



Notiziario

NotiziarioINCAonline
N.5-6 / 2016

**Tutela dei danni alla salute
negli ambienti di lavoro**

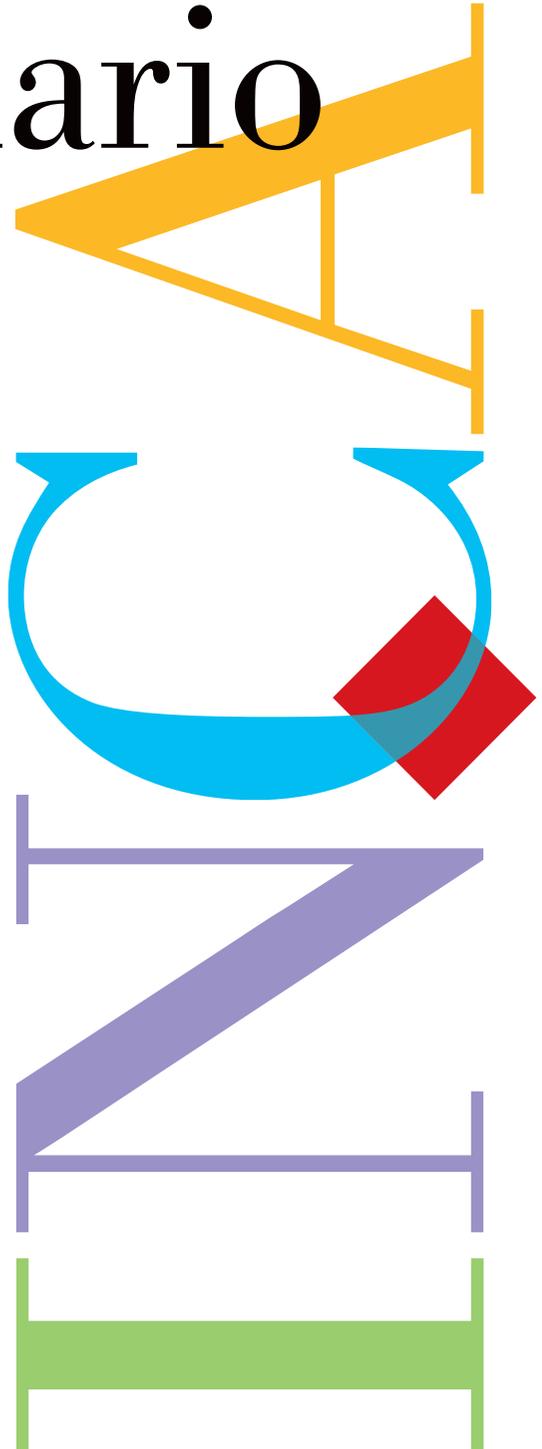
**Funzione e ruolo
del Documento
di valutazione dei rischi**

**Come far valere il danno
differenziale nelle denunce
di infortuni e malattie
professionali**

**ATTI CONVEGNO
BOLOGNA 30-31 MAGGIO 2016**



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

OTTOBRE 2016

Sommario

- **Malattie professionali:
Inca per l'accessibilità piena alla tutela**
di Silvino Candeloro 5
- **Prima parte
Funzione e ruolo del Documento di Valutazione dei Rischi**

Le incongruenze del Documento di Valutazione dei Rischi
di Tiziana Tramontano 11

Il Dvr: specchio della realtà o edulcorazione della stessa?
di Anna Maria Righi 15

**Dalla valutazione di tutti i rischi alla individuazione
dei pericoli per la salute: procedure e modalità**
di Marco Bottazzi 25

**La corretta redazione del Dvr:
tanto valido strumento di prevenzione primaria aziendale
quanto inefficace espediente di valutazione tecnopatica**
di Franco Martire 51

La disfunzione del Dvr in ambito Previdenziale
di Giovanni Sicuranza 63

■ **Seconda parte**

Come far valere il danno differenziale nelle denunce di infortuni e malattie professionali

Introduzione

di Alessandra Ambrosco

83

Danno differenziale, organizzazione e procedure

di Anna Maria Bilato

85

Il danno differenziale: dalle denunce di infortuni e malattie professionali all'esperienza di una buona pratica

di Giancarlo Moro

89

Problematiche medico-legali della valutazione del danno differenziale

di Antonio Regazzo

97

Malattie professionali: Inca per l'accessibilità piena alla tutela

■ di Silvano Candeloro*

Ho sempre avuto l'ambizione di pensare non soltanto all'attualità di una condizione, ma anche a quella che può essere una prospettiva dal punto di vista dei diritti e delle tutele alle quali le persone ci chiamano a responsabilità.

È dentro questo perimetro che abbiamo avviato in questo Coordinamento una seria e approfondita discussione che investe i temi del Documento di Valutazione dei Rischi e quello della tutela del danno differenziale, partendo da una considerazione generale sulle denunce delle malattie professionali in Italia, ancora fortemente sottostimate.

Nel nostro paese, ogni 100 mila lavoratori, si avviano soltanto 200 denunce; in Francia e in Danimarca, invece, il rapporto è di 600 ogni 100.000. Questo sta a significare che c'è una generalizzata tendenza alla sottostima, considerando i numeri nudi e crudi registrati anche nel resto d'Europa, ma nel nostro paese si può addirittura parlare di una tendenza al misconoscimento del fenomeno.

Le numerose indagini avviate dall'Inca ci

mostrano realtà lavorative dove le denunce si possono contare sulle dita di una mano; eppure sappiamo, purtroppo, che le condizioni di lavoro sono tutt'altro che salubri. I ritmi produttivi incalzanti, accompagnati da crisi di settore che mettono in ginocchio intere filiere, mostrano una realtà complessa, dove agli avanzamenti tecnologici si aggiungono incognite sulla salute che gli studiosi ripetutamente nei loro rapporti ci segnalano.

Nel nostro paese poco si fa per indagare: la sorveglianza sanitaria sui lavoratori si fa pochissimo, nell'ottica del risparmio ed è spesso accompagnata da scarsi elementi conoscitivi di ciò che succede nei luoghi di lavoro, fatti salvi i casi in cui, come a Taranto, piuttosto che all'arsenale di La Spezia, episodi gravi portano alla ribalta il conflitto tra diritto alla salute e al lavoro.

In questo contesto, verificiamo le incongruenze del Documento di Valutazione dei Rischi e lo scarso riconoscimento dell'origine lavorativa delle malattie con il conseguente restringimento delle tutele, cui giunge troppo spesso l'Inail, basandosi esclusiva-

* Collegio di Presidenza dell'Inca Cgil

mente nelle sue risposte di diniego su documentazioni ben lontane dalla realtà produttiva del paese.

Questo stato di cose ci interroga sul nostro ruolo di tutela individuale e su quello che dovrebbe essere svolto dalle categorie sindacali dei lavoratori attivi.

La disomogeneità dei risultati nella capacità di salvaguardare diritti e tutele dei lavoratori e lavoratrici, dimostra in tutta evidenza il nostro grande limite che dobbiamo cercare di superare, insieme alle categorie, se vogliamo continuare a svolgere un lavoro di prevenzione, sorveglianza e tutela per i lavoratori e le lavoratrici.

A fronte di tutto ciò, dobbiamo imprimere una svolta per modificare l'orientamento dell'Istituto assicuratore che tende a «risparmiare», opponendo una resistenza alle richieste di riconoscimento dell'origine lavorativa delle malattie, ma contestualmente dobbiamo riuscire a ridimensionare, ad esempio, il valore dei contenuti del Documento di Valutazione dei Rischi, sulla base dei quali spesso viene sancito l'accoglimento o il respingimento di una domanda. Dobbiamo riuscire a dimostrare che quei documenti non possono avere un valore probatorio universale, perché sono redatti dalle aziende, che hanno tutto l'interesse di tracciare un quadro di assicurazione e dunque edulcorato delle condizioni di lavoro reali. Per farlo abbiamo bisogno di un maggiore coinvolgimento dei **Rappresentanti alla Sicurezza** dei lavoratori che, proprio per la loro funzione, sono in grado di fornirci tutte le informazioni utili per conoscere meglio come si lavora nelle aziende, superando le in-

congruenze contenute nel Documento di Valutazione dei Rischi.

In questo confronto non può mancare la figura del medico competente, «figura necessaria in quelle aziende nelle quali si svolgono mansioni che espongono ad un rischio di malattia professionale», cui è delegata l'attività di sorveglianza sanitaria e dunque anche la segnalazione di eventuali condizioni di rischio per i lavoratori e per le lavoratrici. Per fare solo un esempio, recentemente, in un'azienda di alcune migliaia di dipendenti, abbiamo verificato la presenza di diverse centinaia di persone dichiarate inidonee alla mansione. Eppure non è stato preso alcun provvedimento.

Dunque c'è bisogno di tutti gli attori, che concorrono, ciascuno secondo le proprie competenze, per superare gli ostacoli, ma per farlo c'è bisogno anche di approfondire alcune iniziative che investono la formazione e l'informazione degli Rls. Due temi che non possiamo lasciare o appaltare a chiunque perché ha delle ripercussioni. Formare un Rls o un lavoratore, secondo le disposizioni aziendali ha un significato, formarlo per rendere le tutele individuali effettivamente esigibili universalmente, come vorremmo noi, ne ha un altro.

Questo implica anche l'utilizzo di risorse se disponibili dall'Inail, alle quali hanno attinguto soprattutto i datori di lavoro. Per l'Inca, non aver partecipato a questo tipo di iniziative è stato un limite. Anche se non sarà semplice, dobbiamo attivarci in questa direzione facendoci promotori di progetti a livello regionale e nazionale con l'Inail e con i datori di lavoro per fare formazione e in-

formazione tra i lavoratori e i loro Rappresentanti alla sicurezza. Possiamo riuscirci potendo contare anche sulle competenze e sulle professionalità dell'Inca presenti nei territori.

Nei rapporti con l'Inail abbiamo pensato di realizzare sostanzialmente due obiettivi: il primo, di elaborare un orientamento comune su come si gestisce tutta la partita delle malattie professionali (documentazione, procedure certificati). Il secondo, riguarda la possibilità di avere un osservatorio che consenta il monitoraggio dell'andamento delle denunce e delle respinte, avanzando noi una proposta all'Istituto.

Queste due ragioni, insieme alle tante iniziative che saremo in grado di mettere in

campo con le categorie sindacali, ci consentiranno di segnare un profilo alto della nostra attività di tutela che investe anche il danno differenziale, sul quale vogliamo formulare una proposta nazionale in grado di sviluppare di più e meglio la nostra capacità di intercettare i bisogni e promuovere diritti e tutele vecchi e nuovi, dei lavoratori e delle lavoratrici.

Dobbiamo farlo nella consapevolezza che tutto questo contribuirà ad influenzare anche l'iniziativa legislativa in materia di malattie e infortuni professionali, supporto indispensabile per impedire l'affermarsi di un conflitto odioso tra il diritto ad un lavoro dignitoso e il diritto alla salute.

PRIMA PARTE

**FUNZIONE E RUOLO DEL
DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI**



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

Le incongruenze del Documento di Valutazione dei Rischi

■ di Tiziana Tramontano*

Non è la prima volta che affrontiamo nel Coordinamento danni da lavoro le problematiche relative al Documento di Valutazione del Rischio. Abbiamo sentito l'esigenza di riproporre l'argomento perché le criticità, più volte evidenziate, sono tutt'altro che risolte.

Già nel 2013, in occasione di un precedente incontro del Coordinamento, che aveva all'ordine del giorno le malattie professionali e la presunzione legale del rischio, avevamo avuto modo di denunciare la tendenza, di molte sedi territoriali dell'Inail, ad attribuire al Documento di Valutazione dei Rischi un valore probatorio decisivo, al fine di escludere un rischio lavorativo, tabellato o meno e, quindi, giustificare il conseguente mancato riconoscimento di una malattia professionale da noi denunciata.

Oggi vogliamo riflettere, con i diversi protagonisti su quali strumenti agire per modificare una situazione che sta diventando insostenibile. Ai diversi relatori abbiamo infatti chiesto di andare oltre l'analisi delle problematiche del tema scelto e provare,

attraverso l'esperienza di ognuno, a ragionare sulla possibile diffusione di buone pratiche, già sperimentate in alcuni nostri uffici e su altre iniziative possibili da intraprendere da subito.

Sono ormai numerosi, infatti, i casi in cui i lavoratori e le lavoratrici, superato il timore di denunciare una patologia da lavoro, indotto soprattutto dalla paura di perdere il posto di lavoro, si vedono rifiutare il riconoscimento da parte dell'Inail, con motivazioni non sempre chiare, che impedisce loro di fatto l'accesso a qualsiasi tutela, anche di fronte alla sussistenza dei presupposti legislativi. Le risposte dell'Inail le conosciamo fin troppo bene: «Manca la documentazione», «Rischio non idoneo», «Assenza di rischio», sono le affermazioni maggiormente utilizzate per giustificare un diniego, anche nei casi di patologie muscolo-scheletriche. Aprire un contenzioso di massa non è certamente la scelta prioritaria da fare, perché oltre ad essere onerosa, rischia di ritardare notevolmente le risposte, soprattutto in considerazione del fatto che il decorso di una

* Membro del dipartimento Salute e sicurezza sul lavoro della Cgil di Modena

malattia non coincide con i tempi della giustizia. Inoltre, un'azione legale massiva non cambierebbe necessariamente l'atteggiamento dell'Inail, tanto meno l'incoerenza delle sedi che ricorrono a queste giustificazioni. Siamo invece consapevoli che ben altre iniziative possono determinare i cambiamenti necessari per rendere più certi i diritti dei nostri assistiti e più omogeneo il comportamento dell'Istituto nelle sue sedi decentrate.

Non è neanche più il tempo di chiedere all'Inail di emanare istruzioni alle sedi per cambiare atteggiamento. Questa strada è stata già percorsa. Sin dal 2003, la stessa Direzione dell'Istituto, a seguito anche delle sollecitazioni dei Patronati del Ce.Pa. (Acli, Inca, Inas e Ital), ha fornito istruzioni procedurali per l'istruttoria delle denunce di malattie professionali per cercare di rendere più omogenee le decisioni delle sedi territoriali. Nel 2006, nella circolare sui «criteri da seguire per l'accertamento della origine professionale della malattia», l'Inail richiamava fondamentali principi in tema di esposizione a rischio e nesso di causalità; infine, nel 2013, sempre su sollecitazione dei Patronati, ulteriori istruzioni sono state fornite alle sedi per inquadrare meglio la documentazione necessaria nella fase istruttoria delle pratiche di malattie professionali. Fa da corollario lo stesso Protocollo Inail-Patronati, del 2012 che, nel riaffermare la reciproca collaborazione, impegna l'Istituto a fornire adeguato sostegno nella dimostrazione della natura occupazionale della patologia denunciata, nonché a mettere a disposizione tutti gli elementi utili per la verifica

dei rischi e della relativa esposizione presenti nell'ambiente lavorativo.

Nonostante questa rappresentazione dimostri come le sedi Inail abbiano tutti gli strumenti e gli elementi per esaminare in modo corretto le segnalazioni delle malattie professionali, dobbiamo constatare, ormai da molto tempo, una forte discrasia tra il dire e il fare, che determina grandi difficoltà nella nostra attività di tutela e nel conseguente rapporto con le sedi territoriali dell'Istituto. Che fare?

Molto interessante per dare prime risposte è, ad esempio, la comunicazione di Anna Maria Righi che dimostra come, lavorando con gli Rls, è stato possibile in alcuni casi confutare il Documento di Valutazione dei Rischi elaborato dal datore di lavoro, rendendolo veramente rappresentativo della realtà ambientale; e questa importante esperienza ha determinato un aumento del riconoscimento di patologie denunciate dall'Inca, per le quali, inizialmente, era stato emesso un «provvedimento negativo» da parte dell'Istituto assicuratore.

Come Ce.Pa. abbiamo già l'impegno dell'Inail di riprendere, a breve, i tavoli tecnici di confronto sulle malattie professionali. L'invito dell'Istituto è quello di esaminare i casi concreti. Un confronto al quale non vogliamo sottrarci e al quale andiamo preparati grazie alle centinaia di segnalazioni che ci sono pervenute dalle nostre strutture: tutti casi di malattie professionali chiusi «negativamente».

Quel che è certo però è che, per quanto ci riguarda, l'obiettivo non è e non sarà la semplice risoluzione delle singole pratiche. I ca-

si sono solo esemplificativi di una situazione che va oltre il comportamento del singolo medico o della singola sede Inail. È invece necessario concordare, per quanto possibile, una nuova strategia di intervento che risolva a monte la situazione generale.

Una ipotesi di lavoro, su cui stiamo ragionando, è l'elaborazione di linee guida per l'istruttoria delle pratiche di malattie professionali, da costruire insieme all'Inail, monitorando, soprattutto, il comportamento delle sedi territoriali dell'Istituto assicuratore e del Patronato. Non possiamo escludere, infatti, che possano ancora esserci alcune situazioni in cui il nostro Patronato presenta in modo non idoneo le segnalazioni di patologie professionali, sia sotto il profilo dell'anamnesi sia in merito alla relativa documentazione sanitaria. Un costante monitoraggio potrebbe aiutare a determinare alcuni cambiamenti.

In questa giornata, inoltre, abbiamo ritenuto importante fare il punto dell'orientamento giurisprudenziale relativo al riconoscimento delle malattie professionali. Allo stato attuale, come ci ricordano i nostri legali, sappiamo che la Cassazione esprime orientamenti opinabili: per esempio, non riconosce l'origine lavorativa di un carcinoma vescicale ad un verniciatore, motivando la decisione con la mancanza di prove certe

circa la presenza di amine aromatiche nella composizione dei prodotti utilizzati in azienda, mentre considera come malattia da lavoro una patologia respiratoria per fumo passivo di un impiegato comunale, oppure un tumore cerebrale di un dirigente provocato dall'uso continuo del telefono cellulare.

Vorrei concludere con una considerazione generale anche sul nostro comportamento. Salvo rare eccezioni, da tempo non attiviamo più azioni giudiziarie contro i provvedimenti di diniego dell'Inail; si inoltra il ricorso, si partecipa alle collegiali che, spesso si chiudono con un giudizio «discorde», ma poi ci si ferma. Forse anche questa consuetudine merita uno spazio nella nostra riflessione. Mi permetto di ricordare che anni fa (erano certamente altri tempi!) se ci fossimo fermati alle disposizioni vigenti allora e non avessimo avuto la tenacia di arrivare fino alla Corte Costituzionale, oggi ancora ragioneremmo sul riconoscimento delle sole patologie inserite nelle tabelle.

Molti saranno i punti di vista a confronto in questa giornata, dei medici legali e legali dell'Inca, degli operatori, dei medici competenti e dello Spisal, dell'Inail, che certamente contribuiranno a delineare le iniziative da intraprendere per tutelare chi ancora si ammala a causa del lavoro.

Il Dvr: specchio della realtà o edulcorazione della stessa?

■ di Anna Maria Righi*

Possiamo ragionevolmente ritenere che quanto affermano i Documenti di Valutazione dei Rischi (Dvr), redatti dalle aziende a norma di legge, rappresentino uno specchio fedele della realtà? L'esperienza modenese ci dice di no! A Modena iniziammo nel lontano 1993 a mettere in discussione i Dvr. All'epoca vigeva infatti il D.lgs. 277/91 che disciplinava esclusivamente fattori di rischio piombo, amianto e rumore. Per questi tre rischi era previsto che il datore di lavoro redigesse un Dvr nel quale fossero riportate le risultanze delle misurazioni di ciascuno di questi tre inquinanti per valutarne la capacità lesiva o, per dirla in altri termini, per valutarne la loro «magnitudo», ossia la loro capacità di indurre danni alla salute dei lavoratori.

Ovviamente, la magnitudo del fattore di rischio (piombo, amianto o rumore che fosse) risultava tanto maggiore quanto più elevata era la quantità di sostanza/rumore rilevata/o nell'ambiente di lavoro durante le misurazioni effettuate dai datori di lavoro. Un esempio: 110 decibel (dBA) sono assai

più autolesivi di 82 decibel: pertanto, la magnitudo del rischio relativa ai 110 decibel è assai maggiore della magnitudo di 82 decibel.

Nel lontano 1993/94, l'Inca ricevette alcuni lavoratori con la capacità uditiva seriamente compromessa; sul documento di valutazione del rischio prodotto dalla loro azienda, il rumore rilevato non era in nessun caso elevatissimo. Tuttavia, interpellando i lavoratori, ci accorgemmo che il tempo di loro permanenza a contatto con fonti rumorose (tempo dichiarato all'operatore Inca durante la stesura dell'anamnesi lavorativa) non coincideva quasi mai con il tempo dichiarato dalla ditta sul Dvr.

La fonte di rumorosità era stata sicuramente ben misurata, ma il datore di lavoro dell'assistito spesso aveva dichiarato un minor tempo di permanenza del lavoratore al rumore facendo così risultare più modesto il valore di rumore da questi assorbito quotidianamente. Non è pertanto necessario falsificare i rilievi strumentali per far risultare minore il rumore a cui è esposto il lavorato-

* Membro del dipartimento Salute e sicurezza sul lavoro della Cgil di Modena

re; è sufficiente dichiarare un minor tempo di esposizione al rumore per ottenere lo stesso risultato in quanto la normativa chiede al datore di lavoro di indicare sul Dvr la media giornaliera del rumore assorbitile dai prestatori d'opera in ogni postazione lavorativa: minore tempo di esposizione equivale pertanto ad un minor livello medio di assorbimento giornaliero di rumore.

Giunsero alla nostra attenzione anche alcuni casi di persone otolese la cui mansione sul Dvr risultava in parte diversa da quella reale col risultato che essi parevano essere stati esposti ad una rumorosità inferiore rispetto a quella reale. Il sig. Michele lavorava in una officina meccanica. La sua postazione lavorativa era così classificata sul Dvr: «Ufficio del reparto con ferrovia in movimento». Come si evince dallo stralcio del Dvr riportato nella figura 1 un operatore addetto permanentemente in quella postazione era esposto ad una rumorosità giornaliera (media giornaliera ponderata sulle 8 ore) di 66,2 decibel, rumore tutto sommato modesto in quanto pur essendo allocato in officina l'operatore stazionava all'interno di un box chiuso.

A nostra domanda, se corrispondesse a verità che egli stazionava 8 ore in quella postazione, egli ci rispose che in realtà lui stazionava nel box per pochissimo tempo durante la giornata, mentre il resto del tempo lo trascorrevva in officina per ispezionare tutti i macchinari o addirittura trasferendosi in una sede secondaria della ditta. A quel punto scrivemmo una lettera all'azienda invitandola a ricalcolare il valore della media giornaliera di rumore a cui era esposto il sig. Michele (figura 2) tenendo conto degli spo-

stamenti sulle varie postazioni effettuati dal lavoratore.

Nel giro di breve tempo ci giunse la risposta della ditta contenente il valore corretto dei decibel a cui era esposto il sig. Michele tenuto conto dei vari spostamenti quotidiani che egli effettuava. Il valore di 66,2 decibel giornalieri era passato, apportando gli opportuni correttivi, a 83,4 decibel. L'Inail a quel punto riconobbe l'eziologia professionale della ipoacusia di cui soffriva il sig. Michele.

Il sig. Gino invece lavorava in una stalla ed era addetto all'accoppiamento dei suini. In tale postazione subiva una rumorosità di circa 90 decibel. Permaneva in questa postazione per svariate ore; eppure dal Dvr aziendale la mansione del sig. Gino risultava tale da esporre i lavoratori ad una rumorosità intorno agli 80 decibel. In effetti, scoprimmo che il rumore non era stato misurato nel momento dell'accoppiamento degli animali, ma in un momento diverso quando essi erano più tranquilli. In questo caso, invitammo il datore di lavoro a misurare nuovamente la rumorosità includendo anche campionamenti del rumore effettuati nel momento dell'accoppiamento degli animali (figura 3). La nuova misurazione del rumore sortì un Lep – (livello di esposizione media giornaliera al rumore) di 91 decibel. Il caso fu riconosciuto dall'Inail.

Un ennesimo caso riguardò un'ernia discale, verosimilmente originata dalle vibrazioni trasmesse dai mezzi meccanici da cui era stato colpito il sig. Walter. Il Dvr aziendale riferiva un valore di vibrazioni non idoneo a determinare una patologia al rachide. L'Inail

respinse il caso. Tuttavia, in sede di ricorso scoprimmo che vi era una evidente contraddizione tra quanto dichiarato nel Dvr rispetto a quanto dichiarato sul questionario Inail inviato dall'Istituto all'azienda e compilato in modo diligente dalle segretarie amministrative dell'azienda. Il tempo di permanenza sui mezzi meccanici dichiarato sul questionario Inail era sensibilmente superiore a quello dichiarato nel Dvr. Inoltre, dal questionario Inail risultava che il sig. Walter usava almeno tre mezzi meccanici mentre il Dvr riportava l'utilizzo di un solo mezzo meccanico. Anche in questo caso si è proceduto a ricalcolare il valore corretto delle vibrazioni e il caso è stato accolto dall'Inail in quanto il livello di vibrazioni a cui era esposto il sig. Walter, correttamente valutato, era maggiore del livello massimo ammesso dal D.lgs. 81/08 (figura 4).

Un ulteriore aiuto nella nostra attività investigativa, volta scoprire se i Dvr sono stati realizzati in modo corretto, ci può essere fornita dai Rappresentanti dei Lavoratori alla Sicurezza (Rls), figure sindacali che il legislatore ha inserito nella normativa a tutela della salute e dell'integrità psicofisica dei lavoratori e che, in virtù del ruolo conferito loro, hanno il diritto a visionare e in alcuni casi a ricevere copia di tutta la documentazione in tema di salute e sicurezza sul lavoro, Dvr compreso. In alcuni casi, può essere molto utile interpellare tali rappresentanti per far sì che essi mettano per iscritto dichiarazioni (memorie scritte) utili al riconoscimento del caso.

Di aiuto ci fu senz'altro la dichiarazione di una Rls che sottoscriveva una memoria ove

dichiarava che prima di un incendio avvenuto nella sua ditta, la pavimentazione su cui circolavano i carrelli elevatori era molto dissestata e sconnessa e che il Dvr inerente al rischio vibrazioni era stato redatto dalla ditta solo dopo aver sistemato e levigato il pavimento a seguito di incendio divampato in azienda. L'Inail, infatti, preso atto del Dvr prodotto dall'azienda aveva inizialmente respinto il caso ritenendo che le vibrazioni risultanti dal Dvr non fossero idonee a generare il danno al rachide denunciato dal nostro assistito.

Solo dopo la memoria scritta dal Rls, l'Istituto assicuratore ha dovuto riconoscere che l'entità delle vibrazioni era stata, in anni precedenti, maggiore di quanto dichiarato sul Dvr dalla ditta e, pertanto, ha riconosciuto la sussistenza del nesso di causa tra l'evento «ernia discale in carrellista» e le vibrazioni trasmesse al corpo intero. Un altro prezioso contributo fornito da un Rls è avvenuto a sostegno del riconoscimento di un caso di epicondilitite. Il Rls dichiarò infatti che il Dvr redatto dalla ditta e volto ad individuare l'eventuale presenza di sovraccarico per l'arto superiore era stato redatto solo di recente quando la ditta aveva già meccanizzato l'attività lavorativa che precedentemente era completamente manuale e che, a nostro avviso, era stata proprio quella che aveva cagionato l'epicondilitite.

Anche questo caso, in sede di ricorso, è stato accolto: infatti, un Dvr redatto nel 2013 e inviato da una ditta all'Inail, ancorché elaborato in modo corretto, come può dimostrare o meno l'eziologia lavorativa di una malattia professionale manifestatasi nel

2013, ma maturata in anni precedenti quando le condizioni di lavoro erano probabilmente peggiori? Questo fatto da solo dovrebbe indurre l'Istituto a richiedere i Dvr degli anni precedenti, ma non ci risulta che questo fatto avvenga sovente.

Non dimentichiamo, infine, che il datore di lavoro, prima di emanare la stesura definitiva del Dvr, dovrebbe corredarlo, pena un'ammenda da 2.192, a 4.384 euro, di un parere rilasciato dai Rls in ordine a quanto contenuto nel Dvr. Non ci risulta, tuttavia, che questa omissione sia spesso sanzionata dagli organi di vigilanza e pertanto è un obbligo al quale i datori di lavoro ottemperano assai raramente. Nella figura n. 6 si allega un parere redatto da un Rls. Sarebbe bene che invitassimo l'Istituto assicuratore a ri-

chiedere sempre alle ditte il verbale di consultazione del Rls dal quale potrebbero evincersi informazioni assai importanti per il nostro lavoro di tutela.

Per concludere: in Italia, la stesura del Dvr è perlopiù un adempimento prettamente burocratico che, talvolta, viene utilizzato dalle ditte più per dimostrare di essere in regola con le norme di sicurezza piuttosto che per effettuare un reale censimento dei rischi presenti e della loro entità. È pertanto uno strumento che se redatto senza l'apporto, anche in veste antagonistica, di altri interlocutori, Rls in primis, potrebbe a volte rappresentare la realtà sotto una veste piuttosto edulcorata. A noi dunque il compito di investigare con tutti i mezzi possibili, per portare alla luce la verità.

FIGURA 1

	fluttuante/stabile	8'	< 140	77.5	
	fluttuante	8'	< 140	79.4	
	collaudo pezzi				
	ferrovia in movimento	fluttuante	12'	< 140	88.3
	collaudo pezzi				
	con ferrovia ferma	fluttuante	12'	< 140	74.8
P7A	inizio linea 2 montaggio gru				
	con ferrovia in movimento	fluttuante	10'	< 140	82.5
P7B	fine linea 2 montaggio gru				
	con ferrovia in movimento	fluttuante	10'	< 140	81.3
P7A	inizio linea 2 montaggio gru				
	con ferrovia ferma	fluttuante	10'	< 140	74.0
P7B	fine linea 2 montaggio gru				
	con ferrovia ferma	fluttuante	10'	< 140	70.7
P8	ritocco verniciatura e applicaz. adesivi				
	con ferrovia in movimento	fluttuante	5'	< 140	79.8
P8A	ritocco verniciatura e applicaz. adesivi				
	con ferrovia ferma	fluttuante	5'	< 140	73.9
P9A	interno cabina verniciatura	fluttuante/stabile	10'	< 140	75.4
P9B	interno cabina verniciatura (soffiaggio)				
	fluttuante/stabile	10'	< 140	97.0	
P10	collaudo				
	con ferrovia in movimento	fluttuante	5'	< 140	81.5
P10	collaudo				
	con ferrovia ferma	fluttuante	5'	< 140	72.7
P11	ufficio del reparto				
	con ferrovia in movimento	stabile	4'	< 140	66.2
REPARTO RICEVIMENTO MERCI					
12	collaudo pezzi				
	12'collaudo pezzi	fluttuante	8'	< 140	71.2
	con uso pistola e frullino ad aria compressa				
	fluttuante	8'	< 140	85.6	
13	premontaggio distributori	fluttuante	8'	< 140	71.4
13	premontaggio distributori con pistola e frullino ad aria compressa				
	fluttuante	8'	< 140	83.5	
4	controllo materiali in arrivo	fluttuante/stabile	5'	< 140	72.8
5	reparto spedizioni	fluttuante/stabile	5'	< 140	72.6
5	zona ricambi	fluttuante/stabile	5'	< 140	71.2
REPARTO MONTAGGIO GRU					
	linea montaggio n.1				
	linea montaggio n.1	fluttuante	10'	< 140	67.4
	con uso pistola ad aria compr.				
	linea montaggio n.1	fluttuante	10'	< 140	98.8
	con uso frullino pneumatico	fluttuante	10'	< 140	86.0

Modena, 7 marzo 1995

Oggetto: Valutazione di rumorosità ai sensi del d.Lgs. 277/91

Prendiamo visione della misurazione della rumorosità ambientale da Voi effettuata in data ?.

A quanto riportato dalla ditta ANALISI TECHNAIR, che ha effettuato la misurazione, il Sig. _____ è incluso fra coloro che non sono esposti a più di 80 dBA e si trovano in una posizione stabile. (Pos. p11) per circa 6 ore giornaliere.

Ci risulta tuttavia che il Sig. _____ effettui diversi spostamenti giornalieri all'interno dello stabilimento, trovandosi anche a transitare o a fermarsi in posizioni assai rumorose per circa il 60% dell'orario di lavoro e non viceversa.

Inoltre il Sig. _____, si trova spesso a transitare anche in zona ricevimento merci e montaggio gru e saldatura; il che non risulta dalla relazione.

Abbiamo quindi motivo di ritenere che la misurazione relativa al Sig. _____ non sia stata effettuata seguendo quanto prescritto dal D. Lgs 277/91. In quanto non sono stati seguiti i vari movimenti effettuati dal Sig. _____, durante le 8 ore giornaliere o meglio durante un periodo di tempo campione che potesse essere assimilabile ai movimenti effettuati quotidianamente.

Siamo quindi a chiedere che venga ricalcolato (n.b. non rimisurato, bensì solo ricalcolato) il livello di esposizione di tale figura professionale, tale ricalcolo dovrà preceduta da una adeguata valutazione degli spostamenti effettuati quotidianamente.

Ai sensi del D.lgs. 277/91 chiediamo anche che la valutazione dei tempi e degli spostamenti quotidiani venga effettuata in presenza del Sig. _____ e di un membro delle RSU, del quale vi preghiamo di indicare il nome. In caso diverso non potremmo ritenere attendibile nemmeno il nuovo valore.

Vi consigliamo pertanto di contattare la Ditta che ha effettuato le misurazioni affinché provveda alla rettifica di detto valore.

In mancanza ci vedremo costretti a far intervenire il Servizio di Medicina Preventiva ed Igiene del Lavoro competente sul territorio. Restando in attesa, porgiamo cordiali saluti.

①

②

③

FIGURA 3

FLAI
FEDERAZIONE
LAVORATORI
DELL'AGROINDUSTRIA

Provincia di Modena

Modena, 7 settembre 1993

R.A.R.

c.a. A)
 Rc
 v.
 Ci

oggetto: Rapporto di valutazione sul rumore

Abbiamo preso visione della relazione tecnica di misurazione del rumore effettuata dal Centro Acustico Progettazione Ambientale in data 30/04/1992.

Il documento esaminato ci consente di formulare i seguenti rilievi:

in alcune postazioni la misurazione del rumore non e' stata effettuata nei momenti in cui si registrano i maggiori picchi di rumorosità; ci riferiamo in particolare agli addetti ai box animali.

Ci risulta che una delle operazioni piu' rumorose sia l'accoppiamento degli animali; essi infatti grugniscono producendo un rumore molto fastidioso.

Poiche' fonti attendibili stimano che la rumorosità prodotta dai maiali puo' raggiungere anche 100 decibel, siamo ad invitarla a voler effettuare nuovamente la misurazione del rumore durante l'operazione di accoppiamento, che fra l'altro dura diverse ore.

I valori presenti nella relazione non possono essere ritenuti attendibili se non si aggiornano con la nuova misurazione.

Siamo inoltre a ricordarle che ai sensi del decreto legislativo n. 277/91 art. 45, il datore di lavoro e' tenuto a far effettuare ai lavoratori esposti a più di 85 dBA una visita medica ed una audiometria biennale.

Il datore di lavoro e' inoltre tenuto a fornire mezzi di protezione per l'udito (art. 43).

In data odierna ci risulta che nessuna di queste due disposizioni sia stata adempiuta.

La invitiamo pertanto a provvedere quanto prima alla fornitura di cuffie o tappi e a prendere contatti con il Servizio di Medicina del Lavoro della Usl 16 di Modena per concordare un programma di visite mediche con effettuazione di audiometrie.

p. FLAI CGIL
 D' Anna Domenico

tel. 926136

p. Dip. Sicurezza s/lavoro
 Anna Maria Righi

tel. 326244



Ufficio Salute e Sicurezza su Lavoro

Oggetto: Note di tecnologia del lavoro in merito al caso Vxxxx Wxxxx

**Controdeduzioni relative alla reiezione da parte dell'Inail del caso Vxxxx Wxxxx
Ernia discale L4-L5, L5-S1 da verosimile esposizione a Wbv**

Dopo aver visionato i documenti agli atti si rilevano i seguenti elementi erronei:

- non corrisponde al vero l'asserzione che vorrebbe il Vxxxx esposto ad un valore (A8) equivalente a $0,29 \text{ m/s}^2$ (risultante dal Dvr);
- questo valore, misurato dalla ditta, non è chiaro a quali mansioni si riferisca;
- la ditta nell'ambito del Dvr dichiara che il Vxxxx utilizza l'autocarro circa 3 ore al giorno.

Ricevuto il Vxxxx e analizzati i dati contenuti nella pratica Inail (dopo aver effettuato l'accesso agli atti amministrativi Inail), si possono effettuare le seguenti considerazioni:

- 1) Non corrisponde al vero che il Vxxxx utilizza i mezzi vibranti solo 3 ore al giorno. Leggendo **attentamente** il questionario Inail compilato dal datore di lavoro si evince che il Vxxxx utilizza:
 - circa 3 ore/die l'escavatore cingolato Komatsu p.c. 180;
 - circa 2 ore al giorno minipala ruote Fai Komatsu Sk 0,75 e circa 2,5 ore autocarri vari.

Pertanto il valore di $0,29 \text{ m/s}^2$ dichiarato sul Dvr è sottostimato. A questo valore deve essere aggiunto il valore (A8) degli altri mezzi utilizzati, utilizzando la seguente formula:

$$A(8) = \sqrt{0,29^2 + (A8 \text{ escavatore } 3 \text{ ore al giorno})^2 + (A8 \text{ minipala a ruote } 2,5 \text{ ore giorno})^2}$$

Non è dato di sapere dal Dvr quali siano i valori A_w di escavatore e minipala pertanto non ci è possibile effettuare il conteggio. In ogni caso consultando la banca dati Ispesl si deduce che le minipala (miniruspe) raggiungono valori di A_w intorno ai $1,7/1,9 \text{ m/s}^2$ mentre gli escavatori si aggirano intorno ad una media di $0,7 \text{ m/s}^2$.

FIGURA 4 (SEGUE)

Con questi ipotetici valori e secondo la formula poco sopra ricordata il valore di vibrazioni W_{bv} al quale risulta esposto il V_{xxxx} nelle 8 ore è indicativamente il seguente:

$$\begin{aligned}
 A8 &= \sqrt{\{0,29^2 + \{(\sqrt{3}/8) \times 0,7\}^2 + \{(\sqrt{2},5/8) \times 1,9\}^2\}} = \\
 A8 &= \sqrt{(0,29^2 + 0,42^2 + 1,06^2)} = \\
 A8 &= \mathbf{1,16 \text{ m/s}^2}
 \end{aligned}$$

Trattasi di valore superiore al valore limite ammesso.

2) In passato (dal 2000 al 2004) egli ha utilizzato camion e mezzo d'opera doppio asse trainante con velocità limitata ai 40/60 km/h per carico asfalto, ghiaia, terra da cantieri; tale mezzo era utilizzato su terreni sconnessi e in media lo utilizzava 7/8 ore al giorno quando asfaltava.

Il valore (A8) di quel periodo non risulta rilevato e il lavoratore ha cominciato a manifestare i primi disturbi proprio nel 2005.

Trattasi inoltre di patologia tabellata ai sensi del Dm 9 aprile 2008 alla voce 77 M51.2.

23 Febbraio 2009

Ufficio Prevenzione Cgil Modena
A.M. Righi

**VERBALE DI CONSULTAZIONE DEL RLST
redatto ai sensi dell'art. 18, co. 1 lett. s) del D.Lgs. 81/08**

Io sottoscritto XXX YYY datore di lavoro della Ditta ZZZ, in data ho sottoposto al Rls in carica, JJJ AAA, ai fini della consultazione, i seguenti argomenti: «Aggiornamento Dvr aziendale».

Il Rls, dopo aver attentamente valutato tutte le questioni oggetto della consultazione, esprime, ai sensi dell'art. 18 comma 1, lettera s) del D.Lgs. 81/08, il seguente parere:

- 1) Manca il Dvr del 10 gennaio a cui si fa riferimento a p. 5.
- 2) In tutte le mansioni in cui si utilizzano mezzi meccanici sarebbe opportuno indicare le vibrazioni (Wbv) come un possibile rischio presente, mentre in tutte le mansioni in cui si utilizzano martelli demolitori o similari andrebbe indicato il rischio di vibrazioni Hav.
- 3) L'indicazione del rischio polvere, laddove così indicata, è molto generica trattandosi di polvere di materiali terrosi che come noto possono contenere silice cristallina (silicosi).
- 4) Laddove sono previsti lavori di sbancamento a mano o con pale e picconi o con l'ausilio di mezzi demolitori, dovrà essere incluso il rischio vibrazioni mano-braccio.
- 5) Laddove è prevista l'attività di utilizzo di badili e picconi andrà incluso anche il rischio di disturbi muscolo-scheletrici al sistema mano-braccio.
- 6) Non è indicato il rischio microclima ambientale dal quale occorrerebbe proteggersi: in inverno fornendo adeguati Dpi; in estate dando disposizioni di arrestare i lavori a rischio quando le temperature superano i 33° con una contestuale umidità elevata.
- 7) Nelle operazioni di saldatura termica non è indicato il rischio di campi elettromagnetici e di radiazioni ottiche.
- 8) A pagina 33 (rischio rumore) è menzionato ancora il D.Lgs. 271/91 attualmente soppresso e sostituito dal D.Lgs. 81/08 Titolo VIII.
- 9) Difficile ritenere attendibile la misurazione del rumore (80 dBA) poiché l'utilizzo (anche solo per una decina di minuti) del martello demolitore di solito fa sì che l'esposizione raggiunga livelli più elevati.
- 10) A pag. 71 non vengono menzionate le mascherine per la polvere fra i Dpi forniti, mentre in realtà per il rischio polvere viene segnalato come presente.

Data

Firma azienda (p. ricevuta)

.....

Firma Rls

.....

Dalla valutazione di tutti i rischi alla individuazione dei pericoli per la salute: procedure e modalità

■ di Marco Bottazzi*

Gli ultimi decenni sono stati caratterizzati da un cambiamento radicale dei tassi di incidenza e di prevalenza (cioè del profilo epidemiologico) delle malattie professionali, con il venir meno dei quadri più caratteristici e tradizionali e l'attenzione verso lo studio di malattie a minore specificità nosografica ma comunque correlate al lavoro (work related diseases). Tuttavia, come dimostrano i dati delle ricerche Eurostat, le malattie professionali classiche sono ancora presenti e, talora, con un numero di casi annui tendente all'aumento. Conferma di questa profonda modificazione dei rischi da lavoro la si può trarre anche dalla percezione che ne hanno i lavoratori. Diverse indagini condotte a livello europeo rilevano che i problemi psicosociali (stress nell'ambiente di lavoro), problemi ergonomici (movimentazione manuale di carichi e postura lavorativa) e fattori di rischio chimico (sostanze tossiche con particolare attenzione ai cancerogeni) sono le principali priorità per la ricerca futura in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Lo studio realizzato dalla Fondazione di Dublino, ha evidenziato che nei lavoratori è in deciso aumento la percezione di essere esposti a rischi associati all'organizzazione del lavoro e che tali rischi determinino delle conseguenze sul loro stato di salute.

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

I dati di quest'ultimo studio ci indicano che è in diminuzione la quota di lavoratori europei impiegati in settori tradizionali che richiedono fatica fisica come l'industria manifatturiera e l'agricoltura; tuttavia, l'indagine rileva che rischi fisici ancora persistono, con i seguenti risultati:

- ▶ la porzione di lavoratori che effettuano movimenti ripetuti con mani e braccia è

* Responsabile della consulenza medico-legale dell'Inca

umentata di quattro punti percentuali. Questo è il più comune rischio citato, con il 62% della popolazione lavorativa che riferisce di esservi esposta per un quarto o più dell'orario di lavoro;

- ▀ il 50% dei lavoratori denunciano di lavorare in posizioni dolorose o stancanti per almeno un quarto del tempo.

Gli uomini sono più esposti delle donne ad alcuni rischi: specialmente i giovani, più delle donne denunciano esposizioni più elevate ai rischi fisici tradizionali (come rumore e vibrazioni); circa il 15% degli uomini sono esposti per tutto o quasi il tempo di lavoro, in confronto al 5-7% delle donne. I rischi di tipo ergonomico (movimenti ripetuti con mani e braccia, posizioni dolorose o stancanti ecc.) tendono ad essere meno differenziati tra i due generi.

Altri rischi, invece, prevalgono tra le lavoratrici, specialmente nei settori dell'istruzione e della sanità. Per esempio, più del 5% delle donne afferma che il lavoro richiede loro regolarmente di sollevare o spostare persone, a confronto di poco più dell'1% degli uomini. I lavoratori manuali (tute blu) sono significativamente più esposti a quasi tutti i rischi fisici dei luoghi di lavoro a differenza dei colleghi «colletti bianchi»:

- 1) quasi il 20% delle tute blu devono spostare carichi pesanti per tutto il tempo o quasi, mentre questo capita a solo meno del 5% dei colletti bianchi. Differenze simili si riscontrano per l'esposizione al rumore;
- 2) la più alta esposizione a tutti i tipi di rischio (rumore, vibrazioni, movimenti ripetuti, posizioni disagiate, movimentazione ma-

nale di carichi pesanti, agenti chimici e biologici) si registra nel settore delle costruzioni, mentre la più bassa si registra nel settore dell'intermediazione finanziaria.

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

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

Il passaggio da malattie professionali «tipiche» a malattie «comuni» per le quali si prospetta la possibilità e/o la probabilità di origine professionale, comporta, oggi, un diverso e maggiore impegno in campo epidemiologico e un uso molto più attento dei dati derivanti dalla sorveglianza sanitaria dei lavoratori e di quelli dei sistemi aziendali di registrazione

degli esposti, per evidenziare la quota pertinente. Come pure è sempre più evidente la necessità di definire modalità di una più attenta e duratura osservazione clinica ed epidemiologica dei lavoratori esposti per evidenziare nuove patologie correlate a nuovi fattori di rischio e gli effetti delle esposizioni a basse dosi di tossico o di cancerogeno ecc.

Tutta la letteratura scientifica e fonti autorevoli come Eurogip, sono concordi nell'affermare che siamo in presenza di una sottostima delle malattie professionali; sottostima difficile da quantificare ma che riguarda tutte le patologie da lavoro anche se, certamente, sono maggiormente sottostimate quelle multifattoriali.

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

- ▶ 4 milioni di esposti a cancerogeni;
- ▶ 150.000 decessi annui per neoplasia;
- ▶ dal 4 al 10% attribuibili ad esposizione professionale;
- ▶ da 6.000 a 15.000 decessi annui attribuibili ad esposizione lavorativa.

Le esposizioni professionali sono responsabili, secondo lo studio di Firgerhut (2005) anche del:

- ▶ 13% delle malattie croniche ostruttive dell'apparato respiratorio;
- ▶ 11% dei casi di asma;
- ▶ 37% dei casi di lombalgia;
- ▶ 16% delle ipoacusie.

Nel 2005 l'Ilo ha stimato che la frazione attribuibile al lavoro sia dell'8,8% per le malattie trasmissibili, dell'8,4% per le neoplasie, del 4,1% per le malattie respiratorie, del 12,4% per le malattie cardiovascolari, del 3,4% per le affezioni neuropsichiatriche e dell'1,3% per le malattie dell'apparato urinario.

Per renderne appieno le dimensioni riassumiamo, in tabella, le conclusioni di un lavoro del 2002 del professor Alessio (tabella 1). Abbiamo già detto che la sottodenuncia delle malattie professionali è un tratto comune a tutti i Paesi europei, compreso il nostro Paese. È un fenomeno che rischia di diventare sempre più significativo, in particolare a fronte delle modificazioni del mercato del lavoro. La progressiva terziarizzazione fa emergere non soltanto nuove patologie legate al carico mentale del lavoro e allo stress, ma estende il diffondersi di patologie già «note» in settori, fino a ora immuni, a causa della accelerazione generalizzata dei ritmi di lavoro (flessibilità, prolungamento, intensità, diversificazione e precarietà del la-

TABELLA 1. IPOTESI DI FREQUENZA DI ALCUNE PATOLOGIE AD EZIOLOGIA OCCUPAZIONALE

Neoplasie	4% delle neoplasie nella popolazione adulta
Asma	15% di tutte le forme di asma nella popolazione adulta
Nefropatie	3,3% della popolazione lavorativa
Dermatiti occupazionali	30-42% di tutte le dermatosi nella popolazione adulta
Broncopneumopatie croniche-ostruttive	14,2-37,7% della popolazione lavorativa esposta a broncoirritanti

RISCHI PRESENTI NELLE AZIENDE DOVE IL MEDICO COMPETENTE SVOLGE LA PROPRIA ATTIVITÀ. DOMANDA A RISPOSTA MULTIPLA. PERCENTUALE DEI CASI

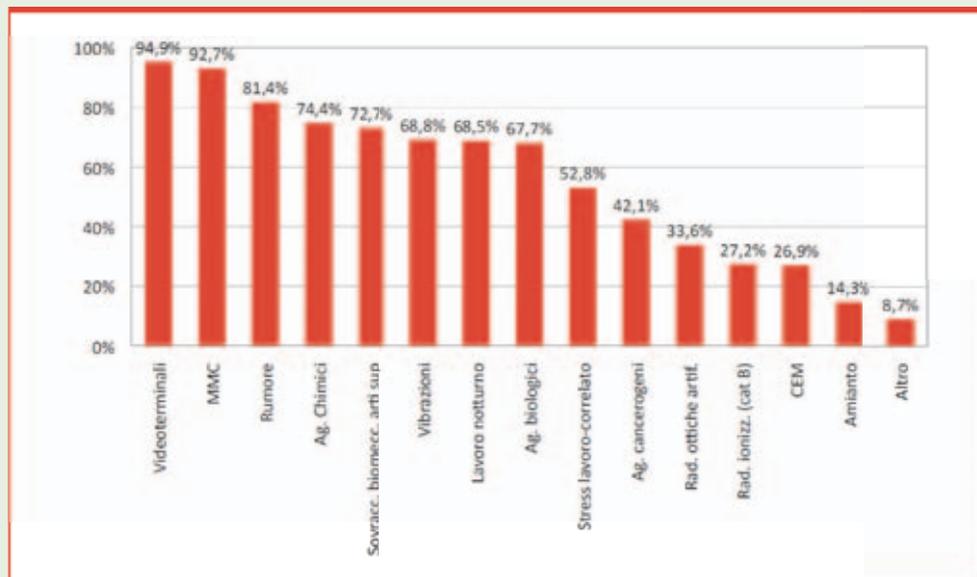


TABELLA 2. NUMERO DI LAVORATORI SOGGETTI A SORVEGLIANZA SANITARIA E SOTTOPOSTI PER RISCHIO LAVORATIVO E PER SESSO. ITALIA, 2013

	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria F	Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria M	Totale soggetti	Lavoratori sottoposti F	Lavoratori sottoposti M	Totale lavoratori sottoposti
Movimentazione manuale dei carichi	1.311.421	2.727.565	4.038.986	768.849	2.197.382	2.966.231
Sovraccarico biomeccanico arti superiori	478.901	915.468	1.394.369	353.738	794.019	1.147.757
Agenti chimici	488.201	1.428.384	1.916.585	332.784	1.187.664	1.520.448
Agenti cancerogeni e mutageni	21.744	101.998	123.742	15.906	86.688	102.594
Amianto	785	15.137	15.922	969	12.994	13.963
Silice libera cristallina	2.681	35.318	37.999	3.514	32.771	36.285
Agenti biologici	910.105	925.081	1.835.186	504.676	673.599	1.178.275
Videoterminali	1.469.113	1.474.629	2.943.742	532.211	564.966	1.097.177
Vibrazioni corpo intero	36.593	636.029	672.622	22.312	540.778	563.090
Vibrazioni mano braccio	47.030	738.621	785.651	38.354	656.067	694.421
Rumore	211.656	1.852.322	2.063.978	167.522	1.587.139	1.754.661
Radiazioni ottiche artificiali	23.553	119.561	143.114	11.448	98.505	109.953
Radiazioni ultraviolette naturali	9.712	105.405	115.117	8.675	99.998	108.673
Microclima severo	125.726	544.821	670.547	76.905	397.987	474.892
Infrasuoni	944	3.142	4.086	1.248	3.246	4.494
Ultrasuoni	3.027	3.721	6.748	1.790	2.769	4.559
Atmosfere iperbariche	813	2.084	2.897	1.117	2.374	3.491
Lavoro notturno > 80 gg l'anno	233.118	424.869	657.987	137.231	304.052	441.283
Altri rischi	1.020.842	2.136.414	3.157.256	548.863	1.539.856	2.088.719
Totale	6.395.965	14.190.569	20.586.534	3.528.112	10.782.854	14.310.966

vorò) e di una variazione della composizione della forza lavoro (quote crescenti di lavoratori anziani, di donne e di migranti).

Si tratta di malattie a genesi multifattoriale, per le quali si deve essere in grado di evidenziare la quota parte lavorativa rispetto a quella extra-lavorativa da patologia «comune», a cui i medici sono più portati a fare riferimento.

Il dato da cui occorre partire è certamente quello del confronto numerico fra casi di malattie professionali denunciate e riconosciute nei diversi Paesi europei; confronto che dimostra come il nostro Paese si collochi agli ultimi posti per entrambe le fattispecie. Il dato ha trovato ulteriore

conferma anche nella più recente indagine che Eurogip ha condotto per il Ministero francese (tabella 3).

Nel 2015, sono state 58.825 le denunce di malattia professionale, circa 1.500 in più rispetto al 2014 e in aumento di oltre il 33% rispetto al 2010. Queste denunce hanno riguardato circa 44 mila soggetti ammalati (tabella 4 nella p. successiva).

La causa professionale è stata riconosciuta nel 34,46% dei casi denunciati, con una riduzione dei riconoscimenti di oltre il 5% rispetto all'anno precedente e di circa il 10% rispetto al 2011 quando il tasso di riconoscimento fu del 44,35%, e questo punto del tasso di riconoscimenti sarà oggetto di una

TABELLA 3.

	NUOVI CASI DI MALATTIE PROFESSIONALI DENUNCIATI OGNI 100.000 LAVORATORI			NUOVI CASI DI MALATTIE PROFESSIONALI RICONOSCIUTI OGNI 100.000 LAVORATORI (PERCENTUALE DEI CASI ACCOLTI)		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000
Germania	192	235	211	35 (18,3 %)	66 (27,9 %)	49 (23,1 %)
Austria	151	133	103	78 (51,8 %)	52 (39,3 %)	42 (41,7 %)
Belgio	431	336	277	186 (43,2 %)	204 (60,9 %)	112 (40,5 %)
Danimarca	549	669	545	90 (16,4 %)	131 (19,6 %)	124 (22,8 %)
Finlandia	320	331	238	160 (50 %)	110 (33,1 %)	64 (27 %)
Francia	63	103	237	44 (70 %)	76 (73,8 %)	177 (75 %)
Grecia	-	5,3	4,5	-	4,7 (90 %)	3,5 (78,1 %)
Irlanda	4,4	6,4	7,5	2,3 (52 %)	5,5 (87 %)	3,3 (44 %)
Italia	354	211	160	93 (26,2 %)	39 (18,5 %)	33 (20 %)
Lussemburgo	113	49	82	8 (6,7 %)	15 (30,9 %)	14 (16,9 %)
Portogallo	-	57	55	-	42 (73,1 %)	27 (48,9 %)
Svezia	1.524	642	309	1.242 (81,5 %)	258 (41,3 %)	138 (45 %)

TABELLA 4. DENUNCE DI MALATTIE PROFESSIONALI PER GENERE E ANNO DI PROTOCOLLO

Genere	Anno di protocollo					
	2010	2011	2012	2013	2014	
Uomini	30.323 70,38%	33.097 69,96% 9,15%	32.509 70,24% -1,78%	36.809 71,02% 13,23%	40.654 70,84% 10,45%	
Femmine	12.759 29,62%	14.213 30,04% 11,40%	13.774 29,76% -3,09%	15.020 29,98% 9,05%	16.737 29,16% 11,43%	
Totale	43.082 100,00%	47.310 100,00% 9,81%	46.283 100,00% -2,17%	51.829 100,00% 11,98%	57.391 100,00% 10,73%	

disamina approfondita per tentare di definirne le cause ed i possibili correttivi.

Le patologie più diffuse sono state, ancora una volta, le malattie osteo-articolari e muscolo-tendinee, dovute prevalentemente a sovraccarico biomeccanico che hanno rappresentato il 64,22% delle denunce in aumento del 2% rispetto all'anno precedente e cresciute del 46% rispetto al 2011. Si tratta di un dato importante se lo leghiamo al tema delle modalità di riconoscimento assicurativo. Prosegue la costante diminuzione delle malattie cutanee, a confermare quanto queste patologie siano sottostimate e come sia complessa la diagnosi dell'origine professionale (tabella 5).

Particolare interesse assume la composizione regionale del numero di denunce, in quanto appare evidente come il loro numero non sia in correlazione con caratteristiche numeriche e alle tipologie produttive.

I dati rilevano, infatti, che al primo posto troviamo la Toscana con oltre 7.000 denunce e l'Emilia Romagna con oltre 6.700 denunce, seguite da Abruzzo (5.211), Sardegna (5.384) e dalle Marche (5.171); fra l'altro, queste due ultime regioni sono quelle che registrano un marcato aumento delle denunce rispetto all'anno precedente. Mentre contribuiscono con un numero limitato le regioni a maggiore concentrazione produttiva quali la Lombardia, con poco più di 3.400 denunce, il Veneto con poco più di 3.000 denunce ed il Piemonte con solo 2.200 casi denunciati (tabella 6 nella p. successiva).

Tendenza, questa, che si ritrova anche esaminando i dati relativi ai casi riconosciuti pur se si rilevano percentuali di riconoscimento molto diverse fra le singole regioni, dato, questo, che dovrà essere oggetto di approfondito e specifico confronto con l'Istituto assicuratore (tabella 7 nella p. successiva).

TABELLA 5. LAVORATORI CON MALATTIE PROFESSIONALI RICONOSCIUTE PER GESTIONE, GENERE E CLASSE DI MENOMAZIONE. ANNO DI PROTOCOLLO 2015

Gestione	Genere	In assenza di menomazioni		Grado di menomazione complessivo					Esito		Totale
		1-5	6-15	16-25	26-50	51-85	86-100	Totale	mortale		
Industria e servizi	Uomini	201	1.981	4.914	1.515	376	341	39	9.166	363	9.730
	Femmine	102	859	1.554	234	33	30	3	2.713	20	2.835
	Totale	303	2.840	6.468	1.749	409	371	42	11.879	383	12.565
Agricoltura	Uomini	43	465	1.791	500	109	3	0	2.868	5	2.916
	Femmine	26	278	948	179	22	0	0	1.427	0	1.453
	Totale	69	743	2.739	679	131	3	0	4.295	5	4.369
Per conto dello Stato	Uomini	1	13	17	8	2	2	1	43	6	50
	Femmine	3	29	37	3	1	3	0	73	1	77
	Totale	4	42	54	11	3	5	1	116	7	127
Totale		376	3.625	9.261	2.439	543	379	43	16.290	395	17.061

TABELLA 6. DENUNCE DI MALATTIE PROFESSIONALI PER REGIONE E ANNO DI PROTOCOLLO

Regione	Anno di protocollo				
	2011	2012	2013	2014	2015
Nord - Ovest	6.272	5.992	6.218	6.792	6.836
Piemonte	2.108	2.022	1.999	2.230	2.239
Valle D'Aosta	71	63	61	73	72
Lombardia	3.236	3.075	3.305	3.374	3.413
Liguria	857	832	853	1.115	1.112
Nord - Est	11.573	11.634	12.654	12.656	12.458
Bolzano - Bozen	248	231	284	300	247
Trento	419	337	386	422	363
Veneto	2.256	2.266	2.452	2.893	3.316
Friuli Venezia Giulia	1.421	1.488	1.590	1.786	1.771
Emilia Romagna	7.229	7.312	7.942	7.255	6.761
Centro	12.444	12.717	14.669	17.181	17.970
Toscana	5.854	5.890	6.628	7.681	7.488
Umbria	1.449	1.415	1.441	1.625	1.871
Marche	3.268	3.522	4.286	4.762	5.171
Lazio	1.873	1.890	2.314	3.113	3.440
Sud	12.197	11.146	13.150	14.001	14.454
Abruzzo	5.783	4.938	4.959	5.290	5.211
Molise	247	214	253	343	422
Campania	1.722	1.814	2.589	2.821	2.894
Puglia	2.526	2.302	2.853	2.929	3.361
Basilicata	467	505	756	642	576
Calabria	1.452	1.373	1.740	1.976	1.990
Isole	4.826	4.797	5.134	6.740	7.207
Sicilia	1.571	1.405	1.472	1.678	1.843
Sardegna	3.255	3.392	3.662	5.062	5.364
Totale	47.312	46.286	51.825	57.370	58.925

TABELLA 7. LAVORATORI CON MALATTIE PROFESSIONALI RICONOSCIUTE PER REGIONE E CLASSE DI MENOMAZIONE. ANNO DI PROTOCOLLO 2015

Regione	In assenza di menomazioni	Grado di menomazione complessivo						Totale	Esito mortale	Totale
		1-5	6-15	16-25	26-50	51-85	86-100			
Nord - Ovest	54	570	909	208	79	164	13	1.943	183	2.180
Piemonte	10	206	251	37	31	69	7	601	73	694
Valle D'Aosta	1	2	10	2	1	2	0	17	2	20
Lombardia	35	291	468	147	38	72	4	1.020	79	1.134
Liguria	8	71	180	22	9	21	2	305	29	342
Nord - Est	165	1.216	2.109	488	106	108	10	4.037	80	4.282
Bolzano - Bozen	11	37	52	15	8	1	0	113	1	125
Trento	14	51	91	15	4	1	0	162	1	177
Veneto	21	335	602	122	36	37	2	1.134	28	1.183
Friuli Venezia Giulia	16	226	352	112	21	44	8	763	20	799
Emilia Romagna	103	567	1.012	224	37	25	0	1.865	30	1.998
Centro	87	1.021	3.315	1.018	172	58	12	5.596	71	5.754
Toscana	32	527	1.429	495	105	29	8	2.593	33	2.658
Umbria	5	111	300	80	6	8	1	506	11	522
Marche	45	279	990	283	38	6	0	1.596	14	1.655
Lazio	5	104	596	160	23	15	3	901	13	919
Sud	52	638	1.921	391	95	29	6	3.080	38	3.170
Abruzzo	23	254	696	170	31	4	0	1.155	5	1.183
Molise	1	11	89	9	4	0	0	113	0	114
Campania	4	161	468	91	18	11	1	750	20	774
Puglia	9	135	346	35	8	9	5	538	10	557
Basilicata	1	25	44	20	6	4	0	99	1	101
Calabria	14	52	278	66	28	1	0	425	2	441
Isole	18	180	1.007	334	91	20	2	1.634	23	1.675
Sicilia	9	76	171	56	15	16	2	336	19	364
Sardegna	9	104	836	278	76	4	0	1.298	4	1.311
Totale	376	3.625	9.261	2.439	543	379	43	16.290	395	17.061

Il confronto fra le tabelle 8 e 9, che riportano i dati dei casi denunciati e quelli riconosciuti, conferma la tendenza registrata negli ultimi anni di tassi di riconoscimento molto diversi in funzione della patologia denunciata; elemento, questo, che richiede un'analisi approfondita per capirne le ragioni, ma che sicuramente vede una motivazione nel ricorso ancora troppo frequente ed acritico da parte dei medici dell'Istituto Assicuratore ai dati inerenti al rischio derivanti dai Documenti di Valutazione dei Rischi di cui al D.lgs. 81, tema a cui dedicheremo una approfondita disamina.

L'andamento delle denunce di malattia professionale (tabella 10) ha subito negli ultimi 7-8 anni, a partire dalla modifica tabellare, un netto incremento con circa un raddoppio nel corso del periodo nel complesso del paese.

I dati Inail sono stati recentemente oggetto di una dettagliata disamina da parte del collega Calabresi per Snop che ci offre diversi spunti di riflessione sulla qualità della tutela assicurativa.

Anche in questo caso, l'aumento non è omogeneo nelle varie regioni; anzi, in alcune di esse non si è verificato questo aumento o ad-

TABELLA 8. DENUNCE DI MALATTIE PROFESSIONALI PER SETTORE ICD 10 DENUNCIATO E ANNO DI PROTOCOLLO

Settore ICD-10	Anno di protocollo									
	2011		2012		2013		2014		2015	
Alcune malattie infettive e parassitarie (A00-E99)	24	0,05%	18	0,04%	24	0,05%	17	0,03%	14	0,02%
Tumori (C00-D48)	2.666	5,63%	2.555	5,52%	2.923	5,64%	3.018	5,26%	2.776	4,71%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario (D50-D89)	32	0,07%	32	0,07%	33	0,06%	34	0,06%	23	0,04%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (E00-E90)	32	0,07%	31	0,07%	27	0,05%	32	0,06%	31	0,05%
Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)	621	1,31%	555	1,20%	551	1,06%	606	1,06%	603	1,02%
Malattie del sistema nervoso (G00-G99)	6.068	12,83%	5.676	12,26%	6.275	12,11%	6.758	11,78%	6.687	11,35%
Malattie dell'occhio e degli annessi oculari (H00-H59)	105	0,22%	113	0,24%	109	0,21%	105	0,18%	101	0,17%
Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide (H60-H95)	5.811	12,28%	4.927	10,64%	5.063	9,77%	5.089	8,87%	5.140	8,72%
Malattie del sistema circolatorio (I00-I99)	565	1,19%	493	1,07%	525	1,01%	517	0,90%	472	0,80%
Malattie del sistema respiratorio (J00-J99)	3.615	7,64%	3.288	7,10%	3.764	7,26%	3.508	6,11%	3.479	5,90%
Malattie dell'apparato digerente (K00-K93)	187	0,40%	142	0,31%	162	0,31%	173	0,30%	143	0,24%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo (L00-L99)	659	1,39%	584	1,26%	532	1,03%	558	0,97%	522	0,89%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (M00-M89)	25.500	53,90%	26.511	57,28%	30.550	58,95%	35.502	61,88%	37.240	63,20%
Malattie dell'apparato genitourinario (N00-N99)	33	0,07%	26	0,06%	35	0,07%	28	0,05%	26	0,04%
Sintomi, segni e risultati anomali di esami clinici e di laboratorio non classificati altrove (R00-R99)	2	0,00%	3	0,01%	1	0,00%	1	0,00%	0	0,00%
Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne (S00-T98)	29	0,06%	21	0,05%	23	0,04%	16	0,03%	18	0,03%
Assente	1.363	2,88%	1.311	2,83%	1.228	2,37%	1.408	2,45%	1.650	2,80%
Totale	47.312	100,00%	46.286	100,00%	51.825	100,00%	57.370	100,00%	58.925	100,00%

TABELLA 9. MALATTIE PROFESSIONALI PER SETTORE ICD 10 ACCERTATO E ANNO DI PROTOCOLLO

Settore ICD-10	Anno di protocollo									
	2010		2011		2012		2013		2014	
Alcune malattie infettive e parassitarie (A00-B99)	0	0,00%	5	0,02%	4	0,02%	4	0,02%	3	0,01%
Tumori (C00-D48)	1.217	6,30%	1.197	5,82%	1.097	5,53%	1.168	5,38%	1.112	5,51%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario (D50-D89)	4	0,02%	2	0,01%	2	0,01%	3	0,01%	2	0,01%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (E00-E90)	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)	57	0,29%	63	0,31%	55	0,28%	39	0,18%	17	0,08%
Malattie del sistema nervoso (G00-G99)	3.071	15,89%	3.464	16,84%	3.178	16,02%	3.403	15,68%	3.093	15,33%
Malattie dell'occhio e degli annessi oculari (H00-H59)	20	0,10%	20	0,10%	17	0,09%	13	0,06%	20	0,10%
Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoidea (H60-H65)	3.188	16,49%	2.754	13,39%	2.264	11,41%	2.222	10,24%	1.877	9,30%
Malattie del sistema circolatorio (I00-I99)	151	0,78%	119	0,58%	96	0,48%	82	0,38%	72	0,36%
Malattie del sistema respiratorio (J00-J99)	1.426	7,38%	1.403	6,82%	1.300	6,55%	1.479	6,82%	1.264	6,26%
Malattie dell'apparato digerente (K00-K93)	5	0,03%	5	0,02%	4	0,02%	3	0,01%	7	0,03%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo (L00-L99)	401	2,07%	362	1,76%	303	1,53%	306	1,41%	255	1,26%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (M00-M99)	9.688	50,11%	11.152	54,23%	11.505	57,99%	12.952	59,68%	12.393	61,42%
Malattie dell'apparato genitourinario (N00-N99)	1	0,01%	2	0,01%	0	0,00%	1	0,00%	0	0,00%
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio non classificati altrove (R00-R99)	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne (S00-T98)	6	0,03%	2	0,01%	2	0,01%	2	0,01%	1	0,00%
Ancora da determinare	97	0,50%	16	0,08%	14	0,07%	25	0,12%	61	0,30%
Totale	19.332	100,00%	20.566	100,00%	19.841	100,00%	21.702	100,00%	20.177	100,00%

dirittura si è assistito ad una diminuzione. In 5 regioni e 2 province autonome si rileva per le denunce di malattie professionali un andamento anomalo rispetto alla media nazionale; ad esempio, in Liguria le denunce sono in calo complessivo negli ultimi anni, in Piemonte -33% nei vent'anni, ma si-

tuazione quasi stabile dal 2008 al 2013). L'incremento nazionale (+31% negli ultimi 20 anni e +41% dal 2008 al 2013) dipende esclusivamente dalle regioni in aumento significativamente maggiore: in Emilia Romagna, Toscana, Marche e tutte le regioni del Sud (tabella 10 nella p. successiva).

TABELLA 10. MALATTIE PROFESSIONALI DENUNCIATE ALL'INAIL PER ANNO DI MANIFESTAZIONE (1994-2013)

Territorio	1994	1999	2004	2008	2010	2012	2013	Differenza 2008-2013	%	Differenza 1994-2013	%
Italia	35.351	25.465	26.733	30.179	42.584	46.233	51.492	21.313	41	16.141	31
Val d'Aosta	141	63	100	44	58	62	66	22	33	-75	-53
Piemonte	2.882	2.200	1.934	2.065	2.042	1.961	1.940	-125	-6	-942	-33
Lombardia	4.236	3.172	3.205	3.211	3.633	3.584	3.855	644	17	-381	-9
Veneto	3.467	2.406	1.989	1.984	2.353	2.294	2.486	502	20	-981	-28
Bolzano	119	224	300	320	261	234	304	-16	-5	185	61
Trento	464	235	244	223	331	351	378	155	41	-86	-19
Friuli Venezia Giulia	1.022	854	1.014	1.156	1.189	1.376	1.516	360	24	494	33
Liguria	1.709	1.221	1.237	923	973	835	901	-22	-2	-808	-47
Emilia-Romagna	3.467	2.459	3.711	4.436	6.456	7.452	7.892	3.456	44	4.425	56
Toscana	3.796	2.136	2.467	2.931	4.540	5.610	6.233	3.302	53	2.437	39
Marche	1.864	1.407	1.334	1.592	2.603	3.393	4.156	2.564	62	2.292	55
Umbria	1.205	746	985	1.142	1.293	1.343	1.420	278	20	215	15
Lazio	1.562	1.575	1.744	2.027	2.329	2.460	2.901	874	30	1339	46
Abruzzo	2.744	1.743	1.810	2.313	5.477	4.776	4.816	2.503	52	2.072	43
Molise	79	82	94	113	161	212	259	146	56	180	69
Sardegna	1.121	872	880	1.195	2.683	3.254	3.608	2.413	67	2.487	69
Campania	1.432	900	768	936	1.426	1.770	2.494	1.558	62	1.062	43
Puglia	1.853	1.594	1.447	1.642	1.926	2.225	2.686	1.044	39	833	31
Calabria	549	352	484	691	1.114	1.770	2.494	1.803	72	1.945	78
Basilicata	234	196	178	263	384	444	639	376	59	405	63
Sicilia	1.385	1.028	808	972	1.352	1.325	1.364	392	29	-21	-2

Nel complesso, l'Inail ha gradualmente aumentato la quota di riconoscimenti, dal 30 al 40% nel volgere di un ventennio, stabilizzandosi sostanzialmente negli ultimi anni. Anche il rapporto tra denunce e riconoscimenti non è omogeneo nel paese. Il 42% del 2013 risulta, infatti, di valori alquanto differenti tra le regioni, da percentuali attorno al 50% in Friuli, Toscana, Marche, Trento, a percentuali inferiori al 30% in Puglia, Basilicata, Sicilia.

Confrontando l'evoluzione di questo rapporto tra il 2000 ed il 2013, si conferma la disomogeneità tra le diverse regioni; alcune

hanno visto aumenti molto più significativi rispetto agli 8 punti di incremento della media nazionale, in altre invece la percentuale di riconoscimenti è addirittura andata diminuendo. In diminuzione dal 2000 al 2013 in Puglia, Friuli Venezia Giulia e Lazio, in aumento significativo in Sicilia (da 19 a 29%), in Sardegna (da 31 a 46%) in Toscana (da 32 a 51%), in Calabria (da 18 a 34%), anche se, come appare evidente, alcune regioni, pur avendo registrato un marcato aumento, si collocano ancora sotto la media nazionale.

Se guardiamo l'andamento delle malattie

professionali riconosciute, distinte per codice sanitario, vediamo che sono in aumento i tumori (per lo più di polmoni e pleure, legati all'amianto) e soprattutto le malattie osteo-artro-muscolo-tendinee; sono rimaste più o meno stabili le patologie dell'apparato respiratorio, in diminuzione invece le ipoacusie e le malattie cutanee.

Per quanto concerne le malattie osteo-artro-muscolo-tendinee, l'esplosione è iniziata soprattutto negli ultimi 6-7 anni, quindi più tardivamente rispetto a quanto è avvenuto in vari altri paesi europei, del Nord Europa e della stessa vicina Francia.

L'altro gruppo di patologie in aumento, pur con numeri molto inferiori è quello dei tumori professionali, che in misura nettamente prevalente sono rappresentati dai mesoteliomi pleurici, meno dai tumori del polmone che, come è noto, dovrebbero essere attesi come conseguenza dell'esposizione ad amianto in misura superiore almeno 2-4 volte ai mesoteliomi, ma per molti motivi sono invece sistematicamente inferiori (non va dimenticato peraltro che la latenza per i mesoteliomi è significativamente maggiore di quella conosciuta per i tumori polmonari).

I riconoscimenti delle asbestosi, come quelli delle placche e degli ispessimenti pleurici, sono invece in aumento, i casi di placche pleuriche ed ispessimenti superano, inoltre, ormai numericamente le pneumoconiosi.

Le pneumoconiosi da silicati e da silice sono in caduta libera e con numeri di riconoscimenti molto bassi. Anche le ipoacusie da rumore riconosciute appaiono in netta e progressiva diminuzione ed ancor di più sono in netta diminuzione le patologie della cute (esclusi i tumori).

I riconoscimenti di disturbi psichici, per molte ragioni, sono decisamente distanti dalle denunce e non sono per nulla confrontabili con quanto ci si potrebbe attendere in base all'attenzione anche normativa dedicata negli ultimi anni a partire dal tema dello stress lavoro-correlato.

Riassumendo, con l'aumento progressivo negli ultimi anni delle patologie osteo-artro-muscolo-tendinee, nel periodo 2011-2013, i contributi principali alle malattie professionali riconosciute sono dati dalle seguenti patologie:

- 1) malattie professionali osteo-artro-muscolo-tendinee: 73%;
- 2) ipoacusia e sordità: 12%;
- 3) malattie dell'apparato respiratorio (esclusi i tumori): 7%;
- 4) tumori: 5,56%;
- 5) malattie della cute (esclusi i tumori): 1,5%.

Se analizziamo la distribuzione geografica, vediamo che Emilia Romagna e Toscana sono largamente le prime della classifica seguite da 3 regioni relativamente piccole come Marche, Abruzzo e Sardegna.

FIGURA 1. MALATTIE PROFESSIONALI RICONOSCIUTE NEL 2013 IN % SUL DATO NAZIONALE



In questa disomogeneità di distribuzione del fenomeno ci sono ovviamente differenze legate alla distribuzione territoriale delle attività produttive e, quindi, dei rischi, ma alcune disparità hanno entità e caratteristiche tali da incuriosire e far sospettare che alcune concentrazioni dipendano almeno in parte anche dal fatto che in alcuni territori «si cercano» patologie che in altri vengono invece ignorate o sottovalutate.

La distribuzione delle singole mp (secondo Icd-10) per regione nel corso degli anni fornisce moltissimi spunti interessanti a cui porre attenzione.

Il dato più eclatante relativamente all'andamento temporale è dato dal fatto che l'incremento di malattie professionali verificatosi negli ultimi anni è dovuto tutto all'irruzione delle malattie osteo-artro-muscolo-

tendinee che rappresentano ormai i 2/3 delle malattie professionali riconosciute.

Se analizziamo la distribuzione geografica delle patologie principali si rileva che:

- 1) le patologie osteo-artro-muscolo-tendinee vengono soprattutto denunciate e riconosciute in 2 regioni: Emilia Romagna e Toscana che da sole producono più di 1/3 del totale, l'80% di questi quadri è dovuto al contributo di sole 8 regioni;
- 2) anche per i mesoteliomi la distribuzione è molto legata ad una parte di regioni. Il 70% deriva da Lombardia, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Veneto, Lazio e Liguria. Da segnalare che riguardo alle patologie da amianto (non solo i mesoteliomi) un rilevante contributo viene da 2 piccole regioni come Friuli Venezia Giulia e Liguria, regioni dove complessivamente lavora il 5% degli occupati d'Italia. I tumori del polmone e della pleura occupano insieme il 4% del totale delle mp riconosciute, asbestosi e placche poco meno del 5% del totale delle mp riconosciute. L'80% delle pneumoconiosi (quasi l'80% sono asbestosi) deriva da 7 regioni (Campania, Liguria, Sardegna, Toscana, Lazio, Piemonte, Lombardia);
- 3) la silicosi appare quasi in fase di estinzione (82 casi nel 2013, pari allo 0,4% del totale delle mp), non così le asbestosi che rappresentano poco meno del 25% del totale delle mp. Da sottolineare il fatto che la Campania da sola contribuisce a quasi il 38% delle asbestosi riconosciute in Italia e anche in rilevante misura ai riconoscimenti di placche e ispessimenti

- pleurici; d'altra parte in due terzi delle regioni (tra le quali Lombardia, Veneto, Marche, Puglia) i casi di asbestosi sembrano quasi spariti (in 13 regioni tra le quali Lombardia, Veneto, Marche e Puglia tra 1 e 5 casi riconosciuti nel 2013);
- 4) anche per i tumori della vescica la distribuzione è alquanto concentrata, i 2/3 del totale vengono da Piemonte e Toscana. In questa ultima regione vi è stata una campagna di ricerca attiva dei tumori professionali della vescica di cui abbiamo dato conto anche nelle newsletter Inca;
- 5) anche le malattie della cute, da sempre su piccoli numeri, derivano comunque da poche regioni;
- 6) infine pochissimi sono i disturbi psichici riconosciuti nel 2013, 37 casi prevalen-

temente classificati come «disturbi dell'adattamento cronico» o in parte da stress.

Ultimi punti dell'analisi riguardano i settori lavorativi di provenienza delle malattie professionali (tabella 11). Nel ventennio in esame vi è stato un aumento assai rilevante in agricoltura (in particolare, dopo l'approvazione delle nuove tabelle del 2008), ma anche nelle costruzioni, nei servizi, nella sanità e nei trasporti; a questi aumenti si contrappone la diminuzione nelle industrie manifatturiere e nella metalmeccanica.

La classifica per frequenza dei comparti ai quali sono state assegnate le malattie professionali riconosciute nel 2013 vede largamente in testa l'Agricoltura (22%), seguita dalle Costruzioni (15%) e dai Servizi (7%).

TABELLA 11.

Comparto	Anno di Manifestazione							
	1994	1998	2002	2006	2010	2011	2012	2013
01 Agrindustria e pesca	2	4	63	97	417	394	326	355
02 Estrazioni minerali	152	99	111	117	113	106	85	81
03 Industria Alimentare	135	142	182	239	300	286	261	244
04 Industria Tessile	271	279	412	397	675	606	562	605
06 Industria Legno	296	179	310	250	317	339	301	346
08 Industria Chimica e Petr.	207	199	245	231	321	278	247	225
09 Industria Gomma	54	56	66	76	79	61	76	73
10 Ind.Trasf. non Metalliferi	100	55	411	323	422	457	369	331
11 Industria Metalli	590	406	362	244	283	251	212	187
12 Metalmeccanica	1.865	1.773	1.804	1.292	1.713	1.588	1.371	1.469
13 Industria Elettrica	79	99	90	84	84	85	54	55
14 Altre Industrie	194	209	265	285	390	289	275	270
16 Costruzioni	1.055	1.216	1.461	1.246	2.421	2.754	2.743	3.067
17 Commercio	54	76	97	193	511	506	465	534
18 Trasporti	55	82	257	217	486	518	406	403
19 Sanità	12	24	323	483	806	827	780	797
20 Servizi	464	665	867	880	1.474	1.560	1.496	1.558
99 Comparto non determ.	4.144	2.520	2.204	2.784	4.793	5.117	5.541	5.733
TOTALE INDUSTRIA	9.925	8.220	9.747	9.641	15.846	16.267	15.765	16.544
Agricoltura	241	287	372	646	3.099	3.945	3.936	4.745
Conto Stato	244	143	104	89	96	103	94	145
TOTALE	10.410	8.650	10.223	10.376	19.041	20.315	19.795	21.434

Un lieve aumento viene registrato anche dalla quota di malattie professionali dei lavoratori nati all'estero, da meno del 2% di 20 anni fa a più del 5% nel 2013 (del resto il fenomeno del lavoro degli immigrati è iniziato da pochi decenni), anche se la tutela di questi lavoratori richiederebbe, come sollecitiamo da tempo come Patronato, un sistema di accordi fra enti assicuratori sul modello dell'intesa Inail-Suva per gli esposti all'amianto.

Analizzando la serie storica 1994-2013 Calabresi conclude affermando che: «Se è fondamentale conoscere approfonditamente (da vari punti di vista) il fenomeno delle malattie professionali, i suoi sviluppi, la sua distribuzione nel paese e il suo divenire nel tempo (sia per le denunce sia per i riconoscimenti Inail), dovrebbe essere altresì fondamentale comin-

ciare ad attrezzarsi per saper interpretare (e far fronte) una probabile futura evoluzione/mutazione di tale fenomeno. Un'ultima riflessione: oggi le malattie professionali sono indubbiamente un po' più all'attenzione di qualche anno fa, ma non dappertutto e complessivamente si potrebbe fare ancora molto sia per farle emergere diffusamente soprattutto se si pensa alle patologie "nuove" o emergenti, sia per risolvere alcune evidenti disomogeneità territoriali e naturalmente per mettere in atto ulteriori iniziative con l'obiettivo di ridurre gradualmente l'entità del fenomeno, prevenendo e prevedendo il futuro».

Ma su questi temi ritorneremo con specifiche newsletter dedicate anche ad alcuni studi prospettici che in Europa sono stati realizzati sul futuro delle malattie professionali.

FIGURA 1. MALATTIE OSTEO-ARTRO-MUSCOLO-TENDINEE (2013)



FIGURA 2. MESOTELIOMI PLEURICI (2013)



FIGURA 3. TUMORI DELLA VESCICA (2013)



▼ **Limiti dell'attuale sistema di riconoscimento delle malattie professionali**

Nella valutazione di questi dati occorre, peraltro, avere presente che le statistiche ufficiali dell'Inail non rappresentano che una parte della realtà. L'indennizzo di una malattia professionale è, infatti, il risultato di una costruzione sociale-medica-amministrativa molto complessa dove: 1) anche le malattie tabellate possono non essere denunciate per ignoranza dell'origine professionale, ma anche per gli interessi del lavoratore su cui incombe l'obbligo di denuncia e del datore di lavoro che sopporta i costi assicurativi; 2) esiste una latenza a volte molto lunga tra esposizione e manifestazioni della malattia; 3) si palesa un approccio par-

ticolarmente restrittivo dell'Istituto assicuratore rispetto alle patologie non tabellate (sapendo che oggi dopo la modifica tabellare del 2008 e la non ascrivibilità tabellare riguarda piuttosto la lavorazione che non la patologia).

Per comprendere appieno il quadro della sottonotifica appare, dunque, utile soffermarsi sui comportamenti dell'Istituto assicuratore.

Nelle procedure di riconoscimento delle malattie professionali uno dei problemi che emerge è, certamente, quello dei criteri e degli strumenti utilizzati dall'Istituto per stabilire il nesso di causalità tra malattia diagnosticata e lavoro svolto e per stabilire l'adeguatezza della esposizione a rischio (quantitativa e temporale). Dopo l'entrata in vigore del D.Lgs. 626/94, ad esempio, si è verificato uno spostamento della criteriologia valutativa dell'Inail dal dato epidemiologico alla acquisizione, spesso acritica, dei dati di rischio riportati nel Documento di Valutazione dei Rischi, dati che possono anche non essere veritieri, come spesso verificato in sede di contenzioso amministrativo, e in netto contrasto con i dati epidemiologici, di letteratura ovvero con le conoscenze tecnologiche. In più, occorre considerare tutti quei casi di «chiusura negativa» della denuncia di malattia professionale «per carenza di documentazione» quando il datore di lavoro non dà seguito alla richiesta di fornire informazioni sul rischio. Va considerato, altresì, il numero decisamente basso di sedi che dà seguito alle indicazioni contenute nelle circolari operative diramate dall'Istituto, che invitano a far effettuare sopralluoghi

di verifica e valutazione della «efficienza del rischio» dai tecnici Contarp.

Ma non basta. Si registrano anche ulteriori deficit procedurali. La norma prevede, come già detto, che la domanda di malattia professionale sia inviata dal lavoratore al proprio datore di lavoro «in attualità di rapporto di lavoro» e che questi la inoltri all'Inail. Tale procedura deve essere seguita anche nel caso in cui il datore di lavoro che trasmette la denuncia non sia quello che ha determinato il rischio collegato alla patologia denunciata, contratta invece a seguito di precedenti attività lavorative. In questi casi, l'Istituto assicuratore dovrebbe mettere in atto iniziative adeguate per «tranquillizzare» il datore di lavoro e assicurarlo del fatto che non a lui saranno addebitate le conseguenze (ad esempio, l'aumento del premio assicurativo) in caso di riconoscimento della patologia denunciata. Per rimuovere questa, che è solo una delle tante cause di resistenza alla denuncia, l'Istituto dovrebbe perfezionare la stessa modulistica in uso per le denunce di malattie professionali, oggi carente, imponendo al medico che certifica la patologia di indicare a quale attività lavorativa svolta dal lavoratore a suo parere sia imputabile l'insorgenza della stessa.

L'inadeguatezza dei criteri seguiti dall'Inail nel riconoscimento delle malattie professionali si evidenzia anche quando il riconoscimento viene concesso solo in caso di superamento del Tlv fissato dalla normativa; superamento che per di più si pretende debba essere ammesso dal datore di lavoro ovvero certificato dal documento di valutazione del rischio. Tali criteri sono in tutta evidenza ar-

bitrari e scientificamente in contrasto con le conoscenze della medicina del lavoro sul valore protettivo dei Tlv e con una giurisprudenza ultra ventennale (vedi la nota sentenza Quaini). Il lavoratore, dal canto suo, non ha molte possibilità di dimostrare il livello effettivo di esposizione subito poiché non dispone, almeno finora, del «libretto sanitario e di rischio» personale che possa testimoniare veritieramente la sua storia lavorativa.

Tale problematica assume particolare peso e urgenza a fronte delle nuove tipologie di lavoro e anche di particolari settori in cui i lavoratori sono chiamati, con estrema frequenza, a modificare posto di lavoro ed anche modalità lavorative (si pensi, a titolo puramente esemplificativo, al settore del restauro artistico).

Questo accade anche se, va ricordato, i criteri direttivi impartiti dall'Istituto alle sue sedi per la valutazione del nesso di causalità – la famosa «Nota del direttore generale» cui fa costante riferimento l'Inail in sede di convegni e di pubblicistica – sono stati aggiornati, resi pubblici (sono reperibili nel sito internet) e anche oggetto, talora, di confronto con le strutture di Patronato. Non si può tuttavia non rilevare che tali indicazioni non trovano, purtroppo, applicazione in moltissime sedi tuttora ancorate alla vecchia criteriologia delle malattie professionali «tipiche», ispirata a oggettività e certezze d'altri tempi e non rispondente all'attuale caratterizzazione dei contesti lavorativi e delle stesse patologie lavoro-correlate.

La Nota, come è stato possibile rilevare in sede di dibattiti e incontri a livello regionale e provinciale, non trova applicazione, addirittura

tura, con motivazioni squisitamente burocratiche del tipo che «la forma della nota non le attribuisce valore cogente». Il risultato è che i medici dell'Istituto, nell'indagare il rischio da lavoro, continuano ad applicare criteri che non appaiono adeguati e che derivano anche dalla scelta compiuta nell'ultimo decennio in seno alla struttura sanitaria dell'Inail di enfatizzare la competenza medico-legale di valutazione percentuale del danno a discapito di competenze e approcci più ampi e aggiornati.

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 ed invalidità) e alla probabilità di vedere concludere la pratica.

Nell'attrattiva viene ricompreso, da tutti i documenti dei governi europei sul tema della sottodenuncia delle malattie professionali, anche il grado di complessità della procedura di riconoscimento ed il carico di richieste con cui il lavoratore si trova a confrontarsi. Uno degli elementi che sicuramente con questa necessaria facilità procedurale è il costante riferimento al Dvr. Preliminarmente occorre ricordare e ribadire che si tratta di un documento che non è nella disponibilità del lavoratore.

Solo una sentenza amministrativa ha stabi-

lito che il lavoratore può ottenere quella parte del Dvr che lo concerne ma questa sentenza non ha determinato un orientamento diffuso né tantomeno è intervenuta a modificare l'applicazione delle norme.

Particolare attenzione e maggiori approfondimenti merita certamente il dato del numero delle malattie professionali che sono state chiuse negativamente in quanto «la documentazione non consente il giudizio medico-legale» a cui aggiungere i casi chiusi dal ramo amministrativo sempre per «carenza di documentazione».

In proposito, è possibile affermare che, se le motivazioni Inail possono essere decodificate in qualche modo da una platea di esperti, queste stesse motivazioni non permettono certo al lavoratore di capire perché la propria domanda sia stata respinta; la cosa è ancor più grave quando alla base della chiusura negativa vi sono magari solo deficit procedurali che il lavoratore, se correttamente e tempestivamente contattato e informato, potrebbe ragionevolmente colmare, ma soprattutto quando tale carenza non dipende dal lavoratore stesso o dal Patronato che lo assiste.

Nell'ambito di una assicurazione sociale si assiste, dunque, al fatto sconcertante che il datore di lavoro, che collabora con l'Istituto assicuratore affinché il proprio dipendente si veda riconosciuta l'origine professionale di una patologia contratta per esposizione ad un rischio presente in azienda, vada incontro ad un eventuale aumento del premio assicurativo. Mentre, invece, il datore di lavoro che non collabora, determinando il mancato riconoscimento della malattia professionale, non

solo perviene a non far riconoscere il giusto indennizzo al lavoratore, ma non incorre in alcuna ricaduta premiale e/o sanzionatoria. Appare, dunque, inaccettabile per una assicurazione sociale che il datore di lavoro, che ha determinato la malattia professionale, sia lo stesso che decide se far riconoscere l'origine occupazionale da parte dell'Ente assicuratore.

Si tratta di una pratica non sorta contemporaneamente all'entrata in vigore del primo decreto in tema di salute e sicurezza (D.Lgs. 626/84), ma che si è venuta progressivamente ad imporsi, tanto che lo stesso Istituto assicuratore ha sentito l'esigenza di ribadire in diverse circolari succedutesi negli ultimi dieci anni che esso è uno degli elementi di prova assieme ad altri elementi con eguale valore ed importanza.

Il Dvr appare un buono strumento (se ben redatto) per valutare gli episodi acuti o per le patologie a breve/brevissima latenza, ma non fornisce elementi utili e certi nel caso di patologie a lenta insorgenza. Prendiamo il caso dell'amianto: se guardiamo i Dvr non perverremmo a riconoscere nessun mesotelioma. A questo riguardo, troppo spesso constatiamo che nel definire il caso l'Istituto si basa sui dati espositivi provenienti dal datore di lavoro che, ai sensi del Testo unico Inail, ha inviato la denuncia, ma che può non corrispondere al datore di lavoro dell'azienda in cui vi era la esposizione al rischio.

In futuro i medici dell'Istituto assicuratore dovrebbero essere facilitati nella individuazione della lavorazione e del luogo di lavoro a rischio dalla entrata a regime del nuovo certificato di denuncia di malattia professionale. Il nuovo certificato permette di indicare in quale realtà lavorativa era presente il rischio e dunque dovrebbe costituire un ottimo input all'istanza amministrativa dell'Istituto per richiedere le informazioni (ivi compreso il Dvr) all'azienda in cui era presente il rischio che ha determinato la patologia denunciata, ma anche, io credo, a ridurre il timore di molti datori di lavoro di vedersi aumentare il premio (si pensi alla indicazione di un rischio presente in più aziende ecc.). Segnalo a questo riguardo che il sistema francese ha individuato un terzo regime, oltre all'industria ed all'agricoltura, ed è quello in cui non è possibile attribuire «la colpa» dell'esposizione ad una precisa situazione lavorativa (esposizione in aziende diverse).

Ma per comprendere appieno il ruolo che può svolgere il Dvr ai fini assicurativi non possiamo che partire da una sua contestualizzazione all'interno dell'impianto normativo che potremmo sintetizzare con la seguente domanda: «Documento di valutazione del rischio o Autodenuncia del datore di lavoro?». Qui di seguito alcuni esempi che dimostrano la differenza di impostazione fra il modello di Dvr italiano e quello degli altri paesi europei¹.

¹ Oira - Online Interactive Risk Assessment: si tratta di uno strumento di Valutazione interattiva online dei rischi, basata sul web che permette di eseguire una valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza sul posto di lavoro. Oira è stato progettato per aiutare a valutare i rischi sul lavoro e aiutare a produrre una documentazione della valutazione dei rischi incluso un piano di azione su misura. Il ricorso a questo strumento informatizzato su base europea è stato previsto dal D.Lgs. 151/2015, articolo 20.

FIGURA 4.

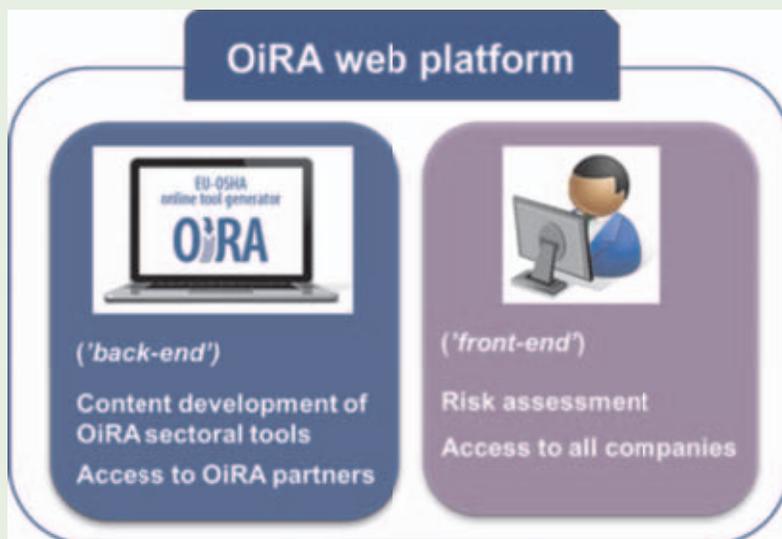


FIGURA 5. OIRA: EDILIZIA (ELABORATO DAL BELGIO)

Les équipements de protection individuelle (EPI) sont mis à disposition des travailleurs

Oui

Non

L'employeur a l'obligation de déceler les risques et de prendre des mesures de prévention. Si ces mesures ne suffisent pas, il faut utiliser des EPI. Les EPI doivent satisfaire à certaines exigences... [Pour en savoir plus](#)

FIGURA 6. OIRA: RISTORAZIONE (ELABORATO DA FRANCIA)

Le sol de la cuisine est-il maintenu propre et sec ?

Oui

Non

Il est important d'arriver à concilier une bonne propreté du sol de la cuisine tout en limitant les risques de glissades et de chutes.

FIGURA 7. OIRA: SALONI DI PARRUCCHIERE (GRUPPO EUROPEO)

Workers have sufficient space at their workstations to work comfortably.

Yes
 No

The employer should provide sufficient space to the workers at their workstations to carry out their duties without getting in each other's way, even when there are a lot of customers. This is necessary to be able to move and to adopt a good and comfortable posture during work.

In the event of new purchases, reorganisation or renovation, and if the workroom(s) would allow this, there are some **voluntary guidelines** that can be followed:

- free space to the rear of the chair: min. 100 cm
- free space between side of chair and wall: min. 70 cm
- free space between two chairs: min. 75 cm
- free space behind hair wash installation/wash unit: min. 50 cm.

FIGURA 8. OIRA: UFFICI (ELABORATO DA ITALIA)

Formazione e aggiornamento Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza RLS: oltre ad aver adottato tutte le misure obbligatorie si prevedono ulteriori migliorie

Si
 No

Troppo spesso, poi, questo documento appare non di facile lettura e lo dico con particolare riferimento al tempo necessario per ritrovare all'interno di esso le informazioni necessarie alla definizione del rischio. A questo riguardo, in un recente convegno dell'Epm, un Rspg per dimostrare la bontà del proprio Dvr ricordava come esso si componga di ben 17.000 pagine.

Il D.Lgs. 81, all'articolo 28, indica in maniera chiara che il documento di valutazio-

ne deve essere redatto con criteri di «semplicità, brevità e comprensibilità, in modo da garantire la completezza e l'idoneità quale strumento operativo di pianificazione degli interventi aziendali e di prevenzione».

A questo riguardo, in un manuale prodotto dall'Ulss 9 di Treviso, si ricorda come uno dei principali rischi per la valutazione delle esposizioni nei luoghi di lavoro, sia quello di tradurre il Dvr come adempimento burocratico, come adempimento che guarda al-

la conformità normativa e non all'aderenza sostanziale ai concreti rischi lavorativi. E aggiunge che questo documento non deve servire allo Spisal, ma «dovrebbe essere il modo corrente di gestire la sicurezza, quindi, deve servire al datore di lavoro per fare prevenzione».

Il Dvr non è un documento di ricostruzione storica dell'esposizione al rischio e al pericolo in quell'impresa e per quel lavoratore. Si tratta, invece, di una istantanea puntuale che fotografa la situazione esistente al momento in cui esso è stato redatto.

Inoltre, il Dvr presenta un ulteriore limite che è dato dal fatto che si tratta di una esposizione «statica» mentre sempre più noi ci troviamo a confrontarci con lavoratori con storie lavorative spezzettate e ancor più con lavoratori «mobili».

Per una assunzione non acritica del Dvr particolare attenzione andrebbe posta alla data della sua prima redazione, alle successive modifiche e integrazioni avendo ben presente che il legislatore ha indicato in maniera chiara quando detto documento debba essere aggiornato e rivisto. La valutazione dei rischi deve essere ripetuta e rielaborata ogni qualvolta mutate condizioni di rischio ne richiedano un aggiornamento (articolo 28 comma 3 D.Lgs. 81/2008).

Il legislatore non ha inteso legare al tempo l'obbligo di aggiornare la valutazione dei rischi nei luoghi di lavoro e di rielaborare conseguentemente il Documento di Valutazione dei Rischi (Dvr), né ha voluto fissare una frequenza minima per tali adempimenti. Lo stesso ha però indicato delle precise condizioni in presenza delle quali ha ritenuto ne-

cessario dare corso a tali adempimenti. L'art. 29 comma 3 del D.Lgs. n. 81/2008 Smi stabilisce che: *«La valutazione dei rischi deve essere immediatamente rielaborata, nel rispetto delle modalità di cui ai commi 1 e 2, in occasione di modifiche del processo produttivo o della organizzazione del lavoro significative ai fini della salute e sicurezza dei lavoratori, o in relazione al grado di evoluzione della tecnica, della prevenzione o della protezione o a seguito di infortuni significativi o quando i risultati della sorveglianza sanitaria ne evidenzino la necessità. A seguito di tale rielaborazione, le misure di prevenzione debbono essere aggiornate. Nelle ipotesi di cui ai periodi che precedono il documento di valutazione dei rischi deve essere rielaborato, nel rispetto delle modalità di cui ai commi 1 e 2, nel termine di trenta giorni dalle rispettive causali».*

Quindi, il legislatore si è limitato a stabilire in quali casi è necessario comunque integrare eventualmente sia la valutazione dei rischi che l'elaborazione del Dvr e, nel fare ciò, ha fatto riferimento, come si può notare, ad eventi e mutazioni di una certa rilevanza quale può essere una modifica significativa del processo produttivo o della organizzazione del lavoro, che può avere apportato nei luoghi di lavoro ulteriori rischi rispetto a quelli già individuati, valutati ed eliminati o ridotti al minimo, o ha fatto riferimento a significativi infortuni sul lavoro eventualmente accaduti in azienda con lo scopo, ovviamente, di fare eliminare le cause e le carenze che possano avere portato all'accaduto oppure ancora allorquando dalla eventuale sorveglianza sanitaria, alla quale è stato sottoposto il personale dipendente, pos-

sa essere emersa la presenza di qualche altro rischio non valutato o da rivalutare più approfonditamente.

Quello che, invece, il legislatore ha inteso stabilire e fissare con lo stesso art. 29 comma 3, con l'introduzione del termine «immediatamente» è il tempo entro il quale deve essere rifatta la valutazione dei rischi una volta che si siano verificate le condizioni sopraindicate. Quando, poi, il legislatore ha ritenuto che per specificati rischi fosse necessaria una revisione periodica della loro valutazione esso lo ha specificato dettagliatamente nei capitoli dedicati ai rischi specifici: si pensi a mò di esempio alla scadenza quadriennale indicata per il rumore - Titolo VIII capo I art. 190).

Questo ci porta a ritenere che nell'assunzione di un Dvr, la prima domanda che si deve porre chi ritiene di utilizzare questo strumento a fini assicurativi (dopo aver posto attenzione alla data di redazione dello stesso e, quindi, prima di assumere i dati in esso contenuti come elemento di mancata sussistenza del rischio), è: «Quali sono le ragioni che hanno portato ad aggiornare detto documento, anche con richiesta specifica al datore di lavoro».

Verificare la data di compilazione del Dvr vuol dire porsi la domanda: come mai questo Dvr è stato aggiornato, quali sono state le modifiche organizzative, prevenzionali che sono state realizzate e se queste modifiche sono state dettate dai risultati della sorveglianza sanitaria (vedi norma) presentati nel corso della riunione periodica, o a seguito di indicazioni/prescrizioni dell'organo di vigilanza ecc.

Un'assunzione critica del Dvr non può che partire, poi, dai dati sulla «bontà» di questi documenti. In questo ci aiutano le indagini, peraltro non numerose, condotte anche in ambito Inail.

Una indagine condotta dai Servizi di Prevenzione della Puglia rileva come i rischi da stress lavoro-correlato e sovraccarico biomeccanico dell'apparato muscolo scheletrico sono generalmente oggetto di valutazione solo formale e conclude rilevando che: «[...] Solo i Documenti elaborati successivamente all'attività di vigilanza svolta dallo Sp e Sal e conclusasi in 8 casi con l'emissione di verbali di prescrizione risultavano redatti in modo più rispondente a quanto indicato dalla normativa».

Mentre uno studio condotto dalla Contarp del Friuli Venezia Giulia rileva che: «Spesso l'azienda sottovaluta, in particolare, la valutazione del rischio da movimenti ripetitivi, pertanto, è abbastanza usuale analizzare documenti di valutazione dei rischi privi di tale valutazione o, in alternativa, contenenti valutazioni sommarie non basate su una reale e attenta osservazione dei gesti lavorativi».

I tecnici Inail indicano, inoltre, come una delle principali difficoltà sia il reperimento dei dati organizzativi e anche il dato relativo alla produttività. E non solo: nella maggioranza dei casi, le aziende non hanno una rigorosa assegnazione dei compiti per ogni singolo addetto, che spesso è chiamato a svolgere diverse mansioni nell'arco della stessa giornata a seconda delle esigenze produttive e organizzative.

Come appare evidente, questi due diversi studi ci confermano che sono proprio i rischi

lavorativi la causa delle malattie professionali più denunciate, proprio quelli che trovano maggiori limiti nella loro quantificazione nei Dvr.

Tornando al tema della presa in carico «acritica» del Dvr rileviamo il grande tema delle malattie da rischio chimico in epoca di Reach e Clp e dunque degli scenari espositivi. Diverse indagini condotte in vari paesi anche in rapporto con il sindacato hanno rilevato come sostanze chimiche definite «non-tossiche» cioè sostanze che sono state testate per vie di esposizione diverse da quella respiratoria e per cui non è dunque nota la tossicità in particolare dopo uso come aerosol, hanno mostrato la loro capacità di produrre danno all'organismo del lavoratore, in particolare con patologie interstiziali da «sostanze non tossiche».

Come appare evidente, queste situazioni fanno sì che il rischio non solo sia sottostimato in azienda, ma anche e soprattutto che i Dvr non lo evidenziano, basandosi sulle schede di sicurezza.

Qui di seguito alcuni esempi di patologie che sfuggirebbero alla sola lettura del Dvr:

Sindrome Ardystil: da esposizione a coloranti che sono stati applicati con pistole e che aerosolizzati sono divenuti tossici.

Flock workers lung: patologia registrata in Canada, Turchia e Spagna da microfibre di nylon e altri polimeri, si tratta di frammenti di fibre di nylon che arrivano nei polmoni.

Popcorn workers lung: bronchiolite obliterante insorta soprattutto fra i lavoratori che aggiungono un aroma al popcorn quale il «butter flavor» in aerosol a caldo. La prima

segnalazione è avvenuta nel 2002 sul N. Engl. J Med ed è stato dimostrato che il fattore determinante la malattia è il diacetyl. Uno studio successivo di tipo retrospettivo (1960-2003) condotto da van Rooy *et al.* (Bronchiolitis obliterans syndrome in chemical workers producing diacetyl for food favouring» in *Ajrccm* 2007) nella industria di produzione di questo composto ha rilevato 3 casi di bronchiolite obliterante.

Inoltre, un caso è stato descritto da Hendrick «Popcorn worker's lung in Britain in a man making potato crisp favouring» (*Thorax* 2008) in un operaio addetto all'aggiunta di questo stesso aroma nelle patatine.

Per concludere, sul tema del Dvr non possiamo non cominciare a ragionare su come questo strumento modifichi il suo valore alla luce delle novità introdotte al D.Lgs. 81, in particolare il D.Lgs. 14 settembre 2015 numero 151 che, all'articolo 20, modifica l'articolo 29 del D.Lgs. 81/2008 introducendo, con il comma 6 quater, la possibilità di fare ricorso a strumenti di supporto per la valutazione dei rischi, tra i quali gli strumenti informatizzati secondo il prototipo europeo Oira, mentre con il comma 6 ter introduce la possibilità di effettuare la valutazione dei rischi sulla base delle procedure standardizzate di cui all'articolo 6, comma 8, lettera f.

Ma anche il Decreto interministeriale del 27 marzo 2013 ed il Decreto legge n. 69 del 21 giugno 2013 «Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia» che stabilisce all'art. 35 che con un Decreto sono definite le misure di semplificazione degli adempimenti relativi all'informazione, formazione, valu-

tazione dei rischi e sorveglianza sanitaria per le imprese agricole, con particolare riferimento a lavoratori a tempo determinato e stagionali, e per le imprese di piccole dimensioni.

Un solo esempio esplicativo di questa problematica è dato dal possibile ricorso alle banche dati espositive. Orbene, se guardiamo alla nostra esperienza di tutela anche in sede giudiziaria, rileviamo costantemente una errata applicazione dei valori contenuti nella banca dati e facciamo riferimento, ad esempio, alla costante mancata introduzione dei fattori correttivi (moltiplicativi) indicati nelle modalità d'uso della banca dati vibrazioni (Paf).

Infine, due ultime considerazioni: la prima riguarda il possibile contrasto fra quanto il medico trae dal Documento di Valutazione e i dati espositivi e di rischio rilevati dallo stesso Istituto assicuratore nelle indagini mirate di settore²; la seconda, il contrasto fra il dato sulla non presenza di rischio in azienda e l'adibizione del lavoratore a sorveglianza specifica per rischio.

▼ Le differenze territoriali

A proposito di approcci più aggiornati, è il caso di attirare l'attenzione anche sul fatto che l'introduzione del regime del danno bio-

logico (art. 13 del D.Lgs. 38/2000), pur rappresentando un necessario e indubbio aggiornamento del sistema indennitario delle malattie professionali fino allora vigente, ha tuttavia finito per collocare nella fascia della franchigia proprio le maggiori patologie emergenti, in più introducendo limiti alla possibilità di ricorso giudiziario da parte del lavoratore – la nostra giurisprudenza non ammette cause per mero accertamento – che mostrano ogni giorno di più tutta la loro iniquità. Ma su questo aspetto torneremo più avanti.

Vale la pena tornare ai dati Inail e al tema della sottodenuncia delle malattie professionali per notare che siamo in presenza di grandi differenze a livello regionale e tale differenza appare ancora più significativa di quella tra sedi.

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

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

² Vedi a titolo di esempio pubblicazioni curate dalla Contarp quali: 1) Schede di rischio da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori nei comparti della piccola industria, dell'artigianato e dell'agricoltura; 2) Asfaltatori: i profili di rischio nei comparti produttivi dell'artigianato, delle piccole e medie industrie e pubblici esercizi; 3) Facchinaggio aeroportuale: I profili di rischio nei comparti produttivi dell'artigianato, delle piccole e medie industrie e pubblici esercizi 4) Network Italiano Silice. La valutazione dell'esposizione professionale a silice libera cristallina.

L'impressione complessiva che si trae dall'esame dei dati è che la frequenza con cui l'Inail rifiuta un riconoscimento sia piuttosto alta per le malattie tabellate ed altissima per quelle non tabellate (il 90%).

Per spiegare questo stato di cose si possono fare varie ipotesi:

- ▶ è possibile che vi siano delle denunce non sufficientemente fondate o mal documentate e su questo punto sarebbe utile avere informazioni su quante di queste avvengano in presenza o in assenza delle strutture sindacali di supporto ai lavoratori;
- ▶ è possibile che i criteri di valutazione dell'Inail siano restrittivi, come già osservato, soprattutto per quanto riguarda le malattie non tabellate, anche se oggi tale fattispecie concerne maggiormente la seconda e terza colonna delle tabelle, piuttosto che la prima, cioè quella indicante la patologia;
- ▶ è possibile che per queste ultime sia risultato arduo per il lavoratore, se non impossibile, provare il nesso di causalità attraverso la presentazione di documentazione utile a provare le sue esposizioni professionali, specie quando queste risalgono, come nel caso dei cancerogeni, a diversi decenni prima, quando la pratica dell'igiene industriale era decisamente poco diffusa e gli strumenti aziendali di registrazione delle esposizioni e dei rischi inesistenti o, nel migliore dei casi, esclusivamente frutto di conquiste contrattuali realizzate dal sindacato.

Proposte per un fattivo confronto con l'Inail:

- 1) prevedere la creazione presso le singole se-

di territoriali Inail di un archivio dei Dvr che permetta sia di non costringere a reiterare gli inviti al datore di lavoro di fornirlo ad ogni domanda di riconoscimento di Mp, il che comporta come rileviamo spesso che, con l'aumentare delle denunce, si riduce la volontà collaborativa del datore di lavoro e/o dei suoi consulenti, ma, soprattutto, permette di avere una conoscenza storica del rischio di quella determinata azienda;

- 2) definire in maniera chiara il ruolo che può svolgere la Contarp nel riconoscimento delle malattie professionali. A livello nazionale registriamo, infatti, una profonda disomogeneità dell'impiego di questa struttura consulenziale; per alcune sedi il ruolo della Contarp viene interpretato come finalizzato esclusivamente alla determinazione del premio, mentre in altre sedi (per altro minoritarie) viene vista e utilizzata come supporto all'area medico-legale nella determinazione del rischio del lavoratore, in particolare in quelle situazioni in cui non sono disponibili dati aziendali;
- 3) collegato al ruolo della Contarp e al suo possibile utilizzo, troviamo il tema di come viene utilizzato dall'Istituto Assicuratore un Dvr che sottostima il rischio/pericolo rispetto ai dati che emergono dalle indagini condotte sul campo dallo stesso Istituto assicuratore o rilevato nelle banche dati validate dalla Commissione consultiva salute e sicurezza nei luoghi di lavoro ai sensi del D.Lgs. 81 Smi;
- 4) è di frequente riscontro la discordanza fra i dati contenuti nel Dvr e la sottopo-

sizione del lavoratore alla sorveglianza sanitaria per specifici rischi (in genere proprio il rischio per il quale è stata avanzata richiesta di riconoscimento di Mp); è possibile costruire un canale di comunicazione attraverso il quale il medico valutatore acquisisce informazioni dal medico-competente in merito alle motivazioni che hanno portato all'inserimento di quel lavoratore nel programma di sorveglianza sanitaria (ipersensibilità, storia di esposizione significativa in una precedente esperienza lavorativa ecc.);

5) collegato al tema delle sensibilità troviamo quello di come, nella valutazione della idoneità del rischio, i medici dell'Istituto integrano i dati del Dvr con il tema del genere e dell'età;

6) infine, il tema più importante è quello di come riportiamo a valore la differenza fra malattia tabellata e malattia non-tabellata. Qui sarebbe utile un approfondimento delle procedure di trattazione dei casi, alla luce della nuova certificazione medica di malattia professionale che richiede che il medico certificatore si esprima sulla ascrivibilità tabellare delle patologie, in questo favorito dal fatto che la procedura dettaglia nel campo «malattia professionale» le sole voci tabellari (sarebbe utile che ciò avvenisse in riferimento alla ultima versione e non a quella più remota).

La corretta redazione del Dvr:

**tanto valido strumento di prevenzione primaria aziendale
quanto inefficace espediente di valutazione tecnopatica**

■ di Franco Martire*

Gli adempimenti a tutela della salute e della sicurezza sul lavoro sono ben caratterizzati nel Decreto legislativo n. 81/2008 e *Smi*: essi convergono in una estrinsecazione sostanziale, tangibile, realizzando il cosiddetto Documento di Valutazione dei Rischi o, più propriamente il Documento conseguente alla Valutazione dei Rischi (Dvr).

Il documento sopra citato rappresenta lo strumento indispensabile per pianificare tutte le azioni atte a tutelare la salute dei lavoratori, dopo aver attentamente e correttamente ponderato ogni possibile rischio lavorativo presente in un ambiente di lavoro. La rilevanza del documento di cui sopra ai fini della prevenzione antinfortunistica e tecnopatica è universalmente consolidata: diversamente, se il Dvr venisse utilizzato per fini diversi o in modo non corretto, potrebbe costituire un inadeguato quanto deviante e pericoloso strumento valutativo, fonte di incertezze e di conclusioni inappropriate. Per comprendere meglio cosa rappresenta il Dvr, vorrei attenermi strettamente alle di-

sposizioni legislative che, al contrario di quanto comunemente asserito, sono esplicative e chiare e non sottendono alcun'altra diversa interpretazione.

▼ Definizioni

All'articolo 2 del D.Lgs. 81/2008 si chiarisce che la «Valutazione dei Rischi» è una *«valutazione globale e documentata di tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori presenti nell'ambito dell'organizzazione in cui essi prestano la propria attività, finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza»*.

Sempre nell'ambito del medesimo Decreto, all'articolo 28, comma 2, lettera *a*) si definisce, opportunamente, proprio il «Documento di Valutazione dei Rischi» come uno *«strumento operativo di pianificazione degli interventi aziendali e di Prevenzione»*.

* Coordinatore regionale dei medici legali dell'Inca Calabria, dirigente del servizio Spisal Cosenza

Pertanto, il datore di lavoro, responsabile della redazione del Dvr con la collaborazione del medico competente (per i rischi di pertinenza sanitaria), deve valutare «*tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori*» al fine di individuare ed attuare le corrispondenti **misure preventive** e **protettive** pianificandole per un graduale miglioramento delle condizioni aziendali di tutela della salute e della sicurezza.

Ma cosa è il «Rischio» e cosa significa Prevenzione?»

La risposta la troviamo, ancora una volta, nell'elenco delle definizioni legislative del Testo Unico, dove all'articolo 2, si precisa che il «rischio» è la *probabilità di raggiungimento del livello potenziale di danno nelle condizioni di impiego o di esposizione ad un determinato fattore o agente oppure alla loro combinazione*; mentre la «prevenzione» viene definita come *il complesso delle disposizioni o misure necessarie anche secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, per evitare o diminuire i rischi professionali nel rispetto della salute della popolazione e dell'integrità dell'ambiente esterno*.

Ai fini della redazione del documento di valutazione dei rischi per la tutela della salute dei lavoratori, è utile comprendere che le «misure preventive» costituiscono ogni azione effettuata a tutela dell'incolumità del lavoratore *prima dell'esposizione al rischio lavorativo specifico*; d'altra parte, le «misure protettive» rappresentano quegli adempimenti che vengono realizzati *durante e dopo l'esposizione al rischio lavorativo*. Evidenziando bene che le citate «misure preventive» possono comprendere, tra l'altro, anche l'individuazione e la pianificazione delle «misure protettive».

▼ Dvr e misure preventive generali

Quali sono le misure preventive sopra citate ai fini della sicurezza sul lavoro? Lo stesso Capo III del D.Lgs. 81/2008 e Smi, all'articolo 15 (Gestione della prevenzione nei luoghi di lavoro), individua *le misure preventive generali di tutela*; ecco elencate quelle più significative:

- ▶ la valutazione dell'influenza dei *fattori ambientali e dell'organizzazione* del lavoro;
- ▶ l'*eliminazione dei rischi* e, ove ciò non sia possibile, la loro riduzione al minimo in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico;
- ▶ il rispetto dei *principi ergonomici* al fine di ridurre gli effetti sulla salute del lavoro monotono e di quello ripetitivo;
- ▶ l'*utilizzo limitato degli agenti* chimici, fisici e biologici sui luoghi di lavoro;
- ▶ la *limitazione al minimo del numero dei lavoratori* che sono, o che possono essere, esposti al rischio;
- ▶ il *controllo sanitario* dei lavoratori (*sorveglianza sanitaria*);
- ▶ l'*allontanamento del lavoratore dall'esposizione al rischio per motivi sanitari inerenti alla sua persona* e l'adibizione, ove possibile, ad altra mansione;
- ▶ l'*informazione e formazione adeguate* per i lavoratori; per dirigenti e i preposti; per i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- ▶ le *istruzioni adeguate* ai lavoratori;
- ▶ la *partecipazione e consultazione* dei lavoratori; dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- ▶ l'adozione di codici di condotta e di *buone prassi*;

- ▶ le misure di emergenza da attuare in caso di primo soccorso, di lotta antincendio, di evacuazione dei lavoratori e di pericolo grave e immediato;
- ▶ l'uso di segnali di avvertimento e di sicurezza;
- ▶ la regolare manutenzione di ambienti, attrezzature, impianti, con particolare riguardo ai dispositivi di sicurezza in conformità alla indicazione dei fabbricanti.

Diversamente dalla precedente legislazione in materia di sicurezza, il D.Lgs. 81/2008 ha introdotto il concetto dell'obbligo di valutazione di «tutti i rischi lavorativi» per la sicurezza e la salute dei lavoratori (art. 28 comma 1 - Oggetto della Vdr) connessi alle attrezzature di lavoro e alle sostanze o dei preparati chimici impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro; ma anche dei «rischi particolari» (ossia quelli specificamente previsti dal Decreto in discussione) e, inoltre, di quelli collegati allo stress lavoro-correlato, di quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e di quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro.

▼ Il Dvr e memorizzazione digitale dei dati

Quanto sinora detto si riferisce al documento conseguente alla valutazione dei rischi (Dvr) redatto in *forma cartacea*; tuttavia, è consentito l'impiego di sistemi di elaborazione automatica dei dati per la memorizzazione di qualunque tipo di documenta-

zione prevista dal Decreto legislativo 81/2008 a patto che le modalità di memorizzazione dei dati e di accesso al sistema di gestione della predetta documentazione assicurino che:

- ▶ l'accesso alle funzioni del sistema sia consentito solo ai *soggetti* a ciò espressamente *abilitati* dal datore di lavoro;
- ▶ la **validazione** delle informazioni inserite *sia consentito solo alle persone responsabili*, in funzione della natura dei dati;
- ▶ le operazioni di validazione sopra citate siano univocamente riconducibili alle persone responsabili che le hanno effettuate mediante la memorizzazione di *codice identificativo autogenerato dagli stessi*;
- ▶ le eventuali informazioni di **modifica**, ivi comprese quelle inerenti alle generalità e ai dati occupazionali del lavoratore, siano solo **aggiuntive a quelle già memorizzate**;
- ▶ sia possibile riprodurre su supporti a stampa;
- ▶ sia redatta, a cura dell'esercente del sistema, una procedura in cui siano dettagliatamente descritte le operazioni necessarie per la gestione del sistema medesimo.

La carenza dei requisiti e delle condizioni sopraindicate determina la non accettabilità legale del documento digitale conseguente alla valutazione dei rischi ai fini della tutela della salute dei lavoratori.

▼ Composizione del Dvr

Il documento conseguente alla valutazione dei rischi deve essere munito di *data certa* o

attestata dalla sottoscrizione del documento medesimo da parte del *datore di lavoro*, nonché, ai soli fini della prova della data, dalla sottoscrizione del *responsabile del servizio di prevenzione e protezione*, del *rappresentante dei lavoratori per la sicurezza* o del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza territoriale e del *medico competente*, ove nominato: è ovviamente comprensibile che la partecipazione attiva del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza ai fini della dimostrazione della «data certa», è assolutamente indispensabile.

In caso di *costituzione di nuova impresa*, il datore di lavoro è tenuto ad effettuare immediatamente la valutazione dei rischi (*dando-ne immediata evidenza e comunicazione al Rls*) elaborando il relativo documento entro novanta giorni dalla data di inizio della propria attività. Una particolare attenzione dovrà porsi sulle modalità di «redazione» del Dvr che, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 28, comma 2, è *rimessa al datore di lavoro, che provvede alla redazione del documento con criteri di semplicità, brevità e comprensibilità*.

Il Documento conseguente alla valutazione dei rischi lavorativi aziendali deve prevedere una parte introduttiva che individua l'*azienda* in oggetto; il *ciclo produttivo* (dalle *materie prime al prodotto finito*); le fasi di *produzione e/o di lavorazione*; le *qualifiche* del personale dipendente e le *mansioni* svolte (eventuali gruppi omogenei di rischio). All'articolo 28, comma 2, si individuano legislativamente i *contenuti* del Dvr, in particolare:

a) una *relazione sulla valutazione di tutti i rischi* per la sicurezza e la salute durante l'at-

tività lavorativa, nella quale siano specificati i *criteri adottati* per la valutazione stessa. I criteri adottati possono fare riferimento a procedure scientificamente ed universalmente riconosciute ed accettate; per alcuni rischi specifici sono individuati criteri di natura legislativa; per altra tipologia di rischi (agenti fisici, per esempio) sono individuati criteri valutativi di tipo strumentale;

- b) l'**indicazione delle misure di prevenzione e di protezione** attuate e dei Dpi adottati in relazione ad ogni singolo rischio identificato con le procedure ed i criteri sopra descritti;
- c) il **programma** delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza;
- d) l'**individuazione delle procedure per l'attuazione delle misure da realizzare**, nonché dei *ruoli dell'organizzazione aziendale che vi debbono provvedere*, a cui devono essere assegnati unicamente soggetti in possesso di adeguate competenze e poteri;
- e) l'indicazione del **nominativo** del Rssp, del Rls o di quello territoriale e del **medico competente che ha partecipato alla valutazione del rischio**;
- f) l'individuazione delle **mansioni che eventualmente espongono i lavoratori a rischi specifici** che richiedono una riconosciuta capacità professionale, specifica esperienza, *adeguata formazione e addestramento*.

Il Dvr di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a), deve essere *custodito presso l'unità produttiva alla quale si riferisce la valutazio-*

ne dei rischi, a disposizione del Rls aziendale e degli organismi di controllo e vigilanza.

▼ Il ruolo del medico competente

Nella valutazione dei rischi lavorativi aziendali e nella successiva redazione del Dvr, il medico competente interviene obbligatoriamente collaborando con il datore di lavoro per i casi in cui è ipotizzabile un rischio lavorativo di pertinenza sanitaria.

Ciò significa che il datore di lavoro dovrà coinvolgere il medico competente nella redazione del Dvr ancor prima che si effettui la sorveglianza sanitaria dei lavoratori, proprio per verificare l'ammissibilità della stessa sorveglianza sanitaria.

Il medico competente dovrà, ancora, collaborare per:

- ▶ l'individuazione del *protocollo sanitario* di sorveglianza sanitaria dei gruppi omogenei di lavoratori esposti a rischi particolari;
- ▶ la valutazione di alcuni *rischi complessi* (come quelli connessi all'esposizione agli *agenti biologici, cancerogeni e teratogeni*);
- ▶ la valutazione dello *stress lavoro-correlato*; dei *movimenti ripetitivi*; della *movimentazione manuale dei carichi*; dell'esposizione ai videoterminali; agli *agenti fisici*;
- ▶ la valutazione dei rischi delle *lavoratrici madri* e dei *lavoratori minorenni*, ma anche dei *lavoratori* più anziani; delle attività che effettuano *turni notturni*;
- ▶ la specifica valutazione dei rischi in caso di procedure di riabilitazione alla specifi-

ca attività di lavoro al rientro dopo *infortuni* o importanti *patologie*;

- ▶ la specifica *informazione e formazione* sanitaria;
- ▶ la predisposizione ed il controllo periodico dei presidi strumentali e farmacologici per il *pronto intervento aziendale*;
- ▶ la raccolta, corretta e consapevole, dei *dati aziendali sull'infortunistica e sulle denunce delle malattie professionali*, nonché per l'utilizzazione dei suddetti dati quali strumenti indispensabili di prevenzione dei rischi aziendali;
- ▶ per la *gestione della cartella sanitaria e di rischio lavorativo* per ogni lavoratore (luogo di custodia; consegna della cartella alla cessazione del rapporto di lavoro; mantenimento della privacy).

▼ La consultazione del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

Il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (Rls) in occasione della redazione del Dvr dovrà essere obbligatoriamente consultato sia nella fase prodromica della valutazione dei rischi aziendali, sia nella successiva redazione del Dvr.

La suddetta consultazione del Rls viene riproposta in occasione della rielaborazione obbligatoria del Dvr in conseguenza di **modifiche del processo produttivo o della organizzazione del lavoro** significative ai fini della salute e sicurezza dei lavoratori, o in **relazione al grado di evoluzione della tecnica**, della **prevenzione** o della **protezione** o a se-

guito di infortuni significativi o quando i risultati della sorveglianza sanitaria ne evidenzino la necessità.

▼ Procedure standardizzate di valutazione dei rischi

I datori di lavoro che occupano *fino a 10 lavoratori* effettuano obbligatoriamente la valutazione dei rischi sulla base delle procedure standardizzate di cui al **Decreto interministeriale 30 novembre 2012**. Inoltre, la possibilità di redigere un Dvr con «procedure standardizzate» per la valutazione dei rischi, viene estesa anche ai datori di lavoro che occupano fino a 50 lavoratori.

Le disposizioni di cui al Dì sulle «procedure standardizzate» *non si applicano* alle attività svolte nelle seguenti aziende:

a) aziende di cui all'articolo 31, comma 6, lettere a), b), c), d), f) e g) (*grandi rischi*);
 b) aziende in cui si svolgono attività che espongono i lavoratori a *rischi chimici, biologici, da atmosfere esplosive, cancerogeni mutageni*, connessi all'esposizione ad *amianto*.
 In realtà, il Decreto interministeriale individua una metodologia standardizzata di valutazione dei rischi dedicata alle aziende rientranti nello specifico campo di applicazione. In particolare, attraverso gli allegati al decreto in discussione, il datore di lavoro può seguire le istruzioni operative per la valutazione dei rischi aziendali e la corretta redazione del documento conseguente alla valutazione dei rischi, sulla base della modulistica allegata e appresso precisata:

► **modulo 1.1 - Dati generali dell'azienda;**

- **allegato al modulo 1.1 - Organigramma della sicurezza aziendale;**
- **allegato al modulo 1.1 - Planimetrie e layout;**
- **modulo 1.2 - Descrizione delle lavorazioni aziendali ed identificazione delle mansioni;**
- **modulo 2 - Individuazione dei pericoli;**
- **modulo 3 - Individuazione dei pericoli e piano di miglioramento.**

In questo Decreto interministeriale troviamo (per la prima volta in un dispositivo legislativo di sicurezza sul lavoro) meglio esplicitati alcuni rischi di rilevante incidenza sulla sicurezza dei lavoratori.

In particolare, i rischi da *movimentazione manuale dei carichi* che comprendono oltre al sollevamento anche le criticità dei *movimenti ripetitivi* e delle *posture incongrue*; e lo *stress lavoro-correlato* dove si segnalano, come criticità da valutare, i numerosi *infortuni/assenze*, i *contrast* tra lavoratori, il *disagio psico fisico*, il *calo di attenzione*, l'*isolamento*, ecc.; nelle attività svolte con il pubblico (in ospedale, di sportello, di intrattenimento, di rappresentanza, di vendita, di vigilanza, ecc.), si individuano le criticità delle «*aggressioni fisiche e verbali*» (*tabelle 1 e 2*).

▼ La vigilanza sulla valutazione dei rischi e Dvr aziendale

Come organo di vigilanza la nostra attenzione si sofferma particolarmente sulla verifica dei criteri di valutazione dei rischi lavorativi aziendali e sulla corretta redazione del documento; proprio perché il Dvr rappre-

Tabella 1 - Decreto Interministeriale 30 novembre 2012
Procedure standardizzate per la valutazione dei rischi

MODULO N. 2
INDIVIDUAZIONE DEI PERICOLI PRESENTI IN AZIENDA

1	2	3	4	5	6
Famiglia di pericoli	Pericoli	Pericoli presenti	Pericoli non presenti	Riferimenti legislativi	Esempi di incidenti e di criticità
Lavoro al videoterminale	Lavoro al videoterminale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- D.Lgs. 81/08 s.m.i. (Titolo VII; Allegato XXXIV)	<ul style="list-style-type: none"> • Posture incongrue, movimenti ripetitivi. • Ergonomia del posto di lavoro • Affaticamento visivo
Agenti fisici	Rumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- D.Lgs. 81/08 s.m.i. (Titolo VIII, Capo I; Titolo VIII, Capo II)	<ul style="list-style-type: none"> • Ipoacusia • Difficoltà di comunicazione • Stress psicofisico
Movimentazione manuale dei carichi	Posture incongrue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- D.Lgs. 81/08 s.m.i. (Titolo VI Allegato XXXIII)	• Prolungata assunzione di postura incongrua
	Movimenti ripetitivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- D.Lgs. 81/08 s.m.i. (Titolo VI; Allegato XXXIII)	• Elevata frequenza dei movimenti con tempi di recupero insufficienti
	Sollevamento e spostamento di carichi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- D.Lgs. 81/08 s.m.i. (Titolo VI; Allegato XXXIII)	<ul style="list-style-type: none"> • Sforzi eccessivi • Torsioni del tronco • Movimenti bruschi • Posizioni instabili

Tabella 2 - DECRETO INTERMINISTERIALE 30 novembre 2012

MODULO N. 2
INDIVIDUAZIONE DEI PERICOLI PRESENTI IN AZIENDA

1	2	3	4	5	6
Famiglia di pericoli	Pericoli	Pericoli presenti	Pericoli non presenti	Riferimenti legislativi	Esempi di incidenti e di criticità
Fattori organizzativi	Stress lavoro-correlato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- D.Lgs. 81/08 s.m.i. (art. 28, comma 1-bis) - Accordo europeo 8 ottobre 2004 - Circolare Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali del 18/11/2010	<ul style="list-style-type: none"> • Numerosi infortuni/assenze • Evidenti contrasti tra lavoratori • disagio psico-fisico • calo d'attenzione, • Affaticamento • isolamento
Condizioni di lavoro particolari	Lavoro notturno, straordinari, lavori in solitario in condizioni critiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- D.Lgs. 81/08 s.m.i. art. 15, comma 1, lettera a)	<ul style="list-style-type: none"> • Incidenti causati da affaticamento • Difficoltà o mancanza di soccorso • Mancanza di supervisione
Pericoli connessi all'interazione con persone	Attività svolte a contatto con il pubblico (attività ospedaliera, di sportello, di formazione, di assistenza, di intrattenimento, di rappresentanza e vendita, di vigilanza in genere, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- D.Lgs. 81/08 s.m.i. art. 15, comma 1, lettera a)	• Aggressioni fisiche e verbali

senta l'atto formale in cui si individuano prioritariamente le situazioni di rischio e, conseguentemente, si stabiliscono le misure di prevenzione e di protezione specifiche, pianificando, nel tempo, il miglioramento della sicurezza aziendale e la verifica dell'efficacia delle misure adottate.

Per le motivazioni sopra discusse, l'attività di vigilanza sull'applicazione delle norme di tutela della salute dei lavoratori non può prescindere dal prioritario controllo della corretta redazione dello stesso documento che, con grandissima frequenza, troviamo irregolarmente stilato, con numerose confuse divagazioni, non attinenti alle chiare indicazioni legislative.

Elenchiamo appresso *le più frequenti condizioni di irregolarità* rilevate durante la nostra attività di vigilanza sulla corretta applicazione delle norme di sicurezza:

- ▶ *Mancata consultazione Rls* o mancata nomina del Rls: rende nulla tutta la procedura di valutazione dei rischi; si rammenta che la presenza della figura del Rls è indispensabile in quanto incarna la «rappresentanza» di tutti i lavoratori aziendali esposti, ossia, di coloro ai quali sono rivolte le tutele sulla sicurezza.
- ▶ Mancato rispetto della *data certa* con ratifica ufficiale del Dvr da parte delle figure obbligatorie: il Dvr è un documento dinamico, per cui spesso troviamo aziende che, per varie ragioni, devono aggiornare o integrare il documento in discussione. Ogni aggiornamento/integrazione del Dvr dovrà avere la propria data e sarà custodito in azienda a riprova delle procedure attuate per migliorare nel tempo le condizioni di sicurezza.

- ▶ Redazione del Dvr *senza l'indicazione delle procedure formali* di cui all'art. 28: esse sono indispensabili per un'efficace valutazione dei rischi e redazione del Dvr; spesso assistiamo a sommarie valutazioni senza l'indicazione dei criteri adottati, ovvero a redazioni di schede tipo *check list* senza alcuna conclusione; spesso **non sono individuate** le misure preventive e/o protettive conseguenti alla valutazione di ogni singolo rischio individuato. Con grande frequenza assistiamo ad imponenti opere d'arte di migliaia di pagine, redatte con assoluta omissione delle indicazioni obbligatorie legislative; spesso senza rispettare i *criteri di semplicità, brevità e comprensibilità*; sovente, senza i contenuti formali di cui all'articolo 28.
- ▶ *Omissione di significativi rischi lavorativi*: i numerosi sopralluoghi ispettivi dell'organo di vigilanza rilevano frequentemente la presenza di processi lavorativi aziendali non indicati nel Dvr con la conseguente mancata evidenziazione di importanti rischi lavorativi (che non vengono valutati né discussi). Si rammenta, tra l'altro, che alcuni rischi lavorativi non compresi nel D.Lgs. 81/2008 e *Smi*, sono definiti da altre norme legislative specifiche spesso dimenticate.
- ▶ *Omissione di importanti misure preventive*; spesso troviamo omissioni inerenti alla *programmazione della sorveglianza sanitaria* dei gruppi omogenei di lavoratori esposti *a rischi specifici*; delle misure preventive e protettive per le *lavoratrici madri*; ma anche inerenti alla *program-*

mazione della formazione specifica e dell'addestramento dei lavoratori ecc.

- ▶ Omissione delle *mansioni dei lavoratori esposti a rischi specifici*: non si rileva nel Dvr il gruppo omogeneo dei lavoratori esposti a particolari rischi per i quali si innescano procedure preventive e protettive particolari.
- ▶ *Mancata redazione del Dvr dell'unità produttiva* in presenza di Dvr nazionale: nelle aziende che hanno più sedi nel territorio italiano, dotate di completa autonomia gestionale ed economica, spesso troviamo un unico Dvr redatto dalla sede centrale senza alcun riferimento ai rischi specifici presenti nella realtà aziendale locale.
- ▶ *Mancate integrazioni specifiche* in base alla tipologia di rischio: ci sono alcuni rischi specifici, codificati nel Tu della sicurezza sul lavoro, per i quali la norma richiede ulteriori e specifiche integrazioni valutative: è il caso della valutazione dell'esposizione ad *agenti fisici* (rumore, vibrazioni, radiazioni); è il caso dell'esposizione agli *agenti chimici, cancerogeni, mutageni e amianto*; è il caso dell'esposizione agli *agenti biologici*.

▼ Il medico competente ed inadempienze più frequenti

L'organo di vigilanza è stato spesso testimone attivo di una relazione non sempre agevole tra il medico competente, la valutazione dei rischi e la conseguente redazione del Dvr. In particolare riportiamo le più fre-

quenti criticità rilevate e, spesso, sanzionate: Il medico competente, ove previsto, collabora con il Ddl per la redazione del Dvr ma spesso *omette* di:

- ▶ firmare il Dvr (prova della collaborazione per la redazione del documento); oppure firmare un Dvr che contiene un elenco di rischi che è in netto contrasto con i rischi individuati nel protocollo sanitario proposto dallo stesso medico;
- ▶ formulare osservazioni scritte al datore di lavoro per procedere ad una integrazione del Dvr già redatto da altre figure, quando questo non rilevi importanti rischi lavorativi di pertinenza sanitaria o non siano stati valutati secondo le indicazioni legislative;
- ▶ valutare i rischi di pertinenza sanitaria (*biologico; Mmc e ripetitivi; ag. fisici; ag. chimici e cancerogeni; stress lavoro-correlato; lavoro notturno; lavoro minorile e lavoratrici madri; lavoratori disabili; su richiesta ai sensi dell'art. 41, c. 2, lett. c*);
- ▶ partecipare alla valutazione iniziale dei rischi, anche solo per affermare che un rischio di pertinenza sanitaria è tale da non determinare l'effettuazione della sorveglianza sanitaria;
- ▶ (in caso di sostituzione del medico competente) prendere visione del Dvr esistente e, se necessario, di proporre modifiche ed integrazioni di pertinenza medica;
- ▶ considerarsi responsabile della sorveglianza sanitaria di un'unità produttiva, in presenza di un medico competente coordinatore (il medico competente aziendale nominato localmente è responsabile

diretto di tutti gli adempimenti specifici legislativi obbligatori, anche in presenza di un medico coordinatore);

- ▶ considerare il protocollo sanitario come parte integrante del Dvr;
- ▶ verificare se il proprio protocollo sanitario si discosta da quello proposto nel Dvr.

▼ Documento di Valutazione dei Rischi - prevenzione e malattie professionali

Si sottolinea l'importanza della corretta redazione da parte del medico competente della *cartella sanitaria e di rischio lavorativo* del lavoratore in quanto quest'ultima viene redatta sulla base dei «contenuti minimi» imposti legislativamente.

In conseguenza di quanto appena detto, è necessario evidenziare che l'ultima modifica dell'*Allegato 3A* concernente «i contenuti minimi» della cartella sanitaria e di rischio lavorativo e del giudizio di idoneità alla specifica attività, è realizzata dal **Decreto ministeriale 9 luglio 2012** (Gu Serie Generale n. 173 del 26-7-2012) - «*Contenuti e modalità di trasmissione delle informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, ai sensi dell'articolo 40 del Decreto legislativo 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*».

In particolare, ogni *cartella* contiene la raccolta dati relativi alle *visite mediche* con delle specifiche sezioni da compilare, tra cui quella dei «*provvedimenti adottati dal medico competente*», dove si deve *obbligatoriamente*

mente indicare se si è proceduto o meno alla segnalazione di una malattia professionale ai sensi dell'art. 139 del Dpr 1124/65.

Altra voce da compilare è quella dei *fattori di rischio* per ogni singolo lavoratore: questa voce la si ritrova anche come contenuto minimo dei *giudizi di idoneità alla mansione* di lavoro.

Da quanto appena espresso ne deriva una serie di *importanti responsabilità a carico del medico competente* in materia di prevenzione e sicurezza e tutela della salute sul lavoro. Nello specifico si individua:

- ▶ **Responsabilità del Mc** per la mancata segnalazione della patologia lavoro-correlata che ha determinato la redazione di un giudizio di idoneità con limitazione e/o prescrizioni.
- ▶ **Responsabilità del Mc** nella mancata segnalazione al lavoratore dell'esistenza di una tecnopatia; tra l'altro, quest'ultima inadempienza potrebbe innescare un meccanismo di richiesta di risarcimento di danno biologico qualora il lavoratore con patologia lavoro-correlata decidesse, dopo qualche anno, di segnalare la tecnopatia all'Inail ricevendone un diniego per «perenzione dei termini».

▼ Documento di Valutazione dei Rischi - assicurazione e malattie professionali

A questo punto della relazione abbiamo tutti gli elementi possibili per asserire che *lo scopo meramente preventivo* del Dvr e la *finalità legislativa* dello stesso contrasta con

l'esclusiva utilizzazione che ne vogliono fare alcune sedi territoriali Inail ai fini della valutazione medico-legale di una patologia professionale.

A tal proposito, è utile rammentare che:

- 1) Il Dvr è un documento di parte datoriale soggetto a sanzioni, quindi a verifica da parte dell'organo di vigilanza territorialmente competente;
- 2) Il Dvr non rappresenta una fonte documentale probatoria per la dimostrazione di una pregressa esposizione a rischi lavorativi, perché non ne ha né le finalità né i criteri. Un datore di lavoro non firmerà mai la sussistenza pregressa di un'esposizione non protetta a rischi lavorativi e

quindi illecita, lasciando per iscritto ai posteri un'attestata situazione di illegittimità;

- 3) Il Dvr non è riferito nominativamente ai rischi di un singolo lavoratore (con tutte le sue specificità lavorative ed individuali), né può rappresentare la storia lavorativa di questi, ammesso che abbia lavorato sempre nella medesima azienda.

In conclusione, è doveroso precisare che la sede nazionale Inail ha frequentemente manifestato concordanza con queste osservazioni inserendo il Dvr tra i documenti «consultabili» ma non determinanti ed esclusivi ai fini del riconoscimento di una malattia professionale.

La disfunzione del Dvr in ambito previdenziale

■ di Giovanni Sicuranza*

Per analizzare la congruità del Documento di Valutazione dei Rischi in ambito di riconoscimento di malattia professionale, mi soffermo su una rapida descrizione dei protagonisti, rapida perché altrove, in questa ed altre sedi, si è discusso e si discute del loro significato ed uso.

▼ La malattia professionale. Una definizione

Non esiste, è argomento ormai noto ed usurato, una definizione unica, ufficiale. Se la malattia è una «modificazione peggiorativa dello stato anteriore a carattere dinamico, estrinsecatesi in un disordine funzionale apprezzabile di una parte o di un intero organismo, che si ripercuote sulla vita organica e di relazione e che determina un'effettiva menomazione e richiede un intervento terapeutico» (C. Gerin), la **malattia professionale** può essere definita come «*qualsiasi stato morboso* che possa essere posto *in rapporto causale* con lo svolgimento di una *qualsiasi attività lavorativa*» (A. Fiori).

È una definizione che ritengo completa, nel suo dinamismo, perché ci dice una verità che racchiude qualsiasi malattia, tabellata e non tabellata, in rapporto di causa con qualsiasi attività di lavoro. Non esiste lavoro che non racchiuda, per sua intrinseca natura e/o perché protratto nel tempo, rischi, sia fisici, sia psichici; rischi professionali, ambientali, organizzativi.

È una definizione che ben trova accoglimento in quanto ci indica, da un lato, le tabelle Inail, dall'altro, soprattutto, il sistema di lista ex Dm 2014, ultimo aggiornamento (prima 1973, 2004, 2008, 2009); sistema di lista importante per il quale vige l'obbligo di segnalazione di malattia professionale da parte del medico.

In sintesi: lista 1, malattie e rischi lavorativi in elevata probabilità, lista 2 in probabilità, lista 3 in possibilità.

Una nota: l'analisi del caso specifico permette, con opportuni accorgimenti dello studio del nesso di causa (es. criterio di esclusione – vd. stress lavoro-correlato, lista 2 costrittività organizzativa, disturbo del-

* Medico legale dell'Inca Emilia Romagna

l'umore), di «elevare» per ognuno di esso la lista 2 in 1, la 3 in 2 e persino in 1, così come queste liste sono periodicamente aggiornate sulla base del progresso delle conoscenze mediche.

Ecco, la definizione del Fiori di malattia professionale ben veste questo sistema di lista, perché non ha limiti nella definizione di malattia nell'attività lavorativa individuata e condivide il dinamismo della conoscenza con le liste, analizzando il significato delle parole contenute.

Un'altra nota: il rapporto di causa indicato dal Fiori va inteso intanto in opportuna graduazione del nesso di causa previdenziale, debole per quanto probabile, efficiente, rispetto a quello in ambito civilistico, ancora più debole rispetto a quello in ambito penale, e nel principio «in dubbio pro misero», quindi accogliendo anche la concausa con altre concause anche extraprofessionali, purché ovviamente abbiano idoneità lesiva e quelle extraprofessionali non siano dirimenti.

▼ Il Dvr

Intanto ricordiamo che in ambito di prevenzione e sicurezza: il **pericolo** è una proprietà intrinseca di una sorgente, di un oggetto, di una sostanza, di provocare un danno indipendentemente da fattori esterni; il **danno** è la magnitudo delle conseguenze negative derivate dal verificarsi dall'evento; il **rischio** invece è un concetto probabilistico; è la proprietà che accada un certo evento in grado di causare un danno alle persone.

La **valutazione dei rischi** è uno degli aspetti della **sicurezza sul lavoro** sul quale il Testo unico legifera in modo preciso definendo non solo gli obblighi del datore di lavoro, ma anche come procedere per garantire una corretta valutazione dei rischi presenti nel luogo di lavoro sulla base anche degli aspetti tipici dell'attività lavorativa in questione.

La **normativa** in relazione alla valutazione dei rischi determina anche il modo in cui deve essere redatto il Documento di Valutazione dei Rischi, quali figure lavorative ne sono responsabili e cosa deve essere inserito nel documento al fine di risultare esattamente in regola con la normativa. Valutare i rischi all'interno di un'azienda vuol dire prendere in considerazione tutti gli aspetti definiti dalla normativa e soprattutto le misure da attuare obbligatoriamente per ridurre tali fattori di rischio; le procedure previste dal D.Lgs. 81/08 mirano non solo a tutelare la sicurezza dei lavoratori ma anche a definire i loro diritti relativi alla formazione e soprattutto all'informazione inerente agli eventuali rischi nello svolgimento delle attività lavorative. In particolare, i riferimenti sono l'art. 28, 29, 181, 182, 190, 202, 209 e altri, che qui non è compito approfondire.

Il Documento di Valutazione dei Rischi narra dunque, secondo precise disposizioni da Decreto legislativo, quali sono i rischi individuati in azienda, i sistemi di individuazione e misurazione dei rischi, i risultati dei rischi in funzione a valori soglia e di riferimento, le misure adottate per ridurre o eliminarli alla fonte, i rischi e i provvedimenti che dovranno ancora essere programmati per il miglioramento della sicurezza.

È una scrittura privata del datore di lavoro, dunque di una figura non protagonista rispetto all'indagine Inail, e non un atto pubblico come una cartella clinica.

▼ Le disfunzioni dell'uso del Dvr in ambito previdenziale

Intanto, per sua natura ben codificata, il Dvr nasce e si limita al Sistema di sorveglianza e sicurezza, ovvero documenta la valutazione delle probabilità del verificarsi dei pericoli in una determinata attività lavorativa. È un sistema di misurazione e descrizione di provvedimenti *ex ante*, riferito ad un gruppo di popolazione lavorativa, che viene trasferito *ex post*, in modo non previsto dal legislatore, per valutare la probabilità che il danno, la patologia, denunciata da un lavoratore sia stata causata dall'attività lavorativa o ambientale lavorativa. Anche qualora il Dvr sia congruo e ben redatto – evenienza che non è così assodata nella realtà quotidiana e ben lo verificiamo con i nostri esperti in materia (e qui rinvio all'intervento di Anna Maria Righi con alcuni esempi di Dvr non proprio accurati), e ben lo sa l'Asl con il sistema di vigilanza – comunque, vediamo qui il primo elemento di incongruità, non previsto dal legislatore, quando applico il Dvr in un'altra dimensione del lavoratore, quella appunto dell'indagine previdenziale, dove il Dvr, così come il suo contenuto di indagine, è elemento sistematicamente omissso sia nel sistema tabellare sia in quello delle liste.

▼ Approfondimenti

► La staticità

È un documento che ha valore per l'anno in cui è stato rilasciato. Importante, per renderlo giuridicamente valido, è che ci siano la data certa e l'approvazione con firme del datore di lavoro, medico competente, rappresentante dei lavoratori per la sicurezza. Dunque, un singolo o pochi Dvr poco mi narrano della storia lavorativa di una persona, dei suoi anni, dei suoi decenni, in cui i rischi sono probabilmente cambiati per effetti estrinseci, di ambiente, macchinari, sostanze, ed intrinseci, per incremento del rischio nel tempo in un soggetto che prosegue non solo in età lavorativa ma anche in quella anagrafica.

Il concetto di **incremento del rischio nel tempo** è importante in medicina previdenziale. Una goccia che cade su un punto di una roccia non ha idoneità lesiva per quella roccia, lo ha se analoghe gocce nei secoli cadono nello stesso punto, fino ad eroderla (è la consistenza della roccia che cambia a parità di persistenza del rischio).

È un concetto evocativo, come quello, proposto in controbattuta da una collega Inail, che comunque la piuma che cade è sempre una piuma che cade (il che significa che se non c'è rischio oggi, non c'è nemmeno dopo un anno).

Si tratta comunque, a ben vedere, di esempi non pertinenti. Non tengono conto, nell'incremento del rischio nel tempo, almeno di due elementi che fanno riferimento alla dinamicità: il corpo su cui cade la goccia o la piuma nel tempo non è più lo

stesso, come capacità di resistenza alla caduta, di un anno prima, non lo è per vari motivi: l'età anagrafica, l'insulto dell'oggetto che persistentemente cade; e quest'ultimo acquisisce nel tempo idoneità lesiva in quanto, in proporzione alla debolezza del corpo colpito, è forse lo stesso oggetto, ma ha valenza lesiva diversa. Altro motivo per cui i suddetti esempi non sono validi è che non c'è mai solo una goccia, non solo una piuma, ma su quella particolare struttura del corpo ci sono in contemporanea anche l'impatto del vento, granelli di sabbia. È un concetto di rischi interferenti, su cui torno in seguito, e in cui si combinano spesso anche fattori extraprofessionali, che vanno valutati nella proporzione della nota e a volte dimenticata circolare Inail del 2006, su cui anche tornerò in seguito.

È importante la rappresentazione del dinamismo, non solo continuativo nel tempo, ma anche plastico, tra fonte della sorgente (rischio) e bacino in cui termina (regione anatomica).

Ricordo che il Dvr va rinnovato almeno ogni quattro anni, due per lo stress lavoro-correlato, tre per rumore, chimico e, indipendentemente dalle scadenze prevista da D.Lgs. 81/2008, qualora vi siano variazioni ambientali e lavorative.

Se la sua staticità di stesura fosse sufficiente, non sarebbe necessario richiamare al rinnovo per legge, non avrebbe forse nemmeno senso il dinamismo della visita del medico competente e quello della vigilanza Asl.

► *La staticità cronologica*

Il 2008 è l'anno di svolta per la rivalutazione della Prevenzione e Sicurezza (D.Lgs. 81/2008) in cui valori limiti di riferimento (Niosh) per costanti di peso sono stati rivalutati con valori più bassi per i lavoratori.

Le Linee guida di applicazione del D.Lgs. 626/94 avevano infatti individuato come costante di peso i 20 kg per le donne e i 30 kg per gli uomini maggiorenni; le norme Uni En 1005-2 e Iso 11228-1 usano gli stessi fattori demoltiplicativi del Niosh, ma chiedono all'utilizzatore di selezionare un diverso e minore peso iniziale di riferimento tenendo conto delle caratteristiche di età, di genere e della percentuale di popolazione da tutelare (le norme Iso 11228 fanno riferimento alla metodologia *Niosh-Ocra-Snook Ciriello* e alle norme Uni En 1005-2 e Uni En 1005-5, che derivano dalla suddetta Iso dell'anno 2008).

Ne consegue, tra l'altro, che i Dvr fino al 2008, anche se ben redatti, sottostimavano la portata del rischio Mmc e sovraccarico biomeccanico. Lo stesso è avvenuto per il valore soglia di esposizione a rumore otolesivo, in tale anno passato da 85 a 80 db(A).

► *Sistemi di valutazione incompleti*

È un limite che il Dvr si porta dietro dalla prevenzione e sicurezza, che spinge a continui studi e ricerche in merito, e che inevitabilmente racchiude anche e a maggiore ragione, unito agli altri elementi di fragilità previdenziale, i nostri interessi. Cito alcuni esempi di sistemi di valutazione con applicazioni raccomandate e limiti.

NIOSH	
Popolazione lavorativa	Massa di riferimento (kg)
Maschi (18-45 anni)	25
Femmine (18-45 anni)	20
Maschi giovani (fino 18 anni) ed anziani (oltre 45 anni)	20
Femmine giovani (fino 18 anni) ed anziane (oltre 45 anni)	15

► *Niosh*

Considerate le indicazioni sopra richiamate e al fine di garantire un più elevato livello di protezione ad una fascia di popolazione lavorativa sempre più numerosa e sempre più anziana, si ritiene di proporre che la massa di riferimento o costante di peso per i lavoratori e le lavoratrici di età superiore ai 50 anni sia di 15 Kg.

La procedura di calcolo del limite di peso raccomandato è applicabile quando ricorrono le seguenti condizioni:

- carichi di peso superiore a 3 Kg;
- azioni di movimentazione che vengono svolte in via non occasionale (frequenze medie di 1 volta ogni ora nella giornata lavorativa tipo);
- azioni di tipo occasionale ma con valori vicini ai valori di peso massimi consigliati, specie se comportanti posture incongrue del rachide;
- sollevamento di carichi svolto in posizione in piedi (non seduta o inginocchiata) in spazi non ristretti;
- sollevamento di carichi eseguito con due mani;
- altre attività di movimentazione manuale (trasportare, spingere, tirare) minimali;
- adeguata frizione tra piedi (suola) e pavimento (coefficiente di frizione statica > 0.4);

- gesti di sollevamento eseguiti in modo non brusco;
- carico non estremamente freddo, caldo, contaminato o con contenuto instabile;
- condizioni microclimatiche favorevoli.

Vantaggi

Metodo analitico che *valuta solo le operazioni di sollevamento* (vedi nota sui rischi interferenti).

È applicabile ai settori industriali. È riproducibile. Permette di ricavare l'effettiva esposizione giornaliera di un singolo lavoratore, in presenza di attività che comportano l'esecuzione di diversi compiti (esposizione media). Individua il peso ideale da movimentare nelle diverse condizioni. Tiene conto del genere e dell'età.

Svantaggi

Richiede una preparazione di base.

Non è applicabile al settore sanitario.

Non può essere applicato nelle seguenti condizioni:

- lavoro svolto per più di 8 ore al giorno;
- sollevamento effettuato in posizione seduta o inginocchiati;
- sollevamento in aree ristrette o con movimenti a scatto;
- condizioni climatiche sfavorevoli;

- ▶ pavimenti scivolosi;
- ▶ trasporto di un peso per un tratto superiore ai 2 metri.

Non tiene conto delle condizioni di salute del lavoratore.

Le condizioni di salute, pregresse patologie, rappresentano anche un rischio interferente (vedi di seguito): si pensi a chi compie movimenti gomito-polso in attività lavorativa svolta a ritmi ripetitivi e ha la spalla menomata (magari già tutelata da Inail, evento sentinella dell'indagine in medesimo arto con rischi sovrapponibili?)

Nota. Il metodo svizzero, Suva, tiene conto, come fattore moltiplicativo, anche del periodo in cui il carico è mantenuto sollevato.

Queste condizioni vengono prese in considerazione quando si applica l'indagine medico legale sul singolo lavoratore?

Vengono indagate le congruità del Niosh durante le indagini di valutazione Mp sul singolo lavoratore?

- ▶ **Rischio biomeccanico arti superiori.**
Check-list Ocra ed altri metodi

Il metodo Acgih considera frequenza d'azione e forza, attribuendo maggior peso a quest'ultima.

L'Orege attribuisce a ripetitività e forza un uguale peso nella determinazione del rischio, maggiore rispetto a quello attribuito alla postura incongrua.

La **check-list Ocra** – metodo ridotto della valutazione Ocra – attribuisce alla forza il peso maggiore, seguita dalla postura e dalla ripetitività al pari con la carenza dei tempi di

recupero. Il fattore forza viene però inserito in contesti valutativi tali da determinarne raramente il raggiungimento del punteggio massimo ottenibile.

Lo **strain index** applicato preferenzialmente per il sovraccarico del polso, considera la forza come elemento maggiore del rischio, con conseguente netta minor importanza per ripetitività.

Nella valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico all'arto superiore l'utilizzo di più metodi di valutazione garantisce una più adeguata analisi del rischio biomeccanico, consentendo tra l'altro da una parte di rafforzare l'analisi di variabili contemporaneamente esplorate e dall'altra di indagare fattori e segmenti sui quali i metodi hanno una diversa specificità (vedi anche medesime conclusioni a cui giunge uno studio condotto dalla Medicina del Lavoro, Università di Torino, «Esperienze di valutazioni dell'applicazione del rischio dalle Linee Guida Simlii sul rischio biomeccanico per l'arto superiore»; G Ital Med Lav Erg 2008; 30-3; Suppl 20-25).

▼ I rischi interferenti.

La miscela dei rischi

Come evidenzia anche la ricerca di metodi di valutazione che diano pari rilievo a vari rischi (vedi sopra), la pratica lavorativa quotidiana è composta non da singoli rischi che si succedono nell'arco del turno, ma da rischi che si ripetono, si riprendono, e che spesso sono presenti in contemporanea nel ciclo di lavoro. Si pensi a quanto dettagliato sopra

per il sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore.

Oppure al rischio movimentazione manuale carichi e posture incongrue per il rachide, lombare in particolare, ma non solo, e all'interpersi del rischio vibrazioni trasmesse al corpo intero. Ad esempio pensiamo al magazziniere carrellista, all'operaio edile che è anche escavatorista.

Pensiamo alla movimentazione manuale dei carichi, alle posture incongrue del rachide e a condizioni prolungate di stress lavoro-correlato in cui la produzione è svolta a ritmi intensi, in cui l'ergonomia è sacrificata a tali ritmi.

Pensiamo, solo per rimanere ad esempi di rischi interferenti e sottostimati, a chi è sottoposto a rumore, magari anche al di sotto di 80 db(A), e contemporaneamente a sostanze ototossiche, a vibrazioni, a componenti impulsive.

La sostanza è ototossica quando *può danneggiare le strutture e/o la funzione dell'orecchio interno (apparato uditivo e vestibolare) e le vie neurali collegate.*

L'effetto combinato delle sostanze chimiche ototossiche, per inalazione o per contatto cutaneo, e dell'esposizione al rumore è particolarmente dannoso per l'udito. Infatti la presenza di sostanze chimiche rende l'orecchio interno particolarmente vulnerabile ai danni meccanici dovuti al rumore.

Queste sostanze vengono, generalmente, classificate in non occupazionali e occupazionali. E tralasciando la trattazione delle sostanze ototossiche non occupazionali (per lo più costituite da farmaci, ad esempio alcuni antibiotici, salicilati, antineoplastici), le

sostanze ototossiche occupazionali, in letteratura, sono individuate sostanzialmente:

- ▶ nei solventi (es.: toluene, xileni, etilbenzene, stirene, esano, alcool n-butilico);
- ▶ nei metalli (es.: piombo, mercurio, manganese);
- ▶ negli asfissianti (es.: monossido di carbonio ed acido cianidrico).

Inoltre molti prodotti chimici utilizzati in agricoltura sono potenzialmente ototossici. Malgrado sia conosciuta l'azione di molte sostanze ototossiche, nella normativa non esistono tuttavia dei valori limiti di concentrazione che facciano riferimento all'azione ototossica, anche perché non esistono al momento sufficienti studi scientifici che possano offrire dei riferimenti certi. E comunque il danno uditivo si presenta se l'esposizione a queste sostanze avviene a concentrazioni sufficientemente alte che, peraltro, possono anche essere inferiori a quelle per cui la sostanza è considerata tossica sotto altri aspetti (nel caso di sostanze aerodisperse, come i solventi, i Tlv, Threshold Limit Value, dell'Acgih). Ed è stato poi dimostrato che l'azione ototossica delle sostanze chimiche viene amplificata dalla presenza di rumore e dalla presenza contemporanea di più sostanze ototossiche.

Il vero problema è che in assenza di dati precisi le sostanze imputate continuano ad essere impiegate in concentrazioni nelle quali possono svolgere un'azione ototossica, pur essendo permesse dalla normativa sulle sostanze pericolose. Anche perché l'ototossicità di una sostanza (in definitiva, la sua concentrazione dannosa per l'udito) è influenzata dal livello di rumore coesi-

stente e dalla presenza di altre sostanze ototossiche.

Ricordo anche che in situazioni con contemporanea esposizione a rumore e a talune sostanze ototossiche – *toluene, piombo, manganese e alcool n-butilico* – l'Acgih (American Conference of Governmental Industrial Hygienists) consiglia di disporre periodici esami audiometrici.

Ricordo come le vibrazioni possano essere trasmesse al sistema mano-braccio (Hav, Hand Arm Vibrations) o al corpo intero (Wbv, Whole Body Vibrations), segnalo che già le Linee Guida Simlii 2003 riferivano di studi sull'uomo in cui veniva dimostrata l'insorgenza di ipoacusia neurosensoriale permanente da interazione tra rumore e vibrazioni trasmesse al sistema mano-braccio Hav. Mentre per l'esposizione contemporanea a rumore e vibrazioni trasmesse al corpo intero risultava un effetto sinergico nella patogenesi del danno uditivo (più evidente alle alte temperature ed in presenza di esercizio fisico).

Riguardo poi alle componenti impulsive, si indica che la presenza di rumore impulsivo all'interno dell'esposizione, pur non potendosi tradurre in una penalizzazione in termini quantitativi, rappresenta per l'esposto una possibile causa di amplificazione della perdita uditiva a lungo termine e, come tale, va sollecitamente segnalata al medico competente. Si ricorda tuttavia che per quanto concerne l'accertamento della presenza di componenti impulsive nel rumore, allo stato attuale, tale questione non è ancora stata risolta in modo unanimemente condiviso. Mentre, infatti, il riconoscimento di impulsi sonori

ben individuabili e relativamente isolati, ad esempio colpi di maglio, o di pressa o di martello, è un'operazione nel complesso agevole, nel caso di impulsi multipli rapidi, associati ad esempio a lavorazioni eseguite da **presse veloci**, o nel caso di situazioni ambientali con una molteplicità di sorgenti sonore impulsive, tale riconoscimento può risultare più complesso e controverso.

► *I rischi interferenti: conclusione*

Rischi con valori in cosiddetta fascia verde, ripetuti nel tempo, presenti nel corso del turno di lavoro in successione, e/o tra loro interferenti, incrementano con effetto sinergico la probabilità di lesione.

Tale sinergia non è colta, o lo è solo parzialmente e in modo incompleto (vd. check list Ocra), dalle valutazioni del Dvr.

► *I valori soglia*

Le patologie cronico-degenerative si presentano, si evolvono nella persistenza del rischio, della miscelazione dei rischi, nella loro persistenza nel tempo: concetti importati, come presenti nel sistema delle liste e tabellari, sono dunque «non occasionale», «prolungato».

Rinvio a quanto sopra descritto in merito alla staticità del Dvr.

► *La «franchigia»*

Si stima che un Dvr lascia scoperto circa il 10% o il 5% della popolazione lavorativa, a seconda dei sistemi utilizzati, come è stato anche recentemente ribadito in un intervento della Medicina del Lavoro Asl sulle «Malattie professionali» tenutosi a Piacenza.

Appendice 1. Inail

«Quindi il sistema di tutela prevenzionale e quello di tutela assicurativo-previdenziale delle tecnopatie, pur avendo ovviamente punti di convergenza, restano concettualmente distinti ed autonomi, diverse essendo la ratio e le finalità. Ciò significa, tra l'altro, che i criteri normativamente enunciati a scopi prevenzionali hanno valore vincolante per le aziende che sono tenute ad uniformarsi, ma non possono condizionare la valutazione Inail sul danno alla salute che il singolo lavoratore può subire nonostante l'adozione delle prescritte misure prevenzionali».

Dal documento «Vibrazioni Meccaniche Aspetti Assicurativi (Inail)», p. 20,
a cura di F. Rullo (Inail - Direzione Provinciale di Trento, Sovrintendenza Medica)
e A. Piccioni (Inail - Direzione Provinciale di Trento, Contarp)

«Criteri da seguire per l'accertamento della origine professionale delle malattie denunciate»

Circolare, datata 16 febbraio 2006

Direzione centrale prestazioni, della Sovrintendenza medica generale e dell'Avvocatura generale

1. Nel caso in cui risulti accertato che gli agenti patogeni lavorativi siano dotati di idonea efficacia causale rispetto alla malattia diagnosticata, quest'ultima dovrà essere considerata di origine professionale, pur se sia accertata la concorrenza di agenti patogeni extra-lavorativi (compresi quelli genetici) dotati anche essi di idonea efficacia causale, senza che sia rilevante la maggiore o minore incidenza nel raffronto tra le concause lavorative ed extralavorative.
2. Se gli agenti patogeni lavorativi, non dotati di autonoma efficacia causale sufficiente a causare la malattia, concorrono con fattori extra-lavorativi, anche essi da soli non dotati di efficacia causale adeguata, e operando insieme, con azione sinergica e moltiplicativa, costituiscono causa idonea della patologia diagnosticata, quest'ultima è da ritenere di origine professionale. In questo caso, infatti, l'esposizione a rischio di origine professionale costituisce fattore causale necessario, senza il quale l'evento non avrebbe potuto determinarsi (ad es. tumore del polmone in soggetto fumatore esposto a rischio lavorativo da amianto).
3. Quando gli agenti patogeni lavorativi, non dotati di sufficiente efficacia causale, concorrano con fattori extra-lavorativi dotati, invece, di tale efficacia, è esclusa l'origine professionale della malattia».

Punto b) della Circolare Inail n. 47 del 24 luglio 2008

«L'Inail potrà superare la presunzione legale d'origine professionale della patologia denunciata solo ed esclusivamente dimostrando che:

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

Alla lettera a) i concetti ispiratori della malattia tabellata, in visione negativa rispetto a «non occasionale» e «prolungato» o «continuativo»; alla lettera b) si fa riferimento ad un concetto di «misura» che tuttavia, alla lettura delle definizioni presenti nel sistema di lista e tabellare non può che richiamare elementi di cui alla lettera a) e in cui il Dvr, per i motivi visti, non può essere unità di misura idonea e sufficiente. Rinvio a tale proposito a quanto osservato nella Prima Parte, «Malattie Tabellate», della «Proposta di Linee Guida per la trattazione di Malattie Professionali».

Inail

Circolare n. 25 del 15 aprile 2004

Malattie del rachide da sovraccarico biomeccanico. Modalità di trattazione delle pratiche.

Organo: INAIL - DIREZIONE GENERALE - DIREZIONE CENTRALE PRESTAZIONI - SOVRINTENDENZA MEDICA GENERALE - CONSULENZA TECNICA ACCERTAMENTO RISCHI E PREVENZIONE

Documento: Circolare n. 25 del 15 aprile 2004.

Oggetto: Malattie del rachide da sovraccarico biomeccanico. Modalità di trattazione delle pratiche.

Quadro normativo

- **Dpr n. 1124 del 30 giugno 1965:** «Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali», art. 3.
- **Sentenza della Corte Costituzionale n. 179 del 18 febbraio 1988:** introduzione del «sistema misto» di tutela delle malattie professionali.
- **Decreto Legislativo n. 38 del 23 febbraio 2000,** art. 10, comma IV: conferma legislativa del «sistema misto» di tutela delle malattie professionali.
- **Circolare n. 81 del 27 dicembre 2000:** «Malattie da sovraccarico biomeccanico/posture incongrue e microtraumi ripetuti. Modalità di trattazione delle pratiche».
- **Direttiva 2002/44/Ce del 25/6/2002:** «Prescrizioni minime di sicurezza e di salute relative all'esposizione dei lavoratori ai rischi derivanti dagli agenti fisici (vibrazioni)».
- **ISO 2631-1/1997:** «Mechanical vibration and shock - Evaluation of human exposure to whole-body vibration. Part 1: General requirements».
- **Decreto legislativo n. 626 del 29 settembre 1994:** «Attuazione delle direttive 89/391/Cee, 89/654/Cee, 89/655/Cee, 89/656/Cee, 90/269/Cee, 90/270/Cee, 90/394/CEE, 90/679/Cee, riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro», titolo V, articolo 47, e allegato VI.

Premessa

Finora, per il riconoscimento dell'origine professionale delle malattie da sovraccarico biomeccanico del rachide, le Sedi dovevano inviare alla Direzione generale, per il tramite delle Direzioni regionali, i casi ritenuti suscettibili di ammissione a tutela.

Ciò allo scopo di approfondire, attraverso una più ampia casistica, le conoscenze sia sui fattori di rischio, sia sulle più ricorrenti manifestazioni morbose ad essi correlate.

L'esame nell'ultimo triennio di oltre 1.000 pratiche, corredate nella maggioranza dei casi del parere tecnico espresso dalle Contarp regionali, consente ora di delineare il definitivo quadro di riferimento per la trattazione delle pratiche di cui all'oggetto.

Il periodo di osservazione centrale di queste malattie può considerarsi quindi concluso.

Questa circolare riporta un completo ed articolato quadro di riferimento che, insieme all'esperienza nel frattempo maturata sul territorio, consente di garantire omogeneità e correttezza nella trattazione delle pratiche.

Valutazione del rischio professionale

Allo stato, resta confermato che le condizioni di rischio da prendere in considerazione ai fini del riconoscimento dell'origine professionale della malattia sono le vibrazioni trasmesse al corpo intero (Wbv) e la Movimentazione Manuale di Carichi (Mmc), **a volte entrambe presenti nei casi denunciati.**

Le vibrazioni trasmesse al corpo intero (Wbv)

Le più comuni attività lavorative che comportano il rischio da esposizione a Wbv sono quelle connesse alla guida dei mezzi di trasporto e delle macchine semoventi, industriali e agricole.

È utile ricordare che, rispetto ai valori di vibrazioni raggiunti dai mezzi su rotaia, che risultano i più bassi, quelli prodotti dagli altri mezzi di trasporto sono:

- **duplicati**, per la guida di autobus di linea e autocarri di recente progettazione (valori più alti riguardano invece gli autocarri utilizzati prima della metà degli anni Settanta);
- **triplicati**, nella conduzione di trattori agricoli;
- **quaduplicati**, nell'uso di carrelli elevatori o di macchine semoventi a motore diesel;
- **aumentati sino a nove volte**, nella conduzione di pale meccaniche e di mezzi cingolati.

Quanto sopra descritto deve essere inteso come un orientamento di massima, dato che l'accelerazione lungo l'asse verticale non è l'unica grandezza descrittiva dell'esposizione a Wbv.

Ad esempio, per i mezzi su rotaia si riscontrano mediamente valori di accelerazione media ponderata sull'asse verticale (z) inferiori rispetto ai mezzi su gomma, ma è anche vero che si ottengono valori confrontabili sull'asse trasversale (y) e che di solito il fenomeno ha connotazione impulsiva. Ciò obbliga a valutare anche il valore della dose di vibrazioni (Vdv). In definitiva la valutazione deve considerare tutti i vari aspetti e i vari parametri a disposizione.

Per la valutazione del rischio, **pur nell'impossibilità di definire la relazione dose-risposta**, assumono rilievo la durata e l'intensità dell'esposizione richiamate nella Direttiva comunitaria sulle prescrizioni minime di sicurezza e di salute relative all'esposizione dei lavoratori ai rischi derivanti dagli agenti fisici.

La Direttiva stabilisce il valore limite e il valore di azione giornaliero di esposizione normalizzato a un periodo di riferimento di 8 ore [A(8)] e anche il valore della dose di vibrazione (Vdv) come riportato nella tabella:

PARAMETRO	VALORE DI AZIONE	VALORE LIMITE
A (8)	0,5 m/s ²	1,15 m/s ²
VDV	9,1 m/s ^{1,75}	21 m/s ^{1,75}

Come noto, il superamento del **valore di azione** comporta l'adozione della sorveglianza sanitaria, dell'informazione e formazione dei lavoratori nonché degli interventi tecnici ed organizzativi finalizzati a escludere o a ridurre l'esposizione al rischio. **Il valore limite non deve essere superato in alcun caso.**

La Direttiva indica anche la modalità per il calcolo della valutazione del livello dell'esposizione:

«La valutazione del livello di esposizione alle vibrazioni si basa principalmente sul calcolo dell'esposizione giornaliera A(8) espressa come accelerazione continua equivalente su 8 ore, calcolata come il più alto dei valori quadratici medi o il più alto dei valori della dose di vibrazioni (Vdv) delle accelerazioni ponderate in frequenza, determinati sui tre assi ortogonali (1,4awx, 1,4awy, awz per un lavoratore seduto o in piedi), conformemente ai capitoli 5, 6 e 7, all'allegato A e all'allegato B della norma Iso 2631-1 (1997)».

Per il calcolo dei suddetti valori è sempre necessario il parere tecnico delle Contarp regionali.

Ai fini dell'eventuale riconoscimento della natura professionale della malattia, i dati della letteratura, la casistica esaminata nonché i riferimenti delle normative previdenziali di altri Stati della Ue, **consentono di ritenere compatibile un periodo di esposizione al rischio di almeno 5 anni con valori di A(8) che si avvicinano al valore limite (1,15 m/s²).**

La movimentazione manuale dei carichi (Mmc)

Per la definizione di «Movimentazione manuale dei carichi» si rinvia al Decreto legislativo n. 626/1994, ove vengono precisati gli elementi di riferimento sullo specifico rischio.

L'analisi dei casi di patologie della colonna vertebrale denunciati all'Inail permette di confermare che le più comuni attività lavorative da considerarsi a rischio, quando svolte in maniera esclusiva o prevalente, sono le seguenti:

- **lavori di facchinaggio (porti, aeroporti, traslochi, spedizione merci ecc.);**
- **lavori di magazzino (supermercati ecc.);**
- **lavoro del personale ausiliario e infermieristico in reparti nosocomiali e altre strutture ove è richiesta movimentazione assistita dei pazienti;**

• **lavoro del manovale edile, quando la movimentazione manuale dei carichi costituisce l'attività prevalente.**

Per la valutazione dell'efficienza lesiva del rischio **assumono rilievo la durata e la continuità dell'esposizione oltre ai parametri che determinano la modalità con la quale la manipolazione viene eseguita.**

Per quanto riguarda specificatamente i modelli di analisi tecnica da applicare ai fini della valutazione, sono da preferire quelli riconosciuti in sede scientifica a fini prevenzionali, nei quali il rischio è descritto attraverso un indice sintetico (Ir).

Particolarmente esemplificativi risultano i metodi di analisi:

- Niosh , «Revised Niosh equation for the design and evaluation of manual lifting tasks – 1993», per l'analisi delle attività che comportano sollevamento di carichi;
- Snook e Ciriello, «Liberty Mutual tables for Lifting, Carrying, Pushing and Pulling», per le attività in cui sia richiesta azioni di traino e spinta.

Non parametri validi dopo la revisione del 2008 (vedi sopra staticità cronologica)

Ai fini della valutazione del rischio nel personale preposto alla movimentazione e assistenza dei pazienti ospedalizzati, utili indicazioni devono essere tratte dall'indice Mapo.

Sulla base del valore dell'Indice di Rischio è possibile modulare la valutazione del rischio specifico secondo fasce di gravità crescenti, come di seguito riportato:

METODI NIOSH E SNOOK & CIRIELLO		METODO MAPO	
Classe di rischio	IR	Classe di rischio	IR
Accettabile	$IR < 0,75$	Assente/trascurabile	$0 = IR < 1,5$
Minimo	$0,75 = IR < 1,25$	Lieve-medio	$1,5 = IR < 5$
Medio-alto	$1,25 = IR < 3$	Elevato	$IR = 5$
Eccessivo	$IR = 3$		

L'Ir, qualora non espressamente indicato nella documentazione agli atti, deve essere richiesto alle Contarp regionali.

Ai fini del riconoscimento della natura professionale della malattia, i dati della letteratura nonché la casistica esaminata consentono di ritenere compatibile un periodo di esposizione al rischio di almeno 5 anni per gli IR3, secondo Niosh e Snook Ciriello, e 5 secondo Mapo (indici di rischio collocati nella classe immediatamente inferiore assumono rilevanza in presenza di periodi di esposizione particolarmente prolungati).

Quadro clinico e iter diagnostico

Per quanto riguarda i meccanismi patogenetici delle malattie da vibrazioni al corpo intero e di quelle dovute alla movimentazione manuale dei carichi, resta valido quanto già indicato:

«Il distretto della colonna vertebrale maggiormente interessato dal sovraccarico biomeccanico di origine lavorativa è il tratto lombare e le relative cerniere, dorso-lombare e lombo-sacrale; il meccanismo patogenetico (c.d. a pompa) comporta una primitiva alterazione trofica del disco intervertebrale attraverso fenomeni di disidratazione del nucleo polposo e perdita di elasticità con fissurazioni dell'anulus fibrosus; segue la protrusione e poi l'ernia del disco intervertebrale con eventuali quadri clinici connessi alla compressione radicolare. L'alterazione del disco può comportare inoltre l'instaurarsi di un processo artrosico osteofitico per il concentrarsi delle sollecitazioni pressorie sui bordi delle limitanti dei corpi vertebrali. Sono pertanto da ritenere correlati al rischio di sollecitazioni biomeccaniche lavorative i quadri con primitivo impegno da compressione dell'apparato intervertebrale (ernie discali e protrusioni discali), associati o meno a spondilodiscoartrosi del tratto lombare».

La sussistenza in soggetti esposti a rischio lavorativo di patologie preesistenti, congenite o acquisite (come, ad esempio, marcati dismorfismi lungo i vari assi, spondilolisi e spondilolistesi, esiti post-traumatici, spondilite anchilosante, ecc.) deve indurre alla massima cautela nel riconoscimento della patologia lavoro-correlata.

Per quanto attiene alle localizzazioni a carico degli altri distretti del rachide, **allo stato** non risultano in letteratura studi conclusivi che permettano di riconoscerne la natura professionale.

Nel rinviare al nuovo flusso procedurale per l'istruttoria delle denunce di malattia professionale, si richiama l'importanza di acquisire agli atti della pratica **ogni possibile elemento probatorio sul rischio denunciato (Documento di valutazione del rischio, schede tecniche e manuali d'uso degli automezzi e macchine semoventi, questionari compilati dal datore di lavoro ecc.)**.

Le Sedi dovranno inoltre acquisire:

- **le visite mediche preventiva e periodiche;**
- **le cartelle cliniche di eventuali ricoveri;**
- **i referti di visite specialistiche;**
- **gli accertamenti strumentali, in particolare gli esami radiografici in possesso dell'assicurato.**

Sia il Questionario per le malattie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore, sia il Protocollo diagnostico per il rachide, rimangono utili riferimenti per l'istruttoria medico-legale dei casi, pur non essendone obbligatoria la compilazione.

Oltre alla visita specialistica ortopedica e, se necessaria, quella neurologica, l'accertamento medico-legale dovrà prevedere l'esecuzione dei seguenti esami:

- RMN
- EMG-ENG
- Radiografia del rachide in toto, sotto carico, preferibilmente su unico radiogramma.

In presenza di patologie congenite e/o acquisite dovrà essere eseguito anche l'esame radiografico del tratto vertebrale interessato.

I Dirigenti medici di Sede valuteranno la necessità di ripetere tali accertamenti ove già esibiti dall'assicurato.

Codifica

Deve essere utilizzato il Codice M 386 (Afezioni dei dischi intervertebrali).

Disposizioni

A partire dalla data della presente circolare, le denunce delle malattie da sovraccarico biomeccanico del rachide saranno definite direttamente in Sede e non sarà più necessario il parere preventivo della Direzione Generale.

Il Direttore generale
Dr. Maurizio Castro

▼ Conclusioni

Il Dvr narra che nell'anno di valutazione si è riscontrato per quella tipologia di mansione un rischio basso, inesistente, ovvero mi dice che la probabilità che accada il danno è bassa o inesistente per quei lavoratori che svolgono la mansione.

Anche se ben fatto, non mi racconta la storia lavorativa del lavoratore, non mi narra nemmeno del lavoratore, che potrebbe essere più fragile rispetto ad altri per esiti di pregressi infortuni, per menomazioni anche non necessariamente all'apparato anatomico su cui agirebbe il rischio, ma a questo correlato (es. un rachide lombare scoliotico è certo meiotragico, fragile, rispetto ad una fisiologica curva rachidea nella sua dinamica). Non mi dice che, ex post, la malattia che ha subito il lavoratore non è professionale, nemmeno la trasforma da tabellata a non tabellata, perché il suo uso è fragile, e comunque relativo ad altri elementi di indagine medico-legale (anamnesi lavorativa congrua con le mansioni nel tempo, Sistema di Lista ex DM 2014, rischi tabellati).

La probabilità bassa è un concetto ex ante, statistico, che riguarda una popolazione più o meno ristretta di lavoratori per una determinata attività lavorativa; che non esclude, ex post, a danno avvenuto sul singolo lavoratore, che la probabilità si sia concretizzata. Il percorso valutativo medico-legale previdenziale trova uso nell'attenta applicazione dei rischi descritti, attenzione, intendo «descritti», e dunque nella prassi interpretativa dell'uso delle parole, delle frasi, così come emergono dalla tabellazione Inail, dal siste-

ma di lista, persino da alcuni lodevoli circolari Inail e Contarp.

E, per il criterio statistico-probabilistico, nesso di causa generico, riferimento alle banche dati di più autorevole e comune uso.

Attenzione

Mai dare via libera a interpretazioni prive di filtro, scevre da metodologia medico-legale, seguendo tuttavia l'anamnesi lavorativa, le descrizioni e il significato delle frasi e delle parole presenti nel sistema tabellare, nelle liste, richiamando i principi valutativi in ambito di nesso di causa, come da stesse circolari Inail (Ossicini, 2006).

Anche per le malattie non tabellate, riprendere i Dvr (nell'aspetto ove racchiudono la descrizione della mansione, non nella valutazione), riprendere i Dvr rielaborati negli anni, attenzione ai giudizi di idoneità del medico competente (nei cui certificati si dovrebbero trovare anche i rischi per mansione), richiedere i verbali delle riunioni periodiche delle Ditte, il registro infortuni (eventi sentinella), gli Allegati 3b (come da disposizioni dell'art. 40 D.lgs. 81/2008; il medico competente ha l'obbligo di trasmettere i dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria entro il primo trimestre di ogni anno successivo a quello di riferimento, esclusivamente in via telematica sul portale Inail; sono dati relativi a mansioni, sesso, rischi; utili anche in caso di ditte cessate) ecc. Ricordo che ex Dl 78/2010, l'Inail è divenuto di fatto un Istituto pubblico con competenza tecnico-scientifica in prevenzione.

Utilizzare nella valutazione delle Mp metodi di indagini come il Dvr quale prova principe,

metodo di indagine incongruo e restrittivo se calato nel contesto di prova dirimente previdenziale, non solo pone il lavoratore nella prospettiva di un mancato riconoscimento – sia pure parziale – della sua dignità lavorativa; rischia anche di compromettere la prevenzione e la sicurezza sul lavoro, laddove il riconosci-

mento della Mp è utile anche in una prospettiva statistico-epidemiologica.

Rinvio alle Linee Guida sulle malattie professionali (anche per il concetto del significato delle parole presenti in tabella e nel sistema delle liste).

Appendice 2. Ti racconto questo

Ti racconto questo.

Ti sei appena svegliato con un rush cutaneo stampato sul viso.

Ah, un rush cutaneo si presenta come un cambiamento del colore e dell'aspetto della pelle, insomma, hai presente, uno sfogo rosso, pruriginoso, dolente, a volte con bollicine, a volte con placche.

Te ne stai lì, deforme e pieno di spilli sulla guancia, deglutisci, sai che l'artrite reumatoide causa il rush, ma non ti risulta di soffrirne, poi pensi alla dermatite atopica, al sacro «Fuoco di Sant'Antonio», ah, magari no, accidenti, forse è il lupus eritematoso sistemico, oppure, dai, pensa con stile, hai una certa età, ma chissà, c'è il morbillo, la quinta malattia, o la sesta, ehi, sarà mica varicella?

Certo, una settimana prima tua figlia ha detto di un'amica a casa con la varicella.

Vai a controllare, le passi la mano sul viso, soffice, le scopri piano le lenzuola. Respira come respira quando dorme tranquilla, la pelle non sembra avere segni tipici della varicella.

Mah, ti dici, e lo fai anche per resistere alla tentazione di grattarti, chissà, può essere stato tutto, forse la puntura di un insetto, e niente, niente che io possa capire del mio macrocosmo.

E allora, tra i macrocosmi del tuo vivere, ricordi che quattro giorni addietro hai preso una compressa di paracetamolo, poi una tre giorni fa, sai, quella febricola della sera, e poi una ieri l'altro e ieri ancora una.

Il rush cutaneo è tra gli eventi avversi dell'assunzione del paracetamolo.

Ma di quelli rari, rari rari.

Lo sai.

Insomma, è come un Documento di Valutazione dei Rischi (Dvr) che ti narra che il Niosh è in fascia verde, per cui il rischio (calcolo della probabilità del danno) di patologia da sovraccarico del rachide dorso-lombare è basso.

Inidoneo a provocare la malattia, direbbe «qualcuno» dopo avere visto una Rmn del rachide lombo-sacrale con ernia discale in uno come te che, oltre a studiare medicina, fa il magazziniere da anni.

Fine della storia.

Che però continua in questo modo.

Il paracetamolo è causa di rush cutaneo e il rush cutaneo è un raro evento avverso del paracetamolo.

(per comprendere con un po' di numeri, anche se qui andiamo alla definizione dell'Osservatorio delle Malattie Rare, ricorda che una malattia si definisce rara quando la sua prevalenza, intesa come il numero di caso presenti su una data popolazione, non supera una soglia stabilita. In Ue la soglia è fissata a allo 0,05 per cento della popolazione, ossia 5 casi su 10.000 persone)

Ecco perché pensi al paracetamolo, adesso, e gratti la confezione delle compresse come faresti con il tuo viso.

La rarità nel tuo caso, a posteriori, parla. Evidenzia un nesso di causa.

Il «silenzio» del Dvr, paradossalmente, «parla». Indica.

Lo dovrebbe fare, nella valutazione ex post di un lavoratore con patologia manifesta e inserita nel sistema delle liste (ex Dm 2014).

Molte sono le cause del rush cutaneo, tante quelle prevalenti rispetto all'assunzione del farmaco, ma tu hai preso quel farmaco, lo hai fatto in modo «prolungato» (quattro giorni / quattro anni di movimentazione manuale di carichi, un Dvr di un singolo anno che dice «rischio accettabile»), in modo non occasionale in questo periodo, e non sei a conoscenza, nel tuo caso, di nessuna altra causa prevalente.

Non c'è idoneità lesiva perché la statistica è a sfavore della tua spiegazione?

Ma la statistica fa parte del nesso di causa generico, non del tuo caso singolo.

Un vaccino non causa autismo, lo sai. Non c'è storia, non documentale almeno.

Invece il rush cutaneo ha tra le cause, o concause, sia pure rare, l'assunzione del paracetamolo.

L'ernia discale, rispetto alla movimentazione manuale dei carichi svolta in modo non occasionale e continuo nel turno di lavoro (che non significa per TUTTO il turno di lavoro, vd. quando è opportuno calcolare il Niosh, insomma), è in lista 1 ex Dm 2014.

Lista 1 significa elenco di elevata probabilità tra malattia e attività lavorativa.

Il Dvr, è semplice, non fa parte di questa valutazione ex post.

Ora vai, magari non prendere altro paracetamolo – magari comunica al medico competente che hai un'ernia discale lombare e forse avrai limitazioni/prescrizioni sulla movimentazione manuale dei carichi, persino sulle posture, sui tempi di recupero.

Questa è la prospettiva in ambito di graduazione del nesso di causa previdenziale sulle malattie lavoro-correlate.

▼ Allegato - Proposte

Uso del Dvr a **parità di valore di altre prove** nelle malattie professionali non tabellate, accanto a:

- ▶ **anamnesi** lavorativa e patologica del lavoratore, cartella sanitaria e certificati di idoneità del medico competente, relazione Rls, registro infortuni (eventi sentinella), verbali di riunioni periodi dell'azienda, collaborazione con Asl (epidemiologia territoriale, sopralluoghi), Contarp, banche dati;
- ▶ eventuale uso del Dvr, **integrato in ulteriore documentazione** (vd. certificati idoneità medico competente, cartella sanitaria, relazione Rls) per le malattie professionali tabellate al solo fine di verificare la congruità dell'anamnesi lavorativa del lavoratore con le mansioni svolte;
- ▶ **arbitrato** per l'aspetto medico-legale, esente da limiti di franchigia, rapido, affidato a medici legali esperti in previdenza (lista di iscritti all'albo, nominati dalle parti), possibilmente inappellabile. Spese dell'arbitrato a carico del soccombente (assicurazione in copertura?). Vantaggi: rapidità del parere, definitivo (?), possibilità di ricorrere anche sotto franchigia;
- ▶ **eliminazione/riduzione della franchigia attualmente al 6% di danno biologico**, inaccettabile in un sistema assicurativo sociale, dove, in una visione olistica del tecnopatico e dell'infortunato, anche danni sotto franchigia hanno ripercussioni sulla vita sociale (al di là di accademici concetti di capacità lavorativa specifica, attitudinale, generica e di danno biologico) – per i danni sotto franchigia può essere richiesto il c.d. danno biologico differenziale, intraprendendo tuttavia un altro percorso, in responsabilità civile, per il lavoratore;
- ▶ **sommatoria pura** nella determinazione del danno biologico fino alla franchigia della rendita (da 1% a 15%).



SECONDA PARTE

**COME FAR VALERE
IL DANNO DIFFERENZIALE
NELLE DENUNCE DI INFORTUNI
E MALATTIE PROFESSIONALI**



Opera di Giò Pomodoro, 1982

Introduzione

■ di Alessandra Ambrosco*

Questa seconda giornata del coordinamento sarà dedicata al danno differenziale che, come tutti sappiamo, corrisponde al danno alla salute subito da un cittadino infortunato o ammalatosi per cause lavorative, per il quale non sia stato interamente o in parte risarcito dall'Inail oppure, semplicemente liquidato attraverso un risarcimento civilistico da parte del datore di lavoro.

Ci occupiamo di questo specifico aspetto della tutela perché riteniamo che rappresenti in qualche modo il completamento di quell'azione di protezione individuale attraverso la quale il Patronato rende esigibili tutti quei diritti che ci consente di esercitare la nostra legislazione.

La nostra attività per le persone infortunate o tecnopatichè non è completa se si ferma alla sola denuncia di una malattia professionale o di infortunio. Se agissimo soltanto in questo modo precluderemmo a questi stessi lavoratori i diritti primari previsti dalla Costituzione. La tutela risarcitoria è strettamente collegata all'obiettivo della preven-

zione. Il nostro compito è anche quello di preoccuparci di sanzionare il comportamento scorretto del datore di lavoro. Completare la tutela significa dunque controllare i nostri archivi, senza aspettare che sia il lavoratore a chiederci di fare una certa pratica. Noi dobbiamo preoccuparci di sapere di cosa ha diritto quel lavoratore; significa individuare casi per i quali i danni siano stati riconosciuti dall'Inail in una percentuale di una certa entità, verificando, con il legale e il lavoratore, se ci sono i presupposti per un risarcimento del danno differenziale. Gli archivi che si sono formati nel corso degli ultimi 10 anni ci consegnano una immensa casistica sulla quale una indagine approfondita ci consente di analizzare singoli eventi specifici che possono essere riaperti per estendere le tutele in un raggio più ampio rispetto a quello già espletato.

In questo campo, l'esperienza di Inca, purtroppo, investe solo qualche regione e non è diffusa come dovrebbe essere. Le cause sono molteplici: nel Lazio, per esempio, dove ho lavorato per anni, le difficoltà più importanti

* Inca nazionale

derivavano da un lato dai dubbi espressi dal lavoratore e dall'altro lato dalla mancanza di professionisti preparati (avvocati e medici legali), in grado di supportarci nella nostra attività di tutela.

Più in generale, finora, escluso il Veneto, le poche pratiche svolte sono state seguite dagli uffici vertenze, ma la quantità di questo tipo di attività è comunque irrisoria. Tuttavia, è un intervento che dobbiamo sviluppare se vogliamo imprimere una svolta innovativa alla nostra azione di tutela. I decreti attuativi del Ministero del Lavoro possono

rappresentare una importante opportunità. Per farlo, però, abbiamo bisogno di medici legali e avvocati che sappiano muoversi attentamente in questo ambito, ma anche di una nostra maggiore consapevolezza. Noi del Patronato dobbiamo crederci perché avviando un percorso virtuoso di tutela del danno differenziale offriamo al lavoratore una maggiore protezione e all'Inca una prospettiva di sviluppo delle competenze professionali dei tanti operatori e delle tante operatrici che si adoperano ogni giorno nei nostri uffici.

Danno differenziale, organizzazione e procedure

■ di Anna Maria Bilato*

Ho accolto con entusiasmo la proposta di Silvino e dell'Inca Nazionale, che ringrazio, di esporre, qui oggi, l'esperienza dell'Inca Veneto sul danno differenziale.

Originariamente l'esperienza nasce all'Inca di Padova quando, a metà degli anni Novanta, emerge drammaticamente la necessità di tutelare quei lavoratori che, a seguito di una forte esposizione alle fibre d'amianto (Officine meccaniche Stanga - azienda storica del padovano), incominciavano ad ammalarsi. Migliaia di lavoratori che erano transitati in quell'azienda necessitavano sia del riconoscimento dei benefici previdenziali previsti dalla legge 257/92 ma anche del riconoscimento da parte dell'Inail della malattia di origine professionale oltre al risarcimento extra Inail attraverso il danno differenziale.

La lungimiranza e l'accortezza dell'allora direttore provinciale, Gianni Raise e poi, successivamente, la perseveranza del compagno Valter Sorgato che negli anni successivi ha seguito a livello regionale la partita dei

danni da lavoro, hanno consentito di costruire concretamente in Veneto una sistematica tutela risarcitoria in tutti quei casi in cui la malattia professionale o l'infortunio sono dovuti alla responsabilità di terzi (in genere del datore di lavoro) nella violazione delle norme sulla sicurezza e la tutela della salute nei luoghi di lavoro.

L'esperienza padovana e poi veneta è partita dalla constatazione che presso l'Inca vi è il patrimonio di conoscenze e di professionalità (oltre che i casi concreti oggetto di tutela-archivio) ideale per favorire l'iter che consente al lavoratore ammalato o infortunato di vedere risarcito il proprio danno.

Si è inoltre posta la necessità di individuare, all'interno di ogni singola Camera del Lavoro, i medici legali e gli avvocati delegati a trattare tale attività oltre a redigere apposite convenzioni tra il servizio e il lavoratore e quelle interne alla nostra organizzazione (tra la Camera del Lavoro, gli avvocati e i medici legali).

Determinante è stato a mio avviso individuare delle chiare prassi organizzative con-

* Coordinatrice dell'Inca Veneto

divise da tutti i soggetti parte attiva del processo (Inca, Cgil, medici, avvocati) che rispecchiano prevalentemente le esigenze dell'organizzazione nell'ambito di tale attività risarcitoria e che vede un naturale adattamento a tali prassi organizzative da parte dei medici legali e degli avvocati.

In sostanza è indispensabile che preventivamente, nell'avviare tale attività, si provveda a definire in maniera dettagliata e particolareggiata l'intero iter, ponendo al centro il lavoratore e le esigenze della nostra organizzazione.

Le *slides* che seguiranno sono state costruite con l'intento appunto di illustrare in maniera semplice e chiara l'intera procedura, dal primo contatto con il lavoratore, alla chiusura finale del caso con il riconoscimento del risarcimento economico.

▼ **Modalità operativa gestione danno differenziale**

Il caso viene acquisito prevalentemente attraverso la gestione quotidiana dell'attività Inca danni da lavoro, può inoltre essere acquisito riesaminando le pratiche Inail giacenti negli archivi degli ultimi 10 anni. L'acquisizione può inoltre essere ottenuta attraverso una segnalazione diretta da parte della categoria sindacale (funzionario o delegato) o attraverso il sistema Cgil delle tutele individuali. In maniera residua ma certamente per i casi più gravi ed eclatanti, il caso viene acquisito dopo aver ravvisato, dalla stampa locale, dell'avvenuto infortunio. In quest'ultima ipotesi diventa fondamentale agi-

re tempestivamente, in sinergia con le categorie e le Camere del Lavoro, per contattare quanto prima il lavoratore o i suoi familiari in modo da mettere in sicurezza le loro tutele.

Gli operatori Inca che seguono tale attività negli anni hanno acquisito una vera e propria «forma mentis» grazie alla quale ogni infortunio o malattia professionale viene immediatamente valutata, sia per le prerogative previdenziali a favore del lavoratore, sia in vista di un possibile risarcimento danno differenziale. Solo i casi di infortuni «in itinere» non vengono presi in considerazione.

Una volta acquisito il caso, si procede ad inserirlo nel sistema informatico SInca3 attraverso l'attribuzione di un codice (I 17 00) e la creazione del fascicolo elettronico che conterrà tutta la documentazione relativa al danno subito. L'operatore Inca, dopo aver informato il lavoratore, predispone l'appuntamento (colloquio gratuito) con il legale convenzionato il quale verifica le cause e le circostanze dell'evento e se sussistono i presupposti per una richiesta di risarcimento danno differenziale. L'avvocato incontra quindi il lavoratore ed istruisce la pratica reperendo tutte quelle informazioni utili per l'attribuzione della responsabilità del danno subito (acquisizione di atti, verbali ispettivi, testimonianze ecc.).

A questo punto, se l'esito dell'istruttoria è positivo, il legale fa sottoscrivere al lavoratore il mandato oltre all'impegno del versamento della quota alla Camera del Lavoro. Infine invia comunicazione scritta all'Inca, e per conoscenza al lavoratore, nella quale si invita a dar corso alla consulenza medico-le-

gale per la quantificazione del danno e per l'accertamento del nesso causale. Comunque, anche se l'esito dell'istruttoria fosse negativa, il legale comunica l'archiviazione del caso all'Inca e per conoscenza al lavoratore. Sulla scorta della convenzione sottoscritta tra la Camera del Lavoro e il medico legale, l'operatore Inca fissa una visita presso gli ambulatori del Patronato. Il lavoratore verserà la quota pattuita nella convenzione per la perizia medico legale direttamente al professionista che rilascerà immediatamente ricevuta fiscale. Il medico-legale invierà successivamente la perizia all'avvocato che inoltrerà la richiesta di risarcimento.

Una volta incassato il risarcimento a seguito di sentenza o di transazione, il legale richiede al lavoratore il versamento della quota sindacale che viene, sotto il profilo amministrativo, versata alla Camera del Lavoro. A quest'ultima e all'Inca l'avvocato provvede ad inoltrare la comunicazione di chiusura del caso allegando copia della sentenza o della transazione.

L'attuale convenzione tra le Camere del La-

voro e i legali convenzionati prevedono il versamento di un contributo sindacale da parte del lavoratore del 7% su 50.000 euro dell'importo recuperato, del 5% da 50.001 a 200.000 euro e del 4% per la quota superiore a 200.001 euro dell'importo recuperato a fronte dell'assistenza prestata.

Per finire, l'operatore Inca, ricevuta la comunicazione scritta di archiviazione del caso da parte del legale, provvede a registrare la chiusura della pratica nel Slinca3.

Concludo ribadendo quanto, in questo momento, sia importante per l'Inca e per la Cgil introdurre un vero cambio di passo rispetto alla tutela del singolo lavoratore e come questa esperienza veneta consenta di coniugare la tutela individuale con la logica della tutela collettiva circa le tematiche della salute nei luoghi di lavoro. Non solo consente di vedere il giusto e sacrosanto risarcimento del danno subito, ma favorisce quanto più possibile l'introduzione della cultura della salute nei luoghi di lavoro e della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali.

Il danno differenziale: dalle denunce di infortuni e malattie professionali all'esperienza di una buona pratica

■ di Giancarlo Moro*

Nei nostri Coordinamenti abbiamo parlato fin troppo di danno differenziale e della necessità di garantire una tutela *integrale* al lavoratore ammalato o infortunato. Alle enunciazioni di principio e ai propositi manifestati in più occasioni non sempre, o raramente, sono seguite pratiche virtuose. Oggi non discuteremo della esistenza del danno differenziale e della sua azionabilità per non offendere la vostra intelligenza e per non sprecare tempo prezioso. Gli anni pionieristici in cui dissertavamo di *danno biologico* sono alle nostre spalle e rammento che il primo Convegno sul tema nel Veneto risale agli anni Novanta. Acqua sotto i ponti, da allora, ne è passata tantissima. Faremo pertanto il punto delle esperienze degli ultimi anni. Il danno differenziale è entrato finalmente nel lessico dell'Inca.

Mi diverto ogni tanto ad andare a controllare nel nostro sito la definizione di danno differenziale, declinata in circa 50 lingue e pertanto la leggo in samoano e altre volte in nepalese, con grande compiacimento, pen-

sando che qualche lavoratore straniero in Italia o in qualche parte del pianeta si può acculturare sulle tematiche del danno.

Al di là di ogni battuta, vi è stata una vera e propria *evoluzione culturale* all'interno del sistema dei servizi offerti dal Patronato, coerente e in qualche modo *predittivo* della stessa evoluzione, conseguente alle recenti scelte del legislatore, della latitudine del ruolo del Patronato. Nessuno oramai sostiene più, con una qualche plausibilità, che la tutela del lavoratore ammalato o infortunato riguardi le sue sole prerogative previdenziali, per quanto essenziali, naturalmente, perché rivolte alla generalità dei dipendenti.

L'entità risarcitoria del danno differenziale, in virtù di un orientamento costante della giurisprudenza di merito e da ultimo della stessa Cassazione (relatore il dott. Rossetti, magistrato intervenuto in un primissimo convegno sul tema a Napoli, con intervento per la Cgil di Amos Andreoni), è divenuta tale nel tempo da apparire largamente prevalente sulla indennità offerta dal nostro *welfare*, attraverso l'Inail.

* Avvocato dell'Inca Veneto

Si può negare (laddove vi sia una responsabilità del datore di lavoro, per l'infortunio o la malattia) la *tutela prevalente* e dunque il diritto alla salvaguardia integrale del bene-salute, che assume nel nostro ordinamento un rango costituzionale, senza cadere in una insopportabile contraddizione? La cronaca giudiziaria degli ultimi anni ci ha incalzato, rendendo ineludibili le istanze provenienti dai lavoratori - parti lese di tanti episodi di infortuni o di malattie professionali collettive.

È fin troppo facile, in via esemplificativa, rammentare la vicenda Thyssenkrupp, o le vere e proprie stragi consumate in danno dei lavoratori per l'esposizione all'amianto.

Il nostro paese è disseminato di *cluster* di malattie professionali ovvero di concentrazioni territoriali di un numero inusitato di malattie riferite allo stesso fattore eziologico.

Rammento le conseguenze della esposizione ad amianto a Casale Monferrato (Eternit), a Gorizia, Trieste, Ancona, Napoli, Palermo, Genova (Fincantieri), il caso Fibronit, Ferrovie dello Stato, Ansaldo, Enel e molti casi ancora, secondo una elencazione fin troppo lunga.

Se la vicenda dell'amianto appartiene alla storia (non i suoi postumi, purtroppo) è sotto gli occhi di ognuno di noi il proliferare di sempre nuovi tumori professionali e l'aumento esponenziale delle malattie muscolo-scheletriche, spesso di carattere seriale e direttamente riconducibili a precise ed identificabili modalità organizzative o produttive.

Queste ultime riguardano collettività assai ampie di lavoratori, come le migliaia di ca-

si di malattie professionali muscolo-scheletriche degli addetti al settore della pelletteria (calzature e borse) nelle Marche, alle migliaia di tunnel carpali nei siti produttivi Fiat, alle centinaia di casi di malattie omologhe nella industria dell'occhialeria, o degli addetti alle linee produttive della Piaggio a Pontedera, o degli autisti del settore del trasporto pubblico pressoché in tutta Italia. L'elenco potrebbe continuare, anche in questo caso, molto a lungo.

Tutelare il bene-salute del lavoratore in ogni sua articolazione, previdenziale e non (in definitiva la *tutela integrale*) significa affermare la cultura della legalità negli ambienti di lavoro. Chi sbaglia e lede la salute altrui, bene prezioso ed irriproducibile, deve risarcire il danno ingiustamente causato. La sanzione economica (della sanzione penale parleremo più avanti) orienta i comportamenti umani e previene pratiche dannose per i lavoratori. Abbiamo già ricordato in altre occasioni come l'intervento per la tutela del danno differenziale a fronte di malattie seriali abbia indotto i datori di lavoro condannati alla necessaria modifica delle loro organizzazioni aziendali e produttive.

Qualche esempio ci aiuta a comprendere l'essenzialità di questo tema. Nella mia città (Padova) operava una industria che faceva largo uso di amianto per la coibentazione di carrozze ferroviarie. Negli uffici del nostro Patronato Inca, nel lontano 1979, è stata patrocinata una pratica per il riconoscimento di una rendita superstiti per mesotelioma, relativa a quella fabbrica (Officine Stanga, poi Firema), a favore di una vedova di un lavoratore deceduto. L'Inail non ha ri-

conosciuto in via amministrativa l'origine professionale della malattia e si è avviato pertanto un contenzioso legale.

La perizia medico-legale, prodromica ad una pronuncia favorevole per la vedova, è del 1980. La lettura della perizia provoca inevitabilmente dei brividi. Il consulente nominato dal giudice rivela nel proprio elaborato l'utilizzo massiccio di amianto in quella azienda ed è predittiva della futura strage (una strage tuttora in corso), che avrebbe riguardato centinaia di operai. Il caso è stato gestito all'epoca nella sola dimensione delle prerogative previdenziali della vedova. In quella stessa fabbrica si è continuato in modo imperterrito a coibentare carrozze ferroviarie con l'amianto fino alla legge che ne aboliva l'uso ed anche dopo, per pratiche di manutenzione.

Andiamo ora a Monfalcone ed all'attività svolta a favore dei lavoratori impegnati nei cantieri navali. Nel 1976 il Patronato ha patrocinato anche in questo caso una rendita superstiti a fronte di una morte per mesotelioma. Si trattava della prima di una serie assai numerosa di pratiche dello stesso tipo. I primi studi epidemiologici del dott. Bianchi di Gorizia, basati sull'esito di 3.000 autopsie, pubblicati negli anni '80-81, potrebbero riassumersi in questa frase: «Si utilizza massicciamente l'amianto nei cantieri navali, ci saranno centinaia di morti da amianto per le prossime generazioni». Ebbene, nel 1985 è iniziato (iniziato, non terminato) l'allestimento di una nave denominata «Micooperi 7000», all'epoca la nave officina più grande del mondo, passata alla storia anche per essere stata ipercoibentata con l'uso di

amianto, e la costruzione è proseguita per qualche anno.

Una diversa e precoce consapevolezza a Padova o a Monfalcone delle prerogative di tutela del bene-salute dei lavoratori, della possibilità di richiedere un risarcimento del danno, attraverso azioni giudiziali coerenti e non limitate all'ambito previdenziale, avrebbe sortito un qualche effetto su quelle modalità produttive, avrebbe anticipato l'intervento della magistratura penale? Il quesito è retorico. Soprattutto, quella indifferenza alle sorti individuali e collettive dei lavoratori sarebbe scusabile ora, nel 2016?

Esistono ancora «sacrari» inviolabili nei quali è «vietato» azionare diritti così essenziali? Possiamo ammettere che ad un lavoratore che si rivolga al nostro Patronato sia assicurata solo la rendita Inail, senza porsi il problema: «Quell'amputazione da cosa deriva e perché? Quella malattia da dove arriva? Te l'ha regalata il buon Dio o c'è un responsabile?». Per molto tempo molti di noi versavano nella convinzione che le domande di tutela prive di risposta nei Patronati fossero destinate a svilupparsi altrove, nel libero mercato. Si tratta di una convinzione del tutto smentita dalla realtà dei fatti.

Sicuramente esiste un mercato che tenta di appropriarsi della tutela della salute dei lavoratori, ma molte iniziative, anche ben strutturate, sono fallite nel tempo. Le agenzie infortunistiche non sono in grado di gestire le pratiche previdenziali, che rappresentano l'*incipit* necessario della tutela del lavoratore infortunato o ammalato. I lavoratori, inoltre, vedono nel sindacato (Patronato) il luogo esclusivo o privilegiato per la

salvaguardia dei loro diritti e versano nella convinzione che le loro prerogative si esauriscano nelle tutele che gli vengono prospettate ed offerte in quella sede. L'esperienza ci racconta dunque che la tutela dei nostri iscritti, o comunque dei lavoratori che si rivolgono al Patronato, è «tutta» la tutela. La qualità delle nostre risposte delimitata, a questo punto, la effettività o meno della salvaguardia di diritti fondamentali.

Le esperienze in tema di danno differenziale del Veneto e Friuli Venezia Giulia sono oramai da tempo consolidate. Nel Veneto la tutela integrale del lavoratore, anche nelle sue prerogative risarcitorie, risale ai primi anni Duemila e l'esperienza in Friuli Venezia Giulia al 2009. Nell'uno o nell'altro caso il «detonatore» di questo nuovo approccio è stato costituito dalle vicende drammatiche della esposizione di tanti lavoratori all'amianto. A Padova, così come a Monfalcone, abbiamo assistito al paradosso di tante vedove di lavoratori che, in assenza di una risposta strutturale dal sindacato, rispetto al tema del danno, svolgevano le loro pratiche previdenziali presso il Patronato... per poi rivolgersi ad altre organizzazioni, con esiti spesso non lusinghieri, per le loro prerogative risarcitorie.

Lo spunto per l'avvio del buon lavoro svolto a Monfalcone è venuto da una trasmissione televisiva di Santoro. Sul Molo del Porto di Monfalcone vi erano decine di vedove con il cartello «Basta amianto», coordinate dall'Aea (Associazione Esposti Amianto) di Monfalcone ed in occasione di uno dei nostri Coordinamenti ho chiesto ad Elena Novelli, del Patronato Inca, se conosceva quel-

le vedove ed Elena mi ha riferito che erano «tutte» vedove patrocinate per le pratiche di rendita superstiti dal Patronato Inca di Monfalcone, citandole con nomi e cognomi. La contraddizione non poteva apparire più evidente.

La stessa situazione, del resto, era stata vissuta a Padova, dove il locale Aea rappresentava i lavoratori iscritti alla Cgil nelle controversie relative al risarcimento del danno e le malattie asbesto-correlate riguardavano in quel caso, se si considerano anche i lavoratori affetti da placche pleuriche, un migliaio di operai o di congiunti di lavoratori deceduti.

Rappresentare quei lavoratori e determinare un *modus operandi* che garantisca le più ampie facilitazioni all'accesso alla Giustizia, secondo convenzioni del tutto trasparenti con il sindacato, gli avvocati ed i medici legali, diveniva un'esigenza ineludibile.

È stato poi del tutto naturale garantire le prerogative risarcitorie ai lavoratori infortunati od ammalati anche al di là della vicenda dell'amianto, perché appariva coerente e necessario assicurare quelle stesse garanzie a fronte della lesione di un bene così fondamentale.

A distanza di molti anni dall'inizio di quella esperienza, i dati statistici risultano a dir poco lusinghieri per il numero e l'entità dei risarcimenti garantiti alle parti lese, per la larghissima prevalenza degli esiti positivi, per le ricadute in tema di prevenzione e legalità nei posti di lavoro, per il recupero di risorse a favore del sindacato e di enti (la Fondazione Bepi Ferro di Padova, l'Associazione Ubaldo Spanghero di Monfalcone)

che sulla base di quelle esperienze si occupano a tempo pieno della tutela della salute degli ex esposti.

Rammento che occuparsi di danno differenziale significa non solo garantire ai lavoratori infortunati o ammalati, laddove ne sussistano i presupposti, di «integrare» l'indennizzo offerto dall'Inail con un risarcimento di gran lunga prevalente, ma altresì di vedere risarciti i danni per la sequenza infinita di infortuni o malattie non indennizzati dall'Inail perché i postumi permanenti sono inferiori alla soglia del 6%.

Farò due esempi. Un lavoratore che perde la falange del dito indice per un'amputazione dovuta ad un macchinario privo di protezione non ha di norma la possibilità di aspirare all'indennizzo del danno biologico offerto dall'Inail, perché la stima dei suoi postumi è inferiore al 6%. La frustrazione di quel lavoratore è enorme, perché è stata compromessa la sua integrità fisica, irrimediabilmente, e ciò nonostante, apparentemente, non vi è alcuna possibilità di riparazione del suo danno. L'azione nei confronti del datore di lavoro è l'unica opportunità per questa «riparazione» e non dar seguito ad una controversia per il danno differenziale significa inibire ogni tutela.

Un secondo esempio appare ancora più significativo. A Padova, come a Monfalcone, come a Marghera, esiste una vastissima comunità di lavoratori affetti da placche pleuriche e dunque da una menomazione anatomica irreversibile, sintomo riconosciuto di una rilevante esposizione all'asbesto che comporta secondo l'Inail, in assenza di conseguenze sulla funzionalità respiratoria, po-

stumi permanenti inferiori al 6%. Questi lavoratori sono stati definiti in tanti nostri Convegni come «lavoratori invisibili».

Si tratta infatti di quel ceto operaio protagonista di tante lotte sindacali, nucleo storico della Fiom, ora per lo più in pensione, che si vede escluso dai processi penali per le ragioni che andrò a spiegare, escluso dagli indennizzi Inail ed assai di sovente escluso anche dai benefici previdenziali se l'epoca del pensionamento è anteriore alla nota legislazione sul tema.

Questi nostri iscritti vivono dunque una situazione di profonda disillusione, spesso dimenticati anche dai programmi di sorveglianza sanitaria e versano pressoché tutti nel timore, purtroppo non ingiustificato, di poter essere destinatari di malattie da asbesto di carattere letale. Sono quegli stessi operai che quando vai ad istruire la controversia e chiedi l'indicazione di testimoni, ti rispondono, pressoché sempre: «Sono tutti morti».

La tutela del danno differenziale ha permesso l'ottenimento a favore di migliaia di questi lavoratori di un risarcimento del danno che, secondo la giurisprudenza più recente, comprende anche il danno da *metus* a cui ho accennato, recuperando la loro «soggettività» perduta, il rapporto con il sindacato e con le Fondazioni che ho prima menzionato. Non si tratta certo di risultati trascurabili, anche se l'onore delle cronache riguarda sempre e solo i casi più gravi.

Parliamo ora di tutela in sede penale. Molti di noi invocano, del tutto correttamente, l'intervento della potestà punitiva dello Stato, tanto più coerente ed auspicabile in un

paese in cui l'esercizio dell'azione penale non è discrezionale ma obbligatorio. Abbiamo contratto un debito inestimabile nei confronti di Pm come il dott. Guariniello a Torino, il dott. Casson a Venezia, il dott. Deidda a Trieste e la dott. Bossi a Monfalcone per le loro indagini, che hanno portato a processi penali fondamentali, che hanno sollecitato la stessa coscienza civile del paese, nei quali i legali del sindacato si sono costituiti parte civile, in rappresentanza di tante parti lese e dello stesso sindacato. Quelle stesse esperienze, che riguardano «isole felici» quanto ad efficacia della Giurisdizione in alcune zone del nostro paese, hanno mostrato anche i limiti, in verità drammatici, della effettività della tutela penale.

Mi rifarò alle sole esperienze del Veneto e del Friuli Venezia Giulia, che pur sono da annoverare quali «isole felici». I processi riguardano solo i casi più gravi e dunque i decessi o le malattie letali, mentre la percentuale dei procedimenti sfociati in un processo, rispetto alla mole dei procedimenti iscritti, è del tutto minoritaria ed a volte solo «simbolica». Per molti procedimenti relativi a decessi e per quasi tutti i procedimenti relativi alle malattie impropriamente considerate come «minori» lo Stato non ha esercitato e non eserciterà la potestà punitiva e non certo per il difetto di abnegazione dei magistrati, cui va riconosciuto ogni merito, ma per l'impossibilità «strutturale», quanto a dotazione di personale e di mezzi, del sistema-Giustizia di far fronte alle stragi di lavoratori che si sono consumate in più parti del nostro paese.

L'attesa «salvifica» della Giustizia penale è de-

stinata dunque a produrre grandi e scontate frustrazioni e nel frattempo i diritti dei lavoratori o dei loro congiunti si prescrivono inesorabilmente. Certo laddove vi è un processo penale, il compito del difensore è molto facilitato dalle indagini condotte dalla Magistratura ed il nostro ruolo di parte civile è obbligato. Dove l'azione penale non viene esercitata, la tutela dei lavoratori presuppone necessariamente la fatica della raccolta dei dati per l'istruzione della causa e l'avvio tempestivo della controversia avanti il giudice del lavoro.

Occorre dotarsi della *forma mentis* che le controversie per il danno differenziale sono, soprattutto, ordinarie controversie di lavoro, perché il «cavaliere bianco» non arriverà. D'altra parte questo tipo di controversie offre opportunità davvero inusitate per i lavoratori, ma anche per il sindacato che vi si voglia impegnare.

Come ho già esposto, non esiste una reale concorrenza nel settore privato e, a quanto mi risulta, le altre organizzazioni sindacali non hanno strutturato alcun servizio per la tutela integrale del lavoratore infortunato o ammalato. Per parte mia frequento le Camere del Lavoro dal 1978 e svolgo la mia attività anche a favore di alcuni Uffici vertenze. Nell'Italia della legge Fornero prima, del Jobs Act dopo, si deve constatare una caduta di tensione, se non dei veri e propri sintomi depressivi nei nostri uffici, per la restrizione degli ambiti di tutela dei lavoratori.

Sul tema della salute nei luoghi di lavoro vi sono viceversa margini, enormi, per estendere le prerogative dei nostri assistiti e per

orientare in senso sempre più favorevole la giurisprudenza in tema di valutazione del danno. Farò un esempio di una sentenza (una fra molte) di qualche giorno fa del giudice di Venezia, per una controversia curata dalla collega Marta Capuzzo, a favore di un lavoratore affetto da mesotelioma pleurico da esposizione all'amianto, a cui veniva riconosciuto l'80% di invalidità permanente. Il giudice del lavoro di Venezia, a fronte di una rendita Inail capitalizzata di circa 120 mila Euro, ha riconosciuto un danno ulteriore a quel lavoratore per Euro 452 mila. I riflessi di quella decisione sulla vita di quella famiglia operaia sono di immediata intuizione e l'esempio adottato non è affatto suggestivo e può essere esteso a tante altre controversie in cui minore è stata la compromissione della salute del dipendente.

Vi offro qualche altro elemento statistico. A Monfalcone abbiamo avviato a contenzioso finora 940 pratiche, nella stragrande maggioranza coltivate attraverso ricorsi avanti il giudice del lavoro, partecipando a circa 3.600 udienze, con il recupero fino ad oggi a favore dei lavoratori e dei loro congiunti di circa 25 milioni di Euro di risarcimento. Cosa abbia significato per quelle famiglie di operai questo recupero è ancora una volta bene intuibile, mentre va da sé che in assenza di un intervento ben strutturato e codificato, in cui è stato necessario integrare in termini multidisciplinari più professionalità (dell'operatore del Patronato, del medico legale, dei legali) quel risultato non sarebbe mai stato raggiunto ed una larghissima parte di quei diritti sarebbe stata destinata a sicura prescrizione. Rammento che le asso-

ciazioni che si erano occupate della rappresentanza dei nostri iscritti, prima che il sindacato si dotasse di un proprio *modus operandi*, di norma attendono l'esercizio dell'azione penale, non patrocinano le pratiche per le malattie minori, promuovono un numero minimo di controversie di lavoro.

Dunque i fatti confermano quanto abbiamo esposto poco fa: se il nostro sindacato non si «intesta» queste tutele, i diritti dei lavoratori non vengono esercitati e sono perduti.

Le convenzioni adottate in Veneto ed in Friuli Venezia Giulia, oramai da molti anni, non hanno offerto controindicazioni. Il nostro è un sistema trasparente basato su impegni ed assunzioni di responsabilità adottati per iscritto, come meglio ha spiegato Anna Bilato.

Il sindacato ricava preziose risorse da quote versate del tutto volontariamente, in misura minima rispetto all'entità dei risarcimenti, da lavoratori per la quasi totalità assai soddisfatti e stupefatti dall'esito della loro controversia.

La tutela integrale dei lavoratori fa emergere le c.d. «malattie seriali». Nessun avvocato «privato», nessuna agenzia infortunistica, che pure come abbiamo detto non sono in grado di scalfire che in termini minimali la incredibile mole di infortuni e malattie professionali patite dai lavoratori, è in grado o ha il benché minimo interesse a collegare fra di loro malattie apparentemente isolate ed a porsi il problema della loro prevenzione.

Diversa naturalmente è l'ottica sindacale. In molte zone, con il prezioso aiuto di tanti compagni dei Patronati, è stato possibile

fare emergere dati epidemiologici del tutto concludenti a carico di imprese di vari settori, della logistica, del settore alimentare, del settore dei trasporti pubblici, dell'occhialeria, della sanità e tante altre ancora, perché all'interno del Patronato esisteva ed esiste il *know-how* (i funzionari, i medici legali esperti di malattie professionali, i legali) in grado di adottare una visione non legata al singolo caso, ma prospettica con un travaso di dati a dir poco preziosi per le categorie sindacali, per gli Spisal, per la magistratura.

Mi soffermerò per finire su un ultimo tema. In tutta la penisola sono in costante crescita, secondo un dato unanimemente riconosciuto, i licenziamenti per superamento di comportamento e per inidoneità alle mansioni. In troppi uffici vertenze si è ancora convinti che il licenziamento per superamento del periodo di comportamento sia «*un problema di calcolo*» o, ancora, che una inidoneità alle mansioni comporti fatalisticamente il licenziamento. Nell'uno e nell'altro caso è fin troppo evidente la sussistenza di un deficit culturale che la pratica del danno differenziale ha reso ancora più vistosa. La giurisprudenza è costante nel ritenere che il datore di lavoro non possa licenziare il proprio dipendente per superamento del periodo di comportamento laddove la malattia che ha comportato le assenze dal lavoro sia la conseguenza della violazione delle norme sulla sicurezza del lavoro, perché evidentemente il datore di lavoro non può avvalersi di una situazione che lui stesso ha provocato con un comportamento illecito.

Molti Ccnl inoltre escludono dal computo del comportamento le malattie professionali, pur-

ché queste vengano dedotte e riconosciute. Valutazioni analoghe si possono assumere in tema di inidoneità. Va sempre indagato il motivo che ha portato alla inidoneità alle mansioni, perché se l'inidoneità consegue alla violazione di una norma di legge il lavoratore può far valere le sue prerogative risarcitorie, che comprendono anche le conseguenze economiche per l'eventuale perdita del posto di lavoro per fatto e colpa del datore di lavoro. Tralascio ogni altra dissertazione su un tema che è troppo vasto per essere trattato in poche battute, se non per riaffermare che ogni qualvolta si parla di salute dei lavoratori è necessario fare riferimento a quella «cultura della legalità» a cui abbiamo già fatto riferimento.

Rammento che con l'invecchiamento della popolazione lavorativa, dopo la legge Fornero, il problema di un'adeguata gestione di questo tipo di controversie si è fatto ogni giorno più pressante, mentre registro che, per quanto è a mia conoscenza, non esiste ancora un «protocollo» ben identificato e generalizzato su come affrontare un lavoratore che si avvii alla maturazione del periodo di comportamento o a cui venga contestata la inidoneità parziale o totale alle mansioni. Si tratta evidentemente di temi strettamente collegati al bene-salute ed alle prerogative contrattuali e legali. Non è pensabile che la loro gestione sia demandata ai soli funzionari degli uffici vertenze, per quanto informati e volenterosi, o alle categorie sindacali, perché presuppone una gestione «interdisciplinare», che coinvolga medico e legale.

Problematiche medico-legali della valutazione del danno differenziale

■ di Antonio Regazzo*

I problemi che si verificano nella trattazione del danno differenziale possono essere moltissimi o nulli:

- ▶ moltissimi, se non c'è sinergia tra struttura sindacale, studio legale e medico legale: in questo caso la partita è persa in partenza. Quindi, il primo e fondamentale punto è la coesione e univocità di intenti;
- ▶ nulli se, invece, tutti sanno cosa debbono fare, come si deve condurre la partita e, soprattutto, se esiste un rigore metodologico e una credibilità acquisita. È inutile partire con richieste che non si possono sostenere. Nell'iniziare il percorso del Danno biologico differenziale si debbono intraprendere prima di tutto le richieste che siano assimilabili a delle rime bacciate – intendendo cioè richieste ovvie e banali, di sicuro ed immediato riscontro positivo – in modo da creare e fare instillare, nei Ctu, nei giudici ed in tutte le strutture coinvolte una unità di intenti ed una serietà di conduzione; occorre cioè rafforzare la credibilità di ciò che riteniamo giusto e possibile fare.

Parliamo adesso delle problematiche, che vengono valutate in maniera differente se si tratta di infortuni o di malattie professionali. Partendo da queste ultime, il punto fondamentale che si deve primariamente individuare per intraprendere un'azione, è il bersaglio. Bersaglio vuol dire: a chi chiediamo il risarcimento per il danno differenziale? Nelle malattie professionali, molto spesso, ci troviamo di fronte a lavoratori con carriere differenziate, impiegati per dieci anni in un'azienda, vent'anni in un'altra che concludono magari con un'attività lavorativa marginale. A chi possiamo chiedere il danno della malattia? Qui è importante la sinergia tra le parti coinvolte e un'attività di raccolta anamnestica che fa sempre il medico legale, ma che molto spesso si trova a fare anche l'avvocato.

Se ci troviamo di fronte a un lavoratore che ha un'attività spezzettata nel corso degli anni, che ha avuto 10-15 datori di lavoro, da chi dobbiamo andare a richiedere il risarcimento? È impossibile in tale fattispecie intraprendere un'azione di richiesta danni.

* Medico legale dell'Inca Veneto

Quindi, in questo caso il rigore ci dice: facciamo un passo indietro e ci fermiamo, non creando così nessuna aspettativa nel lavoratore in quanto non siamo certi di poter individuare la ditta responsabile del danno alla salute.

Questa indagine preliminare va intrapresa con gli studi legali, soprattutto con quelli preparati ed in grado di aiutarci a individuare il datore di lavoro responsabile, non appaltando tale attività di ricerca ad una qualsiasi agenzia infortunistica. In un grande sindacato, quale è la Cgil e il suo Patronato, questo impegno rappresenta una priorità dalla quale non si può prescindere. Non a caso, quando dobbiamo verificare il nesso di causalità, l'Inca si rivolge a un medico del lavoro partendo dalla valutazione del danno redatta dal medico legale. Una relazione medico-legale, corredata da un accurato parere del medico del lavoro, ha un peso decisamente molto più rilevante sia per l'avvocato sia poi nella Consulenza Tecnica d'Ufficio (Ctu).

Per quanto riguarda gli infortuni, le situazioni da valutare sono due: la valutazione del danno (e questo è l'aspetto medico-legale più importante) e l'aspetto della surroga e dell'ingerenza dell'Inail nella liquidazione del danno.

Sappiamo certamente che le tabelle sulla responsabilità civile sono diverse da quelle del decreto legislativo 38/2000. Un esempio significativo è quello macroscopico dell'amputazione delle mani. La consuetudine di alcuni avvocati di non effettuare una perizia medico-legale «su misura» e la prassi di utilizzare le tabelle Inail per calcolare il danno

differenziale portano ad una sottostima importante della valutazione delle lesioni o menomazioni, con la conseguenza di non fare così l'interesse del lavoratore. Una perizia medico-legale, redatta in modo approfondito, permette di valorizzare certi aspetti riguardanti i danni alla salute e alla vita di relazione, che certamente l'Inail non fa e non è neppure tenuto a fare.

Per quanto riguarda poi il danno biologico temporaneo, nella perizia del medico legale è doveroso segnalare qual è e come viene pesata l'incidenza dell'evoluzione della malattia e della convalescenza sull'attività dinamico-relazionale della persona. Se viene amputata una falange ad un lavoratore che, nel tempo libero, suonava la chitarra, all'Inail non interessa niente, mentre nella persona coinvolta, questa menomazione assume una implicazione molto importante. Quindi, è giusto che nella richiesta di risarcimento per il danno differenziale venga valorizzato opportunamente l'aspetto soggettivo. Nella mia esperienza, mi è capitato che, durante una CtU, sono riuscito ad ottenere il raddoppio del parametro economico di riferimento ad un lavoratore che aveva avuto una lesione dello Spe e che non riusciva più ad andare in moto. In quella discussione non ci si è limitati a considerare il 25% di inabilità previsto nelle tabelle, ma si è valorizzato cosa significava quel 25% per quel lavoratore. Il risarcimento finale, tolta la quota dell'Inail già riconosciuta, è stato sensibilmente più alto perché si è valutata l'incidenza della menomazione sulla persona e sulla sua vita dinamico-relazionale.

L'Inail considera con il sistema dei coeffi-

cienti situazioni molto diverse, il cui impatto può cambiare in funzione di una valutazione complessiva della persona, con effetti anche moltiplicativi nel calcolo dell'indennizzo. Per esempio: un'ernia discale, notoriamente valutata attorno al 12%, può incidere in maniera molto significativa se investe un operaio che ha necessità di stare in piedi o in posizioni viziate per tutto il turno lavorativo. Quindi, appare indispensabile e opportuno sostenere in questo caso non una vera perdita della capacità lavorativa specifica, ma invece una incidenza personalizzata nel calcolo del danno biologico, con un adeguamento del parametro economico di riferimento che può raggiungere il raddoppio dello stesso valore economico. In questo caso, verrà così riconosciuto al lavoratore un risarcimento dovuto al fatto che, per svolgere la mansione effettuata prima dell'infortunio, oggi dovrà attingere a delle energie di riserva che, nel corso degli anni, possono veramente usurare la persona.

In tutta la partita del Danno differenziale l'Inail, contrariamente ad un generalizzato atteggiamento di sottostima dei danni da infortuni o da malattie professionali, tende a sovrastimare la sua valutazione perché sa di potersi poi rivalere sul datore di lavoro, in quanto responsabile dell'evento. La mia esperienza lavorativa di sei mesi all'Inail mi consente di avere una conoscenza diretta di questi meccanismi.

Ribadisco pertanto l'opportunità di una corretta e seria valutazione medico-legale dell'effettivo valore del danno in termini percentualistici, corredata se del caso da una relazione del medico del lavoro (se trattasi di

malattia professionale) o da indagini specifiche che rafforzino il nesso di causa. Non dobbiamo aver paura, in ambito di perizia medico-legale sul danno differenziale, di fare quel passo in più, di svolgere una indagine in più, di effettuare maggiori accertamenti perché questi poi in sede di Consulenza tecnica d'ufficio ci verrebbero comunque richiesti. In carenza degli stessi si dilaterrebbero in maniera abnorme i tempi della consulenza, mentre se già effettuati dimostrerebbero la bontà delle nostre richieste di danno.

Per essere più esplicito, vorrei ricordare cosa succede oggi nei casi di tumore d'amianto per il riconoscimento del nesso causale. In passato, nell'ambito della sorveglianza sanitaria, si sottoponevano i lavoratori ad una Tac polmonare ogni sei mesi, successivamente l'esame veniva effettuato ogni anno, adesso se ne fa una ogni tanto. Attualmente la diagnostica si svolge non con la Tac, ma con un Rx, rendendo più difficile così l'evidenziazione di placche pleuriche. Per questa ragione, per me e per noi è molto importante effettuare da subito una Tac, per certificare in modo inconfutabile la presenza di una patologia dovuta ad amianto.

Per concludere, vorrei rispondere ad una obiezione mossa da più parti, secondo cui la richiesta di risarcimento del danno differenziale è possibile solo nei confronti di grandi aziende. La mia esperienza di lavoro, invece, mi suggerisce altre conclusioni. Molti anni fa, ho avuto a che fare con un lavoratore caduto da un'impalcatura nove anni prima, con gravissime lesioni, che chiedeva all'Inail tramite me e il Patronato Inca l'as-

segno per assistenza personale continuativa (Apc). Andando oltre la richiesta del lavoratore e indagando sulle circostanze dell'evento, quasi oramai alla scadenza dei termini prescizionali (10 anni), siamo riusciti ad ottenere per lui una somma significativa come risarcimento del danno differenziale. Ciò è stato possibile perché la ditta, presso cui aveva lavorato, era assicurata ed era stata già accertata la responsabilità penale dell'impresa. C'erano tutte le condi-

zioni per inoltrare – e quindi ottenere – il riconoscimento del risarcimento per danno differenziale.

Posso supporre che di casi come questo ce ne siano molti altri, che attendono magari nei cassetti dell'Inca la prescrizione dei termini. Ciò rafforza la mia convinzione che sia importante attivarsi, utilizzando tutte le armi in nostro possesso per sviluppare l'attività di tutela anche sul versante del Danno differenziale.