



otizionario

NotiziarioINCAonline
N.3-4 / 2016

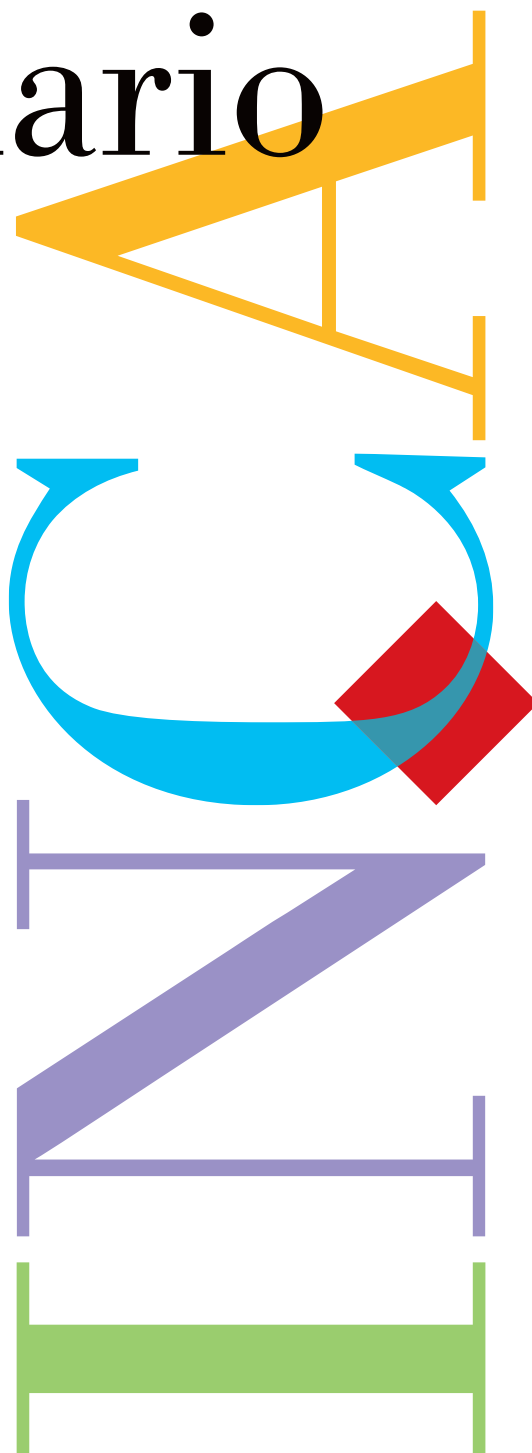
RAPPORTO

**Denuncia delle malattie
professionali:
problematiche
e buone pratiche
in cinque paesi europei**

**GERMANIA, DANIMARCA,
SPAGNA, FRANCIA, ITALIA**



il Patronato della CGIL



DIRETTORE RESPONSABILE

Lisa Bartoli

REDAZIONE

Micaela Aureli

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

MAGGIO 2016

Sommario

■ Presentazione di Silvano Candeloro	5
■ RAPPORTO Denuncia delle malattie professionali: problematiche e buone pratiche in cinque paesi europei GERMANIA, DANIMARCA, SPAGNA, FRANCIA, ITALIA a cura di Marco Bottazzi	7
■ Sintesi	13
1. Procedure per la denuncia delle malattie professionali in cinque paesi europei	17
2. Statistiche e analisi delle denunce e dei riconoscimenti di malattia professionale	25
3. Lotta contro la sottodichiarazione delle Mp in Danimarca, Francia, Italia e Spagna	43
■ Allegati	66

Presentazione

■ di Silvano Candeloro*

Le indagini sulle malattie professionali di questi anni sia a livello nazionale che europeo hanno reso sempre più evidente una situazione di grande e grave sottostima dei casi denunciati. Anche quest'ultimo rapporto ci offre uno spaccato su cinque paesi europei che conferma, anche nelle situazioni migliori dal punto di vista del numero delle denunce, una grande sottovalutazione.

In relazione a ciò, su tale problema bisognerebbe concentrarsi e individuare le necessarie soluzioni da adottare al fine di assicurare diritti e tutele alle persone che a causa del lavoro che svolgono (o che hanno svolto in anni precedenti) subiscono un'alterazione dell'organismo e, di conseguenza, una riduzione della propria capacità lavorativa.

È importante sottolineare che una delle caratteristiche essenziali delle malattie professionali (a differenza dell'evento infortunistico) è quella di avere una latenza protratta nel tempo, compromettendo a volte la stessa attribuzione della causa all'ambito lavorativo. A fronte di tutto ciò, è dirimente

l'approccio al tema dell'emersione delle malattie professionali.

Come Patronato Inca abbiamo, infatti, considerato fondamentale rilanciare l'iniziativa, in stretto collegamento con le categorie, nei luoghi di lavoro attraverso percorsi di informazione, comunicazione e formazione dei delegati, perché come sostiene giustamente il rapporto, l'assicurazione delle malattie professionali, in relazione al fatto che abbia un carattere distinto dalle altre assicurazioni sociali, non sempre risulta conosciuta in termini adeguati in ambito lavorativo. E gli stessi lavoratori e lavoratrici, pur in presenza di disturbi fisici o psichici, non sempre mettono in relazione ciò con il lavoro che svolgono.

Sarebbe importante che, sulla base di alcuni aspetti distintivi dei diversi paesi considerati nel rapporto, si arrivasse a delineare a livello comunitario una prospettiva nella quale si possa addivenire all'individuazione e omogeneizzazione di strumenti e modalità procedurali che agevolino sia la denuncia delle malattie professionali che lo stesso riconoscimento del danno alle persone.

* Collegio di Presidenza dell'Inca Cgil

Oltre alla sottostima delle denunce di malattia professionale ci preoccupa, come già evidente nell'indagine, anche il basso livello di riconoscimento delle stesse da parte degli Istituti.

Nel nostro paese, spesso, il dato negativo nel riconoscimento è conseguente al fatto che l'Inail considera il Dvr (Documento di valutazione dei rischi) come elemento di giudizio idoneo dirimente per le malattie professionali. Invece, per quanto ci riguarda, riteniamo che il Dvr attenga alla prevenzione e sicurezza sul lavoro, tabellari in particolare e, inoltre, esso non è previsto come criterio di indagine ex-post sui singoli lavoratori.

Il rapporto, infine, indica anche una strada al mondo sindacale che, insieme alle sue articolazioni di rappresentanza e tutela individuale, dovrebbe proporre con maggiore evidenza e costanza il tema della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, chiamando alle loro responsabilità anche i livelli istituzionali, gli enti previdenziali e gli stessi datori di lavoro affinché ci si impegni tutti insieme a far crescere da un lato una nuova

cultura per la salute e allo stesso tempo una consapevolezza dei lavoratori dei propri diritti e tutele nell'ambito lavorativo. Il rispetto della dignità di chi lavora passa anche attraverso la garanzia di evitare che il recarsi al lavoro tutti i giorni non riservi particolari e costanti rischi per la sua incolumità psicofisica.

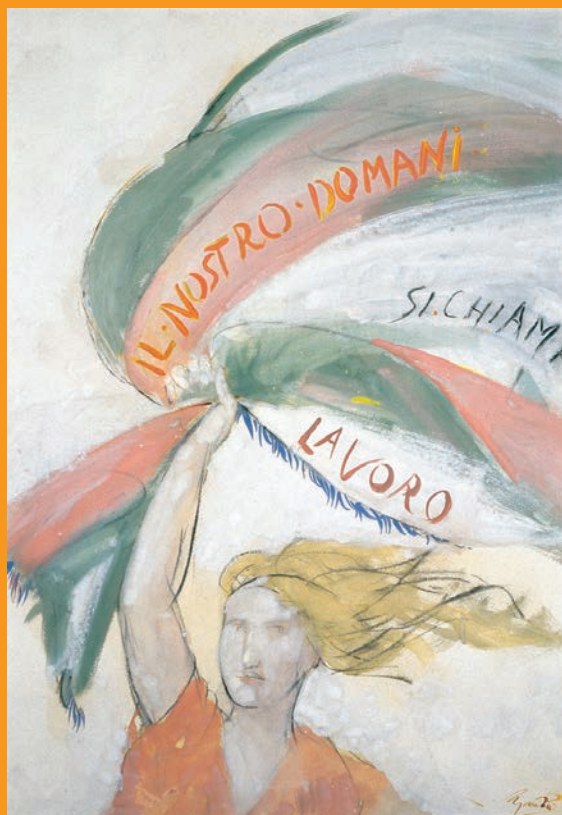
Infine, l'impegno per realizzare indagini e/o osservatori adeguati per l'emersione delle malattie professionali è altrettanto indispensabile quanto quello di realizzare interventi finalizzati al superamento dei problemi che determinano i rischi e alle soluzioni adeguate per un miglioramento delle condizioni di lavoro. Su ciò l'Europa, nel suo insieme, deve moltiplicare i suoi sforzi anche in relazione a una sempre maggiore circolazione dei lavoratori, al moltiplicarsi delle diverse tipologie dei contratti di lavoro, di nuovi modelli organizzativi, di sostanze di nuova generazione utilizzate nei processi produttivi, che spesso determinano patologie poco conosciute nel secolo corrente, sulle quali occorre che la ricerca faccia dei passi in avanti, con indagini più approfondite.

RAPPORTO

**Denuncia delle malattie professionali:
problematiche e buone pratiche
in cinque paesi europei**

**GERMANIA, DANIMARCA, SPAGNA, FRANCIA, ITALIA
a cura di Marco Bottazzi**

(Responsabile della Consulenza medico-legale dell'Inca Cgil)



Giacomo Manzù, Il nostro domani si chiama lavoro, 1977

Introduzione

Una malattia professionale è un concetto giuridico, creato a fini assicurativi (e non di prevenzione). La sua definizione risponde, perciò, a criteri giuridici e non medici. Il sistema di assicurazione delle malattie professionali riflette in tal modo un compromesso sociale e politico.

Un tale sistema esiste in quasi tutti i paesi europei. Si traduce secondo i paesi in una assicurazione più o meno specifica, in un organismo autonomo, in un finanziamento distinto da quello delle altre assicurazioni sociali, in prestazioni particolari per le vittime degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali.

Pur tuttavia, questa assicurazione specifica non è sempre sufficientemente nota o conosciuta. Numerosi casi di patologie di origine professionale non vengono registrati come tali da parte degli organismi assicurativi ad hoc, a causa della assenza di denuncia da par-

te della vittima, del suo medico o del suo datore di lavoro.

Il fenomeno della sottodenuncia appare largamente diffuso in maniera più o meno pronunciata, viene deplorato in maniera più o meno vigorosa da parte dei poteri pubblici, dei sindacati e degli esperti ed è stato in particolare segnalato nel rapporto della Commissione europea sulla valutazione della Raccomandazione 2003/670/Ce sulle malattie professionali¹, in occasione di un dibattito di Eurogip del 2012 in tema di individuazione e riconoscimento delle malattie professionali² e in un rapporto del 2002 del Forum europeo dell'assicurazione infortuni sul lavoro/malattie professionali³. A livello nazionale la sottodenuncia è evidenziata in numerosi articoli scientifici.

Le poste di un sistema efficiente di raccolta delle denunce sono importanti per due ragioni:

¹ Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in Eu Member States and Efta/Eea countries, in particular relative to Commission Recommendation 2003/670/EC concerning the European Schedule of Occupational Diseases and gathering of data on relevant related aspects». In http://www.eurogip.fr/images/publications/EU_Report_Occupational_diseases.pdf.

² http://www.eurogip.fr/images/documents/266/Actes_DebatsEUROGIP2012_MPEurope.pdf.

³ Indagine sulla sottodenuncia delle malattie professionali in Europa, dicembre 2002.

- **per le vittime:** poiché le prestazioni offerte dall'assicurazione sui rischi professionali sono generalmente più vantaggiose (e più adatte) rispetto a quelle offerte a titolo di malattia o di invalidità/morte. Inoltre, una vigilanza efficace può condurre a diagnosticare una malattia professionale in una fase precoce contribuendo così a curarla in tempo;
- **per definire delle priorità di prevenzione:** una quantificazione affidabile delle malattie professionali è uno strumento necessario per i pubblici poteri al fine di valutare gli sforzi di prevenzione e concentrarsi sui campi in cui le sfide sono più importanti.

Per quanto concerne le principali cause della sottodenuncia, in grado di determinare la natura delle soluzioni, sono ben note e citate da tutti i paesi interessati: le difficoltà tecniche nel riconoscere l'origine professionale di alcune patologie (a causa di un lungo periodo di latenza fra l'esposizione al rischio e la manifestazione della malattia, o a causa di interazione con fattori extraprofessionali); una conoscenza insufficiente delle patologie professionali da parte del personale medico a cui compete la diagnosi, ma anche altri motivi legati all'interesse relativo per la vittima di vedersi riconoscere il carattere professionale della sua patologia (paura per il proprio lavoro).

In merito a questi dati, Eurogip ha condotto delle ricerche sulla realtà delle sottodenunce in alcuni paesi europei e ha registrato delle buone pratiche realizzate per combattere questo fenomeno.

La scelta dei paesi oggetto di studio nell'ambito di questa indagine si è indirizzata verso

la Germania, la Danimarca, la Spagna, la Francia e l'Italia. Questi cinque paesi europei sono stati scelti in quanto sono rappresentativi dei numerosi modelli di assicurazione, modelli diversi ma tutti maturi.

Quattro di loro manifestano un interesse alla problematica della sottodenuncia delle malattie professionali. In questi paesi sono disponibili delle informazioni sia quantitative che qualitative. Infine, si tratta di paesi che mettono a disposizione delle statistiche assicurative relativamente dettagliate; ciò che permette di analizzare la sinistralità sulla base di categorie di patologie.

Occorre precisare che questo studio verte sulla sottodenuncia delle patologie, sulle legislazioni nazionali, sul riconoscimento del loro carattere professionale, e nel caso, sull'indennizzo delle vittime.

L'indagine non si vuole interessare del livello di conoscenza che hanno gli Stati dell'ampiezza dei problemi di salute nei luoghi di lavoro. Questo studio si colloca in un'ottica assicurativa, e pur tuttavia sono indagate anche le procedure di segnalazione a carattere obbligatorio delle malattie di cui è sospettata una origine professionale che competono ad alcuni attori (professionisti della salute). Queste segnalazioni obbligatorie hanno lo scopo di valutare in maniera empirica l'esistenza di malattie legate al lavoro in maniera indipendente da considerazioni di tipo assicurativo, ma le due procedure sono spesso collegate.

Non si tratta, nemmeno, di giudicare la «generosità» dei sistemi di assicurazione e la loro propensione a riconoscere più o meno facilmente i casi denunciati. Le scelte assicura-

tive (patologie che possono essere riconosciute, criteri di riconoscimento, indennizzo conseguente) saranno ricordate nel momento in cui esse hanno un impatto sul volume delle denunce, ma lo scopo non è quello di discutere del sottoriconoscimento o del sottoindennizzo.

Questo studio si articola attorno a due grandi assi: il punto della situazione in tema di denuncia delle malattie professionali nei cinque

paesi scelti e il focus sulla problematica della sottodenuncia in quattro di essi. L'indagine offre nella prima parte una descrizione delle procedure di denuncia, poi nella seconda parte un confronto sui dati (relativi al 2011) delle malattie professionali denunciate e riconosciute. L'ultima parte è dedicata alla analisi che ogni paese realizza rispetto alle *de-faillance* del proprio sistema e alle soluzioni sperimentate con successo per porvi rimedio.

Sintesi

In questo nuovo rapporto sulle malattie professionali (cfr. una serie di rapporti su www.eurogip.fr), Eurogip affronta la problematica della denuncia di queste ultime in cinque paesi europei: Germania, Danimarca, Spagna, Francia e Italia. Per denuncia, si intende la domanda finalizzata al riconoscimento del carattere professionale di una patologia e all'ottenimento da parte dell'organismo assicuratore delle prestazioni previste dalla regolamentazione in vigore. Questi cinque paesi sono stati scelti in quanto sono rappresentativi di modelli assicurativi diversi. Sono anche paesi che rendono disponibili delle statistiche assicurative relativamente dettagliate, il che permette di analizzare la sinistralità in funzione della categoria patologica.

Quattro di essi (con l'eccezione della Germania) mostrano interesse alla problematica della sottodenuncia delle malattie professionali. Come pure sono disponibili informazioni sia quantitative che qualitative. La prima parte del rapporto illustra a grandi linee le procedure di denuncia delle malattie professionali in questi paesi. Due logiche sottendono ai meccanismi di domanda di riconoscimento, la procedura è aper-

ta a numerosi protagonisti, ed è questo il caso più frequente, o è aperta ad un solo protagonista.

Poi sono presentate le statistiche e un'analisi dei dati relativi alla denuncia e al riconoscimento delle malattie professionali, in particolare per quattro tipi di patologie: le patologie muscolo-scheletriche (Ctd), le ipoacusie, le dermatosi e i tumori. Nella terza parte, Eurogip si è interessato ai dati nazionali in tema di sottodenuncia delle malattie professionali e ad esempi di buone pratiche per lottare contro questo fenomeno.

In termini di denunce o richieste di riconoscimento del carattere professionale della patologia, si rileva uno scarto da 1 a 4 fra il paese che ne registra meno e quello che ne registra di più: nel 2011, un numero di domande di riconoscimento rapportato a 100.000 assicurati pari a 681 in Danimarca, 619 in Francia, 220 in Italia, 174 in Germania (i dati spagnoli non sono disponibili).

Se non vi è verosimilmente un legame diretto fra il carattere più o meno aperto della procedura di domanda di riconoscimento e il numero di denunce, quest'ultimo è al contrario nettamente legato alla

conoscenza che i medici e il grande pubblico hanno del sistema di assicurazione. L'attrattiva di far riconoscere il carattere professionale della patologia svolge egualmente un ruolo indubbio riferito alle prestazioni offerte (più vantaggiose di quelle dell'assicurazione malattia e invalidità) e alla probabilità di vedere concludere la pratica.

Nei cinque paesi coperti dallo studio, le stesse patologie rappresentano la maggiore parte delle denunce – Ctd, ipoacusie, dermatosi e tumori – ma con valori diversi. Si registra un certo equilibrio in Germania e Danimarca, mentre i Ctd sono predominanti in Francia. Abbiamo così uno scarto da 1 a 20 fra la Germania e la Francia in cui i Ctd raggiungono rispettivamente 25 e 492 denunce ogni 100.000 assicurati.

Le differenze fra paesi sono egualmente importanti anche per quanto concerne i riconoscimenti e sono spiegabili con il ruolo predominante dei Ctd che pone la Francia con 377 casi riconosciuti ogni 100.000 assicurati nel 2011 e la Spagna con 129 in testa fra i paesi che riconoscono di più le malattie professionali.

Per quanto concerne i tumori, sono riconosciuti con proporzioni comparabili in Danimarca, in Italia e in Germania (fra 5 e 6 casi riconosciuti ogni 100.000 assicurati). La Francia presenta una percentuale di riconoscimento due volte superiore (11 casi) rispetto agli altri paesi, a fronte di un livello di denuncia simile a quello dell'Italia (rispettivamente 13 e 14 casi), ma inferiore a quello della Germania (20 casi) e della Danimarca (23 casi). Questo dato è

dovuto essenzialmente al numero di tumori broncopolmonari da amianto riconosciuti e denunciati.

Nel terzo capitolo del rapporto, Eurogip indaga la lotta contro la sottodenuncia delle malattie professionali in Danimarca, in Spagna, in Francia e in Italia.

In questi paesi viene ammesso che un numero significativo di Mp sfugga alla denuncia, mentre in Germania il fenomeno è percepito come marginale.

In **Danimarca** tre studi (1980, 1996 e 2007) hanno permesso di quantificare il fenomeno, in particolare per il mesotelioma pleurico causato dall'amianto e per l'adenocarcinoma delle fosse nasali e dei seni paranasali legato alle polveri di legno. In un caso su due queste patologie non verrebbero denunciate. Molto recentemente (2012), in base ad un rapporto in tema di sottodenuncia delle Mp di un gruppo di lavoro incaricato dal Ministero del Lavoro, i casi denunciati nel loro insieme sono valutati fra 1.000 e 2.000 all'anno.

In **Spagna** si tratta di un epifenomeno secondo gli assicuratori (la sottodenuncia non supererebbe il 20%, mentre i sindacati non sono della stessa opinione) Istat parla, in un rapporto del 2008, di un tasso medio dell'80%.

In **Francia** una commissione ad hoc – incaricata di valutare la quota che il Settore «infortuni sul lavoro / malattie professionali» versa ogni anno al Settore malattia – ha stimato in circa 20.000 il numero di casi di Ctd sottodenunciati e in circa 10.000 casi rispettivamente per le dermatosi e le sordità.

In **Italia** viene valutata nel 90% la percentuale di sottodenuncia dei tumori (esclusi mesoteliomi e tumori naso-sinusalì).

A fronte di questi dati, questi paesi hanno messo in atto iniziative per combattere il fenomeno della sottodenuncia. Gli esempi presentati in questo rapporto sono stati scelti in funzione della loro originalità e del dato documentale, ma anche delle valutazioni realizzate. Questi esempi hanno riguardato più frequentemente i tumori professionali.

In **Danimarca** l'iniziativa consiste nell'incrociare le schede informatiche del Registro dei Tumori con quelle dell'assicuratore Ask. In termini di domande di riconoscimento, si è registrato in tal modo, dopo la messa in opera del meccanismo, un aumento del 50%.

In **Francia** una sperimentazione regionale effettua una ricerca proattiva delle persone

affette da tumore della vescica di origine professionale, sulla base dei dati dell'assicurazione malattia. Le domande di riconoscimento si sono moltiplicate per 4,6 nei 18 mesi - 2 anni successivi all'inizio del programma ed i riconoscimenti come malattia professionale sono aumentati del pari.

In **Italia** si tratta dell'iniziativa di un ospedale (provincia di Brescia) che permette di ricercare i casi di tumori polmonari di origine professionale partendo dai casi diagnosticati e curati in questo stesso ospedale. Il tasso di riconoscimento in questa provincia, in seguito alla sperimentazione, ha raggiunto il 38% a fronte del 23% del riferimento nazionale.

In **Spagna** il software Sisvel permette ai medici di essere allertati quando sono in presenza di un paziente affetto da una diagnosi corrispondente a una delle 75 categorie previste, ad oggi, dal software.

1. Procedure per la denuncia delle malattie professionali in cinque paesi europei

Per meglio comprendere le problematiche legate alla denuncia nei paesi studiati – Germania, Danimarca, Spagna, Francia, Italia – e il loro possibile impatto sulle statistiche di sinistralità registrate dagli organismi assicurativi, occorre descrivere brevemente le procedure di riconoscimento in vigore nei cinque paesi.

Si tratta dunque di descrivere le procedure nazionali in base alle quali viene presentata una domanda con la finalità di far riconoscere il carattere professionale di una patologia e di ottenere da parte dell'organismo assicurativo le prestazioni previste dalla regolamentazione in vigore.

Nel caso in cui sia prevista parallelamente una procedura di segnalazione dei casi sospetti di malattie legate al lavoro a fini epidemiologici, questa eventualità verrà indicata.

▼ 1.1. Germania

La procedura di richiesta di riconoscimento

è aperta a numerosi attori diversi: il medico, il datore di lavoro, la vittima, come anche gli organismi di assicurazione sociale (le casse assicurazione malattia, gli organismi di assicurazione vecchiaia, le agenzie per l'impiego).

Si tratta anche di un obbligo per il medico e per il datore di lavoro (in caso di sospetto di malattia professionale). Il medico percepisce dall'organismo assicurativo una remunerazione di 20 € per ogni denuncia, qualunque sia poi l'esito.

La dichiarazione deve essere presentata all'organismo assicurativo infortuni (Berufsgenossenschaften) da cui dipende l'impresa o alla Cassa infortuni del settore pubblico da cui dipende l'agente pubblico⁴.

In pratica, i medici sono gli iniziatori della maggior parte delle denunce, seguiti dagli organismi sociali (20% circa), dalle vittime (10% circa) e dai datori di lavoro (3% circa).

La denuncia può essere fatta utilizzando sia

⁴ Per il settore privato, le imprese dell'industria, del commercio e dei servizi devono affiliarsi a una delle nove casse di assicurazione infortuni (Berufsgenossenschaften Bg) da cui esse dipendono in funzione del loro settore di attività. Le Bg sono delle associazioni professionali di diritto pubblico a gestione paritaria. Per il settore pubblico, esistono numerose casse di assicurazione infortuni: una cassa generale per Land, come pure una cassa nazionale per alcuni settori (amministrazione federale, ferrovie, servizi postali e delle telecomunicazioni) e quattro casse per i vigili del fuoco / pompieri.

un formulario cartaceo, sia per via telematica. Dal 1° agosto 2002 una ordinanza in tema di denuncia di malattia professionale all'assicurazione infortuni permette di compilare le dichiarazioni in linea e di inviarle direttamente tramite internet. Questa regolamentazione ha anche imposto di uniformare fra tutte le Berufsgenossenschaften la forma e il contenuto delle denunce. In finale, i formulari per la denuncia sono stati considerevolmente semplificati e il numero di campi da compilare è stato ridotto.

▼ 1.2. Danimarca

In Danimarca, tutti possono denunciare un caso di malattia di sospetta origine professionale. In concreto, le domande di riconoscimento delle malattie professionali ricadono essenzialmente sul corpo medico, in particolare sui medici di medicina generale. Progressivamente, le richieste di riconoscimento maggiormente sono emesse dai servizi ospedalieri. Dal 1976 è divenuto anche un obbligo legale per i medici o i dentisti, che dispongono di un periodo di 9 giorni a decorrere dalla diagnosi.

In tutti gli ospedali e le cliniche, la compilazione di questa dichiarazione ricade sul medico o il dentista che dirige il servizio. Questo obbligo è stato esteso ai medici specialisti solo a partire dal 1° luglio 2010. Tale obbligo si accompagna ad una sanzione che nel corso degli anni è divenuta sempre più severa (multa o arresto fino a due anni). Ogni medico che denuncia un caso di malattia professionale riceve una gratifica di 201 corone danesi, cioè all'incirca 27 € (al tasso di cambio di settembre 2014).

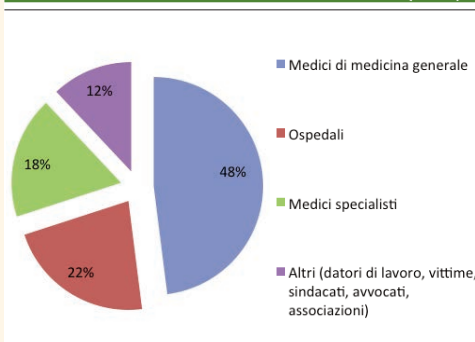
All'atto della denuncia, il consenso del lavoratore non è necessario, quest'ultimo potrà tuttavia opporsi alla trattazione del suo caso da parte dell'organismo assicuratore in una successiva fase della procedura.

Dal 1° luglio 2010, la denuncia telematica delle malattie professionali è divenuta obbligo attraverso il sistema (*Elektronisk anmeldelse af Erhvervs sygdomme*). L'invio telematico rafforza la qualità delle denunce e riduce la durata della trattazione dei dossier nell'ambito delle procedure di indennizzo. La denuncia cartacea resta possibile per le vittime come pure per i datori di lavoro danesi che si trovano all'estero.

Nel 2011, il 70% delle denunce è stato inviato con modalità telematica. E solamente il 15% delle denunce inviate dai medici si basa su un certificato cartaceo.

Quando la denuncia viene fatta da un medico, la vittima viene informata che questa domanda di riconoscimento è pervenuta e di quale sarà la procedura che verrà avviata. Nel caso dovesse esserci una opposizione il suo dossier sarà classificato dal punto di vista statistico alla voce «classificato senza riconoscimento».

GRAFICO 1: DOMANDE DI RICONOSCIMENTO IN DANIMARCA SECONDO LA PROVENIENZA (2011)



Nel 2011, il numero di casi di rifiuto alla trattazione è stato di 878, cioè circa il 5% delle denunce. Si è trattato principalmente di casi di patologie psichiche (274), malattie della pelle (155), ipoacusie (161) e tumori (85).

Le denunce di malattie professionali sono inviate contestualmente a due diversi organismi:

- la Direzione nazionale degli infortuni-malattie professionali (Arbejdsskadestyrelsen, Ask o National Board of Industrial Injuries), la denuncia rivolta a questo organismo ha il valore di richiesta di riconoscimento; l'Ask decide in merito al riconoscimento dei casi di malattia professionale e in merito all'indennizzo alle vittime;
- l'Ispezione del lavoro (Arbejdstilsynet o Danish Working Environment Authority – Wea) che gestisce il Registro delle malattie professionali denunciate.

Le statistiche delle denunce di malattie professionali pubblicate da questi due organismi differiscono fra di loro. Questo si spiega con il fatto che l'organismo assicuratore Ask inserisce nella statistica anche le ulteriori patologie che vengono eventualmente

rilevate a carico della medesima vittima nel corso dell'istruzione del caso.

Appare utile precisare che le prestazioni per incapacità temporanea legata ad una malattia professionale sono a carico dell'assicurazione malattia (finanziata dal sistema fiscale), mentre le statistiche dell'Ask (che interviene in caso di incapacità permanente e/o perdita di capacità di guadagno come anche nella presa in carico di alcune spese sanitarie) includono tutti i casi denunciati, quale sia la natura delle prestazioni che ne sono derivate.

▼ 1.3. Spagna

I sistemi spagnoli di denuncia delle malattie professionali da una parte e della loro registrazione statistica dall'altra, sono stati profondamente modificati nel 2007.

Prima del 2007 era principalmente il datore di lavoro che denunciava all'organismo assicuratore di propria scelta (Mutuas o Istituto Nazionale della Sicurezza Sociale⁵) i casi di sospetta malattia professionale. Il medico di famiglia era del pari autorizzato a farlo e, in questo caso, l'ente assicuratore ne dava informazione al datore di lavoro.

⁵ Il datore di lavoro ha la scelta, per assicurare i suoi lavoratori contro i rischi professionali, di affidarsi ad una delle 20 Mutuas de Accidentes de Trabajo presenti sul territorio o presso l'Istituto Nazionale della Sicurezza Sociale (Instituto Nacional de la Seguridad Social Inss). Per il settore marittimo è competente il solo Instituto Social de la Marina e esistono anche alcuni regimi autonomi. Le Mutuas sono delle associazioni di datori di lavoro di diritto privato senza fini di lucro da parte del Ministero del Lavoro e della Sicurezza Sociale. Nella loro grande maggioranza le imprese optano per una delle Mutuas e questi organismi coprono oggi il 98% dei datori di lavoro (1.485.854 imprese), il che rappresenta il 94,92% dei lavoratori e cioè 13.143.990 persone (dato 2011). Le Mutuas hanno competenze che vanno al di là dell'assicurazione infortuni - Mp e della prevenzione dei rischi professionali, in quanto esse gestiscono, su richiesta del datore di lavoro, le prestazioni di inabilità temporanea per malattia (per conto dell'Inss) come anche altre prestazioni più specifiche (cure ai minori affetti da malattie gravi, prestazioni di disoccupazione dei lavoratori autonomi, ecc.).

Per ogni caso di sospetta malattia professionale l'Ispezione del lavoro effettuava un sopralluogo nell'impresa interessata.

Il datore di lavoro aveva dunque tutto l'interesse a denunciare il caso come infortunio sul lavoro (in questa eventualità, l'Ispezione del lavoro non effettuava il sopralluogo se non nei casi di infortuni gravi o mortali).

Per quanto concerne la registrazione delle malattie professionali a livello nazionale e l'elaborazione delle statistiche, l'esistenza di numerosi canali di invio delle informazioni (di provenienza dalle Mutuas e dalle imprese) verso il Ministero del Lavoro e della sicurezza sociale, come pure l'assenza di una gestione informatizzata avevano come conseguenza la messa a disposizione di statistiche non attendibili.

A partire dal 2007 una nuova regolamentazione⁶ ha riformato il campo delle malattie professionali, con l'adozione di una nuova lista; sono stati modificati gli attori della denuncia di malattia professionale ed è stato realizzato un nuovo sistema di registrazione dematerializzato.

Da allora il lavoratore, il medico di famiglia del Centro di salute al quale il lavoratore è affiliato in ragione della sua residenza⁷, il medico del lavoro del servizio di prevenzione dei rischi professionali da cui dipende l'impresa e il datore di lavoro stesso possono denunciare un caso di sospetta malattia

professionale all'organismo assicuratore (Mutuas o Inss).

Da tale data è in capo ai medici del Servizio nazionale di salute o dei servizi di prevenzione un obbligo alla denuncia dei casi di possibili patologie professionali.

Precisiamo che l'Ispezione del lavoro non visita più sistematicamente l'impresa, ma solamente in caso di malattia grave, mortale o ricorrente, o su richiesta del lavoratore o del sindacato.

La Mutua (assicuratore del 98% delle imprese) istruisce il caso denunciato e dispone di 5 giorni per definirlo. Il riconoscimento è automatico nel momento in cui la malattia trae la sua origine nell'esposizione del lavoratore ai fattori e sostanze associati alle malattie tabellate (articolo 116 della Lgss - Legge generale sulla sicurezza sociale).

Nel caso in cui si renda necessaria una inchiesta approfondita (esami complementari), il termine dell'istruzione del caso può essere ulteriormente esteso a 6 mesi, rinnovabile per una volta. In pratica una decisione è assunta nel termine dei 5 giorni nel 90% dei casi.

Dal 2007 il Ministero del Lavoro e della sicurezza sociale elabora le statistiche nazionali delle malattie professionali sulla base di un solo flusso informativo: i casi riconosciuti di malattie professionali sono trasmessi da parte delle Mutuas e dall'Inss

⁶ Decreto reale n.1299/2006 (Boe del 19 dicembre 2006).

⁷ In Spagna, in maniera sistematica, ogni residente è preso in carico da un centro di salute primario nell'ambito del Sistema Nazionale di Salute. Il 90% della popolazione frequenta questi centri, il restante 10% preferisce scegliere il proprio medico in modo libero e stipula una assicurazione privata.

(nella sua veste di assicuratore) per via telematica attraverso il Cepross (Comunicacion de Enfermedades Profesionales, Seguridad Social). La creazione di questo sistema è stata accompagnata da un importante lavoro di codificazione delle informazioni trasmesse. Questo sistema di registrazione statistico propone tre diverse categorie di informazioni:

- i casi di malattie professionali stricto sensu riconosciute nel corso dell'anno (partes comunicados);
- casi di patologie non traumatiche causate o aggravate dal lavoro⁸ (grazie al sistema Panotrass creato nel 2010 che comprende una lista di 16 categorie);
- i casi di decisioni di indennizzo di un pregiudizio permanente ma non invalidante rispetto al lavoro (in capitale) altrimenti detto di «concessione di una indennità per danno all'integrità fisica».

La complessità di questo sistema spagnolo di registrazione dei casi di malattia professionale rende difficile la comparazione delle statistiche di questo paese.

Non sono disponibili statistiche sul numero di domande di riconoscimento pervenute agli istituti assicuratori (Mutuas e Inss). Ognuna delle venti Mutuas dovrebbe tuttavia possedere il dato delle denunce in funzione dei differenti tipi di dichiaran-

te, ma in pratica esse non comunicano tali dati.

I sistemi Cepross e Panotrass permettono di avere dei dati affidabili solo in merito ai casi riconosciuti.

Occorre precisare che un certo numero di casi di Mp stricto sensu (partes comunicados) trasmesse dalle Mutuas/Inss al Ministero (circa il 7% nel 2011) sono non accolte da parte di quest'ultimo e vengono riclassificate come malattie «comuni» o infortuni sui lavoro. L'insieme delle informazioni sulle malattie professionali riconosciute (variabili: geografiche, sesso della vittima, età, settore di attività, tipo di patologia) è malgrado tutto presentato sulla base delle partes comunicados nel loro insieme.

▼ 1.4. Francia

In Francia è la vittima che avvia la procedura di richiesta di riconoscimento presso l'organismo per l'assicurazione malattia da cui la stessa dipende⁹.

La domanda avviene con l'invio di un modulo-tipo di denuncia, accompagnato da un certificato medico in cui viene descritta la malattia diagnosticata dal medico di scelta della vittima. Questo invio deve avvenire entro 15 giorni dalla cessazione del lavoro o dalla diagnosi della malattia. Non esiste una

⁸ La lista spagnola delle malattie professionali è una lista chiusa (assenza di un sistema complementare), per cui è giuridicamente impossibile riconoscere casi di patologie non inserite nella lista, tuttavia la recente creazione, dopo il 2010, del concetto di «patologie non traumatiche causate o aggravate dal lavoro» permette di riconoscere come infortuni sul lavoro il carattere professionale di queste patologie (codice Icd-10), senza che vengano inserite nelle statistiche degli infortuni sul lavoro, come avveniva in precedenza. Per la vittima non vi è differenza per quanto concerne l'indennizzo se la patologia è definita come Mp o come infortunio sul lavoro.

⁹ Per i lavoratori salariati del settore privato si tratta della Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam).

procedura telematica di invio delle domande di riconoscimento.

La Cpm avvia una inchiesta amministrativa e medica e informa il datore di lavoro, il medico del lavoro e l'Ispezione del lavoro.

Benché la Cassa nazionale per l'assicurazione malattia dei lavoratori salariati (Cnamts) disponga delle cifre sulle domande di riconoscimento (121.410 per l'anno di riferimento scelto, il 2011), le statistiche che verranno di seguito presentate ed utilizzate corrisponderanno ai dossier lavorati nel 2011; ciò comporta che le domande di riconoscimento incomplete (non accompagnate da certificato medico iniziale) siano state scartate in modo da includere solo i casi che sono stati istruiti nel corso dell'anno di riferimento, che pervengano o meno ad un riconoscimento.

Indipendentemente da questa procedura di richiesta di riconoscimento, il medico ha l'obbligo di segnalare qualsiasi malattia che, a suo parere, presenti un carattere professionale (articolo L. 461-6 del Codice della sicurezza sociale). Queste denunce, con un obiettivo di vigilanza sanitaria, devono essere trasmesse al medico ispettore regionale del lavoro che ha in carico l'impresa da cui dipende il lavoratore.

Benché si tratti di un obbligo legale sono rari i medici che segnalano delle malattie a carattere professionale. Le poche segnalazioni provengono essenzialmente dai medici del lavoro e sono state solo parzial-

mente utilizzate, in particolare a causa delle carenze di sistematizzazione e di centralizzazione¹⁰.

▼ 1.5. Italia

Spetta al datore di lavoro procedere alla domanda formale di riconoscimento come malattia professionale presso l'Inail (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro).

Egli deve, nei cinque giorni successivi al ricevimento del certificato medico iniziale di malattia professionale consegnatogli dalla vittima, riempire il formulario relativo sia telematicamente attraverso il sito internet dell'Inail, sia per posta all'unità territoriale dell'Inail competente (in ragione del domicilio dell'assicurato). La via telematica è stata attivata dal 2010 per tutti i lavoratori con l'esclusione dei salariati dell'agricoltura, dei lavoratori a domicilio e dei lavoratori occasionali. Le sanzioni previste in caso di non denuncia o di denuncia erronea da parte del datore di lavoro consistono in una ammenda di 129 € in caso di mancata indicazione del numero identificativo nazionale del lavoratore e in una multa da 1.290 a 7.745 euro in caso di mancanza di denuncia, di denuncia tardiva, inesatta o incompleta.

Preliminarmente il medico (di medicina generale o del lavoro), che ha diagnosticato la malattia, deve fornire alla vittima un certificato medico iniziale di malattia professiona-

¹⁰ Cfr. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Maladies-a-caractere-professionnel/Contexte-dispositif-de-surveillance>.

le ed inviare contestualmente un certificato medico all'Inail nei dieci giorni successivi alla sua prima visita con il lavoratore.

Occorre segnalare che in questo paese la vittima riceve frequentemente l'assistenza dei sindacati attraverso l'intermediazione dei suoi Patronati¹¹, in particolare quando si tratta di una richiesta di riconoscimento di una malattia non ricompresa nelle tabelle di legge, ma non solo.

Oltre a questo obbligo di tipo assicurativo, il medico è tenuto a segnalare il caso al servizio ad hoc del Dipartimento della prevenzione della Asl competente¹², alla Direzione dipartimentale (provinciale) del lavoro (Ispettorato del lavoro) e all'autorità giudiziaria (procuratore della Repubblica).

L'Inail che interviene in questo campo in quanto organismo che ha assorbito nel 2010 l'IspeSl (Istituto superiore per la prevenzione) in collaborazione con le regioni (attraverso le Asl), utilizza questi dati delle segnalazioni a fini di sorveglianza epidemiologica di prevenzione. Questi dati sono in particolare utilizzati per l'elaborazione di diversi registri; sistema di sorveglianza Malprof (patologie correlate al lavoro in 14 delle 20 regioni italiane), registri dei tumori (dei mesoteliomi dal 2000 e dei tumori nasosinusalii dal 2006).

In conclusione

Emerge dallo studio delle procedure di denuncia che due diverse logiche sottendono i meccanismi di domanda di riconoscimento. La procedura è avviata da numerosi protagonisti in tre dei cinque paesi coperti dallo studio. La maggior parte delle denunce proviene dai medici che sono legalmente tenuti a denunciare ogni patologia di cui sospettino un legame con l'attività lavorativa del paziente, obbligo talora abbinato ad una remunerazione simbolica. Si tratta di una scelta maggioritaria nei paesi europei (Germania, Danimarca, Spagna, ma anche Austria, Lussemburgo, Finlandia).

Alcuni paesi – Francia e Italia, ma anche Belgio, Svezia e Svizzera – attribuiscono l'iniziativa dell'avvio della procedura alla sola vittima (con l'intermediazione del datore di lavoro in Italia e in Svizzera).

L'analisi dettagliata delle statistiche delle denunce che segue rileverà che il parametro della fonte, che ha originato la denuncia, non ha necessariamente un impatto sul numero di domande di riconoscimento registrate dall'organismo assicuratore dei rischi professionali.

In ogni caso, non si può ignorare che i medici giochino un ruolo centrale nel riconoscimento dell'origine professionale della ma-

¹¹ I Patronati sono delle strutture esistenti nell'ambito di ogni confederazione sindacale italiana che hanno come compito quello di accompagnare i lavoratori nella difesa dei loro diritti in tema di sicurezza sociale. Il loro ruolo di servizio di pubblica utilità è stato riconosciuto dallo Stato italiano a partire dal 1947. Ne esistono una trentina e i principali sono l'Inca (della Cgil) e l'Inas (della Cisl).

¹² Ogni amministrazione sanitaria locale (Asl - Azienda Sanitaria Locale) dispone nell'ambito del proprio Dipartimento di Prevenzione di una Unità Prevenzione e Sicurezza sui luoghi di lavoro che è l'organo competente in materia di prevenzione dei rischi professionali. Fra gli altri compiti, questo servizio dell'Asl valuta (all'atto del ricevimento di una denuncia di Mp) se il datore di lavoro abbia rispettato le norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro in modo da escludere una eventuale responsabilità penale.

lattia. Per questo essi sono i destinatari della maggior parte delle azioni di lotta alla sottodenuncia delle malattie professionali presentate nel terzo capitolo.

Emerge, del pari, che i poteri pubblici hanno in numerosi paesi la preoccupazione di facilitare la procedura attivando un sistema di dichiarazione telematica (Germania, Da-

nimarca, Italia). Questa tendenza si sta generalizzando.

Quale sia la logica alla base della denuncia e lo strumento prescelto, sembra che questi sistemi non funzionino in maniera ottimale nella maggior parte dei paesi in quanto sono oggetto di critiche e di tentativi di miglioramento.

2. Statistiche e analisi delle denunce e dei riconoscimenti di malattia professionale

In questa parte sono presentati i dati assicurativi, cioè i dati relativi alle domande di riconoscimento di malattia professionale e i casi riconosciuti.

Appare necessario essere prudenti nelle conclusioni che si possono trarre dai confronti statistici fra paesi, in merito al legame fra livello di denunce e fenomeno di sottodichiarazione. Innanzitutto in quanto i dati nazionali sono in parte il riflesso di scelte assicurative assai diverse, ma anche perché non è possibile isolare e misurare l'impatto della qualità delle condizioni di lavoro e delle misure di prevenzione messe in atto in ogni singolo paese sui livelli di segnalazione / denuncia delle malattie professionali. Per quanto concerne le precauzioni metodologiche esse sono esposte nell'allegato 1.

Per confrontare fra loro i paesi, indipendentemente dal numero di assicurati, i dati di sinistralità sono espressi, nell'ambito del nostro studio, sotto forma di indice ogni 100.000 assicurati. Il che vuol dire che il numero di casi registrati da parte dell'organismo assicuratore sarà rapportato alla popolazione assicurata nell'anno in questione da parte dello stesso ente assicuratore, sapendo che la popolazione assicurata nei di-

versi paesi non è necessariamente composta dalle stesse categorie professionali (cfr. note metodologiche in allegato).

▼ 2.1. Domande di riconoscimento

Anche se non si può fare un confronto fra i livelli registrati di denuncia di malattia professionale e le stime elaborate dalla letteratura scientifica internazionale (studi epidemiologici), è tuttavia possibile confrontare fra di loro i paesi in modo da trarre degli insegnamenti da questa analisi e di formulare anche alcune ipotesi.

Ricordiamo che la domanda di riconoscimento di malattia professionale (che viene chiamata anche denuncia) è la procedura messa in atto presso l'organismo assicuratore finalizzata al vedersi riconoscere il carattere professionale della patologia con i conseguenti diritti per la vittima o gli altri aventi diritto.

2.1.1. Dati

► *Differenze importanti nel numero delle denunce*

Viene registrato un rapporto di uno a quasi quattro fra la Germania, in cui il numero delle domande di riconoscimento è il più

basso e la Danimarca, in cui tale numero è il più elevato.

La Francia si situa negli stessi ordini di valore della Danimarca con 619 denunce ogni 100.000 assicurati, mentre l'Italia registra un numero tre volte minore di denunce in confronto a questi due paesi di testa.

Un rapporto¹³ di Eurogip che prendeva in considerazione un campione più vasto rileva che nel 2006, il Belgio e la Finlandia si collocavano attorno alle 220 denunce ogni 100.000 assicurati (cioè a livello dell'Italia) e che le percentuali del Portogallo, dell'Austria e della Svizzera si collocavano attorno alle 100 denunce.

Se confrontiamo i dati di quel rapporto con quelli di cui disponiamo attualmente, rile-

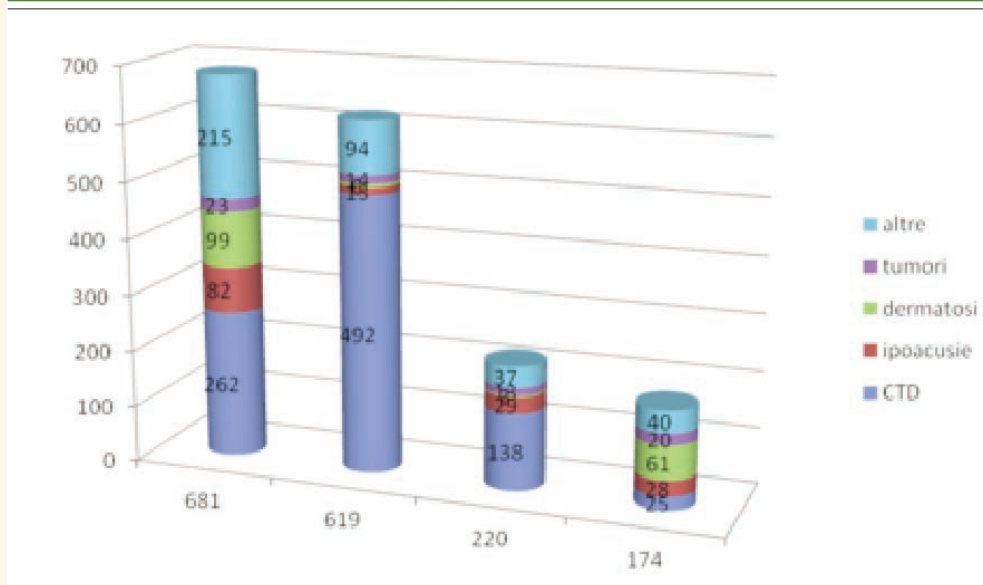
viamo che la classifica dei paesi è rimasta sensibilmente la medesima.

Per quanto concerne, poi, la Spagna nessun dato numerico relativo alle domande di riconoscimento è disponibile. È tuttavia possibile affermare che il dato è superiore a 190, che è il valore dei casi riconosciuti (vedi grafico 2).

► *Il carattere più o meno aperto della procedura di domanda di riconoscimento non ha presumibilmente una incidenza*

Secondo la procedura di richiesta di riconoscimento all'ente assicuratore (vedi capitolo primo), la denuncia può essere avanzata da una sola persona (la vittima in Francia, il datore di lavoro in Italia su input della vittima

GRAFICO 2 - RICHIESTE DI RICONOSCIMENTO INDICI PER 100.000 ASSICURATI – RIPARTIZIONE IN BASE ALLE PRINCIPALI PATOLOGIE IN QUATTRO PAESI EUROPEI, DA SINISTRA: DANIMARCA, FRANCIA, ITALIA, GERMANIA (2011)



¹³ «Le malattie professionali in Europa, statistiche 1990-2006 ed attualità giuridica», Eurogip 34/F – gennaio 2009, Eurogip con il Forum europeo dell'assicurazione infortuni sul lavoro – malattie professionali.

ma), o da numerosi attori diversi (in Germania, Danimarca e Spagna), in questa ultima fattispecie sono i professionisti della salute che, di fatto, si fanno promotori della denuncia.

Ci si può legittimamente chiedere se il fatto che attori diversi possano avviare una denuncia di malattia professionale costituisca un «atout» in favore di una denuncia più vasta non inficiata dalla mancanza di conoscenze o dalla paura di affrontare un tale percorso.

Non sembra, in base ai dati attuali, sussistere una correlazione fra numero di denunce e tipologia della procedura. I due paesi che adottano la stessa tipologia di denuncia aperta e in cui il medico è la «chiave di volta» della denuncia (Germania e Danimarca) si collocano agli antipodi nel numero di denunce. Per quanto concerne, invece, i due paesi in cui è previsto che sia una sola la persona che può avviare la procedura, la Francia presenta un indice tre volte superiore a quello italiano.

Il rapporto Eurogip, precedentemente citato, permette di confermare sulla base di un campione più esteso di 11 paesi questa assenza di correlazione: il Lussemburgo, il Portogallo e l'Austria che presentavano nel 2006 gli indici inferiori non adottavano le stesse procedure come pure il Belgio e la Finlandia che si collocavano al centro del campione.

► *L'impatto probabile della pubblicità del sistema di presa in carico*

È certo che più il sistema di assicurazione contro le malattie professionali è conosciuto dai medici e dal grande pubblico, più so-

no numerose le domande di riconoscimento. La Danimarca ne è una perfetta dimostrazione. Questo paese che, da alcuni decenni, fa dell'informazione nei confronti del grande pubblico e della lotta contro la sottodenuncia delle malattie professionali una priorità, presenta l'indice più elevato fra tutti i paesi europei.

Il ragionamento contrario non regge in egual maniera; non è infatti possibile spiegare il basso indice della Germania con la mancanza di sensibilizzazione del personale medico (principale dichiarante delle malattie professionali in quel paese). In effetti, in questo paese come anche in altri, i media mostrano un interesse costante al tema delle malattie professionali, e sono organizzate in maniera regolare delle campagne specifiche su alcune patologie.

Si può dunque supporre che altri fattori entrino in gioco nel determinare la classifica dei paesi in base agli indici di denuncia.

► *L'impatto certo dell'attrattività della procedura per la vittima*

L'attrattività può considerarsi in due modalità complementari. Essa può corrispondere all'interesse per la vittima di vedersi riconoscere l'origine professionale della patologia da cui è affetto in relazione alle prestazioni offerte dall'assicurazione specifica.

Occorrerebbe idealmente tenere conto dei sistemi di assicurazione della malattia e dell'invalidità nei diversi paesi, in modo da poter apprezzare l'attrattività relativa per le vittime. È noto, pur tuttavia, che ovunque in Europa, le prestazioni accordate agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali

sono nel loro complesso più favorevoli di quelle che vengono riconosciute dalle assicurazioni sulla malattia/invalidità.

Per quanto concerne i soli sistemi di indennizzo delle malattie professionali in vigore nei paesi presi in considerazione¹⁴ e gli indici di denuncia calcolati, appare difficile valutare in maniera globale l'impatto della attrattività del procedimento per la vittima sul numero di denunce.

Tuttavia, si può supporre che questo aspetto possa dipendere da alcuni fattori; che la vittima sia affetta da questa o quella patologia, che ne subisca esclusivamente un danno psicologico o anche una perdita della capacità di guadagno e secondo il grado di incapacità permanente che la vittima ritiene di vedersi attribuire, il suo interesse ad ottenere un indennizzo è variabile secondo i paesi (le prestazioni in natura come pure le prestazioni per incapacità temporanea sono meno foriere di disparità fra i paesi di quanto non lo siano le prestazioni per incapacità permanente).

L'attrattività può anche essere intesa come la conoscenza da parte del dichiarante della possibilità che la malattia ha di essere riconosciuta come professionale.

In tal caso, è innegabile che la percezione che ha il dichiarante della propensione dell'organismo assicuratore nel riconoscere la patologia denunciata, influisca sul numero delle denunce.

In primo luogo va preso in considerazione il contenuto della lista delle malattie professionali in vigore nel paese considerato, ma anche la forza della presunzione attribuita a questa lista, come anche i criteri di riconoscimento dei diversi quadri patologici.

Nell'analisi per patologia, vediamo che questi parametri di riconoscimento hanno un effetto incontestabile sul numero di denunce e di riconoscimenti delle patologie muscolo-scheletriche (Ctd).

Stante l'importanza numerica in alcuni paesi di queste ultime nell'ambito delle malattie professionali, i parametri di cui sopra impattano sensibilmente sul livello globale di denuncia e/o di riconoscimento dei paesi in esame.

2.1.2. Tipologia delle denunce in rapporto alla patologia

Le stesse patologie (muscolo-scheletriche, ipoacusie, dermatosi, tumori) le ritroviamo nei diversi paesi oggetto dello studio, ma con valori differenti.

La Germania e la Danimarca presentano una ripartizione relativamente equilibrata delle denunce fra le diverse patologie. Sottolineiamo tuttavia che in Germania si registra una preponderanza delle dermatosi (60 dichiarazioni ogni 100.000 assicurati, a fronte di 25 denunce per patologie muscolo-scheletriche, per ipoacusie e per tumori) e che in Danimarca si registra una preponderanza delle pa-

¹⁴ Per maggiori informazioni sull'indennizzo delle vittime di infortunio o di Mp vedi: «Accidents du travail-maladies professionnelles: réparation forfaitaire ou intégrale? Enquête européenne sur les modalités d'indemnisation des victimes» (juin 2005); Eurogip - <http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip-21F.pdf>. Ed anche «Réparation du préjudice permanent subi par les victimes d'AT/Mp en Europe» (décembre 2010) Eurogip disponibile in http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip_NoteRPP_59F.pdf.

tologie muscolo-scheletriche rispetto alle altre patologie.

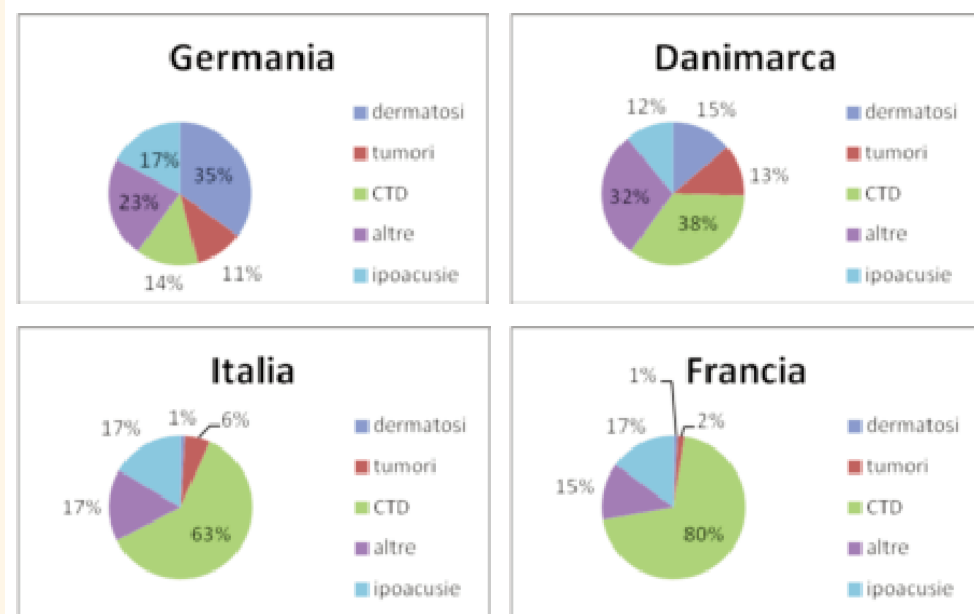
L'Italia e la Francia si caratterizzano per una forte preponderanza nelle denunce delle patologie muscolo-scheletriche, rispettivamente 2/3 e 4/5. In questi due paesi, le dermatosi rappresentano solo l'1% dell'insieme delle denunce e la partecipazione delle altre tipologie di malattie è egualmente più scarsa che in Germania e Danimarca (vedi grafico 3).

zione intermedia con degli indici rispettivamente di 138 e 262.

Segnaliamo egualmente la posizione della Spagna che benché il numero di denunce non sia noto, presenta un indice di riconoscimento dei Ctd di 129, il che permette di dedurre un indice di denunce necessariamente superiore.

Anche se con valori diversi, le patologie muscolo-scheletriche si collocano al 1° posto fra

GRAFICO 3 - RIPARTIZIONE PER TIPOLOGIA DI PATOLOGIA (IN %) DELLE DOMANDE DI RICONOSCIMENTO IN QUATTRO PAESI EUROPEI



► *Patologie muscolo-scheletriche (Ctd)*

Le patologie muscolo-scheletriche rappresentano la categoria di malattia che presenta il quadro più contrastato. Nel 2011 si sono osservati degli indici per 100.000 assicurati che si collocano fra 25 denunce in Germania e 492 in Francia, il che costituisce una differenza di uno a venti fra questi due paesi. L'Italia e la Danimarca si collocano in una posi-

zione denunciata in quattro dei cinque paesi oggetto dello studio.

Si tratta senza dubbio dell'effetto «assicurazione» che spiega le posizioni estreme della Germania e della Francia. In effetti, da una parte il contenuto delle due liste concernenti le patologie muscolo-scheletriche e dall'altra l'assenza della presunzione in Germania e al contrario la forza di questa presun-

zione in Francia hanno rispettivamente effetti dissuasivi e incoraggianti la denuncia. In tal modo osserviamo che la Germania riconosce assai pochi casi di patologie muscolo-scheletriche (3 ogni 100.000 assicurati nel 2011) mentre in Francia questa patologia rappresenta la componente essenziale dei casi riconosciuti (indice di 377 patologie muscolo-scheletriche su 426 malattie professionali riconosciute).

Segnaliamo tuttavia che l'effetto «assicurazione» non spiega la posizione dei diversi paesi, come dimostra il riavvicinamento fra le denunce e i riconoscimenti in Danimarca. Questo paese nel 2011 registra un indice elevato di patologie muscolo-scheletriche (262 ogni 100.000 assicurati, molto lontano dall'indice di 492 della Francia, ma superiore agli indici italiano e tedesco). Mentre nel contempo è uno dei paesi che ne riconosce meno.

Si può supporre che se le denunce di patologie muscolo-scheletriche sono numerose in questo paese, è essenzialmente merito della performance del sistema danese nel rilevare i casi potenzialmente di origine professionale, grazie ad una efficace diffusione dell'informazione verso i medici e all'obbligo che pesa su questi ultimi di segnalare all'organismo assicurativo tutti i casi sospetti.

► *Ipoacusie*

La sordità o ipoacusia (cioè la riduzione della acuità uditiva) è una patologia che è presente come una delle più frequenti, nei dati dei cinque paesi studiati.

Questa malattia, che colpisce essenzialmente la classe operaia e che non può essere curata ma che non impedisce di continuare a lavorare, è difficilmente rilevabile.

Per non perdere il proprio posto di lavoro sembrerebbe frequente che la vittima aspetti il pensionamento per presentare una domanda di riconoscimento della sordità professionale.

Gli indici di dichiarazione ogni 100.000 assicurati si collocano all'interno della stessa forchetta in Francia, Germania e Italia (rispettivamente 13, 28 e 29). La Danimarca si distingue con un indice di 82 denunce. Si tratta anche del paese nel quale le ipoacusie sono maggiormente riconosciute.

Tuttavia, un approccio comparativo dei criteri di riconoscimento in vigore nei diversi paesi europei¹⁵ rileva che non è più facile far riconoscere un caso di ipoacusia in Danimarca rispetto agli altri paesi europei (certo non esiste un criterio di severità in riferimento al deficit audiometrico, ma questo deficit deve essere bilaterale e l'esposizione al rischio deve aver avuto una durata superiore ai 5 anni).

È possibile supporre che in Danimarca i riconoscimenti siano numerosi in quanto altrettanto numerose sono state le domande di riconoscimento.

È del pari possibile ritenere che sul numero delle denunce giochi anche il fatto che le prestazioni economiche offerte per i casi di ipoacusia siano abbastanza più vantaggiose che negli altri paesi.

¹⁵ Vedi le pagine 29 e 30 del Rapporto ref. Eurogip-34/F citato alla nota 13.

► *Dermatosi*

È di nuovo la Danimarca a registrare l'indice più elevato nell'ambito del campione dei paesi studiati (99 denunce ogni 100.000 assicurati); seguita dalla Germania (67 denunce); la Francia e l'Italia arrivano ultime con degli indici rispettivamente di 5 e di 3.

I dati dei riconoscimenti per queste patologie sono la conseguenza dei dati relativi alle denunce.

In Germania occorre segnalare che le dermatosi sono una priorità in tema di prevenzione per l'assicuratore contro i rischi professionali, la Dguv, e questo da numerosi anni.

Nel 2005, più di un terzo delle malattie professionali riconosciute era rappresentato da malattie della pelle e il loro costo economico era valutato in 1,25 miliardi di euro.

La prevenzione delle dermatosi costituisce una delle tre priorità della Strategia comune di prevenzione 2008-2012 (Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie, Gda).

Nel 2007 la Dguv ha lanciato una campagna di prevenzione di una dimensione senza precedenti che aveva come slogan «*La tua pelle. I 2 m² più importanti della tua vita*»¹⁶. Questa iniziativa, che si è svolta nell'arco di due anni, è stata condotta in collaborazione con l'assicurazione malattia e si poneva come obiettivo quello di coinvolgere un assai vasto pubblico sia nella vita comune che nell'ambito del mondo del lavoro.

Numerosi organismi hanno partecipato a

questa campagna (die Arbeitsgemeinschaft für Berufs - und Umweltdermatologie, der Verband Deutscher Betriebs - und Werksärzte, der Verband Deutscher Sicherheitsingenieure...). Questa campagna, che ha avuto un enorme riscontro fra i media (premio delle campagne istituzionali Health Media Award 2008 et Politikaward 2007), ha permesso di attirare l'attenzione sulle malattie della pelle e di sensibilizzare la popolazione in modo durevole in merito alla necessità di proteggersi. Sembra, inoltre, che essa abbia determinato anche una maggiore propensione alla denuncia delle malattie professionali: le richieste di riconoscimento delle dermatosi hanno così registrato un aumento del 65% fra il 2006 e il 2011.

► *Tumori*

I tumori professionali sono delle patologie che statisticamente incidono meno delle malattie muscolo-scheletriche, delle dermatosi e delle ipoacusie, ma la loro gravità e la difficoltà di riconoscerne l'origine professionale giustificano il fatto che queste patologie siano oggetto di un interesse prioritario.

Gli indici di denuncia sono confrontabili in Francia e in Italia (fra 13 e 14 casi ogni 100.000 assicurati). La Germania e la Danimarca si collocano un poco al di sopra con degli indici rispettivamente di 20 e 23.

Uno studio di Eurogip¹⁷ del 2010 sui tumori professionali in Europa aveva rilevato che

¹⁶ «Deine Haut. Die wichtigsten 2m² deines Lebens» - <http://www.dguv.de/de/Pr%C3%A4vention/Kampagnen-Veranstaltungen-und-Projekte/Pr%C3%A4ventionskampagnen/Pr%C3%A4ventionskampagne-Haut/index.jsp>.

¹⁷ «Cancers d'origine professionnelle: quelle reconnaissance en Europe», Eurogip, avril 2010. http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip_RapportRecoCancerspro_49F.pdf

le liste nazionali delle malattie professionali erano omogenee fra loro in tema di tumori e che le prestazioni offerte dagli organismi assicurativi in caso di patologie gravi non presentavano differenze sostanziali. La spiegazione del migliore indice danese era da ricercare nella priorità che questo paese si è dato da molti anni dell'emersione sistematica di queste patologie.

Al di là degli indici, i tumori sono le sole patologie professionali per le quali una grande maggioranza di paesi è concorde nel rilevare che si tratta di malattie sottodenunciate. Le principali spiegazioni condivise da tutti sono da ricercare nel lungo periodo di latenza fra esposizione al rischio e comparsa dei sintomi (20-40 anni) e il loro carattere multifattoriale. Questi elementi rendono difficile per il medico lo stabilire un legame con l'attività professionale (pregressa quando la vittima è un pensionato).

▼ 2.2. Riconoscimenti

2.2.1. Dati

Questo studio si occupa della sottodenuncia delle malattie professionali, cioè del deficit di capacità di un sistema di assicurazione di raccogliere tutti i casi di patologie potenzialmente di origine professionale. Lo studio non ha lo scopo di giudicare la «generosità» dei diversi sistemi di assicurazione, la loro capacità di riconoscere il maggior numero possibile di patologie o di offrire le prestazioni più vantaggiose.

Sarebbe tuttavia naïf commentare i dati delle denunce nei diversi paesi oggetto dello studio, senza confrontarli con i dati dei ri-

conoscimenti. In effetti, è probabile che i regolamenti e le modalità di riconoscimento (liste di malattie professionali suscettibili di essere riconosciute, condizioni di riconoscimento, tipo di iter procedurale, ecc.), ma anche le regole relative all'indennizzo, impattino con il numero delle denunce dei casi sospetti. In altri termini, il comportamento di coloro che denunciano può essere influenzato in ragione delle possibilità di successo che può avere la richiesta e dell'interesse che assume il riconoscimento del carattere professionale della patologia.

Ricordiamo che né le liste nazionali delle malattie professionali né i criteri legali di riconoscimento adottati dagli organismi assicurativi sono oggetto di una regolamentazione comunitaria vincolante. Esiste, certamente, la Raccomandazione della Commissione europea del 19 settembre 2003 che nell'allegato presenta una lista europea delle malattie professionali (redatta, per altro, in termini generici) ma essa ha solo un valore indicativo.

Il contenuto delle liste nazionali, la loro forza della presunzione legale, come pure i criteri medici, amministrativi e di esposizione, adottati nel corso dell'iter di riconoscimento e che condizionano il riconoscimento stesso dipendono, dunque, esclusivamente dalle scelte assicurative nazionali.

Orbene, se si osserva, inoltre, una certa omogeneità relativamente ad alcune categorie di patologie (in particolare i tumori), queste liste e questi criteri variano sensibilmente da un paese all'altro.

È tuttavia necessario astenersi dal correlare, per ogni paese, in maniera sistematica il livello di denunce con quello dei riconoscimenti.

Vedremo subito dopo che l'influenza del secondo sul primo si verifica solo per alcune patologie e non necessariamente in tutti i paesi.

► *Non sono necessariamente i paesi che registrano un maggior numero di denunce quelli che riconoscono maggiormente le malattie professionali*

In termini di riconoscimento la Francia sovravanza ampiamente gli altri quattro paesi con un indice di 426 riconoscimenti ogni 100.000 assicurati, seguita dalla Spagna (indice di 192), la Danimarca, che si caratterizza per essere fra i paesi del campione quello che registra il maggior numero di denunce, arriva solo in terza posizione per numero di riconoscimenti.

L'Italia e la Germania si trovano alla fine della classifica non solo dei riconoscimenti, ma anche delle denunce.

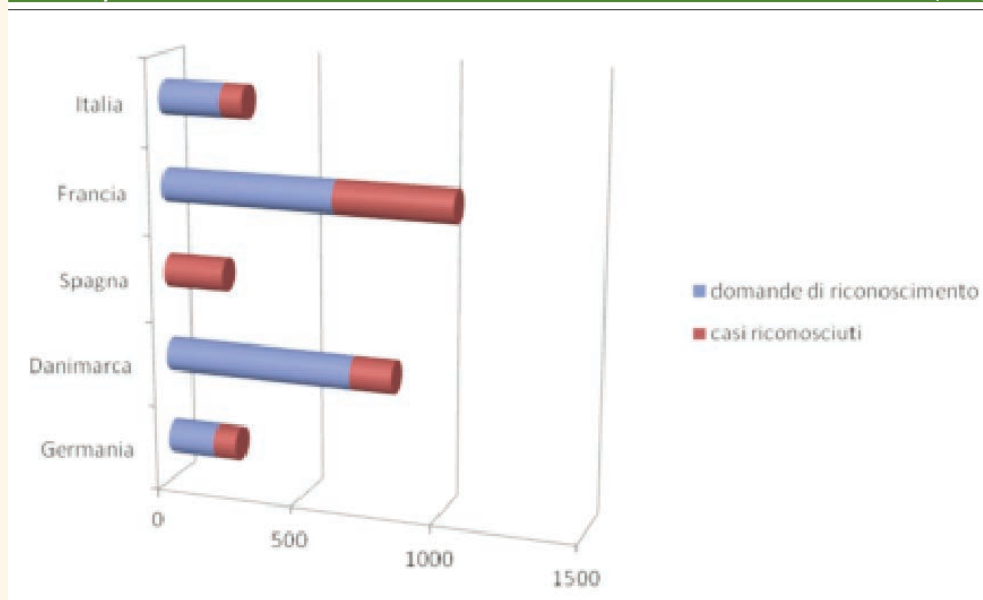
Il rapporto Eurogip del 2009 (cfr. nota 13) che presentava le statistiche riferite all'anno 2006 ci dimostra come la classifica dei paesi, che riconoscono maggiormente le malattie professionali, sia rimasta praticamente la stessa dopo 5 anni.

I tassi di riconoscimento per tutte le patologie (cioè la proporzione dei casi riconosciuti in rapporto al numero delle denunce) sono molto variabili nei diversi paesi: 22% in Danimarca, 40% in Italia, 49% in Germania (se vengono prese in considerazione anche le malattie non formalmente riconosciute; 26% se si considerano solo quelle formalmente riconosciute) e 69% in Francia (grafico 4).

► *Differenze importanti fra i diversi paesi, in particolare per quanto concerne le patologie muscolo-scheletriche*

Si rileva uno scarto da uno a cinque fra la Francia, che riconosce di più le malattie pro-

GRAFICO 4 - INDICI DI DENUNCIA E DI RICONOSCIMENTO OGNI 100.000 ASSICURATI NEI DIVERSI PAESI (2011)



fessionali, e la Germania e l'Italia che ne riconoscono meno.

Due diverse spiegazioni possono essere fornite a questo dato: l'ampiezza e la tipologia delle domande di riconoscimento in ogni paese, ma anche i parametri assicurativi vigenti in ognuno di essi.

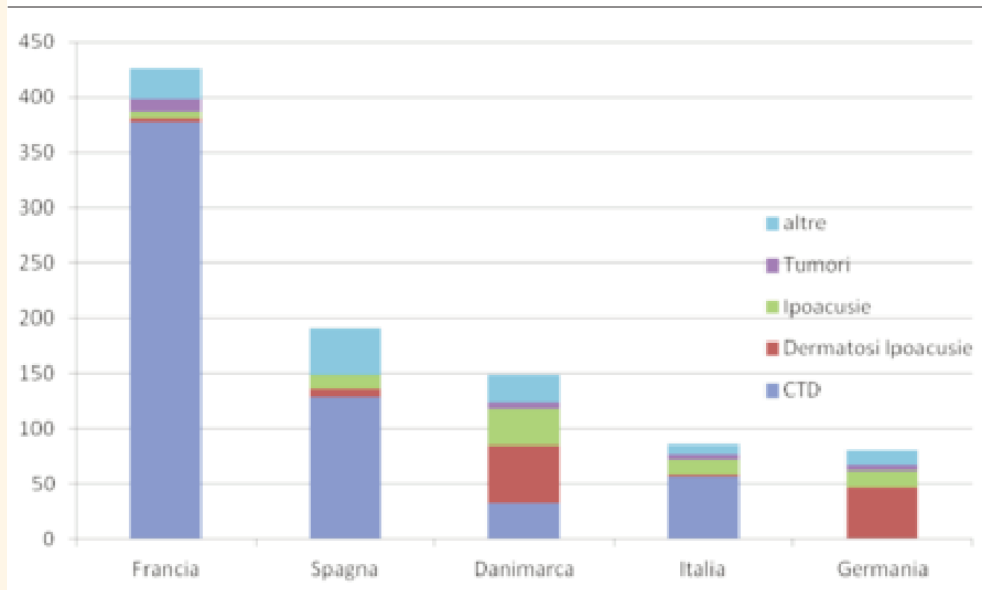
È la quota preponderante delle patologie muscolo-scheletriche sull'insieme dei casi riconosciuti che colloca la Francia e la Spagna in testa alla classifica dei paesi che riconoscono maggiormente le malattie professionali. Senza questa categoria di patologie, la Spagna sarebbe all'ultimo posto della classifica e la Francia in seconda posizione dopo la Danimarca.

letriche, le ipoacusie, le dermatosi e con una minore incidenza i tumori.

La Francia, l'Italia e la Spagna si caratterizzano per una forte, talora molto forte proporzione delle patologie muscolo-scheletriche sull'insieme delle malattie riconosciute (lombalgie ricomprese, circa 2/3 in Italia e in Spagna, circa il 90% in Francia).

La Germania e la Danimarca presentano, come per altro anche nel caso delle richieste di riconoscimento, una ripartizione più equilibrata fra le diverse classi di patologie nell'ambito dei casi oggetto di riconoscimento. Le dermatosi si collocano al primo posto fra le malattie maggiormente riconosciute (grafico 5).

GRAFICO 5 - CASI RICONOSCIUTI: INDICI OGNI 100.000 ASSICURATI SUDDIVISI IN BASE ALLE PRINCIPALI PATOLOGIE NEI 5 PAESI (2011)



2.2.2. Tipologia dei riconoscimenti secondo la patologia

Ritroviamo logicamente le stesse principali patologie per quanto concerne le domande di riconoscimento: le patologie muscolo-sche-

► *Patologie muscolo-scheletriche (Ctd)*

Patologie muscolo-scheletriche è un termine generico che indica un insieme di malattie infiammatorie e degenerative dell'apparato locomotore che interessano i muscoli, i tendini

come pure i nervi degli arti e della colonna vertebrale.

Trattandosi di patologie che possono essere oggetto di riconoscimento da parte dell'organismo assicurativo dei diversi paesi il termine di patologie muscolo-scheletriche designa condizioni molto diverse in base al paese.

Le patologie muscolo-scheletriche Ctd (lombalgie ricomprese) sono riconosciute con proporzioni molto diverse nel campione dei paesi studiati: 3 casi ogni 100.000 assicurati in Germania nel 2011, 33 casi in Danimarca, 57 in Italia, 129 in Spagna e 377 in Francia. Si tratta anche della categoria di patologia che presenta le più forti disparità in termini di regolamentazione (contenuto delle liste e criteri di riconoscimento) e per le quali la diversità delle procedure di riconoscimento ha il maggiore impatto.

Non esiste, al momento attuale, alcuno studio europeo che permetta di confrontare Ctd per Ctd le condizioni di riconoscimento e di valutare l'impatto di dette condizioni sulle denunce e sui casi riconosciuti nei singoli paesi¹⁸.

Numerose patologie rientranti nel gruppo di quelle muscolo-scheletriche sono presenti nelle liste nazionali delle malattie professionali, ma esse lo sono con definizioni più o meno generiche e più o meno restrittive.

In Francia le patologie muscolo-scheletriche in senso stretto sono previste alla voce tabellare delle Mp numero 57 (affezioni periarticolari provocate da alcuni gesti e posture di lavoro), numero 69 (vibrazioni e colpi trasmessi

da alcune macchine utensili, da alcuni utensili ed oggetti tenuti in mano), numero 79 (lesioni croniche del menisco) e le lombalgie previste alla voce tabellare 97 (vibrazioni di bassa e media frequenza trasmesse al corpo intero) e 98 (movimentazione manuale dei carichi).

Come per tutte le voci tabellari del sistema francese delle malattie professionali, i criteri di riconoscimento sono indicati in maniera relativamente precisa, che si tratti di criteri medici o di condizioni di esposizione al rischio.

Orbene, se queste condizioni indicate in tabella sono assolte, la malattia sarà quasi automaticamente riconosciuta ad opera dell'organismo assicurativo. Questa presunzione di origine professionale connessa alle tabelle francesi è particolarmente favorevole alla vittima nel caso proprio delle patologie muscolo-scheletriche, nella misura in cui, anche se si tratta di patologie multifattoriali, questa quota di origine non-professionale, qualunque sia la sua dimensione, non influenza la decisione positiva di riconoscimento nel momento in cui i criteri sono assolti.

Gli assai elevati indici francesi sia delle patologie muscolo-scheletriche denunciate che di quelle riconosciute sono, senza ombra di dubbio, una conseguenza di questi parametri.

In Germania, la lista delle malattie professionali comprende una dozzina di definizioni generiche che corrispondono a patologie muscolo-scheletriche; solo l'artrosi del ginocchio inserita in lista dal 1° luglio 2009, contiene dei criteri precisi per il riconoscimento.

¹⁸ Lavori in corso in seno al Gruppo di Lavoro «Malattie professionali» del Forum europeo dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali coordinato da Eurogip.

Per tutte le altre patologie muscolo-scheletriche, le domande di riconoscimento sono istruite caso per caso sulla base di criteri che fanno riferimento alle conoscenze scientifiche. Non esiste una presunzione di origine professionale legata alla iscrizione in lista e l'aspetto multifattoriale è indagato in sede di definizione del legame medico fra patologia e attività professionale.

Occorre sapere, inoltre, che nella metà delle patologie del gruppo dei disturbi muscolo-scheletrici¹⁹ il riconoscimento formale, cioè la situazione in cui la vittima può, eventualmente, accedere all'indennizzo, è condizionato all'abbandono da parte del lavoratore del proprio lavoro.

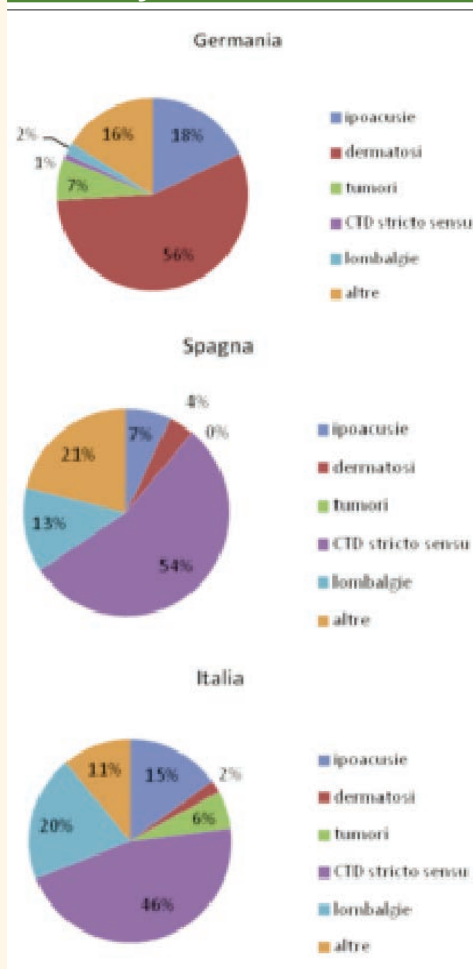
Se l'origine professionale della malattia viene riconosciuta, ma la sua gravità non comporta detto abbandono dell'attività lavorativa, il caso sarà informalmente riconosciuto, cioè l'organismo assicuratore finanzia solamente delle prestazioni di prevenzione individuale.

Le modalità di istruzione e le condizioni restrittive di riconoscimento dei Ctd sono indubbiamente alla base dell'elevato tasso di respinte dei casi istruiti, in quanto solo il 10% circa delle domande di riconoscimento perviene ad essere deciso positivamente.

Il basso numero di casi riconosciuti non incoraggia, poi, le domande di riconoscimento (17 domande ogni 100.000 assicurati).

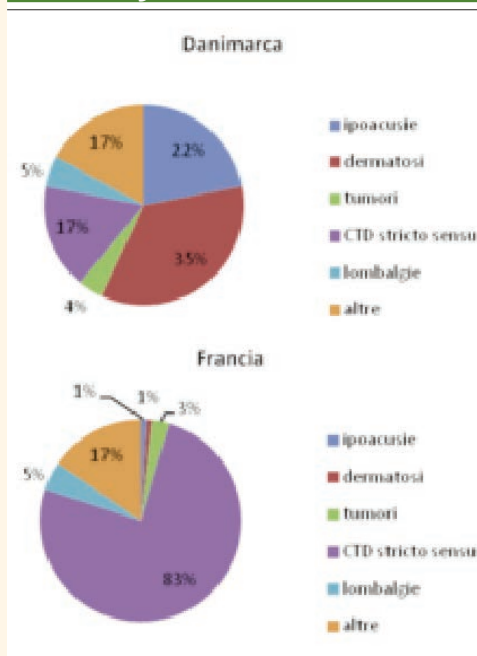
Inoltre, la soglia del 20% di incapacità permanente che deve essere superata per avere diritto ad una rendita non costituisce, certo, un parametro che invoglia alla denuncia (grafico 6).

GRAFICO 6 - SUDDIVISIONE IN BASE ALLA PATOLOGIA (IN %) DEI CASI RICONOSCIUTI NEL 2011 NEI 5 PAESI EUROPEI



¹⁹ Sono ricomprese le malattie delle guaine dei tendini o malattie dei tessuti peritendinei o dell'inserzione dei tendini o dei muscoli (Bk 2101), i disturbi circolatori delle mani causati dalle vibrazioni (Bk 2104), le malattie dei dischi lombari causate dalla movimentazione manuale dei carichi per molti anni o da posture di lavoro forzate anche queste per molti anni (Bk 2108), le malattie dei dischi cervicali causate dalla movimentazione manuale dei carichi con peso appoggiato sulle spalle sempre per molti anni (Bk 2109) e le malattie dei dischi lombari causate dall'impatto orientate essenzialmente in maniera verticale delle vibrazioni trasmesse al corpo intero in posizione seduta per molti anni (Bk 2110).

GRAFICO 6 - SUDDIVISIONE IN BASE ALLA PATOLOGIA (IN %) DEI CASI RICONOSCIUTI NEL 2011 NEI 5 PAESI EUROPEI



► Ipoacusie

L'ipoacusia presenta un livello di riconoscimento comparabile in quattro dei paesi studiati: 6 casi riconosciuti ogni 100.000 assicurati in Francia, 13 in Spagna e in Italia, 15 in Germania. La Danimarca si differenzia in quanto ne riconosce un numero tre volte superiore.

I criteri di riconoscimento dell'ipoacusia sono comparabili fra i diversi paesi, il che si traduce in tassi di riconoscimento per questa patologia sensibilmente simili (dal 40% in Danimarca al 50% in Germania). L'importanza

delle ipoacusie riconosciute in Danimarca può, senza dubbio, essere spiegata con il fatto che la Danimarca è anche il paese che registra il maggior numero di domande di riconoscimento per questa patologia (82 domande ogni 100.000 assicurati contro i 13 della Francia, i 28 della Germania e i 29 dell'Italia).

► Dermatosi

Le dermatosi sono scarsamente riconosciute e denunciate in Francia, Italia e Spagna (l'indice di riconoscimento oscilla fra 2 casi ogni 100.000 assicurati dell'Italia e i 7 casi della Spagna).

All'opposto esse sono riconosciute in modo massivo negli altri paesi in cui sono anche denunciate in maniera cospicua; 47 casi riconosciuti ogni 100.000 assicurati in Germania e 52 in Danimarca.

Occorre precisare che l'indice tedesco ricomprende tutti i casi di dermatosi per i quali è stato riconosciuto, da parte dell'organismo assicuratore, un legame con l'attività professionale, ricompresi, dunque, i casi che hanno comportato solo prestazioni di cura e di prevenzione individuale²⁰, in quanto l'esposizione al rischio non comporta l'abbandono da parte del lavoratore della sua attività professionale.

Se si escludono i casi «informalmente riconosciuti» per concentrarsi solo su quelli per i quali è stato riconosciuto alla vittima anche

²⁰ Nei casi di dermatosi che non determinano un handicap importante tale da obbligare la vittima ad abbandonare il suo lavoro, le prestazioni preventive si traducono essenzialmente in misure di riadattamento sanitario, in misure di prevenzione sul posto di lavoro, in misure pedagogiche in tema di salute. Le azioni e misure messe in atto permettono di ridurre le prestazioni per recyclage. In effetti, nel contesto economico attuale il riorientamento professionale non appare così promettente come in precedenza e il mantenimento del posto di lavoro – attraverso delle misure di adattamento – viene privilegiato.

un indennizzo²¹, l'indice si abbassa ad un caso ogni 100.000 assicurati.

Ciò fa presupporre che ad incoraggiare la denuncia di una dermatosi non sia l'attrazione esercitata sulla vittima da parte del sistema d'indennizzo tedesco, ma più probabilmente la buona conoscenza che i medici hanno della possibile origine professionale di questo tipo di patologia (in quanto in Germania sono fondamentalmente i medici che avviano la denuncia).

Per gli altri paesi, è praticamente impossibile confrontare le condizioni di riconoscimento delle dermatosi in quanto le patologie denunciate e riconosciute sono assolutamente differenti e causate da agenti patogeni diversi.

38

► *Tumori*

I tumori sono riconosciuti in maniera comparabile in Danimarca, Italia e Germania (fra 5 e 6 casi riconosciuti ogni 100.000 assicurati).

La Francia presenta un indice di riconoscimento due volte superiore rispetto a questi paesi (11 casi) pur avendo un numero di denunce simile a quello italiano (rispettivamente 13 e 14 casi), ma inferiore a quello della Germania (20 casi) e della Danimarca (23 casi).

Anche se non si conoscono le statistiche riferite alle denunce in Spagna, questo paese si distingue per un indice di riconoscimento estremamente inferiore rispetto agli altri pae-

si (75 casi riconosciuti nel 2011 per un paese che conta più di 15 milioni di assicurati, pari ad un indice di 0,24) e, dunque, nessuna spiegazione di ordine giuridico può essere invocata per spiegare tale dato. La sotto-denuncia dei tumori professionali in questo paese è fuori di dubbio, in una proporzione che non è comparabile con gli altri paesi oggetto dello studio.

Le diverse strutture dei sistemi statistici dei cinque paesi analizzati rendono estremamente difficile un'analisi comparata delle denunce e dei riconoscimenti dei tumori professionali.

Le stime desunte sulla base dei dati disponibili permettono, tuttavia, di affermare che i mesoteliomi e i tumori della vescica sono denunciati e riconosciuti con proporzioni grossolanamente comparabili in Germania, Danimarca, Francia e Italia. Lo stesso avviene per i tumori delle fosse nasali, con l'eccezione della Danimarca dove questi tumori sono oggetto insieme al mesotelioma, di una ricerca attiva e di una segnalazione sistematica, e sono dunque denunciati in numero superiore a quello degli altri paesi.

La prima posizione della Francia nel riconoscimento dei tumori professionali è determinata dal numero dei tumori broncopolmonari legati all'amianto. Questa patologia rappresenta, in effetti, più della metà delle denunce di neoplasie occupazionali in diversi paesi (50% in Germania, 60% in Francia).

²¹ In Germania solo le malattie della pelle gravi o recidivanti, che hanno obbligato la vittima a cessare ogni attività lavorativa che ha comportato l'esposizione al rischio o che lo ha aggravato o ancora determinato la ricomparsa di queste malattie può essere formalmente riconosciuta e determinare eventualmente il diritto ad una rendita.

Le decisioni positive (riconoscimenti) sono in Francia in numero superiore a quello degli altri paesi pur con un livello di denunce similare. L'indice di riconoscimento è in Francia di 6,7 casi riconosciuti ogni 100.000 assicurati, contro i 2 casi in Germania e 1,2 casi dell'Italia.

Questa differenza è spiegabile con il fatto che le condizioni di riconoscimento in Francia sono più aperte che negli altri paesi²². La lista francese delle Mp richiede infatti una esposizione di 10 anni all'amianto ma non impone nessun criterio relativo all'intensità dell'esposizione. In Germania, un tumore broncopolmonare legato all'amianto, non può essere riconosciuto se non quando si associa ad una asbestosi o ad un'altra patologia della pleura o, in alternativa, se vi è stata una esposizione documentata alle polveri di amianto con una dose cumulata di almeno 25 fibre/anno; dal 2009, questa patologia può essere egualmente riconosciuta come conseguenza dell'azione congiunta dell'amianto e degli idrocarburi policiclici aromatici.

In conclusione

Se si postula che i livelli di esposizione ai rischi professionali siano paragonabili in Germania, Danimarca, Spagna, Francia e Italia, si dovrebbero teoricamente ritrovare degli indici di denuncia delle malattie professionali dello stesso ordine di grandezza, il che non avviene. I grafici mostrano come la Danimarca registri un numero sensibilmente superiore di denunce rispetto agli altri paesi.

I tassi di riconoscimento essendo assai più bassi in Danimarca rispetto agli altri paesi, fanno ritenere che non sia (solo) la prospettiva di un riconoscimento ed eventualmente di un indennizzo a incoraggiare o no i denunciatori ad avviare la procedura di riconoscimento.

Gli alti livelli di denuncia danese potrebbero essere la conseguenza dell'efficacia del sistema nel suo insieme:

- iniziativa riservata essenzialmente al medico, cioè alla figura che ha le conoscenze sufficienti per rilevare un legame fra la patologia e l'attività professionale;
- sollecitazione a denunciare rivolta a questi medici (finanziaria ma anche legale);
- facilitazione nella procedura con utilizzo della trasmissione telematica: priorità data alla lotta contro la sottodenuncia da parte dei poteri pubblici, che si traduce in particolare nella creazione di un sistema proattivo di rilevazione dei tumori professionali e in studi e indagini sul tema.

Peraltro, è possibile osservare che questo paese si colloca in prima posizione anche per i riconoscimenti di due delle quattro categorie di patologie professionali più frequentemente studiate: ipoacusie e dermatosi. È possibile avanzare l'ipotesi che questo numero elevato di riconoscimenti sia la conseguenza del grande numero di denunce, tranne quando parametri assicurativi (cioè le possibilità di presa in carico da parte dell'assicuratore) pervengono a selezionare sensibilmente le richieste, il che si verifica nel caso delle patolo-

²² Vedi anche «Les maladies professionnelles liées à l'amiante en Europe» (mars 2006), Eurogip. <http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip-24FMPamiant.pdf>.

gie multifattoriali (tumori, patologie muscolo-scheletriche).

La seconda osservazione che scaturisce dalla lettura dei grafici riguarda la Francia. Questo paese presenta un buono o migliore livello di denunce (in rapporto agli altri paesi) per le patologie che riconosce meglio di altri (cioè per le quali i tassi di riconoscimento sono più elevati).

Per le patologie muscolo-scheletriche il grande numero di denunce è senza dubbio conseguenza del grande numero di riconoscimenti.

Occorre ricordare che l'esistenza di una forte presunzione di origine professionale che caratterizza la lista francese delle Mp facilita enormemente il riconoscimento delle patologie multifattoriali, diversamente da quanto avviene in paesi come la Germania e la Danimarca, in cui la ricerca, in fase istruttoria, per ogni singolo caso del legame fra patologia ed attività lavorativa comporta numerose domande respinte.

Per quanto concerne le ipoacusie e le dermatosi, si osserva che, benché i tassi di riconoscimento francese non siano inferiori a quelli degli altri paesi, le denunce sono comparativamente meno numerose.

La Germania si caratterizza per un livello di denunce delle patologie muscolo-scheletriche particolarmente basso. Le attuali condizioni regolamentari di riconoscimento di quelle muscolo-scheletriche e le modalità di istruzione dei casi fanno sì che per questa cate-

ria di patologie non sia prevista una maggiore presa in carico da parte dell'assicurazione infortuni/malattie professionali.

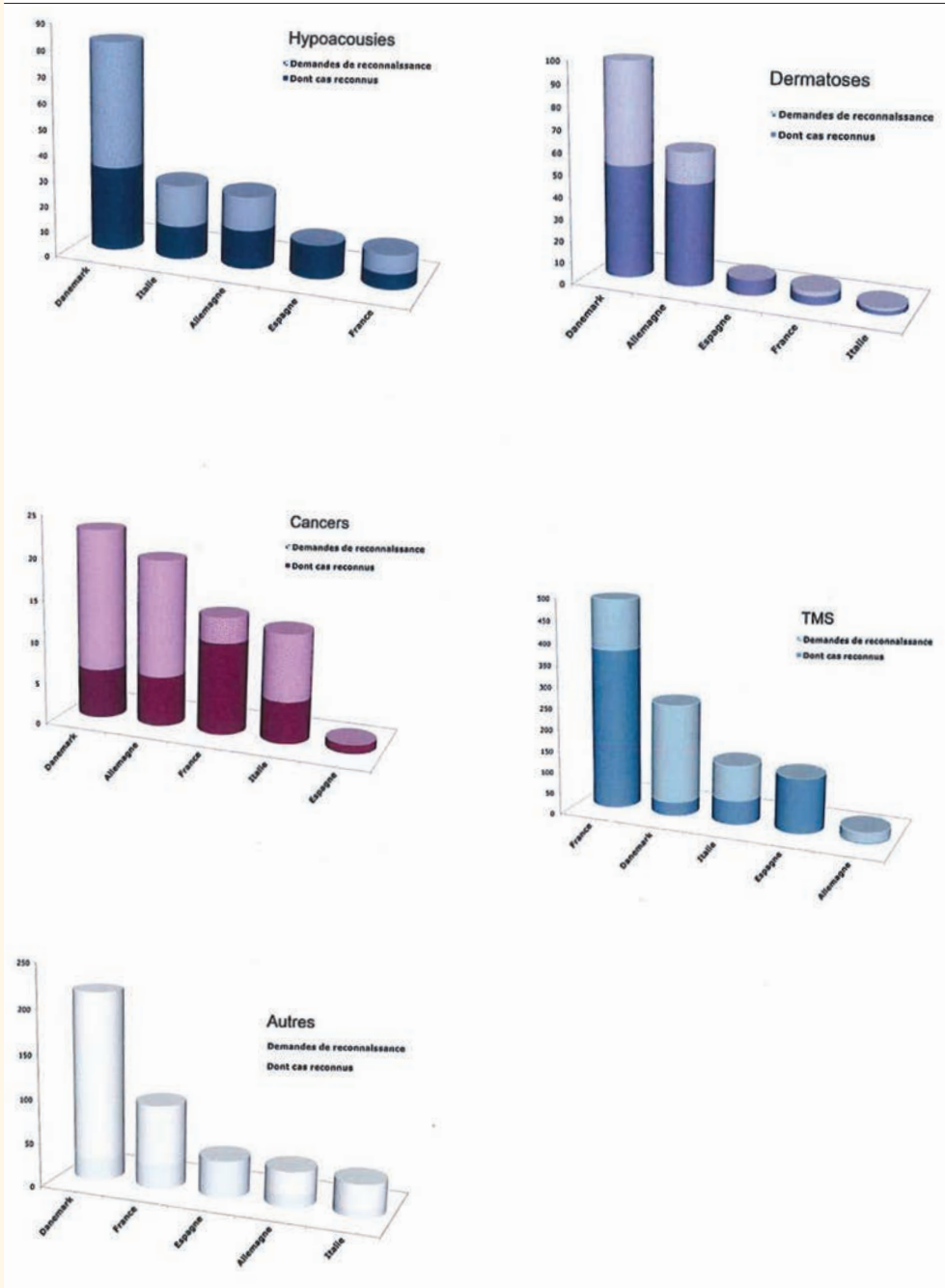
Non è, tuttavia, il caso di parlare di sottodenuncia. In effetti, i (buoni) indici tedeschi dimostrano che il medico (attore principale della denuncia in Germania) è assolutamente in grado di rilevare la possibile origine professionale delle altre categorie di patologie; questo paese si colloca in seconda posizione nelle denunce di ipoacusia (con l'Italia), di dermatosi e di tumori.

Per quanto concerne le patologie muscolo-scheletriche sembra che il medico anticipando un probabile diniego del caso da parte dell'ente assicuratore rinunci ad avviare la procedura.

L'Italia si colloca nella parte bassa della classifica e si caratterizza per una preponderanza delle patologie muscolo-scheletriche nell'ambito delle denunce pervenute all'Inail. Il numero di patologie muscolo-scheletriche denunciate conosce una crescita esponenziale soprattutto dopo il loro inserimento nelle tabelle delle malattie professionali avvenuto nel 2008.

È difficile trarre delle conclusioni sulla base degli indici spagnoli in assenza di dati sulle denunce rivolte agli organismi assicuratori. Non vi è comunque dubbio sul fatto che questo paese conosca una forte sottodenuncia dei tumori professionali, che anche esperienze locali innovative di rilevazione delle malattie professionali non sembrano in grado di contrastare.

GRAFICO 7: INDICI DI DENUNCIA E DI RICONOSCIMENTO SECONDO LA PATOLOGIA NEI CINQUE PAESI EUROPEI (2011)



3. Lotta contro la sottodichiarazione delle Mp in Danimarca, Francia, Italia e Spagna

Dei cinque paesi studiati precedentemente, quattro saranno oggetto dell'ulteriore studio. In effetti, mentre in Germania il fenomeno della sottodenuncia delle malattie professionali è ritenuto essere marginale, in Danimarca, Francia, Italia e Spagna si ammette che un numero significativo di malattie professionali sfugga alla denuncia. Le cause sono molteplici:

- mancanza di informazione e formazione dei medici di medicina generale in tema di malattie professionali, da cui il loro mancato interesse a cercare una eventuale etologia professionale della malattia diagnosticata. A loro discolpa vi è il fatto che questi medici non conoscono spesso il luogo di lavoro dei loro pazienti ed alcune patologie – come i tumori – hanno sovente un carattere multifattoriale e si manifestano molti anni dopo l'esposizione; il che non facilita il riconoscimento del legame con l'attività lavorativa della vittima;
- mancanza di informazione dei lavoratori sulla loro eventuale esposizione ai rischi e sul sistema di assicurazione specifico per le malattie professionali;
- paura del lavoratore di perdere il posto di lavoro;

– complessità e durata della procedura di riconoscimento e difficoltà che si incontrano nel provare l'esposizione al rischio nell'ambito del sistema complementare di riconoscimento (Mp non tabellata Ndt).

Altre spiegazioni sono possibili in relazione ai paesi e agli obblighi derivanti dal sistema di denuncia ivi vigente.

I quattro paesi oggetto dello studio hanno manifestato e manifestano ancora un interesse alla problematica della sottodenuncia della Mp; spesso hanno tentato di misurarne l'ampiezza (cfr. paragrafo 3.1) realizzando anche azioni sperimentali di lotta contro questo fenomeno (cfr. paragrafo 3.2).

▼ 3.1. Realtà nazionali: cause e ampiezza del fenomeno

In Francia e Danimarca sono stati predisposti dei rapporti ad hoc per denunciare il fenomeno della sottosegnalazione. Mentre in Italia e in Spagna ciò avviene in modo sporadico.

3.1.1. Danimarca

La Danimarca è un paese che manifesta un interesse prioritario al tema della sottodenuncia delle malattie professionali e questo da

vari decenni. Tre studi pubblicati nel 1990, 1996 e 2007 hanno permesso di segnalare l'esistenza di questo fenomeno e di quantificarlo, in particolare per quanto concerne i tumori professionali.

Un recente rapporto del 2012, dedicato specificamente al fenomeno della sottodenuncia delle Mp affronta la problematica sia dal lato quantitativo che qualitativo.

Tre studi sulla sottodenuncia dei tumori professionali

Ognuno degli studi aveva come scopo quello di misurare, per periodi successivi e per due tipi di tumore scelti per il loro ben noto legame con l'esposizione professionale, la differenza fra il numero di casi registrati dal Registro dei Tumori²³ e il numero di casi denunciati all'Ispezione del Lavoro o alla Direzione nazionale degli infortuni sul lavoro e le malattie professionali²⁴.

Questi studi hanno riguardato due patologie di cui si ritiene che i medici, a maggior ragione gli specialisti, conoscano il legame con una esposizione professionale. Si tratta del mesotelioma della pleura causato dall'amianto da una parte e dell'adenocarcinoma delle fosse nasali e dei seni paranasali da esposizione a polveri di legno dall'altra.

Il primo studio del 1990²⁵ stimava che per il periodo 1983-1987 la sottodenuncia di que-

sti due tipi di tumori fosse di circa il 50%. In effetti, solo 92 dei 268 (34%) casi rilevati dal Registro dei Tumori erano stati denunciati, mentre poi secondo le conclusioni dello studio ben 191 casi avrebbero dovuto essere denunciati.

Questo studio aveva indagato anche la qualità delle cartelle sanitarie dei pazienti ospedalizzati nel periodo 1986 e 1987. Erano state esaminate 81 cartelle e in ben 51 di questi casi non era stata fatta la segnalazione/denuncia all'Ispezione del lavoro/Direzione nazionale degli infortuni e malattie professionali (vedi tabella 1).

Lo studio rileva come lo storico delle esposizioni non sia riportato sulla cartella sanitaria ospedaliera, anche nei casi in cui l'origine professionale della patologia sia fortemente ravvisabile. Lo storico dell'esposizione era assente o di pessima qualità nel 75% dei casi non segnalati/denunciati (38 su 51). In questo contesto, si pone la domanda di come possa un capo di un servizio ospedaliero assolvere l'obbligo di segnalare i casi sospetti nel momento in cui i dati relativi all'esposizione professionale non sono indagati in cartella medica.

Il secondo studio pubblicato nel 1996²⁶, che ha indagato il periodo 1983-1990, ha rafforzato le conclusioni dell'indagine precedente e ha rilevato che non vi erano stati miglioramenti.

²³ Il Registro dei Tumori danesi è gestito dall'Ufficio nazionale della Salute (Sundhedsstyrelsen); registra tutti i casi di tumore diagnosticati in Danimarca dal 1942, con un forte tasso di copertura del territorio nazionale.

²⁴ Come spiegato nel paragrafo 1.2, i casi di malattie di cui è sospettata l'origine professionale sono oggetto di una denuncia comune indirizzata a questi due organismi.

²⁵ Reporting of Occupational cancer in Denmark. Skov T., Mikkelsen S., Svane O., Lyng E., Scand. J., Work Environ Health 1990.

²⁶ Underreporting of occupational cancers in Denmark, Danø H., Skov T., Lyng E., Scand J., Work Environ Health 1996.

Tabella 1 - Valutazione delle cartelle mediche dei casi di mesotelioma pleurico e di adenocarcinoma delle fosse nasali e dei seni paranasali diagnosticati nel 1986 e 1987 e non denunciati all'Ispezione del lavoro/Direzione nazionale degli infortuni e malattie professionali (Danimarca)

Qualità delle informazioni sull'esposizione professionale contenute nella cartella medica	Mesotelioma pleurico	Adenocarcinoma delle fosse nasali e dei seni paranasali	Totale
Storico concludente per una esposizione professionale, ma caso non denunciato	3	0	3
Mancanza di storico delle esposizioni, anche se il paziente era vivente al momento della diagnosi	11	5	16
Storico delle esposizioni di mediocre qualità	4	0	4
Mancanza di storico delle esposizioni, diagnosi formulata dopo il decesso	18	0	18
Storico che concludeva per una esposizione professionale	8	2	10
Totale	44	7	51

Lo studio più recente²⁷ (pubblicato nel 2007) ha indagato, con la stessa metodologia, il periodo 1994-2002, le differenze fra i casi registrati dal Registro dei Tumori e i casi segnalati/denunciati alla Direzione nazionale degli infortuni e delle malattie professionali. Lo studio dimostra che nel periodo defi-

nito, solo il 55% dei casi di mesotelioma e il 41% degli adenocarcinomi rilevati dal Registro dei Tumori erano stati denunciati all'organismo assicurativo. Rispettivamente il 91% e l'87% dei casi denunciati sono stati riconosciuti come di origine professionale (cfr. tabelle 2 e 3).

Tabella 2 - Pazienti affetti da mesotelioma pleurico registrati nel Registro dei Tumori dal 1994 al 2002 e denunciati alla Direzione nazionale degli infortuni e malattie professionali danese (ente assicuratore)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Totale
Casi segnalati al Registro dei Tumori	69	64	68	82	73	97	80	90	72	695
Casi segnalati alla Direzione nazionale Mp	40	34	35	55	44	55	43	39	36	381
Parte in %	58%	53%	51%	67%	60%	57%	54%	43%	50%	55%
Casi riconosciuti dalla Direzione nazionale Mp	34	27	26	45	38	51	38	38	34	331
Tasso di riconoscimento in %	86%	79%	74%	82%	86%	93%	88%	97%	94%	87%
Casi non dichiarati	29	30	33	27	29	42	37	51	36	314

²⁷ Registration of selected cases of occupational cancer (1994-2002) with the Danish National Board of Industrial Injuries, Hansen, Rasmussen, Omland, Olsen. Danish National Board of Industrial Injuries, 2007.

Tabella 3 - Pazienti affetti da adenocarcinoma delle fosse nasali e dei seni paranasali registrati nel Registro dei Tumori dal 1994 al 2002 e denunciati alla Direzione nazionale degli infortuni e malattie professionali danese (ente assicuratore)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Totale
Casi segnalati al Registro dei Tumori	15	9	10	9	10	16	15	8	17	109
Casi segnalati alla Direzione nazionale Mp	6	5	6	4	6	5	6	2	4	44
Parte in %	40%	56%	60%	44%	60%	31%	40%	40%	24%	41%
Casi riconosciuti dalla Direzione Nazionale Mp	5	5	5	3	5	5	6	2	4	40
Tasso di riconoscimento in %	83%	100%	83%	75%	83%	100%	100%	100%	100%	87%
Casi non dichiarati	9	4	4	5	4	11	9	6	13	65

Tabella 4 - Esposizione professionale dei pazienti affetti da mesotelioma pleurico e da adenocarcinoma delle fosse nasali e dei seni paranasali non denunciati alla Direzione degli infortuni/Mp fra il 1994 e il 2002 (Danimarca)

Patologia	Sesso	Totale	Informazioni sull'attività professionale		Esposizione all'amianto/polveri di legno (%)
			senza	con	
Mesotelioma pleurico	H	224	48	176	105 (60%)
	F	90	29	61	3 (5%)
Adenocarcinoma delle fosse nasali e seni paranasali	H	38	3	35	11 (32%)
	F	26	9	17	0

I casi non registrati dalla Direzione nazionale degli infortuni e malattie professionali sono stati oggetto di indagine a partire dai dati dell'organismo di pensione complementare infortuni/malattie professionali da una parte e del Registro di stato civile dall'altra.

Si è trattato di raccogliere informazioni sulle mansioni svolte dal 1964 in poi dalle persone oggetto dell'indagine in modo da valutare la probabilità di una esposizione professionale all'amianto o alle polveri di legno.

Per quanto concerne i casi non segnalati/denunciati all'organismo assicuratore, le ricer-

che effettuate nelle banche dati hanno permesso di stabilire che informazioni sulla storia professionale dei pazienti erano disponibili per i $\frac{3}{4}$ di essi.

Il curriculum lavorativo di questi ultimi ha dimostrato che il 60% degli uomini (5% delle donne) affetti da mesotelioma pleurico era stato esposto all'amianto e che il 32% degli uomini (0% delle donne) affetto da adenocarcinoma era stato esposto alle polveri di legno.

Lo studio si conclude con una sottosegnalazione/denuncia importante di questi due tipi di tumore, sottodichiarazione che sembra

essere rimasta invariata in termini quantitativi a partire dagli anni ottanta.

Un rapporto sulla sottodichiarazione delle malattie professionali

Nel maggio 2012, un gruppo di lavoro incaricato dal ministro del Lavoro e coordinato dall'ente assicuratore infortuni/malattie professionali ha pubblicato un rapporto in tema di sottodenuncia delle malattie professionali²⁸.

Il compito del gruppo di esperti era quello di misurare l'ampiezza del fenomeno, di spiegarne le cause e di proporre delle soluzioni concrete. Questo lavoro è stato realizzato sulla base dell'analisi statistica della provenienza delle denunce (denunciante, frequenza per denunciante, geolocalizzazione del denunciante, diagnosi, ecc.), degli studi realizzati in tema di eczema fra i parrucchieri (2011), dei tre studi prima menzionati sui tumori e di uno studio del 1998 sull'attenzione dedicata alle esposizioni professionali in sede di visita da parte di un vasto campione di medici di medicina generale, come pure sulla base di interviste effettuate ad un campione di medici curanti.

Dato che, in questo paese, il medico è il perno del sistema di denuncia, il lavoro degli esperti si è concentrato, principalmente, sulla capacità del corpo medico di riconoscere e poi segnalare i casi in cui è sospettabile una origine professionale.

Il rapporto conclude per una sottodenuncia altamente probabile a livello nazionale. Se l'ampiezza del problema varia in ragione della regione, del settore di attività e della patologia, i casi non dichiarati nel loro insieme sono stimati fra i 1.000 ed i 2.000 all'anno (la Danimarca nel 2011 ha registrato circa 18.000 richieste di riconoscimento).

Per quanto concerne il ruolo dei medici, circa la metà dei medici di medicina generale (45%) non aveva avanzato nessuna denuncia durante il periodo compreso fra il 1° luglio 2010 ed il 31 dicembre 2011.

L'80% dei medici, che ha inviato una denuncia di malattia professionale nel periodo in esame, ha effettuato da una a 5 dichiarazioni. In media ogni medico ospedaliero e specialista dichiara da 4 a 5 volte di più di un medico di medicina generale.

Per quanto concerne le cause e di conseguenza anche le soluzioni, le proposte sono molteplici.

Sarebbe utile non limitare l'obbligo di denuncia ai medici e ai dentisti, ma occorre estenderlo ad altre figure del settore della sanità quali gli psicologi ed i chiropratici e di reintrodurre questo obbligo per i datori di lavoro (abolito nel 1999).

Per dare una risposta all'apprensione dei medici nel dichiarare, nel caso in cui abbiano un dubbio sull'origine professionale della patologia o quando non è possibile pervenire ad una diagnosi precisa, sarebbe necessario ri-

²⁸ Rapporto del gruppo di lavoro in tema di sottodenuncia delle malattie professionali pubblicato il 23 aprile 2012 (in danese):

<http://www.ask.dk/-/media/Ask/pdf/Rapporter/PDFrapportanmeldelseafarbejdsskaderpdf.ashx>.

cordare loro l'importanza del loro obbligo alla dichiarazione e mettere a disposizione dei medici sul sito dell'istituto assicuratore Ask delle informazioni concise concernenti le patologie legate ai diversi posti di lavoro.

Dato che alcuni medici non si sentono sufficientemente investiti/implicati nel compito (non avendo ritorni in merito al caso che hanno segnalato) sarebbe utile informarli sulla conclusione della procedura.

Quanto alle difficoltà tecniche riscontrate durante la denuncia online, è importante fare in modo che i medici non debbano dedicare più di 10 minuti a caso.

Sono state esaminate anche altre possibilità. Durante le interviste ai medici è emerso che l'origine della patologia non rappresenta il loro approccio prioritario (essi sono concentrati essenzialmente sulla guarigione della patologia) e dunque, sarebbe utile continuare a informarli sul loro obbligo alla denuncia (individuando i medici che non ne hanno avanzato una). È egualmente auspicabile individuare alcuni gruppi di specialisti particolarmente interessati al tema, di continuare nell'opera di sensibilizzazione dei lavoratori, attraverso i sindacati, sull'esistenza di un'assicurazione specifica, di facilitare la segnalazione online e di valutare la facilità di utilizzazione di questa procedura, di creare sul sito dell'assicuratore Ask uno spazio informativo dedicato unicamente ai criteri che devono attivare una di-

chiarazione di malattia professionale, di accordare una priorità maggiore alla medicina del lavoro nell'ambito della formazione continua dei medici.

Per quanto concerne la sperimentazione di dispositivi proattivi di ricerca delle patologie professionali, il rapporto propone di valutare la possibilità di una dichiarazione automatica fra Ufficio nazionale della salute (grazie allo sfruttamento di alcuni registri centralizzati di salute) e l'organismo assicuratore Ask. Questo sistema di segnalazione reciproca è già operante per il mesotelioma e per il tumore dei seni paranasali, e dunque andrebbe esteso.

Per alcune patologie (dermatite, asbestosi, tumore del polmone e tumore della vescica), una lettera in cui viene spiegata loro la possibilità di dichiarare il caso, potrebbe essere, inoltre, inviata automaticamente ai medici di famiglia dei pazienti interessati.

Inoltre, il gruppo di lavoro raccomanda di fare in modo che il certificato di denuncia delle malattie professionali sia visualizzabile in tutti i sistemi di informazione medica (*legesystemer*)²⁹ esistenti in Danimarca. Questo comporta una integrazione o un adattamento dei sistemi di informazione medica esistenti.

Concretamente, viene raccomandato che la Direzione nazionale degli infortuni sul lavoro e malattie professionali prenda contatto con l'organismo MedCom in modo da realizzare una *expertise* che valuti la fattibili-

²⁹ I *Legesystemer* sono dei sistemi operanti all'interno degli ambulatori medici, di gestione informatica delle cartelle sanitarie che permettono fra l'altro di inviare prescrizioni mediche elettroniche, di ricevere i risultati delle analisi di laboratorio o dei servizi ospedalieri di microbiologia o di patologia, di ricevere lettere dagli ospedali, dal medico di guardia, dai medici specialistici ecc. come pure di elaborare delle statistiche partendo da parole-chiave. Sono disponibili una quindicina di sistemi di informazione medica (ad esempio: Docbase, MedWin, Novax, XMO, Æskulap, Emar, WinPLC, Web Praxis, MultiMed, Web, Ganglion).

tà tecnica e il costo di questa integrazione. Infine, come iniziativa a breve termine, il gruppo di lavoro raccomanda alla Direzione nazionale infortuni sul lavoro e malattie professionali di rivolgersi alle amministrazioni regionali affinché venga creato, sulle pagine «Salute» dei loro siti internet, un collegamento al sito della Direzione nazionale infortuni e malattie professionali.

Il gruppo di lavoro conclude il suo rapporto sulla sottodenuncia affermando che occorre porre attenzione a non cadere nell'eccesso contrario e pervenire ad un fenomeno di sovradichiarazione che creerebbe delle attese ingiustificate nei pazienti/vittime.

3.1.2. Spagna

In Spagna il tema della sottodenuncia delle malattie professionali non riscuote lo stesso interesse che in Danimarca.

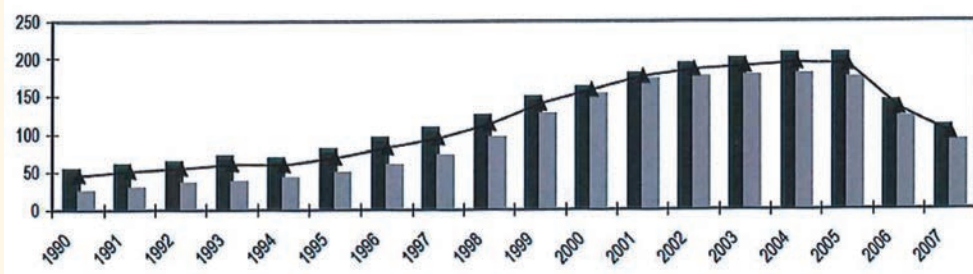
Si tratta di un epifenomeno per gli assicuratori (le Mutuas e l'Amat che le federa), mentre è oggetto di una denuncia vigorosa da parte del sindacato.

La maggior parte degli esperti nazionali è concorde nel dire che la sottodenuncia è in questo paese importante, in particolare per quanto concerne i tumori professionali. Essa è oggetto di deplorazione in numerosi articoli pubblicati nella letteratura specialistica.

L'Amat e le Mutuas preferiscono il termine di «sottodiagnosi» a quello di «sottodichiarazione», il che lascerebbe intendere una volontà deliberata di non dichiarare. Gli assicuratori ammettono, malgrado tutto, che una certa sottodichiarazione fosse stata presente prima dei cambiamenti regolamentari, avvenuti nel 2006.

(vedi grafico 8)

GRAFICO 8: TASSO DI RICONOSCIMENTO DELLE MALATTIE PROFESSIONALI (IN BASE AL GENERE) OGNI 100.000 ASSICURATI PERIODO 1990- 2007 (SPAGNA)



Questo fenomeno era conseguenza in particolare del carattere obsoleto della lista spagnola delle malattie professionali in vigore fra il 1978 e il 2006, ma anche dell'antica procedura che prevedeva che solo il datore di lavoro potesse dichiarare un caso sospetto alla Mutua alla quale egli era affiliato ed infine all'effetto di deterrenza della norma che prevedeva che a fronte di una denuncia di sospetta malattia professionale fosse obbligatorio il sopralluogo in azienda ad opera dell'Ispezione del lavoro.

Oggi, secondo gli assicuratori, la sottodichiarazione non supererebbe il 20%.

Peraltro, il 15% degli infortuni sul lavoro sarebbe in realtà delle malattie professionali qualificate in maniera erronea, il che però non ha incidenza sull'indennizzo della vittima. La proporzione delle malattie professionali fra i casi registrati come infortuni sul lavoro potrebbe essere superiore secondo l'Associazione spagnola degli specialisti in medicina del lavoro (Aeemt) ed essere dell'ordine del 50%. Tuttavia, la denuncia di una sottodichiarazione è diventata più pressante a partire dalla metà degli anni Duemila. In effetti, stante l'impossibilità di poter ragionare sui numeri delle domande di riconoscimento (non essendo questa informazione disponibile), è gioco forza constatare una caduta del numero di casi riconosciuti a partire dal 2006, anno durante il quale si è registrata una riduzione del 27% rispetto all'anno precedente (si è passati così da 30.030 casi riconosciuti nel 2005 ai 21.905 nel 2006). Questa tendenza è proseguita tanto che nel 2007 si contano solo 17.061 casi riconosciuti, cioè una nuova riduzione del 27% rispetto all'anno precedente.

Questo cambio di tendenza si è manifestato all'indomani di una modifica regolamentare implicante un impatto finanziario importante sulle Mutuas. Questo testo, entrato in vigore il 1° gennaio 2006, ha stabilito che le Mutuas sopporteranno il carico finanziario delle pensioni per incapacità permanente e decesso delle vittime di malattie professionali, capitalizzando l'ammontare di queste rendite.

Precedentemente le Mutuas rimborsavano all'Inss il montante delle rendite sotto la forma di una percentuale dei contributi pagati dalle imprese.

Questa nuova modalità di calcolo spingerebbe le Mutuas a riconoscere meno le malattie professionali.

Vi è stata la denuncia del fatto che le Mutuas, per non essere costrette ad aumentare il montante dei premi versati dalle imprese (e così rischiare di perdere affiliati, in quanto le 20 Mutuas sono in concorrenza fra loro), avrebbero deliberatamente ridotto drasticamente il numero delle malattie professionali riconosciute ed indennizzate.

D'altronde, nel 2007, il quadro regolamentare delle malattie professionali ha subito una profonda modificazione (nuove liste delle malattie professionali, nuove procedure di denuncia, nuovo sistema di registrazione statistica).

Numerosi attori si sono lamentati delle disfunzioni del nuovo sistema: l'applicazione informatica sarebbe eccessivamente rigida e non permetterebbe una denuncia ottimale.

I due avvenimenti sarebbero all'origine della caduta delle malattie professionali riconosciute a partire dal 2006. Queste spiegazioni sono giudicate più che plausibili, nella misu-

ra in cui la riduzione del numero delle malattie professionali è troppo marcata per poter essere qualificata come una semplice ricaduta dei progressi in tema di prevenzione.

L'organismo Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (Istas) si è misurato con la valutazione della sottodichiarazione delle malattie professionali in Spagna nei rapporti del 2006, 2007, 2008 e 2009 (vedi tabella 5).

Mettendo insieme le statistiche ufficiali di riconoscimento, i dati disponibili in termini di mortalità, incidenza e prevalenza e stimando il rischio attribuibile sulla base di diverse fonti epidemiologiche nazionali e internazionali, l'Istas perviene nel suo rapporto del 2008 ad individuare un tasso medio di sottodenuncia dell'80% (cfr. tabella 5).

Secondo Istas la sottodenuncia riguarderebbe principalmente i tumori del polmone e le malattie della pelle.

Le cause sarebbero molteplici: una sottodichiarazione da parte dei medici del Servizio nazionale di salute, la nuova modalità di capitalizzazione della rendita per malattia professionale dissuasiva in tema di riconoscimento per le Mutuas e la paura persistente delle

imprese di ricevere una visita da parte dell'ispezione del lavoro.

3.1.3. Francia

Il tema della sottodichiarazione delle malattie professionali è oggetto di un costante dibattito. Dal 1997 una commissione presieduta da un magistrato della Corte dei Conti lavora per fornire ogni 3 anni la stima del costo della sottodenuncia degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali.

Questa stima è oggetto di un rapporto pubblico dettagliato. L'ultimo in termini di tempo (giugno 2014), dopo aver valutato la messa in opera delle proposte della Commissione precedente e gli sviluppi recenti della lotta contro i grandi rischi professionali, analizza le principali cause della sottodichiarazione e del sottoriconoscimento dei rischi professionali (cfr. tabella 6).

Queste cause non sono cambiate di molto rispetto al precedente rapporto del 2011. Così i fattori che contribuiscono alla sottodenuncia delle malattie professionali possono essere dovuti ai datori di lavoro (in particolare comportamenti di dissimulazione o assenza del documento di valutazione dei rischi), ai lavoratori

Tabella 5 - Sintesi della stima della sottodichiarazione delle malattie professionali per l'anno 2008 secondo Istas

Patologie	Mp dichiarate-riconosciute	Mp stimate	Tasso di sottodichiarazione %
Patologie osteomuscolari	13.966	31.812	56,1%
Malattie della pelle	1.242	12.909	90,4%
Ipoacusie o sordità	790	11.642	93,2%
Malattie respiratorie	850	9.467	91%
Tumori maligni	62	6.291	99%
Malattie infettive	493	2.390	79,4%
Totale	18.700	90.869	79,4%

stessi (ignoranza del legame fra la patologia e l'attività professionale, timore per il posto di lavoro) o ai professionisti della salute (assenza persistente di formazione e di informazione adeguata dei medici di cura, reticenza a denunciare la malattia quando questa può determinare delle ripercussioni sull'impiego, mancanza di cooperazione fra medicina del lavoro e medicina di cura). La coesistenza dei dispositivi di indennizzo delle malattie professionali e dei dispositivi di invalidità contribuirebbe anch'essa al fenomeno della sottodenuncia. Quanto ai fattori identificati come possibile origine di un sottoriconoscimento, il rapporto cita una forte eterogeneità fra le caselle nelle modalità di riconoscimento delle pato-

logie professionali e nella individuazione dei tassi di incapacità permanente, l'obsolescenza di alcune voci tabellari delle malattie professionali e la difficoltà del loro aggiornamento e la sottorappresentazione delle malattie psichiche per esposizione dei lavoratori ai rischi psico-sociali.

Limitando l'esercizio al campo delle patologie il cui carattere professionale potrebbe essere riconosciuto nell'ambito del dispositivo giuridico attuale, la Commissione valuta il numero di malattie professionali sottodenunciate a partire dai dati epidemiologici disponibili, e questo per poter determinare la quota di patologie attribuibili a cause professionali (vedi tabella 6).

Tabella 6 - Sintesi dei casi di sottodichiarazione delle malattie professionali nell'ambito della Commissione L-176-2

Patologie	Elementi di valutazione della sottodichiarazione	Stima del numero di casi sottodichiarati (unicamente lavoratori dipendenti anno 2012)
Tumori	Fonte: Invs-larc Frazione di rischio attribuibile fra 3% e 6% per gli uomini / 4,5% e 6% per le donne	Non valutato in numero di casi, solamente per costo: fra 279 e 728 milioni di euro
Principali Ctd	Fonte: Invs (studio del 2009) Tasso del 45% di sottodichiarazione per il tunnel carpale, 50% per le tendiniti del gomito, della mano e delle dita, 30% per le tendiniti della spalla	Tunnel carpale: 9.900 Tendinite del gomito: 6.531 Tendinite della spalla: 84 Tendinite mano e dita: 2.581
Patologie del rachide lombare	Fonte: Invs (studio 2009) Tasso di sottodichiarazione fra 40% e 65%	Fra 1.334 e 3.717
Asma	Fonte: diversi studi di popolazione generale fra 1996 e 2000 Frazione di rischio attribuibile: 15%	Fra 104.808 e 158.262
Bpco	Fattore di rischio attribuibile: da 10% a 20% Prevalenza di origine professionale: da 1% a 2%	Fra 8.781 e 26.481
Dermatosi	Incidenza di origine professionale: fra 0,5 e 0,7 ogni 1.000 lavoratori/anno	Fra 8.441 e 11.998
Sordità	Fonti: Affse 2004 + Invs	11.825

Ricordiamo che si tratta di una stima assai approssimativa, il cui obiettivo è quello di calcolare una forchetta finanziaria che servirà a fissare il montante di trasferimento dal ramo «rischi professionali» al ramo «malattia» della Sicurezza Sociale.

Applicando a queste valutazioni un costo medio per tipo di patologia (calcolato in funzione dei dati finanziari della Cnamts e, per i tumori, sulla base anche di uno studio dell'Institut National du Cancer), il rapporto del 2014 ha determinato una forchetta finanziaria di costo annuale della sottodenuncia delle malattie professionali fra 596 e 1.224 milioni di euro (ai quali vanno aggiunti 99 milioni della sottodichiarazione degli infortuni sul lavoro).

L'ammontare della dotazione per il 2014 e per i due anni successivi sarà fissato sulla base di questa stima finanziaria dalla legge (annuale) di finanziamento della Sicurezza Sociale. Questa dotazione ammontava a 710 milioni di euro nel 2011 e a 790 milioni di euro nel 2012 e nel 2013.

Dopo aver valutato l'ampiezza e il costo della sottodenuncia, la Commissione avanza delle preconizzazioni per una migliore presa in carico delle patologie professionali da parte del ramo «rischi professionali»:

- necessità di una migliore formazione e informazione dei medici;
- semplificazione e messa in coerenza dei regolamenti applicabili in materia di indennizzo da parte delle assicurazioni «infortuni sul lavoro e malattie professionali» e «invalidità»;
- prosecuzione degli sforzi di controllo delle imprese;

- riflessione sulle modalità di conservazione e archiviazione dei documenti di valutazione dei rischi, in particolare in caso di scomparsa dell'impresa;
- stimolo al personale ospedaliero affinché segnali maggiormente il carattere professionale di una malattia o di un infortunio;
- prosecuzione dell'attualizzazione delle tabelle delle malattie professionali;
- miglioramento della raccolta delle informazioni scientifiche sui rischi professionali e coordinamento degli organismi di ricerca.

3.1.4. Italia

Non sono disponibili studi specifici in tema di sottodenuncia a livello nazionale. Ma tutti i rapporti della Commissione d'inchiesta parlamentare sugli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (1997, 2006, 2013) indicano nel capitolo dedicato alle statistiche che: «Da sempre l'Inail, i partner sociali ed i medici del lavoro ritengono che le malattie professionali siano un fenomeno sottostimato».

Pur tuttavia, l'organismo assicuratore Inail registra da alcuni anni un aumento significativo delle richieste di riconoscimento (+ 41,7% fra il 2007 e il 2011 per il settore dell'industria e dei servizi).

Questo boom di denunce è dovuto ad una serie di fattori, a cominciare dall'entrata in vigore nel 2008 di una nuova tabella delle malattie professionali. Questa integra numerose patologie che in precedenza potevano essere riconosciute solo nell'ambito del sistema complementare, in particolare le patologie da sovraccarico biomeccanico dell'apparato mu-

scolo-scheletrico e che adesso beneficiano, invece, come tutte le patologie tabellate, di una presunzione legale di origine professionale. Inoltre, la struttura della nuova lista per patologia specifica e non più per agente patogeno ha avuto un effetto tecnico collaterale che si è tradotto in denunce multiple (che nel 2009 sono state stimate al 20% del totale delle denunce).

L'aumento del numero delle domande di riconoscimento sarebbe anche una conseguenza positiva delle azioni di sensibilizzazione del pubblico (lavoratori, datori di lavoro e medici di famiglia), in particolare l'intensificazione delle offerte formative e di prodotti informativi.

Permane il dato che i tumori professionali, che ammontano a circa 2.000 denunce all'anno, siano ritenuti indiscutibilmente sottodenunciati.

Numerosi articoli pubblicati sulla rivista «Medicina del lavoro» e nei «Quaderni di medicina legale del lavoro» sottolineano la differenza fra il numero di casi di tumori professionali attesi sulla base degli studi epidemiologici e il numero dei casi denunciati all'Inail ed indennizzati. Il confronto fra i dati epidemiologici come pure fra i dati Inail (assicuratore) e quelli Asl permetterebbe di stimare la sottodenuncia dei tumori professionali ad oltre il 90%, esclusi i mesoteliomi e i tumori dei seni paranasali (per i quali esiste un sistema di registrazione sistematico: registri mesoteliomi e tumori nasosinusal).

In conclusione

Si constata che vi è più o meno consenso attorno al tema della sottodenuncia delle malattie professionali. Quando si è in presenza di

una opinione diversa questa è espressa dagli organismi assicurativi. Per quanto concerne la quantificazione, essa si mostra difficile se non impossibile a livello nazionale e sull'insieme delle malattie professionali. Pur tuttavia, la problematica è giudicata più o meno prioritaria nei diversi paesi. Alcuni paesi ritengono che il loro sistema di dichiarazione sia efficiente, ma che occorra migliorare la capacità dei medici di riconoscere l'origine professionale e su questo punto lavorano utilizzando le interconnessioni dei sistemi informatici.

Altri paesi ritengono che il sistema di denuncia comporti di per sé stesso degli effetti perversi.

▼ 3.2. Esempi di buone pratiche per lottare contro la sottodichiarazione

Numerosi prodotti informativi sulle malattie professionali e sulla possibilità della loro presa in carico da parte della sicurezza sociale, rivolti sia ai medici che ad un pubblico più vasto, sono disponibili nella maggior parte dei paesi europei.

Ancor più in quanto alcuni temi, affrontati in una prospettiva di salute pubblica quali le malattie legate all'amianto e più in generale l'esposizione professionale agli agenti cancerogeni, o anche ai rischi psicosociali, sono sempre più oggetto di attenzione da parte dei media.

Non si tratta di enumerare qui tutte le azioni di comunicazione in tema di patologie professionali che sono state condotte o che sono ancora in corso nei diversi paesi. La scelta è stata indirizzata sulle iniziative originali e concrete che hanno come obiettivo quello di ricercare in maniera proattiva dei casi che pos-

sono essere riconosciuti come di origine professionale, ma che tendono a sfuggire al dispositivo di dichiarazione all'organismo assicuratore.

Non vi è del pari la volontà di essere esaustivi rispetto a tutte le sperimentazioni realizzate per combattere la sottodichiarazione. Una sola iniziativa è stata selezionata per ogni paese interessato dall'indagine (Danimarca, Francia, Italia e Spagna), iniziative che stante il lasso temporale dalla loro realizzazione permettono di valutarne i risultati conseguiti.

Vedremo che la maggioranza di queste iniziative ha come scopo quello di migliorare la denuncia dei tumori professionali e che lo strumento è rappresentato dal recupero informatico dei dati.

3.2.1. Danimarca: incrocio dei dati informatici

Nel luglio 2007 la Danimarca ha creato un dispositivo nazionale finalizzato alla lotta alla sottodenuncia del mesotelioma e del tumore delle fosse nasali e dei seni paranasali, per i quali il legame nel primo caso con l'esposizione alle polveri di amianto e nel secondo caso alle polveri di legno è scientificamente stabilito.

Un sistema di segnalazione automatico e reciproco dei casi di questi due tipi di tumore è stato realizzato attraverso l'Ufficio nazionale di sanità (Sundhedsstyrelsen) che gestisce il Registro dei Tumori da una parte e la Direzione nazionale infortuni e malattie professionali dall'altra.

Il rapporto annuale 2012 della Direzione nazionale degli infortuni e malattie professionali rileva che questa iniziativa ha avuto un notevole impatto sul numero di domande di riconoscimento di questi due tipi di tumore. Le domande, dopo la messa in opera del dispositivo, sono così aumentate del 50% per quanto concerne i mesoteliomi. I dati dimostrano che il sistema ha determinato un beneficio ancora superiore nel caso dei tumori delle fosse nasali (cfr. tabella 7).

L'impatto di questa iniziativa sul numero dei casi riconosciuti e indennizzati è più sfumato in quanto questa cifra è rimasta stabile.

L'aumento del numero delle denunce si accompagna soprattutto ad un aumento del numero delle respinte dei casi dichiarati. Occorre precisare che il carattere sistematico dell'invio dei dossier dall'Ufficio nazionale della salute alla Direzione nazionale infortuni e malattie professionali comporta che numero-

Tabella 7 - Numero delle domande di riconoscimento dei casi di mesotelioma e di tumore delle fosse nasali avanzate all'organismo assicuratore Ask fra il 2006 ed il 2012 (per anno di diagnosi/dichiarazione - Danimarca)

Casi denunciati	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Mesoteliomi	92	141	141	155	127	126	138
Tumore delle fosse nasali	6	84	151	127	127	102	92
Totale	98	225	292	282	254	228	230
Denuncia da parte del Sundhedsstyrelsen (Registro dei Tumori)	-	51	122	102	123	104	116
Medici o altro	98	174	170	180	131	124	114

Tabella 8 - Casi di mesotelioma e di tumore delle fosse nasali fra il 2006 e il 2012 (per anno di diagnosi/dichiarazione e per tipo di decisione - Danimarca)

Decisione in merito alle domande di riconoscimento (anno della domanda)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Casi riconosciuti	85	105	85	90	84	91	87
Casi respinti	13	118	207	192	170	137	135
Casi in trattazione/altro	0	2	0	0	0	0	8
Totale	98	225	292	282	254	228	230

si casi in cui è presente una diagnosi errata da parte del primo organismo siano respinti dal secondo. Inoltre, avviene che le vittime o i loro aventi diritti si oppongono a che l'organismo assicurativo istruisca il loro dossier, il che comporta il diniego del caso (vedi tabella 8).

3.2.2. Francia: ricerca proattiva delle potenziali vittime

Dal 2008, la Francia sperimenta un programma di individuazione della possibile origine professionale dei tumori della vescica, programma che interessa la metà circa del territorio metropolitano.

Le esposizioni professionali (agli idrocarburi policiclici aromatici derivati dal carbone fossile, ad alcune ammine aromatiche, alla nitrosamina, alla N-nitrosodibutilammina) sono in effetti, con il tabacco, fra i principali fattori di rischio per questi tumori.

Questa sperimentazione è stata condotta in 6 regioni che rappresentano il 50% della popolazione della Francia metropolitana: Normandia e Nord Picardia dal 2008, Borgogna Franca Contea dal 2010, Sud Est e Nord Est dal 2011.

Scopo del progetto è di rintracciare, fra i malati colpiti da un cancro della vescica o delle

alte vie urinarie, coloro che sono stati esposti nella loro vita professionale ad agenti nocivi e di sensibilizzarli in merito alle procedure di denuncia della malattia professionale ai fini del riconoscimento.

Concretamente, la Cassa primaria di assicurazione malattia (Cpam) e il Servizio medico, dopo aver identificato gli assicurati che sono stati ammessi al regime «Malattia di lunga durata» (Ald) per un tumore della vescica (sulla base di una domanda telematica), inviano alle persone selezionate una lettera in cui vengono informati della pratica.

Le persone, dopo espressione del consenso, sono contattate per telefono al fine di ricostruire, sulla base di un questionario, la loro carriera professionale. Se appare possibile o probabile una origine professionale della patologia, essi sono invitati a compilare il modello di denuncia della malattia professionale.

Il programma ha permesso di individuare 1.855 casi di tumore della vescica potenzialmente di origine professionale (sono in media il 6% di tutti i casi di tumore della vescica registrati come Malattia lungo termine nello stesso periodo di riferimento). Nelle regioni coinvolte nella sperimentazione sono state presentate 961 domande di riconosci-

mento di questa forma di tumore come malattia professionale e circa il 60% di esse è stata riconosciuta.

Il grafico 9 permette di visualizzare l'evoluzione del numero di denunce a partire dal 2008 in ognuna delle regioni. Esso mette in evidenza un tempo di latenza di due semestri fra l'inizio della fase di sperimentazione (2008, fine 2010, inizio 2011 secondo la regione) e l'aumento del numero di casi denunciati.

Nell'insieme delle regioni partecipanti, le domande di riconoscimento sono aumentate di 4,6 volte nell'arco di 18 mesi / 2 anni dall'inizio del programma. Nelle due regioni, che hanno avviato prima il progetto, l'effetto si mantiene a distanza di 4 anni dall'inizio dell'esperienza con una tendenza alla flessione della curva.

Per quanto concerne, poi, i dati di riconoscimento anche essi rilevano un aumento del numero di casi assunti dall'Istituto assicuratore.

GRAFICO 9 - EVOLUZIONE DEL NUMERO DI DICHIARAZIONI DI MP SECONDO LE REGIONI ADERENTI ALLA SPERIMENTAZIONE E PER SEMESTRE DAL 2008 AL 2013

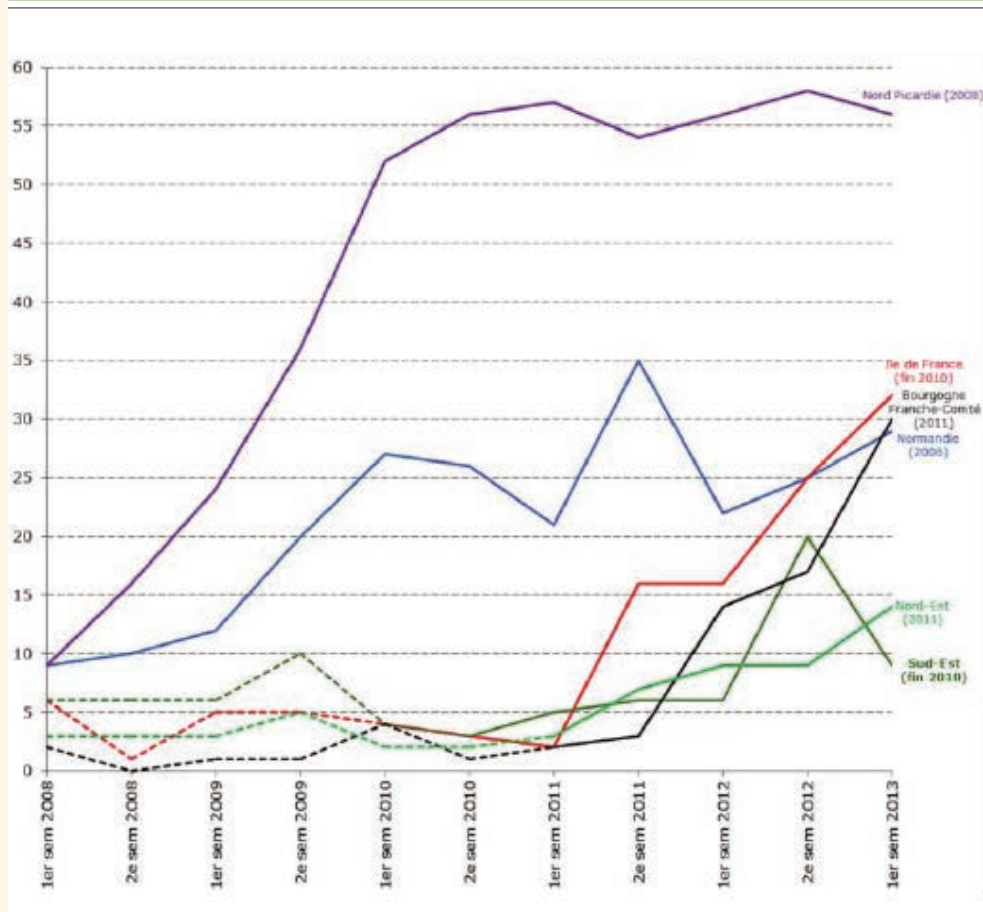


Tabella 9 - Numero delle malattie professionali evidenziate, denunciate e riconosciute nelle diverse regioni, a partire dal primo semestre di sperimentazione (dato al termine del 1° semestre 2013)

Regione	Numero di patologie lunga durata (Ald): cancro della vescica	Origine professionale possibile		Denunce di Mp		Casi riconosciuti come Mp	
		N.	% Ald	N.	% possibile origine prof.	N.	% denunce ricevute
Normandia	4.889	294	6%	236	80%	159	67%
Nord Picardia	8.684	646	7%	474	73%	264	56%
Ile de France	7.684	243	3%	94	39%	68	72%
Sud Est	6.023	57	1%	49	86%	19	39%
Borgogna, Franca Contea	2.235	510	23%	66	13%	27	41%
Nord Est	2.722	105	4%	42	40%	32	76%
Totale	32.247	1.855	6%	961	52%	569	59%

Un confronto con i dati nazionali, riferito al periodo 1° gennaio 2001 - 31 marzo 2013 mostra che le regioni, dove viene attuata la sperimentazione, registrano l'84% delle domande di riconoscimento di tumore della vescica come di origine professionale presentate a livello nazionale; mentre queste stesse regioni rappresentano il 49% delle Malattie lunga durata riconosciute per questa patologia.

I riconoscimenti come malattia professionale sono, in queste regioni, egualmente assai significativamente più elevati (84% dei riconoscimenti a livello nazionale).

È prevista un'estensione a tutto il territorio nazionale di questo dispositivo (vedi tabella 9).

3.2.3. Italia: cooperazione ospedali/Inail

Come avviene spesso, in Italia, le azioni innovative nascono da iniziative regionali o anche locali. Questo è del pari vero in tema di salute sul luogo di lavoro. In questo paese assai decentralizzato, la prevenzione dei rischi

lavorativi è affidata in una certa misura all'organismo assicuratore (Inail), ma anche alle collettività locali attraverso le Aziende sanitarie locali (Asl).

In Italia sono operanti diversi dispositivi di ricerca attiva dei tumori professionali, in particolare il sistema Occam (Occupational Cancer Monitoring) di sorveglianza del rischio cancerogeno occupazionale sulla base dell'anamnesi professionale reperita/ricostruita a partire dai dati della sicurezza sociale Inps (Istituto nazionale della previdenza sociale). Ma, al di là del fatto che questi dispositivi presentano numerosi limiti, non sono documentate le loro conseguenze in termini di domande di riconoscimento all'organismo assicuratore.

L'iniziativa ritenuta come esperienza di buona pratica di lotta alla sottodenuncia delle malattie professionali è un dispositivo di ricerca sistematica dei tumori professionali partendo dai casi diagnosticati e curati in ambito ospedaliero nella provincia di Brescia.

La provincia di Brescia si trova in Lombardia nel nord dell'Italia. Si tratta di una regione molto industrializzata con, secondo i dati dei Registri dei Tumori, una forte incidenza di tumori polmonari.

A partire dal maggio 1998 e sulla base di una iniziativa congiunta fra Asl nel quadro delle attività del suo dipartimento di prevenzione, il servizio di medicina del lavoro della cattedra di medicina del lavoro dell'Università di Brescia opera in convenzione con l'unità operativa di medicina del lavoro degli ospedali civili di Brescia con lo scopo di far emergere i casi di tumori professionali.

Questa ricerca sistematica si è indirizzata inizialmente ai tumori polmonari. L'iniziativa ha coinvolto i servizi di pneumologia, di chirurgia toracica, di medicina generale come anche l'istituto di radiologia dell'ospedale, dipartimenti maggiormente coinvolti nella diagnosi e nella terapia dei pazienti affetti da tumore polmonare.

L'obiettivo della ricerca sistematica è quello di identificare, di valutare e di documentare i casi di tumore polmonare di cui è sospettata una origine professionale. L'obiettivo primario è quello di migliorare i dati epidemiologici in possesso della Asl, in modo da prevenire in maniera più efficace i tumori professionali, ma l'iniziativa ha anche delle ricadute in termini assicurativi.

Le tappe della procedura sono le seguenti:

1) per ogni nuovo caso di tumore polmonare che viene diagnosticato, il medico ospedaliero, che ha in carico il paziente, compila una breve anamnesi professionale e una scheda informatica che contiene le seguenti informazioni: stato civile, diagnosi

clinico-istologica, abitudine tabagica, alcuni elementi dell'anamnesi professionale raccolta (settore di attività, mestiere, periodo, durata). Per raccogliere questi dati sono necessari solo alcuni minuti. Questa scheda segnaletica è trasmessa al servizio di medicina del lavoro dell'ospedale.

2) Il medico del lavoro, sulla base di questa scheda, archivia i casi non sospetti (ad esempio: lavoro di ufficio, casalinga, ecc.) e valuta i casi sospetti realizzando una intervista diretta con il paziente o una consulenza specialistica. Per ogni paziente valutato viene predisposta una cartella clinica che contiene la documentazione pertinente relativa all'ospedalizzazione (esami radiologici, endoscopici e istopatologici che hanno portato a formulare la diagnosi di tumore).

3) Viene poi condotta una anamnesi professionale più approfondita; nel 99% dei casi essa è raccolta direttamente con la collaborazione del paziente. In questa anamnesi vengono raccolte informazioni in merito alla durata dell'attività professionale, i nomi e le sedi della fabbrica, le principali caratteristiche produttive dell'impresa, la mansione, l'eventuale utilizzazione o esposizione ad agenti chimici o fisici, eventuale utilizzo di Dpi, la presenza in azienda di sistemi di captazione degli inquinanti. Questa indagine prende in considerazione il curriculum lavorativo senza limiti temporali: il medico del lavoro consulta il libretto di lavoro, laddove sia disponibile, ricerca se necessario, informazioni tecniche complementari presso l'azienda (in particolare dal responsabile del servizio di pre-

venzione) o visita direttamente i luoghi di lavoro. Talora, sono consultati anche il medico del lavoro dell'azienda e quello della Asl (che conosce bene la mappa dei rischi a livello locale). L'indagine verte anche sulle eventuali attività ludiche del soggetto in cui possa esservi una potenziale esposizione a cancerogeni.

Il servizio di medicina del lavoro procede, infine, alla evidenziazione di altri tumori, di altre patologie polmonari o di altre patologie professionali.

Al termine di questo iter, il servizio di medicina del lavoro invia al medico del dipartimento, che ha in carico il paziente, un rapporto dettagliato contenente le anamnesi professionali e patologiche come pure le conclusioni sul legame causale fra la patologia e l'esposizione professionale; conclusioni corredate da riferimenti alla letteratura scientifica. Inoltre il rapporto ricorda al medico gli obblighi in ambito medico-legale: segnalazione del caso alla Asl competente (per la registrazione nella banca dati), redazione di un referto all'autorità giudiziaria, redazione del primo certificato di malattia professionale da consegnare al paziente e necessario per inoltrare una domanda di riconoscimento all'Inail. Nella maggior parte dei casi sono anche trasmessi consigli relativi all'assistenza ai pazienti (ad esempio: modalità di accesso all'Organismo assicuratore Inail, protezione ad opera dei Patronati).

Una valutazione di questa iniziativa è stata possibile grazie a:

- La creazione di una banca dati che contiene tutte le cartelle valutate dal servizio di

medicina del lavoro, i cui estratti sono regolarmente inviati alla Asl.

- La collaborazione instaurata con l'Inail di Brescia che ha effettuato una ricerca nella sua banca dati dipartimentale sui nomi forniti, rendendo possibile la consultazione delle decisioni assunte dall'ente assicuratore.
- La collaborazione con i medici del Patronato Inca di Brescia, che ha permesso di seguire lo sviluppo degli eventuali procedimenti giudiziari.

Dal 1990 al 1998 (anno della realizzazione del dispositivo di ricerca sistematica), solo alcune dozzine di casi di tumore polmonare legati al lavoro erano stati segnalati alla medicina del lavoro della Asl. Dal maggio 1998 al maggio 2005 questo numero di segnalazioni è salito a 182.

Una buona metà delle 1.502 diagnosi di tumore polmonare, formulate nel periodo di riferimento, è stata archiviata principalmente per mancanza di elementi che potessero suggerire una esposizione professionale a cancerogeni polmonari. Alcuni casi sono stati esclusi in quanto lo stato di salute del paziente non ha permesso di raccogliere l'anamnesi professionale.

L'altra metà dei casi è stata oggetto di una valutazione sulla possibile origine professionale. Su 693 casi, il servizio di medicina del lavoro ha confermato una eziologia professionale in un quarto dei casi, tutti pazienti di sesso maschile.

I fattori di rischio identificati sono stati l'esposizione a silice (26%), all'amianto (89%), agli idrocarburi policiclici aromatici. I settori di attività sono quelli del trasporto su ruota, del-

l'attività di pittore edile, distesa del manto stradale, ma anche casi da esposizioni multiple (12%).

L'anamnesi patologica ha permesso di rilevare in alcuni casi la presenza di una ulteriore patologia correlata al lavoro: sei pazienti erano affetti contemporaneamente da tumore polmonare e da asbestosi, da silicoasbestosi, da tumore della vescica (in un addetto alla concia del cuoio), da una sclerosi sistemica (attribuita all'esposizione a silice) e da Bpco. In 7 casi, è stata posta diagnosi di pleuropatia benigna da amianto. 27 pazienti erano già titolari di una rendita Inail (23 casi di silicosi, 2 di asbestosi, 2 di pneumoconiosi da polveri).

Dei 182 casi nei quali è stata determinata dai medici del lavoro una etiologia professionale, 142 sono pervenuti alla denuncia all'Inail. I 40 casi per i quali non è stata avanzata richiesta all'Inail riguardavano dei pazienti o non residenti nel territorio di Brescia e dunque dipendenti da altra sede Inail o per i quali il certificato di malattia professionale pur se redatto non è pervenuto all'Inail.

Un terzo dei casi denunciati è stato riconosciuto: 18 lavoratori esposti a silice (di cui 13 con silicosi), 4 provenienti dal settore del trasporto su strada, 3 provenienti dal settore delle riparazioni di veicoli o dal settore della metallurgia-meccanica, 1 addetto alla asfaltatura, 1 esposto all'acido solforico in una filatura di lana, 3 pittori edili, 4 esposti all'amianto, 1 medico esposto a radiazioni ionizzanti, 1 lavoratore dell'industria della gomma, 1 lavoratore del settore dei trattamenti galvanici e 9 casi da esposizioni multiple.

In conclusione, da pochi casi riconosciuti annualmente dall'Inail prima dell'inizio dell'esperienza di ricerca sistematica, si è passati a 48 riconoscimenti in un periodo di 7 anni, con un tasso di riconoscimento di circa il 38%, decisamente superiore al 23% che questa patologia ha registrato a livello nazionale nel medesimo periodo 1994-2002.

Malgrado il successo dell'iniziativa, rimane da comprendere come mai più del 60% dei casi per i quali il servizio di medicina del lavoro ha definito un legame con il lavoro siano stati respinti dall'istituto assicuratore.

3.2.4. Spagna: software di segnalazione Sisvel

La regione (o comunità autonoma) di Valencia, situata a est della Spagna, è una regione pionieristica in tema di emersione delle malattie professionali.

In un contesto di sottodichiarazione e di mancanza di informazioni che possano permettere di pianificare in maniera adeguata le azioni preventive, il governo regionale mette in atto dal 1991 un sistema proattivo battezzato Sisvel (Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral) che permette ai professionisti e ai servizi di salute aderenti, inizialmente in modo volontario, di dichiarare alla regione i casi di danno alla salute legati al lavoro per i quali attivare il sistema di vigilanza.

Questo programma si è poi trasformato per adattarsi al nuovo quadro regolamentare in tema di malattie professionali del 2006 e ai nuovi obblighi dell'amministrazione sanitaria regionale.

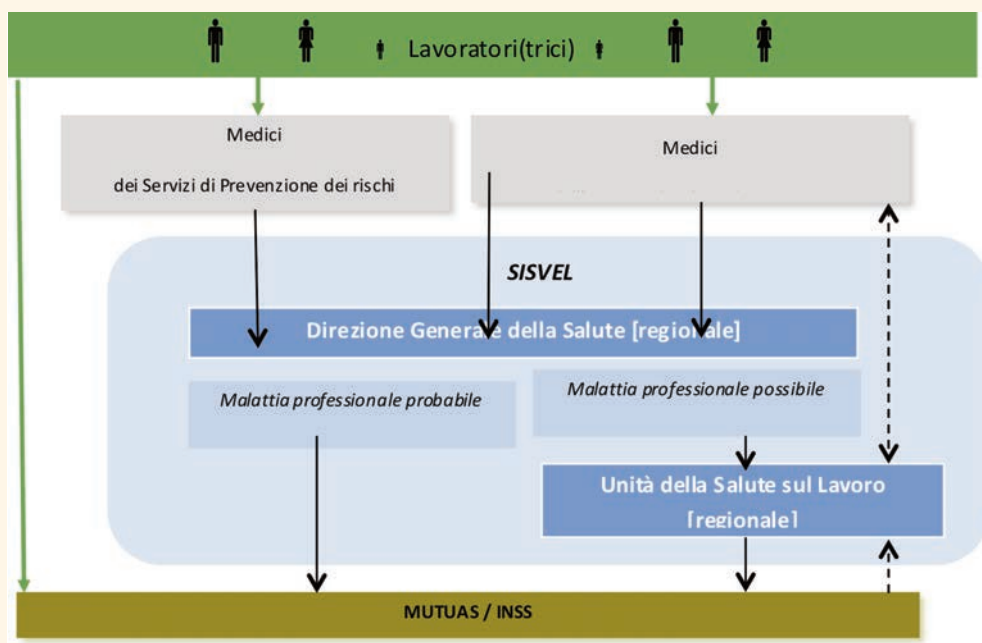
Sisvel si pone due obiettivi:

- Realizzare una mappatura dei rischi professionali della Regione: si tratta di uno strumento che raccoglie ed analizza le informazioni sui rischi professionali in maniera completa e aggiornata per ogni area geografica, in modo da pianificare le azioni sanitarie di prevenzione rivolte ai lavoratori.
- Proporre un sistema di allerta: il sistema permette una identificazione rapida e sistematica dei casi di malattie potenzialmente di origine professionale diagnosticati nell'ambito del sistema di sanità, come pure una trasmissione telematica all'istituto assicuratore equivalente ad una domanda di riconoscimento (vedi lo schema sottostante).

professionali sono collegati a Sisvel attraverso una integrazione di quest'ultimo al Sistema di informazione ambulatoriale (Sistema de Informacion Ambulatoria - Sia) nel caso dei primi e attraverso un portale Web nel caso dei secondi.

Sul Sia è prevista, per ogni paziente, una cartella sanitaria individuale nella quale sono raccolte informazioni mediche e informazioni riguardo al suo ambiente di lavoro. Quando un medico inserisce sul Sia una diagnosi (per i pazienti maggiori di 16 anni) e questa diagnosi corrisponde ad uno dei casi selezionati da Sisvel, si apre sul programma una finestra che informa il medico della possibilità che la patologia possa essere di origine professionale e gli permette, inoltre, la comunicazione del caso all'assicuratore, con l'intermediazione della Direzione generale della sanità pubblica di Valencia.

In pratica, i medici che fanno parte dell'Agencia di salute di Valencia e i medici del lavoro dei Servizi di prevenzione dei rischi



Il medico ha la possibilità di fare la denuncia direttamente tramite Sisvel se ritiene che la patologia possa essere qualificata come professionale o anche, in caso di semplice dubbio, di richiedere una consulenza sul caso da parte dell'Unità di salute sul lavoro del Centro di salute pubblica competente, che sarà incaricata all'occorrenza di trasmettere il caso all'ente assicuratore sempre tramite Sisvel.

Le indagini richieste consistono in una inchiesta epidemiologica, nell'acquisizione di informazioni sull'esposizione professionale sui fattori di rischio, in una visita, se necessario, all'impresa e sull'acquisizione di informazioni cliniche complementari dal medico che ha presentato la segnalazione.

Nel caso dei medici del lavoro dei servizi di prevenzione dei rischi professionali si ritiene che essi dispongano di conoscenze e di competenze sufficienti e che, quindi, essi non hanno che una sola possibile opzione, quella della dichiarazione diretta.

Ogni dichiarazione tramite Sisvel contiene dati sul lavoratore, sulla patologia, sul datore di lavoro, sul medico dichiarante e sul tipo di dichiarazione (considera la patologia come «professionale» o «sospetta»). I primi quattro campi sono precompilati automaticamente stante i dati disponibili nei sistemi di informazione ai quali Sisvel si è collegato (Sia, sistema di informazione del Servizio nazionale di salute e Sip, sistema di informazione demografico).

L'attore intermediario, che è rappresentato dalla Direzione generale della salute pubblica di Valencia, «filtra» le dichiarazioni trasmesse da Sisvel (condizioni di ammissibilità e non, disamina approfondita del caso) pri-

ma di comunicarli all'organismo assicuratore competente: Mutua o Istituto nazionale di sicurezza sociale (Inss), in funzione dell'ente scelto dal datore di lavoro.

All'assicuratore spetta, in piena autonomia, di riconoscere l'origine professionale della patologia. Il sistema prevede un ritorno dell'informazione in merito alla decisione assunta sia verso la regione che verso il medico dichiarante.

Appare utile precisare che, attualmente, al sistema Sisvel sono da attribuire circa un terzo dei casi riconosciuti di malattia professionale (nell'ambito del sistema di lista delle Mp, sistema Cepross) nella regione di Valencia. Gli altri casi corrispondono a domande di riconoscimento presentate in occasione delle visite dirette dei lavoratori da parte dei medici della Mutua alla quale l'azienda è affiliata.

Dopo un periodo di sperimentazione che ha riguardato un numero ridotto di patologie, oggi la lista delle diagnosi che attivano Sisvel interessa 75 categorie di diagnosi codificate con Icd9, ricomprendendo praticamente quasi tutte le patologie previste dalla lista spagnola delle malattie professionali.

Nel caso di alcune categorie di malattie, tutte le diagnosi non sono state prese in considerazione dal sistema: una selezione è stata realizzata combinando criteri di frequenza, di gravità e di frazione etiologica del rischio. Sono così state escluse le patologie benigne ad alta incidenza e bassa proporzione di casi attribuibili al lavoro, in modo da evitare una attivazione eccessiva del sistema di allerta.

Sisvel integra, per ognuna delle categorie di diagnosi, dei criteri di sospetto associati con, almeno, una diagnosi clinica confermata ed

una anamnesi professionale compatibile con delle esposizioni, delle attività o dei compiti a rischio.

Per quanto concerne la copertura del sistema, nel 2014 rientravano nel sistema tutti i centri di cure primarie della regione: il 70% dei centri di cura specializzati, il 60% degli ospedali della regione di Valencia, il 62% dei medici dei Servizi di prevenzione dei rischi professionali (cioè 301 servizi di prevenzione coinvolti), 10 Mutuas e 16 Unità di salute sul lavoro presenti sul territorio. La popolazione attiva coperta dal sistema è valutata in 1,8 milioni di lavoratori.

Questa progressiva estensione della copertura è stata accompagnata dalla diffusione di una guida ad hoc come pure da una campagna di formazione dei medici, campagna che ha visto una forte partecipazione. Nel 2010, il 75% dei medici convocati ha partecipato ad una giornata di formazione, pari a 2.007 medici del Servizio nazionale di sanità e il sistema è stato presentato ai 500 medici del lavoro del Servizio di prevenzione della regione.

Il 40% dei casi comunicati da Sisvel alla Comunità autonoma non viene trasmesso alle Mutuas per motivi diversi. Più di un terzo dei casi riguarda lavoratori autonomi o che non esercitano attività remunerata e che, dunque, non hanno copertura assicurativa presso le Mutuas. In un quarto dei casi non è stato evidenziato un legame fra patologia e attività professionale e in un quinto dei casi «filtrati» i lavoratori non hanno voluto che il caso fosse trasmesso all'istituto assicuratore.

Per quanto concerne i tassi di riconoscimento, essi variano dal 7 al 40% in funzione del-

la Mutua, mentre esso è calcolato in circa il 50% per i casi che afferiscono all'Inss. Per quanto concerne, poi, le motivazioni di respinta da parte delle Mutuas, nel 24% dei casi la respinta è dovuta alla mancata conferma della diagnosi, nel 30% dei casi non erano soddisfatti i criteri espositivi, non note le motivazioni negli altri casi.

Le Mutuas hanno un obbligo di ritorno di informazione mentre l'indicazione del motivo del diniego è invece considerata facoltativa.

Infine, il miglior tasso di riconoscimento è stato registrato per quei casi che sono segnalati dai Servizi di prevenzione dei rischi professionali (45,9%) contro il 24% nel caso di segnalazioni da parte dei medici del Sistema nazionale di salute, senza richiesta di una consulenza preventiva all'Unità di salute sul lavoro di un Centro di salute pubblica e il 29% nel caso in cui sia stata effettuata tale preliminare consulenza.

Il rapporto Sisvel 2012 fornisce, egualmente, informazioni sulla tipologia delle malattie comunicate al sistema: l'80% è dato da malattie osteo-articolari (più del 59% erano casi di tunnel carpale). Le malattie respiratorie non rappresentano che il 6% di tutti i casi. Sono presenti solo una decina di casi di tumore (cioè lo 0,7%). Queste ultime due percentuali estremamente basse possono in parte essere spiegate con il fatto che si tratta di diagnosi poste dai servizi specializzati in ambito ospedaliero; servizi che sono ancora scarsamente integrati nel sistema Sisvel.

In merito a questi risultati e ai forti aumenti registrati nel 2011 e 2012 (dovuti in parte all'integrazione nel 2012 dei Centri di cura specialistici), la Direzione generale della

salute pubblica di Valencia conclude per una forte sottodichiarazione, in particolare delle malattie respiratorie, delle dermatiti e dei tumori.

Nel 2013, sono state messe in atto una serie di misure per il consolidamento del sistema per il miglioramento della rilevazione, della dichiarazione e del riconoscimento delle malattie professionali, quali:

- estensione della copertura del sistema Sisvel alle strutture di cura dipendenti da altri sistemi informatici;
- stimolo alla partecipazione dei professionisti della salute e miglioramento della qualità dei rapporti di comunicazione;
- ottimizzazione del ritorno dell'informazione.

In mancanza di tassi di riconoscimento per comunità autonoma, i dati Cepross rilevano che la Comunità autonoma di Valencia è la regione che nel 2013 ha registrato la maggiore variazione in aumento del numero di casi riconosciuti di malattie professionali (+64% fra il 2012 e il 2013).

Strumenti simili a Sisvel sono attualmente sviluppati in almeno altre 9 comunità autonome in particolare in Navarra, Catalogna e nei paesi baschi.

In conclusione

Anche se queste iniziative di lotta contro la sottodenuncia hanno alcuni punti in comune (perno sui tumori, utilizzo dello strumento informatico), esse sono funzionali alle caratteristiche di ogni paese.

Nei paesi ad alta decentralizzazione, che sono la Spagna e l'Italia, buone pratiche nascono a livello locale e la loro realizzazione è facilitata dai legami forti che esistono fra i differenti attori del sistema di salute (regioni, ospedali, organismi di assicurazione sociale).

La Danimarca si poggia su una rete di dati che sono affidabili e ben strutturati a livello nazionale; non è estraneo alla riuscita della sua iniziativa il fatto che questo paese sia di piccole dimensioni e con una cultura del rispetto della legge molto radicata.

Le soluzioni degli uni non possono necessariamente essere copiate dagli altri, ma sembra che la ricerca proattiva dei casi non denunciati di malattie particolarmente interessate alla sottodenuncia sia un asse di lavoro pertinente per tutti.

ALLEGATI

ALLEGATO 1:

NOTE METODOLOGICHE RELATIVE AI DATI PRESENTATI

I dati statistici presentati e utilizzati nel corpo del rapporto provengono da pubblicazioni degli organismi nazionali di assicurazione sui rischi professionali (Dguv per la Germania, Ask per la Danimarca, Cnamts per la Francia, Inail per l'Italia) e dal Ministero del Lavoro per la Spagna.

Nel caso in cui pubblicazioni diverse del medesimo organismo presentino valori diversi di qualche unità sono stati scelti quelli più coerenti con il resto della documentazione disponibile.

La popolazione assicurata viene intesa come il numero di lavoratori assicurati (teste) nell'anno di riferimento. Occorre, tuttavia, precisare che alcuni paesi (come la Germania) contano un numero maggiore di contratti a tempo parziale rispetto agli altri (a titolo d'esempio il numero degli assicurati tedeschi era di 58.859.409, ma solamente 37.475.591 equivalenti tempo pieno); il che comporta al momento del calcolo degli indici per 100.000 assicurati, indispensabile per il confronto fra paesi, di dover minimizzare i risultati di questi paesi.

Inoltre, le statistiche che sono state utilizzate non fanno necessariamente riferimento, secondo i paesi, alla stessa popolazione assicurata: tutti i lavoratori in Danimarca, i lavoratori dei settori pubblici e privati con l'esclusione di alcuni regimi sociali in Germania o in Spagna, i salariati dell'industria e del commercio in Italia, i salariati del settore privato in Francia. Queste differenze perimetriche possono alterare i risultati nel senso in cui il numero di persone assicurate serve a calcolare le percentuali ogni 100.000 assicurati. Alcune popolazioni specifiche (in particolare gli agricoltori) coperti o no secondo i paesi, non presentano esposizione agli stessi fattori di rischio e non sviluppano le stesse malattie professionali. La loro presa in carico nel calcolo delle percentuali è in grado di minimizzare dette percentuali. Quando è stato possibile, alcune categorie particolarmente impattanti sono state escluse dal calcolo delle proporzioni (ad esempio tutti gli allievi delle scuole in Germania, le casalinghe in Italia).

Per il confronto svolto nel capitolo 2 è stato preso a riferimento il 2011. Sono state prese in considerazione le denunce ricevute nel corso di detto anno e i riconoscimenti che sono intervenuti nel medesimo anno (può accadere, dunque, che il numero dei casi di una determinata patologia riconosciuto sia superiore al numero dei casi denunciati nel medesimo anno). Questa precisazione non riguarda le statistiche italiane, in quanto i dati presentati sono calcolati in funzione dell'anno di denuncia e del percorso di questi casi denunciati, qualunque sia l'anno in cui poi essi pervengono a decisione.

Precisiamo, anche, che i dati 2011 non essendo ancora consolidati in tutti i paesi, potranno essere oggetto di leggere variazioni nelle pubblicazioni successive.

Per domande di riconoscimento viene inteso il numero di pratiche aperte presso l'organismo assicurativo nell'anno di riferimento, ad eccezione della Francia in cui le statistiche della Cnamts non registrano le domande ricevute, ma le decisioni assunte (positive o negative), cioè le pratiche trattate nell'anno di riferimento.

Inoltre, numerosi dati non sono pubblicati così come sono presentati nei documenti utilizzati come fonti, ma sono stati oggetto di ricostruzioni per poter fornire una base comune di analisi e permettere così un confronto fra paesi.

Infine, il numero di denunce e di riconoscimenti deve intendersi per patologia e non per lavoratore.

ALLEGATO 2:
STATISTICHE GERMANIA

Tabella 1 - Popolazione assicurata, domande di riconoscimento e casi riconosciuti (2011)

Popolazione assicurata*: 40.861.230	Domande di riconoscimento	Casi riconosciuti
Totale Mp	71.269	34.581 (di cui 19.311 non formalmente**)
Ipoacusie	11.640	6.107
Dermatosi	25.056	9.399 (di cui 1.829 non formalmente)
Ctd in senso stretto	4.213	525 (di cui 16 non formalmente)
Lombalgie (codice da 2108 a 2110)	5.891	535 (di cui 149 non formalmente)
Tumori	8.000 (circa)	2.408
– di cui tumori del polmone/laringe da amianto	3.824	799
– di cui mesoteliomi	1.312	980
Asbestosi e placche pleuriche	3.662	1.818
Sistema complementare	1.968	136

*Il numero di 40.861.230 assicurati include per l'anno 2011 i lavoratori (datori, persone fisiche e salariati) dei settori pubblici e privati. Non comprende invece due categorie particolari di assicurati nello stesso regime: i 17.071.775 allievi e studenti come pure i 17.998.179 «altri assicurati» non lavoratori (disoccupati, indennizzati, prigionieri, donatori di sangue, aiutanti familiari ecc.). Queste due popolazioni particolari sono state escluse in modo da rendere le statistiche tedesche confrontabili con quelle degli altri paesi (che non concernono nelle stesse proporzioni queste figure), in particolare per calcolare i Ratios delle malattie professionali/popolazione assicurata. Mentre è stato poi impossibile isolare e quindi sottrarre queste due popolazioni dall'insieme delle malattie professionali. Ciò non ha, de facto, alcuna incidenza sulla coerenza e la confrontabilità delle statistiche, in quanto i casi di Mp a carico di allievi, da una parte, e di «altri assicurati», dall'altra, sono in numero trascurabile; si contano nell'anno 2011 solo 120 domande di riconoscimento come Mp da soggetti ricompresi nella categoria allievi a fronte di un totale di 71.269 domande complessive, cioè lo 0,16% delle domande, mentre poi la loro partecipazione alle malattie professionali riconosciute è ancora minore (dell'ordine di una decina di casi riconosciuti nel 2011). Per quanto concerne gli «altri assicurati» non lavoratori, non è possibile conoscere il numero di domande e di casi riconosciuti di Mp. La natura assai particolare delle attività rientranti nell'assicurazione infortuni (tragitto domicilio-agenzia per l'impiego per i disoccupati, prelievo sanguigno per i donatori di sangue...) non li espone che in maniera assai marginale al rischio «malattia professionale» (maggiormente al rischio infortuni sul lavoro).

** Il sistema tedesco di riconoscimento delle malattie professionali ha questo di particolare, che esso differenzia nell'ambito delle malattie riconosciute, i casi che sono riconosciuti *strictu sensu* e che comportano un indennizzo (in particolare a titolo di incapacità permanente) e i casi in cui il legame con l'attività professionale è stato definito ma il cui grado di gravità non comporta che la vittima sia costretta ad abbandonare l'attività professionale in esposizione al rischio. Per questi casi, le prestazioni dell'assicurazione infortuni/malattie professionali si limitano a misure preventive individuali di tipo protezione sanitaria e adattamento del posto di lavoro. Le patologie interessate da questa differenziazione sono definite nella lista delle Mp che riguarda essenzialmente le dermatosi, le allergie e alcuni Ctd.

Riferimenti bibliografici

Dguv statistics 2011 – Figures and long-term trends, altre statistiche Dguv.

<http://www.dguv.de/medien/inhalt/zahlen/documents/dguvstatistiken2011e.pdf>.

Per le statistiche di patologia vedi anche: <http://www.dguv.de/de/Zahlen-und-Fakten/BK-Geschehen/index-2.jsp>.

Per la popolazione assicurata, vedi anche Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2011, pagina 11 tabella 2 e 3 (in tedesco).

ALLEGATO 3:
STATISTICHE DANIMARCA

Tabella 2 - Popolazione assicurata, domande di riconoscimento e casi riconosciuti (2011)

Popolazione assicurata: 2.675.095	Domande di riconoscimento	Casi riconosciuti
Totale Mp	18.230	3.994
Ipoacusie	2.183	877
Dermatosi	2.660	1.389
Ctd in senso stretto	5.419	664
Lombalgie	1.604	217
Tumori	612	162
– di cui tumori polmone/amianto	nr	nr
– di cui tumori laringe/amianto	1	nr
– di cui mesoteliomi	62	62
Asbestosi	56	21

Nota

Ricordiamo che in Danimarca, i casi di malattia professionale denunciati sono suscettibili di essere riconosciuti unicamente se determinano una incapacità permanente, cioè un pregiudizio fisiologico o/e una perdita di capacità di guadagno. Ciò vuol dire che i casi in cui vengono riconosciuti solo delle indennità giornaliere (versate dall'assicurazione malattia a titolo di incapacità solamente temporanea) o delle cure non specifiche, non sono contabilizzate nelle statistiche di riconoscimento dell'Ask.

Riferimenti bibliografici

Casi denunciati in base alla diagnosi iniziale:

<http://www.ask.dk/da/Statistik/Erhvervssygdomme-fordelt-pAadiagnoser/-/media/Ask/pdf/statistik/erhvervssygdomme%20diagnoser/Erhvervssygdomme%20fordelt%20p%20diagnose%2020072011tabel1pdf.ashx>.

Casi riconosciuti nel 2011 in base alla diagnosi finale:

<http://www.ask.dk/da/Statistik/Erhvervssygdomme-fordelt-pAadiagnoser/-/media/Ask/pdf/statistik/erhvervssygdomme%20diagnoser/Erhvervssygdomme%20fordelt%20p%20diagnose%2020072011tabel3pdf.ashx>.

Vedi egualmente

<http://www.ask.dk/da/Statistik/Arbejdsskadestatistik/-/media/Ask/pdf/statistik/Statistik%202011/Arbejdsskadestatistik2011endelig2011beskpdf.ashx> (in danese).

<http://www.ask.dk/da/Statistik/Arbejdsskadestatistik/-/media/Ask/pdf/statistik/Statistik%202011/arbejdsskadestatistikpixiudgaveendeligpdf.ashx> (in danese).

ALLEGATO 4:
STATISTICHE ITALIA

Tabella 3 - Popolazione assicurata, domande di riconoscimento e casi riconosciuti (2011)

Popolazione assicurata (industria e servizi) 17.294.329	Domande di riconoscimento	Casi riconosciuti
Totale Mp	38.101	14.837
Ipoacusie	5.044 (di cui 2.305 fuori lista)	2.317 (di cui 404 fuori lista)
Dermatosi	519 (di cui 210 fuori lista)	260 (di cui 33 fuori lista)
Ctd in senso stretto	15.398 (di cui 7.509 fuori lista)	6.771 (di cui 1.034 fuori lista)
Lombalgie	8.494 (di cui 5.501 fuori lista)	3.003 (di cui 1.126 fuori lista)
Tumori	2.272 (di cui 993 fuori lista)	908 (di cui 87 fuori lista)
– di cui tumori del polmone/ laringe da amianto	275 (stima)	nr
– di cui mesoteliomi	626 (stima)	nr
Asbestosi e placche pleuriche	528	226
Sistema complementare	895	597

Nota

Da rilevare che le statistiche italiane relative alle malattie professionali sono presentate in funzione dell'anno di denuncia (2011) e dell'evoluzione di questi stessi casi denunciati, quale che sia l'anno di decisione.

Riferimenti bibliografici

http://www.inail.it/internet/salastampa/SalastampaContent/NumerieStatistiche/archivio-RapportiAnnualiNazionale/p/DettaglioRapportiAnnuali/index.html?wlpnewPage_contentDataFile=UCM_TEST149361&_windowLabel=newPage.

Vedi anche Banca Dati statistica

ALLEGATO 5:
STATISTICHE FRANCIA

Tabella 4 - Popolazione assicurata, denunce e casi riconosciuti (2011)

Popolazione assicurata (regime generale) 18.492.444	Decisioni di riconoscimento assunte	Casi riconosciuti
Totale Mp	114.531	78.805
Ipoacusie	2.474	1.046
Dermatosi	1.051	762
Ctd + lombalgie		
– di cui Ctd in senso stretto	82.276	65.724
– di cui lombalgie	8.772	4.028
Tumori	2.536	2.050

Nota

Per numero di denunce si deve intendere il numero di decisioni di riconoscimento assunte nell'anno 2011, positive e negative. Le «false» respinte dovute all'assenza del certificato medico allegato alla domanda di riconoscimento non sono così state prese in considerazione nel calcolo.

ALLEGATO 6:
STATISTICHE SPAGNA

Tabella 5 - Popolazione assicurata, casi riconosciuti, analisi per sistema di registrazione (2011)

Popolazione assicurata*	Casi riconosciuti	Analisi per sistema di registrazione 2011
15.756.800		
Totale Mp	30.262	19.195 Cepross (di cui 1.273 lesioni permanenti non invalidanti)
Ipoacusie	2.067	1.588 Cepross + 509 (stima lesioni permanenti non invalidanti)
Dermatosi	1.064	985 Cepross + 619 Panotratss
Ctd + lombalgie	20.296	
– di cui Ctd in senso stretto	16.297	12.632 Cepross + circa 130 lesioni permanenti non invalidanti + 3.535 Panotratss
– di cui lombalgie	3.999	Panotratss
Tumori	73 (di cui 63 da amianto)	Cepross
Asbestosi e placche pleuriche	91	Cepross
Silicosi	296	Cepross

*La popolazione assicurata nel 2011 è stata calcolata a partire dal tasso di incidenza riportato a pagina 3 della fonte statistica «Informe 2011».

Nota

I dati relativi alle domande di riconoscimento non sono disponibili.

Nelle statistiche per patologia, i dati provenienti da Cepross non comprendono gli eventuali casi di lesioni permanenti non invalidanti (1.273 casi su 19.195 Cepross), non ripartiti per malattia, ma ricompresi nel numero totale delle malattie professionali.

Riferimenti bibliografici

Rapport (informe) 2011: http://www.seguridadysalud.ibermutuamur.es/IMG/pdf/2011_1.pdf

CEPROSS.

http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Observatorio_de_las_Enfermedades_Profesionales/cepross2k11/index.htm.

PANOTRATSS

http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Observatorio_de_las_Enfermedades_Profesionales/panotratss2k11/index.htm.

Nota

I dati relativi alle domande di riconoscimento non sono disponibili.

Nelle statistiche per patologia, i dati prodotti da Cepross non ricomprendono gli eventuali casi di lesioni permanenti non invalidanti (1.273 casi su 19.195 Cepross), non ventilés par maladie mais inclus dans le nombre total de maladies professionnelles.

Riferimenti bibliografici

Rapporto (informe) 2011: http://www.seguridadysalud.ibermutuamur.es/IMG/pdf/2011_1.pdf

CEPROSS.

http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Observatorio_de_las_Enfermedades_Profesionales/cepross2k11/index.htm.

PANOTRATSS

http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Observatorio_de_las_Enfermedades_Profesionales/panotratss2k11/index.htm.

Traduzione dal francese condotta con l'autorizzazione di Eurogip

