



otiziario

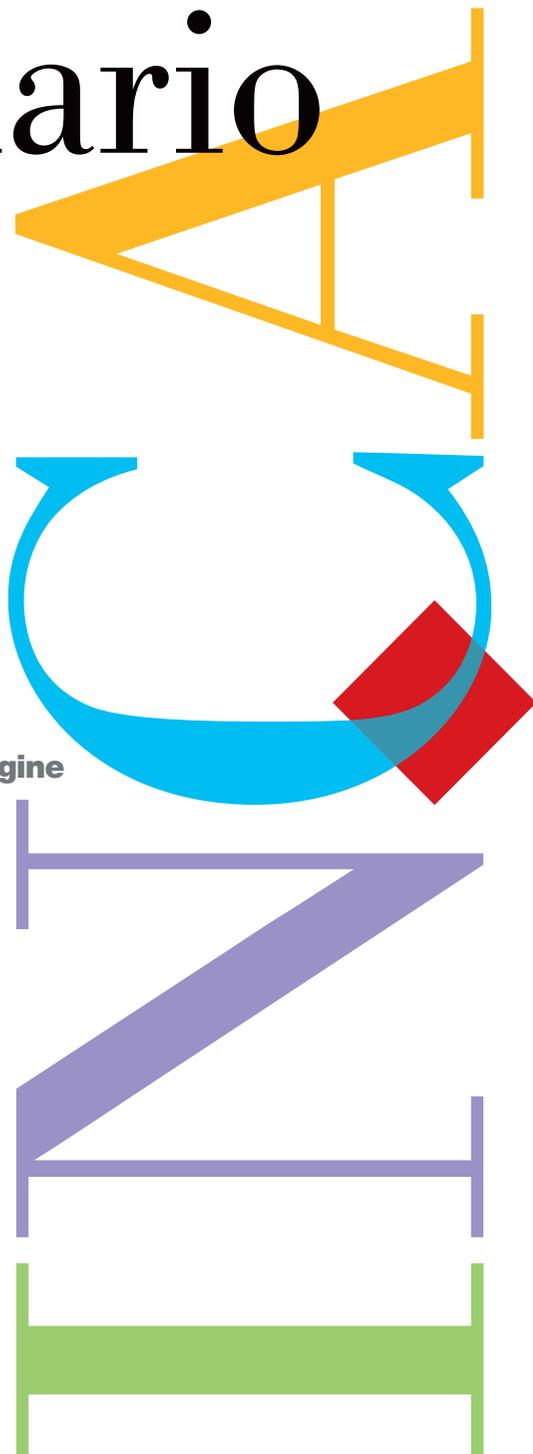
NotiziarioINCAonline
N.3 / 2013

- **Disabilità**
- **Malattie professionali**
- **Atti del seminario**

La presunzione legale di origine lavorativa nelle malattie professionali tabellate e il nesso di causalità



il Patronato della CGIL





Notiziario INCA online

Rivista Mensile | Inca Cgil

LA RIVISTA TELEMATICA È REGISTRATA PRESSO
IL TRIBUNALE CIVILE DI ROMA - SEZIONE PER LA STAMPA
E L'INFORMAZIONE - AL N. 176/2012 IN DATA 11/6/2012

DIRETTORE RESPONSABILE

Lisa Bartoli

REDAZIONE

Sonia Cappelli

EDITORE E PROPRIETARIO

Ediesse srl

Viale di Porta Tiburtina 36

00185 Roma

Tel. (06) 44870283/260

Fax (06) 44870335

www.ediesseonline.it

AMMINISTRAZIONE

Via Nizza 59 - Roma

Tel./Fax (06) 8552208

Progetto grafico: Antonella Lupi

© EDIESSE SRL

Immagini tratte dal volume

Cgil. Le raccolte d'arte, 2005

CHIUSO IN REDAZIONE

APRILE 2013

Sommario

Disabilità

Il Patronato e la tutela dei diritti dei disabili 7
■ di Morena Piccinini

Disabilità: diritti e non solo 15
Principi di diritto europeo e comunitario
■ di Silvia Assennato

Malattie professionali

La tutela assicurativa dei tumori professionali in Europa 23
■ di Marco Bottazzi

Atti del seminario

**La presunzione legale di origine lavorativa
nelle malattie professionali tabellate e il nesso di causalità** 44
Bologna 27 e 28 febbraio 2013

Relazione introduttiva 45
■ di Angela Goggiamani

Malattie professionali: tra causa e concause 51
■ di Elena Mazzeo

La multifattorialità delle patologie da lavoro 59
■ di Franco Martire

Dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 179/1988 ai giorni nostri ■ di Rosa Maffei	65
La presunzione legale del rischio ■ di Laura D'Amico	77
Le sentenze che segnano la giurisprudenza ■ di Massimiliano Del Vecchio	81
L'esperienza giudiziaria in Liguria ■ di Barbara Storace	87
La tutela dell'Inca dei danni alla persona ■ di Valerio Zanellato	91

Disabilità



Opera di Giò Pomodoro, 1982

Il Patronato e la tutela dei diritti dei disabili *

■ di Morena Piccinini **

A nome anche dei colleghi della Presidenza Inca vorrei in primo luogo ringraziare Silvia Assennato e Marco Quadrelli e tutti coloro che hanno contribuito alla redazione del «Manuale sulla disabilità» perché è per noi un importante strumento di lavoro che unisce analisi e proposte ad una attenta e precisa disamina di tutti gli aspetti normativi e procedurali utili per realizzare la più appropriata tutela delle persone con disabilità.

La multidisciplinarietà dell'approccio, poi, rende questa opera utile non solo per il Patronato ma per l'insieme delle strutture della Cgil che, a vario titolo e con diverse competenze, agiscono sul tema.

Nelle mie brevi considerazioni vorrei fare mio e ripercorrere questo monito che fortemente pervade il manuale: una tematica così vasta non può essere affrontata e gestita in modo esaustivo da un solo centro di responsabilità e di intervento ma la interdisciplinarietà deve diventare un punto di forza anche per una organizzazione sindacale

che voglia unire rappresentanza a tutela, verticalità a contrattazione, contrattazione sociale a contrattazione per il lavoro e sul luogo di lavoro, promozione dei diritti delle persone a lotta contro le discriminazioni.

Sono tutte azioni indispensabili, che vedono il Patronato Inca impegnato all'interno della Cgil, con un ruolo di tutela individuale che diventa sempre più ampio, anche per effetto degli atteggiamenti della pubblica amministrazione e degli enti previdenziali, ma che noi stessi vogliamo espandere per realizzare quella vera tutela integrata che sa farsi carico dei bisogni complessivi della persona e sa intraprendere percorsi di accompagnamento della persona e della famiglia su problematiche sempre più vaste.

Se volessimo fermarci ai soli numeri della attività prodotta dall'Inca, potremmo dire che la tutela ha avuto caratteri positivi portando dal 2009 al 2012 a più che il raddoppio delle pratiche che afferiscono all'ambito della disabilità: infatti passiamo da 67.000 a oltre 117.000 domande di assegno o pensione di

* Relazione tenuta nel corso del seminario su «Disabilità - diritti e non solo» in occasione della pubblicazione del «Manuale sulla disabilità» di S. Assennato e M. Quadrelli, ed. Maggioli - Roma 20 marzo 2013

** Presidente Inca

invalidità civile, da circa 70.000 a 153.000 domande di indennità di accompagnamento, da 44.500 a oltre 88.000 riconoscimenti dello stato di handicap o inidoneità al servizio e per l'applicazione dei benefici della Legge 104. Un aumento notevole che ha coinciso con l'avvio del processo di totale telematizzazione per l'invio delle domande agli Istituti, che indicano una crescita del bisogno delle persone e anche del bisogno di tutela, dati che indicano un positivo rinsaldarsi di un rapporto di fiducia verso l'Inca e il riconoscimento di una grande professionalità dei nostri operatori e dei professionisti che con noi collaborano.

Ma i numeri non bastano, anzi rischiano di dare un'immagine opposta a quella che è la realtà, fatta di una difficoltà crescente nel vedere riconoscere i diritti delle persone con disabilità e dei loro familiari, di un processo legislativo che mette a rischio l'effettivo esercizio e rispetto delle conquiste dei decenni precedenti, di prassi amministrative ostative, di tagli di tanti capitoli di risorse pubbliche indispensabili per realizzare quei servizi indispensabili alla inclusione e alle politiche di sostegno alla vita autonoma.

Gli articoli di cronaca giornalistica, gli scoop televisivi, i lanci di agenzia dell'Inps tendono a mettere in prima pagina solo i falsi invalidi, tendenti a rappresentare un paese di persone dedite alla ricerca di una pensione facile e alle truffe ai danni dello Stato, dimenticando troppo spesso come dietro a questi fenomeni, certamente da perseguire e da combattere, ci sia sovente una rete malavitosa e molto ben organizzata che, questa sì,

cresce nell'ombra e si appropria illecitamente di ingenti provvidenze pubbliche.

Ma soprattutto questi messaggi sui falsi invalidi non sono quasi mai accompagnati dalla informazione sulle difficoltà che incontrano i veri invalidi, in ogni ambito della loro vita sociale, formativa, professionale e di percezione di reddito.

La realtà che quotidianamente incontriamo come Inca non è quella di disabili alla ricerca della pensione o del sussidio, bensì quella di disabili che chiedono la piena affermazione della loro dignità come persone, chiedono di poter accedere ai percorsi scolastici e formativi in piena parità con i loro coetanei, chiedono un lavoro adatto alle loro attitudini e potenzialità, chiedono la eliminazione delle tante barriere architettoniche e culturali che ancora persistono, chiedono di poter usufruire, loro e i loro familiari, delle agevolazioni previste dalle leggi e continuamente messe in discussione e, certo, chiedono anche un reddito per poter vivere e pagare tutta quella assistenza che il pubblico non garantisce più.

Queste sono tutte le richieste che vengono poste all'Inca e alle diverse strutture della Cgil, agli uffici vertenze e alle categorie di rappresentanza sindacale.

Il vero problema è che su tutti questi fronti l'affermazione dei diritti previsti dalle leggi è giorno per giorno più difficile, spesso usando la crisi economica come alibi per dare risposte negative; quasi che la prevenzione, la riabilitazione, l'investimento in sicurezza, l'adattamento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro per permettere al disabile un inserimento positivo, siano lussi

che ci possiamo permettere solo in tempi di espansione economica e che possano essere liberamente compressi in momenti di maggiore difficoltà economica, tanto da considerare «naturale» la esclusione del disabile rispetto ai cosiddetti normodotati.

Si appalesa ogni giorno di più un enorme problema culturale, sociale, di civiltà e di rispetto del dettato più profondo della nostra Costituzione che, se non messo a tema con forza, rischia di far retrocedere in modo strutturale il nostro paese.

Mi soffermerò solo su alcuni che appaiono oggi emergenziali.

Nell'approfondimento di Sabrina Vispi sulla legge 328 del 2000 è espressa in modo brillante la portata innovativa che abbiamo tutti attribuito alla legge quadro in materia di integrazione dei servizi socio-sanitari in ambito territoriale, per fare in modo di uscire effettivamente dal solo approccio medico per trattare i problemi legati alla disabilità, per integrare servizi a sostegno economico, per mettere la persona al centro con la presa in carico, per sostenere le famiglie anche nei momenti di difficoltà temporanea ed evitare che diventino cronici.

Oggi possiamo dire che il paese si è fino ad ora condannato a non cogliere una grande opportunità di innovazione e modernizzazione del welfare cogliendo l'esempio dei più avanzati paesi europei.

Come Cgil salutammo quella legge come una grande conquista collettiva ma denunciavamo anche il rischio che rimanesse perfetta sulla carta se non avesse ottenuto in tempi rapidi il necessario sostegno economico; il governo di destra che è subentrato

subito dopo la approvazione della legge l'ha lasciata senza finanziamenti, senza sostegni legislativi, senza la definizione dei livelli essenziali, con un immiserimento del ruolo delle autonomie locali e soprattutto aprendo la fase dello svuotamento del fondo per le politiche sociali e del fondo per la non-autosufficienza. E quella carenza non si è attenuata nel tempo, anzi, le varie manovre che si sono succedute hanno ulteriormente compresso tutti i capitoli destinati agli interventi sociali, oltre che quelli previdenziali. Allo stesso tempo, in molte regioni e comuni si è sviluppata una positiva e importante contrattazione sociale territoriale, in molti casi utilizzando dati e informazioni sulle necessità di intervento e sulle condizioni di emergenza tratti dalla elaborazione dei dati di tutela fornita dal Patronato attraverso funzioni di sostanziale segretariato sociale. Buone esperienze di applicazione dello spirito della Legge 328 quindi ci sono, le abbiamo anche molto analizzate come Cgil anche attraverso l'Osservatorio della contrattazione sociale territoriale, ma non possiamo nasconderci che ovunque è andato avanti il processo di privatizzazione dei servizi, il modello dei voucher tanto affermato in Lombardia e non solo, la selezione delle risposte sempre più ricondotte alle emergenze piuttosto che alla integrazione delle varie aree del sociale e alla progettualità di prospettiva.

Oggi l'applicazione della Legge 328 rimane un faro che sembra allontanarsi sempre più, di fronte alla continua riduzione dei bilanci dei comuni e a un messaggio politico e culturale che sposta sulla persona tutta la re-

sponsabilità della risposta ai problemi che deve affrontare.

Eppure è indispensabile raggiungerlo quel faro se vogliamo avere qualche strumento per poter affrontare con più serenità quella discussione che da tempo viene posta circa la riorganizzazione di tutti gli interventi economici legati alle condizioni di disabilità, in particolare per quanto riguarda gli assegni di accompagnamento.

Anche con quest'ultimo governo si era riproposto il tema e solo per un soffio si è riusciti ad impedire che venissero travolti dai tagli. Nel mix tra servizi e indennità economica si può pensare a riconvertire le indennità solo se i servizi si sviluppano in tutto il paese, con carattere di maggiore omogeneità, di migliore qualità e appropriatezza, realmente accessibili, e garantiti dal pubblico. Senza queste garanzie ogni altra soluzione rischia solo di portare ad ennesimi tagli che si vanno a sommare ai precedenti lasciando le persone senza tutela.

Certamente noi siamo i primi a sentire l'esigenza che si riorganizzi quello che oggi è un insieme frammentato sia dal punto di vista della esigibilità per le persone e delle famiglie coinvolte, che da quello delle responsabilità di messa a disposizione delle risposte e, conseguentemente, delle modalità di fruizione. Tale frammentazione è fonte di inefficienza e di sperequazione, con la conseguenza che la persona non autosufficiente e la famiglia che lo assiste non ha certezza dei diritti di cui è titolare. Per questo diventa sempre più essenziale la nostra azione di informazione e rappresentanza per l'affermazione dei diritti, la capacità di intercettare i bisogni espressi e

anche quelli inespressi delle persone, l'azione di stimolo e anche quella vertenziale verso tutta la pubblica amministrazione.

Ciò che chiediamo al Parlamento appena eletto e al governo, quando sarà costituito, è che realizzi finalmente una politica integrata sulla disabilità e che renda esigibili l'insieme degli interventi che i diversi comparti devono attivare a partire dalla unicità della persona e del suo nucleo familiare, dei diritti fondamentali di cui è portatrice non in quanto disabile ma in quanto cittadino/a. Proprio recentemente, a metà febbraio, tra gli ultimi atti prima delle elezioni, è stato approvato da parte dell'Osservatorio Nazionale il Primo Programma d'azione italiano per la promozione dei diritti e della integrazione delle persone con disabilità, in applicazione della Convenzione delle Nazioni Unite. È un atto importante, per realizzarlo c'è stato un forte impegno della sottosegretaria Maria Cecilia Guerra che ha operato in una proficua relazione con le parti sociali e le associazioni: ora è indispensabile che diventi atto definitivo e ufficiale, che si traduca in un piano concreto di azioni positive e di responsabilità di tutte le istituzioni interessate e, non ultimo, che sia finanziato adeguatamente.

Perché i problemi da affrontare sono enormi. Ad esempio, in ambito scolastico, la drammatica riduzione degli insegnanti di sostegno e l'imposizione di seguire più bambini contemporaneamente con un numero sempre minore di ore di affiancamento danneggia tutti: i bambini disabili e le loro famiglie, gli insegnanti, il resto della classe, fino a portare al riemergere di pulsioni che pensavamo di

avere sconfitto quali quelle di genitori che chiedono classi dedicate ai disabili, non accorgendosi che in tal modo evocano e rileggittimano crudeli immagini di classi differenziali di altri tempi.

Analogia situazione di regresso registriamo per quanto riguarda il diritto al lavoro.

Il combinato disposto della legge 68 del '99 e della legge 104 del '92 costituirebbero un piano normativo molto avanzato per l'inserimento lavorativo confacente alle attitudini e abilità del disabile e per permettere al disabile medesimo e/o ai familiari quella disponibilità di tempo riconosciuta e tutelata economicamente tale da permettere tutte le attività legate alla cura.

Uso il condizionale perché l'affermazione dei principi contenuti in questi due capisaldi è di giorno in giorno più difficile.

Affermare il principio del collocamento mirato impone una politica attiva del lavoro, un ruolo del pubblico che si fa garante della costruzione di percorsi personalizzati, per il lavoratore con disabilità e per la stessa impresa, impone percorsi di accompagnamento e sostegno. Impone che ci siano servizi all'uopo dedicati e volontà politiche che li mantengano come priorità, gli uni e le altre non si sono mai affermate pienamente e la realtà va in tutt'altra direzione.

Nel tempo le eccezioni e le deroghe alla originaria impostazione della legge 68 sono diventate tante e tali da renderne difficile la sua riconoscibilità, il mancato rispetto delle quote di assunzione di disabili è diventato una costante sia nel settore privato che, ancor più, nella pubblica amministrazione. La crisi economica ha talmente aggravato la si-

tuazione per tutto il mondo del lavoro che la rioccupabilità di un disabile interessato dalle procedure di mobilità o di disoccupazione è diventata un miraggio.

Come non bastasse, a tutto ciò si aggiunge l'art. 9 della legge 138/2011 che prevede che ai fini del rispetto degli obblighi numerici, i datori di lavoro privati che occupano personale in diverse unità produttive e quelli che sono parte di un gruppo, possono assumere in una unità produttiva, o in una sola impresa del gruppo, un numero di lavoratori aventi diritto al collocamento mirato superiore a quello previsto, portando le eccedenze a compenso del minor numero di lavoratori assunti nelle altre unità produttive. Regole analoghe sono previste per i datori di lavoro pubblici.

Di fatto la possibilità di concentrazione in un unico reparto o stabilimento dei lavoratori disabili, con concentrazioni geografiche, logistiche e operative assurde, può produrre una inaccettabile ghettizzazione dei lavoratori disabili.

Secondo la Cgil, non solo l'art 8 della legge 138/2011 in materia di licenziamenti illegittimi ma anche l'art. 9 sono aberrazioni prodotte dal governo Monti da rimuovere assolutamente. E se e quando ci sarà il nuovo governo, una delle prime richieste della Cgil è proprio la profonda modifica sia dell'art. 8 che dell'art. 9.

Parliamo della gravità di una situazione che vede in Italia 800.000 persone con disabilità iscritte alle liste speciali di collocamento e registra, di converso, una delle più basse percentuali di lavoratori con disabilità inseriti nel mercato del lavoro, appena il 17% nella

fascia di età tra 45 e 64 anni, secondo il Censis, contro, ad esempio il 36% della Francia e rispetto alla Germania, dove si arriva a un occupato ogni due disabili.

Per non parlare di quanto è reso oggi difficile usufruire dei permessi legati alla legge 104. Un primo fattore discriminante è dato dal fatto che l'esercizio di questo diritto presuppone sostanzialmente, anche se non legalmente o contrattualmente, la relativa sicurezza di un posto di lavoro a tempo indeterminato. Parlo di relativa sicurezza pensando a come oggi è vissuta l'ansia da perdita del lavoro o da mobilità, sia nei settori del privato che in ambiti crescenti del pubblico.

Ma è evidente che l'aumento delle forme di lavoro precarie e con contratti atipici rende sempre meno praticabile questo diritto. Tutto ciò produce l'effetto della privatizzazione del rischio e del bisogno, e riconduce al solo ambito familiare la responsabilità della cura e della assistenza, con un crescente disimpegno di ogni forma di sostegno collettivo, pubblico o privato, fino a impedire anche quello contrattuale.

Storie di quotidiana difficoltà che incontriamo quotidianamente e che non accennano a diminuire, anzi.

E vi lascio immaginare la indignazione che prende quando ci si accorge che anche i tempi del riconoscimento della disabilità, per dare sostegno ai familiari attraverso i congedi parentali, appaiono arbitrariamente dilatati, impedendo in tal modo ai familiari di poterne usufruire, magari esattamente nella fase più acuta del bisogno di assistenza. *E qui veniamo* ad un aspetto ulteriore di

battaglia quotidiana degli uffici Inca, dei consulenti medici e dei legali.

Parlo del percorso ad ostacoli per ottenere il riconoscimento dello stato di invalidità, o di non autosufficienza.

Silvia Assennato nel manuale mette bene in evidenza l'accanimento di questi ultimi anni: dall'avvio della telematizzazione, alla battaglia dell'Inps per essere l'unico ed esclusivo decisore dello stato di invalidità; dalla tempistica anomala imposta a tutto il processo amministrativo e giudiziario, ai costi delle procedure che ricadono sugli assistiti, per soccombenza ma non solo.

Non ricordo un *altro ambito* del sociale né del previdenziale nel quale in così poco tempo si sono abbattute tante norme restrittive che dai vari fronti portano tutte a rendere estremamente difficile ottenere il riconoscimento di invalidità e, ancor più, opporsi ad un mancato riconoscimento da parte dell'Inps.

La gerarchia dei principi non è più data da un principio di giustizia dal quale far derivare le risorse necessarie per corrispondervi, bensì da un esasperato obiettivo di risparmio economico che comprime l'esercizio di tutti i diritti.

Dal bilancio dell'Inps emerge con chiarezza la forte compressione delle spese assistenziali, con una riduzione del 3,2% nel 2011 rispetto all'anno precedente, e all'interno di quel capitolo, la spesa per pensioni di invalidità civile ha un calo del 10,3% mentre è pressoché stabile quella per le indennità di accompagnamento.

Questi numeri solo la rappresentazione plastica di una politica scientificamente prati-

cata. La spesa per la non autosufficienza, ossia quella per assegni di accompagnamento, non è comprimibile oltre una certa soglia, perché le dinamiche legate all'invecchiamento della popolazione sono tali che anche il mantenere invariato il livello della spesa significa già compressione relativa della spesa, a meno di non cambiare strutturalmente l'istituto e le condizioni amministrative e/o reddituali per accedervi.

Invece in tutto l'ambito della disabilità o invalidità la scure è pesantissima e si esprime in tutti i modi possibili, con restrizioni medico-legali, legali, dei requisiti.

Emblematico è il clima da caccia alle streghe alimentato dalle campagne di revisione straordinaria, con leggi e comportamenti che finiscono per scambiare il rigore con la repressione. Anche l'ultima legge di stabilità impone all'Inps altre 150.000 verifiche straordinarie nel triennio 2013-2015, indicando l'obiettivo di risparmio come esclusivo e sovraordinato alle reali necessità dei cittadini. Ancora più emblematico è l'intreccio che si è sviluppato negli ultimi mesi tra Inps, Ministero del Lavoro, Corte di Cassazione, a proposito del reddito da considerare, individuale o di coppia, per gli invalidi totali. È una vicenda che ha tratti paradossali: con l'Inps che per lungo tempo considerava il reddito individuale in sede amministrativa ma eccitava il requisito del reddito di coppia in caso di contenzioso anche se instaurato per motivi sanitari, con il Ministero del Lavoro che, investito da tempo del problema, inizialmente avallava una circolare restrittiva e poi, dopo le ripetute proteste delle associazioni degli invalidi e delle organizza-

zioni sindacali, anziché pronunciarsi nel merito, sospende semplicemente la circolare in attesa della decisione della Cassazione.

Attendiamo con apprensione questo pronunciamento della Cassazione ma vogliamo ribadire quanto sia odioso un vincolo di reddito di coppia per la totale invalidità, odioso in sé come principio e ancora di più per il limite di reddito irrisorio previsto, come inevitabilmente questo scardinamento del diritto alla prestazione autonoma nel caso della totale invalidità si trascinerrebbe come conseguenza anche i limiti di reddito per le invalidità parziali.

Per noi è una grande battaglia, condotta con il contributo di tutti i consulenti legali convenzionati con l'Inca e il preziosissimo apporto di elaborazione e di sostegno dei legali che affiancano l'Inca nazionale.

Pensiamo davvero che tutta la questione del riconoscimento delle condizioni di invalidità e delle provvidenze collegate necessiti rapidamente di un diverso approccio culturale, sociale ed economico, ancor più urgente alla luce di tutti i cambiamenti intervenuti nel complesso della legislazione sui pensionamenti per età e per anzianità contributiva. L'innalzamento dell'età pensionabile, l'allungamento del periodo contributivo necessario per il conseguimento della pensione anticipata, l'effetto revisione dei coefficienti... sono tutti fattori che allontanano strutturalmente e di parecchi anni, per uomini e per donne, il pensionamento nel sistema contributivo. E se, fino ad ora, molte situazioni di malattie invalidanti non riconosciute portavano le persone a stringere i denti e cercare di arrivare alla pensione di

vecchiaia, per le donne, o di anzianità, soprattutto per gli uomini, sappiamo bene che con i nuovi requisiti saranno sempre di più le persone che non riusciranno a prolungare così a lungo l'attività lavorativa in presenza di difficili condizioni di salute.

Deve essere chiaro che non può esistere un

rigore iper-restrittivo su entrambi i fronti, quello della età pensionabile e anche quello della negazione di un sostegno economico a coloro che, in precarie condizioni di salute, non potranno lavorare così a lungo e rischiano l'espulsione dal luogo di lavoro, magari per inidoneità alla mansione. ■

Disabilità: diritti e non solo Principi di diritto europeo e comunitario*

■ di Silvia Assennato**

Le persone con disabilità che mostrano di avere abilità vengono spesso raffigurate come super uomini. Per raccontare della disabilità e di chi la vive, portiamo spesso esempi che siano fonte di ispirazione o storie che ispirino sentimenti di pietà o di ammirazione incondizionata. La conclusione cui si giunge è che i disabili sembra non possano essere persone comuni, gente normale.

È capitato anche a me, nell'ambito del mio lavoro di avvocato, e anche in reazione a questo, si è cercato di far capire con il libro «Diritti e non solo» è proprio che la condizione di disabilità non deve più essere un'eccezione che spaventa e che non si sa come gestire, ma piuttosto una condizione che deve essere presa in considerazione dalle politiche generali e che non incide salvo casi particolari sulle capacità di autodeterminazione del soggetto, i problemi che si affrontano sono, almeno in parte gli stessi, ciò che è importante è trovare soluzioni adeguate. In questo senso si muove anche la nuova

strategia europea sulla disabilità nello stabilire le priorità da perseguire e il relativo piano di lavoro della Commissione, per il decennio 2010-2020.

Il programma ha come destinatari tutti gli stakeholders che in qualche modo possono favorire la formazione e lo sviluppo tanto di normative che di politiche sociali sempre più adeguate ed appropriate sul territorio dei 27, del gruppo Efta, dei candidati, di ogni livello; quindi un territorio molto più ampio di quello dei soli 27 paesi Ue.

Esiste anche – e con lo stesso scopo – una direttiva ombra sviluppata in 21 articoli dall'European Disability Forum, che non va confusa con l'attuale legislazione in vigore, ma ha un contributo proattivo nell'ottica di una legislazione in materia sempre più uniforme, completa e omnicomprensiva.

L'approccio adottato dall'Unione europea parte dal riconoscere il fatto che gli ostacoli ambientali costituiscono un impedimento alla partecipazione alla vita sociale a volte maggiore dei limiti funzionali.

* Relazione tenuta nel corso del seminario su «Disabilità - diritti e non solo» in occasione della pubblicazione del «Manuale sulla disabilità» di S. Assennato e M. Quadrelli, ed. Maggioli - Roma 20 marzo 2013

** Avvocato e co-autrice del libro «Manuale sulla disabilità», ed. Maggioli

L'eliminazione di questi ostacoli attraverso disposizioni legislative, opportuni adattamenti, regole di progettazione universale e altri strumenti è stata identificata come il fattore chiave dell'uguaglianza delle opportunità dei disabili.

Per questa ragione è fondamentale la formulazione di un livello minimo condiviso di standard sociali ma è anche importante difendere i risultati acquisiti nelle politiche sociali a livello nazionale.

Occorre arrivare a comprendere che il rispetto dei diritti sociali fondamentali deve – nella costruzione della nuova Europa – essere necessariamente e definitivamente anteposto alla libertà economica pura e semplice perché *niemand soll sich ausgeschlossen fühlen*, non solo in Germania ma su tutto il territorio della Ue ed oltre.

In questo senso l'articolo 26 della Carta europea dei diritti fondamentali, infatti, riconosce ai disabili il diritto di «beneficiare di misure intese a garantirne l'autonomia, l'inserimento sociale e professionale e la partecipazione alla vita collettiva». I portatori di handicap rappresentano oggi più del 15% della popolazione dell'Ue.

Basilare per la comprensione del concetto è pensare che la direttiva 78/2000 sulla parità di trattamento prevede uno standard minimo per stabilire l'esistenza e o la necessità di trattamenti differenziati e – quindi – la loro possibile giustificazione.

Una volta che si sia verificata la natura potenzialmente discriminatoria di una previsione apparentemente neutra, intervengono alternativamente la clausola di giustificazione oggettiva, ovvero la clausola in base

agli adattamenti ragionevoli: la prima tende a considerare giustificato un comportamento, una previsione o un criterio che abbia uno scopo legittimo e che sia raggiunto attraverso mezzi appropriati e strettamente necessari.

Dal nostro punto di vista è di fondamentale importanza l'art. 5 della direttiva 78 che riconosce la particolarità delle posizioni dei disabili prevedendo l'obbligo di assumere misure ragionevoli, in presenza di disabili.

Per esse si intende – a mente del medesimo articolo 5 ciò che è necessario – e si direbbe tutto ciò che è sufficiente per assicurare che una persona disabile abbia lo stesso livello di accesso a partecipazione, carriera e formazione; ma l'art. 5 va oltre laddove prevede che esse siano strumenti per garantire la parità di trattamento attraverso misure pratiche ed effettive di adattamento alla disabilità.

Colpisce dover parlare ancora, a distanza di tredici anni dalla sua approvazione, di una direttiva ormai storica e se è vero che si tratta di questioni che rientrano ancora essenzialmente nell'ambito delle competenze degli Stati membri, la portata attuale della competenza comunitaria fornisce tuttavia importanti strumenti e un valore aggiunto che consentono di rafforzare l'uguaglianza delle opportunità per i disabili.

Sarà necessario garantire che le politiche per la disabilità abbiano un ruolo e un peso sempre maggiori nell'accesso ai fondi europei attraverso cui implementare la coscienza e la conoscenza pubbliche sul tema, in ossequio agli impegni assunti dalla stessa Ue in sede di ratifica della Crpd, in vigore dal 22.1.2011 che ha universalizzato i principi

della direttiva 78 svincolandoli dalla sola applicazione al mondo del lavoro e rendendoli un principio guida universale.

L'articolato della convenzione si compone di 50 articoli più dodici della successiva integrazione del 2007. Gli elementi di maggiore interesse – già evidenziati nella elencazione della prof. Maria Rita Saulle, giudice costituzionale, sono gli articoli concernenti: uguaglianza e non discriminazione sui bambini e sulle donne (artt. 5-7); accessibilità (art. 9); diritto alla vita (art. 10); uguaglianza di fronte alla legge (art. 12); accesso alla giustizia (art. 13); integrità della persona (art. 17); vita indipendente e possibilità di inclusione nella comunità (art. 19); istruzione (art. 24); salute (art. 25); riabilitazione (art. 26); lavoro (art. 27); adeguato standard di vita e protezione sociale (art. 28); partecipazione alla vita pubblica e politica (art. 29); vita culturale, tempo libero e sport (art. 30).

La ratifica da parte della Ue della convenzione e del successivo protocollo opzionale, in aggiunta e a prescindere dai suoi Stati membri dimostra che ci troviamo in un momento in cui le politiche comunitarie e internazionali sulla disabilità intersecano i loro piani sinora distinti, con inevitabili ripercussioni a livello nazionale.

Essa implica un obbligo strutturale a carico degli Stati Membri nel dare forma ad una politica sulla disabilità. E quest'obbligo è universale.

Per questo motivo non ha più senso parlare separatamente delle politiche internazionali come se fossero separate e distinte dal quadro politico e di azione della Ue.

L'impatto di tale ratifica sulle politiche co-

munitarie comporterà l'introduzione della disabilità nel mainstreaming delle politiche comunitarie ordinarie, agendo contemporaneamente su più fronti: promuovendo da un lato l'egualizzazione delle opportunità e dall'altro la rimozione degli ostacoli e delle barriere che impediscono l'integrazione.

Secondo le ultime statistiche le persone disabili rappresentano il 15% della popolazione mondiale, di queste almeno 785 milioni sono in età lavorativa. Occorre oltre all'analisi statistica considerare che l'incidenza della disabilità sta aumentando, in considerazione degli andamenti demografici, delle malattie croniche dei conflitti e delle crisi umanitarie in corso. In questo quadro la convenzione è uno strumento di rilevanza fondamentale nella promozione e nella tutela dei diritti umani dei disabili; essa infatti chiarisce e specifica i vincoli esistenti, sintetizzando in un unico testo il quadro legale globalmente accettato.

Attraverso la Convenzione si ribadisce come eguaglianza, dignità, autonomia, indipendenza, accessibilità e inclusione sono i concetti chiave per garantire che i cittadini disabili possano accedere al medesimo livello di diritti umani che dovrebbe essere garantito in tutto il mondo.

Per assicurare il raggiungimento dell'obiettivo, la Crpd introduce alcune modifiche rilevanti nel paradigma dei diritti umani collegati alla disabilità.

In primo luogo emerge come primario il concetto di non discriminazione che impone e si pone quale scopo la necessità di superare definitivamente il modello medico della disabilità che per la sua struttura ha

creato, introdotto e giustificato modelli politici intrinsecamente discriminatori.

Deve risultare chiaro che ogni trattamento differente di situazioni uguali comporta violazione dei diritti umani, in reazione alle quali violazioni sono nate e si sono sviluppate le normative antidiscriminatorie. L'ampliamento del campo di applicazione della non discriminazione alle politiche sulla disabilità fa emergere altri concetti che la Convenzione del 2006 collega direttamente ai diritti umani dei disabili: il maggiore livello di non discriminazione si raggiunge attraverso gli accomodamenti, il mainstreaming e il diritto alla partecipazione.

Possono sembrare concetti estranei o meglio acquisiti alla società evoluta che viviamo, ma occorre pensare che il testo della convenzione è pensato e scritto per essere applicato anche nei paesi in cui la disabilità è causa – diretta o indiretta – di segregazione e di morte.

Emerge ancora una volta il modello sociale della disabilità, vista come elemento evolutivo della costruzione sociale il quale – pur non esente da critiche – ha consentito di assumere un nuovo punto di vista e conseguentemente nuovi strumenti di tutela.

La nuova normativa internazionale sulla disabilità e lo sviluppo progressivo dei sistemi per la autonomia e la vita indipendente, così come i programmi di attenzione alle dipendenze presuppongono nuovi obblighi per le Amministrazioni Pubbliche per la fornitura di servizi che necessitano una pianificazione corretta e precisa, nell'ambito di una coordinazione generale tra i vari livelli della Pa. Presupposto di tutto ciò è anche una ef-

ficiente gestione delle risorse attualmente disponibili e le professionalità disponibili e specializzate in materia.

È evidente come l'elemento base per una tutela adeguata è la conoscenza, anche a livello scolastico e universitario, ed è dei primi giorni della nuova amministrazione statunitense l'approvazione di un piano per l'implementazione delle attività sportive universalmente accessibili nelle scuole, nella consapevolezza che l'educazione muove – anche in questo campo – necessariamente dalle nuove generazioni.

Per quanto riguarda l'Italia il primo problema è e rimane culturale e di sensibilità. A fronte di un quadro normativo – giova ripetersi – tra i più avanzati, tanto da essere preso a modello da altre realtà, si continua a vivere una condizione fortemente discriminatoria.

Posso affermare questo nonostante la ratifica nazionale, avvenuta con legge 3 marzo 2009 n. 18 perché i motivi sono – come detto – essenzialmente culturali, e sono sotto gli occhi di chi voglia guardare. Inoltre, è sintomatico di ciò che la ratifica sia avvenuta ben due anni e mezzo dopo l'approvazione della Convenzione e che il relativo piano di azione sia stato approvato alla vigilia delle recenti elezioni, cioè quasi otto anni dopo la data di licenziamento, da parte delle Nazioni Unite. La realtà ci dice che viviamo una condizione fortemente discriminatoria.

Per questo è ora di porre qualche osservazione concreta: se le politiche non cambieranno rotta escludendo la tassabilità dell'indennità di accompagnamento di cui si era parlato nei mesi scorsi, molti disabili ri-

schierano di essere abbandonati a loro stessi in quanto le famiglie degli strati sociali deboli non saranno in grado di continuare a prendersene cura se venisse meno il contributo – per quanto minimale – finora garantito dall’accompagnamento.

Ci si pone anche la questione se sia possibile – in tempi di crisi – collegare l’erogazione di prestazioni assistenziali ad un corrispettivo da parte del titolare in termini di attivazione sociale dello stesso. È una questione dibattuta che ne pone altre, e diversi dubbi, anche se forse sarebbe la chiave di lettura per risolvere i problemi.

Molti disabili in realtà già danno il loro corrispettivo lavorando spesso in condizioni usuranti e molti altri vorrebbero darlo, ma occorre in primo luogo comprendere che l’attivazione sociale di una persona è possibile solo in condizione di parità sociale almeno sostanziale ed è inoltre necessario chiarire cosa si intenda per «destinatario della prestazione». Sono previsioni astrattamente anche condivisibili, ma fatte in assenza di studi concreti sul costo reale della disabilità. La società italiana non comprende quanto un ambiente accessibile e una realtà effettivamente inclusiva sono alla lunga meno costosi, anche in termini di spesa sociale.

A legislazione italiana vigente è palese che molte delle prestazioni garantite sono volte a tutelare non l’invalido in quanto tale, ma il suo inserimento nel nucleo familiare, sempre con lo scopo ultimo di una migliore allocazione delle scarse risorse pubbliche. Ciò perché non si riesce a vedere e a valorizzare le risorse che una persona possiede, a prescindere dalla propria menomazione, han-

dicap o disabilità. Quindi, il corrispettivo ipotizzato non dovrebbe essere altro che la possibilità di lavorare e di contribuire attraverso le proprie tasse all’assistenza di chi non ha mezzi, da ottenersi anche attraverso una revisione della legge 68 e della sua applicazione reale ed effettiva, senza scappatoie.

È palese però come in Italia non ci si preoccupi affatto delle condizioni di vita reale della popolazione disabile limitando tutto all’erogazione di benefici economici; ottenere i quali peraltro è sempre più difficile, in quanto il titolare è sottoposto a ripetuti controlli e rispetto ai quali – parlo da avvocato – anche la via giudiziaria è sempre più ripida. Ciò accade anche per quanto riguarda le barriere architettoniche, per le quali spesso si punta al risparmio rispettando la norma solo dal punto di vista formale, senza attenzione alla fruibilità reale e in assenza di adeguati controlli.

Così una legge in vigore da quasi venti anni, quella sull’abbattimento delle barriere architettoniche, resta lettera morta. Questo spesso accade perché l’accessibilità è vista solo come un’imposizione e un costo ulteriore che non tutti si sentono di affrontare. Gli ostacoli sono troppi e quando non sono strutturali, sono dovuti all’insensibilità della gente. A prescindere dalla città o dal paese, questa è una realtà italiana.

Da uno studio recente emerge una riduzione delle domande di accesso alle prestazioni assistenziali, mentre a livello di incidenza delle patologie risultano sempre maggiormente rappresentate quelle psichiatriche che rappresentano ancora oggi e anche a livello di tutela una sfida. La prepotenza

dell'emersione di cui sopra dimostra – a mio modo di vedere – l'inadeguatezza del modello medico finora applicato in Italia, che non riesce a garantire adeguata tutela a chi sia affetto da queste patologie, che troverebbero maggiore tutela con il modello sociale che è a base di tutta la politica internazionale e comunitaria.

Si vede il disabile semplicemente come una persona fragile, bisognosa di aiuto ed è una

visione che occorre accantonare perché ciò che è necessario fare è dare la possibilità a tutti di fare la propria vita, da qualsiasi condizione partano e qualsiasi famiglia abbiano. È un risultato che si può raggiungere lavorando giorno per giorno anche su progetti apparentemente piccoli, ma che puntino nella realtà all'accessibilità universale – sia fisica che informatica – l'unica vera fonte di risparmio. ■

MALATTIE PROFESSIONALI



Eduardo Arranz-Bravo, *Buho-Home*, 1970 (particolare)

La tutela assicurativa dei tumori professionali in Europa*

di Marco Bottazzi**

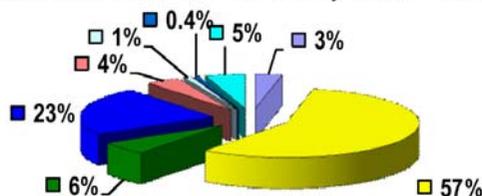
Una approfondita disamina dei dati statistici rileva che i lavoratori che decedono ogni anno per malattia professionale (e i tumori rappresentano una percentuale assai significativa) sia superiore al numero di lavoratori deceduti per infortunio. Ad oggi si è riusciti a porre all'attenzione dei mass-media (con andamento oscillante pur tuttavia) il fenomeno infortuni mentre il tema delle malattie professionali continua ad essere sottostimato e sotto percepito.

I dati disponibili ci dicono che:

- 1) ogni 3,5 minuti qualcuno nella Ue-27 muore per cause lavorative;
- 2) ogni anno 167.000 morti sono provocate da incedenti o malattie da lavoro (fonte Ilo), di cui:
 - 159.500 morti sono causate da malattie da lavoro e di queste 74.000 sono causate da sostanze nocive;
 - 5.720 morti sono causate da infortuni sul lavoro.

23

Deaths attributed to work, 167 000/year



- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| ■ Communicable diseases | ■ Cancers |
| ■ Respiratory Diseases | ■ Circulatory diseases |
| ■ Mental Disorders | ■ Digestive systems diseases |
| ■ Genitourinary system | ■ Accidents and violence |

* Relazione tenuta al IX Convegno nazionale di Medicina legale previdenziale Inail

** Coordinatore medico legale Inca Cgil nazionale

■ Le dimensioni «reali» del fenomeno

L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) stima che in Francia dal 4,8 all'8,5% dei tumori: cioè fra 11.000 e 23.000 nuovi casi sui 280.000 nuovi casi diagnosticati ogni anno sia di origine professionale¹.

Secondo gli studi realizzati dallo Iarc2 e dall'Oms la quota attribuibile ai fattori occupazionali rappresenta il 4% dei tumori nei maschi e l'0,5% nelle donne.

L'Association pour la Recherche sur le Cancer nel 2006 ha stimato che ogni 10 tumori diagnosticati in Francia circa 1 sia di origine professionale cioè l'8% di tutti i tumori, percentuale che sale al 15% se l'indagine viene limitata alla popolazione di sesso maschile. Se, poi, l'analisi viene circoscritta alle sole categorie operaie il rapporto sale a 1 su 5, questo permette di concludere che gli operai hanno un rischio per tumore del polmone 3 volte superiore rispetto ai quadri.

Nel 2007 una raccomandazione dell'Oms segnala che ancora oggi, ogni anno, almeno 200.000 persone muoiono per tumori correlati agli ambienti di lavoro (Raj Pandey K. Occupational cancer kills more than 200000 people a year. Bmj).

Sempre nel 2007 l'Inrs indica che tale percentuale può essere compresa fra il 4 e l'8,5% sulla base dei dati ottenuti da una revisione critica della letteratura scientifica.

L'inchiesta Sumer 2003 (aggiornata al 2012 con dati che devono ancora essere oggetto di pubblicazione) valuta a 13,5% i salariati esposti ad uno o più cancerogeni durante l'attività lavorativa, a conferma che il tema dei tumori professionali non è archeologia industriale. La metà dei lavoratori esposti si concentra in quattro settori produttivi: edilizia (18%), commercio e riparazioni automobilistiche (10%), metallurgia (7%), sanità (7%).

Secondo tale indagine nel 2010 un terzo dei salariati del settore privato è stato esposto ad almeno un prodotto chimico nell'ultima settimana di lavoro e ben il 14% è stato esposto ad almeno 3 prodotti chimici³.

Per l'Italia lo studio Carex ha valutato sui 22,8 milioni complessivi di occupati in Italia 4,2 milioni di esposizioni a cancerogeni. I nuovi casi diagnosticati in un anno variano da 240.000 a 270.000 con 160.000 decessi, pure assumendo la stima più prudente i decessi per neoplasie professionali ri-

¹ Il rapporto InVS evidenzia la sottodichiarazione dei tumori professionali e che tale sottodichiarazione è assai variabile in funzione della tipologia dell'esposizione. Il mesotelioma della pleura ed i tumori dei seni paranasali sono oggi i tumori di cui viene meglio evidenziata l'origine professionale. I tassi di riconoscimento di queste forme si situano attorno al 50% delle stime dei tumori attribuibili a fattori professionali. Per quanto concerne il tumore del polmone il tasso di riconoscimento si colloca attorno al 20% della frazione attribuibile con un ruolo fondamentale dell'amianto. Per le leucemie la percentuale di riconoscimento si aggira attorno al 10% e per i tumori della vescica la percentuale si attesterebbe attorno all'1%.

² Annals of Oncology 7 febbraio 2007 (www.esmo.org).

³ Un recente studio dell'Irssi (pubblicato nel giugno 2012) ha individuato i 15 cancerogeni a cui sono maggiormente esposti i lavoratori canadesi che sono nell'ordine: radiazioni ionizzanti, lavoro notturno, fumi diesel, polveri di legno, Ipa, benzene, silice, piombo, radiazioni ultraviolette artificiali, olii minerali, radiazioni ionizzanti, cromo VI, amianto, formaldeide, nichel e suoi composti.

sulterebbero mediamente pari a 6.400 casi all'anno.

L'Hse britannico stima, sui dati 2004, che il numero di tumori professionali ammonterebbe nel Regno Unito a 13.679 casi su 348.583 tumori diagnosticati, con frazioni attribuibili variabili dal 94,9 del mesotelioma, al 34,4 dei tumori dei seni paranasali, al 14,5 del tumore del polmone fino allo 0,05 della tiroide allo 0,001 del pancreas, per una media del 4,0% di tutti i tumori.

La prima stima, da ritenersi conservativa, formulata da Doll e Peto negli anni '80 per i Paesi industrializzati, indicava una quota del 4% di tutti i tumori come attribuibile ad esposizione professionale; tale quota, successivamente discussa ed aggiornata, è estremamente variabile per settore economico e sede anatomica della neoplasia e recentemente è stato valutato che possa variare tra il 13-18% per il tumore del polmone, il 2-10% per la vescica e il 2-8% per la laringe negli uomini.

Una più recente revisione⁴ presentata, nel corso di un convegno organizzato dall'Inca, evidenzia come le frazioni attribuibili al lavoro siano molto differenti in ragione della tipologia di neoplasia (S. Porru: *La sottotifica e la pretesa di diagnosi perfetta di una malattia professionale e lavoro correlata*, in «Quaderni di Medicina Legale del Lavoro» Inca n. 3/2007):

- Mesoteliomi fino a 80%
- Tumori polmonari fino a 40%

- Tumori naso-sinusal fino a 33%
- Tumori vescicali fino a 24%.

Ultimo dato anche se complesso: per i quattro tipi di tumore professionale più frequenti, gli agenti causali sono stati individuati in:

- Mesotelioma: amianto 98%, non noto o dubbio 2%;
- Tumore maligno del polmone: amianto 51%, non noto o dubbio 37%, cromo 3%, idrocarburi 2%, vari 7%;
- Tumore maligno della vescica: non noto 54%, ammine aromatiche 23%, i restanti casi sono stati riconosciuti in base al prodotto industriale in quanto tale (vernici, coloranti, materiali plastici etc);
- Tumore maligno delle fosse nasali e dei seni paranasali: polveri di legno 80%, prodotti animali 14%, non noto 7%.

■ I dati europei

Se analizziamo i dati europei rileviamo che:

- i casi riconosciuti si attestano, nei diversi Paesi dell'Unione, fra il 5 ed il 12% dell'effettivo stimato e che pari almeno al 4% del totale dei casi;
- l'amianto rappresenta l'80,7% della totalità dei casi di tumore riconosciuti come di origine professionale (dal 95,2% della Finlandia a circa il 50% di Spagna e Repubblica Ceca).

La Francia, dai dati pubblicati, risulta essere il paese europeo che riconosce il maggior numero di tumori professionali in rapporto alla popolazione assicurata con una ratio di

⁴ S. Porru: *La sottotifica e la pretesa di diagnosi perfetta di una malattia professionale e lavoro correlata*, in «Quaderni di Medicina Legale del Lavoro», Inca, n. 3/2007.

10,44 casi ogni 100.000 assicurati⁵, seguono il Belgio con il 9,86 ogni 100.000 e la Germania 6,576 sempre ogni 100.000 assicurati.

Nelle ultime posizioni come riconoscimenti troviamo la Repubblica Ceca (0,85 casi) e la Spagna (0,03 casi ogni 100.000).

Per quanto concerne la Spagna segnaliamo che i dati, ancora non pubblicati, rilevano un marcato aumento dei casi denunciati e riconosciuti e questo sia in ragione di un maggior impegno all'emersione (nel 2010 l'Istituto Scientifico delle Cc.Oo. ha dedicato il suo VI Foro proprio al tema del rischio cancerogeno) ma anche come conseguenza della crisi economica che ha determinato un interesse al tema anche da parte delle diverse Mutuas.

■ Il quadro normativo in tema di tutela delle malattie professionali

In base alle modalità di trattazione dei casi è possibile dividere i paesi europei in tre grandi gruppi:

- 1) paesi in cui vige il solo sistema tabellare (Spagna ad esempio);
- 2) paesi in cui vige il cosiddetto sistema misto o extratabellare, si tratta della maggioranza dei paesi. Anche se è, poi, possibile ulteriormente suddividere tali paesi in base all'influenza del sistema extratabellare. In Germania ad esempio solo l'1,1% dei casi di tumore viene riconosciuto in base a questo sistema, in Belgio, Lussem-

burgo, Svizzera ed Austria l'influenza del sistema complementare è considerata nulla o quasi marginale. In Germania i principali casi riconosciuti in base al sistema misto sono stati i tumori cutanei da radiazioni ionizzanti, il tumore dell'esofago da nitrosamine ed il tumore del polmone da 1 3 propansultone. In Svizzera fra il 2000 ed il 2007 si è avuto un solo caso di tumore extratabellare, in Belgio e Lussemburgo non si segnalano casi di riconoscimenti in ragione del sistema misto;

- 3) paesi che non hanno un sistema di lista come ad esempio la Svezia⁶.

La richiesta di riconoscimento presentata all'organismo assicurativo contro le malattie professionali, mira a far riconoscere il carattere professionale di una patologia, con la finalità per la vittima (o per gli aventi diritto) di vedersi riconoscere i diritti previsti dalle normative ed in particolare la concessione di prestazioni.

Numerosi fattori intervengono nel determinare il numero delle domande e dei riconoscimenti.

La conoscenza del sistema da parte dei medici e del grande pubblico da un lato e dall'altro la vantaggiosità che la domanda assume per la vittima, sono certamente i fattori principali.

In misura inferiore anche il carattere più o meno aperto della procedura può avere un impatto sul numero delle domande di riconoscimento.

⁵ In Francia l'83% dei casi riconosciuti è da esposizione all'amianto con percentuali analoghe nei diversi paesi. Il Belgio con il 70% dei casi è il paese che registra la percentuale inferiore.

⁶ Il regime assicurativo si basa sull'applicazione del «sistema di prova». Per essere riconosciuta come di origine professionale occorre che il tecnopatico sia stato esposto a condizioni di lavoro ritenute nocive per la salute.

In sei paesi, un solo attore che può essere il datore di lavoro, la vittima, il medico che pone la diagnosi della malattia, la cassa di assicurazione malattia, può avviare la procedura. Mentre in Germania ed in Austria tutte le diverse figure indicate in precedenza possono avviare la procedura.

La maggior parte della patologie riconosciute come di origine professionale lo sono sulla base delle liste nazionali delle malattie professionali.

Una malattia che non figura nella lista può tuttavia essere ammessa al riconoscimento ai sensi del «sistema complementare» (sistema misto).

Spetta in questo caso alla vittima di dimostrare il rapporto fra la patologia e la sua esposizione professionale: ma i casi di malattie professionali riconosciute secondo questa procedura sono rare; il loro numero percentuale varia secondo i paesi dall'1 al 10% di tutti i riconoscimenti.

Il contenuto della lista nazionale ed i criteri legali messi in atto dall'organismo assicurativo sono dunque determinanti nel definire il volume dei casi riconosciuti in ogni singolo paese.

Le liste ed i criteri differiscono sensibilmente nei diversi paesi, in quanto non esiste una regolamentazione comunitaria stringente in questo campo.

La lista europea delle malattie professionali ha, in effetti, solo un carattere indicativo.

Le tabelle sottostanti (tratte dall'Indagine

Eurogip: *Cancers d'origine professionnelle: quelle reconnaissance en Europe?*) elencano i cancerogeni e le tipologie di tumori che sono inseriti nelle tabelle delle malattie professionali di alcuni Paesi europei confrontati con la lista europea.

Un altro importante fattore da tenere in considerazione è quello del carattere più o meno forte della presunzione legale di origine professionale che promana dalla lista. In Francia, per esempio, le «liste delle malattie professionali indicano le malattie, ma anche il periodo massimo di indennizzabilità ma esse prevedono anche, in maniera indicativa, la declinazione delle principali lavorazioni che possono provocare queste malattie. Se le condizioni di riconoscimento previste in queste liste sono ottemperate, il riconoscimento del carattere professionale della patologia è automatico.

In altri paesi, le liste delle malattie professionali sono spesso meno precise e l'organismo assicurativo esamina caso per caso per definire la possibile origine professionale della patologia, infine, occorre segnalare una caratteristica particolare dei sistemi vigenti in Germania e Lussemburgo. Per alcune delle malattie più frequentemente denunciate, la normativa prevede – per il riconoscimento formale della malattia come professionale e per indennizzarla – che la gravità della malattia sia tale che l'assicurato sia costretto ad abbandonare ogni attività professionale pericolosa.

⁷ Il riconoscimento è possibile nel caso in cui vi sia stata una esposizione quotidiana significativa al fumo passivo e per un numero elevato di anni, se il lavoratore non ha mai fumato e che nella sua vita privata sia stato moderatamente esposto al tabacco.

Patologia e/o agente	GERMANIA	AUSTRIA	BELGIO	DANIMARCA	SPAGNA	FINLANDIA	FRANCIA	ITALIA	LUSSEMBURGO	PORTOGALLO	SVIZZERA	LISTA EUROPEA
Tumori cutanei												
Arsenico e composti minerali	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Pece di carbone	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*
Derivati del petrolio	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*
Catrame di carbone	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*
Fuliggine da combustione del carbone	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*
Nero fumo	*	*	*	*	*		*		*			
Paraffina e suoi composti	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*
Antracene	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*
Resine		*			*				*			
Carbazol e suoi composti	*	*	*						*			*
Bitume	*	*	*	*	*			*	*	*	*	*
Radiazioni ionizzanti	*	*	*		*			*	*	*	*	*
Olii Minerali	*	*		*	*		*			*	*	*
Tumore della vescica												
Ammine aromatiche e loro sali	*	*	*	*	*	*	*	*	*		*	*
N-nitroso-dibutilamina e suoi sali					*		*			*		
Catrame, olii e pece di carbone				*	*		*	*		*	*	*
Fuliggini da combustione del carbone					*		*					

Patologia e/o agente	GERMANIA	AUSTRIA	BELGIO	DANIMARCA	SPAGNA	FINLANDIA	FRANCIA	ITALIA	LUSSEMBURGO	PORTOGALLO	SVIZZERA	LISTA EUROPEA
Tumore bronco-polmonare												
<i>Tumore primitivo causato da</i>												
Radiazioni ionizzanti	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Acido cromico, cromati, bicromati alcalini o alchiloterrosi, cromati di zinco	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Catrami, olii, peci di carbone e fuliggini	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Inalazione di polveri o vapori di arsenico e suoi composti	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Inalazione di polveri di berillio	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Inalazione di polveri di amianto	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Inalazione di polveri o fumi di nichel	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Inalazione di polveri o fumi di ossido di ferro							*					
Inalazione di polveri di cadmio		*		*	*	*	*	*		*	*	*
Inalazione di polveri di cobalto associate al carburo di tungsteno				*			*		*	*	*	
Bis-cloro-metil-etere	*	*	*	*	*	*	*	*				
<i>Degenerazione maligna polmonare in relazione a</i>												
Inalazione di polveri di amianto	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Silicosi o silicotubercolosi	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Patologia e/o agente	GERMANIA	AUSTRIA	BELGIO	DANIMARCA	SPAGNA	FINLANDIA	FRANCIA	ITALIA	LUSSEMBURGO	PORTOGALLO	SVIZZERA	LISTA EUROPEA
Tumori ossei												
Sarcoma da radiazioni ionizzanti	*		*				*	*	*	*	*	*
Cancro dell'etmoide e dei seni paranasali da inalazione di polveri di legno	*		*	*	*		*	*	*	*	*	*
Cancro dell'etmoide e dei seni paranasali da nichel	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Cancro delle fosse nasali da cromo	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Cancro delle fosse nasali da polveri di cuoio			*	*	*			*			*	
Leucemie												
Benzene	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Radiazioni ionizzanti	*		*	*	*		*	*	*	*	*	*
Carcinoma epatico												
Arsenico e composti minerali	*		*		*		*	*	*		*	
Cloruro di vinile monomero	*		*	*	*	*	*	*	*		*	*
Virus dell'epatite	*		*	*	*		*	Come infortunio	*			*
Radiazioni ionizzanti	*		B e C	B e C				infornio B	*			*

Patologia e/o agente	GERMANIA	AUSTRIA	BELGIO	DANIMARCA	SPAGNA	FINLANDIA	FRANCIA	ITALIA	LUSSEMBURGO	PORTOGALLO	SVIZZERA	LISTA EUROPEA
Altre forme di tumore												
<i>Tumori da inalazione di polveri di amianto (diversi da tumore del polmone)</i>												
Tumore del laringe	*	*	*	*					*	*		*
Mesotelioma pleurico	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Mesotelioma peritoneale	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Mesotelioma del pericardio	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
<i>Altri tumori</i>												
Cancro della tiroide da radiazioni ionizzanti	*	*	*	*					*	*		*
Cancro del laringe/cavità orale da catrami e peci di carbone		*						*	*	*	*	*
Cancro del pancreas da inalazione di arsenico	*	*							*			
Tumore renale da tricloetilene	*								*			
Tumore laringeo da cromo		*			*				*			*
Tumore del polmone dovuto a fumo passivo				*								

Infine, le malattie causate dall'amianto sono indicate fra le prime cinque patologie più frequenti solo da tre paesi: Germania, Belgio e Francia.

Per una corretta analisi dei dati nazionali occorre ricordare che i sistemi di classificazione sono assai differenti. Nel caso delle malattie da amianto, per esempio, rileviamo che in alcuni paesi della Ue a 15, dette patologie possono essere inserite con un codice statistico più generico quale è quello di «malattie delle vie respiratorie».

■ **Le riforme o i cambiamenti regolamentari intervenuti negli ultimi anni**

Danimarca

In Danimarca, una riforma del sistema di indennizzo delle vittime di malattie professionali è entrata in vigore il 1° gennaio 2005. Questa riforma è stata accompagnata dalla introduzione di una nuova lista delle malattie professionali.

Questa lista stabilisce i criteri meno stringenti per il riconoscimento delle malattie denunciate a partire dal 1° gennaio 2005. Dobbiamo registrare significative differenze con gli altri paesi quali l'inserimento tabellare del tumore del polmone da fumo passivo⁷ e del tumore della mammella in relazione al lavoro notturno. Infatti in seguito agli studi danesi ed internazionali che dimostrano un possibile legame fra il lavoro notturno compiuto per un periodo compreso fra 20 e 30 anni e l'insorgenza di un tumore della mammella l'Agenzia Danese ha deciso nel novembre 2007 di rivedere la sua

politica. L'Agenzia ha dunque sottoposto a nuova valutazione i dossiers presentati negli anni precedenti e nel 2008 ha, quindi, studiato 75 casi concreti (la maggior parte provenienti dal settore della sanità) e di questi 37 casi sono stati giudicati meritevoli di riconoscimento con diritto ad un indennizzo personalizzato in base ai postumi.

In generale i paesi scandinavi prospettano l'inserimento degli effetti del lavoro notturno, a patto che esso sia stato svolto con una frequenza di almeno una volta alla settimana per un periodo di 20-30 anni – nelle tabelle di legge delle malattie professionali. Introdotti inoltre il K della tiroide, della mammella da radiazioni ionizzanti, il tumore del nasofaringe da formaldeide ma anche il radon per il tumore osseo.

Germania

Nell'anno 2009 si è avuto un aumento delle malattie professionali denunciate che sono passate dalle 60.736 del 2008 alle 66.951 del 2009 con un aumento percentuale pari al 10,2%, fino alle 70.277 del 2010. Ancora più significativo è stato l'aumento dei casi riconosciuti, aumento che è stato pari al 23,9% passando da 12.972 a 16.078. In particolare si sono avute 3.909 domande per tumore polmonare e del laringe (pari al 5,84% del totale), di queste 640 sono pervenute al riconoscimento di una rendita a cui vanno sommate le 921 rendite per mesotelioma. Nello stesso anno sono stati riconosciuti 512 decessi per tumore polmonare e del laringe e 747 decessi per mesotelioma. Nel 2010 il numero delle domande è lievemente diminuito attestandosi sulle 3.709

per i tumori del polmone e della laringe (5,28% del totale) con un aumento, invece, delle rendite riconosciute che sono state 676 a cui vanno aggiunte le 876 rendite per mesotelioma.

In calo anche i decessi da tumore professionale con 497 casi riconosciuti per K polmone e 649 per mesotelioma.

Appare utile riportare i dati di alcune malattie professionali denunciate nel 2009 in quanto nell'ambito di queste voci possono ritrovarsi anche patologie tumorali.

1. patologie da ammine aromatiche con 1.292 casi;
 2. patologie da benzene con 311 casi;
 3. patologie da solventi organici con 277 casi;
 4. patologie da radiazioni ionizzanti con 577 casi;
 5. tumore polmonare da quarzo con 176 casi;
 6. tumore polmonare da Ipa con 49 casi (voce aggiunta alle tabelle di legge il 1° luglio 2009);
 7. tumori cutanei con 198 casi;
 8. tumore del polmone e del laringe da amianto con 3.909 (in lieve aumento rispetto ai 3.587 casi del 2008);
 9. mesotelioma da asbesto con 1.474 casi.
- L'esame dei casi riconosciuti dalle Casse⁸ dimostra tassi molto differenziati fra le diverse patologie con percentuali marcatamente superiori al 50% per le malattie professionali più classiche e storiche a tassi

inferiori al 10% per le nuove malattie correlate al lavoro.

Come si vede, in Germania si registra una attenzione particolare al rischio chimico con una possibile attribuzione statistica alla voce concernente la specifica sostanza chimica e non invece alle voci tabellari che fanno riferimento specifico alle forme tumorali. Più precisamente le tabelle tedesche prevedono per i tumori professionali le seguenti 10 voci:

- 1301: tumore urinario da ammine aromatiche;
- 4104: tumore del polmone o del laringe in associazione con asbestosi, in associazione con patologie della pleura da amianto; se vi è evidenza di una esposizione cumulativa all'amianto superiore a 25 fibre/anno;
- 4105: mesotelioma della pleura, del peritoneo e del pericardio da asbesto;
- 4109: neoplasie maligne del polmone e del tratto respiratorio da nichel;
- 4110: neoplasie maligne del polmone e del tratto respiratorio da coke;
- 4112: tumore del polmone da silice quando è associato a silicosi o silicotubercolosi;
- 4113: tumore del polmone da Ipa;
- 4114: tumore polmonare da esposizione combinata ad asbesto e Ipa;
- 4203: adenocarcinoma delle cavità nasali e dei seni da polveri di legno;
- 5102: tumore cutaneo.

⁸ L'assicurazione contro i rischi professionali fa capo alla Dguv (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung), ente costituitosi a partire dal 1° luglio 2007 in seguito alla fusione fra la Federazione centrale delle casse assicurative degli infortuni (Berufsgenossenschaften, Bg) del settore dell'industria, del commercio e dei servizi, – HvbG (Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften) – e la Federazione del settore pubblico – Buk – (Bundesverband der Unfallkassen).

Belgio

Il sistema assicurativo belga è duale in quanto gli infortuni sul lavoro, ivi compresi quelli in itinere, sono gestiti dall'Ente Assicuratore privato mentre le malattie professionali sono gestite dalla Assicurazione Pubblica il Fonds des maladies professionnelles (Fmp).

Il particolare sistema tabellare belga non permette di differenziare dai dati relativi alle singole sostanze quelli riferibili alle sole forme tumorali.

Nell'ambito del Fondo Malattie Professionali (Fmp) è stato istituito un «Fondo Speciale Amianto» che indennizza sia le vittime per esposizioni in ambito professionale che per esposizioni di tipo ambientale o in quanto parente convivente con un esposto professionale sia, infine, per esposizioni di tipo hobbistico.

Il Fondo amianto perviene ad indennizzare esclusivamente: mesotelioma ed asbestosi oltre ad altre malattie determinate «dal Re» e di cui sia dimostrata la derivazione da una esposizione all'amianto.

Ad oggi il Fondo amianto ammette alla tutela le seguenti patologie:

- 1) ispessimenti pleurici diffusi se bilaterali
- 2) mesotelioma
- 3) asbestosi

e per la sola asbestosi deve essere dimostrata una esposizione ad almeno 25 fibre/anno.

Infine nel 2009 il Fondo amianto ha riconosciuto 167 casi in rendita e 131 rendite ai superstiti.

Tipologia espositiva	Rendita diretta	Rendita ai superstiti
Esposizione professionale	128	93
Esposizione non-professionale	39	38
*coabitante	5	3
* abitante nei pressi di una fabbrica che utilizzava amianto	8	1
* hobby	8	6
* altro	12	28
Totale	167	131

Spagna

Il sistema assicurativo spagnolo contro i rischi professionali comprende un regime generale (lavoratori dell'industria e dei servizi) e dei regimi speciali che assicurano gli altri settori produttivi (lavoratori agricoli, autonomi, minatori, marinai e pescatori e lavoratori a domicilio).

La grande maggioranza delle imprese sono assicurate contro gli infortuni sul lavoro e in itinere e contro le malattie professionali presso una delle «Mutuas de accidentes de trabajo», cioè mutualità delle organizzazioni datoriali a cui le imprese sono affiliate.

Queste mutue, autorizzate da parte del Ministero del Lavoro e dell'Immigrazione, costituiscono degli organismi di diritto privato senza fini di lucro che collaborano con il servizio pubblico di sicurezza sociale quale è l'Inss (Instituto nacional de la Seguridad Social).

Le mutue per essere accreditate, devono associare almeno 50 imprenditori e 30.000 dipendenti.

L'Amat (Asociacion de Mutuas de Accidentes de Trabajo), organismo anch'esso non a

fini di lucro, è incaricato del coordinamento, della rappresentanza e della gestione delle Mutuas, oggi essa raggruppa 20 mutualità ed è sottoposta alla tutela del ministero.

Per quanto concerne le malattie professionali, nel 2006 sono state approvate le nuove tabelle delle malattie professionali, tabelle che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2007. Le tabelle prevedono una lista complementare di Mp la cui origine professionale potrebbe essere ammessa.

La normativa spagnola prevede che possano accedere al riconoscimento solo le patologie professionali inserite nelle tabelle di legge, non è previsto un sistema misto di riconoscimento.

Nella tabella sottostante i tumori professionali riconosciuti nel 2009 sono suddivisi in base alle previsioni tabellari.

Malattie professionali causate da agenti cancerogeni	60
Amianto	16
Arsenico e suoi composti	6
Cadmio	2
Cromo VI e composti del cromo VI	1
Idrocarburi policiclici aromatici (Ipa), prodotti di distillazione del carbone, fuliggine, catrame, bitume, pece, antracene, olii minerali, paraffina grezza e nei composti, prodotti o residui di queste sostanze e di altri agenti cancerogeni	18
Nichel e composti del nichel	4
Polvere di legni duri	4
Radiazioni ionizzanti	1
Nitrobenzene	4
Acido cianidrico, cianuri, composti del cianogeno e degli acrilonitrili	4

Francia

Per la prima volta nel 2010 si è registrata una riduzione del numero di casi di tumore da amianto (voci tabellari 30: «patologie professionali consecutive all'inalazione di polveri da amianto» e 30bis: «cancro bronco-polmonari provocati dall'inalazione di polveri di amianto»).

A fronte di questa diminuzione abbiamo un aumento delle altre forme di tumore del 15,6% con un aumento, dunque, anche in termini di valori assoluti.

Le voci tabellari maggiormente interessate sono:

- 1) voce 47; polveri di legno;
- 2) voce 4: benzene (2/3 leucemie e 1/3 sindromi mieloproliferative);
- 3) voce 16 bis: catrame (60% dei casi erano di tumore della vescica).

Per quanto concerne i tumori della vescica nel 2010 si è registrato un aumento dei casi di riconoscimento pari al 109% in relazione, anche, alla campagna di emersione dell'origine professionale lanciata nel 2008 in Normandia, Nord Pas de Calais e Piccardia.

I dati che vengono riportati nella tabella seguente includono sia i tumori professionali riconosciuti ai sensi delle tabelle di legge che quelli riconosciuti in base al sistema complementare (extratabellare).

Voce tabellare	patologia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Empatie da benzene e da prodotti che lo contengono	leucemie	16	16	33	21	29	24	25	23	31
Empatie da benzene e da prodotti che lo contengono	Ipercitosi di origine mielodisplasica	0	0	0	0	1	2	3	3	2
Empatie da benzene e da prodotti che lo contengono	Sindrome mieloproliferativa	3	1	7	8	8	10	5	6	7
Patologie provocate dalle radiazioni ionizzanti	Tumore bronco-polmonare primitivo	4	6	8	13	9	5	7	16	7
Patologie provocate dalle radiazioni ionizzanti	Sarcoma osseo	1	1	0	1	1	1	0	0	1
Patologie provocate dalle radiazioni ionizzanti	Leucemie	11	9	11	8	7	7	8	5	11
Manifestazioni cancerose causate dall'acido cromico, cromati e bicromati alcalini o alcalinoterrosi come pure da cromato di zinco	Tumore bronco-polmonare primitivo	3	8	8	6	8	11	6	7	8
Manifestazioni cancerose causate dall'acido cromico, cromati e bicromati alcalini o alcalinoterrosi come pure da cromato di zinco	Tumore delle cavità nasali	0	0	0	0	0	0	1	1	0

Voce tabellare	patologia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Lesioni proliferative delle aromatiche e loro sali e da N-nitrosodibutilamina e suoi sali	Lesioni maligne primitive dell'epitelio vescicale dovuto a sostanze della lista A	2	4	7	8	10	6	9	12	12
Lesioni proliferative della vescica causate dalle ammine aromatiche e loro sali e da N-nitrosodibutilamina e suoi sali	Lesioni maligne primitive dell'epitelio vescicale dovuto a sostanze della lista B	4	1	4	3	10	6	8	7	9
Patologie cancerose causate da catrame di carbone, fuliggini da combustione del carbone, olii minerali	Epitelioma primitivo della pelle	1	0	2	3	5	5	2	4	2
Patologie cancerose causate da catrame di carbone, fuliggini da combustione del carbone, olii minerali	Tumore bronco-polmonare primitivo	8	3	12	6	13	6	6	12	13
Patologie cancerose causate da catrame di carbone, fuliggini da combustione del carbone, olii minerali	Tumore maligno della vescica	3	1	3	6	9	17	10	11	16
Patologie professionali provocate dall'arsenico e suoi composti minerali	Epitelioma cutaneo primitivo	0	0	1	0	0	0	0	0	0

Voce tabellare	patologia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Patologie professionali provocate dall'arsenico e suoi composti minerali	Discherastosi lenticolare (malattia di Bowen)	1	0	0	0	0	1	0	0	0
Tumore bronchiale primitivo da inalazione di polveri o vapori arsenicali	Tumore bronchiale primitivo	0	0	1	3	2	1	1	1	0
Tumore bronchiale primitivo causato dall'inalazione di polvere di vapori contenenti arsenopirriti aurifere	Tumore bronchiale primitivo	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Patologie da inalazione di polveri minerali contenenti silice cristallina, silicati cristallini, grafite o carbon fossile	Tumore bronco-polmonare primitivo	0	0	0	0	3	9	10	14	13
Patologie professionali da inalazioni di polveri d'amianto	Degenerazione maligna broncopolmonare complicante lesioni benigne	127	109	154	151	104	110	123	121	164
Patologie professionali da inalazioni di polveri d'amianto	Mesotelioma maligno primitivo della pleura	256	217	295	301	301	281	301	357	326
Patologie professionali da inalazioni di polveri d'amianto	Mesotelioma maligno primitivo del peritoneo	13	8	7	5	22	14	12	30	17

Vocetabellare	patologia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Patologie professionali da inalazioni di polveri d'amianto	Mesotelioma maligno primitivo del pericardio	1	1	1	4	4	1	3	3	1
Patologie professionali da inalazioni di polveri d'amianto	Altri tumori pleurici primitivi	19	14	20	17	20	20	22	12	11
Tumore bronco-polmonare da inalazione di polveri di amianto	Tumore bronco-polmonare primitivo	384	370	568	652	818	821	867	956	914
Patologie cancerose cutanee da derivati del petrolio	Epitelioma primitivo della pelle	0	1	4	1	0	1	1	1	1
Tumori provocati dalle operazioni di trasformazione di nickel matte	Tumore primitivo dell'etmoide e dei seni paranasali	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Tumori provocati dalle operazioni di trasformazione di nickel matte	Tumore bronchiale primitivo	1	0	0	1	2	0	0	0	0
Patologie da lavoro nelle miniere di ferro	Tumore bronco-polmonare primitivo	7	11	5	4	7	3	5	7	3
Infezioni d'origine professionale da virus dell'epatite A, B, C, D e E	Carcinoma epatocellulare post-epatite B	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Voce tabellare	patologia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Patologie professionali da polveri di legno	Tumore delle fosse nasali	0	0	0	0	2	12	11	13	10
Patologie professionali da polveri di legno	Tumore primitivo dell'etmoide e dei seni paranasali	58	57	64	56	61	62	65	51	65
Patologie da cloruro di vinile monomero	Angiosarcoma	0	2	0	0	1	1	0	0	0
Patologie tumorali broncomonari primitive causate dall'inalazione di polveri di cobalto associate al carburante di tungsteno	Tumore bronco-polmonare primitivo	0	0	1	1	1	2	0	0	1
Patologie maligne provocate dal bis(clorometil)etere	Tumore bronchiato primitivo	0	0	0	0	1	0	0	1	1
TOTALE		923	841	1217	1279	1459	1440	1551	1674	1649

Segnaliamo che in Francia è in corso il «Plan Cancer 2009-2013» nel cui ambito sono stati finanziati studi che rispondono a due obiettivi: valutare meglio i fattori di rischio noto attraverso studi di coorte e identificare nuovi fattori di rischio e rilevare le popolazioni a maggiore rischio. In questo ambito meritano attenzione lo «Studio Icare» sui fattori di rischio professionale per il tumore del polmone e delle vie aerodigestive, lo «Studio Engela» sulle forme linfoidi ed infine lo «Studio Cecilia» sui fattori di rischio professionale per il tumore del seno. Particolare rilievo per la dimensione della popolazione arruolata è, poi, lo studio Agrican sull'incidenza dei tumori in ambito agricolo.

Anche in Francia dal 2000 è stato costituito un Fondo vittime amianto (Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante - Fiva) che ha cominciato ad operare nel 2002.

Dalla sua creazione ad oggi il Fiva ha ricevuto 71.936 domande di indennizzo a cui si aggiungono 78.312 altre domande (aventi diritto, indennizzi in caso di aggravamento ecc.). Dal 2002 al 2011 ultimo dato disponibile (11° Rapporto al Parlamento) il Fondo ha versato 3,136 miliardi di euro di indennizzi.

Nel solo anno 2011 le spese per indennizzi sono state pari a 353,40 milioni di euro (385,72 milioni di euro nel 2010).

Fra coloro che si rivolgono alla Fiva in quanto affetti da patologie asbesto correlate predominano i portatori di patologie benigne.

Essi erano nel 2011 il 64,8% (65,8% nel

2010) anche se sono in aumento le patologie gravi che sono passate dal 29,6% del 2010 al 30,8% del 2011.

La maggior parte di coloro che fanno richiesta di indennizzo al Fondo sono soggetti già tutelati nell'ambito del regime generale rappresentando nel 2011 l'85,11% delle nuove domande contro l'86,65% del 2010.

Le vittime professionali sono da sempre la grande maggioranza di quanti presentano domanda di indennizzo al Fiva anche se tale quota è costantemente in calo dal 2007 ad oggi tanto che nel 2011 i casi professionali sono stati il 70% delle domande contro il 77,7% del 2010 (79,4% nel 2009, 80,8% nel 2008 e 85,7% nel 2007).

Mentre è stabile la quota di quanti sono affetti da una patologia correlabile ad una esposizione all'amianto che nel 2011 era pari al 11,1% (12,5% nel 2010, 11,1% nel 2009, 10,8% nel 2008 e 7,9% nel 2007). Aumenta invece la quota di casi che devono essere sottoposti alla competenza della Commission d'Examen des Circonstances de l'Exposition à l'Amiante, per ricercare una pregressa esposizione, che nel 2011 ha raggiunto la percentuale del 18,9% (9,8% nel 2010, 9,5% nel 2009, 8,4% nel 2008 e 6,3% nel 2007).

Le donne rappresentano il 7% della popolazione che si rivolge alla Fiva e fra loro basso è il numero (4%) di quante si sono viste riconoscere una malattia professionale.

Nella tabella sottostante sono indicate le patologie per le quali viene richiesto l'indennizzo al Fondo.

Patologia	2009	2010	2011
Asbestosi	221	200	168
Altre	137	59	29
Tumore bronco-polmonare	793	851	721
Mesotelioma	369	448	448
Placche pleuriche e ispessimenti pleurici	2.840	2.888	2.459
Non specificato	2.285	1.564	1.683
Totale	6.645	6.010	5.508

Regno Unito

La stima del 2011 indica in 8.000 all'anno il numero di decessi per tumore professionale. Di questi circa 4.000 decessi per tumore sono dovuti a pregresse esposizioni all'asbesto. Il numero totale dei decessi per mesotelioma è aumentata dai 153 del 1968 ai 2.321 del 2009.

Pur tuttavia nel 2007 sono stati riconosciuti solo 96 decessi per neoplasie da amianto.

Nel triennio 2007-2009 l'Hse indica che i decessi per mesotelioma siano stati 6.760 (37,8 casi ogni milione di abitanti).

Infine, secondo le stime, la media annuale dei decessi correlati all'amianto dovrebbe raggiungere il picco massimo verso il 2016 collocandosi ad oltre 2.000 decessi all'anno fra gli uomini. Il dato (deficit) del Regno Unito deve essere visto anche in relazione alla particolarità della normativa anche in tema di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

La sottodichiarazione dei tumori professionali

I dati reperibili nella letteratura scientifica e quelli statistici presentati precedentemente, sono concordi nel rilevare il grande divario tra numero di tumori professionali stimati

e tumori indennizzati come professionali. La scarsa conoscenza a livello della popolazione lavorativa dei rischi professionali come pure della frazione attribuibile ai fattori lavorativi costituisce un evidente ostacolo alla realizzazione di una efficace politica prevenzionale e di tutela.

Certo scontiamo la tipologia multifattoriale delle neoplasie che fa sì che divenga importante confrontarsi sempre più con elementi cari all'epidemiologia quali il rischio attribuibile, il rischio relativo ecc. e questo inserito sulla caratteristica dimensionale della struttura produttiva del nostro paese ci porta a confrontarci, sovente, con una epidemiologia di piccola area o con il difficile tema del valore negativo di studi epidemiologici condotti su piccoli cluster di popolazione lavorativa alla ricerca di un rischio non frequente. Si tratta di malattie a genesi plurifattoriale, per le quali si deve essere in grado di evidenziare la quota parte lavorativa, rispetto a quella extra-lavorativa da patologia «comune», a cui i medici sono più portati a fare riferimento e questo spiega il riconoscimento delle forme ad alta specificità ma anche come nei grandi cluster dell'amianto vi sia egualmente una marcata sottostima delle altre neoplasie correlate.

Il confronto con gli altri paesi conferma che l'Italia è uno dei paesi con le peggiori performance di tutela delle malattie professionali, e con la forbice più ampia fra numero di denunce e numero di riconoscimenti.

Numerosi sono i fattori che possono contribuire a determinare questa sottotifica delle malattie professionali:

- la mancata informazione dei lavoratori

- sui rischi per la salute presenti negli ambienti di lavoro, sul sistema di assicurazione e sulla possibilità di indennizzo;
- reticenza da parte dei lavoratori a denunciare i disturbi legati al lavoro per timore di ritorsioni di tipo occupazionale o di inquadramento;
- l'insufficiente motivazione da parte dei lavoratori a segnalare agli istituti assicuratori le patologie da lavoro perchè il procedimento di riconoscimento di una malattia professionale è lungo e complesso e spesso infruttuoso;
- l'insufficiente conoscenza delle patologie professionali da parte di medici di base, ospedalieri e specialisti o non interesse a individuare una correlazione della patologia con i rischi lavorativi, correlazione per altro difficile per le patologie a genesi multifattoriali e per quelle come i tumori che si manifestano numerosi anni dopo la fine dell'esposizione. A questo riguardo si segnala una marcata differenza di genere nell'accesso al riconoscimento delle malattie asbesto-correlate ivi compreso il mesotelioma come rilevano sia Merler⁹ che parla di «una forte discriminazione per il genere femminile» che Vogel¹⁰;
- la frequente omissione della denuncia da parte dei medici competenti per riconoscimento diagnostico e/o del nesso di causa ma anche per pressioni e tema di ritorsioni. La paura di ritorsioni è d'altronde

uno dei fattori individuati a livello europeo come responsabile della sottodenuncia delle malattie professionali;

- un'approccio diagnostico da parte anche di specialisti di medicina del lavoro che frequentemente privilegia nella valutazione del nesso di causa la valutazione dei rischi eseguita dal datore di lavoro e trascura il ruolo concausale dell'esposizione professionale.

Le statistiche pubblicate dagli Istituti Assicuratori non rappresentano che una parte della realtà in quanto l'indennizzo di una malattia professionale è il risultato di una costruzione sociale-medica-amministrativa complessa poiché:

- 1) anche le malattie tabellate possono non essere denunciate per ignoranza dell'origine professionale, ma anche per gli interessi del lavoratore su cui incombe l'obbligo di denuncia e del datore di lavoro che sopporta i costi assicurativi;
- 2) esiste una latenza tra esposizione e manifestazioni della malattia;
- 3) si registra un approccio restrittivo dell'Istituto assicuratore rispetto alle patologie non-tabellate.

Gli aspetti della sottodichiarazione devono essere tenuti distinti da quelli del riconoscimento nella misura in cui, generalmente, i tassi di riconoscimento dei tumori professionali sono superiori a quelli delle altre malattie professionali. ■

⁹ Enzo Merler, Vittoria Bressan, Anna Maria Bilato, Alessandro Marinaccio, Gruppo regionale veneto sui mesoteliomi maligni «I fattori che influenzano in Italia la domanda e il riconoscimento dei mesoteliomi di origine professionale Analisi basata su record-linkage tra dati del registro regionale del Veneto e Inail». «Epidemiologia e Prevenzione», anno 35 (5-6) settembre-dicembre 2011.

¹⁰ Vogel L.: «*Femmes et maladies professionnelles. Le cas de la Belgique*» Etui Bruxelles 2011.

ATTI DEL SEMINARIO

**La presunzione legale di origine
lavorativa nelle malattie professionali
tabellate e il nesso di causalità**

Bologna 27 e 28 febbraio 2013



Cagnaccio di San Pietro (Natalino Bentivoglio Scarpa), *Lacrime della cipolla*, 1929

Relazione introduttiva

■ di Angela Goggiamani *

La definizione di malattia professionale presenta diversi livelli di specificità che attengono ai diversi diritti che il legislatore ha voluto proteggere.

Sul rapporto tra tutela prevenzionale e tutela assicurativa del lavoratore così si esprimeva la Circolare Inail 70/2000: «[...] valori limite e/o indicatori statistici di rischio hanno per il medico un valore orientativo, ma non possono assurgere a elemento dirimente per il giudizio, stante l'esigenza di considerare la risposta individuale del soggetto alla causa nociva, diversa essendo la capacità di resistenza di ciascun organismo. Il sistema di tutela prevenzionale e quello di tutela assicurativo-previdenziale delle tecnopatie, pur avendo ovviamente punti di convergenza, restano concettualmente distinti ed autonomi, diverse essendo la ratio e le finalità. Ciò significa, tra l'altro, che i criteri normativamente enunciati a scopi prevenzionali hanno valore vincolante per le aziende che sono tenute ad uniformarsi, ma non possono condizionare la valutazione medico-legale sul danno alla salute che il singolo lavoratore

può subire nonostante l'adozione delle prescritte misure prevenzionali».

Tali affermazioni erano rivolte al giudizio sulla natura professionale sia delle malattie tabellate che delle malattie non tabellate: ma è alle prime che è dedicato il convegno di oggi che, quindi, è incentrato su quanto contemplato dall'art. 3 del Dpr n. 1124 del 30.06.1965 là dove viene stabilito che «l'assicurazione è altresì obbligatoria per le malattie professionali indicate nell'allegato n. 4, purché siano contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni specificate nella tabella stessa, e in quanto tali rientrino tra quelle previste nell'art.1». Il tema delle malattie professionali tabellate, integrate in un sistema di tutela «misto» è stato introdotto dalla Sentenza della Corte Costituzionale 179/1988 e ribadito dal D.lvo 38/2000 là ove all'art. 10 recita «[...] sono considerate malattie professionali anche quelle non comprese nelle tabelle [...] delle quali il lavoratore dimostri l'origine professionale». È un tema che è stato più volte affrontato anche negli ultimi anni.

* Sovraintendenza medica Inail Nazionale

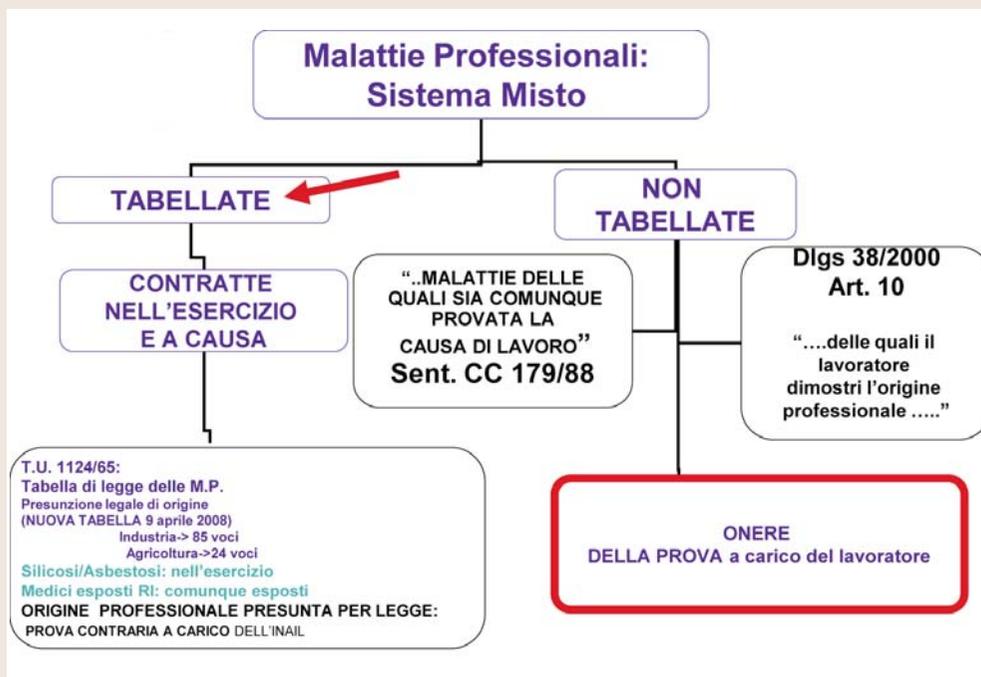
Perché tanta attenzione? Perché il Dm del 9 aprile 2008 (avente come oggetto le nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura) ha fatto emergere in maniera chiara la problematica delle patologie multifattoriali (quindi delle malattie lavoro-correlate che comprendono patologie «comuni», diffuse nella popolazione in generale e che possono essere anche causate o concausate da specifiche attività lavorative), la relazione tra profili epidemiologici e profili giuridici, mettendo al centro della discussione le riflessioni sulla presunzione legale di origine e l'onere della prova nel sistema misto, sistema riassunto nel seguente schema.

Nel 2009, al 72° Congresso Nazionale Simili, in una delle relazioni presentate dall'Inail venivano poste queste domande: «Vi sono modifiche nella interpretazione della

presunzione legale d'origine? Tale interpretazione, in particolare per il rischio, quali ripercussioni ha alla luce delle nuove tabelle?». E in quella sede si concludeva affermando che «l'emanazione delle nuove tabelle non ha modificato la criteriologia medico-legale in tema di ricostruzione del nesso causale (fondato su criteri di ragionevole verosimiglianza in tema di presunzione al rischio e di probabilità qualificata in tema di nesso di causalità)».

Con il Patronato, successivamente all'emanazione del citato Dm 09.04.2008, erano stati affrontati alcuni approfondimenti: negli incontri effettuati a Riccione avevamo analizzato:

- a) cosa è la tabella delle malattie professionali;
- b) la criteriologia medico-legale per il riconoscimento delle malattie professionali



in un ambito assicurativo caratterizzato sotto il profilo giuridico dal «sistema misto» e sotto il profilo eziopatogenetico dalla multifattorialità;

c) le novità presenti nel sistema tabellare.

Di quegli approfondimenti vogliamo ricordare alcuni spunti in quanto ben si inseriscono nella tematica che stiamo affrontando in questo convegno.

Le tabelle delle malattie professionali sono lo strumento giuridico, elaborato su basi scientifiche, per la ripartizione degli oneri probatori a mezzo di presunzioni legali.

Nell'ambito delle malattie professionali esistono due presunzioni che vanno prese in considerazione in sequenza:

1^a Presunzione

È la presunzione di esposizione al rischio che determina la malattia indicata in tabella e attiene ai fatti che devono essere provati con onere a carico del lavoratore, diversificati a seconda che la lavorazione sia specificamente o genericamente indicata.

2^a Presunzione

È la presunzione del nesso di causalità: opera soltanto se sono stati provati gli elementi costitutivi della 1^a presunzione (esposizione a rischio) e sia stata diagnosticata la malattia indicata in tabella; consiste nella presunzione che la malattia sia stata causata proprio dal rischio lavorativo e non da altri fattori causali.

Per quanto riguarda poi il nesso di causalità, si evidenzia come vi sia stata una evoluzione

nell'approccio metodologico evidenziabile nelle circolari dell'Inail.

Infatti, se nella Circolare 29/91 viene affermato che «[...] tale rapporto debba essere diretto ed efficiente (fatta salva comunque la possibilità del concorso di fattori causali extralavorativi)» e successivamente la Circolare 35/92 sottolinea come ai fini della tutela Inail: «[...] l'anamnesi lavorativa deve evidenziare l'esistenza di un rischio professionale di natura, durata ed intensità tali da far ragionevolmente considerare la sua influenza di grado superiore o quantomeno eguale a quella esercitata dai fattori eziologici extraprofessionali».

Una puntualizzazione viene effettuata nella successiva Circolare 51/1995, là ove si precisa che: «Il nesso eziologico, come affermato dalla giurisprudenza, va sempre comunque accertato secondo una corretta ricostruzione del nesso di causalità materiale fermo restando che la inadeguatezza lesiva del rischio può non essere sufficiente a superare la presunzione legale di origine se non è accompagnata dalla prova che la malattia è imputabile a fattori extraprofessionali».

Successivamente la Circolare 70/2001 apre alle cause concorrenti affermando che: «La nozione assicurativa, di malattia professionale, tabellata e non, si caratterizza per l'esistenza di una causa lavorativa adeguata a produrre l'evento, ma non esclude la concorrenza di uno o più fattori concausali extraprofessionali i quali possono anzi rappresentare, in determinate condizioni, fattori di potenziamento del rischio lavorativo ed aumentarne l'efficacia lesiva».

Ben nota, infine, la lettera del Direttore Generale Inail del 16/02/06 di cui si riporta un periodo significativo: «L'accertamento della sussistenza del nesso eziologico, sia pure in termini di probabilità qualificata, tra il rischio lavorativo e la patologia diagnosticata deve indurre a riconoscere la natura professionale della stessa anche quando abbiano concorso a causarla fattori di rischio extralavorativi».

Invece, è opportuno chiedersi quale sia il reale impatto della emanazione delle nuove tabelle delle malattie professionali sulla maggior tutela dei lavoratori assicurati grazie alla presunzione legale di origine. Strumento idoneo per effettuare tale analisi è lo studio dei dati disponibili nelle Banche dati dell'Inail. A tal proposito, si riporta l'andamento delle denunce di malattia professionale nel quinquennio 2007/2011.

Malattie professionali manifestatesi nel periodo 2007-2011 per gestione e stato di definizione*

Stato di definizione	2007	2008	2009	2010	2011
Denunciate					
Agricoltura	1.650	1.832	3.926	6.389	7.971
Industria e servizi	26.888	27.906	30.584	35.651	38.101
Dipendenti conto Stato	395	355	379	425	486
Totale	28.933	30.093	34.889	42.465	46.558
Riconosciute					
Agricoltura	729	937	1874	2.905	3.369
Industria e servizi	10.287	11.505	12.902	14.746	13.341
Dipendenti conto Stato	69	88	73	76	71
Totale	11.085	12.530	14.849	17.727	16.781
Indennizzate					
Agricoltura	590	782	1607	2.385	2.652
Industria e servizi	7.040	8.023	9.336	10.799	9.668
Dipendenti conto Stato	68	88	73	76	71
Totale	7.698	8.893	11.016	13.260	12.391
In corso di definizione					
Agricoltura	2	2	17	39	433
Industria e servizi	69	72	312	779	3.464
Dipendenti conto Stato	2	2	1	8	43
Totale	73	76	330	826	3.940

* Situazione alla data di rilevazione del 31 marzo 2012.

Ben conosciute sono le principali novità apportate dalle nuove tabelle (le malattie sono nosologicamente definite, vi è l'introduzione della voce: «altre malattie causate dalla esposizione a...», il periodo massimo d'indennizzabilità riferito alla cessazione della lavorazione ecc.), su cui si ritiene di non soffermarsi in particolare.

L'esame dei dati sopra riportati, non descrive compiutamente il fenomeno tecnologico se non vengono altresì indicati quelli relativi ai riconoscimenti. In tal senso si riporta il seguente commento tratto dal rapporto annuale dell'Inail 2011:

Nel corso degli anni si è assistito, insieme al crescere delle denunce, ad un certo aumento della percentuale di riconoscimento e indennizzo, in virtù anche di adeguamenti normativi e indirizzi operativi ispirati a un maggior intervento della tutela assicurativa:

- in anni passati i tassi di riconoscimento (rapporto tra casi riconosciuti e casi denunciati) erano pari a circa il 35% e i tassi di indennizzo (casi indennizzati su casi riconosciuti) al 65%;
- nel 2010 (anno più consolidato rispetto al 2011), il tasso di riconoscimento è salito al 42% delle denunce (quasi 18 mila su oltre 42 mila) e il tasso di indennizzo al 75% (oltre 13 mila casi, più del 30% delle denunce).

I tassi per singola gestione, sempre relativi al 2010, mostrano come i dati sopra riportati si differenzino per settore di attività: l'Agricoltura fa registrare percentuali più alte (45% e 82% rispettivamente per tasso di riconoscimento e di indennizzo) dell'Industria e servizi (41% e 73%) e dei Dipendenti conto Stato, dove meno di un quinto (il 18%) delle denunce ha trovato riconoscimento.

Dal Rapporto annuale INAIL 2011

Ma se, lavorando sui dati estratti dalla Banca dati statistica, entriamo ad analizzare compiutamente non le denunce complessive, bensì quelle relative alle principali malattie

tabellate denunciate e riconosciute, su un anno sostanzialmente consolidato quale il 2010, vedremo che:

PRINCIPALI MALATTIE TABELLATE DENUNCIATE/RICONOSCIUTE

INDUSTRIA E SERVIZI - ANNO 2010 B.D.S.

VOCE DI TABELLA	Denunciate	Riconosciute*	%
75) Ipoacusia da rumore	3.242	2.380	73
76) Malattie causate da vibrazioni meccaniche al sistema mano-braccio	431	307	71
77) Ernia discale lombare	2.879	1.941	67
78) Malattie da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori	6.798	5.054	74
79) Malattie da sovraccarico biomeccanico del ginocchio	321	226	70

* al netto di casi in corso di definizione

RILEVAZIONE AL 31.10.2012

Si evidenziano altresì elevati tassi di riconoscimento nelle patologie amianto correlate, in particolare per quanto attiene le placche pleuriche e le neoplasie asbesto correlate.

In conclusione possiamo dire che la tabellazione delle malattie professionali ancora una volta si dimostra un potente mezzo di tutela del lavoratore. ■

MALATTIE PROFESSIONALI DA ASBESTO TABELLATE

manifestatesi e denunciate nel periodo 2010-2011
Industria e Servizi

	2010		2011	
	denunce	riconosc.	denunce	riconosc.
ASBESTOSI	563	279	525	200
NEOPLASIE DA ASBESTO	1.005	748	902	601
mesotelioma pleurico	651	493	590	406
mesotelioma pericardico	-	-	-	-
mesotelioma peritoneale	37	29	34	28
carcinoma del polmone	317	226	277	167
mesotelioma della tunica vaginale del testicolo	-	-	1	-
PLACCHE PLEURICHE	699	540	792	527
TOTALE DA AMIANTO	2.267	1.567	2.219	1.328

Rapporto Annuale Inail 2011

Malattie professionali: tra causa e concause

■ di Elena Mazzeo*

Per introdurre l'argomento, appare quanto mai opportuno muovere dalla disposizione, di cui al T.u. n. 1124, secondo cui si definiscono malattie a genesi professionale le affezioni che trovano ragion d'essere nella cosiddetta «causa lenta», ovvero, quelle che si ingenerano ed evolvono a causa di un fattore patogeno intrinseco all'ambiente di lavoro che agisce lentamente nel tempo, tanto che l'insorgenza della malattia può avvenire anche dopo l'abbandono dell'attività lavorativa da parte del lavoratore e, tuttavia, in un certo periodo di tempo, variabile a seconda del tipo di malattia ed espressamente definito (periodo massimo di indennizzabilità).

Ne discende come possa risultare difficile accertare il momento di insorgenza della malattia professionale, poiché il lento processo che conduce alla manifestazione rende impossibile la coincidenza tra il prodursi della causa lesiva e il verificarsi della lesione.

Secondo l'art. 135, comma 1, di cui al T.u. n. 1124, il primo giorno di completa astensione dal lavoro a causa della malattia ne de-

finisce il momento di insorgenza, che quindi coincide con quello dell'abbandono dell'attività lavorativa da parte dell'assicurato.

Al secondo comma, l'art. 135 stabiliva che, nel caso in cui la malattia fosse insorta dopo l'abbandono dell'attività lavorativa da parte del lavoratore, oppure la patologia fosse tale da non costringere il lavoratore a cessare il lavoro, il criterio convenzionale dell'abbandono dell'attività lavorativa non era più utilizzabile e doveva adottarsi quello della presentazione della denuncia di malattia professionale all'Inail. La data di presentazione della denuncia, in definitiva, era valutata con presunzione assoluta come il momento del verificarsi della patologia, rispetto al quale doveva calcolarsi, sulla base dei tempi perentori previsti nella tabella relativa (cioè del periodo massimo di indennizzabilità previsto per ogni patologia), il periodo di tempo trascorso dalla cessazione dell'attività lavorativa. Secondo tale disposizione la presentazione della denuncia oltre il periodo massimo di indennizzabilità, privava il lavoratore della tutela assicurativa.

* Istituto medico Legale Università Sassari

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 206 del 1988, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 135, comma 2, T.u. 1965 per contrasto con gli articoli 3 e 38 della Costituzione, in quanto la norma, nel prevedere per il lavoratore la perdita dell'indennizzo nel caso di denuncia della malattia professionale oltre il termine tabellare, privava della tutela assicurativa il lavoratore, inducendo una disparità di trattamento fra i lavoratori per i quali la manifestazione della malattia ed il tempestivo accertamento avessero consentito una celere denuncia ed i lavoratori la cui malattia, nonostante si fosse verificata nei termini indicati in tabella, fosse stata denunciata in ritardo, anche per cause non dipendenti dal soggetto quali il decorso lento o il suo tardivo accertamento sanitario. Ancora nel 1988, la sentenza n. 179 della Corte Costituzionale ha consentito di ritenere «Malattie Professionali» non soltanto quelle ricomprese nelle tabelle allegate al Dpr n. 1124 del 1965, con le successive modifiche ed integrazioni, ma anche ogni malattia di cui sia comunque provata la causa di lavoro, con l'introduzione, di fatto, anche in Italia del cosiddetto sistema misto. Sostanziali gli apporti delle due sentenze che, comunque, non hanno apportato alcuna modifica alla definizione di malattia professionale, poiché il riconoscimento della genesi professionale e l'eventuale indennizzabilità rimangono subordinate all'efficienza causale del lavoro al determinismo del danno.

La differenza sul «piano probatorio», ovvero la dimostrazione del rapporto causale a connettere la patologia denunciata

con l'attività lavorativa svolta, consiste nel fatto che per le malattie tabellate opera, ed operava, a favore del lavoratore il principio della «presunzione legale d'origine», mentre per le malattie diverse da quelle elencate in tabella, ovvero riconducibili a lavorazioni diverse da quelle descritte nelle tabelle stesse, o per malattie non previste in tabella ed attività ugualmente non presenti in tabella, il lavoratore deve fornire la prova della causa di lavoro.

In sostanza, il principio della presunzione legale dell'origine professionale di una malattia consente, una volta formulata la diagnosi eziologica di una malattia tabellata rapportabile ad un fattore patogeno tabellato, di attribuire la malattia stessa alla lavorazione protetta svolta dall'assicurato, senza la necessità di provare l'effettiva nocività del posto di lavoro (senza quindi la necessità di comprovare il nesso causale).

Sintetizzando quanto fin qui esposto, si dovrebbero distinguere:

1. malattie tabellate provocate da lavorazioni tabellate e denunciate entro i periodi massimi di indennizzabilità previsti nelle tabelle (con valenza del principio della presunzione legale);
2. malattie tabellate, provocate da lavorazioni tabellate, ma denunciate oltre i periodi massimi di indennizzabilità previsti dalle tabelle, per cui sono prospettabili due diverse ipotesi:
 - a) il lavoratore dimostra che la malattia si è manifestata entro i previsti limiti temporali (con valenza del principio della presunzione legale);

- b) in caso contrario, sul lavoratore ricade l'onere della prova della natura professionale della malattia;
3. malattie e lavorazioni, ultranee alle previsioni tabellari, con onere del lavoratore della prova dell'origine professionale.

Quindi, per malattie non-tabellate devono intendersi:

- malattie causate da agenti diversi da quelli indicati in tabella;
- malattie causate da agenti indicati in tabella, ma in lavorazioni diverse da quelle previste in tabella;
- malattie denunciate oltre il periodo massimo di indennizzabilità, in assenza della dimostrazione dell'epoca di insorgenza.

È di piena evidenza che il lungo periodo di silenzio clinico e sintomatologico di alcune malattie rende difficoltosa, quando non impossibile, la puntuale ricostruzione delle condizioni esistenti nell'ambiente di lavoro, nel momento in cui si potrebbe essere verificata l'esposizione a rischio. Il rapido mutamento delle tecnologie produttive, infatti, ha indotto le imprese ad adeguare i macchinari, le attrezzature, i cicli produttivi e l'organizzazione aziendale, con la conseguenza che la situazione oggettivamente riscontrabile al momento della denuncia della malattia professionale potrebbe essere – come sovente è – radicalmente diversa da quella esistente all'epoca rispetto alla quale deve valutarsi l'eziologia della malattia stessa.

Evidente, al contrario, la facilitazione per il lavoratore con l'adozione del principio della

presunzione legale dell'origine professionale, che, comunque, se è utilizzabile sicuramente per i casi di malattie tipiche con manifestazioni patognomiche per le quali la diagnosi etiologica non può essere messa in discussione, ma che costituiscono ormai una limitata casistica, diventa invece meno pregnante in situazioni in cui la malattia non sia poi in effetti patognomica o con precisa derivazione etiologica: nel caso cioè di malattie non tipiche, che risultano attualmente le prevalenti, come le malattie croniche degenerative e le malattie neoplastiche e, più in generale, a genesi multifattoriale, riconducibili a fattori di nocività ubiquitari, ai quali si può essere esposti anche al di fuori degli ambienti di lavoro, oppure a fattori genetici, sfumandosi sempre più i contorni ed i distinguo fra malattia professionale e malattia comune ed a volte anche sfuggendo la conoscenza (in modo compiuto e dimostrabile) della etiologia e patogenesi, cosicché a parità di evento, è complesso individuare il ruolo dell'attività lavorativa svolta.

Il punto nodale, quindi, è e rimane l'individuazione del nesso causale fra lavoro e malattia; mutevole e sovente contraddittoria anche la Giurisprudenza sul tema, oscillando le diverse pronunce dalla ricerca della «probabilità qualificata», della «ragionevole certezza», della «causalità forte» e della «causalità debole», fino all'antitesi, in cui il ruolo del lavoro sembra semplicemente quello di: «momento rivelatore», «momento sciogliente», «momento acceleratore».

Tutto ciò perdendo di vista quelli che sono i presupposti di legge per l'individuazione corretta della sussistenza del nesso causale; il

riferimento non può che essere all'art. 40 C.p. (Rapporto di causalità), che recita: «Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l'esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione», individuandosi così nel comportamento umano l'antecedente necessario e sufficiente di per sé a causare l'evento, ed all'art. 41 C.p. (Concorso di cause), in cui si afferma: «Il concorso di cause preesistenti o simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione od omissione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l'azione od omissione e l'evento. Le cause sopravvenute escludono il rapporto di causalità quando sono state da sole sufficienti a determinare l'evento», secondo cui, quindi, l'evento indesiderato si realizza per il concorso di più antecedenti necessari di per sé soli considerati, ma non sufficienti da soli a determinarlo. Se fosse applicabile nel settore delle malattie professionali solo l'art. 40 C.p., per cui il lavoro dovrebbe risultare la «causa» della patologia denunciata, presumendosi che, eliminando l'antecedente (cioè il lavoro), non si realizzerebbe l'evento (cioè la malattia) si arriverebbe a contraddire anche la sostanza del Diritto, si contraddirebbe lo stesso Diritto ignorando il principio della «equivalenza causale» (ex art. 41 C.p.), secondo cui ogni antecedente assume valore giuridico nel determinismo dell'evento.

Sulla base dei principi enunciati, la Medicina Legale ha da sempre sostenuto che, ritenendo il metodo dell'assicurazione sociale nell'alveo della classica dottrina civilistica,

deve permanere immutato il potere condizionante dell'antecedente causale, cosicché la professionalità della malattia è dimostrata e dimostrabile non solo nell'ipotesi (ormai remota) che il lavoro rappresenti la causa della stessa, ma anche la concausa. In altri termini, il lavoro dovrebbe quindi essere un antecedente dimostrabile in quanto a necessità e condizionante, non passibile quindi di graduazioni né di confronto in termini di adeguatezza rispetto ad altri fattori concausali (extralavorativi).

La concausa, infatti, è nozione di qualità, cosicché non può esistere una concausa essenziale e determinante ed una che lo sia di meno: tutte le concause sono ugualmente essenziali e determinanti, nessuna essendola da sola.

In tal senso, sembrò orientarsi anche l'Istituto Assicuratore con la Circolare 70.2001, in cui si affermava: «La nozione assicurativa di malattia professionale tabellata e non, si caratterizza per l'esistenza di **una causa lavorativa adeguata a produrre l'evento**, ma **non esclude** la concorrenza di uno o più fattori concausali extralavorativi, i quali possono anche rappresentare in determinate condizioni, fattori di potenziamento del rischio lavorativo ed aumentarne l'efficacia lesiva»; il che equivale ad ammettere anche il ruolo concausale del lavoro nella genesi di ogni malattia professionale. E tale apertura sembra addirittura avvalorata da una lettera del Direttore Generale dell'Inail del 16 febbraio 2006, in cui si sosteneva: «[...] In forza del principio della equivalenza, causa di un evento è ogni antecedente che abbia contribuito alla produzione dell'evento stesso, an-

che se di minore spessore quantitativo o qualitativo rispetto agli altri, salvo che sia dimostrato l'intervento di un fattore causale da solo sufficiente a determinarlo», con un franco richiamo all'art. 41 C.p., anche se con un evidente errore interpretativo del disposto normativo, nel momento in cui si attribuisce alla concausa (qualunque essa sia) non solo una valenza qualitativa, ma anche quantitativa, poiché la concausa è tale se qualitativamente idonea a concorrere con altre alla produzione dell'evento, e tale contributo non è quantificabile, come sovente si è avuto modo di rilevare anche in alcune, superate disposizioni normative (ed il riferimento non può che essere alla causalità di servizio, in cui questo doveva assumere un ruolo concausale «determinnate» rispetto ad altre concause, estranee al servizio, evidentemente ritenute di modesto rilievo sotto il profilo quantitativo).

Ad ogni modo, le enunciazioni di principio dell'Istituto risultano solo tali, nel momento in cui molto più recentemente si è affermato che alla presenza di una causa lavorativa, con idonea efficacia causale e di una causa extralavorativa, con idonea efficacia causale, consegue il riconoscimento della professionalità di una malattia, senza considerarsi rilevante la maggiore o minore incidenza fra il fattore lavorativo e non, che, invece riappare nel caso in cui la causa lavorativa non presenti «sufficiente» efficacia causale e la causa extralavorativa non presenti «adeguata» efficienza causale, pur risultandone il riconoscimento della genesi professionale della malattia; ed ancora, nel caso in cui la causa lavorativa non risulti dotata di

«sufficiente efficacia causale», mentre la causa extralavorativa è dotata di «efficacia» causale, è negata la genesi professionale della malattia.

Per chiarire, tutti i concetti esposti contraddicono nella sostanza il disposto di cui all'art. 41 C.p., poiché il rilievo che viene offerto dall'Istituto alla concausa non è qualitativo (necessità e non sufficienza) ma quantitativo, aggettivazione che non è propria della concausa, nel momento in cui se ne gradua il rilievo sulla produzione dell'evento-malattia. Il punto è nodale e non di poco conto, poiché se indubbiamente il riconoscimento del nesso causale è determinante per le malattie non tabellate, per le quali l'onere probatorio grava sul lavoratore, le tabelle stesse pongono riferimento a numerose tecnopatie che, pur causate da agenti tipici quali le sostanze chimiche, sono tuttavia prive di una precisa denominazione, sostituita dall'indicazione di «malattie causate da...», così da scemare e risultare «mitigata» la valenza e l'applicabilità della cosiddetta presunzione legale dell'origine professionale della patologia, richiedendosi ad ogni modo al lavoratore di dimostrare la sussistenza del nesso causale. È essenziale quindi interrogarsi su qual è il metodo Inail per la ricostruzione del rapporto causale; notoriamente l'Istituto si avvale a tal fine, e non solo, della Contarp, struttura che assicura la funzione tecnica di rilevazione degli elementi per la valutazione del rischio professionale, con una finalità essenzialmente preventiva e di controllo dei rischi dei luoghi di lavoro, cosicché non appare demandabile alla Contarp la ricerca del fondamento di una tecnopatia per ricono-

scerla e indennizzarla, ovvero, in una prospettiva del tutto negativa, la ricerca di ogni qualunque elemento utile a negare la sussistenza del rischio e della tecnopatia. Ancora, al fine della ricostruzione del nesso causale, è ugualmente noto l'utilizzo da parte dell'Istituto del Documento di valutazione dei rischi, che, nella previsione legislativa del D.lgs. 626/94 prima ed oggi del D.lgs 81/08 è finalizzato ad esclusivi scopi di prevenzione e controllo del rischio professionale, cosicché ancora una volta non appare corretta la metodologia utilizzata dall'Inail, essendo difforme la finalità del documento a quella che invece l'Inail la destina (nesso causale); semmai, può solo affermarsi che le stime del rischio contenute nel documento di valutazione possono essere assunte con estrema cautela, e quand'anche si giudichi corretta la metodologia di analisi, esso può semmai costituire un elemento di giudizio da affiancare agli altri altrettanto fondamentali nella ricostruzione dell'esposizione professionale: l'anamnesi professionale, le conoscenze tecnologiche, il criterio epidemiologico, ecc.

La dimostrazione del ruolo causale o concausale del lavoro nel determinismo di una patologia risulta così ancor più complesso per il lavoratore, tenuto a fornire una prova ormai da tempo definita «diabolica», inducendo, come è noto a chi opera nel settore di tutela, conclusioni negative dell'Istituto, quali, sotto il profilo sanitario, «*la documentazione non consente il giudizio medico-legale*» e sotto il profilo amministrativo per «carezza di documentazione».

Di fronte a tale impasse, il Patronato deve

necessariamente, per le finalità che si prefigge di tutela della salute dei lavoratori, ricercare un *modus operandi* condiviso ed uniforme nella sua metodologia e valido sotto il profilo scientifico, così da opporsi adeguatamente ai negativi pronunciamenti dell'Istituto.

Il metodo non può che avere valenza scientifica, come anticipato, e come tale deve possederne le caratteristiche proprie: la riproducibilità, la dimostratività, la ricorrenzialità, la linearità; il che equivale a dire che deve trovare una «legge scientifica di copertura», che presuppone come per stabilire se un antecedente possa considerarsi causa di un evento successivo, è necessario accertare che esso rientri nell'insieme di quegli accadimenti che, sulla base di una successione regolare conforme ad una legge scientifica (cosiddetta legge di copertura), portano ad eventi del tipo di quello verificatosi in concreto. Si distinguono leggi di copertura universali, idonee ad affermare che a quella condotta consegue sempre quell'evento; leggi di copertura statistica, basate solo su un alto grado di probabilità del verificarsi dell'evento a seguito di quella determinata condotta. In definitiva, secondo il modello di sussunzione sotto legge scientifica, il nesso di causalità tra un dato antecedente e un dato evento si accerta stabilendo se, in base al procedimento logico contro fattuale, quell'antecedente non possa essere eliminato mentalmente senza che l'evento venga meno: essa è cioè, «condicio sine qua non» dell'evento stesso. È evidente come tale approccio metodologico non è adeguato né applicabile tout court nell'ambito delle ma-

lattie da lavoro, e non solo, poiché il dato statistico ed epidemiologico spesso condizionano negativamente la possibilità di ammettere il rapporto causale fra lavoro e danno, rifacendosi entrambe a quella legge scientifica di copertura che spesso è una utopia in ambito medico.

Anche insufficiente, come noto ormai, è l'applicazione della classica metodologia medico-legale per l'accertamento del nesso causale: il ricorso al criterio cronologico, topografico, di adeguatezza lesiva, di continuità fenomenologica e di esclusione di altre cause rivela sovente i propri limiti, con particolare riferimento all'ultimo criterio, che soprattutto per quanto riguarda le malattie a genesi professionale, solleva non pochi problemi e dubbi, in particolare per quanto attiene le patologie neoplastiche o cronico-degenerative.

Tutto ciò non toglie, che nell'analisi di ogni singolo caso e nella ricerca della connessione fra lavoro e patologia, non può che muoversi da tali presupposti, tecnici e classicamente adottati, ma integrandoli o meglio affiancandoli, senza abdicare al proprio ruolo di tutela, a quelli che possono a ragione definirsi presupposti imprescindibili e cioè l'indagine specificamente da condursi su ogni singolo lavoratore, anche in relazione alla specifica attività lavorativa svolta, attraverso

una accurata anamnesi (lavorativa e non), un adeguato esame clinico integrato da indagini strumentali mirate, un'accurata ricostruzione storico-logistica del luogo di lavoro, pur nella assoluta consapevolezza delle intrinseche difficoltà, considerando se non altro le variazioni strutturali e strumentali che, necessariamente, sono state apportate ai diversi settori lavorativi per l'adeguamento alle disposizioni normative a tutela dei luoghi di lavoro.

La corretta applicazione di un metodo tecnicamente e scientificamente corretto non comporta, ovviamente, la certezza di un risultato positivo, ma sicuramente permetterà di sottoporre all'attenzione sia del Ctu sia del Giudice della sezione lavoro, nella fase del contenzioso, tutte le motivazioni possibili sotto il profilo tecnico, non solo medico-legale, a rendere ragione della validità della richiesta del riconoscimento della genesi professionale della malattia denunciata, non dimenticando che, ad esempio, la dimostrazione che la malattia denunciata sia inserita nella lista I dell'elenco di cui al Dm 14 gennaio 2008, assolve l'onere probatorio a carico del lavoratore che abbia già dimostrato malattia ed esposizione, riversando sull'Istituto la responsabilità di produrre una prova contraria di pari forza e attendibilità scientifica. ■

La multifattorialità delle patologie da lavoro

di Franco Martire *

Fino a qualche tempo addietro, una definizione di malattia professionale veniva formulata sulla base delle risultanze giurisprudenziali con particolare riferimento alle sentenze ottenute nei vari gradi di giudizio.

Tuttavia, definire una *tecnopatia* non è cosa agevole, e riduttiva è l'intenzione di proporre una definizione che tenga unicamente conto delle finalità esclusivamente assicurative.

Nel mese di giugno 2012, in occasione di una campagna di prevenzione sulle malattie professionali, il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, in accordo con Inail, Conferenza permanente Stato - Regioni e Ministero della Salute, riconosceva, per la prima volta ufficialmente, che le malattie di origine professionale «sono latenti e lente nella loro manifestazione, pericolose e spesso sottovalutate» ed esprimeva una definizione «generale» più corrispondente all'attuale realtà lavorativa che indirettamente accoglie una componente concausale multifattoriale presente nella gran parte delle patologie lavoro-cor-

relate: «qualsiasi stato morboso che possa essere posto in rapporto causale con lo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa». Nel caso del riconoscimento assicurativo di una tecnopatia, la presenza di una *multifattorialità* può incoraggiare un'obiezione che, nelle malattie professionali tabellate tuttavia, dovrebbe essere superata giacché (in assenza di chiari fattori extralavorativi dimostrabili dalla controparte), avendo individuato nell'elenco di Legge sia la lavorazione effettuata sia la patologia, deve indurre l'ente assicuratore pubblico al riconoscimento diretto, senza l'onere da parte del lavoratore della dimostrazione del nesso di causa professionale della malattia.

In realtà le cose non vanno proprio così dal momento che l'Inail spesso solleva riserve su patologie tabellate come quelle da «sovraccarico biomeccanico degli arti e del rachide» derivanti da lavorazioni tabellate corrispondenti a rischi specifici: tra i casi di mancato riconoscimento riscontriamo, con elevata frequenza, alcune lavorazioni che espongono i lavoratori ai rischi di «*movimentazione*

* Medico del lavoro - Consulente Medico legale del lavoro Inca Cosenza. Dirigente Medico Spisal Asp di Cosenza

manuale dei carichi», di «*mantenimento di posture incongrue*» e di «*movimenti ripetitivi*», nei quali l'individuazione della tecnopatia non viene regolarmente concessa adducendo motivazioni inerenti alla non efficacia del rischio a determinare la patologia e significando che il concetto legislativo della «*non occasionalità*» dell'esposizione risulta non soddisfacente.

Una delle obiezioni da parte dell'Inail sulla «*non occasionalità*» viene sistematicamente ricondotta al lavoro stagionale o part time, ipotizzando, ad esempio per i braccianti agricoli stagionali a circa 150 giornate l'anno, cause extralavorative preponderanti ed indipendenti dal lavoro svolto; a tal proposito, occorre evidenziare che la scienza medica del lavoro ha, invece, dimostrato che assumono determinante rilevanza i seguenti fattori (spesso poco considerati nel processo di riconoscimento medico legale): l'anzianità specifica nella medesima esposizione al rischio e la frequenza dei movimenti effettuati nel corso dello svolgimento dell'attività di lavoro specifico; tutti elementi derivanti dall'attenta anamnesi lavorativa e dall'accorto studio sulla tipologia del lavoro espletata.

D'altra parte anche lo stesso ente assicuratore Inail, nella Circolare n. 47 del 24 luglio 2008, a proposito delle «*malattie nosologicamente definite*» ossia quelle patologie che nella tabella previgente sono solo indicate con la definizione generica «*malattia da...*», sostiene che «*la presunzione legale d'origine è operante una volta che siano state accertate*

l'esistenza della patologia e l'adibizione non sporadica o occasionale alla mansione o alla lavorazione che espongono all'agente patogeno indicato in tabella. In tali casi, l'Inail potrà superare la presunzione legale d'origine professionale della patologia denunciata solo ed esclusivamente dimostrando che:

- il lavoratore sia stato addetto in maniera sporadica o occasionale alla mansione o alla lavorazione tabellata, ove specificamente indicate
- il lavoratore sia stato concretamente esposto all'agente patogeno connesso alla lavorazione tabellata in misura non sufficiente a cagionare la patologia
- la malattia sia riconducibile ad altra causa di origine extralavorativa».

Pertanto, si riconosce che la sussistenza dei sopradetti requisiti negativi dovrà avvenire a carico dell'ente assicuratore: in caso contrario si dovrà riconoscere la tecnopatia; inoltre, si evidenzia che l'agente o l'azione patogena dovrà agire «*in maniera non sporadica o occasionale alla mansione o alla lavorazione tabellata*»: tale concetto ben si applica ai lavoratori stagionali o part time, significando che se uno di questi matura una malattia lavoro-correlata dopo un periodo di anzianità specifica di lavorazione ultradecennale, espletando una mansione o lavorazione che esponga, con continuità e frequenza al rischio specifico nel corso delle ore di lavoro previste, il riconoscimento della tecnopatia dovrà essere attuato senza obiezioni circa la stagionalità del tipo di lavoro.

Ad ulteriore prova di quanto asserito, dobbiamo rilevare che pure nel Dm 01/04/2010

(aggiornamento dell'elenco delle malattie di «probabile origine professionale» in cui le patologie e le lavorazioni comprese nella lista I, per sentenza della Cassazione Civile, sezione lavoro, n. 8638/2008, diventano tecnopatie tabellate) si afferma con chiarezza che le attività che espongono i lavoratori a patologie da sovraccarico degli arti e del rachide caratterizzate da «azioni ripetitive, microtraumatiche o da posture incongrue» si estrinsecano esclusivamente nel «turno di lavoro» (senza alcuna distinzione tra lavoratori stagionali o a tempo indeterminato). Anche in questo caso, in conseguenza di quanto appena discusso, deve ritenersi soddisfatto il criterio medico legale della «non occasionalità dell'azione nociva» se essa si realizza esclusivamente durante il «turno di lavoro» in concomitanza di una mansione comportante una concentrazione ed una intensità dello sforzo fisico articolare associata ad un'esposizione ultradecennale al rischio specifico.

Un'altra obiezione che spesso ci ritroviamo a fronteggiare è quella del mancato riconoscimento della tecnopatia per assenza o irrilevanza del rischio in conseguenza delle risultanze del documento di valutazione del rischio aziendale effettuata da parte del datore di lavoro ai sensi e per gli effetti del D.lvo 81/2008 e successive modifiche ed integrazioni.

Risulta, infatti, prassi consolidata da parte dei sanitari dell'Inail chiedere in visione il documento di valutazione dei rischi aziendali, attenendosi strettamente a quanto ivi espresso, senza tenere in conto gli altri para-

metri altrettanto importanti nella diagnosi di malattia professionale.

A proposito del documento di valutazione dei rischi aziendale, occorre sottolineare che esso rappresenta il risultato, temporaneo e dinamico (in relazione a variazioni del ciclo produttivo, o in seguito a nuove acquisizioni strumentali o in conseguenza di importanti variazioni di procedure lavorative ed organizzative), della valutazione dei rischi nell'azienda con finalità esclusivamente preventive per «il miglioramento nel tempo delle condizioni di sicurezza aziendale»: esso, pertanto, viene discusso ed elaborato dalle figure obbligatorie previste e sottoposto alle osservazioni dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (spesso non efficacemente formati sulle corrette procedure di valutazione dei rischi aziendali). Lo stesso D.lvo 81/2008 all'art. 2 comma 2, lettera q) definisce la *valutazione dei rischi* come una «*valutazione globale e documentata di tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori presenti nell'ambito dell'organizzazione in cui essi prestano la propria attività, finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza*».

Inoltre, proprio perché il documento di valutazione dei rischi è un documento di parte aziendale volto a programmare interventi preventivi e protettivi a tutela della salute dei lavoratori dipendenti, non può assumere significati di retroattività né ci si può attendere

una descrizione-denuncia di pregresse inadempienze aziendali sulla sicurezza.

Per tutte le ragioni sinora esposte il «documento di valutazione dei rischi» aziendale è soggetto, per le disposizioni previste nel Decreto Legislativo n. 81/2008, a verifiche e sanzioni da parte degli Organi di Vigilanza territorialmente competenti: solo dopo il controllo verbalizzato da parte dei suddetti organi ispettivi si potrà assicurare che il documento di valutazione dei rischi abbia fondatezza oggettiva e che il contenuto sia stato redatto nel rispetto delle specifiche norme.

Da quanto sopra esposto, appare evidente che un documento di valutazione dei rischi aziendale non può costituire l'unico strumento utilizzabile e decisivo al fine di stabilire un nesso di causa professionale o, peggio ancora, di rifiutare l'esistenza o la consistenza di un rischio aziendale: la genesi di una malattia professionale richiede necessariamente un lasso di tempo (stimato in decenni) prima che si estrinsechi in tutta la sua drammaticità, investendo, quindi, un periodo di tempo lavorativo spesso molto anteriore alla data di redazione del documento di valutazione dei rischi.

Se si approfondisce ulteriormente l'argomento, riscontriamo che lo stesso istituto assicuratore, nella Circolare n. 70 del 24 ottobre 2001 della Direzione Centrale Prestazioni, a proposito del trattamento delle malattie professionali riconosce che «il sistema di tutela prevenzionale e quello di tutela assicurativo-previdenziale delle tecnopatie, pur avendo ov-

viamente punti di convergenza, restano concettualmente distinti ed autonomi, diverse essendo la ratio e le finalità».

Infine, a proposito del «nesso di causa di malattia professionale» vorrei evidenziare che esso è ormai sempre più caratterizzato dalla *concorrenza multifattoriale di altri fattori causali, endogeni ed esogeni, extralavorativi*. La suddetta concezione ramazziniana della tecnopatia, non ha subito trovato accoglienza nella legislazione di tutela assicurativa sociale, ma ha dovuto compiere un percorso molto lento, in tappe successive che hanno occupato quasi un secolo e che ci conducono allo stato attuale in cui si accoglie il principio della concausalità professionale determinante lo sviluppo della patologia.

È dunque «la causalità lavorativa» che connota la malattia professionale e, in tal caso, interviene il primo requisito attinente all'identificazione del «nesso di causa» ossia la necessaria attinenza scientifica con l'esposizione cronica ad una noxa professionale patogena che sia dovuta alla *tipologia del lavoro svolto*; alle caratteristiche della specifica attività professionale (*posture incongrue; ripetitività di alcune azioni; carichi eccessivi di alcuni distretti anatomici; ecc.*); all'esposizione cronica agli agenti patogeni (*agenti fisici - chimici - biologici*) o a condizioni di costrittività organizzative (*stress; turnazioni notturne ricorrenti; carichi di lavoro eccessivi; ritmi di lavoro; ecc.*) o di grave e cronico disagio dell'adattamento al lavoro (*azioni mob- bizzanti*).

Altro elemento nel processo di identificazione del nesso causale, è il criterio «*epidemiologico-scientifico*» che consiste nell'individuare nelle banche dati ufficiali altri esempi di patologia connessa alla specifica tipologia di lavoro svolto. Questo presuppone che la tecnopatìa sia stata abbondantemente studiata e descritta in letteratura.

Un fattore (antitetico al precedente) di cui spesso si dovrà tenere conto è la «*variabilità individuale*» che rende la diagnosi di tecnopatìa in un lavoratore diversa da quella effettuata ad un altro lavoratore. Il vecchio concetto empirico di «*predisposizione individuale*» lascia il posto al concetto di «*predisposizione genetica*»: geni che governano non solo malattie ma anche le più varie predisposizioni morbose quali, ad esempio, gli oncogeni che favoriscono l'insorgenza di tumori a seguito dell'esposizione all'azione di determinati agenti.

La diagnosi di Malattia Professionale è ulteriormente complicata dall'esistenza dei «fattori concorrenti esogeni acquisiti», costituiti da eventuali *pre esistenze patologiche funzionali*, e dalle *abitudini di vita*, specie quelle

alimentari e quelle voluttuarie, e dai fattori *ambientali extralavorativi* sempre più importanti in relazione all'inquinamento dovuto all'attività umana nel suo complesso. Pertanto, nella stragrande maggioranza delle future tecnopatìe, ci troveremo sempre più di fronte ad una valutazione del «nesso di causa» che dovrà necessariamente comprendere una corretta ponderazione della concorrenza multifattoriale di fattori causali, endogeni ed esogeni, extralavorativi da correlare ad un'attenta valutazione della *causalità professionale* determinante lo sviluppo della patologia.

Concludo con una indicativa e specifica asserzione della Direzione Generale Inail tratta dalla Circolare n. 70 del 24 ottobre 2001 (*Nuove modalità di trattazione delle malattie professionali*): «*La nozione assicurativa di malattia professionale, tabellata e non, si caratterizza per l'esistenza di una causa lavorativa adeguata a produrre l'evento, ma non esclude la concorrenza di uno o più fattori concausali extraprofessionali, i quali possono anzi rappresentare, in determinate condizioni, fattori di potenziamento del rischio lavorativo e aumentarne l'efficacia lesiv.* ■

Dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 179/1988 ai giorni nostri

■ di Rosa Maffei *

Sulla presunzione legale di origine in materia di malattie professionali l'interrogativo che inizialmente ci si può porre riguarda la effettiva utilità di riconsiderare la questione con la possibilità di dire qualcosa di nuovo dopo che per decenni la Corte di Cassazione si è esercitata sull'argomento.

Alla domanda si sarebbe istintivamente tentati di rispondere in maniera negativa considerando appunto i decenni di giurisprudenza, nutritissima e fitta, che vi si è ripetuta, alimentata dal ricorso a formulazioni spesso trite e ripetitive che si sono riprodotte nel tempo sempre uguali.

In effetti, è proprio la ripetitività formale e la meccanicità nella impostazione metodologica della questione che hanno contribuito ad appannare, nella prassi giudiziaria corrente, i diversi modelli di riferimento e i differenti circuiti probatori, a seconda della tabellazione o meno della malattia, sicché la problematica si è fatta alquanto indistinta e confusa.

Vale la pena, dunque, misurarsi ancora sulla questione; per ripercorrere i tracciati della

giurisprudenza che l'ha riguardata e per far emergere le voci che in essa sono affiorate e meritano di essere ricordate per l'attualità e l'utilità che ancora presentano.

Va da sé che, nei limiti di un breve intervento come questo, non si potranno neppure sfiorare i temi della causalità giuridica e della prova in generale.

Tenterò quindi di ripercorrere per sommi capi il diverso atteggiarsi della giurisprudenza sulla prova in materia di malattia professionale e le strade che essa ha preso nel definire i differenti percorsi di accertamento. Con l'ulteriore avvertenza che l'esame della produzione giurisprudenziale che oggi propongo può risultare frammentario e privo di completezza e di rigorosi criteri classificatori.

Ad una prima, sommaria, valutazione del quadro della giurisprudenza emerge che le questioni poste dalla presunzione legale di origine delle malattie professionali sono state prospettate dai giudici di legittimità con sensibili diversità di accenti e con l'adozione di linee applicative non omogenee.

* Consulenza Legale Inca Nazionale

La funzionalità dello strumento probatorio indiretto rappresentato dalla presunzione legale di origine che fa leva sulla nozione civilistica per risalire dal fatto noto a quello ignoto (2727 cc), ha finito con il tempo per perdere i connotati specifici più vantaggiosi per gli assicurati con il rischio che i criteri dell'accertamento del nesso anche per le patologie tabellate rientrano nelle regole della prova piena.

L'impossibilità di mettere a punto una definizione omnicomprensiva della nozione di malattia professionale indusse il legislatore a optare per una elencazione a carattere tassativo delle ipotesi alle quali – una volta verificate – doveva essere ricollegata, ai fini della tutela assicurativa, una presunzione normativa circa il nesso eziologico con il lavoro.

La scelta di tecnica legislativa, originariamente adottata fin dai primordi dell'assicurazione di procedere per elencazione delle malattie tipizzate, era intesa ad escludere margini di ambiguità applicativa e – quindi – a cristallizzare il rischio assicurato con l'effetto di configurare normativamente la riconducibilità delle malattie incluse nella tabella al fattore lavorativo quale conseguenza del rischio professionale.

L'adozione di tale tecnica legislativa avrebbe comportato, e comportò, l'esonero dall'onere probatorio a carico del lavoratore circa l'eziologia della malattia lamentata.

Al sistema tabellare, dal quale derivava l'ammissione alla tutela assicurativa in presenza del triplice requisito dell'esistenza di una tra le malattie tabellate, dell'esposizione del soggetto ad una delle lavorazioni nocive indicate in tabella e della manifestazione della malattia entro i tempi anch'essi tabellati, era connessa *per implicito* l'adozione della «presunzione legale dell'origine professionale» della malattia¹.

La legge, dunque, non consacrava espressamente il principio della «presunzione» d'origine, ma questo *era insito* nel sistema tabellare, per cui, anche se gli artt. 3 e 211 del T.u. si riferivano alle malattie professionali contratte nell'esercizio ed a causa delle lavorazioni specificate nella tabella, l'inciso «a causa» non significava la necessità di una prova specifica del nesso eziologico, ma, semplicemente, la riferibilità della malattia alla lavorazione in via di presunzione legale. Questa presunzione era dunque connaturata alla stessa elencazione delle tecnopatie e delle lavorazioni protette.

Il sistema tabellare, nella previsione legislativa originaria, costituiva dunque *una reale garanzia per i lavoratori interessati alla copertura del rischio delle malattie professionali*, dal momento che l'adozione di un diverso sistema, con il quale si fosse genericamente ammessa la tutela assicurativa per le malattie professionali senza specificazione delle

¹ Ciò si evince chiaramente dagli artt. 3 e 211 del T.u., che rispettivamente per il settore dell'industria e per quello dell'agricoltura, prevedendo l'obbligatorietà dell'assicurazione «per le malattie professionali indicate» nelle tabelle nn. 4 e 5, le quali siano «contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni specificate» nelle tabelle, nonché dagli artt. 134, I comma, e 254, che condizionano il diritto alle prestazioni assicurative per le malattie professionali ove sia già avvenuta la cessazione della lavorazione protetta, al verificarsi dell'inabilità o della morte entro il periodo massimo di indennizzabilità di cui si è detto.

malattie e delle lavorazioni considerate patogene, avrebbe comportato necessariamente un rigoroso onere di prova sul nesso a carico degli interessati.

Nelle intenzioni del legislatore un siffatto sistema offriva ai casi rientranti nella tabella – e cioè ai lavoratori impegnati nelle lavorazioni di maggiore pericolosità sotto il profilo morbigeno e quindi più degli altri meritevoli di protezione – una sorta di «*automatismo*» nel riconoscimento della causa di lavoro, anche allo scopo di eliminare ogni disparità di trattamento nell’attuazione concreta della tutela.

Si adottò dunque lo strumento probatorio indiretto il cui fondamento razionale era costituito dall’*id quoad pleurumque accidit* cioè dall’*ordine normale delle cose* per cui, in base all’esperienza e alle nozioni scientifiche, deve ritenersi che un evento sia causa di un altro.

Il risultato di un *processo logico*, dunque, che fa capo ad un *espediente* di tecnica legislativa finalizzata a conferire certezza a determinate situazioni giuridiche e che, sul versante del processo, comporta una *diversa ripartizione dell’onere della prova*.

Va alla sentenza n. 206 del 1974 della Corte Costituzionale il merito di *aver preso atto* del principio della «presunzione legale d’origine», di averne delineato la portata di vantaggio per i casi tabellati e, di contro, di aver messo in luce *la precarizzazione della tutela* che sarebbe derivata dalla abolizione del sistema di lista per i casi non tabellati, sistema di lista appunto che era la contropartita del sistema tabellare chiuso e che – lo af-

fermò in quella occasione la Corte – consiste proprio nella protezione rafforzata sul piano probatorio. Notazioni ineccepibili che servirono tuttavia per legittimare il sistema della lista «chiusa».

Dovettero trascorrere circa quattordici anni, affinché, sotto le pressanti istanze del mondo del lavoro ed anche per le raccomandazioni comunitarie, la Corte Costituzionale si risolvesse a sostituirsi al legislatore rimasto fino ad allora inerte di fronte ai suoi stessi ripetuti richiami; con la sentenza n. 179\1988 si pose termine al sistema della lista chiusa e si instaurò finalmente il regime del sistema misto.

La decisione, di natura additiva, estese dunque la tutela assicurativa dai casi tabellati, che avrebbero dunque continuato a comportare, sul piano probatorio, il vantaggio della presunzione dell’origine professionale della malattia, ai casi non tabellati, per i quali dovevano valere i principi generali in ordine all’onere della prova.

Prima di tentare una verifica dei percorsi seguiti dalla giurisprudenza di legittimità nel dar corpo ai due diversi regimi, *anticipo una prima, provvisoria, valutazione* riguardo alle difficoltà che si sono registrate nell’intento di perpetuare la connotazione di vantaggio e di effettività del mezzo di prova presuntiva che – già incerta all’inizio – è andata via via affievolendosi.

Uno dei motivi che può aver agito *sull’affievolimento del vantaggio* connesso alla presunzione legale di origine è stato, su un piano teorico, una iniziale diffidenza verso lo

strumento probatorio presuntivo atto a dar corpo ad una realtà processuale con sacrificio di quella validata dalla dimensione storica o prettamente scientifica. Già all'indomani del varo della storica pronuncia una parte autorevole della dottrina medico legale manifestò riserve ad accettare, sul piano della prova, *una costruzione essenzialmente giuridica* della causalità professionale.

In un'ottica riduttiva, si pose in rilievo che fosse necessaria una diagnosi eziologica della malattia per giungere alla conclusione che, in definitiva, il principio della presunzione d'origine avrebbe offerto ben poco vantaggio. E gli echi di tali rilievi critici si rinvergono, come si vedrà, in quella parte della giurisprudenza che è andata alla ricerca, per ritenere operante la presunzione legale di origine, degli elementi di peculiarità del quadro clinico. L'operatività della presunzione d'origine professionale trovò dunque uno spazio applicativo *solo residuale*, nei casi cioè

di malattie *fortemente dotate di sintomi specifici* tali da farle già riconoscere come malattie di origine professionale.

In tale ambito il criterio presuntivo rischiava di rimanere inattivo giacché l'attribuzione della eziologia professionale derivava, senza alcuna incertezza, dalla formulazione della stessa diagnosi.

Con l'evoluzione della epidemiologia lavorativa si è registrata, si sa, una drastica riduzione dei quadri clinici classici con il parallelo incremento delle malattie aspecifiche e dovute a plurifattorialità.

I quadri clinici con peculiarità patognomiche chiaramente riferibili alla causa lavorativa sono diminuiti o presentano contorni sempre più sfumati.

Sicché la tecnica elaborativa della tabella a partire dal 1965² ha subito sostanziali modifiche: da una parte è stato ampliato il numero delle forme di tecnopatie a contorni definiti, dall'altra ne sono state incluse altre, per così dire «innominate», *prive cioè*

² Cronologia della tabellazione delle malattie professionali:

- 1929: Regio Decreto n. 928 che prevede la tutela di sei gruppi di malattie professionali nel settore dell'industria;
- 1943: l'assicurazione viene estesa alla silicosi e all'asbestosi;
- 1952: la tabella del 1929 viene ampliata e le malattie elencate salgono a 40 voci (legge 1927);
- 1958: estensione della tutela all'agricoltura con previsione di un elenco di sette malattie;
- 1965: come allegato al Testo Unico nuova tabella che riproduce con integrazioni e lievi modifiche l'elenco del 1952;
- 1975: (d.p.r. n. 482) le voci salgono a 49 per l'industria e a 21 per l'agricoltura;
- 1988: con la sentenza n. 179 la corte cost. introduce il sistema misto;
- 1994: d.p.r. 336 le tabelle delle malattie professionali del 1975 vengono ampliate: le voci incluse per l'industria salgono a 58 e a 27 per l'agricoltura;
- 2000: il d.lgs. n. 38 dispone all'art. 10 l'istituzione di una Commissione per la revisione delle tabelle;
- 2004: dm 27 aprile Elenco delle malattie di probabile origine lavorativa;
- 2008: dm 14 aprile Elenco delle malattie di probabile origine lavorativa;
- 2008: dm 9 aprile nuova tabella delle malattie professionali dell'industria e agricoltura. Si mantiene un elemento di continuità con le precedenti: struttura tripartita in malattie lavorazioni e periodo massimo di indennizzabilità nonché la clausola di chiusura che assicura la presunzione di origine per le malattie comunque causate da agenti patogeni tabellati.

di una precisa definizione clinica e caratterizzate solo dal riferimento agli agenti nocivi responsabili («malattie causate da...») riferimento che, con analogia definizione, viene esteso alle corrispondenti lavorazioni morbigena («lavorazioni che espongono all'azione di...»).

Dunque, i dati normativi offerti dalle stesse tabelle hanno assunto, al proprio stesso interno, elementi che *prescindono* da ogni considerazione della *tipologia delle singole tecnopatie* e si presentano prive di strumenti definitivi di ciascuna di esse, con indubbia maggior flessibilità ed espansività del sistema tabellare, ma con conseguente maggiore impegno nella verifica della causa.

In altri termini, alla genericità nella individuazione della malattia professionale («malattie causate da...») corrispondeva una genericità nella indicazione delle lavorazioni protette («lavorazioni che espongono all'azione di...») che, in un'ottica non attenta ai valori fondanti della tutela degli infortuni e malattie professionali, ha rischiato di dar luogo addirittura ad *un aggravamento dell'onere probatorio* in capo al lavoratore rispetto alla metodologia seguita dal legislatore nell'elaborare le precedenti tabelle.

La tabella delle malattie professionali dell'industria e agricoltura da ultimo varata nel 2008 presenta la classica *struttura tripartita* in malattie, lavorazioni e periodo massimo nonché *la previsione di chiusura* («malattie causate da...») che assicura (o dovrebbe assicurare) la presunzione di origine per le malattie comunque causate da agenti patogeni tabellati.

La tabella del 2008 presenta però anche grandi *elementi di novità* consistenti non solo nell'ampliamento del numero delle patologie protette e nell'inclusione di nuovi principi attivi e di nuove patologie da cause fisiche (la malattia muscolo-scheletrica da sovraccarico biomeccanico, per citarne una) ma – ai fini che qui interessano – ripropone la specificazione di malattie nosologicamente definite con le corrispondenti lavorazioni patologene.

Si tratta di una innovazione di grande rilievo perché compendia i criteri metodologici adottati nella predisposizione delle precedenti tabelle che, di volta in volta, avevano privilegiato, nella prima fase, la tipizzazione delle patologie protette attraverso la loro definizione nosologica, tipizzazione che rendeva certo più agevole la riconduzione al lavoro della patologia, e quella successiva con una previsione più lata delle malattie evocate solo per i fattori patogeni che perseguiva una tutela più dinamica ma faceva nascere delle serie difficoltà con riguardo alla individuazione del rischio assicurato laddove, sostituita la definizione nosologica con indicazione del solo agente patogeno, ha determinato un affievolimento del vantaggio per la prova dell'origine professionale e, quindi, una attenuazione delle differenze tra malattie tabellate e non.

La giurisprudenza di legittimità, già in epoca lontana e fin dai primi anni '80, nell'esaminare le fattispecie riconducibili prevalentemente alla tabella del 1975, adottò un orientamento tendenzialmente rigoroso e restio ad ammettere che il legame eziologico tra la malattia e la causa lavorativa potesse essere re-

golato da un principio automatico e che la riconduzione alla lavorazione potesse essere quindi oggetto di una presunzione con sacrificio dei criteri classici della causalità giuridica. Peraltro, la funzionalità della prova privilegiata di tipo presuntivo fu messa a dura prova dalle *rapide modifiche della epidemiologia lavorativa* e dalla forte riduzione – come si è detto – del numero delle malattie riconducibili a quadri clinici tipici, da un lato, e all'aumento delle malattie professionali multifattoriali, dall'altro.

La complessità delle malattie a genesi multifattoriale comporta, secondo la linea interpretativa dominante nonostante la natura tabellata delle lavorazioni e degli agenti chimici connessi, la necessità di *far ricorso a principi scientifici* di tipo almeno probabilistico.

Venivano così replicati i criteri enunciati, seppur con diverse graduazioni, in ambito penalistico tali per cui non può giungersi comunque e indipendentemente dalla inclusione della patologia e dai fattori agenti nella tabella alla dimostrazione del nesso di causalità se non attraverso una ricostruzione in termini almeno di probabilità qualificata e con ricorso a elementi di sostegno di tipo statistico, epidemiologico, tossicologico, clinico ed altro.

L'esame delle pronunce rese dalla Cassazione in epoca anteriore alla riforma del 1988 fanno richiamo al meccanismo della presunzione legale di origine e *definiscono in termini del tutto ripetitivi i ruoli processuali* del lavoratore ricorrente e dell'istituto assicuratore reiterando i principi, ben noti, che si compendiano nelle canoniche regole:

- il lavoratore è tenuto a dimostrare che la affezione di cui soffre rientra fra le specifiche tecnopatie previste dalle tabelle manifestatasi nell'arco di tempo predeterminato;
- che ha eseguito le lavorazioni anch'esse incluse in tabella;
- che il nesso di causa nelle malattie tabellate è controvertibile (la presunzione non è assoluta) e l'Inail, se vuole escluderlo, deve fornire la prova della causa extralavorativa.

Ripetività, si diceva, in cui si avverte una sorta di *ossequio di stile* ai dati formali del sistema presuntivo di cui tuttavia spesso *non si colgono fino in fondo le conseguenze*: e cioè che le malattie nosologicamente definite debbono essere ricondotte al lavoro senza che per esse si richiedano altre condizioni aggiuntive e, per le altre malattie non nominate, si deve verificare se la scienza medica ne conferma la loro compatibilità in astratto con il lavoro.

Le pronunce evidenziano dunque una costante conferma del principio di diritto con formale condivisione della regola giuridica, ma l'esame del fatto e delle motivazioni delle decisioni fanno scorgere notevoli differenze nella concezione stessa del meccanismo della presunzione.

Il richiamo ad alcune sentenze consente una schematizzazione dei profili più ricorrenti delle vicende giudiziali che hanno delineato l'operatività della prova agevolata.

Le linee direttrici della nutritissima produzione giurisprudenziale della Cassazione in tema di nesso di causa e di presunzione le-

gale nelle malattie professionali si prestano ad essere schematicamente sintetizzate con la formulazione di questi interrogativi:

1. la sussistenza di una malattia elencata nella tabella e la prova della avvenuta esposizione del lavoratore al rischio morbigeno bastano per dar corso in via presuntiva alla prova dell'origine professionale o la malattia stessa deve presentare *i caratteri peculiari* della malattia professionale?
2. Per ritenere accertato il legame tra la patologia e il lavoro è sufficiente che l'agente morbigeno, in quanto incluso in tabella, sia ritenuto *in astratto* responsabile della insorgenza della malattia o è necessario che esso – *in concreto* e con riguardo al caso specifico – abbia agito nel determinismo della malattia? *In quest'ultima ipotesi per la verifica del nesso causale* quale grado di consistenza esso deve assumere? Basta la probabilità?
3. Ed ancora, che consistenza deve rivestire la prova contraria a disposizione dell'Inail per vincere la presunzione legale?

Negli anni '90 sugli oneri probatori a carico dell'assicurato, ai fini della presunzione legale del nesso causale, si registrarono due diversi orientamenti:

- l'uno, che riteneva sufficiente la sussistenza di una malattia inclusa nella tabella e la prova della avvenuta esposizione del lavoratore al rischio morbigeno³;
- l'altro, che condizionava la operatività della presunzione di origine alla prova che la malattia presentasse le *caratteristiche peculiari* della malattia professionale, quel *quid plus*, quel tratto tipico che la differenzia dalla malattia comune⁴.

Su questa problematica si è spesa gran parte della giurisprudenza di legittimità di quegli anni con particolare riguardo alle sordità da rumore e alle broncopneumopatie (prevalentemente nel settore edile e in agricoltura) che nella tabella del 1975 erano tra le poche malattie richiamate con la loro denominazione clinica.

Un orientamento minoritario escludeva il rapporto di causalità solo quando l'Inail fosse in grado di fornire la prova che la contrazione della infermità fosse stata determinata da fattori del tutto estranei o diversi dalle lavorazioni morbigeno⁵.

Ma si trattava di voci isolate perché poi, massicciamente, in quegli anni prese corpo una giurisprudenza che reclamava il tratto di tipicità della malattia per ritenere applicabile il percorso probatorio agevolato.

³ Cass. 5710/1979; Cass. 747/1983; Cass. 2908/1984; Cass. 5178 del 1985; Cass. 3131 del 1986; Cass. 5180 del 25-8-1986; Cass. 7551 del 1987; in fattispecie di manovale edile affetto da malattia broncopolmonare Cass. 2122 del 1985. Cass. 6357 del 1987 e in un caso di lavoratore agricolo esposto ad micete sia pure ubiquitario Cass. n. 4929 del 1987.

⁴ Cass. 6152 del 1984; Cass. 7660 del 1986; Cass. 89 del 1986; Cass. 3696 del 1987; Cass. 7243 del 1986; Cass. 617 del 1987 e Cass. 6155 del 1987; Cass. 1906 del 1988 in tema di broncopneumopatia in lavoratore agricolo.

⁵ Cass. sent. n. 6138 del 1983; n. 2122 del 1985 e n. 5178 del 1985, nonché sentenze n. 6778 e 7551 del 1987. Cass. civ., sez. Lavoro 20-03-1990, n. 2303 con la precisazione che non basta per escludere il nesso causale la modesta percentuale di sostanze nocive inalate Cass. civ., sez. Lavoro 25-08-1986, n. 5180.

In prevalenza, per l'ammissione all'indennizzo si richiedevano dunque *i caratteri peculiari* della malattia professionale. Non ha incontrato – sia detto per inciso – grande fortuna, rimanendo pressoché isolata – l'opinione di Franco Agostini, secondo il quale il lavoratore ha certamente l'onere di fornire la prova – alla stregua delle regole generali – della malattia e dell'esposizione al rischio, il tutto secondo tabella, ma che non si può pretendere da lui la dimostrazione anche della malattia «tipica» o comunque «specificata» e quindi già professionale perché in tal caso la presunzione legale verrebbe ad essere del tutto annullata e si darebbe luogo ad una vera e propria tautologia, sicché avrebbe natura professionale la malattia che si dimostri essere determinata dallo svolgimento dell'attività lavorativa.

Questa problematica potrebbe essere ritenuta esaurita giacché le sordità da rumore e le broncopneumopatie hanno ceduto la scena alle patologie non tipizzate clinicamente, ma riconducibili causalmente al lavoro (rientranti nella previsione tabellare con la dizione delle «malattie causate da...»).

Ma la problematica potrebbe nuovamente riaffacciarsi e tornare di attualità allorquando, nella vigenza della tabella da ultimo varata, saranno dedotte le malattie nosologicamente definite: in tal caso potrà ancora chiedersi la prova della tipicità della malattia? È una eventualità da tenere sotto osservazione.

Per le malattie tabellate di origine multifattoriale e in particolare per le malattie neopla-

stiche qualificate solo con il richiamo all'agente morbigeno («malattie causate da...») può formularsi, nei casi concreti, il dubbio circa l'eziologia lavorativa dal momento che non sono distinguibili i diversi momenti eziologici, lavorativi ed extralavorativi.

Le pronunce della Cassazione replicano ritualmente l'affermazione diventata ormai un luogo comune ereditato anch'esso da una lunghissima tradizione interpretativa in base alla quale per le malattie a genesi multipla «*il nesso eziologico non può essere oggetto di semplici presunzioni tratte da ipotesi tecniche teoricamente possibili, ma necessita di concreta e specifica dimostrazione, quanto meno in via di probabilità*»⁶.

È su questo versante, e cioè su quello della multifattorialità che si è consumata una sorta di sconfinamento, una perdita di senso della prova alleggerita quasi che la genesi plurale della malattia comportasse un suo necessario inquadramento nell'alveo della prova piena.

Diventa spesso difficile ricavare dalle motivazioni, sempre più succinte, delle sentenze della Corte di Cassazione il dato della inclusione o meno nella lista della malattia dedotta in giudizio e tanto meno rintracciare gli echi della bipartizione indotta dal sistema di lista aperta.

Con la ritualità dell'affermazione che le malattie di origine multifattoriale non sopportano presunzioni, le sentenze della Cassazione ci consegnano un lungo e variegato

⁶ Cass. 5638 del 1991.

catalogo di canoni da utilizzare per la verifica del nesso di causalità.

La riferibilità al lavoro è prevista:

- in termini di «mera probabilità», purché vi siano «ulteriori elementi idonei «a tradurre le conclusioni in termini probabilistici del consulente tecnico in «certezza giuridica»⁷;
- in termini di «rilevante grado di probabilità»⁸ di ragionevole probabilità⁹ o di «probabilità qualificata», da verificare attraverso «ulteriori elementi (come i dati epidemiologici), idonei a tradurre la conclusione probabilistica in certezza giudiziale»¹⁰;
- in termini di alto grado di credibilità razionale o elevata probabilità logica.

Il catalogo è lungo e a volte spiazzante. Certamente va dato atto alla Cassazione che nel gioco delle prove ha opportunamente dato piena cittadinanza al *principio della equivalenza causale* che svolge un ruolo fondamentale laddove siano evocate dall’Inail in sede di controprova fattori non lavorativi quali la «naturale predisposizione», i comportamenti voluttuari (*in primis*, il tabagismo), che possono agire in sincronia con il rischio professionale¹¹.

Ma il *favor* che permea il sistema di verifica del nesso di causalità e che è tradizionalmente riservato al lavoratore tecnopatico pare essersi attenuato, per non dire del tutto consumato, giacché la natura multifattoriale delle malattie ha trasportato la prova in *una sorta di zona grigia* in cui rischiano di valere criteri sostanzialmente sovrapponibili a quelli della malattia non inclusa in tabella. Seppur ad un sommario esame, la evidenza di tale percezione si acuisce notevolmente se si considera che a pochi mesi di distanza¹² la Corte, da un lato, ha respinto la domanda di un operaio verniciatore affetto da carcinoma vescicale giacché ha ritenuto non raggiunta la prova che nella composizione dei prodotti utilizzati fossero contenute le amine aromatiche; dall’altro, ha accolto la domanda di un impiegato comunale affetto da una patologia respiratoria in quanto esposto a fumo passivo¹³ o quella di un dirigente affetto da tumore cerebrale dovuto all’uso del telefono cellulare¹⁴.

Ed ancora, non va passata sotto silenzio l’oscillazione che la giurisprudenza di legittimità mostra in ordine alla idoneità a conferire il crisma di malattie tabellate – e quindi – il beneficio della prova presuntiva *alle patologie incluse nelle liste delle malattie*

⁷ Cass. 2940, 14 marzo 1995.

⁸ Cass. 6094, 1996.

⁹ Cass. 19047, 2006.

¹⁰ Cass. 6388/1998 e Cass. 12909/2000.

¹¹ La giurisprudenza è concorde nel ritenere che il fattore lavorativo cede il passo nel determinismo della malattia solo se quello extralavorativo sia di per sé sufficiente a produrre l’infermità con un criterio di adeguatezza causale il cui giudizio è rimesso alla scienza medica.

¹² Cass. 14 luglio 2011 n. 13400.

¹³ Cass. 10 febbraio 2011 n. 3227.

¹⁴ Corte di Cassazione – Sezione Lavoro – Sentenza n. 17438 depositata il 12 ottobre 2012 – Inail c. M.

con elevata probabilità di origine professionale.

Nel 2008, la questione fu presa in esame dalla Corte di Cassazione che ritenne censurabile una decisione dei giudici d'appello baresi sul rilievo che essi, nel ripartire l'onere probatorio tra l'Inail ed un lavoratore affetto da leucemia, addetto in un calzaturificio all'incollaggio e alla serigrafia, avevano ommesso di considerare che le liste del 2004 avevano incluso, tra le malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità, proprio la leucemia, indicando il benzene quale fattore scatenante la tecnopatia, senza quindi applicarle la presunzione legale in ordine al rapporto causale o concausale¹⁵.

All'opposto, nell'indagare l'origine di un carcinoma polmonare riconducibile, ad avviso dei congiunti del defunto lavoratore dipendente della Montedison, ai vapori di acidi inorganici solforosi, la Corte ha escluso l'origine professionale sia per mancanza di prova come addetto al forno sprigionante gas sia perché il contenuto del Dm n. 14563 non si inserisce nella tabella. La sentenza è del 2011¹⁶.

Concludo la rassegna richiamando diffusamente una importante sentenza che fornisce un vero e proprio modello operativo utile a dare contorni precisi al regime della prova per le malattie non definite nosologicamente ma riferibili agli agenti patogeni tabellati. Si tratta della sentenza n. 19047 del 2006 - Est.

De Matteis, pubblicata sulla Rivista Italiana di medicina legale con nota adesiva di Barni. La vicenda processuale verte sul caso di un calzolaio esposto ad anilina e affetto da carcinoma alla vescica.

La sentenza fornisce un efficace schema di tecnica processuale ai fini di una corretta metodologia e per ridefinire, riportandolo nel suo giusto alveo, il sistema della presunzione di origine in termini differenziali rispetto a quello ordinario.

Nel riferirsi alle «malattie causate da...» e delle «lavorazioni che espongono all'azione di...» la Corte sottolinea la necessità che si accerti che la malattia lamentata rientri tra quelle che risultano provocate dall'agente tabellato, secondo le acquisizioni della scienza medica.

Anche nelle malattie professionali tabellate, una volta assolto l'onere probatorio di descrivere i fatti materiali relativi all'esposizione al rischio, la scienza medica ed il consulente medico legale – annota la Corte –, assumono un ruolo centrale nell'accertamento del nesso causale, che prescinde dagli oneri probatori di parte.

In altri termini l'inclusione di una sostanza cancerogena nella tabella non implica la presunzione legale che qualsiasi malattia cancerosa sia professionale, ma solo quella specifica forma tumorale che la scienza medica ha accertato come provocata da quella sostanza patogena. Al riguardo la Corte richiama un proprio precedente in cui per le malattie multifatto-

¹⁵ Cass. civ., sez. Lav. 03-04-2008, n. 8638.

¹⁶ Cass. 25977 del 2011.

riali l'accertamento va limitato alla *mera compatibilità* (Cass. 6 aprile 2006 n. 8002 che parla di «astratta derivazione dalla lavorazione tabellata»).

Nel caso, viceversa, di agente non tabellato, la prova del nesso causale è ad esclusivo carico del lavoratore, nel senso che *egli dovrà allegare e provare i fatti materiali* (nel caso di specie i prodotti usati dal lavoratore nella sua vita lavorativa), sui quali si svolgerà d'ufficio il giudizio medico legale che solo può stabilire il nesso causale dal punto di vista della scienza medica.

Pertanto, la prima operazione che il giudice del merito deve compiere – afferma la Corte con toni decisamente e opportunamente didascalici – è quella di definire se l'agente patogeno di cui si discute rientri in una voce della tabella, o della lista, o in nessuna. La seconda operazione è di accertare se la specifica forma tumorale è, secondo la scienza medica, causata dall'agente patogeno tabellato.

In conclusione ai fini dell'operatività della presunzione legale il quadro delle diverse evenienze può schematicamente e con le conseguenti approssimazioni essere così riassunto:

– in caso di malattie tabellate e nosologicamente definite al lavoratore più della prova della malattia e delle lavorazioni e del rispetto dei tempi massimi nulla si può chiedere: qui la presunzione scatta automaticamente. All'Inail la controprova rigorosa del fattore eziologico extralavorativo di carattere esclusivo, si da giustificare la formulazione di una diagnosi differen-

ziale per l'esistenza di una patologia di carattere comune.

– In caso di una malattia tabellata, ma non definita nosologicamente, il lavoratore dovrà provare che essa presenta un quadro astrattamente ad essa riferibile; in tal caso sarà necessaria la prova attraverso rilevazioni scientifiche che essa è compatibile con il lavoro e può trovare origine nella esposizione all'agente patogeno tabellato.

Mi avvio a concludere con due brevi notazioni. La prima, di carattere generale e di metodo, attiene al comportamento costantemente oppositivo che l'Inail assume nei giudizi in cui è convenuto, negando indiscriminatamente l'assunto dei lavoratori ricorrenti ed escludendo che la patologia dedotta possa essere ricondotta al lavoro per l'indennizzo.

Ritengo che la ricerca della origine professionale della malattia – sia nei termini alleggeriti sia in quelli di prova piena – *non dovrebbe ricadere esclusivamente* sul lavoratore dovendo contribuire alla ricerca della prova anche l'Istituto assicuratore se non *altro per l'interesse pubblicistico che informa la gestione dell'assicurazione*.

La seconda notazione è di carattere pratico operativo e riguarda la necessità che si radichino sempre più nella nostra prassi corrente il tema e le implicazioni della presunzione legale d'origine e dei suoi vantaggi rispetto ai percorsi della prova piena, al fine di contribuire a rendere anche i giudici sempre più consapevoli dei loro tratti differenziali.

Potrebbero essere messi a disposizione degli operatori, amministrativi legali e medici, accanto a quella preziosa strumentazione già garantita dalle circolari, dalle newsletter e dalle numerose pubblicazioni monografiche, anche altri supporti che possano servire a rendere più rigorosa l'impostazione dei ricorsi introduttivi e l'articolazione degli oneri allegatori e probatori nonché la formulazione dei quesiti al Ctù specificamente tarati sui diversi iter probatori, sì da obbligare il

giudice e il consulente a dare risposte strettamente orientate sulle specificità delle diverse situazioni da valutare.

L'auspicio è che i ricchi e multiformi spunti messi in luce dalla discussione di oggi e da quelli che verranno dagli interventi che seguiranno possano tradursi in un sapere diffuso che dia sempre maggiore consistenza alla tutela delle malattie professionali a cui siamo chiamati in sede amministrativa e in sede giudiziaria. ■

La presunzione legale del rischio

■ di Laura D'Amico*

Il sistema giuridico italiano in tema di assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali prevede il cosiddetto sistema misto, comprendente sia le malattie «tabellate» o tipiche (essendo specificamente previste in tabella sia le lavorazioni che le tecnopatie relative), sia quelle non tabellate, non per questo non tutelate dall'ordinamento (sentenza della Corte Costituzionale n. 179 del 18.2.1988).

Concentrando l'attenzione sulle malattie professionali tabellate, è ben noto che in relazione ad esse vige il principio della presunzione legale del rischio (*dunque del nesso eziologico*), dovendosi il lavoratore limitare a fornire la prova dell'esposizione lavorativa e della patologia contratta, entrambe corrispondenti a quelle previste tabellarmente.

Sia la dottrina che la giurisprudenza anche di legittimità, più risalente nel tempo, avevano inizialmente posto il quesito relativo alla presunzione, se cioè trattasi di presunzione *juris et de jure* (non essendo pertanto consentita la prova contraria), o invece *juris tantum* (consentita la prova contraria). L'or-

mai, per il momento, consolidata giurisprudenza del Supremo Collegio si è attestata nel ritenere tale presunzione *juris tantum*, essendo pertanto consentito all'Inail, che intenda contestare la natura professionale della patologia denunciata, offrire la prova che la stessa è dipesa, *nel caso concreto*, da fattori extra lavorativi da soli sufficienti a causare la patologia in questione.

Alla prova della sussistenza dei fattori extralavorativi di cui s'è detto è equiparata la prova della *inefficacia lesiva dell'esposizione morbigena* (ad es.: un tumore polmonare di un lavoratore esposto per un mese ad asbesto e accanito fumatore per lunghi anni).

Laddove, pertanto, il lavoratore abbia assolto all'onere probatorio sia in relazione alla lavorazione morbigena e alla patologia contratta, entrambe previste tabellarmente, il Giudice è esonerato dal disporre accertamenti sul nesso eziologico che, si ribadisce, *deve essere presunto ex lege*. Sarà semmai l'Inail, in caso di contestazioni, a dover fornire la rigorosa prova, con riferimento al caso concreto, dell'inidoneità lesiva del-

* Coordinatrice Consulenza legale Inca Cgil Piemonte

l'esposizione lavorativa o dell'esistenza comunque di una causa extralavorativa, che ha assunto un ruolo assolutamente preponderante (quando non esclusivo) nell'insorgenza della patologia denunciata.

Una corretta applicazione della legge in tema di presunzione legale del rischio esonera pertanto il lavoratore dal fornire prova sull'esistenza del nesso causale, sia attraverso la produzione di consulenze mediche di parte, sia attraverso un'eventuale istanza di perizia all'uopo deputata, perizia che dunque, in una rigorosa interpretazione della legge, non dovrà pertanto essere disposta.

Giova peraltro sottolineare come nel corso dei decenni il sistema tabellare ha conosciuto una sua evoluzione, passando da una originaria impostazione basata sulla individuazione degli agenti patogeni e delle lavorazioni morbigene singolarmente indicati, ad una e più elastica, basata sull'indicazione generica di «malattie causate da» e delle «lavorazioni che espongono all'azione di»; ciò con l'evidente intento di consentire alla scienza medica e al sistema di seguire lo sviluppo tecnologico tutelando i lavoratori per la nocività insita in nuove sostanze usate nei processi produttivi, onde consentire tra l'altro l'individuazione di nuovi nessi eziologici e di nuove patologie professionali. Di fronte a patologie multifattoriali (sempre più ricorrenti) ci si è posti il quesito se la multifattorialità, in uno con una maggior elasticità dell'indicazione tabellare delle lavorazioni, possa in qualche modo indebolire il principio legale di presunzione del rischio, con conseguente aggravio di oneri probatori in

capo al lavoratore. È tesi, questa, sempre più ricorrente da parte dell'Inail che, nel costituirsi in giudizio e contestare la pretesa prestazione, ritiene sia sufficiente eccipire la multifattorialità della patologia per ottenere un provvedimento a sé favorevole, sul presupposto che il lavoratore avesse l'onere probatorio di provare anche il nesso eziologico. Tale orientamento, troppo spesso seguito da Giudici del merito impreparati e disattenti, non trova giustificazione nella legge, né conforto nel costante orientamento del Supremo Collegio.

Si è già detto come l'orientamento per ora prevalente ritenga la presunzione legale del rischio una presunzione relativa (con possibilità di prova contraria), non una presunzione assoluta. Ciò significa che laddove l'Inail intenda contestare la natura professionale potrà (e dovrà) fornire la prova, in relazione al caso concreto, della natura extra professionale della patologia, senza che ciò comporti un qualche aggravio di onere probatorio in capo al ricorrente.

Diversamente si atteggia l'onere probatorio in capo al ricorrente nei confronti delle tecnopatie che tabellarmente vengono previste con indicazione generica («neoplasia»), laddove si tratti di patologie multifattoriali. In tali casi, in ossequio tra l'altro ad un costante orientamento del nostro Supremo Collegio, il lavoratore, dimostrata la corrispondenza delle tabelle sia alla lavorazione morbigena che alla patologia contratta (neoplasia), dovrà altresì fornire la prova che *in astratto, in relazione ai migliori risultati della scienza medica, la patologia in concreto contratta è compatibile con l'esposizione alla lavorazione e lo so-*

stanza tabellate, senza dover fornire ulteriori prove rispetto al caso concreto. Trattasi in tale caso di presunzione «affievolita» (cfr. fra le tante: Cassazione Civile, Sezione Lavoro, 26.7.2004 n. 14023). Nelle ipotesi, su richiamate, di patologie genericamente previste in tabella è pertanto possibile ritenere legittimo un aggravio dell'onere probatorio in capo al ricorrente ma, si ribadisce, senza disamina del caso concreto. Spetterà semmai all'Inail, in caso di contestazione e come già previsto per le altre ipotesi su richiamate, fornire la prova che rispetto al caso concreto (e non in astratto) la patologia in questione non è dipesa, neppure concausalmente, dalla lavorazione morbigena.

Trattando il tema dell'onere probatorio, in capo al ricorrente, relativo alla ricollegabilità in astratto della patologia contratta alla lavorazione morbigena a cui è stato esposto, giova ricordare che tra le fonti di conoscenza scientifica ben possono essere annoverati i dati contenuti nella lista n. 1 («elevata probabilità») contenuta nelle tabelle pubblicate a far data dal 2008, in relazione alle patologie per le quali è stato ampliato l'obbligo di segnalazione e denuncia ai sensi dell'art. 139 Testo Unico.

In tema di onere probatorio e in relazione alle quotidiane esperienze giurisprudenziali, giova poi richiamare l'attenzione sui poteri d'ufficio che il Giudice del Lavoro può, e deve, esercitare ogni qualvolta ritenga che la prova offerta dal ricorrente necessiti di approfondimenti, quando non di ulteriori indagini. Troppo spesso Giudici del merito

respingono i ricorsi lamentando come il ricorrente abbia assolto in modo incompleto al proprio onere probatorio, dimentichi dei doveri d'ufficio loro imposti dalla legge. Esemplarmente chiarificatrici, al riguardo, i ripetuti anche recenti richiami sul punto della Suprema Corte di Cassazione (Cassazione Civile, Sezione Lavoro, 15.5.2007 n. 11087: «l'attuale tabella all. 4 al Dpr 30.6.1965 n. 1124 è formulata in modo che per alcune malattie, ad esempio ipoacusie, indica la lavorazione costituita da mansione tipica, ad esempio martellatura sulle lamiere, e per altre, proprio al fine di ampliare la tutela del lavoratore, in relazione alla continua evoluzione delle tecnologie produttive, indica non una nominata tradizionale lavorazione o mansione, bensì l'agente patogeno, ad esempio amine aromatiche e genericamente tutte le lavorazioni che espongono all'azione di tale fattore patogeno. Nel primo caso la prova è semplice, basta che il lavoratore allegli e provi, con testi, con libretto di lavoro, con la non contestazione del convenuto ecc., di essere stato addetto alla martellatura delle lamiere; nel secondo caso il fattore patogeno, ad esempio l'amina aromatica, è contenuto nelle sostanze chimiche usate, delle quali il lavoratore può non conoscere la composizione, né si può pretendere che la conosca. In tutti i casi l'onere di allegazione e di prova è assolto con la indicazione delle mansioni; nel primo caso scatta la presunzione legale, nel secondo caso, perché questa scatti, la prova offerta dal lavoratore deve essere integrata dall'ufficio, tramite i Ctu, con la individuazione nelle lavorazioni cui afferiscono le mansioni, delle sostanze usate e quindi dell'agente morbigeno tabellato»).

Laddove pertanto il lavoratore non sia nelle condizioni di poter fornire la prova piena sull'esposizione a sostanze nocive (ad esempio cancerogene), occorrerà richiamare il Giudice del merito ai propri doveri d'uffi-

cio, formulando, se del caso, istanze al riguardo; istanze che il Magistrato non potrà esimersi dall'accogliere, laddove accertata la necessità di un completamento della prova. ■

Le sentenze che segnano la giurisprudenza

■ di Massimiliano Del Vecchio*

Il sistema tabellare sul quale si fonda il concetto di presunzione legale del rischio nell'ordinamento italiano rivela tutta la sua inadeguatezza ai fini della tutela del diritto alla salute dei lavoratori nella descrizione degli agenti cancerogeni e delle lavorazioni in rapporto eziologico alle malattie multifattoriali, segnatamente in rapporto ai tumori professionali.

Si riscontra infatti una colpevole omissione nella mancata considerazione degli effetti sinergici dei plurimi agenti cancerogeni presenti nel ciclo di produzione e soprattutto un colpevole ritardo nel recepimento delle stesse valutazioni dello Iarc.

In questo senso di condividere quanto osservato dalla dirigenza medica dell'Inail Nazionale nello studio «I Tumori Perduti», di Bonaccorso Francesco, Cimaglia Giuseppe, Gallo Vincenza, Marmo Carmelo, Natale Carlo.

«Lo Iarc classificava il berillio fino al 1993, il cadmio fino al 1993, nel gruppo 2A Iarc, la Tcdd fino al 1997 nel gruppo 2B, la silice cristallina fino al 1997 nel gruppo 2A.

Il gruppo 1 Iarc comprende le sostanze con sufficiente evidenza di cancerogenicità nell'uomo, il gruppo 2A con probabile evidenza di cancerogenicità nell'uomo, il gruppo 2B con possibile evidenza.

Solo nel 1993 (il cadmio e il berillio), nel 1997 (la Tcdd), nel 1997 (la silice cristallina) rispettivamente lo Iarc ha classificato questi agenti nel gruppo 1 Iarc (con sufficiente evidenza di cancerogenicità nell'uomo).

Nel parlare di 'tumori perduti' all'indennizzo, accanto a progressi nel campo diagnostico delle forme causate da sostanze del gruppo 1 Iarc non appare infondato, nell'attesa del progredire degli studi epidemiologici, aprire l'indennizzo anche ai tumori causati da agenti, miscele e lavorazioni del gruppo 2A Iarc. Ci restano sulla coscienza eventuali casi di carcinoma del polmone da berillio, carcinomi della prostata e del polmone da cadmio, di carcinomi del polmone in soggetti silicotici non indennizzati.

Ma possiamo difenderci affermando che nel campo dell'oncogenesi professionale non se ne

* Coordinatore Consulenza legale Inca/Fiom Puglia

sapeva affatto, se ne sapeva poco e che comunque all'Inail c'era una normativa rigida.

Oggi abbiamo lo strumento della sentenza n. 179/1988 della Corte Costituzionale e nel campo dei tumori professionali non se ne sa moltissimo ma se ne sa senz'altro molto più di ieri.

Non avremo attenuanti se non facciamo nulla per recuperare i 'tumori perduti'.

E la 'probabilità di causa', letta in quest'ottica, ci apre ampie possibilità di intervento.

Un intervento che per i molteplici e numerosi studi epidemiologici che richiederà avrà una grande valenza anche in ambito di prevenzione delle malattie professionali e delle malattie 'correlate al lavoro'».

Una idea della dimensione del fenomeno potrebbe essere offerta dalla ricognizione delle sentenze rese nel solo mese di febbraio 2013 nei foro di Brindisi e di Taranto su ricorsi patrocinati dall'Inca Cgil: si tratta, ovviamente, di due siti ricompresi fra quelli a rischio individuati nel «Progetto Sentieri» di cui ci ha parlato il prof. Pietro Comba.

- 1) Gdl Brindisi: sentenza n. 600 del 20/2/2013: carcinoma del rinofaringe che ha determinato il decesso di un tecnico Ilva preposto alla pulizia industriale dell'area acciaieria (rischio ambientale);
- 2) Gdl Brindisi: sentenza n. 599 del 20/2/2013: carcinoma squamoso della guancia che aveva determinato il decesso di un dipendente dell'appalto Ilva adetto alle pulizie industriali nell'area co-

keria (in quanto carcinoma cutaneo, il nesso di causalità è stato riferito alla pece di catrame);

- 3) Gdl Brindisi: sent. 598 del 20/2/2013: adenocarcinoma polmonare contratto da un dipendente Ilva che operava in coke-ria (nesso affermato in relazione al carbon fossile);
- 4) Gdl Brindisi: sent. 916 del 12/2/2013: decesso per linfoma non hodgkin ad alto grado pleurico di un dipendente dell'appalto Ilva motorista meccanico (nesso affermato in rapporto alla accertata esposizione a benzene, diossina, solventi, amianto);
- 5) Gdl Brindisi: sent. 953 del 12/2/2013: carcinoma vescicale contratto da un dipendente Ilva conduttore di mezzi industriali (nesso affermato in rapporto alla accertata esposizione a idrocarburi e inalazione fumi motori diesel);
- 6) Gdl Brindisi: sent. 910 del 12/2/2013: decesso per carcinoma gastrico di un dipendente Ilva (nesso affermato in rapporto alla accertata esposizione ad amianto e polveri minerali);
- 7) Gdl Taranto n. 1216/2012: carcinoma gastrico provocato dalla aggressione patogena di gas propano, fumi, acidi, vernici, polveri minerali, minerali bituminosi ed amianto. Si afferma per la prima volta, per quanto ci consta, il valore cogente della direttiva 2009/148/ce del

parlamento europeo e del consiglio del 30/11/2009 sulla «protezione dei lavoratori contro i rischi connessi con un'esposizione all'amianto durante il lavoro» in quanto il provvedimento accerta che: «in base alle conoscenze di cui si dispone attualmente, l'esposizione alle fibre libere di amianto può provocare le seguenti affezioni: – asbestosi – mesotelioma – cancro del polmone – cancro gastrointestinale»; senza distinguere come fa il legislatore italiano tra le patologie a più o meno probabile eziologia professionale, equiparandone le ragioni del riconoscimento. Il giudice adito ha dichiarato in favore del lavoratore istante il diritto alla costituzione della rendita per danno biologico in misura del 30% di invalidità, tenendo conto dei principi espressi dalla direttiva comunitaria sopra richiamata e dalla accertata esposizione a diversi tipi di minerali nocivi che «hanno agito come concausa efficiente nel determinismo della neoplasia gastrointestinale».

Nelle patologie ad eziologia multifattoriale, dunque, l'evento può dipendere da una pluralità di comportamenti e di serie causali; solo alcune di esse sono giuridicamente rilevanti e suscettibili di determinare la tutela previdenziale.

Non esiste una legge scientifica di copertura universale per la determinazione del nesso di causalità nella fattispecie che ci occupa, ma si ritiene possibile il ricorso alle leggi statistiche, che sono leggi scientifiche, ma non universali.

Ciò che costituisce «finzione giuridica» di individuazione del nesso di causalità sui principi della «causalità ipotetica», con un giudizio di approssimazione probabilistica, non sarebbe meno che «finzione giuridica» laddove si sostenesse un principio deterministico puro, nella «*condictio sine qua non*».

È ormai indubitabile che le malattie professionali nell'industria sono ascrivibili ad una pluralità di fattori e, soprattutto per i tumori, anche a fattori extralavorativi.

Si è evidenziato in dottrina e in giurisprudenza, però, il doveroso ricorso ai principi di cui all'art. 41 del codice penale ed una progressiva erosione di quello che era stato definito il «paradigma della certezza», essendosi preferito il ricorso ai principi di volta in volta definiti della «preponderanza dell'evidenza», del «più probabile che non», della «causalità specifica»: il consulente tecnico nominato dal giudice espone i criteri di causalità generale, ma è compito del giudice l'adattamento di tali principi alla fattispecie rimessa al suo esame.

Laddove, ad esempio, la dottrina e le tabelle ritengono solo «possibile» il nesso di causalità tra una determinata patologia e l'ambiente di lavoro e non sono individuabili serie causali alternative a quella che conduce all'ambiente di lavoro – stante l'assenza di abitudini voluttuarie rilevanti o di condizioni soggettive o familiari predisponenti la patologia, anche a fronte di una eziologia professionale della malattia solo «possibile» secondo i criteri di causalità generale – il giudice ha il dovere di riconoscere la tecnopatia.

Questo è un principio espresso dal Giudice del lavoro di Taranto sin dal 2009: si segnalano in tal senso la sentenza n. 10838/2009 in riferimento ad un tumore gastroenterico e la sentenza n. 10769/2009 in riferimento ad un carcinoma gastrico; in entrambi i casi il Ctù aveva disconosciuto la eziologia professionale ritenendola solo «possibile», ma il Giudice ha comunque riconosciuto il diritto.

Vi è di più: in relazione all'ultima sentenza, che era riferita alla rendita per morte, era stato in precedenza proposto l'altro giudizio per la rendita diretta, dove era stato disposto altro Ctù che aveva pure disconosciuto la eziologia.

Nel frattempo, però, era passata in giudicato la sentenza sulla rendita per morte ed anche, quindi, il giudizio espresso sul nesso di causalità: il Ctù del giudizio riferito alla rendita diretta è stato così, con sua grande sorpresa, richiamato dal Giudice per esprimere la valutazione dei postumi della patologia che aveva disconosciuto essere professionale. Non c'è stato verso di fargli comprendere quello che era successo perché non si spiegava come potesse essere riconosciuto il diritto che lui aveva negato da un punto di vista medico-legale.

Questa vicenda è indicativa del difficile rapporto tra la scienza medica e la scienza giuridica: tali discipline, che necessariamente convivono nel processo, soggiacciono invero a regole epistemologiche diverse ed apparentemente inconciliabili, spesso i differenti esiti delle controversie sono ascrivibili alla maggiore o minore sudditanza dell'una nei confronti dell'altra.

M. Tallachini in Politeia, XIX, propone una interessante ricostruzione storica del fenomeno che definisce di «*deferenza del diritto nei confronti della scienza*» dai primi anni del 1900 sino alla nota sentenza del Tribunale di Venezia sul caso Marghera.

Si è sostenuto nelle Corti statunitensi, caso *Frye c/ United States* nel 1923 che, dinanzi a principi scientifici nuovi, il potere di decisione deve essere affidato agli scienziati: «è valida la scienza che abbia guadagnato l'accettazione generale degli scienziati», di talché non è stata ritenuta valida la prova offerta a mezzo della macchina della verità, la cui attendibilità non era stata verificata dalla scienza comune (c.d. *general acceptance*).

Questo è un principio che è durato settanta anni, sino al noto caso *Daubert c. Merrel Dow Pharmaceuticals*, la casa farmaceutica che aveva prodotto il farmaco Bendectin, che poi si accortò determinare gravi malformazioni nei feti. Convenuta in giudizio la Casa farmaceutica da un genitore danneggiato, essa produsse perizie dei maggiori scienziati che escludevano ogni sua responsabilità, opponendosi alla produzione delle perizie degli oscuri scienziati cui si erano rivolti i Sigg. Dauberts per contrasto con la citata regola Frye.

Sostenne, così, la Corte Suprema che la regola Frye contrastava a sua volta con il generale principio della *Federal Rules of Evidence* e in buona sostanza che, sebbene il giudice non sia peritus peritorum (come nell'ordinamento italiano), può scegliere a chi credere e a chi attribuire la qualifica di scienziato, per cui «*possono essere ammesse*

prove fondate su metodologie non generalmente accettate dalla comunità scientifica».

Appare ricalcare tali principi, afferma la Tallacchini, la prima sentenza Marghera, laddove si sostiene in ordine alla verificabilità giudiziale delle conoscenze scientifiche:

- 1) *le inferenze causali devono essere tratte dalle scienze che attraverso un rigoroso e corretto metodo scientifico apportino una effettiva e affidabile conoscenza scientifica;*
- 2) *l'affidabilità delle conoscenze, sia pure suscettibili in futuro di ulteriori apporti che possono modificarle o addirittura falsificarle, è determinata dalla validazione che riceve e dalla accettazione generale o preponderante nella comunità scientifica nonché dalla verifica empirica delle sue spiegazioni mediante il controllo dell'ipotesi attraverso la confutazione così da raggiungere una «corroborazione provvisoria»;*
- 3) *le conclusioni debbono essere comunque verificate nel loro progressivo evolversi e sempre confrontate con quelle di altre discipline per accertare la coerenza complessiva del risultato raggiunto.*

Il principio del libero convincimento supera quello matematico-probabilistico dell'«oltre il ragionevole dubbio», ma, nella fattispecie, non risulta utile alla dimostrazione della colpevolezza degli imputati del disastro del petrolchimico di Marghera, sino al sovvertimento del principio conseguito, come è noto, in sede di appello, purtroppo a prescrizione ormai compiuta.

Solo apparentemente la sentenza Eternit, che ci riguarda più da vicino, se non altro da

un punto di vista temporale, pare costituire un ritorno al principio della «general acceptance» quando si sostiene che la pericolosità dell'amianto era nota a tutti e comunque avrebbe dovuto essere conosciuta dagli agenti professionali, per affermare la colpevolezza degli imputati inadempienti agli obblighi di sicurezza.

I Giudici di Torino, invero, hanno soprattutto affrontato il problema della colpevolezza del disastro ambientale e, in ogni caso, hanno scelto, recte, preferito, i criteri epistemologici della scienza medica cui si sono affidati.

Il caso Ilva, che mi occupa ormai quotidianamente, è ancora più complicato, giacché sarà necessario il ricorso a criteri di causalità generale per determinare le motivazioni del disastro ambientale ed il ricorso a criteri di casualità specifica per ciascuno degli omicidi colposi di cui sono imputati i vertici aziendali.

Sarà necessario, pertanto, tentare la composizione dei criteri e dei metodi utilizzati dalla scienza medica e dalla scienza giuridica nelle stesse regole del processo, la creazione di un modello unico di scienza improntata alle finalità sociali, dove il buon perito diventa un testimone della sua scienza, ed i datori di lavoro, che assumono il rischio di impresa, se provocano morti e lesioni non possono rimanere impuniti, i danneggiati non possono rimanere privi di tutela. Questo è l'auspicio che affido alla conclusione della mia relazione ed a ciascuno di voi rimando. ■

L'esperienza giudiziaria in Liguria

■ di Barbara Storage*

L'esperienza sul territorio ligure (un tempo all'avanguardia per le pronunce sul tema) conferma, purtroppo, l'inversione di tendenza segnalata anche dalla Dott.ssa Elena Mazzeo a proposito dell'onere della prova che viene richiesto al lavoratore. L'orientamento giurisprudenziale che va consolidandosi presso la Corte d'Appello genovese (anche a modifica di alcune interessanti pronunce del Giudice del Lavoro di primo grado) è nel senso di una modifica del sistema di tutela che rimette tutto in discussione (nesso causale, lavorazione, periodo massimo di indennizzabilità, ecc.), non solo con riguardo alle «nuove» malattie professionali ma anche a quelle più tipiche già previste dalla Tabella del 1994.

Il «giro di vite» – che sostanzialmente vanifica la presunzione legale di origine professionale della malattia tabellata facendo ricadere sul lavoratore lo stesso onere della prova previsto per le patologie non tabellate – passa attraverso due evidenti trappole:

– la prima costituita dal concetto di *efficienza lesiva del rischio* che, a differenza di

quanto previsto dalla tabella stessa, viene di volta in volta identificata dal Giudice in livelli «quantitativi» di esposizione allo specifico fattore patogeno, più o meno arbitrariamente derivati da presunti studi scientifici nazionali ed internazionali che non hanno alcun riscontro nella normativa di riferimento e neppure nelle circolari Inail relative alla trattazione dei casi di malattia professionale.

– la seconda consistente nello spostare sulla Ctu quello che sarebbe onere dell'Inail di provare, nel caso di malattie tabellate, vale a dire l'inidoneità del rischio «*per natura, durata e intensità*» o l'esistenza di fattori extralavorativi «*che da soli o in misura assolutamente prevalente abbiano cagionato la malattia accertata*».

È evidente che, in questo modo, vengono stravolti tutti i principi elaborati dalla giurisprudenza di legittimità in tema di presunzione di origine professionale, grado di certezza del nesso causale, rilevanza del giudizio probabilistico e addirittura di compatibilità della malattia con la noxa professionale come

* Coordinatrice consulenza legale Inca Cgil Liguria

desunta dalla tipologia delle lavorazioni svolte, dalla natura dei macchinari presenti nel luogo di lavoro, dalla durata della prestazione lavorativa e dall'assenza di fattori extra professionali (Cass. 19047/2006; 8.1.2003 n. 87; 20.5.2000 n. 6592; 8.7.1994 n. 6434; 23.4.1997 n. 3523; 7.4.1998 n. 3602).

Il richiamo al concetto di **efficienza lesiva del rischio**, nell'ottica dell'orientamento della Corte d'Appello genovese sopra evidenziato, è tra l'altro di carattere esclusivamente **quantitativo** e mai **qualitativo** l'aberrante conseguenza, in mancanza di dati reperibili nella normativa in materia, di «inventare» di volta in volta livelli necessari di esposizione per l'induzione di questa o quell'altra malattia tabellata, anche questi affidati alla fantasia, più che all'esperienza, dei vari consulenti tecnici nominati.

In base a questa prospettazione «quantitativa» del rischio, il lavoratore avrebbe l'onere di provare non solo la qualità, durata e intensità della sua esposizione ad un dato fattore patogeno ma anche quello di quantificare esattamente le dosi a cui è stato esposto nel tempo o (ad esempio per le malattie muscolo scheletriche) il numero di azioni svolte nell'arco di un tempo predeterminato (minuto, ora, ecc.) o, ancora, l'esatta frequenza con cui assume determinate posture, e via dicendo.

Così, tanto per fare qualche esempio, la Corte d'Appello di Genova con sentenza 1143/2011 ha escluso la natura professionale di un carcinoma polmonare (pacificamente collegato dalla Tabella a «*lavorazioni che espongono alle fibre di asbesto*») da uno stivatore del Porto di Genova, *NON FUMA-*

TORE, che aveva lavorato a bordo di navi e nelle stive per oltre trent'anni con questa singolare motivazione:

«La natura delle mansioni svolte e le loro caratteristiche determinano che il rischio lavorativo, pur presente, come risulta anche dalle deposizioni testimoniali valorizzate nel ricorso in appello, non è stato continuo ed ha avuto intensità variabile e natura ambientale. Al contrario, la soglia di esposizione che aumenta la probabilità di induzione del carcinoma è individuata dalle ipotesi scientifiche più cautelative richiamate dal Ctu in 0,05 fflml per 20 anni di esposizione, soglia che nel caso non è dimostrato essere stata raggiunta... Motivi di razionalità complessiva del sistema impongono in effetti di affermare che l'esposizione a rischio, per giovare della previsione tabellare, debba risultare almeno astrattamente sufficiente a determinare il pericolo di causazione della malattia... Ebbene una qualunque valutazione di causalità, sia pure destinata ad operare sulla base di presunzioni, deve riposare su un presupposto di adeguatezza del fatto causante rispetto all'evento causato, altrimenti si finirebbe per porre alla base della copertura assicurativa non un nesso di derivazione causale ma una pura e accidentale coincidenza, eventualmente anche priva di significato, tra lavorazioni e sostanze potenzialmente morbigene. [...] Il rischio si ha dunque quando siano integrate le soglie minime che consentono di impostare almeno un giudizio di concreta pericolosità (questo è il senso della dizione 'probabilità' di un livello 'potenziale di danno' di cui alla citata normativa) e, pertanto, di adeguatezza dell'esposizione».

Su queste presunte «soglie minime» di esposizione spesso si scatena la fantasia dei Ctu: 1,00 ff/ml-anni, 5,00 ff/ml-anni fino ad arrivare addirittura a 25/100 ff/ml-anni per gli autori che ritengono impensabile riconoscere la natura professionale di un carcinoma polmonare non preceduto da asbestosi.

Ma il peggio è affidare al solo Ctu il compito di valutare, senza alcuna offerta di prova da parte dell'Inail, l'inidoneità del rischio a determinare la malattia tabellata.

Nel caso delle patologie muscolo scheletriche tabellate, spesso l'Inail si costituisce in giudizio senza sforzo alcuno per indicare i diversi possibili fattori extralavorativi cui eventualmente sia stato esposto il lavoratore o l'adibizione soltanto occasionale a determinate lavorazioni previste dalla tabella.

Il risultato è che il Ctu può tranquillamente concludere (e sulla base di queste conclusioni il Giudice decidere) affermando apoditticamente che *«le attività svolte dal sig. X non rientrano in quelle considerate 'RIPETITIVE, ovvero sia caratterizzate da cicli di azioni tecniche che si susseguono uguali a se stesse nel corso del turno e dove l'elemento maggiore di rischio è rappresentato dal numero giornaliero di azioni svolte e cioè dalla frequenza delle stesse'.* Sul punto riferisce il Ctu che *«il numero di azioni raccomandate è calcolato sulla base di una costante (30 azioni al minuto), rappresentativa di condizioni ottimali, che subisce un decremento in presenza di elementi peggiorativi quali forza, postura, tempi di recupero e fattori complementari».*

Vale la pena rilevare che il caso appena citato riguardava un carpentiere navale (assunto obbligatoriamente come invalido perché

privo della mano destra a seguito di infortunio sul lavoro) per il quale lo stesso Ctu aveva raccolto questa anamnesi professionale: *«Inizio della attività lavorativa nel 1983 per la Ditta Sabatino Francesco (mobili per interni quali cucine, salotti, bagni, ecc.) dove ha lavorato fino al 1989. Dal 1989 alle dipendenze della Ditta Palanca (produzione e montaggio di interni in legno per yachts), come falegname; nel corso di questa attività e dopo solo un mese, grave infortunio sul lavoro a carico della mano destra. Le lesioni alla mano richiedevano plurimi interventi chirurgici (il primo presso l'Ospedale di Legnano e successivamente 6 interventi presso l'Ospedale di Savona). [...] Nel 1996 veniva assunto da Fincantieri come invalido ed è stato adibito alle mansioni di aiuto montatore scafo; in tale attività effettuava l'assemblaggio dei vari blocchi con ausilio di gru, paranchi e tornichetti (leve di circa 80 cm). Spostava anche pezzi metallici del peso di 25-30 Kg. E tra le attrezzature utilizzate ricorda pompe idrauliche, trapani, avvitatrici, pantografo e cannello ossiacetilenico. Ha riferito che nel corso di una giornata poteva spostare anche 200 pezzi al giorno. Dopo l'intervento del febbraio 2001 alla spalla sinistra veniva trasferito in officina, al taglio lamiera col pantografo e rimaneva in tale reparto sino alla chiusura dello stesso avvenuta nel 2006. Dal 2006 operaio gruista e dal febbraio 2001 in C.I.G.».*

A dire il vero non mancano, per fortuna, decisioni di segno contrario, per lo più del Giudice di primo grado (ma anche della stessa Corte d'Appello di Genova fra le quali si segnala la n. 171 del 20.4.2011), ma gli orientamenti sopra evidenziati (alcuni in at-

tesa di decisione della Corte di Cassazione) spiegano una mia certa «invidia» di «avvocato di strada» nei confronti delle pronunce di Taranto e Lecce, segnalate dal collega Massimiliano Del Vecchio, persino con riguardo a patologie nient'affatto tabellate. Mi si passi la battuta sulle differenze di tutela giudiziaria a livello territoriale: se il piccolo extraterrestre di Spielberg E.T., contagiato da qualche virus terrestre, si rivolgesse al Giudice pugliese, avrebbe forse qualche possibilità di vedersi riconoscere affetto da malattia professionale ma, di certo, il magistrato genovese eccepirebbe subito, persino in contumacia dell'Inail, la mancata copertura assicurativa o l'insufficienza della dose di inquinamento assunta!

Resta, aldilà delle battute, la necessità di mettere a punto con sempre maggiore precisione strumenti operativi che consentano di superare le prospettate difficoltà, soprattutto con riguardo alle patologie ad eziologia multifattoriale, alle neoplasie e, in genere, per le indicazioni della tabella «*malattie causate da...*» per le quali, come si è detto negli interventi precedenti, vale una tutela affievolita. Occorre raccordare meglio il lavoro del legale con quello del medico, dettagliare

con rigore i capitoli di prova, servirsi di tutte le possibili fonti di ricerca per l'istruttoria del caso (segnalazioni Asl, Ispettorato del Lavoro, Rls, ecc.), fornire al Giudice ogni possibile elemento che rafforzi il principio della presunzione tabellare.

In altre parole, occorre fornire dati certi sulla esposizione allo specifico rischio e sulla diagnosi della malattia, con ciò assolvendo puntualmente all'onere probatorio imposto al lavoratore. Ma occorre anche insistere, dal punto di vista di diritto, sulla esatta delimitazione degli oneri probatori delle parti in relazione alle malattie tabellate.

La prova contraria a carico dell'Inail non può essere quella che viene fuori da una consulenza tecnica, quella sì, «esplorativa» ma deve essere dedotta dall'Istituto. E la verifica di quella prova contraria da parte del Ctu incaricato dovrà essere rigorosa: trattandosi di lavorazioni e patologie tabellate, è l'esclusione dell'origine professionale dell'infermità, allo scopo della sua **non indennizzabilità**, che deve essere effettuata, non già in termini dubitativi o probabilistici, ma **in termini di assoluta certezza** (ed. la già citata Cass. 26 luglio 2004 n. 14023). ■

La tutela dell'Inca dei danni alla persona

■ di Valerio Zanellato*

L'esigenza di affrontare le problematiche legate alle malattie professionali tabellate e la presunzione legale del rischio, sollecitate da molti nostri operatori – medici e legali, è nata, innanzitutto, dal comportamento costantemente negativo dell'Inail rispetto al riconoscimento degli indennizzi e dei risarcimenti, ma anche dagli orientamenti giurisprudenziali non omogenei che, sostanzialmente, hanno «affievolito» il vantaggio connesso alla presunzione legale d'origine delle malattie tabellate.

Le denunce di Malattie Professionali (tabellate e non) sono mediamente (2010-2011) circa 44/45.000 l'anno, di cui 12.000 riconosciute con danno biologico o rendita e altre 4.000 in franchigia; un fenomeno quindi nettamente sottostimato soprattutto per quanto riguarda i riconoscimenti.

I dinieghi si evidenziano sia in ambito amministrativo, per la mancata documentazione necessaria per l'istruttoria, sia con l'esclusione del nesso causale tra patologia lavorazione tabellata.

Dal seminario di Bologna del 27 e 28 febbraio scorso sono scaturite alcune importanti linee operative, finalizzate a contrastare il comportamento dell'Inail affinché si radichi sempre più nella nostra prassi corrente il tema della presunzione legale d'origine e dei suoi vantaggi rispetto al capitolo dell'onere della prova.

Infatti, in applicazione dell'art. 3 del T.u., il lavoratore, qualora presenti una malattia (prevista in tabella) contratta a causa di una delle lavorazioni tabellate, gode della «presunzione di legge» prevista dall'art. 2728 del Cod. Civ., che lo dispensa da qualunque prova circa il nesso di causa (le presunzioni legali dispensano da qualunque prova coloro che ne sono affetti, lasciando all'Inail l'onere di dimostrare il contrario. Quindi, tale sistema determina una sorta di «automatismo» nel riconoscimento della causa di lavoro e costituisce una reale garanzia per i lavoratori affetti da una patologia tabellata che devono limitarsi a dimostrare l'effettiva esposizione professionale a tale rischio.

* Coordinatore area danni salute alla persona Inca Cgil nazionale

Attualmente, le malattie professionali tabellate sono 110 (85 in industria e 25 in agricoltura) e riportano, tranne 8 (4 in industria e 4 in agricoltura – vibrazioni e sovraccarico), la dicitura «Lavorazioni che espongono a...» dando quindi per acquisita la presunzione legale in presenza della malattia e della lavorazione che espone all'agente morbigeno.

Quando si è di fronte a casi come sopra descritti, quindi:

- non va provato il grado di nocività del posto di lavoro, dal momento che le tabelle stesse non prevedono un periodo minimo di esposizione al potenziale rischio;
- è l'Inail semmai, in caso di contestazioni, che ha il dovere di fornire la rigorosa prova che la patologia, nel caso concreto, è dipesa da fattori extra lavorativi da soli sufficienti a causare la patologia in questione, o l'inefficacia lesiva della esposizione morbigena (es: tumore polmonare in lavoratore esposto per un solo mese all'asbesto e accanito fumatore per lunghi anni);
- in caso di giudizio appare superfluo nominare la Consulenza Tecnica d'Ufficio, così come affermato da talune sentenze (v. Tribunale Torino 20/09/2011).

Premesso ciò, tuttavia, è illuminante quanto evidenziato in tabella 1, da cui si ricava l'esiguità delle denunce relative alle patologie derivanti dalla esposizione ad agenti chimici e fisici alle quali occorre, a nostro avviso, prestare maggior attenzione.

È pur vero che le norme di prevenzione dettate dal decreto Lgs.vo 626 e dal successivo decreto 81 del 2008 hanno fortemente ridimensionato l'esposizione dei lavoratori a tali agenti, pur tuttavia non bisogna mai dimenticare che le malattie professionali traggono la loro origine dalla lenta e progressiva esposizione a condizioni di lavoro nocive e va quindi considerato che «[...] **la situazione oggettivamente riscontrabile al momento della denuncia della malattia professionale è radicalmente diversa da quella esistente all'epoca rispetto alla quale va valutata l'eziologia della malattia stessa**». (circolare del Direttore Generale Inail del 16 febbraio 2006 – Prot. n. 7876/bis).

In conclusione, pare poco probabile che un lavoratore, alla fine di una carriera lavorativa, possa non avere una, anche se lieve, patologia rientrante nelle malattie previste dalla tabella.

TABELLA 1. MALATTIE PROFESSIONALI INDENNIZZATE 2011 (DATI INAIL)

Malattia professionale o sostanza che la causa	Definite con indennizzo	Positive senza indennizzo
Malattie causate da cromo	0	7
Malattie causate da manganese	0	0
Malattie causate da nichel	19	7
Malattie causate da piombo	2	0
Malattie causate da ossido di carbonio	1	0
Malattie causate da acido solforico	2	1
Malattie causate da idrocarburi aromatici	1	0

SEGUE - TABELLA 1.

Malattia professionale o sostanza che la causa	Definite con indennizzo	Positive senza indennizzo
Malattie da idrocarburi policiclici aromatici	43	1
Malattie causate dal cloruro di vinile	3	0
Malattie da derivati alogenati e/o nitrici degli idrocarburi aromatici	0	3
Malattie da amine aromatiche e derivati	35	3
Asma bronchiale	34	12
Alveolite allergica	3	0
Malattie da asbesto (esclusa l'asbestosi)	854	419
Malattie causate da metalli duri	2	0
Broncopneumopatia cronica ostruttiva	68	10
Malattie neoplastiche da polveri di legno	34	0
Malattie neoplastiche da polveri di cuoio	22	0
Dermatite allergica da contatto	106	83
Dermatite irritativa da contatto	18	7
Dermatite irritativa o mista da malta cementizia e calcestruzzo	7	2

■ La denuncia

Quando si istruisce in via amministrativa una denuncia per malattia professionale tabellata («**lavorazioni che espongono a...**») occorre svolgere un'attenta anamnesi lavorativa avvalendosi di tutta la documentazione che possiamo acquisire (libretto di lavoro, estratto contributivo Inps, indagini della Medicina del Lavoro, testimonianze e altro), per arrivare ad una descrizione dettagliata delle mansioni attuali e passate del lavoratore.

Per le malattie professionali, cosiddette muscoloscheletriche (**lavorazioni svolte in modo non occasionale**) si dovrà anche aggiungere la descrizione dettagliata delle mansioni, la quantificazione oraria, giornaliera relativa all'uso di particolare strumentazione, posizioni incongrue, ecc.

Questo lavoro preliminare, se ben fatto, consentirà agli operatori di patronato di potersi

attivare sul piano dell'eventuale contenzioso amministrativo, al medico di svolgere al meglio le sue valutazioni e al legale di avere già il quadro complessivo della storia lavorativa dell'assistito.

Per le complessità fin qui accennate, riteniamo opportuno che, per quanto possibile, i primi certificati sanitari di denuncia di patologie da lavoro vengano stilati dai nostri medici poiché si presume sappiano meglio destreggiarsi all'interno delle 85 + 25 voci di tabella.

A questo proposito va ricordato che si devono compilare tanti certificati e quindi tante denunce, per le tante patologie individuate che si intendono segnalare, avendo anche cura di indicare il codice Icd-10 stabilito in tabella per ogni malattia descritta. Tale prassi viene altresì raccomandata dall'Istituto nell'ambito della sua circolare 1235

del 18 settembre 2003 (**nuovo flusso procedurale per l'istruttoria delle denunce di malattia professionali – punto 1, IIIA, 1**); nella stessa circolare, inoltre, (**punto 1, IIIB, 5**) si dispone anche che i «questionari» vengano inviati esclusivamente ai Datori di Lavoro e **non** ai lavoratori.

Molte sedi Inail respingono la domanda di accertamento della malattia professionale per «carezza di documentazione» che, nella stragrande maggioranza dei casi, si traduce nella mancata denuncia da parte del Datore di Lavoro. A tale proposito va sempre fatto rilevare all'Inail che la circolare succitata (**flusso procedurale – punto 1, IIB**) prevede che, in casi analoghi, si proceda comunque nell'istruttoria della pratica.

La mancata denuncia del Datore di Lavoro, del resto, non può precludere il diritto del lavoratore ad avere il giusto riconoscimento in forza degli articoli 67 T.u. (**Gli assicurati hanno diritto alle prestazioni da parte dell'Istituto assicuratore anche nel caso in cui il Datore di Lavoro non abbia adempiuto agli obblighi stabiliti nel presente titolo.**) e 131 T.u. (**Per le malattie professionali si applicano le disposizioni concernenti gli infortuni sul lavoro, salvo le disposizioni del presente capo.**)

■ **L'esposizione a rischio**

La funzione sanitaria dell'Inail provvede ad acquisire la documentazione sul rischio già esistente in sede, eventuali pareri Contarp, (**nuovo flusso procedurale per l'istruttoria delle denunce di malattia professionali – punto 1, IIIB**), e documentazione che po-

trà anche essere richiesta all'azienda (questionari, indagini, Dvr, e altro).

È risaputo che, per consolidata comodità, l'Inail utilizza prevalentemente le informazioni contenute nel Documento di Valutazione del Rischio fornito dal Datore di Lavoro. Le stime del rischio rilevabili in tale documento vanno però assunte con cautela e non possono e non devono costituire elemento privilegiato in base al quale l'istituto, come spesso accade, nega il riconoscimento dell'esistenza del rischio.

Infatti, è noto che il documento di valutazione del rischio viene stilato per stabilire un valido sistema prevenzionistico all'interno del posto di lavoro e fotografa la condizione espositiva attuale non espressiva della situazione storica a cui il lavoratore è stato esposto.

È chiaro anche che i valori/limiti e/o indicatori statistici di rischio non possono essere utilizzati per fini quali la «prova» o l'esclusione di una «malattia in atto»; questi hanno valore vincolante per le aziende, ma non possono condizionare la valutazione medico legale sul danno alla salute che il singolo lavoratore può subire nonostante l'adozione di misure prevenzionali (v. circ. Inail n. 70/2001).

Sui rischi lavorativi in genere, va anche utilizzato quanto l'IspeSl (Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro, ormai parte integrante dell'Inail così come stabilito dalla legge 30 luglio 2010, n. 122), nell'ambito delle sue prerogative, ha, nel tempo, pubblicato.

Si tratta di centinaia di «Profili di Rischio di Comparto» che possono essere di grande utilità per capire i cicli produttivi, rintrac-

ciare i materiali utilizzati ed i rischi a cui sono sottoposti i lavoratori.

In materia di esposizione al rischio si riporta anche quanto stabilito dalla circolare Inail «Criteri da seguire per l'accertamento della origine professionale delle malattie denunciate» a firma del direttore Generale del 16 febbraio 2006 (Prot. n. 7876/bis): «La presenza nell'ambiente lavorativo di fattori di nocività, quando non sia possibile riscontrare con certezza le condizioni di lavoro esistenti all'epoca della dedotta esposizione a rischio, può essere desunta, con un elevato grado di probabilità, dalla tipologia delle lavorazioni svolte, dalla natura dei macchinari presenti nell'ambiente di lavoro e dalla durata della prestazione lavorativa. A tale scopo ci si dovrà avvalere dei dati delle indagini mirate di igiene industriale, di quelli della letteratura scientifica, delle informazioni tecniche, ricavabili da situazioni di lavoro con caratteristiche analoghe, nonché di ogni altra documentazione e conoscenza utile a formulare un giudizio fondato su criteri di ragionevole verosimiglianza».

Quindi, salvo l'ipotesi in cui il rischio si riveli privo di idoneità lesiva per natura o durata o intensità che, lo ricordiamo, dovrà essere provato dall'Inail, una volta stabilito che la malattia professionale è tabellata, l'Istituto deve applicare «il principio della presunzione legale d'origine» (nuovo flusso procedurale per l'istruttoria delle denunce di malattia professionali – punto 1, III F, 2).

■ Il nesso di causalità

Ancora una volta ci viene in aiuto, e la do-

vremo richiamare nell'ambito dell'attività di contenzioso Inca, quanto stabilito dalla circolare Inail «Criteri da seguire per l'accertamento della origine professionale delle malattie denunciate» a firma del direttore Generale del 16 febbraio 2006 (Prot. n. 7876/bis): «L'impossibilità di raggiungere una assoluta certezza scientifica in ordine alla sussistenza del suddetto nesso causale non costituisce, peraltro, motivo sufficiente per escludere il riconoscimento della eziologia professionale. A questo fine, infatti, la giurisprudenza consolidata e concorde della Corte di Cassazione ritiene sufficiente la ragionevole certezza della genesi professionale della malattia. Tale ragionevole certezza, che non può certamente consistere in semplici presunzioni desunte da ipotesi tecniche teoricamente possibili, deve ritenersi sussistente in presenza di un elevato grado di probabilità dell'etiopatogenesi professionale, desumibile anche da dati epidemiologici e dalla letteratura scientifica».

Molto più problematico, invece, è dimostrare il nesso causale in ambito di malattia professionale non tabellata, poiché, in questo caso, ricade sul lavoratore l'onere di fornire la prova sia dell'esistenza della patologia, sia delle caratteristiche morbigeniche della lavorazione svolta, sia infine del nesso tra la malattia e la lavorazione.

Occorre cioè sia dimostrato che l'attività lavorativa svolta dall'assicurato e, quindi, la sua esposizione al rischio sia stata tale da poter costituire la «causa determinante della malattia» stessa.

■ Il contenzioso

Si ribadisce che un'istruttoria preliminarmente ben svolta, consentirà, soprattutto al medico del patronato, di svolgere al meglio le sue valutazioni ed arrivare così alla formulazione di un ricorso che potrà essere discusso in collegiale.

Il punto «2» del protocollo Inail-Patronati del 2012 è, a tale proposito, chiarissimo nel sottolineare l'importanza e la validità della collegiale anche per dirimere i casi controversi in ordine a «...**causa violenta, nesso di causalità, valutazioni medico-legali del danno...**».

In ambito di collegiale medica, poi, sarà bene richiamarci, noi e l'Inail, ad una corretta e puntuale applicazione anche dei successivi punti del protocollo che trattano la valutazione medico-legale e l'espletamento della collegiale.

Altresì, il contenzioso amministrativo, dovrà fin dall'inizio tracciare la strada entro cui il nostro consulente legale si dovrà muovere.

Al riguardo richiamiamo le sollecitazioni circa la necessità di trattare con maggior attenzione le richieste di riesame piuttosto che la proposizione di un ricorso.

Abbiamo preteso che nei modelli 1P ed Integrativo le due voci fossero ben distinte proprio perché tra i due «istituti» vi sono sostanziali differenze che devono rimanere separate.

L'uso del ricorso o del riesame deve scaturire da una valutazione di merito della richiesta stessa e, ancora una volta, è bene rifarsi a quanto stabilito dalla legge e sottoscritto tra i Patronati e l'Istituto, laddove, al punto «2» del protocollo Inail-Patronati del 2012 si ricorda: «...**che l'opposizione amministrativa è disciplinata dall'art. 104 del Testo Unico...**».

Cosa diversa è il riesame, con cui si sollecita l'Istituto a rivedere il caso, a fronte di una dimenticanza, alla luce di una nuova documentazione sanitaria e/o amministrativa, di una sentenza o altro. ■

