maggior parte dei paesi. Il gruppo di lavoro ha identificato, a livello della procedura di dichiarazione e/o di indennizzazione delle vittime, un certo numero di elementi tali da favorire questo fenomeno: attribuire la dichiarazione alla sola iniziativa della vittima, non offrire riparazioni specifiche in rapporto all'assicurazione malattie, prevedere una riparazione a partire da un certo livello di incapacità permanente. Tale gruppo auspica, quindi, di investire i differenti responsabili, anche se ritiene che questi elementi non siano i soli ad essere chiamati in causa nello spiegare il fenomeno della sottostima della dichiarazione"

"Il gruppo di lavoro ha sottolineato la necessità di instaurare, fra gli Stati membri del Forum, una informazione regolare sul tema delle malattie professionali, in particolare in merito all'evoluzione, in ogni paese, dei dati scientifici e giuridici. Esso ha, in particolare, proposto la creazione di una banca di dati europei sulle patologie il cui riconoscimento come malattia professionale pone un certo numero di problemi".

Occorre differenziare nettamente nell'ambito del flusso informativo fra la raccolta finalizzata a scopi indennitari e quella finalizzata, invece, a mettere in evidenza nuove patologie in nuovi settori di lavoro o in settori tradizionali, ma legate al modificarsi delle condizioni di lavoro.

In questa seconda fattispecie assumono quindi, rilievo anche stati "sub-clinici" la cui tempestiva evidenziazione può condurre ad attuare adeguate misure di prevenzione e protezione.

Nel Contributo al documento della Commissione predisposto dal Gruppo lavoratori del Comitato Consultivo di Lussemburgo si indica la necessità di definire indicatori sensibili alla realtà dei problemi e viene formulata la proposta di elaborare una serie di indicatori che prendano in considerazione almeno tre aspetti:

- il controllo nel tempo dei fattori di rischio e delle esposizioni;

- il controllo nel tempo delle condizioni di lavoro, non solo partendo dagli indicatori tradizionali quali gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, ma anche studiando i rapporti tra diverse patologie e gruppi sociali e professionali;
- la percezione che hanno i lavoratori delle loro condizioni di lavoro e dell'impatto di queste ultime sulla loro salute.

Questi indicatori dovrebbero consentire di misurare la compatibilità delle condizioni di lavoro con le esigenze di salute a medio e lungo termine. Indicatori quali la durata della vita lavorativa in base al tipo di professione e le condizioni di salute delle persone in pensione in funzione delle loro condizioni di lavoro precedenti meritano una particolare attenzione.

Il primo elemento che emerge dalla attenta disamina dei diversi sistemi di registrazione e/o di notifica delle malattie professionali è che nessuno di essi contempla uno degli attori fondamentali, quello della rappresentanza dei lavoratori (il cui ruolo deve essere rilanciato anche nell'ambito dei sistemi di prevenzione).

Infatti a fronte di una ricchezza e completezza dei dati raccolti in merito agli infortuni, per le malattie professionali il dato su cui si incentrano tutti i sistemi di rilevazione è rappresentato dalla malattie denunciate e/o definite dall'Istituto Assicuratore.

Si tratta di un sistema che presenta alcune lacune strutturali, quali:

- 3) non viene coperta tutta la popolazione lavorativa ma solo quella iscritta obbligatoriamente all'INAIL, con l'esclusione delle altre forme di tutela previdenziale (dipendenti pubblici, marittimi iscritti all'IPSEMA, personale aereo etc) o di quelle figure non rientranti negli obblighi assicurativi;
- 4) viene privilegiata la patologia professionale insorta in attualità di lavoro;
- 5) si prende atto della sottostima ma anche della diversa criteriologia medico-legale, ma su questo ci si soffermerà più diffusamente nei successivi paragrafi.

Per superare tale deficit informativo occorre che a livello nazionale siano applicate le normative vigenti ed in particolare quanto previsto dall'articolo 10 del D.Lgs 38/2000, mentre a livello comunitario occorre procedere nell'armonizzazione della notifica e del riconoscimento delle malattie professionali. Su questo punto il documento comunitario si limita, in maniera sufficientemente generica o superficiale, a proporre un coordinamento delle politiche nazionali sulla base di un confronto (bench-marking) tra le notifiche delle malattie professionali.

Come ci ricordano i ricercatori dell'Ente Assicuratore del Quebec se la ricerca tende a misurare con precisione l'importanza dei problemi di salute e di sicurezza, i dati del solo ente assicuratore sono sempre meno in grado di rispondere a questa richiesta.

Studi o ricerche per settore produttivo costituiscono gli strumenti più idonei per raccogliere dati che riflettano la reale portata dei problemi di salute e di sicurezza e dunque orientino in modo il più preciso possibile gli interventi di tipo preventivo.

Quanto affermato dai ricercatori canadesi ci permette di ribadire che lo scopo della registrazione delle malattie professionali è quello di definire condizioni di lavoro che consentano la permanenza al lavoro delle persone fino all'età della pensione senza danni per la loro salute. "E' probabile che sulla base di questi criteri le politiche di prevenzione sarebbero molto più esigenti (e più efficaci). In effetti le condizioni di lavoro possono essere accettabili dal punto di vista della protezione immediata della salute di una persona giovane e vigorosa ma inaccettabili rispetto ai loro effetti accumulati nel corso dell'intera vita lavorativa di questa stessa persona" (dal documento sindacale già citato).

Nel determinare questo dato certamente svolge un grande ruolo il comportamento restrittivo dell'Istituto Assicuratore ma anche un "non riconoscimento" della patologia professionale da parte dei medici competenti aziendali e dei medici del lavoro dei Servizi Ospedalieri e di Istituti Universitari.

La particolare figura del medico competente ed in particolare la sua dipendenza dal datore di lavoro fin dall'approvazione del D.Lgs.626/94 era stata individuata come limitativa del ruolo, anche se la vasta pubblicistica e convegnistica sulla sorveglianza sanitaria concentrando l'attenzione solo sugli aspetti professionali del medico competente, è pervenuta per altro a conclusioni interessanti; citiamo, a solo scopo esemplificativo, le conclusioni del convegno dell'Associazione lombarda di Medicina del Lavoro dove si afferma: "...del medico di azienda (medico competente), che deve perciò essere coinvolto pienamente nella valutazione dei rischi. La sua figura deve trasformarsi da esecutore di visite a promotore della salute nei luoghi di lavoro".

Conclusioni pienamente condivisibili, che avrebbero potuto aprire lo spazio per una riflessione approfondita sulle sinergie da mettere in campo a livello d'impresa per ottenere questo risultato.

\*\*\*\*\*

### **Quali sono attualmente le fonti informative sulle malattie da lavoro e chi le governa?**

Dal 1965 esiste un sistema di registrazione delle malattie professionali che si fonda sulla obbligatorietà per ogni medico, che ne riconosca l'esistenza, la denuncia delle malattie

professionali, che sono indicate in un elenco che ha visto il suo ultimo aggiornamento nel 2004. L'art. 139 del T.U. 1124/65 impone ad ogni medico che ne riconosca o ne sospetti l'esistenza l'obbligo della denuncia delle malattie professionali all'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio.

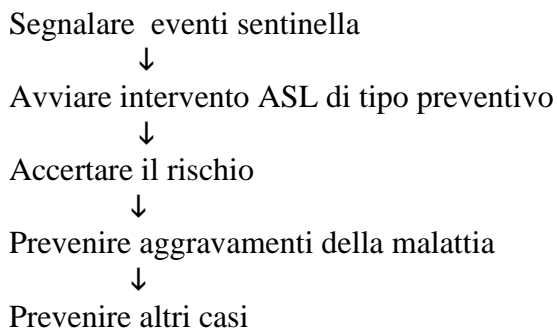
Questa denuncia non ha fini assicurativi ed il suo inoltro ai Servizi di medicina preventiva e di igiene del lavoro dell'Azienda ASL ha lo scopo di programmare ed effettuare le attività di prevenzione nel territorio onde individuare tempestivamente i fattori di nocività ed adottare le misure necessarie alla tutela della salute dei lavoratori.

Il presupposto di tale elenco è di essere una sorta di "anticamera" della lista delle malattie professionali per cui vige la presunzione legale di origine.

Le finalità della denuncia alla ASL sono profondamente diverse da quelle della denuncia all'INAIL finalizzata al riconoscimento ed al successivo ristoro del danno biologico.

Le finalità della denuncia/segnalazione sono riassunte nello schema di seguito.

### **Finalità della denuncia ex art. 139 T.U.**



Questo sistema ha trovato a partire dal 2000 con l'approvazione dell'articolo 10 del D.Lgs 38 una nuova strutturazione.

Tale articolo istituisce, infatti, un registro nazionale delle malattie professionali in cui afferiscono le segnalazioni provenienti dalle diverse realtà.

Si tratta di un sistema che attribuisce il ruolo principale di raccolta e di elaborazione dei dati all'Istituto Assicuratore. Le parti sociali non intervengono in alcun momento della procedura ma neanche è previsto che possano dialogare con questo registro con una impossibilità di formulare indicazioni in merito ai campi di indagine.

I dati raccolti da questo registro non hanno ancora visto una diffusione pubblica ma per quanto è noto si tratta di un sistema a cui hanno contribuito quasi esclusivamente i sanitari dell'Istituto Assicuratore e dunque i suoi dati sono sovrapponibili a quelli delle malattie professionali riconosciute dall'Istituto Assicuratore, anche se ad essere più precisi i numeri sono inferiori a quelli dei casi riconosciuti.

Si diceva che questa denuncia/segnalazione va distinta dalla denuncia di malattia professionale ex articolo 52 del Testo Unico. Questa è una denuncia che deve essere fatta dall'assicurato al datore di lavoro che la trasmette all'Istituto assicuratore.

Di questa denuncia appare necessario per comprendere il valore generale del dato che essa si attiva solo qualora siano presenti i seguenti tre elementi:

- DENUNCIA DEL DATORE DI LAVORO;
- CERTIFICATO MEDICO;
- DOCUMENTAZIONE CHE ATTESTI LA VOLONTA' DEL LAVORATORE DI RICHIEDERE LA PRESTAZIONE.

L'elaborazione dei dati delle denunce malattie professionali si concentra sui casi riconosciuti con una notevole perdita di informazione in particolare sui casi che non sono pervenuti a riconoscimento e si pensi in particolare alla mancata conoscenza della tipologia del medico che ha formulato la diagnosi professionale (medico competente, istituto universitario di medicina del lavoro ecc).

Le denunce/segnalazione sono inviate, si ricordava alle ASL, e dunque in alcune regioni è presente un sistema di elaborazione dei dati.

Ad oggi non è mai stato attivato un sistema nazionale di raccolta ed elaborazione dei casi segnalati alle ASL ed agli Ispettorati del Lavoro, tentativi di sistematizzazione dei dati sono stati avviati, sulla base del sistema MAL.PROF in poche realtà territoriali: Lombardia, Toscana, Emilia Romagna, Veneto e Genova con qualità e numerosità dei dati molto differenti. Segnaliamo, per completezza, che quello che era il sistema più sviluppato e cioè quello lombardo, attivo dal 1999, negli ultimi due anni sta registrando una riduzione del flusso informativo.

Di questo sistema ci preme sottolineare che ad oggi esso non dialoga con gli altri ed in particolare con quello INAIL e che i suoi dati sono solo in parte concordanti con quelli presenti nella statistica regionale INAIL delle denunce.

Abbiamo infine un sistema di registrazioni previsto da decreti di recepimento di direttive comunitarie e che vanno ad inserirsi nell'ambito della sorveglianza sanitaria prevista dal D.Lgs 626 quali:

- esposti a cancerogeni e mutageni ex D.Lgs 66 che ha visto l'emanazione del decreto con cui vengono fissate le caratteristiche della documentazione da realizzare in azienda e le modalità di raccolta e di trasmissione dei dati solo recentemente;
- esposti a rischio chimico ai sensi del D.Lgs 25;

- esposti ad agenti biologici di classe 3 e 4 ai sensi del capitolo specifico del d.Lgs 626.

A questi sistemi più istituzionali vanno poi aggiunte delle esperienze territoriali di ricerca attiva delle malattie professionali, alcuni dei quali hanno visto anche il coinvolgimento delle OO.SS. Si tratta di sistemi di ricerca che si differenziano profondamente dal registro nazionale in quanto non si basano sull'affluenza volontaristica dei dati ma che utilizzano i dati raccolti per altre finalità (SDO ecc.) incrociandoli ai dati lavorativi.

**2) i dati forniti dalle statistiche ufficiali sono realistici, rappresentano in modo veritiero il fenomeno delle malattie da lavoro sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo? Ci sono problemi di sovrastima o di sottostima? Gli esperti parlano di “malattie professionali perdute” Di che si tratta? Quale si stima sia l'entità del fenomeno? Riguarda tutte le tipologie di malattie professionali o solo alcune? Riguarda tutte le tipologie di lavoratori o solo alcune? Quali sono le principali cause o motivazioni di questo fenomeno?**

Tutta la letteratura scientifica è concorde nell'affermare che siamo in presenza di una sottostima delle malattie professionali; sottostima che è difficile da quantificare e che riguarda tutte le patologie da lavoro anche se certamente maggiormente sottostimate sono le patologie multifattoriali quelle che vengono ricomprese con il termine di “work related”.

I dati più consolidati riguardano la sottostima delle neoplasie professionali come appare evidente dai dati di seguito riportati e desunti dallo studio europeo CAREX:

I

- **4 milioni di esposti a cancerogeni**
- **150.000 decessi annui per neoplasia**
- **Dal 4 al 10% attribuibili ad esposizione professionale**
- **Da 6.000 a 15.000 decessi annui attribuibili ad esposizione lavorativa**

Un recentissimo lavoro comparso nel numero di agosto di epidemiologia e Prevenzione stima sulla base dei dati delle attività economiche (Ateco91) in circa 600.000 i lavoratori a sostanze oncogene per il polmone.

Tale sottodichiarazione interessa anche patologie ad alta eziologia professionale quali ad esempio le malattie legate all'esposizione all'amianto ed una patologia, quale il mesotelioma, ad alta specificità.

Tale sottodichiarazione diviene ancora più marcata nel passare dai dati del sistema di registrazione ReNaM a quelli delle denunce delle malattie professionali ed ancor più a quelli dei casi riconosciuti; come dimostrato dal recente Convegno di Iseo.

Nel 2006 Eurogip ha pubblicato un rapporto su “Le malattie professionali legate all’amianto in Europa: riconoscimento, cifre, dispositivi specifici”, si tratta di una indagine sui criteri di riconoscimento assicurativo vigenti in tredici paesi europei: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Italia, Norvegia, Olanda, Portogallo, Spagna, Svezia e Svizzera.

Vediamo i dati per patologia limitandoci all’anno 2003.

**Asbestosi** si va da 1978 casi riconosciuti in Germania a 406 in Francia, a 271 in Italia a 9 in Spagna.

**Tumore del polmone:** sempre nel 2003 abbiamo 1018 casi riconosciuti in Francia, 739 in Germania, 189 in Italia, 97 in Norvegia e solo 1 in Svizzera.

**Mesotelioma:** 788 casi in Germania, 421 in Francia anche se si tratta di un dato non definitivo, 389 in Italia, 92 in Belgio e solo 6 in Spagna.

**Placche pleuriche:** 3460 casi riconosciuti in Francia, 1249 in Germania, 142 in Finlandia, 67 in Svizzera.

Se si passa ad un approccio comparativo dei dati avendo come dato di partenza il numero di casi riconosciuti nel 2000 per 100.000 assicurati, si nota che gli indici presentano differenze notevoli fra i diversi paesi; con differenze che si spiegano principalmente con tre diversi fattori.

Da una parte l’importanza della popolazione esposta alle polveri di amianto varia in funzione dell’uso più o meno intenso del materiale nel passato; della specificità delle attività economiche (ad esempio i cantieri navali e l’attività marittima in Norvegia) ma anche dell’entrata in vigore della legislazione di messa al bando dell’utilizzo dell’amianto o di protezione dei lavoratori esposti all’amianto.

Inoltre, il numero di casi riconosciuti dipende largamente da quello delle domande di riconoscimento presentate. La Germania, la Finlandia e la Norvegia hanno realizzato un efficace sistema di rilevamento dei lavoratori esposti in passato all’amianto ed oggi a livello statistico si evidenziano i risultati di tali iniziative.

Le placche pleuriche sono un segno di esposizione all’amianto che spesso non determinano un danno. Questa è la ragione per la quale esse sono affrontate, dal punto di vista del riconoscimento professionale, in maniera meno omogenea e delle altre patologie.

In Austria ed in Spagna non è possibile il loro riconoscimento come malattia professionale. Mentre negli altri Paesi tale riconoscimento è possibile nell’ambito del sistema tabellare (Germania, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Norvegia, Portogallo, Svizzera) o in quello complementare (Italia) o infine in base al sistema della prova (Svezia).

A fronte di queste possibilità di riconoscimento è poi solo la Francia che accorda un indennizzo sulla base della semplice constatazione della presenza di placche pleuriche.

Gli altri Paesi che ammettono il riconoscimento raramente pervengono ad indennizzare il lavoratore in quanto richiedono che vi sia una riduzione della capacità polmonare conseguente alla presenza delle placche pleuriche. L'interesse di un riconoscimento senza indennizzo è quello di facilitare la prova dell'avvenuta esposizione all'amianto nel caso in cui il lavoratore sia successivamente colpito da una delle altre patologie correlate all'amianto o, come è il caso dell'Italia, determinare il diritto ai benefici di tipo pensionistico senza avere l'obbligo di dimostrare di avere avuto una esposizione di tipo qualificato.

Per quanto concerne i mesoteliomi le differenze sono meno sensibili in quanto i criteri di riconoscimento divergono meno fra i diversi paesi ed inoltre il lungo periodo di latenza del mesotelioma toglie incidenza statistica alle diversità temporali nell'entrata in vigore delle restrizioni all'utilizzo dell'amianto, entrate in vigore che si collocano in un lungo arco di tempo 1984-2005.

Per rendere appieno le dimensioni del problema riprendiamo le conclusioni di un lavoro del 2002 del professor Alessio.

<i>Ipotesi di frequenza di alcune patologie ad eziologia occupazionale</i>	
Neoplasie	<b>4%</b> delle neoplasie nella popolazione adulta
Asma	<b>15%</b> di tutte le forme di asma nella popolazione adulta
Nefropatie	<b>3.3%</b> della popolazione lavorativa
Dermatiti occupazionali	<b>30-42%</b> di tutte le dermatosi nella popolazione adulta
Broncopneumopatie croniche-ostruttive	<b>14.2-37.7%</b> della popolazione lavorativa esposta a broncoirritanti

Nell'affrontare il tema della denuncia e della segnalazione non possiamo non porre l'accento sulla incongruenza della normativa sanzionatoria di cui all'articolo 139 del T.U., tale normativa rende infatti sanzionabile il medico che nel redigere certificazione incorre in errori formali (mancato invio ad uno dei tre destinatari ad esempio) ma invece non risulta applicata al medico che non ha adempiuto all'obbligo previsto dalla norma di denunciare.

Se a questa fattispecie aggiungiamo i comportamenti di alcuni Ordini provinciali che anch'essi attivano procedimenti disciplinari nei confronti di medici che nel redigere certificazione di malattia professionale forniscono indicazioni epidemiologiche utili all'INAIL per riconoscere il caso così come indicato dalla normativa 1124/65, ci rendiamo conto come il messaggio che viene introiettato dai medici sia quello che si hanno meno problemi a non certificare che a certificare.

**3) cosa emerge dal confronto con gli altri Paesi dell'Unione Europea? Ci sono significative differenze in termini di sistemi di registrazione? Di frequenza dei casi segnalati, dei casi riconosciuti? Di tipologia di quadri patologici?**

Il confronto europeo avviene sulle statistiche degli Istituti Assicuratori.

Il dato da cui occorre partire è certamente quello del confronto numerico fra casi di malattie professionali riconosciute nei diversi Paesi europei (il confronto è ancora con l'Europa dei 15); confronto che dimostra come il nostro Paese si collochi agli ultimi posti come numero di malattie riconosciute.

	Nuovi casi di malattie professionali denunciati ogni 100 000 lavoratori			Nuovi casi di malattie professionali riconosciuti ogni 100 000 lavoratori (Percentuale dei casi accolti)		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000
<b>Germania</b>	192	235	211	35 (18,3 %)	66 (27,9 %)	49 (23,1 %)
<b>Austria</b>	151	133	103	78 (51,8 %)	52 (39,3 %)	42 (41,7 %)
<b>Belgio</b>	431	336	277	186 (43,2 %)	204 (60,9 %)	112 (40,5 %)
<b>Danimarca</b>	549	669	545	90 (16,4 %)	131 (19,6 %)	124 (22,8 %)
<b>Finlandia</b>	320	331	238	160 (50 %)	110 (33,1 %)	64 (27 %)
<b>Francia</b>	63	103	237	44 (70 %)	76 (73,8 %)	177 (75 %)
<b>Grecia</b>	–	5,3	4,5	–	4,7 (90 %)	3,5 (78,1 %)
<b>Irlanda</b>	4,4	6,4	7,5	2,3 (52 %)	5,5 (87 %)	3,3 (44 %)
<b>Italia</b>	354	211	160	93 (26,2 %)	39 (18,5 %)	33 (20 %)
<b>Lussemburgo</b>	113	49	82	8 (6,7 %)	15 (30,9 %)	14 (16,9 %)
<b>Portogallo</b>	–	57	55	–	42 (73,1 %)	27 (48,9 %)
<b>Svezia</b>	1 524	642	309	1 242 (81,5 %)	258 (41,3 %)	138 (45 %)

Se passiamo ad una analisi per tipologia è possibile stilare una classifica di frequenza delle malattie professionali in Europa, che confronteremo, poi, con i dati italiani:

- 1) Sinovite della mano,
- 2) epicondilite,
- 3) dermatite da contatto,
- 4) ipoacusia,
- 5) sindrome di Raynaud,
- 6) tunnel carpale,
- 7) mesotelioma,
- 8) asma,
- 9) asbestosi
- 10) pneumoconiosi dei minatori di carbone

Il raffronto può anche avvenire con i dati di singoli paesi ed anche in tale caso mantiene la sua efficacia. Nell'aprile u.s. la CNAMTS (Cassa Nazionale per l'assicurazione malattia dei lavoratori salariati) ha diffuso le statistiche sulle malattie professionali riconosciute nel corso del 2005.

Nel 2005 in Francia sono state indennizzate 41347 casi di malattia professionale contro i 36871 dell'anno precedente.

I settori maggiormente interessanti sono stati:

- 1) settore alimentare con 5736 casi di cui 3 mortali;
- 2) metallurgia con 5107 casi di cui 37 mortali;
- 3) costruzioni con 3179 casi di cui 13 mortali;
- 4) legno, carta ecc con 2488 casi di cui 18 mortali;
- 5) trasporti con 1316 casi di cui 3 mortali;
- 6) chimica, plastica e gomma con 1297 casi di cui 11 mortali.

Particolare interesse suscitano i dati che riguardano il settore dei servizi dove si registrano per l'area sanità e lavoro temporaneo 3066 casi di malattia professionale riconosciuti con 1 solo caso mortale.

Se passiamo alla disamina delle patologie oggetto di riconoscimento rileviamo che le patologie periarticolari sono quelle più rappresentate con 28.278 casi riconosciuti pari al 68,4% delle malattie professionali accolte. Le lombalgie che prima della loro introduzione nel sistema tabellare con le voci 97 (patologie croniche del rachide lombare da vibrazioni a bassa e media frequenza trasmesse al corpo intero) e 98 (Patologie croniche del rachide lombare da movimentazione manuale di carichi) avevano una scarsa visibilità statistica sono oggi divenuta la terza causa di riconoscimento di m.p..

In totale le patologie muscoloscheletriche (CTD) rappresentano i  $\frac{3}{4}$  delle malattie professionali riconosciute.

Le patologie asbesto correlate (rispettivamente 5715 casi ascritti alla voce tabellare 30<sup>1</sup> e 821 alla voce 30 bis<sup>2</sup>) continuano a svolgere un ruolo importante dal punto di vista statistico con un numero di casi riconosciuti che è in forte crescita come riflesso di esposizioni anche remote.

Patologie	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Patologie periarticolari	13.104	15.912	21.126	23.672	24.848	28.278	29.379
Patologie asbesto correlate	2.564	2.984	3.939	4.366	4.831	5.715	5.864
Patologie croniche del rachide lombare da m.m.c.	1.551	1.798	2.251	2.260	2.313	2.260	2.251
Ipoacusie da rumore	613	494	543	632	980	1.198	1.126

<sup>1</sup> La voce tabellare 30 "patologie professionali conseguenti all'inalazione di polveri di amianto" prevede: asbestosi, lesioni pleuriche benigne (placche pleuriche, pleuropatie essudative ed ispessimenti delle pleura viscerale), mesotelioma maligno (della pleura, del peritoneo e del pericardio), altri tumori pleurici primitivi);

<sup>2</sup> La voce tabellare 30 bis prevede il tumore bronco-polmonare primitivo da esposizione a polveri di amianto.

Tumore bronco-polmonare primitivo da esposizione ad asbesto	346	370	555	652	818	821	867
Patologie croniche del rachide lombare da vibrazioni	284	383	424	421	410	422	411
Lesioni eczematiformi su base allergica	296	304	365	364	351	351	320
Patologie respiratorie su base allergica	255	255	322	309	315	299	316
Pneumoconiosi da inalazione di silice	236	235	293	281	307	292	315
Lesioni croniche dei menischi	98	171	231	254	292	288	259
Patologie da vibrazioni	165	172	167	187	185	182	161
Patologie da esposizione ai cementi	173	202	190	199	147	160	111
<b>Totale delle malattie professionali</b>	<b>20.695</b>	<b>24.220</b>	<b>31.461</b>	<b>34.642</b>	<b>36.871</b>	<b>41.347</b>	<b>42.306</b>

Si tratta di dati che, in linea con le tendenze europee, differiscono in maniera significativa da quelli del nostro Istituto Assicuratore, infatti le più recenti statistiche INAIL che si riferiscono al 2004 possono essere così schematizzate:

Malattia professionale	Percentuale sul totale
Ipoacusia e sordità da rumore	37,1%
Malattie dell'apparato osteo-articolare	16,6%
Malattie dell'apparato respiratorio	14,9%
Malattie della pelle	9,3%
Tumori	8,6%
Sindrome del tunnel carpale	6,7%
Altre e indeterminate	6,8%

Si tratta di dati che è possibile ritenere si siano confermati anche nei due anni successivi. I dati del 2006 pur nella loro non sistematizzazione confermano che al primo posto si confermano “ipoacusia e sordità” e questo ci permette di affermare che le nostre statistiche delle malattie professionali riconosciute fotografano ancora una “archeologia industriale”.

Dalla disamina dei dati emerge l'alto numero di denunce di m.p. non tabellate 2001-2005 che nel quinquennio è risultato più che doppio rispetto a quello delle malattie tabellate

Tra le malattie tabellate quella più spesso denunciata continua ad essere l'ipoacusia (13889 casi, pari al 44% del totale) seguita a distanza dalle malattie cutanee (3476 casi), dai tumori da amianto (3301 casi), dall'asbestosi (2862 casi). Anche tra le malattie non tabellate l'ipoacusia è la più frequente (21825 casi, pari al 26% del totale), seguita dalle tendiniti (7191 casi), dalle malattie dell'apparato respiratorio (6739 casi), dalle affezioni dei dischi intervertebrali (5241 casi).

E' interessante notare come il numero totale di denunce di m.p. tabellate sia sensibilmente diminuito nell'arco del quinquennio (dalle 9488 del 2001 alle 3500 del 2005) mentre si osserva una sostanziale stabilità per quelle non tabellate. Tra le prime, sono in controtendenza i tumori da amianto, da polveri di legno e di cuoio, le cui denunce si sono mantenute stabili nel corso del quinquennio, mentre tra le malattie non tabellate la complessiva stabilità del numero delle denunce è il risultato di una diminuita segnalazione di ipoacusie compensata dall'aumento di tumori, tendiniti, sindrome del tunnel carpale ed altre neuropatie periferiche, affezioni dei dischi intervertebrali, artrosi.

Tra le diverse malattie tabellate si osservano notevoli differenze nella frequenza con cui sono state indennizzate la maggior frequenza di indennizzi si è avuta per i tumori da polveri di legno e cuoio (81%) e da amianto (71%) seguiti a distanza dalle malattie da agenti chimici (voci da 1 a 39) e quelle cutanee (39%), dall'asbestosi (31%), dalle malattie osteoarticolari (30%), dalle allergie respiratorie (26%), dalle malattie da radiazioni ionizzanti e quelle polmonari da polveri (23%), dalla silicosi (19%), dalla bronchite cronica che condivide il valore più basso di casi indennizzati (14%) con la malattia più spesso denunciata, l'ipoacusia.

Più rari sono gli indennizzi per le malattie professionali non tabellate : tra queste al primo posto per frequenza di indennizzo si trovano le tendiniti (22% dei casi denunciati) e le sindromi del tunnel carpale (19%) seguite, a valori veramente irrisori, dai tumori e dalle ipoacusie (6%), dalle malattie dell'apparato respiratorio (5%), ma su questo punto scontiamo la chiusura di molte sedi INAIL a riconoscere le patologie non tabellate.

Questo confronto con gli altri Paesi è stato realizzato anche recentemente dall'INAIL su specifica e formale richiesta del CIV e i dati elaborati dall'INAIL confermano che l'Italia è uno dei paesi con le peggiori performance di tutela della malattie professionali, e con la forbice più ampia fra numero di denunce e numero di riconoscimenti.

#### 4) Le fonti utilizzate da INAIL per stabilire il nesso di causalità tra la malattia diagnosticata e il lavoro svolto dal lavoratore e quindi la sua esposizione al rischio sono adeguati/sufficienti?

A seguito dell'andata a regime del D.Lgs 626 abbiamo assistito ad uno spostamento della criteriologia valutativa dell'INAIL dal dato epidemiologico alla acquisizione spesso acritica dei dati di rischio riportati nel "Documento di Valutazione dei rischi", dati che possono anche non essere veritieri, come spesso accade di verificare in sede di contenzioso amministrativo, in quanto vi sono indicati dati espositivi in contrasto con i dati di letteratura e con le conoscenze tecnologiche.

Indicativo in questo senso è la chiusura negativa delle domande "per carenza di documentazione" nel momento in cui il datore di lavoro non fa seguito alla richiesta di informazioni sul rischio.

Un numero minoritario o diremmo meglio estremamente minoritario di sedi da seguito alle indicazioni contenute nelle circolari dell'Istituto di richiedere parere sull'efficienza del rischio alla struttura tecnica CONTARP.

Su questo punto registriamo un ulteriore deficit procedurale che è responsabile di due diverse problematiche. La norma prevede che la domanda di malattia professionale sia inviata dal lavoratore al proprio datore di lavoro inteso "in attualità di rapporto di lavoro" e che questi poi la faccia pervenire all'INAIL. Questa procedura deve avvenire anche nel caso in cui il datore di lavoro attuale non abbia determinato il rischio ma la patologia sia legata alle precedenti attività lavorative svolte. In questi casi vi è l'esigenza di un impegno maggiore dell'Istituto nel "tranquillizzare" il datore di lavoro che non avrà conseguenze premiali dalla richiesta avviata dal suo dipendente (vedi su questo la risposta al quesito specifico sulla resistenza alla denuncia). Ma soprattutto occorre che l'Istituto metta in atto procedure di recupero dell'informazione del rischio che vadano ad interessare le effettive fonti di esposizione. Su questo punto la certificazione INAIL, pur se l'articolato di legge prevede tale eventualità, appare carente in quanto al contrario di quanto avviene nella segnalazione alla ASL non prevede la possibilità per il medico di indicare l'attività lavorativa svolta alla quale egli imputa la responsabilità nell'insorgenza della tecnopatia.

Il ricorso al documento di valutazione dei rischi porta come conseguenza il prendere a riferimento per la definizione di rischio il TLV ed il suo superamento e questo in contrasto con le conoscenze della medicina del lavoro sul valore protettivo dei TLV e in contrasto con una giurisprudenza quasi ventennale (vedi la nota sentenza Quaini).

Inoltre al lavoratore spesso e volentieri non resta in mano nessun "libretto di rischio" che testimoni veritieramente la sua esposizione e storia lavorativa, e tale problematica assume particolare urgenza a fronte delle nuove tipologie di lavoro ma anche di settori in cui i lavoratori sono chiamati, con estrema frequenza, a modificare posto di lavoro ed anche modalità lavorative, si pensi a titolo esplicativo al settore del restauro artistico.

5) Esiste una collaborazione tra INAIL e Servizi di prevenzione delle ASL per l'acquisizione e valutazione di documentazione atta a comprovare la diagnosi e l'esposizione lavorativa? E per la valutazione del nesso di causalità?

Non esiste tale collaborazione se non in situazioni particolari e sporadiche. Infatti questa prassi di collaborazione, allo stato, è più un auspicio che una realtà. Nessun protocollo ufficiale tra Inail e Regioni e Stato la impone, come sarebbe, invece, necessario. Tra l'altro in ampie aree del paese, specie nel centro sud, l'attività dei Servizi ASL è ridotta ai minimi termini anche per carenze di personale e sovente non ci sono le competenze adeguate per cimentarsi con problematiche

complesse come quelle delle malattie professionali. Inoltre i criteri per la valutazione del nesso di causalità divergono tra medicina legale e medicina del lavoro, come dimostrano anche i progetti di collaborazione fra Servizi ASL della Toscana ed INAIL presentati al recente congresso SIMLII (Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale). Infine nella medicina legale spesso finiscono per prevalere criteri sul nesso di causalità superati e restrittivi che non tengono conto dell'evoluzione giurisprudenziale.

6) I criteri che guidano l'INAIL nelle scelte di riconoscimento e di indennizzo o meno dei casi di malattie da lavoro segnalate sono sufficientemente trasparenti? Sono condivisibili? Per quali aspetti e in quale senso andrebbero eventualmente modificati?

Su questo punto dopo aver rilevato che vi è trasparenza in quanto le indicazioni fornite a livello nazionale sono pubbliche ed anche oggetto, talora, di confronto con le strutture di Patronato non possiamo non rilevare che tali indicazioni non trovano applicazione diffusa in tutte le sedi, con dunque una grande variabilità intravede nel riconoscimento delle tecnopatie.

Certamente quello che appare evidente è che troppo spesso i criteri che governano le scelte di molte sedi INAIL sono ancora ancorati alla criteriologia delle malattie professionali tipiche con un mancato aggiornamento rispetto alle modificazioni della produzione e rispetto ai rischi “nuovi o emergenti”.

In questo senso esemplare è il recepimento a livello periferico della “Nota del Direttore Generale” a cui fa costante riferimento l'INAIL in sede di convegni e di pubblicistica (vedi a questo proposito l'intervento dell'INAIL al recente convegno di Pisa) ma che, come è stato possibile rilevare in sede di dibattiti ed incontri a livello regionale e provinciale, non trova applicazione in quanto burocraticamente la forma della nota non le attribuisce valore cogente e per cui i medici dell'Istituto Assicuratore continuano ad applicare criteri ispirati a oggettività e certezze d'altri tempi, non rispondenti all'attuale caratterizzazione dei contesti lavorativi, criteri derivanti anche da una scelta compiuta nell'ultimo decennio in senso alla struttura sanitaria dell'INAIL di privilegiare la competenza medico-legale rispetto alle altre competenze cioè una competenza molto importante nella valutazione percentualistica del danno ma che non appare sufficiente nell'indagare il rischio da lavoro.

A questo riguardo dobbiamo segnalare che l'introduzione del regime del danno biologico collocando nella fascia della franchigia molte delle patologie emergenti ha introdotto limiti alla possibilità di ricorso giudiziario da parte del lavoratore in quanto la nostra giurisprudenza non ammette cause per il mero accertamento.

## **7) Esiste sufficiente omogeneità nel territorio nazionale nel riconoscimento e nell'indennizzo dei casi?**

I dati INAIL permettono di affermare che siamo in presenza di grandi differenze a livello regionale e tale differenza appare ancora più significativa di quella intersedi.

Ad esempio la percentuale di riconoscimenti delle neoplasie è di circa il 39% (dato medio che si ottiene a fronte di un valore superiore al 40% degli ultimi anni) con grandi disparità regionali si va infatti dal 66% del Friuli e dal 58% della Liguria al 6-8% di alcune regioni del Sud.

Naturalmente per poter attribuire pieno valore a questo dato statistico ed evitare "banali" conclusioni è necessario che l'analisi dei dati venga approfondita in funzione della patologia ma anche della provenienza della denuncia.

L'impressione complessiva che si trae dall'esame dei dati è che la frequenza con cui l'INAIL rifiuta un indennizzo sia piuttosto alta per le malattie tabellate ed altissima per quelle non tabellate (il 90%! ). Per spiegare questo stato di cose si possono fare varie ipotesi:

- è possibile che vi siano delle denunce insufficientemente fondate o mal documentate e su questo punto sarebbe utile avere informazioni anche sulla presenza delle strutture sindacali;
- i criteri di valutazione dell'INAIL sono certamente troppo severi, soprattutto per quanto riguarda le malattie non tabellate;
- per queste ultime è quasi sempre arduo per il lavoratore, e non di rado impossibile, provare il nesso di causalità attraverso la presentazione di dati relativi alle sue esposizioni professionali se queste risalgono, come nel caso dei cancerogeni, a diversi decenni fa, quando la pratica dell'igiene industriale era decisamente poco diffusa.

Una immagine precisa della situazione territoriale la possiamo trarre dai dati inerenti le definizioni dei casi di malattia professionale denunciati differenziando fra chiusure positive e negative.

Si tratta di un sistema di rilevazione che richiede ancora delle messe a punto ed anche sicuramente una maggiore partecipazione delle strutture periferiche INAIL nella raccolta e sistematizzazione dei dati in quanto come ben evidenziato nelle tabelle allegate ancora troppo elevato è il numero di casi indeterminati ma anche di una migliore definizione delle motivazioni utilizzate in sede di respinta.

Dai dati resi noti emerge che il 65% delle malattie professionali denunciate sono respinte ed a questa percentuale così elevata fa seguito una altrettanto elevata percentuale, pari al 45% nel 2005, di rendite costituite a seguito di giudizio, come elevati sono sia l'indice di litigiosità giudiziaria (16,2%) che quello di soccombenza in giudizio (42%). Tutti questi indici presentano marcate disomogeneità regionali per cui ad esempio l'indice di litigiosità va dal 49,1% della Puglia al 3,8% dell'Emilia Romagna al 1,5% del Friuli.

Secondo i dati INAIL delle 2706 rendite costituite nel 2005 1220 sono conseguenti ad una sentenza positiva per il tecnopatici e 281 sono state definite in collegiale.

Nel corso dell'anno 2005 sono giunte a definizione 26.204 malattie professionali di cui 4.699 tabellate e 20.920 non tabellate.

Di queste oltre 26.000 domande 7.232 sono state definite positivamente (2.314 tabellate e 4.851 non tabellate) e

I dati indicano una marcata disomogeneità sul territorio nella trattazione delle malattie professionali, se consideriamo le malattie professionali definite nell'anno 2005 vediamo che la percentuale di positività va dal 61,2% del Friuli V.G. al 35,1% del Veneto, al 28,2% della Lombardia fino al 14,9% della Liguria.

Per quanto concerne i numeri assoluti di m.p. denunciate rileviamo che al primo posto si colloca l'Emilia Romagna con 3800 casi, seguita dalla Lombardia con 2532 casi, dal Piemonte con 2458, dalla Toscana con 2390 e dal Veneto con 2006 denunce a queste regioni note per l'insediamento produttivo ed anche per la densità di popolazione fanno seguito l'Abruzzo con ben 1841 casi e le Marche con 1539 denunce. Nel Lazio registriamo 1137 denunce ad indicare che nel settore pubblico non si è ancora diffusa la conoscenza della estensione della tutela assicurativa mentre, infine, registriamo numeri molto bassi in tutto il Sud con la sola eccezione della Puglia (1734 casi) ad indicare che occorre lavorare per garantire il diritto alla tutela in particolare nel settore della agricoltura e di tutta la filiera alimentare.

Anche la tipologia di patologia determina valori molto disomogenei per cui il 51,7% delle malattie cutanee viene definita positivamente contro il 35,9% delle ipoacusie o il 22,5% delle malattie del sistema osteo-articolare, dei muscoli e del tessuto connettivo; ma indubbiamente questo dato deve essere intrecciato, io credo, con quello delle percentuali di danno riconosciuto.

Le definizioni positive hanno, infatti, determinato nel 60,7% dei casi un riconoscimento del danno compreso nella fascia 0-5% (47,4% nelle tabellate e ben il 66,9% delle non tabellate), solo il 12% è andato a rendita (25,5% delle tabellate e solo il 5,6% delle non tabellate).

L'analisi dei postumi riconosciuti suddivisi per patologia rileva che:

- 1) nel caso delle ipoacusie il 73,1% dei casi pervenuto a definizione positiva si è visto riconoscere postumi inferiori al 6% e solo il 5% è andato a rendita;
- 2) nel caso delle malattie osteo-articolari il 55,4% dei riconoscimenti è sotto il 6% e solo il 5,5% è andato a rendita;
- 3) nel caso poi delle malattie della cute ben il 77,7% dei casi sono stati definiti con postumi inferiori al 6% mentre uno scarno 1,8% dei casi è andato a rendita.

I dati, poi, relativi alle motivazioni delle respinte indicano che delle 15301 chiusure negative per motivi sanitari 4893 sono dovute a “inidoneità del rischio in malattia non tabellata”, 3116 (958 tabellate e 2141 non tabellate) a “assenza di malattia professionale”, 2841 (111 tabellate e 2728 non tabellate) a “assenza di nesso eziologico in malattia non-tabellata” ed infine 2396 casi a “assenza di rischio in malattia non tabellata”.

Un dato riteniamo rivesta particolare valore e richieda anche maggiori approfondimenti quale le 1477 denunce di malattia professionale che sono state chiuse negativamente in quanto “*la documentazione non consente il giudizio medico-legale*” a questi 1477 casi vanno aggiunti quelli chiusi dal ramo amministrativo sempre per “carezza di documentazione”.

Tabella 1: malattie professionali definite nel periodo marzo-dicembre 2005

<b>DEFINIZIONI</b>			
	POSITIVE	NEGATIVE	TOTALE
TABELLATE	2314 (49,2%)	2385 (50,8%)	4699
NON TABELLATE	4851 (23,2%)	16069 (76,8%)	20920
INDETERMINATO	67 (11,5%)	518 (88,5%)	585
TOTALE	7232 (27,6%)	18972 (72,4%)	26204

Tabella 2: malattie professionali definite nel periodo marzo-dicembre 2005

malattie	Definizioni positive	Definizioni negative	<b>Totale</b>
Malattie del sistema osteo-articolare, dei muscoli e del tessuto connettivo	1820 (22,5%)	6268(77,5%)	<b>8088</b>
Ipoacusia	2622 (35,9%)	4758 (64,1%)	<b>7420</b>
Malattie apparato respiratorio	1061 (33,4%)	2112 (66,6%)	<b>3173</b>
Tumori	548 (33,8%)	1073 (66,2%)	<b>1621</b>
Malattie della cute e sottocutaneo	609 (51,7%)	569 (48,3%)	<b>1178</b>

Su questo tema segnaliamo che lo stesso VIV ha da tempo richiesto una analisi dei dati approfondita e finalizzata ad evidenziare tali differenze territoriali.

### **8) Il sistema INAIL consente di comprendere i motivi del mancato riconoscimento? E del mancato indennizzo?**

Le comunicazioni avvengono attraverso modulistica predefinita e dunque molto dipende dalla metodologia operativa che viene attuata nelle singole sedi.

In generale è possibile affermare che le motivazioni INAIL nella loro stringatezza (talora estrema) sono quasi sempre ben comprensibili ad una platea di esperti mentre certamente non permettono al lavoratore di avere piena consapevolezza delle ragioni che hanno portato a respingere il caso; e tale incomprendione è più evidente quando alla base delle respinte vi sono deficit procedurali che il lavoratore, reso meglio edotto, potrebbe ragionevolmente colmare.

Il CIV con delibera n° 7 del 20 marzo 2007 ha chiesto all'Istituto di dare conto delle motivazioni che sono alla base dei mancati riconoscimenti. Le declaratorie non sono affatto chiare e trasparenti, tanto meno per il diretto interessato, come già si ricordava.

Ma quello che risulta di più difficile comprensione è certamente a fronte del riconoscimento di una malattia professionale il conseguente mancato indennizzo, cioè di un sistema tabellare che fa riferimento ad un altro sistema di franchigie che non permette di valutare più congruamente alcune patologie importanti per il lavoratore e per la sua possibilità di mantenere quella mansione o quel posto di lavoro.

### **9) L'entrata in vigore del D.Lgs 38/2000 ha modificato le percentuali di indennizzi in rendita rispetto al totale dei casi riconosciuti?**

I dati dell'INAIL come è evidenziabile dai dati citati al quesito precedente confermano che vi è stato un netto calo delle rendite e che detto calo riguarda maggiormente le malattie professionali che non gli infortuni.

Inoltre la fattispecie introdotta dal D.Lgs 38 della possibilità di un solo aggravamento nell'ambito del decennio/quindicennio per i danni compresi nella fascia 6-15 ha fatto sì che vi sia un assai significativo crollo del ricorso alla revisione passiva con una impossibilità di seguire adeguatamente l'evoluzione della tecnopatìa ed un collocare tale revisione in coincidenza del termine prescrizionale.

### **10) Come si spiega la bassissima percentuale di riconoscimento e ancor più di indennizzi delle malattie da lavoro segnalate?**

Pregiudizialmente andrebbe operata una precisazione linguistica: affrontando questa fattispecie è, infatti, più opportuno parlare di malattie denunciate in quanto per segnalate si intendono quelle afferenti al sistema epidemiologico.

Ma la concreta applicazione del D.Lgs e dell'articolo 13 in particolare ha evidenziato alcune difficoltà applicative che meriterebbero una più puntuale definizione:

Il sistema di indennizzo INAIL si basa su una tabella delle menomazioni con caratteristiche di rigidità che privilegia i danni più gravi

Si tratta di una posizione comprensibile, ed anche accettabile qualora non pervenga alle esasperazioni della tabella proposta, ma che è limitativa in quanto frutto di una cultura infortunistica che male si adatta alla nuova tipologia di malattie professionali, i "work related diseases" quando essa si associa alla fissazione di franchigie (anche appare utile ricordare che la tabella è stata

elaborata successivamente alla fissazione delle franchigie) così elevate quali quelle indicate dal D.Lgs 38..

Questa incapacità di tutelare il nuovo rischio da lavoro appare evidente se osserviamo alcune voci tabellari:

- 1) 267: esiti di tenovaginaliti del distretto polso-mano apprezzabili strumentalmente fino a 4
- 2) 163: esiti neurologici di sindromi canalicolari a tipo tunnel carpale con sfumata compromissione funzionale a seconda dell'efficacia del trattamento e della mono o bilateralità fino a 7
- 3) 337: stato di sensibilizzazione ad allergeni con risposta dell'apparato respiratorio, eccezionali episodi anafilattici fino a 5%,
- 4) 41: stato di sensibilizzazione con risposta dermatitica ad allergene a seconda della gravità e della frequenza delle riacutizzazioni fino a 5%

Si è costantemente in una situazione in cui, salvo una eventuale temporanea, non c'è l'interesse ad agire e dunque un non interesse del lavoratore di assumersi gli eventuali "rischi".

Inoltre il sistema INAIL pone al 16% il limite oltre il quale si ha anche un danno alla capacità lavorativa, quando anche la SIMLA pone tale limite al 10% , affermando a proposito delle inabilità micropermanenti <10%: "appare opportuno affermare che i danni minimi all'integrità psico-fisica rappresentano sotto il profilo della risarcibilità, unicamente un danno biologico, a meno che non ci si imbatta in casi del tutto particolari nei quali il pur modesto danno anatomico-funzionale, di scarsa rilevanza nel contesto dell'integrità psico-fisica dell'individuo globalmente considerata e cioè riferita alla totalità degli atti quotidiani dell'esistenza, vada ad incidere su un particolare apparato organo-funzionale preposto allo svolgimento di una specifica attività lavorativa".

Su questo tema dobbiamo rilevare come la introduzione della soccombenza e cioè del pagamento delle spese giudiziarie anche nel processo del lavoro, ha determinato una maggiore difficoltà del lavoratore nell'affrontare l'iter giudiziario per vedersi riconoscere il diritto denegato dall'Istituto (la norma di legge pone tale soccombenza in rapporto con il reddito ma indica un limite reddituale tratto dalle norme sull'assistenza che viene costantemente superato dai titolari di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato).

Se poi questo tema della soccombenza lo decliniamo con quello dell'interesse ad agire (su cui rinviando ad un pregevolissimo articolo dei sanitari dell'INAIL pubblicato sulla rivista del nostro Patronato) e cioè che il lavoratore non può richiedere il mero accertamento del diritto ma deve superare la franchigia imposta dal D.Lgs 38 si vede come interi gruppi di patologie non possono accedere a tale percorso e dunque vi è una maggiore facilità dell'Istituto nel denegare un diritto.

### **11) Quale è la presenza e il ruolo delle OO.SS: negli organismi amministrativi dell'INAIL?**

Le OO.SS. sono presenti nel Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL e lo presiedono. Tuttavia si è evidenziato che i poteri di indirizzo strategico e quelli di controllo sono più teorici che effettivi in quanto gli Organi di Gestione (ben tre ed in conflitto perenne tra loro) molto spesso non attuano gli indirizzi del CIV ovvero non forniscono i dati necessari all'esercizio delle funzioni di vigilanza. E ciò senza lacuna conseguenza.

Anche per questo urge l'apertura di un serio confronto con le parti sociali sulla riforma e perfezionamento dell'ordinamento duale degli enti previdenziali.

## **12) Quali interventi le OO.SS. suggeriscono per migliorare il sistema informativo sulle malattie da lavoro?**

L'INAIL, dopo sette anni, deve dare attuazione all'articolo 10 del D.Lgs 38/2000 che istituisce il Registro nazionale delle malattie professionali e prevede l'aggiornamento periodico degli elenchi e delle tabelle delle malattie professionali.

Per fare questo occorre però fare venire alla luce e superare rapidamente le reticenze ed i conflitti che ne hanno intralciato l'attuazione (alcuni suggerimenti sono stati forniti, in questa direzione, anche dal CIV). Il Governo anche in vista dell'emanazione dei decreti di cui alla legge 123/2007, previo confronto con le Regioni e con le parti sociali, ha l'opportunità di avviare a soluzione il problema.

## **13) Quali interventi per far emergere le “malattie professionali perdute”?**

Su questo punto occorre differenziare fra misure atte a far emergere le malattie professionali in sede di segnalazione e in sede di riconoscimento assicurativo.

Per quanto concerne la prima fattispecie; il punto centrale del dibattito deve incentrarsi sul ruolo del medico competente e di come sia possibile garantire la sua indipendenza e dunque il suo “diritto” a segnalare le patologie che riscontra in sede di sorveglianza sanitaria.

Occorre del pari sviluppare una attività di formazione e di sensibilizzazione delle strutture sanitarie con particolare riguardo alle strutture di cura di specifiche patologie multifattoriali, si pensi ad esempio alle chirurgie della mano che non partecipano in alcun modo al flusso informativo, mentre risultati assai importanti sono derivati dall'incrocio delle SDO di questi reparti con i dati occupazionali dei pazienti. Tale coinvolgimento/sensibilizzazione è importante non solo per disporre di dati epidemiologici ma soprattutto perché il porre l'attenzione sul fattore occupazionale da parte di queste figure non può che avere ripercussioni positive sulla tutela della salute dei tecnopatici, non è certo possibile che quanti si impegnano a risolvere chirurgicamente una patologia poi non si interrogano sui fattori di rischio che hanno determinato detta patologia e non pervengano a dare indicazioni sulle attività da precludere a detto lavoratore affinché non ritorni alla loro attenzione dopo pochi mesi.

Mentre, per quanto concerne la denuncia di malattia professionale ai fini indennitari, sarebbe utile attivare una procedura che preveda che a seguito della denuncia/segnalazione ex art. 139 l'Istituto Assicuratore si faccia parte attiva chiamando il lavoratore per comunicargli tale evento, rendendolo edotto che egli può attivare, adempiendo alle procedure di legge, la richiesta di indennizzo.

Naturalmente una emersione delle malattie professionali non può prescindere da un aggiornamento delle tabelle di legge delle malattie professionali, cioè di quelle tecnopatie per cui vige la presunzione legale di origine.

Un aggiornamento che, a che per quanto si diceva in altra parte, non può non vedere l'apertura tabellare (in accordo con anche gli elenchi del 2004) alle patologie da sovraccarico meccanico del rachide e da movimenti ripetuti del sistema mano-braccio, cioè alle patologie che i dati europei ci confermano come le vere patologie da lavoro del XXI secolo e la cui carenza ha reso obsolete le tabelle in vigore già all'atto della loro emanazione.

#### **14) Quali interventi per eventualmente migliorare la percentuali di riconoscimenti e indennizzi?**

Il tema è stato diffusamente affrontato nelle risposte precedenti per questo ci limiteremo a riassumere per punti le misure che riteniamo necessarie nel breve periodo:

- 1) modifica delle franchigie previste dal D.Lgs 38, modifica la cui compatibilità è stata più volte dimostrata negli studi ad hoc fatti effettuare alla tecnostuttura dell'INAIL dal CIV dello stesso Istituto, modifica che già nel 2001 era stata ipotizzata da parte dell'Istituto Assicuratore nel corso di un convegno organizzato dal nostro Patronato (Cervignano del Friuli);
- 2) revisione delle tabelle annesse allo stesso decreto legislativo;
- 3) aggiornamento del valore punto che fissato nel 2000 non ha visto adeguamenti ISTAT per cui oggi il suo valore si è ridotto di circa il 40%;
- 4) maggiore attenzione da parte della struttura sanitaria dell'Istituto Assicurativo alle tematiche delle patologie correlate al lavoro con un aggiornamento del bagaglio culturale fermo al concetto di causalità degli anni '60;
- 5) istituzione di percorsi, che vedano il protagonismo dell'INAIL, per la tutela del tecnopatico con ridotte capacità (il che vale anche per l'infortunato) ma anche norme di legge che tutelino maggiormente dal punto di vista occupazionale il lavoratore infortunato e tecnopatico.

**15) Gli interventi attualmente in atto da parte dei Servizi di Prevenzione delle ASL per migliorare il benessere di chi lavora e ridurre il numero delle malattie da lavoro sono noti? Sono giudicati quantitativamente e qualitativamente adeguati? Tale impegno è omogeneo su tutto il territorio nazionale e proporzionale alle dimensioni territoriali?**

No. Quasi nulla di ciò che fanno i Servizi delle ASL è reso noto, anche perché -manca una struttura di coordinamento formalmente adibita a raccogliere e rilasciare dati. Come già ricordato li interventi di prevenzione sulle malattie professionali sono particolarmente complessi ed onerosi e quindi, prevedibilmente, poco frequenti, specie nel centro-sud. Auspichiamo che a seguito dell'approvazione dei LEA in materia di SSL e a seguito della costituzione del SINP (Sistema informativo nazionale per la prevenzione) previsto dalla legge 123/2007 venga adottata una procedura informatizzata obbligatoria di monitoraggio dell'attività svolta dai Servizi sulla prevenzione delle malattie professionali cui faccia seguito la presentazione pubblica di Report annuali regionali e nazionali, meglio se in combinato disposto con la presentazione dei Report annuali dell'INAIL. In particolare chiediamo che le ASL (che attualmente ricevono le segnalazioni destinate al Registro), di concerto con le sedi INAIL, promuovano e agevolino l'alimentazione del Registro nazionale ex articolo 10 del D.Lgs 38/2000 da parte dei Servizi stessi ma anche da parte dei medici di famiglia e ospedalieri. Infatti fino a che il fenomeno delle malattie professionali non risulterà in tutta la sua estensione e gravità non potrà neanche essere adeguatamente prevenuto e tutelato dal punto di vista assicurativo.

**16) L'attività di indagine sulla malattie da lavoro svolta dai Servizi di Prevenzione delle ASL per la ricerca delle cause e delle responsabilità è nota? Tale impegno è omogeneo su tutto il territorio nazionale e proporzionale alle dimensioni territoriali del fenomeno? E' giudicato quantitativamente e qualitativamente adeguato?**

Sono note le attività che pervengono a presentazione in sede di convegni e congressi specialistici o che sono oggetto di report o pubblicazione in siti o in riviste specialistiche. A macchia di leopardo sul territorio nazionale vi sono rapporti di collaborazione con, in particolare, le strutture di Patronato per gli aspetti di tutela assicurativa.

L'attività di indagine che viene svolta nel nostro Paese ha delle punte di eccellenza, si pensi a mò di esempio all'interessante indagine svolta sulla prevalenza della sindrome del tunnel carpale nella regione Piemonte, ma essa è indubbiamente inadeguata dal punto di vista quantitativo in particolare in relazione alle dimensioni di alcune patologie ed alla loro incidenza in specifici settori.

**17) Negli interventi di cui ai 2 punti precedenti quale è il ruolo dei rappresentanti dei lavoratori? E' adeguato? Se no, perché?**

Il ruolo degli RLS e degli stessi lavoratori risulta, allo stato, del tutto marginale. Ciò è dovuto al fatto che né i Servizi delle ASL e ancor meno dell'INAIL si sentono in dovere, come invece dovrebbero, di considerare l'RLS un interlocutore indispensabile nelle indagini sulle malattie professionali o nelle attività di prevenzione delle stesse. Eppure, l'RLS è, o dovrebbe essere, depositario di molte informazioni utili quali, ad esempio, quelle fornite dal medico-competente nella riunione annuale. Poiché tuttavia abbiamo il fondato sospetto che da parte dei medici competenti questo scambio di informazioni avvenga in modo non consono ed incompleto oppure non avvenga affatto (nelle indagini condotte sull'applicazione del D.lgs 626 in circa 1/3 delle aziende veniva svolta la riunione periodica), il sindacato in occasione della emanazione dei decreti di cui alla legge 123/2007, chiederà di menzionare in esplicito sia gli obblighi di consultazione degli Rls da parte dei Servizi delle ASL e dell'INAIL, sia quelli di rendicontazione scritta da parte del medico-competente.

**18) Esiste un problema di resistenza alla denuncia di malattia professionale da parte dei lavoratori? Se sì, quali sono le principali ragioni?**

Il rilievo di una resistenza alla denuncia delle malattie professionali è confermato dall'esperienza delle strutture di Patronato che assistono i lavoratori in tali pratiche ma è del pari confermato dalle strutture di medicina del lavoro che svolgono anche attività di medico-competente o a cui i lavoratori sono inviati per esami specialistici nell'ambito del protocollo sanitario ex art. 16 del D.Lgs 626.

La resistenza alla denuncia insorge nel momento in cui il lavoratore viene edotto che proceduralmente il datore di lavoro verrà informato della sua richiesta di vedersi riconoscere una tecnopatia.

Tale conoscenza da parte del datore di lavoro viene percepita come la possibilità di "ripercussioni" in ambito di idoneità alla mansione e quindi di mantenimento del posto di lavoro.

Questo dato spiega l'età avanzata sia anagrafica che contributiva dei lavoratori che accedono alla fruizione del diritto, cioè si fa valere il diritto nel momento in cui si sta per andare in pensione o vi si è appena andati.

**19) Esiste un problema di ricollocamento al lavoro dei lavoratori che hanno contratto malattie da lavoro? Se sì di quale entità? In quali settori/aree/fasce di età prevalentemente?**

Le tematiche dell'integrazione lavorativa hanno ottenuto cittadinanza nella nostra normativa con la legge 104 ed hanno, poi, trovato la loro concreta realizzazione con la legge 68 del 12 marzo 1999.

Nell'applicazione di questa normativa si è dato maggior rilievo al tema del primo accesso al lavoro anche se l'articolo 1 della legge 68 prevede che rientrano nella norma anche gli infortunati o

tecnopatici che abbiano visto il riconoscimento di una percentuale superiore al 22% (dopo introduzione della tutela del danno biologico).

I dati dimostrano che meno del 20% dei soggetti di età compresa fra i 15 ed i 65 anni che risultano portatori di un handicap sono tali dalla nascita e di questa popolazione in età lavorativa una quota degna di nota presenta un handicap lavorativo in seguito ad infortunio o a malattia professionale.

Fra le misure previste dalla normativa per agevolare la ricollocazione del lavoratore divenuto inabile all'espletamento delle proprie mansioni vi è anche la individuazione di percorsi di riqualificazione professionale, attribuendo alle Regioni il compito di farsi carico delle spese di gestione, anche indiretta, di questi corsi formativi che devono essere individuati tenendo conto delle concrete e realizzabili occasioni di impiego esistenti nel territorio, dopo avere effettuato, in via preventiva, un'indagine sulle opportunità occupazionali offerte dal mercato del lavoro locale.

Ai sensi dell'articolo 24 del D.Lgs 38 viene riconosciuta anche all'INAIL competenza in materia di riqualificazione professionale e ricollocazione lavorativa dei disabili a causa di lavoro, nella ottica della tutela globale dell'infortunato/tecnopatico, tale competenza si concretizza nella realizzazione di iniziative speciali per promuovere l'impiego delle persone disabili, tra cui il finanziamento di progetti per l'abbattimento delle barriere architettoniche e di progetti formativi di riqualificazione.

Per la realizzazione concreta di questa nuova mission, le cui finalità sono indicate nel Regolamento approvato nel novembre 2000 dal Consiglio di amministrazione, è prevista l'istituzione presso tutte le sedi provinciali dell'Istituto di una Equipe multidisciplinare di 1° livello e presso le Direzioni regionali di una Equipe multidisciplinare di 2° livello.

E' ormai l'Equipe multidisciplinare di sede che, come ricordato al recente IV Convegno dei medici INAIL: "prende in carico gli infortunati e i tecnopatici gravi nonché i superstiti degli infortuni mortali e l'approccio multidisciplinare si dimostra vincente nel sostenere il disabile nel suo percorso riabilitativo che ha come obiettivo finale la ricerca di un nuovo equilibrio fisico, psicologico, sociale e lavorativo attraverso un nuovo progetto di vita compatibile con il danno biologico derivante dall'infortunio sul lavoro".

Qui di seguito verrà svolta una breve disamina dei progetti/percorsi di riqualificazione avviati dall'INAIL di cui i più significativi sono, indubbiamente, rappresentati da: Empowerment, Start, Aristotele e @rt\_lab.inail; si tratta di progetti molto importanti anche dal punto di vista del numero dei lavoratori divenuti inabili che sono stati interessati dal progetto. Ma quello che appare importante sottolineare è questi progetti non hanno interessato invalidi in procinto di essere licenziati per sopravvenuta inidoneità allo svolgimento delle proprie mansioni ma bensì lavoratori che avevano perso il lavoro a seguito dell'infortunio.

Nelle conclusioni del progetto @rt\_lab.inail si legge, infatti, che il modello sperimentato può essere sperimentato anche nei confronti di lavoratori che frequentano il corso di riqualificazione per riuscire a mantenere il posto di lavoro, ricollocandoli in altre mansioni all'interno della stessa azienda o di avviarli ad altre aziende.

Per quanto concerne il finanziamento di progetti ad esempio l'INAIL del Friuli prevede misure indirizzate alle piccole e medie imprese che vogliono mantenere in servizio l'invalido sul lavoro, ma per invalido si intende "ogni persona che ha una disabilità conseguente ad un infortunio sul lavoro o a una malattia professionale superiore al 33%".

La sede di Catania ha avviato un progetto di inserimento lavorativo di 55 disabili Inail che a causa dei postumi dell'infortunio hanno perduto il lavoro e sono da alcuni anni disoccupati.

Nel recente VI convegno di medicina legale previdenziale la Direzione regionale del Veneto ha presentato i dati del quinquennio 2001-2005 confrontandoli con quelli della sola ASL di Legnago, cioè dell'unica ASL del Veneto che disponendo di un sistema di archiviazione informatica è stata in grado di quantificare il lavoro svolto. Nel quinquennio la ASL di Legnago ha esaminato 2209 casi contro le 491 valutazioni effettuate dall'INAIL in tutta la regione veneto.

Come si vede si tratta sempre di esperienze che hanno interessato portatori di invalidità gravi ma soprattutto lavoratori che avevano perso il lavoro.

Per poter quantificare il problema la prima esigenza è che nel più breve tempo possibile si avvii un sistema di registrazione che permetta di conoscere il numero dei lavoratori che diventano, ogni anno, inidonei allo svolgimento delle proprie mansioni, il numero di quanti a seguito di interventi mirati riescono a mantenere il posto di lavoro o a trovare una altra occupazione in un lasso di tempo accettabile.

Per una conoscenza piena della problematica occorre, poi, che anche l'Istituto Assicuratore che segue tutti i casi di infortunio e di tecnopatia e non solo quelli che hanno determinato una riduzione della capacità di lavoro superiore al 33-22% , pervenga a quantificare in un rapporto con l'attività del medico competente o delle Commissioni ex articolo 5 legge 300 i lavoratori che sono dichiarati inidonei o idonei con limitazioni alle mansioni con una attenzione particolare alle fattispecie che hanno determinato tale giudizio.

La conoscenza reale del problema dovrebbe, così, permettere di rivedere la normativa in ragione degli invalidi del lavoro inidonei allo svolgimento delle proprie mansioni che presentino una riduzione della capacità lavorativa pari o inferiore al 33-22% sia:

- a. per quanto concerne il diritto alla ricollocazione, anche a mansioni inferiori, con la garanzia della retribuzione corrispondente al livello precedente;

- b. per quanto concerne il diritto a fruire di percorsi di formazione/riqualificazione atti trovare una nuova collocazione lavorativa;
- c. per quanto concerne il diritto ad interventi di tipo ergonomico che permettano loro di ritrovare il lavoro precedente svolto. Tale possibilità assume particolare importanza stante le dimensioni tipiche delle nostre aziende e la loro monotematicità ma anche in ragione del livello di formazione che presentano, in maggioranza, gli inabili.

In accordo con quanto previsto dalle normative di altri Paesi si dovrà pervenire a definire una forma di sostegno del reddito per il lavoratore che perde il lavoro a seguito di infortunio o malattia professionale ad esempio estendendo a tale fattispecie quanto previsto dalla normativa speciale per i lavoratori affetti da silicosi o asbestosi che abbandonano per ragioni di salute la lavorazione nociva.

Ma la disamina dei diritti dei lavoratori divenuti inidonei per causa di lavoro non può prescindere dalle risposte che questi lavoratori possono trovare in sede di applicazione del D.Lgs 38/2000 e di quali siano le modifiche che si rendono necessarie per migliorare la tutela di questi lavoratori.

Negli ultimi anni si è avuta una esasperazione del difficile equilibrio fra temporanea, ricaduta, guarigione clinica e postumi permanenti, equilibrio reso ancor più difficile dall'operato dei medici competenti a cui spetta di riavviare il lavoratore infortunato al lavoro e che spesso a fronte di un giudizio di ripresa del lavoro INAIL si sono visti costretti ad esprimere una non-idoneità temporanea e questo anche in ragione dell'attribuzione al SSN della componente riabilitativa (tema dei LEA ma anche dei tempi di fruizione di dette prestazioni).

Sarebbe utile a questo riguardo attivare studi randomizzati con controllo per valutare l'effetto di percorsi mirati al precoce ritorno al lavoro in alcune fattispecie di lesioni o malattie dell'apparato muscoloscheletrico come le discopatie e le alterazioni del rachide lombare o le patologie del sistema mano-braccia, nelle quali il recupero funzionale ed il ritorno al lavoro sono lenti.

Punto su cui porre l'attenzione è, infine, che stante la struttura del nostro sistema produttivo spesso si è in presenza di patologie che interferiscono in modo drammatico con la possibilità di continuare a svolgere il proprio lavoro ma che non determinano un ristoro economico in alcun regime: si pensi alle patologie del sistema mano-braccio nell'industria alimentare ecc.

Sarebbe utile che la disamina di questa problematica vedesse il coinvolgimento dell'INPS con i suoi dati sulle domande di Assegno ordinario di invalidità: categoria lavorativa, patologie che vengono indicate per richiedere il diritto ecc.

Per intervenire su questa problematica occorre estendere l'attuale tutela INAIL, attraverso modifiche normative al testo Unico 1124/65 e/o al D.Lgs 38/2000, prevedendo ad esempio,

l''estensione ad altre patologie (oltre a silicosi ed asbestosi) della rendita di passaggio prevista per accompagnare il lavoratore verso una nuova collocazione lavorativa consona alle sue ridotte abilità.

## **20) Esiste un problema di mancata refertazione all'Autorità Giudiziaria? Se sì, quale si stima sia l'entità del fenomeno?**

Il problema esiste ed ha una portata assai rilevante.

L'esperienza di tutti i giorni e sull'intero territorio nazionale dimostra che da parte dei medici di base (pressoché nella totalità) e delle aziende ospedaliere (in buona parte) viene omesso l'obbligo di segnalare all'Autorità Giudiziaria le malattie di sospetta o conclamata natura professionale (vedi in via esemplificativa i carcinomi da esposizione ad amianto o da altri agenti cancerogeni).

Su questo tema si è speso più volte nelle Riviste Giuridiche (Igiene e Sicurezza del Lavoro – Ipsos) e in pubblici Convegni il Dott. Guariniello, P.M. a Torino.

Il contributo del Dott. Guariniello su questo tema sarebbe utilissimo.

Si tratta sicuramente del P.M. più esperto nella materia delle malattie professionali.

## **21) Quale è l'esito delle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria?**

A seguito delle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria viene promossa dalla Procura l'azione penale, ma occorre segnalare “una caduta di tensione” sul tema dei danni da lavoro, spesso non percepiti come una tematica di rilevante allarme sociale.

Le indagini implicano poi e spesso, accertamenti assai laboriosi (soprattutto in tema di agenti cancerogeni) e i tempi dei procedimenti si rivelano normalmente lunghissimi, con il rischio di prescrizione del reato e di tardivo riconoscimento dei danni alle parti lese.

## **22) I rappresentanti dei lavoratori sono chiamati a testimoniare nei processi per malattie professionali?**

L'audizione dei rappresentanti dei lavoratori avviene di norma solo se le indagini sono coltivate dagli uffici rispettivi delle Usl (Spisal) o quando sono le parti lese, costituite, ad assumere un ruolo di impulso e di apporto istruttorio nella fase delle indagini.

## **23) I rappresentanti dei lavoratori hanno la possibilità di costituirsi parte civile nei processi per malattie professionali? In quanti e quali casi questo è avvenuto? Quale è l'impegno, attuale e futuro, delle OO.SS. a sostegno di tali iniziative?**

Di norma le OO.SS. (di norma le categorie) sono ammesse dai Tribunali alla costituzione di parte civile quali “enti esponenziali” dei diritti dei lavoratori, ma l'intervento delle OO.SS. è limitato ai casi più rilevanti e destinati ad avere eco presso l'opinione pubblica perché pubblicizzati dai mass

media.

**24) L'attuale normativa è adeguata per reprimere i reati di lesioni colpose derivanti da malattie da lavoro?**

L'aspetto più rilevante riguarda l'introduzione di "buone prassi amministrative".

Occorre rafforzare le strutture ispettive, dotarle di mezzi e risorse, assumere iniziative inequivoche nei confronti del "lavoro sommerso", rendere effettivo l'obbligo di refertazione (all'occorrenza inasprendo le pene).

Sarebbe poi decisamente opportuno che nelle Procure maggiori fossero formate Sezioni "Specializzate" (così come per i "reati finanziari") sul tema degli infortuni e delle malattie professionali, che richiede professionalità ed esperienze peculiari.

Si tratterebbe di un segnale fondamentale circa la recuperata "centralità" della questione della sicurezza degli ambienti di lavoro.

25) Se no, sono ipotizzabili correttivi? Secondo quali orientamenti e principi?

**26) L'attuale organizzazione delle strutture giudiziarie è adeguata per reprimere i reati di lesioni colpose derivanti da malattie da lavoro?**

La carenza di mezzi, di organici, la farraginosità delle procedure sono sotto gli occhi di tutti e rappresentano una autentica emergenza nazionale.

Va poi segnalato l'inarrestabile declino delle Sezioni Lavoro presso i Tribunali Civili (dove si discute del risarcimento del danno da lesioni e malattie, nonché delle prerogative previdenziali per i lavoratori) oramai prossime al collasso per il difetto di ogni iniziativa sui tempi dei processi.

**Tabella 1 - Casi denunciati di malattie professionali tabellate (Industria e servizi, 2001-2005)**

	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>Totale</b>	<b>Tot. %</b>
Malattie da agenti chimici (voci 1-39)	661	509	444	376	285	2275	7
Allergie respiratorie (voci 40-41)	285	207	198	192	130	1012	3
Malattie cutanee (voce 42)	1027	820	660	584	385	3476	11
Malattie polmonari da polveri (voci 43-48)	248	196	161	119	82	806	3
Bronchite cronica (voce 49)	96	86	89	52	51	374	1
Ipoacusia e sordità (voce 50)	4709	3478	2549	2067	1086	13889	44
Malattie da radiazioni ionizzanti (voce 51)	88	60	58	52	58	316	1
Malattie osteoarticolari (voce 52)	367	341	258	204	148	1318	4
Tumori da amianto (voce 56)	638	685	679	657	642	3301	10
Tumori da polveri di legno e cuoio (voci 57-58)	32	49	37	33	29	180	1
Silicosi (voce 90)	563	456	425	364	180	1988	6
Asbestosi (voce 91)	763	664	508	507	420	2862	9
Varie (voci 53-55)	11	19	19	16	4	69	0
<b>Totale</b>	<b>9488</b>	<b>7570</b>	<b>6085</b>	<b>5223</b>	<b>3500</b>	<b>31866</b>	<b>100</b>

**Tabella 2 - Casi denunciati di malattie professionali non tabellate (Industria e servizi, 2001-2005) (\*)**

	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>Totale</b>	<b>Tot. %</b>
Ipoacusia	5795	3790	3888	4368	3984	21825	26
Malattie dell'apparato respiratorio	1236	1512	1456	1261	1274	6739	8
Tumori	483	452	509	623	744	2811	3
Tendiniti	1096	1153	1282	1675	1985	7191	9
Sindrome del tunnel carpale	903	725	809	1126	1190	4753	6
Altre neuropatie periferiche	332	396	435	511	666	2340	3
Affezioni dei dischi	632	734	875	1321	1679	5241	6

intervertebrali							
Artrosi	647	618	671	928	1048	3912	5
Non determinate	916	1748	1403	1464	4623	10154	12
<b>Totale</b>	<b>16730</b>	<b>16136</b>	<b>16339</b>	<b>18310</b>	<b>16615</b>	<b>84130</b>	<b>100</b>
(*) La tabella non riporta tutte le numerose e diverse malattie non tabellate che sono state denunciate, spesso in un piccolo numero di casi, per cui i totali di ciascuna colonna sono superiori alla somma dei numeri riportati							

**Tabella 3 - Casi denunciati, riconosciuti e indennizzati nel quinquennio 2001-2005 di malattie professionali tabellate (Industria e servizi) (\*)**

	Malattie denunciate	Malattie riconosciute		Malattie indennizzate	
	n.	n.	%	n.	%
2001	9488	4448	47	2366	25
2002	7570	3835	51	2107	28
2003	6085	3197	53	1909	31
2004	5223	2680	51	1634	31
2005	3500	1567	45	995	28
2001-2005	31866	15727	49	9011	28
(*) I dati sulle malattie riconosciute e indennizzate sono tratti dalla tavola 56 (Malattie professionali manifestatesi nel periodo 2001-2005, riconosciute e indennizzate a tutto il 30 aprile 2006 per tipo di malattia e anno - Industria e Servizi) reperibile all'indirizzo <a href="http://bancadati.inail.it/prevenzionale/Report/temporanea/tavsintesi2005RA.xls">http://bancadati.inail.it/prevenzionale/Report/temporanea/tavsintesi2005RA.xls</a>					

**Tabella 4 - Casi denunciati, riconosciuti e indennizzati nel quinquennio 2001-2005 di malattie professionali non tabellate (Industria e servizi)**

	Malattie denunciate	Malattie riconosciute		Malattie indennizzate	
	n.	n.	%	n.	%
2001	16730	3760	22	1727	10
2002	16136	4515	28	1842	11
2003	16339	4481	27	1882	12
2004	18310	4312	24	1957	11
2005	16615	3196	19	1392	8
2001-2005	84130	20264	24	8800	10

**Tabella 5 - Casi denunciati nel quinquennio 2001-2005 di malattie professionali tabellate, distinte per tipo di indennizzo e motivo del mancato indennizzo (Industria e servizi) (\*)**

		Malattie denunciate	Malattie definite	Di cui con indennizzo				Di cui senza indennizzo	
				Tot.	Morte	Perm.	Temp.	Tot.	1-10%
Malattie da agenti chimici (voci 1-39)	n.	2275	2180	961	30	597	334	1219	463
	%	100	96	42	1	26	15	54	20
Allergie respiratorie (voci 40- 41)	n.	1012	938	258	1	227	30	680	190
	%	100	93	26	0	23	3	67	19
Malattie cutanee (voce 42)	n.	3476	3377	1344	-	519	825	2033	971
	%	100	97	39	-	15	24	58	28
Mal. polmonari da polveri (voci 43-48)	n.	806	769	182	3	179	-	587	54
	%	100	95	23	0	23	-	72	7
Bronchite cronica (voce 49)	n.	374	341	54	-	54	-	287	19
	%	100	91	14	-	14	-	77	5
Ipoacusia e sordità (voce 50)	n.	13889	13416	1955	-	1952	3	11461	4217
	%	100	97	14	-	14	0	83	30
Mal. da radiazioni ionizzanti (voce 51)	n.	316	270	72	5	66	1	198	27
	%	100	85	23	2	21	0	62	9
Mal. osteoarticolari (voce 52)	n.	1318	1219	396	-	358	38	823	166
	%	100	93	30	-	27	3	63	13
Tumori da amianto (voce 56)	n.	3301	3102	2356	634	1721	1	746	8
	%	100	94	71	19	52	0	23	0
T. da polveri di legno e cuoio (voci 57-58)	n.	180	175	146	9	137	-	29	1
	%	100	97	81	5	76	-	16	1
Silicosi (voce 90)	n.	1988	1862	379	24	355	-	1483	86
	%	100	94	19	1	18	-	75	4
Asbestosi (voce 91)	n.	2862	2622	889	36	851	2	1733	502
	%	100	92	31	1	30	0	61	17,5

(\*) Nella tabella 5 si riportano elaborazioni basate sulle tavole CIMP/1.1.5 (Malattie professionali denunciate dalle aziende e definite a tutto il 30 aprile 2006, per tipo di malattia professionale e tipo di definizione, Industria e servizi, 2001-2005) reperibili all'indirizzo <http://bancadati.inail.it/prevenzionale/indennizzati.htm>. Per l'esiguo numero di casi non si presentano i dati relativi alle voci 53-55. Per "caso definito" si intende un caso per il quale l'INAIL ha concluso l'iter amministrativo ed eventualmente giudiziario. Per i casi definiti con indennizzo, "Perm" indica quelli in cui sono stati riconosciuti postumi permanenti indennizzabili, mentre "Temp" quelli in cui vi è stata solo assenza temporanea dal lavoro senza postumi permanenti. Per i casi definiti senza indennizzo la colonna "1-10%" contiene i casi in cui il mancato indennizzo è legato non all'assenza di malattia, ma all'insufficiente gravità dei postumi permanenti.

Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	284 (29,8%)	669 (70,2%)	<b>953</b>
Disturbi psichici	37 (6,9%)	499 (93,1%)	<b>536</b>
Malattie del sistema circolatorio	65 (14,8%)	375 (85,2%)	<b>440</b>
Altre malattie	69 (17,8%)	318 (85,2%)	<b>387</b>
Indeterminate	77 (3,2%)	2331 (96,8%)	<b>2408</b>
<b>Totale</b>	<b>7232 (27,6%)</b>	<b>18972 (72,4%)</b>	<b>26204</b>