

# Quaderni

di Medicina Legale del Lavoro

Supplemento  
al **Notiziario Inca**  
N. **6-7/2008**

**Novità legislative**  
in tema di malattie  
professionali tabellate  
e di sorveglianza  
sanitaria

Supplemento  
al **Notiziario Inca**  
N. 6-7/2008

**DIRETTORE RESPONSABILE**

Lisa Bartoli

**REDAZIONE**

Sonia Cappelli

Via G. Paisiello 43

00198 Roma

Tel. (06) 855631

Fax (06) 85352749

E-mail:

comunicazione-informazione@inca.it

**PROPRIETÀ E AMMINISTRAZIONE**

Ediesse srl

Via dei Frentani 4/a

00185 Roma

Tel. (06) 44870283/260

Fax (06) 44870335

**ABBONAMENTO NOTIZIARIO INCA**

annuo € 25,00 - estero € 50,00

una copia € 4,00

C/C post. n. 935015

intestato a Ediesse srl

Via dei Frentani 4/a - 00185 Roma,

indicando la causale

di versamento «Notiziario Inca»

Spedizione in abbonamento  
postale 45% comma 20/b art. 2,  
legge 662/1996 Filiale di Roma  
iscritto al n. 363/83 del Registro  
delle pubblicazioni periodiche  
del Tribunale di Roma  
il 22.12.1983

Progetto grafico: Antonella Lupi  
Stampa: Tipografia O.GRA.RO. srl  
Vicolo dei Tabacchi, 1 - Roma

CHIUSO IN TIPOGRAFIA  
NEL MESE DI OTTOBRE 2008

*Questo Quaderno è stato curato da:*

*Cristiana Brambilla, Ferdinando Brandi,*

*Gianpiero Cassina, Lelia Della Torre,*

*Adalberto Ferioli, Mariaclara Guerrieri*

*del Coordinamento medico legale*

*dell'INCA CGIL Lombardia*

<http://www.inca.lombardia.it/consulenza/indicemedico.htm>

*da Marco Bottazzi*

*coordinatore medico-legale INCA CGIL nazionale*

*e per l'Ufficio Stampa INCA CGIL nazionale da:*

*Sonia Cappelli*

▼ <b>Presentazione</b>	5
<i>a cura del Coordinamento Medico Legale INCA CGIL Lombardia</i>	
▼ <b>Relazioni/Le nuove malattie professionali tabellate</b>	
▶ Nuove tabelle: le più importanti novità	11
<i>di Marco Bottazzi</i>	
▶ La nuova tabella delle malattie professionali:	25
approfondimenti in ambito medico legale INAIL	
<i>di Maria Laura Caputo e Giuseppe Ali</i>	
▶ I risultati del nuovo studio condotto da Eurogip	31
sulle malattie professionali in Europa	
<i>a cura di Eurogip</i>	
▼ <b>Relazioni/Il medico competente ed il nuovo Testo Unico</b>	
▶ Medico Competente e Sorveglianza sanitaria nel D.LGS. 81/08	39
<i>Considerazioni e prime indicazioni operative della Regione Lombardia</i>	
<i>di Gianni Saretto e Marina Della Foglia</i>	
▶ Primi mesi di applicazione del D.LGS. 81/2008:	49
le criticità riscontrate dai medici competenti	
e le proposte per un loro superamento	
<i>di Daniele Ditaranto e Giuseppe Briatico-Vangosa</i>	
▶ Riflessione sull'applicabilità del D.LGS. 81/2008 alla microimpresa	59
<i>di Gianpiero Cassina</i>	
▼ <b>Documentazione</b>	
<i>a cura di Marco Bottazzi</i>	
▶ La tutela assicurativa degli infortuni e delle malattie professionali	71
in Belgio	

- ▶ La tutela assicurativa degli infortuni e delle malattie professionali in Francia 79
- ▶ La tutela assicurativa degli infortuni e delle malattie professionali in Svizzera 87

## Presentazione\*

---

**L**e nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura, che sostituiscono il precedente elenco del DPR 336/94, sono state emanate con il DM 9 aprile 2008 e sono entrate in vigore il 22 luglio 2008. Per le malattie comprese nella tabella vale la presunzione legale dell'origine professionale per cui la lavoratrice/lavoratore deve dimostrare di aver svolto una delle lavorazioni tabellate e di aver contratto la patologia ad essa riferibile ma non deve fornire la prova del rapporto di causalità tra lavorazione e patologia.

Le tabelle mantengono la stessa struttura precedente ma presentano, oltre all'elencazione delle patologie, tre importanti novità:

- ▶ è ampliato il numero dei tumori
- ▶ sono per la prima volta in elenco le patologie da sovraccarico biomeccanico lavorativo a carico del rachide e degli arti
- ▶ è previsto per le ipoacusie da rumore un livello di rumorosità di 80 dBA al di sopra del quale il rischio è presunto.

L'INAIL con Circolare n. 47 del 24 luglio 2008 indica che si deve intendere che una lavorazione sia svolta «in maniera non occasionale e/o prolungata» quando la stessa risulti «intrinseca alla mansione» e cioè sia «abituale e sistematica»; precisa poi che per «in maniera prolungata» va inteso «per un periodo di tempo sufficientemente idoneo a causare la patologia». Nella stessa circolare viene specificato che per le malattie tabellate la presunzione legale di origine può essere negata solo se l'INAIL dimostra che la malattia è riconducibile ad altra causa di origine extralavorativa o dimostra che la lavoratrice/lavoratore è stata addetta/o alla mansione in modo occasionale (o sporadico) o dimostra che la lavoratrice/lavoratore è stato esposto/o «in misura non sufficiente a causare la patologia». È su questo ultimo aspetto e cioè sulla valutazione dell'esposizione al rischio o della

---

\* Coordinamento medico-legale INCA CGIL Lombardia

«idoneità lesiva sufficiente a causare la patologia» che si hanno le maggiori divergenze quando l'INAIL fa riferimento esclusivamente a quanto contenuto nel Documento di Valutazione del Rischio (DVR) circa l'entità del rischio senza considerare che già nella lettera del direttore generale INAIL del 16.02.06, sui criteri da adottare nella diagnosi del nesso di causa viene indicato che «Non può escludersi l'efficienza causale di fattori di rischio in quanto inferiori alle soglie previste dalla normativa previdenziale, che sono misurate in relazione ad un astratto lavoratore medio, dovendo essere valutata piuttosto la variabilità della risposta individuale alle sollecitazioni dell'agente patogeno». Inoltre come già evidenziato nel corso di aggiornamento «626: il Documento di valutazione dei rischi nella definizione del nesso di causa della malattia professionale» (vedi «Quaderni di Medicina Legale del Lavoro» Suppl. «Notiziario Inca» n. 6-7 /2004) il DVR è un documento di parte datoriale, il suo contenuto è spesso di scarsa qualità da un punto di vista tecnico, ha finalità preventive: per tutte queste motivazioni non può rappresentare l'elemento dirimente nella valutazione dell'esposizione ma dovrebbe costituire uno degli elementi da affiancare all'anamnesi, alle testimonianze di compagne/i di lavoro o del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, a risultanze di studi di comparto, di settore, a indagini epidemiologiche. A questo riguardo si sottolinea l'importanza di poter disporre ricerche pubbliche indipendenti sui fattori di rischio e le patologie occupazionali e l'importanza di un confronto con gli altri paesi europei. In Francia per esempio l'inserimento in tabella negli anni '90 delle patologie da sovraccarico biomeccanico lavorativo ha comportato il riconoscimento di un elevato numero di malattie professionali: nel 2006 circa 40.000 patologie da sovraccarico su un totale di 52.000 malattie professionali (vedi Eurogip 22 ottobre 2007 Paris, «Les TMS en Europe Prévenir le risque professionnel et maintenir les victimes dans l'emploi: quelles actions pour quels résultats?»). Sarà così anche in Italia?

L'altra importante novità legislativa è il nuovo Testo Unico in materia di igiene e sicurezza del lavoro DL 81/08 che per quanto attiene alla sorveglianza sanitaria introduce nuovi obblighi per il medico competente che vanno adeguatamente analizzati e discussi. In sede di confronto con le parti sociali non sono state accolte le due principali proposte del sindacato sul ruolo del medico competente e sulla sorveglianza sanitaria: «quella di prevedere l'obbligo del datore di lavoro di avvalersi del medico competente nella valutazione dei rischi e quella di istituire il libretto sanitario del lavoratore» (vedi Luisa Benedettini, «Ecco la nuova normativa sulla sicurezza. Contenuti in sintesi e commenti nel merito», «2087», Speciale aprile-maggio 2008). Questi nuovi obblighi sono solo un aggravio di

incombenze burocratiche per il medico competente come la compilazione di un nuovo modello di cartella clinica, l'inserimento di dati quali il codice fiscale ecc... o rappresentano modalità di lavoro che tutelano più efficacemente la salute dei lavoratori? Cosa è stato semplificato a questo riguardo per la piccola impresa e gli artigiani? Quali sono le linee guida o gli indirizzi operativi istituzionali in merito? Su tutti questi aspetti è necessaria una attenta riflessione.





**Quaderni**  
di Medicina Legale del Lavoro

# Relazioni

---

**Le nuove malattie professionali tabellate**





## Nuove tabelle: le più importanti novità

di **Marco Bottazzi\***

### ▼ Il quadro normativo

Le nuove tabelle delle malattie professionali (DM 9 aprile 2008) si inseriscono in un quadro normativo che dal 1965, anno di emanazione del Testo Unico 1124 che ammetteva alla tutela solo le malattie contenute nelle tabelle allegate allo stesso e per le quali era prevista una presunzione legale dell'origine professionale, ha visto solo nel 2000 un aggiornamento che ha recepito la giurisprudenza della Corte Costituzionale, che dopo le sentenze 179/1988 e 206/1988 ha ammesso il diritto alle prestazioni assicurative anche per le patologie non previste in tabella; tale diritto è subordinato però alla dimostrazione, da parte del lavoratore e del Patronato che lo assiste, della causa lavorativa secondo i criteri ordinari: cronologico, qualitativo, quantitativo e modale.

Per malattie non-tabellate devono intendersi:

- ▶ malattie causate da agenti diversi da quelli indicati in tabella;
- ▶ malattie causate da agenti indicati in tabella ma in lavorazioni diverse da quelle indicate in tabella<sup>1</sup>;
- ▶ malattie denunciate oltre il periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione (PMI).

Questi principi giurisprudenziali sono, dunque, stati recepiti nel 2000 dal D.LGS. 38/2000 che all'articolo 10 comma 4 stabilisce che: «Fermo restando che sono considerate malattie professionali anche quelle non comprese nelle tabelle di cui al comma 3 delle quali il lavoratore dimostri l'origine professionale».

Per affrontare la tematica delle malattie professionali dobbiamo però avere sempre presenti anche due altre tipologie di normativa:

\* Coordinatore medico legale INCA CGIL nazionale

<sup>1</sup> La presunzione è invocabile anche per lavorazioni non espressamente previste nelle tabelle ma da ritenersi in esse implicitamente incluse a causa della identità dei connotati essenziali.

1. la prima è quella che riguarda l'obbligo di segnalazione ai sensi dell'articolo 139 del succitato Testo Unico. Infatti sempre l'articolo 10 del D.LGS. 38 stabilisce che: «l'elenco delle malattie di cui all'articolo 139 del Testo Unico conterrà anche liste di malattie di probabile e di possibile origine lavorativa, da tenere sotto osservazione ai fini della revisione delle tabelle delle malattie professionali di cui agli articoli 3 e 211 del Testo Unico. Gli aggiornamenti dell'elenco sono effettuati con cadenza annuale con decreto del ministro del Lavoro e della Previdenza sociale su proposta della commissione di cui al comma 1. La trasmissione della copia della denuncia di cui all'articolo 139, comma 2, del Testo Unico e successive modificazioni e integrazioni, è effettuata, oltre che alla azienda sanitaria locale, anche alla sede dell'istituto assicuratore competente per territorio». Orbene con DM del 27 aprile 2004 (aggiornato con DM 14 gennaio 2008) è stato ottemperato all'obbligo normativo derivante da una raccomandazione comunitaria del 2003 che prevedeva due distinte liste: la prima lista ricomprensiva delle malattie professionali che dovrebbero essere riconosciute nell'insieme degli Stati membri ed una seconda lista che elenca le malattie la cui origine professionale è sospetta e che dovrebbero essere oggetto di notifica per una inclusione nella prima lista.

La Commissione ha provveduto alla formulazione di tre diverse liste sulla scorta dei dati epidemiologici e scientifici disponibili relativi anche alle patologie associate ai diversi agenti chimici ed alle diverse esposizioni lavorative. L'operazione compiuta nella redazione di tali liste è stata a nostro avviso quella di aver preso atto che l'evoluzione delle esposizioni lavorative ma anche le migliori conoscenze sulle interazioni tra causa morbigena e suscettibilità individuale ha portato al passaggio dall'assoluta certezza alla matrice causale (data da multifattorialità e sensibilità individuale).

Il DM ha così introdotto una ulteriore differenziazione:

- ▶ malattie tabellate;
- ▶ malattie non-tabellate ma ricomprese in lista I;
- ▶ malattie non-tabellate ma ricomprese in lista II e III;
- ▶ malattie non-tabellate e non incluse nelle liste.

Questa differenziazione non ha comportato nessuna modifica dell'onere della prova a carico del lavoratore, tema su cui ritorneremo più diffusamente in seguito.

2. La normativa di igiene e sicurezza che introduce per molte tipologie di rischio dei valori limite anche se il D.LGS. 81 richiama più volte la necessità di prendere in considerazione le differenze di genere, di età ecc.

L'aggiornamento tabellare non deve costituire un indebolimento della tutela così come definita anche dal D.LGS. 38/2000 e dunque occorrerà porre particolare

attenzione al riconoscimento di patologie non ricomprese nella tabella appena emanata ed in particolare di quelle indicate nella lista I del Decreto del 14 gennaio 2008 e non ricomprese, invece, nelle tabelle delle malattie professionali.

### ▼ Perché è importante l'inserimento tabellare?

L'inserimento tabellare riveste particolare importanza in quanto nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali la causalità giuridica assume diverse connotazioni a seconda che la malattia sia o non sia inclusa nella tabella di legge.

Nel primo caso opera la «presunzione legale dell'origine professionale» della malattia per cui l'assicurato deve dimostrare l'esposizione ad una delle lavorazioni tabellate ed una malattia ad essa riferibile; non deve invece fornire la prova del rapporto di causalità fra la prima e la seconda.

Secondo una giurisprudenza ormai consolidata la presunzione è relativa, ammette cioè la prova contraria, che si traduce nella possibilità per l'Istituto assicuratore di dimostrare l'irrelevanza del lavoro come fattore causale o concausale del danno sulla base di dati scientifici (una esposizione troppo ravvicinata nel tempo rispetto alla comparsa della patologia, ad esempio).

Nel caso di malattia non tabellata, il diritto alle prestazioni assicurative è, invece, subordinato alla dimostrazione da parte del lavoratore assicurato, da parte del lavoro della causa lavorativa secondo i criteri ordinari: cronologico, qualitativo, quantitativo e modale.

Per queste ragioni, sotto lo stretto profilo della tutela assicurativa, la riconducibilità di una patologia occupazionale alle voci previste nelle tabelle offre una serie di vantaggi notevoli ai fini dell'indennizzo. Innanzitutto quello di non dover sostenere l'arduo onere della prova dell'origine professionale della malattia, essendo sufficiente, perché possa essere fatta valere la presunzione legale del nesso causale, che il quadro patologico sia etiologicamente compatibile con l'esposizione lavorativa; ed oggi questo è ancor più evidente prevedendo, le nuove tabelle, la declinazione delle patologie correlate alla specifica esposizione lavorativa.

In secondo luogo perché i principi su cui si fonda la disciplina assicurativa italiana, al fine di garantire la tutela di tutti i lavoratori al di là delle differenze dovute alla suscettibilità individuale, non contemplano, entro i limiti suggeriti dalla plausibilità scientifica, né i valori minimi di concentrazione degli agenti causali né i periodi minimi di durata dell'esposizione al rischio, elementi che possono essere fonte di posizioni contrastanti nella valutazione, spesso problematica, dell'origine professionale di una patologia di tipo multifattoriale.

Come ricorda Guariniello, la Cassazione ha affermato un concetto che possiamo tranquillamente estendere a tutte le patologie non solo quelle neoplastiche e cioè «la necessità di un'indagine epidemiologica, consistente nell'accertare e porre a confronto i tassi di incidenza delle patologie tumorali (considerate) sulla parte di popolazione esposta e su quella non esposta al presunto fattore di rischio ambientale specifico in modo da poter trarre significativi elementi di giudizio dalla eventuale apprezzabile superiorità del primo tasso rispetto al secondo» cui si aggiunge la valutazione di tre parametri-guida: precisazione della diagnosi, anamnesi lavorativa che dimostri l'esposizione al rischio, congruità del periodo di latenza.

La valutazione di questi parametri-guida, tuttavia, non dà la certezza assoluta del nesso causale e, pur trattando del tema in sede penale, può a nostro avviso essere trasferita sul piano assicurativo quando afferma: «La certezza del nesso causale non deve essere assoluta, tale da escludere qualsiasi possibilità anche teorica o remota di concepire il verificarsi dell'evento al di fuori di quella condotta, ma deve trattarsi di una ragionevole certezza nel senso, che pur senza escludere in assoluto, in via teorica o astratta, la possibilità di un diverso meccanismo causale non lasci spazio tuttavia a ipotesi alternative dotate anch'esse di qualche ragionevolezza o concretezza come quelle dell'insorgere, dello svilupparsi dei processi morbosi tumorali per cause del tutto indipendenti dalla pure accertata insalubrità dell'ambiente lavorativo».

Su questo tema riprendiamo quanto affermato da Norelli: «un limite, indubbiamente deve indicarsi nella criteriologia comunemente adottata per la definizione del nesso causale, di cui a più riprese si è sottolineato il superamento nei suoi termini più tradizionali e che nella materia specifica, certo più che altrove, dimostra l'assoluta necessità di integrarsi con il criterio statistico-epidemiologico, in carenza del quale, veramente, non può ammettersi alcuna diversificazione fra l'eziologia spontanea della malattia ed il ruolo, causale o concausale del lavoro, che è fattore ovviamente pregiudiziale ad ogni ipotesi d'indennizzabilità nell'ambito dell'assicurazione sociale».

E poi prosegue affermando: «ed il criterio statistico-epidemiologico nella prospettiva di una valutazione medico-legale assume nella specie, valore quasi esclusivo di riferimento, posto che solo a fronte di un'evenienza che si propone con ricorrenza statisticamente significativa nella esposizione ad un agente patogeno, può in effetti ammettersi il rapporto, che ben difficilmente può del pari individuarsi a fronte di un caso isolato per il quale si cerchi di definire a ritroso, una volta espressa la diagnosi, il rapporto etio-patogenetico col lavoro».

Nel *sistema tabellare* (C. Civile 11663) il lavoratore deve provare la malattia e l'esposizione al rischio cioè le mansioni svolte in quanto la causalità adeguata

della noxa (ad esempio il livello di rumorosità di una lavorazione tabellata) è stata preventivamente accertata in sede di compilazione della tabella (in altri termini la tabella è stata compilata selezionando attività lavorative ed agenti patogeni che apposite misurazioni hanno preventivamente rilevato di livello tale da essere potenzialmente lesivo per la generalità dei lavoratori).

Nel caso di *lavorazioni non tabellate* il lavoratore deve, dunque, fornire la prova che la patologia denunciata sia derivata dall'esposizione al rischio in ambiente di lavoro, ponendo come condizione per il superamento del sistema tabellare la dimostrazione dell'afficienza causale dell'agente patogeno di cui viene richiesta una prova rigorosa in termini di ragionevole certezza cioè in presenza di un rilevante grado di probabilità. In particolare va ben documentata la concreta attività svolta dal lavoratore specificando tempi, luoghi e modalità di utilizzo di macchine ed impianti per dimostrare l'esposizione al rischio ambientale e la sua idoneità causale.

Concetti analoghi sono stati espressi in passato anche dall'Istituto assicuratore nella sua Circolare n. 79 del 24 ottobre 2001 in cui si afferma: «Il giudizio sulla natura professionale della malattia, tabellata e non, è funzione quindi, squisitamente medico-legale e, come tale, implica l'apprezzamento delle caratteristiche individuali, peculiari e non standardizzabili della persona. Ciò significa, tra l'altro, che i valori limite e/o indicatori statistici di rischio hanno per il medico un valore orientativo ma non possono assurgere a elemento dirimente per il giudizio, stante l'esigenza di considerare la risposta individuale del soggetto alla causa nociva, diversa essendo la capacità di resistenza di ciascun organismo». E prosegue, poi: «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 a uniformarsi, ma non possono condizionare la valutazione medico-legale sul danno alla salute che il singolo lavoratore può subire nonostante l'adozione delle prescritte misure prevenzionali».

### ▼ **L'impegno del Patronato per l'aggiornamento delle tabelle delle MP**

Il nostro impegno sul tema dell'aggiornamento delle tabelle è iniziato all'indomani della pubblicazione delle liste ex articolo 139 di cui cogliemmo la portata innovativa rispetto alle liste allegate alla raccomandazione del 2003.

Avemmo subito chiaro che tale innovazione si sarebbe tradotta anche nell'aggiornamento delle tabelle.

Un primo importante momento di confronto con la Commissione scientifica a cui il D.LGS. 38 ha demandato gli aggiornamenti avvenne proprio sul DM del 2004 con anche momenti pubblici (fra gli altri Milano). Abbiamo registrato da parte della Commissione una costante disponibilità all'ascolto ed alla ricerca di soluzioni condivise nel rispetto del dato scientifico.

Queste tabelle sono anche il frutto di un intenso lavoro che ha visto coinvolta la struttura medico-legale del nostro Patronato in accordo con Istituti universitari, Servizi pubblici di Medicina del Lavoro, Istituti ospedalieri di Medicina del Lavoro ecc.

Un lavoro che ha portato a modifiche significative quali:

1. abolizione dei limiti di esposizione per vibrazioni e movimentazione manuale dei carichi;
2. abolizione della durata temporale minima di esposizione al rischio, scelta questa dettata anche dalla necessità di tutelare al meglio quei lavoratori che fanno valere un lungo periodo di esposizione al rischio in nero;
3. abbassamento a 80 dBA del limite per il rumore e questo rispetto alla proposta di 85 dBA è un grande passo in avanti in quanto introduce un concetto fondamentale quale quello della non totale protezione esercitata dai TLV ma soprattutto permette di far rientrare come tabellata l'esposizione a rumore impulsivo dei lavoratori edili, tema sul quale abbiamo predisposto un documento specifico per la Commissione.

Nel recente Decreto legislativo 81 i valori limite di esposizione e i valori di esposizione che fanno scattare l'azione in relazione al livello di esposizione giornaliera al rumore e alla pressione acustica di picco sono fissati a:

*Valori limite di esposizione*

$$L_{EX,8h} = 87 \text{ dB(A)} \text{ e } p_{\text{peak}} = 200 \text{ Pa} \text{ rispettivamente}$$

*Valori superiori di esposizione che fanno scattare l'azione*

$$L_{EX,8h} = 85 \text{ dB(A)} \text{ e } p_{\text{peak}} = 140 \text{ Pa} \text{ rispettivamente}$$

*Valori inferiori di esposizione che fanno scattare l'azione*

$$L_{EX,8h} = 80 \text{ dB(A)} \text{ e } p_{\text{peak}} = 112 \text{ Pa} \text{ rispettivamente}$$

4. rimodulazione della voce 28 relativa agli idrocarburi alifatici che trovano così una loro specifica collocazione tabellare;
5. rimodulazione della voce degli IPA;
6. miglioramento dell'elenco delle esposizioni responsabili di asma bronchiale;

7. rimodulazione della voce relativa alle BPCO con soprattutto un assai significativo aumento delle lavorazioni ivi compreso il cemento che non è più limitato ai cementifici, ma anche la ripresa di esposizioni previste nella vecchia tabella del 1994 quali: rocce silicatiche, calcari e dolomie, feldspati, ecc.;
8. previsione specifica del rischio da radiazioni solari;
9. introduzione fra gli agenti cancerogeni di formaldeide, butadiene ed ossido di etilene;
10. introduzione in ogni voce tabellare della voce di apertura sulle patologie.

### ▼ Le nuove tabelle

Preliminarmente occorre ricordare che le malattie professionali anche dopo il D.LGS. 38/2000 sono tutelate in base alla previsione di due distinte tabelle, una per l'industria ed una per l'agricoltura e, dunque, la Commissione è pervenuta ad aggiornare entrambe le previsioni tabellate, con il mantenimento della struttura di quelle già in vigore, ma alla locuzione «malattia causata da...» fa seguito l'elenco delle diverse malattie correlabili a quell'agente.

Questa introduzione dettagliata delle patologie costituisce, certamente, la novità più significativa di questo aggiornamento tabellare in quanto viene a riformulare il principio della presunzione legale dell'etiologia professionale delle malattie tabellate.

Resta inteso che per le patologie di cui risulti scientificamente dimostrata la possibile derivazione causale dall'agente patogeno indicato nella tabella, vale il principio della presunzione legale di origine come per le malattie espressamente indicate nella tabella medesima.

Le tabelle del 1994 prevedevano in 41 voci l'indicazione «malattie causate da...» e 17 specificazioni di malattia, mentre quella dell'agricoltura su 27 voci solo in 6 aveva la specificazione di malattia mentre negli altri 21 casi vi era l'indicazione di «malattia causata da...».

L'articolo 10 e il D.LGS. 38/2000 non è intervenuto a modificare la normativa specifica in tema di rischio per silicosi ed asbestosi per cui le nuove tabelle vedono l'introduzione delle patologie da asbesto diverse dall'asbestosi e dunque oltre al mesotelioma ed al carcinoma del polmone (di cui alla voce 56 della tabella del 1994) sono state considerate le patologie della pleura.

Le nuove tabelle hanno mantenuto la classificazione tripartita originaria composta da:

1. una prima colonna in cui sono riportate le esposizioni (sostanze, noxae, patologie);

2. una seconda colonna relativa alle lavorazioni corrispondenti al rischio tabellato;
3. una terza colonna che indica il periodo massimo entro il quale dopo l'eventuale abbandono della attività lavorativa a rischio può essere riconosciuta come professionale la malattia manifestatasi. PMI che risulta diversificato per le diverse malattie riferite ai singoli agenti.

Ribadiamo, ancora, che nel caso in cui non ci si trovi nelle condizioni previste dalle 3 previsioni tabellari vale la sentenza 179 della Corte Costituzionale come ripresa poi dal D.LGS. 38/2000.

Questo elenco delle diverse malattie correlate all'agente è stato integrato con l'indicazione di una voce aperta «altre malattie causate dalla esposizione professionale» allo stesso agente.

La voce aperta deve permettere di riconoscere patologie che siano nosologicamente riconducibili allo stesso agente e quindi riconoscibili con il criterio della presunzione legale permettendo così alle tabelle di aderire alle acquisizioni della medicina del lavoro nel periodo che intercorre fra i due aggiornamenti. Aggiornamenti che noi auspichiamo rapidi e costanti.

La voce aperta delle malattie dovrebbe permettere, condividiamo quanto affermato nella relazione tecnica di accompagnamento alla proposta della Commissione, di riconoscere patologie che, se pure più sfumate o diversamente descritte nella formulazione diagnostica, siano nosologicamente riconducibili allo stesso agente e quindi riconoscibili con il criterio della presunzione legale.

La tabella delle malattie professionali dell'industria passa da 58 a 92 voci, sia per l'inserimento di nuovi agenti/malattie che per la suddivisione di voci già presenti; mentre quella dell'agricoltura vede una riduzione delle voci che scendono da 27 a 24 con introduzione delle malattie muscolo-scheletriche da sovraccarico meccanico (limitatamente ai lavori di potatura in grandi coltivazioni e di mungitura manuale svolta in maniera prevalente e da WBV) e con l'esclusione di quegli agenti chimici per i quali già da tempo vige il divieto o la revoca di utilizzo (arsenico, composti del mercurio, solfuro di carbonio, cresoli).

Vediamo le novità delle voci tabellari partendo da quelle che noi riteniamo più significative e che segnano la vera novità di questo aggiornamento. Con l'introduzione di un vasto gruppo di malattie da agenti fisici si è colmato, infatti, quel deficit che aveva reso «vecchie» le tabelle del 1994 già all'atto della loro emanazione.

### ■ **Industria**

1. inserimento di tutte le patologie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore, da movimenti ripetuti e posture incongrue, da azioni di presa o appoggio prolungato con la declinazione dettagliata delle diverse patologie correlate;

2. malattie muscolo-scheletriche da sovraccarico biomeccanico del ginocchio per appoggio prolungato o per movimenti ripetuti di flesso-estensione;
3. ernia discale lombare per esposizione a vibrazioni al corpo intero e per lavorazioni comportanti movimentazione manuale di carichi (fra le lavorazioni viene fatto riferimento al settore della pesca dove l'esposizione è ad entrambi i fattori contemporaneamente). Le malattie professionali da sovraccarico biomeccanico degli arti e del rachide, che vedevano una scarsa disponibilità all'accoglimento malgrado le indicazioni fornite in più occasioni anche dalle strutture INAIL, ormai rappresentano i due terzi delle malattie denunciate. Per quanto riguarda le patologie a carico del rachide registriamo un arretramento rispetto a quanto previsto dalla lista 1 che prevede anche la patologia degenerativa quale la spondilodiscopatia;
4. asma: sono stati specificati in maniera più dettagliata gli agenti asmogeni e le relative esposizioni lavorative;
5. pneumoconiosi: sono state eliminate le generiche definizioni precedenti di silicati, calcari, dolomie introducendo la specificazione dei vari tipi di minerali (polvere di carbonio, bario, talco, mica, caolino, argille) compresa la polvere di pietra pomice tipica di Lipari (liparosi) che ha causato nei lavoratori dell'isola specifici casi di pneumoconiosi. Sono state considerate, inoltre, le forme prevalentemente da accumulo da polveri ad alta radiodensità: antracosi, baritoni, sierosi, alluminosi e stanosi. Quindi le pneumoconiosi sono state declinate in 11 diverse voci tabellari;
6. modificata la voce «bronchite cronica ostruttiva» con quella di «broncopneumopatia cronica ostruttiva»: si passa dai 4 agenti/lavorazioni delle tabelle del 1994 alle attuali 12 con aggiunta delle voci: d, e, f, h, i, l, m, n, o, p;
7. nella voce asma bronchiale è stata inserita l'esposizione a lattice;
8. per una serie di miscele e processi lavorativi che espongono agli idrocarburi policiclici aromatici (IPA) sono state introdotte tre voci riferite alla patologia tumorale a questi correlata. Sono state inserite come voci nuove: terpeni, etere di petrolio, acqua ragia minerale o white spirit, alcool isopropilico (produzione). Alcuni agenti chimici cui è stata correlata la sola patologia cutanea sono stati ricompresi nelle voci «dermatiti irritative da contatto»;
9. aggiornate diverse voci dei cancerogeni;
10. nelle malattie da asbesto vengono previste sia le placche che gli ispessimenti pleurici che il mesotelioma della tunica vaginale del testicolo, in accordo con i sistemi tabellari di altri paesi.
11. la voce tabellare malattie cutanee è stata declinata in
  - ▶ Dermatite allergica da contatto;
  - ▶ Dermatite irritativa da contatto;

- ▶ Dermatite follicolare da olii minerali;
- ▶ Cloracne;
- ▶ Dermatite da fibre di vetro;
- ▶ Dermatite da malta cementizia e calcestruzzo.

I tumori cutanei sono stati considerati in riferimento agli agenti cancerogeni presenti in altre voci della tabella.

12. ipoacusia da rumore. Viene mantenuto l'elenco delle specifiche lavorazioni con l'aggiunta della lavorazione riferita agli «addetti alla conduzione dei motori in sala macchina a bordo delle navi»; mentre le lavorazioni corrispondenti ai sottocodici c); g); e u) della tabella del 1994 sono state ricomprese in un unico sottocodice c): «attività che comportano uguali operazioni di martellatura, molatura, ribattitura effettuate su materiali diversi o svolte a bordo delle navi». Viene introdotto il parametro generale in assenza di efficace isolamento acustico ma soprattutto alle 22 diverse lavorazioni, che rappresentano un riordino e integrazione delle precedenti del 1994, a cui è stata aggiunta una ulteriore voce valida per le lavorazioni non elencate: «altre lavorazioni, svolte, in modo non occasionale, che comportano una esposizione personale, giornaliera o settimanale, a livelli di rumore superiori a 80 dB(A) con l'intento di evitare al lavoratore l'onere della prova quando dal documento di valutazione del rischio risultino le condizioni previste in tabella (tema su cui torneremo diffusamente in seguito). Ricordiamo che ancora recentemente in una monografia INAIL viene riportato che un Leq inferiore a 90 dBA non può considerarsi dannoso».

### ■ Agricoltura

In agricoltura le principali modifiche riguardano:

1. asma bronchiale per cui sono indicati gli specifici agenti; suddividendo in 6 sottovoci la voce «sostanze vegetali e derivati animali»;
2. malattie cutanee per cui sono indicati gli specifici agenti;
3. ipoacusia da rumore;
4. vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano-braccio;
5. ernia discale lombare da vibrazioni w.b. nella guida di trattori e altri mezzi meccanici quando l'attività è prevalente, e da movimentazione manuale di carichi;
6. malattie muscolo-scheletriche da sollecitazione biomeccanica dell'arto superiore per le attività di potatura e mungitura;

In 7 voci della tabella dell'industria viene introdotta una qualificazione dell'esposizione che deve essere «non occasionale», in altri casi abbiamo altre forme di qualificazione: postura incongrua prolungata, compressione prolungata, in modo prevalente. I sanitari dell'Istituto non devono pervenire, stante la attuale struttura tabellare ed anche quelle qualificazioni che abbiamo riportato sopra, ad una esasperazione della

ricerca/verifica di tutti gli elementi possibili per negare il riconoscimento della malattia professionale, sia in fase amministrativa, sia in quella giudiziaria con esempi, pareri, sentenze, ecc.

Le indicazioni tabellari devono essere applicate in modo da ricercare/verificare **l'esposizione a rischio** e non devono costituire un'occasione per ricercare *oltre ogni ragionevole dubbio* altre cause non professionali di patologia tali da permettere all'Istituto stesso di negare la malattia professionale e le prestazioni che ne derivano; e ciò è valido innanzitutto per le patologie diagnosticate a carico di lavoratori impegnati per anni nello svolgimento di lavorazioni «tabellate» ma anche ed ancor più oggi con l'aggiunta tabellare per quelle patologie non ricomprese nelle nuove tabelle che, giova ribadirlo, non sono un sunto di medicina del lavoro.

Particolare attenzione va posta al ruolo della CONTARP a cui è demandato il compito di dimostrare l'insussistenza o inefficacia del rischio (anche in lavorazioni tabellate). In buona sostanza, viene ribaltato interamente il compito affidato dal legislatore all'istituto: un tempo gli si chiedeva di ricercare il fondamento della tecnopatia per riconoscerla e indennizzarla; oggi gli si chiede di cercare qualunque elemento che possa negare la sussistenza del rischio e della tecnopatia. Il tema della sussistenza del rischio ci porta a confrontarci costantemente con il tema dell'utilizzo, a tale fine, del documento di valutazione dei rischi, in cui il rischio viene definito sulla base di criteri prevenzionali e di controllo del rischio professionale ed il cui utilizzo per la caratterizzazione dell'esposizione professionale nella valutazione del nesso di causa appare improprio sotto i diversi profili giuridico, tecnico e medico-legale. Le stime del rischio contenute nel DVR vanno assunte con estrema cautela e quando anche si giudichi corretta la metodologia di analisi, esso può semmai costituire un elemento di giudizio da affiancare ad altri altrettanto fondamentali nella ricostruzione dell'esposizione professionale: l'anamnesi professionale, le conoscenze tecnologiche, il criterio epidemiologico.

Ma soprattutto si deve sempre avere presente il valore igienistico dei TLV ed il fatto che essi non costituiscono una linea di demarcazione netta fra concentrazione non pericolosa e pericolosa e, dunque, «non possono essere impiegati per fini quali la prova o l'esclusione di una malattia in atto».

### ▼ **Onere della prova alla luce di tabelle e liste**

L'emanazione nel corso degli ultimi mesi sia dell'aggiornamento delle liste che delle tabelle delle malattie professionali è intervenuta a determinare una diversa declinazione dell'onere della prova:

1. malattia tabellata in rischio tabellato e in lavorazione tabellata;

2. malattia non indicata in tabella, ma in lista 1 in rischio tabellato e in lavorazione tabellata;
3. malattia non indicata in tabella e non in lista come rischio tabellato, insorta però in lavorazione tabellata;
4. malattia non indicata in tabella e non presente in alcuna lista.

Nella prima fattispecie in cui sono presenti tutti e tre gli elementi dobbiamo tendere verso quello che i francesi chiamano un «onere inderogabile» con obblighi molto stringenti a carico dell'Istituto assicuratore che non può, dunque, più limitarsi a formulazioni generiche ma che deve in caso di diniego portare la prova della diversa origine della patologia in discussione.

Nella seconda fattispecie siamo nella situazione in cui la tabella per ogni fattore di rischio introduce una voce aperta che permette di accedere alla tutela privilegiata. In questo caso la dimostrazione della correlazione fra patologia e rischio può limitarsi, a nostro avviso, alla indicazione della presenza in lista.

### ▼ Suggestioni per il nuovo aggiornamento

In conclusione riportiamo una prima serie di proposte di introduzione da prendere in considerazione nel prossimo aggiornamento delle tabelle delle malattie professionali:

1. gonartrosi nei muratori e piastrellisti;
2. riprendere per le patologie osteoarticolari da movimentazione manuale di carichi e da vibrazioni l'indicazione delle patologie prevista dal Decreto del 2004 con l'indicazione anche della spondilodiscopatia e protrusione discale. Questa introduzione si rende necessaria in ragione del contesto normativo dato dall'obbligo di sorveglianza sanitaria per gli esposti a queste due noxae che dovrebbe portare all'evidenziazione di questa forma precoce di degenerazione ed alla successiva messa in opera di misure igienistiche tali da ridurre i casi di comparsa di patologia conclamata. Per le patologie osteoarticolari da vibrazioni la declinazione delle lavorazioni appare limitativa se ad esempio la compariamo a quella contenuta nelle recenti tabelle francesi, a cui si potrebbe fare riferimento. La dizione attuale non permette di contemplare ad esempio:
  - lavori stradali di stesura di bitumi;
  - conducenti di mezzi di trasporto pesanti (ricordiamo che gli studi presentati fino al termine degli anni novanta a Modena indicano una presenza di rischio per questa tipologia di lavoratori e questo fa presupporre che siamo ancora in una fase di emersione delle patologie);

3. Per quanto concerne gli IPA sono considerate tre malattie neoplastiche (voci 34-35-36) con lavorazioni ben definite fra cui mancano le lavorazioni metalmeccaniche con oli minerali;

4. Alla voce ipoacusia aggiungere il lavoro su rotative nell'industria grafica ed alcune lavorazioni nell'industria alimentare quali quelle legate all'abbattimento ed alla eviscerazione. L'aggiunta del lavoro su rotative nell'industria grafica è motivabile in quanto come rilevabile dalla disamina della letteratura italiana a partire dal Congresso SIMLII di Torino l'esposizione a rumore in questo settore era ancora elevata a metà degli anni '90 e dunque non abbiamo ancora avuto l'emersione completa del fenomeno. Sarebbe opportuna anche la previsione di una voce che fotografi l'esposizione a rumore tipica dell'edilizia (vedi opera del CTP del Piemonte). L'INAIL nell'ottobre 2003 ha pubblicato la versione aggiornata della propria monografia sulle ipoacusie da rumore, monografia che contiene alcune importanti ed allarmanti prese di posizione meritevoli di segnalazione.



## La nuova tabella delle malattie professionali: approfondimenti in ambito medico legale INAIL

di **Maria Laura Caputo\*** e **Giuseppe Ali\*\***

**C**on DM del 9 aprile 2008 – pubblicato nella GU n. 169 del 21 luglio 2008 – sono state approvate le «Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura», che aggiornano e sostituiscono quelle allegate al DPR n. 336 del 13 aprile 1994, innovando significativamente l'attuale sistema di identificazione e riconoscimento delle Malattie di origine professionale.

Il nuovo sistema tabellare, che è stato elaborato a conclusione dei lavori di aggiornamento svolti da parte della Commissione Scientifica per l'aggiornamento delle tabelle delle malattie professionali, costituita in base all'art. 10 del D.LGS. n. 38/2000, *si applica alle fattispecie denunciate dalla sua entrata in vigore, a decorrere dal 22 luglio 2008.*

Benché la differenziazione tra le Gestioni Industria e Agricoltura sia rimasta inalterata, come nel previgente sistema tabellare, tra le *principali novità* contenute nelle nuove tabelle riscontriamo che:

- ▶ il *numero delle malattie professionali* previste nelle nuove tabelle dell'**Industria** risulta pari a **85 voci**, al posto delle 59 contemplate nelle precedenti tabelle, mentre nelle nuove tabelle dell'**Agricoltura** le voci sono state ridotte **da 27 a 24**.

L'elevazione numerica delle voci previste nelle tabelle dell'Industria è stata determinata, oltre che dalla introduzione di nuove fattispecie patologiche, anche dalla riformulazione di agenti e malattie già presenti nelle precedenti tabelle, definite, ora, in maniera distinta; tale riformulazione è stata adottata anche per le tabelle dell'Agricoltura.

- ▶ per la *classificazione* delle Malattie professionali è stata adottata la «Codifica internazionale delle malattie» alla sua decima revisione (**ICD10**).

\* Dirigente medico II liv. Sovrintendenza medica regionale INAIL della Lombardia

\*\* Dirigente medico I liv. Sovrintendenza medica regionale INAIL della Lombardia

- ▶ la lista delle Malattie professionali (che risulta costituita da tre colonne, come nella precedente tabellazione) contiene, nella *prima* colonna, le patologie introdotte dalla locuzione «*malattie causate da*» seguita dall'agente patogeno e dalla elencazione delle malattie distinte per singola voce nosografica.

A fianco alla definizione della malattia, è stato introdotto il summenzionato codice ICD10.

La Commissione Medico-Scientifica preposta alla elaborazione del nuovo sistema tabellare, al fine di garantire un più ampio livello di tutela rispetto al quadro normativo precedente, ha tuttavia ritenuto di integrare ogni singola voce della *prima* colonna con l'indicazione «*altre malattie causate dall'esposizione professionale a...*».

La voce aperta di malattia, come sopra descritta, permette di individuare patologie che, seppur più sfumate o diversamente descritte nella formulazione diagnostica, siano nosologicamente riconducibili allo stesso agente e quindi riconoscibili con il criterio della presunzione legale di origine.

Nella *seconda* colonna, analogamente alle precedenti tabelle, sono indicate le lavorazioni che espongono all'agente patogeno.

A tal proposito, si evidenzia come sia stata inserita l'espressione «*Lavorazioni che espongono a...*» in luogo di «*Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione del lavoro*», presente nelle tabelle precedenti e ciò al fine di evitare l'insorgenza di equivoci interpretativi.

Nella *terza* colonna è indicato il periodo massimo di indennizzabilità dall'abbandono della lavorazione *a rischio*.

È evidente, infatti, che il periodo massimo di indennizzabilità comincia a decorrere dalla data di abbandono della lavorazione che ha determinato l'esposizione a rischio e non dalla data di abbandono, per ragioni anagrafiche o di altra natura, dell'attività lavorativa più genericamente intesa.

### ▼ **Innovazioni nosologiche delle nuove Tabelle**

Dal punto di vista nosologico, si evidenzia:

- a) l'introduzione delle *malattie muscolo-scheletriche* causate da sollecitazioni biomeccaniche, a seguito di movimenti ripetuti e/o posture incongrue *del ginocchio, della colonna vertebrale e dell'arto superiore*.

Per tali patologie, la presunzione legale d'origine potrà operare qualora l'adibizione alle lavorazioni indicate avvenga in maniera *non occasionale e/o prolungata*.

Al riguardo si rammenta che, secondo l'orientamento della giurisprudenza di legittimità, l'adibizione alla lavorazione può ritenersi *non occasionale* quando

costituisca una *componente abituale e sistematica* dell'attività professionale dell'assicurato e sia dunque intrinseca alle mansioni che questi è tenuto a prestare. In particolare:

- ▶ **Arto superiore:** sono state indicate separatamente le malattie della spalla, del gomito e del tratto polso-mano, tra le quali è compresa la *Sindrome del Tunnel carpale*, che rappresenta la forma morbosa più nota ed a maggiore incidenza in questa sede.
- ▶ **Colonna vertebrale:** è stato considerato il **rischio** per «*lavorazioni di movimentazione manuale dei carichi svolte in modo non occasionale, in assenza di ausili efficaci*» e l'**esposizione a** «*vibrazioni trasmesse al corpo intero per lavorazioni svolte in modo non occasionale che comportino la guida di macchine movimentazione materiali, trattori, gru portuali e muletti*», alle quali è stata correlata l'**ernia del disco lombare**;

b) l'ampliamento del numero delle lavorazioni che determinano l'insorgenza della *ipoacusia da rumore*.

La Commissione ha eliminato il termine *sordità da rumore* contenuto nelle precedenti tabelle trattandosi di patologia per lo più *non* correlabile al trauma acustico cronico da esposizione a rumore.

All'elenco delle lavorazioni che espongono al rischio di contrarre l'ipoacusia professionale è stata aggiunta la voce «*Altre lavorazioni, svolte in modo non occasionale che comportano una esposizione, giornaliera o settimanale, a livelli superiori a 80 dB*», al fine di evitare al lavoratore l'onere della prova, quando dal documento di valutazione risultino già le condizioni di rischio previste dalla tabella.

Al riguardo, è opportuno segnalare che, ai fini dell'operatività della presunzione legale d'origine, occorrerà accertare il superamento del limite sonoro *solo ed unicamente* nelle ipotesi in cui la patologia sia stata *contratta nell'esercizio e a causa delle lavorazioni non specificate in tabella*.

c) per la voce «*vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano-braccio*», si è fatto riferimento alle lavorazioni svolte in modo non occasionale che comportano l'impiego di utensili, attrezzature, macchine ed apparecchi che trasmettono vibrazioni al sistema mano-braccio inserendo fra le patologie la neuropatia del mediano e dell'ulnare che si verifica con significativa incidenza nei soggetti esposti. È stato considerato pure il rischio da «*vibrazioni trasmesse al corpo intero*»: la malattia correlata è l'*ernia discale lombare* trattandosi della patologia più frequentemente segnalata in letteratura.

d) per le voci che riguardano l'*apparato respiratorio* è stato mantenuto l'impianto delle vecchie tabelle risistemando però i diversi agenti e le differenti lavorazioni. In particolare:

- ▶ Le voci «*asma bronchiale*» e «*broncopneumopatia cronica ostruttiva*» sostituiscono rispettivamente quelle precedenti di «*asma bronchiale primario estrinseco*» e di «*bronchite cronica ostruttiva*» in linea con gli aggiornamenti recepiti dalle classificazioni nosografiche internazionali (OMS). Il lattice è stato inserito fra le cause di manifestazioni asmatiche.
- e) per quanto concerne le malattie *da asbesto* oltre alle *forme tumorali*, già comprese nelle vecchie tabelle, *sono state inserite le patologie benigne della pleura (placche ed ispessimenti pleurici)*, la cui evidenza è di frequente riscontro negli esposti ad amianto.
- f) relativamente alle *malattie cutanee*, si segnala che da parte della Commissione è stata effettuata una modifica alla voce relativa alle dermatiti da contatto, mediante l'inserimento delle «*dermatiti irritative*» a fianco a quelle allergiche. Per quanto riguarda la *tabelle dell'Agricoltura*, sono state introdotte alcune novità che in parte ricalcano quelle introdotte nella tabella Industria. In particolare:
  - ▶ Nelle *ipoacusie da rumore* e nelle malattie causate dalle «*vibrazioni meccaniche del sistema braccio-mano*» che sono state aggiornate secondo i criteri della tabella Industria, è stata *introdotta l'ernia del disco lombare* secondaria alla guida *non occasionale* di mezzi meccanici che espongono a rischio di vibrazioni trasmesse al corpo intero (trattori, mietitrebbia, ecc.) o alla movimentazione manuale di carichi in maniera non occasionale e senza l'utilizzo di ausili efficaci.
  - ▶ Analogamente alle nuove tabelle dell'Industria, sono state introdotte le *malattie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore* (tendinite di spalla, gomito e mano, sindrome del tunnel carpale, altre malattie da sovraccarico non specificate) secondarie a *lavorazioni non occasionali* che comportano movimenti ripetuti, mantenimento di posture incongrue ed impegno di forza.

### ▼ **Criteri applicativi in ambito medico legale INAIL**

Relativamente all'applicazione delle nuove tabelle, resta confermato che la presunzione legale d'origine è sempre operante allorquando siano state accertate sia l'esistenza della patologia che l'adibizione *non occasionale* alla lavorazione che espone all'agente tabellato.

Ciò in quanto tale principio consente – una volta formulata la diagnosi etiologica di malattia rapportabile ad un fattore patogeno tabellato – di attribuire la malattia alla lavorazione protetta, senza la necessità di provare mediante indagini ambientali il grado di effettiva nocività della mansione.

Detta presunzione legale d'origine potrà essere superata, invece, qualora l'INAIL, con oneri a proprio carico, dimostri che:

- ▶ il lavoratore sia stato addetto solo in maniera *sporadica o occasionale* alla mansione o alla lavorazione tabellata;
- ▶ il lavoratore sia stato concretamente *esposto* all'agente patogeno connesso alla lavorazione tabellata ma *in misura non sufficiente* a cagionare la patologia;
- ▶ la malattia sia riconducibile ad altra causa di *origine extralavorativa*.

In alcune voci le nuove tabelle non prevedono una malattia nosologicamente definita, bensì richiamano la dizione più generica di «*altre malattie causate dalla esposizione a...*» (determinati agenti); in tali casi la malattia denunciata può ritenersi tabellata *solo a seguito della prova* di una accertata potenzialità etiopatogenetica della noxa secondo un *criterio di elevata probabilità di idoneità causale*. Per le fattispecie rientranti nel precedente sistema tabellare e non previste in quello nuovo – per tipologia della malattia o della lavorazione o per differente periodo massimo di indennizzabilità – la **circolare INAIL n. 47 del 2008** prevede che, per i casi nei quali la domanda è in corso di istruttoria, si dovrà procedere come segue:

- ▶ per i casi in cui non è stato emesso alcun provvedimento o è in corso una opposizione ex art. 104 TU dovranno essere applicate le nuove tabelle,
- ▶ per i casi relativamente ai quali pende contenzioso giudiziario, le Avvocature territoriali valuteranno, in relazione allo stato del giudizio, l'opportunità di sollecitare il riesame della fattispecie alla luce delle nuove tabelle e degli elementi di prova acquisiti al giudizio al fine dell'adozione di un provvedimento di riconoscimento della patologia da adottarsi in sede di autotutela.
- ▶ per i casi definiti con sentenza di rigetto passata in giudicato o prescritti non potrà essere effettuato alcun riesame.



## I risultati del nuovo studio condotto da Eurogip sulle malattie professionali in Europa

a cura di **Eurogip**

Nel mese di novembre verrà presentato il nuovo rapporto sulle malattie professionali in Europa.

I risultati del primo studio comparativo sulle procedure e le condizioni di denuncia, di riconoscimento e di risarcimento delle malattie professionali in Europa fu pubblicato da Eurogip nel 2000, con un successivo aggiornamento nel 2002. A questi rapporti generali hanno fatto seguito alcuni rapporti tematici quali quelli sul riconoscimento dei tumori professionali, sulle malattie da amianto, sulle lombalgie ed asme allergiche, sulle patologie psichiche legate al lavoro ed infine sulla sottodichiarazione delle malattie professionali.

Il nuovo rapporto costituisce un nuovo aggiornamento dei dati statistici e dell'attualità giuridica e pratica sulle malattie professionali.

Per prima cosa viene fatto il punto sulle malattie denunciate e riconosciute come professionali in tredici paesi europei: Germania, Austria, Belgio, Danimarca, Spagna, Finlandia, Francia, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Svezia e Svizzera con due distinte modalità di approccio alla problematica. La prima comparativa permette di misurare, per un anno scelto, il 2006, l'incidenza delle malattie professionali nell'insieme dei paesi interessati dallo studio con popolazione assicurata comparabile.

La seconda evolutiva che permette di valutare le tendenze in ogni paese nel periodo compreso fra il 1990 ed il 2006.

Lo studio indaga, poi, le patologie più frequenti nei paesi interessati. Infine vengono analizzate le riforme e le modificazioni regolamentari intervenute successivamente al 2002 nei diversi paesi.

### ▼ **Le domande di riconoscimento nel 2006**

La richiesta di riconoscimento presentata all'organismo assicurativo contro le malattie professionali mira a far riconoscere il carattere professionale

di una patologia, con la finalità per la vittima (o per gli aventi diritto) di vedersi riconoscere i diritti previsti dalle normative ed in particolare la concessione di prestazioni.

Facendo una comparazione fra i dati del 2006 e quelli del 2000 si rileva che la Danimarca, la Francia e la Svezia rimangono i paesi nei quali vengono denunciate di più le malattie professionali che ammontano rispettivamente a 626, 401 e 349 ogni 100.000 assicurati.

All'altro estremo troviamo il Lussemburgo ed il Portogallo in cui le domande sono meno numerose (rispettivamente 66 e 80 denunce ogni 100.000 assicurati). Numerosi fattori intervengono a determinare il numero delle domande e dei riconoscimenti.

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

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

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

### ▼ **L'influenza del contenuto della lista delle malattie professionali sul numero di casi riconosciuti**

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

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

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

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

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

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

Le differenze fra paesi come la Francia e la Svezia, dove le malattie professionali sono più riconosciute (rispettivamente 282 e 257 casi ogni 100.000 assicurati nel 2006) e quelli come il Lussemburgo, l'Italia, la Germania e l'Austria, dove vengono riconosciute in numero minore, sono assai significative.

Lo studio dimostra che i paesi che hanno il maggior numero di riconoscimenti di malattie professionali sono anche quelli che riconoscono di più le patologie muscolo-scheletriche. Questi paesi sono la Francia, la Spagna ed in misura minore la Svezia.

Un altro importante fattore da tenere in considerazione è quello del carattere più o meno forte della presunzione legale di origine professionale che promana dalla lista.

In Francia, per esempio, le liste delle malattie professionali indicano le malattie, ma anche il periodo massimo di indennizzabilità e prevedono anche, in maniera indicativa, la declinazione delle principali lavorazioni che possono provocare queste malattie.

Se le condizioni di riconoscimento previste in queste liste sono ottemperate, il riconoscimento del carattere professionale della patologia è automatico.

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

Queste situazioni non sono formalmente riconosciute come malattie professionali e dunque non appaiono nelle statistiche.

### ▼ **Evoluzione delle malattie professionali: tre gruppi distinti di paesi**

L'osservazione dell'evoluzione delle domande di riconoscimento e dei casi riconosciuti nei cinque ultimi anni disponibili (dal 2002 al 2006) permette di suddividere i paesi interessati dallo studio in tre gruppi in ragione di tendenze nettamente contrastanti.

In Germania, Belgio, Finlandia e Svizzera si rileva una tendenza alla diminuzione. La spiegazione che viene data a questo fenomeno è quella secondo cui i rischi tradizionali legati al mondo del lavoro sono sempre meno numerosi.

In effetti alcune attività industriali vanno rarefacendosi se non scomparendo (chiusura delle miniere di carbone, riduzione degli effettivi in siderurgia...) per lasciare il posto ad attività di tipo più intellettuale. Orbene le patologie che possono essere determinate dal lavoro di tipo terziario (lombalgie, malattie psichiche...) non sono ad oggi riconosciute in numero tale da eguagliare quelle provocate da questi antichi mestieri particolarmente pericolosi.

Questi paesi prospettano anche il fatto che gli sforzi prodigati nel campo della prevenzione hanno dato i loro frutti, sia che si tratti di regolamentazioni più stringenti o di pratiche più efficaci (migliore sorveglianza sanitaria nelle imprese...).

Quattro fra i paesi compresi nello studio registrano una certa stabilità nel numero di domande di riconoscimento e nel numero di casi riconosciuti. Si tratta di Austria, Danimarca, Italia e Svezia.

Ma occorre sottolineare che non è sempre stato così.

D'altronde le ultime novità regolamentari modificheranno, senza dubbio, la tendenza in Danimarca ed in Italia. Infine in Spagna, Francia, Lussemburgo e Portogallo si rileva una tendenza all'aumento, tendenza che è in crescita regolare con una accentuazione in tutto il periodo oggetto dello studio – 1990-2005 – nei primi due paesi.

Questa tendenza all'aumento si spiega con l'evidente impatto del contenuto delle tabelle della malattie professionali e delle modalità di riconoscimento, ed in particolare della «generosa» presa in carico in questi paesi delle patologie muscolo-scheletriche.

Queste patologie costituiscono da alcuni anni la categoria di malattie professionali più riconosciuta con dati assai rilevanti in Spagna e Francia.

L'aumento si spiega anche con la sempre maggiore presa di coscienza registrata negli ultimi quindici anni sia da parte dei lavoratori che dei medici in merito al possibile legame fra l'attività professionale e la patologia. E come già ricordato, le vittime hanno una migliore conoscenza del sistema di riconoscimento delle malattie professionali.

## Il «top 3» delle malattie professionali maggiormente riconosciute (2006)

PAESE	N. 1	N. 2	N. 3
Germania	Sordità	Asbestosi e placche pleuriche	Mesoteliomi
Austria	Sordità	Malattie cutanee	Asme bronchiali allergiche
Belgio (2005)	Malattie osteoarticolari	Paralisi dei nervi da compressione localizzata	Sordità
Danimarca (2005)	Malattie cutanee	CTD	Sordità
Spagna	CTD	Malattie cutanee	Sordità
Francia	CTD	Patologie da amianto	Lombalgie
Italia	CTD	Sordità	Malattie respiratorie
Lussemburgo	Malattie infettive	Asbestosi	Tunnel carpale
Portogallo	CTD	Sordità	Malattie respiratorie
Svezia	CTD	Sordità	Patologie psicosociali
Svizzera	Sordità	Malattie infettive	Malattie cutanee

### ▼ Le malattie più frequentemente riconosciute nel 2006 come di origine professionale

Nella maggioranza dei paesi, alcuni tipi di patologie professionali rappresentano da sole la gran parte dei casi riconosciuti.

Le malattie più frequenti sono spesso le stesse da un paese all'altro, anche se la loro collocazione in graduatoria può variare. Con tuttavia una eccezione rappresentata dalle patologie muscolo-scheletriche, che rappresentano l'85% dei casi di malattia professionale riconosciuti in Spagna, e l'80% in Francia. Mentre non compaiono fra le malattie professionali più frequenti nelle statistiche della Germania e dell'Austria.

Il termine generico di «CTD» indica un insieme di patologie infiammatorie e degenerative dell'apparato locomotore, che interessano i muscoli, i tendini ed i nervi degli arti e della colonna vertebrale.

Lo studio ha concentrato l'attenzione su sei patologie muscolo-scheletriche presenti nella lista europea: sindrome del tunnel carpale, borsite, epicondilite, te-

nosinoviti, meniscopatia, lombalgie, analizzando, qualora fossero disponibili dati, le modalità di riconoscimento, le statistiche ed il costo.

La sordità e l'ipoacusia figurano fra le cinque patologie più frequenti in tutti i paesi oggetto dello studio.

Le sordità si collocano al primo posto fra le malattie riconosciute in Austria (46% del totale dei casi di malattie professionali riconosciuti nel 2006) ed in Germania (con il 37%) mentre esse rappresentano meno del 5% del totale in Spagna, in Francia e in Svezia.

Le malattie cutanee le ritroviamo nei dati di tutti i paesi oggetto dello studio con la sola esclusione della Germania e della Svezia. Occorre ricordare che nel caso della Germania il dato si può spiegare con il fatto che la malattia deve essere talmente grave da imporre al tecnopatico di abbandonare l'attività lavorativa perché essa venga statisticata come malattia professionale riconosciuta.

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

Ma queste malattie, in alcuni dei paesi esaminati, possono essere inserite con un codice statistico più generico quale è quello di «malattie delle vie respiratorie».

### ▼ **Le riforme o i cambiamenti regolamentari intervenuti in questi ultimi anni**

In Danimarca, una riforma del sistema di indennizzo delle vittime di malattie professionali è entrato in vigore il 1° gennaio 2005. Questa riforma è stata accompagnata dalla introduzione di una nuova lista delle malattie professionali. Questa lista stabilisce criteri meno stringenti per il riconoscimento delle malattie denunciate a partire dal 1° gennaio 2005 e questo è particolarmente valido per le patologie muscolo-scheletriche. Dobbiamo registrare significative differenze con gli altri paesi quali l'inserimento tabellare del tumore del polmone da fumo passivo e dello stress post-traumatico.

Molto più recentemente, nel luglio 2008, l'Italia ha del pari adottato una tabella delle malattie professionali che prevede 85 voci contro le 58 della tabella precedentemente in vigore.

La tabella attuale è più dettagliata e presenta una certa somiglianza con le tabelle delle malattie professionali francesi. Le patologie muscolo-scheletriche sono state ricomprese in queste nuove tabelle.

Due paesi quali la Finlandia ed il Lussemburgo hanno, poi, annunciato il progetto di avviare delle riforme relativamente importanti dell'assicurazione «infortuni sul lavoro - malattie professionali».

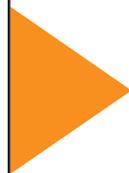


**Quaderni**  
di Medicina Legale del Lavoro

# Relazioni

---

**Il medico competente  
ed il nuovo Testo Unico**





## Medico Competente e Sorveglianza sanitaria nel D.LGS. 81/08

*Considerazioni e prime indicazioni operative della Regione Lombardia*

di **Gianni Saretto\*** e **Marina Della Foglia\*\***

### ▼ **Censimento degli articoli che hanno introdotto nuove disposizioni o modificazioni delle precedenti norme in materia di sorveglianza sanitaria e medico competente**

La revisione degli obblighi del medico competente e della gestione della sorveglianza sanitaria, prevista dalla legge delega di riordino 3 agosto 2007, n. 123, all'art. 1 lett. t), con il mandato di procedere alla *«rivisitazione delle modalità di attuazione della sorveglianza sanitaria, adeguandola alle differenti modalità organizzative del lavoro, ai particolari tipi di lavorazioni ed esposizioni, nonché ai criteri ed alle linee guida scientifici più avanzati, anche con riferimento al prevedibile momento d'insorgenza della malattia»*, ha trovato realizzazione nel D.LGS. 81/08 nel dettato del Titolo I e specificamente:

- ▶ revisione della definizione di medico competente (art. 2 lett. h);
- ▶ introduzione della definizione di «sorveglianza sanitaria» (art. 2 lett. m);
- ▶ obblighi del medico competente (art. 25);
- ▶ sorveglianza sanitaria (artt. 38-42).

Inoltre, sono state introdotte novità di diverso rilievo nelle modalità di effettuazione della sorveglianza sanitaria in tema di:

- ▶ movimentazione manuale di carichi (Titolo VI art. 168);
- ▶ attività che comportano l'uso di attrezzature munite di videoterminali (Titolo VII artt. 175 e 176);
- ▶ esposizione ad agenti fisici (Titolo VIII artt. 185, 196, 204, 211 e 218);

\* Unità Organizzativa Prevenzione - Direzione Generale Sanità - Regione Lombardia

\*\* Responsabile UOCPSAL ASL Milano 1

- esposizione a sostanze pericolose (Titolo IX artt. 229, 242 e 259-260);
- esposizione ad agenti biologici (Titolo X art. 279).

Con le nuove norme sono stati rivisti gli obblighi, i titoli e requisiti formativi, le funzioni, i vincoli e le sanzioni riguardo alla figura del medico competente e allo svolgimento della sorveglianza sanitaria.

### ▼ **Titoli e requisiti formativi, istituzione dell'elenco nazionale medici competenti (art. 38)**

I titoli richiesti per lo svolgimento dell'attività di medico competente (art. 38, c. 1) non sono stati modificati rispetto a quanto previsto nel D.LGS. 626/94. Rilevanti novità sono state introdotte per quanto riguarda i requisiti formativi. I medici in possesso della sola specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale devono frequentare appositi percorsi formativi universitari, che saranno definiti con decreto del Ministero dell'Università e della ricerca di concerto con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali (di seguito indicato come Ministero del Lavoro). Sono abilitati, senza frequenza dei percorsi formativi, i medici che al 15 maggio 2008 svolgono le attività di medico competente o dimostrano di avere svolto tali attività per almeno un anno nell'arco dei tre anni anteriori (art. 38, c. 2). L'attestazione del datore di lavoro, comprovante l'espletamento di tale attività, deve essere inviata alla Direzione Generale Sanità della Regione.

Tutti i medici che svolgono funzioni di medico competente devono partecipare al programma di educazione continua in medicina (ECM), a partire dal programma triennale successivo al 15 maggio 2008 (art. 38, c. 3). I crediti previsti dal programma triennale devono essere conseguiti in misura non inferiore al 70 per cento del totale nella disciplina «medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro».

È, inoltre, istituito presso il Ministero del Lavoro l'elenco dei medici competenti (art. 38, c. 4).

A tal fine, è introdotto l'obbligo per il medico competente di comunicare il possesso dei titoli e dei requisiti, entro il 15 novembre 2008, mediante autocertificazione. Il modello, già predisposto dal Ministero del Lavoro - Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione - Ufficio II, è disponibile presso tutti i Servizi PSAL dei Dipartimenti di Prevenzione Medica delle ASL e sul sito del Ministero del Lavoro.

## ▼ Svolgimento dell'attività (art. 39)

Il medico competente è tenuto a svolgere la sua attività secondo i principi della medicina del lavoro e del codice etico della Commissione internazionale di salute occupazionale (ICOH) (art. 39, c. 1).

Si richiama il dovere per ciascun medico competente di fare costante riferimento ai principi tecnico-professionali ed etici della disciplina.

Si segnala la novità rappresentata dal comma 2 dell'art. 39, che sancisce la possibilità che il medico competente operi anche quando si trova nella condizione di collaboratore con una struttura esterna pubblica o privata, convenzionata con l'imprenditore. Tra le strutture private sono comprese quelle costituite per iniziativa delle organizzazioni datoriali. Si corregge in tal modo la precedente disposizione del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (risposta ad istanza di interpello avanzata dalla Associazione del Commercio e Turismo di Forlì in data 22 dicembre 2005) che sanciva l'impossibilità d'instaurare rapporti di lavoro autonomi tra un medico competente e una struttura incaricata di svolgere la sorveglianza sanitaria.

Il comma 3 introduce il divieto di svolgere le funzioni di medico competente, in tutto il territorio nazionale, per il medico dipendente di una struttura pubblica ed assegnato ad uffici che svolgono attività di vigilanza. In precedenza tale divieto trovava applicazione solo nel caso in cui il medico svolgeva direttamente attività di vigilanza (art. 17, comma 7 D.LGS. 626/94), vale a dire qualora avesse la qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria, e limitatamente all'ambito territoriale di competenza dell'ente di appartenenza.

È affermato il dovere del datore di lavoro (c. 4) di garantire l'autonomia del medico competente e di assicurargli le condizioni necessarie per lo svolgimento di tutti i suoi compiti. Nel D.LGS. 626/94 tale previsione era limitata al caso in cui il medico competente fosse dipendente del datore di lavoro.

Prendendo atto di una modalità organizzativa già ampiamente diffusa, il comma 6 riconosce la facoltà che il datore di lavoro, nei casi di aziende con più unità produttive e di gruppi d'impresе, nonché qualora la valutazione dei rischi ne evidenzia la necessità, nomini più medici competenti individuando tra essi un medico con funzioni di coordinamento.

È prevista la possibilità per il medico competente di avvalersi, per accertamenti diagnostici, della collaborazione di medici specialisti scelti in accordo con il datore di lavoro, che ne sopporta gli oneri (art. 41, c. 4). Il D.LGS. 626/94 prevedeva tale possibilità più genericamente e, forse, più estesamente «*per motivate ragioni*» e gli specialisti erano «*scelti dal datore di lavoro*».

### ▼ **Obblighi del medico competente (art. 25)**

È introdotto l'obbligo di collaborare all'attuazione e valorizzazione di programmi volontari di «promozione della salute», secondo i principi della responsabilità sociale (art. 25, c. 1).

Questo nuovo ambito di attività necessita di un'ampia riflessione per definirne criteri e contenuti, anche con riferimento agli aspetti etici. Si ritiene opportuno rilevare che, comunque, tale attività non deve essere in alcun modo assimilata alla sorveglianza sanitaria.

Il medico competente deve adottare protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati (art. 25, c. 1, lett. b).

Il decreto prevede l'obbligo e la responsabilità per il medico competente di istituire, aggiornare e custodire le cartelle sanitarie con la specificazione che, nel caso di aziende o unità produttive con più di 15 lavoratori, il medico competente concorderà con il datore di lavoro il luogo di custodia (art. 25, c. 1, lett. c). Se ne deduce che nelle aziende fino a 15 dipendenti le cartelle sanitarie possono essere custodite anche al di fuori delle stesse, presso lo studio del medico competente.

È esplicitato che, in occasione della riunione periodica, la comunicazione dei risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria deve essere effettuata in forma scritta (art. 25, c. 1, lett. i).

Il medico competente deve visitare gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o con cadenza diversa, sulla base dei risultati della valutazione dei rischi. Nel caso di periodicità diversa dall'annuale, il medico competente deve darne comunicazione al datore di lavoro che dovrà inserire specifica annotazione nel documento di valutazione dei rischi (art. 25, c. 1, lett. l). La precedente normativa prevedeva che il medico competente effettuasse la visita almeno due volte all'anno e congiuntamente al RSP, unica eccezione le aziende di cui al DM 16 gennaio 1997 (Ministeri Lavoro, Industria e Sanità) nelle quali il medico competente poteva visitare i luoghi di lavoro una sola volta all'anno.

### ▼ **Obbligatorietà della sorveglianza sanitaria (art. 41, c. 1)**

È previsto che la sorveglianza sanitaria sia da effettuare, oltre che nei casi previsti dalla normativa vigente, anche sulla base delle direttive europee, nonché delle indicazioni fornite dalla Commissione consultiva di cui all'articolo 6 del decreto legislativo.

Si evidenzia che, rispetto alle versioni circolate nella fase istruttoria del nuovo decreto, nel testo definitivo è scomparso il riferimento all'obbligo di sorveglianza sanitaria quale esito della valutazione dei rischi.

Si ritiene che tale scelta del legislatore riapra la riflessione sulla legittimità della prassi, diffusasi dopo l'entrata in vigore del D.LGS. 626/04 e sostenuta da autorevoli magistrati, per la quale, anche a fronte di rischi che non prevedono esplicitamente l'obbligo di sorveglianza sanitaria, questa diventi lecita se ne viene sancita la sua necessità al momento della valutazione dei rischi.

Inoltre, la sorveglianza sanitaria è prevista per richiesta formulata dal lavoratore e ritenuta correlata ai rischi lavorativi dal medico competente (c. 1, lettera b). Tale evenienza ricorre sempre, non solo nelle situazioni in cui vi è un'esplicita previsione normativa (ad esempio, in tema di protezione dai rischi di esposizione al rumore, l'articolo 196 prevede l'estensione della sorveglianza sanitaria ai lavoratori esposti a valori superiori ai valori inferiori di azione su loro richiesta e dopo conferma dell'opportunità del controllo da parte del medico competente).

### ▼ **Contenuto e modalità della sorveglianza sanitaria (art. 41, c. 2)**

Mantenendo l'impianto del D.LGS. 626/94 si prevedono:

*a)* visita medica preventiva intesa a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato al fine di valutare l'idoneità alla mansione specifica;

*b)* visita medica periodica per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

La periodicità, qualora non specificata dal decreto, è di norma annuale. Il medico competente, in funzione della valutazione del rischio, può definire una cadenza diversa. L'organo di vigilanza, con provvedimento motivato, può disporre contenuti e periodicità della sorveglianza sanitaria differenti rispetto a quelli indicati dal medico competente.

Si è così accolta la richiesta avanzata da più parti di eliminare ogni riferimento rigido e tabellare alla periodicità degli accertamenti, allineandola all'annualità come già era previsto dal D.LGS. 626/94 per gli agenti chimici, e valorizzando il criterio che la frequenza può essere scelta dal medico competente, sulla base dei risultati della valutazione dei rischi, assistito in ciò anche da Linee Guida elaborate dalle società scientifiche.

La sorveglianza sanitaria comprende inoltre (lett. c) la visita medica per richiesta del lavoratore, qualora sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi

professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Alla lettera d) è prevista la visita medica in occasione del cambio della mansione e alla lettera e) la visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti dalla normativa vigente (lavoratori esposti ad alcune categorie di agenti chimici pericolosi - art. 229).

Sono indicate in dettaglio le formulazioni dei giudizi di idoneità e si precisa che, nel caso di giudizio di inidoneità temporanea, devono essere precisati i limiti temporali di validità (c. 7).

Il giudizio deve essere sempre comunicato per iscritto al lavoratore ed al datore di lavoro. Il D.LGS. 626/94 prevedeva questa modalità di informazione solo nei casi di «inidoneità parziale o temporanea o totale».

Avverso i giudizi del medico competente è ammesso ricorso, entro trenta giorni dalla data di comunicazione del giudizio medesimo, all'organo di vigilanza territorialmente competente che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso (art. 41, c. 9).

## ▼ **Ampliamento del campo di applicazione del medico competente**

### ■ **Sicurezza dei lavoratori**

All'articolo 2 (definizioni), lett. m «sorveglianza sanitaria»: insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa», viene allargata la finalità della sorveglianza sanitaria alla tutela, oltre che della «salute», come già prevedeva l'art. 16 del D.LGS. 626/94, anche della sicurezza del lavoratore.

Pertanto la sorveglianza sanitaria dovrà essere attivata per rischi riferiti alla sicurezza che possono essere controllati mediante accertamenti sanitari (si cita l'esempio del rischio di caduta dall'alto in presenza di patologie che determinano vertigine).

### ■ **Tutela di terzi**

All'art. 41 c. 4, si prevede: «...nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, le visite di cui al comma 2, lettere a), b) e d) sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti».

Si interpreta che tali accertamenti devono essere effettuati nelle condizioni indicate nelle Intese Conferenza Stato Regioni 16 marzo 2006, per il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche in determinate attività lavorative, e 30 ottobre 2007 (e recente Accordo 18 settembre 2008), per gli accertamenti di assenza di tossicodipendenza. Tali accertamenti hanno l'obiettivo di tutelare l'incolumità dei lavoratori che svolgono mansioni comportanti rischi, ma anche l'incolumità di terzi.

### ■ **Ruolo del medico competente nella valutazione dei rischi**

L'articolo 25 c. 1, lett. a, prevede che il medico competente collabori con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi. Questa previsione è espressa anche nell'art. 2 (definizione di medico competente) e trova applicazione operativa nell'art. 28 *«la valutazione dei rischi riguarda tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra essi anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004, e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, secondo quanto previsto dal D.LGS. 151/01, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri paesi»*.

### ▼ **Divieti nell'esecuzione degli accertamenti sanitari**

È fatto divieto di effettuare le visite mediche:

- a) in fase preassuntiva;
- b) per accertare stati di gravidanza;
- c) negli altri casi vietati dalla normativa vigente.

La legge 129/08 ha prorogato al 31/12/2008 l'entrata in vigore del divieto di effettuare visite preassuntive.

### ▼ **Procedure e gestione delle cartelle (art. 25)**

Il comma 5 dell'art. 41 prevede che gli esiti della visita medica devono essere allegati alla cartella sanitaria e di rischio di cui all'art. 25, c. 1, lett. c, secondo i requisiti minimi contenuti nell'Allegato 3A.

Il medico competente consegna:

- ▶ al datore di lavoro, alla cessazione dell'incarico, la documentazione sanitaria in suo possesso, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo del 30 giugno 2003, n. 196, e con salvaguardia del segreto professionale (c. 1, lett. d);

- ▶ al lavoratore, alla cessazione del rapporto di lavoro, la documentazione sanitaria in suo possesso e gli fornisce le informazioni riguardo la necessità di conservazione (c. 1, lett. e).

### ▼ **Flussi informativi**

Entro il 31 marzo dell'anno successivo all'anno di riferimento il medico competente trasmette, esclusivamente per via telematica, alle ASL competenti per territorio, le informazioni elaborate evidenziando le differenze di genere, relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, sottoposti a sorveglianza sanitaria.

### ▼ **Sanzioni**

Sono previste sanzioni di diversa entità a carico del medico competente.

In specifico, il medico competente è punito con l'arresto o l'ammenda per violazione dell'art. 25 comma 1 lettere:

- b) programma ed effettua la sorveglianza sanitaria... attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati;
- c) istituisce – anche tramite l'accesso alle cartelle sanitarie e di rischio, di cui alla lettera f) –, aggiorna e custodisce – sotto la propria responsabilità –, una cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria. Nelle aziende o unità produttive con più di 15 lavoratori il medico competente concorda con il datore di lavoro il luogo di custodia;
- d) consegna al datore di lavoro, alla cessazione dell'incarico, la documentazione sanitaria in suo possesso, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo del 30 giugno 2003, n. 196, e con salvaguardia del segreto professionale;
- e) consegna al lavoratore, alla cessazione del rapporto di lavoro, la documentazione sanitaria in suo possesso e gli fornisce le informazioni riguardo la necessità di conservazione;
- f) invia all'ISPESL, esclusivamente per via telematica, le cartelle sanitarie e di rischio nei casi previsti dal presente decreto legislativo, alla cessazione del rapporto di lavoro, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196...;
- g) fornisce informazioni ai lavoratori sul significato della sorveglianza sanitaria cui sono sottoposti e, nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la ces-

sazione della attività che comporta l'esposizione a tali agenti. Fornisce altresì, a richiesta, informazioni analoghe ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;

l) visita gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o a cadenza diversa che stabilisce in base alla valutazione dei rischi; la indicazione di una periodicità diversa dall'annuale deve essere comunicata al datore di lavoro ai fini della sua annotazione nel documento di valutazione dei rischi.

È prevista la sanzione amministrativa pecuniaria nel caso di violazione dei seguenti articoli:

► Art. 25 comma 1 lettere:

h) informa ogni lavoratore interessato dei risultati della sorveglianza sanitaria... e, a richiesta dello stesso, gli rilascia copia della documentazione sanitaria;

i) comunica per iscritto, in occasione delle riunioni di cui all'articolo 35, al datore di lavoro, al responsabile del servizio di prevenzione protezione dai rischi, ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria effettuata e fornisce indicazioni sul significato di detti risultati ai fini della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori;

m) partecipa alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori i cui risultati gli sono forniti con tempestività ai fini della valutazione del rischio e della sorveglianza sanitaria.

► Art. 40 comma 1:

Entro il primo trimestre dell'anno successivo all'anno di riferimento il medico competente trasmette, esclusivamente per via telematica, ai servizi competenti per territorio le informazioni, elaborate evidenziando le differenze di genere, relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, sottoposti a sorveglianza sanitaria secondo il modello in allegato 3B.

► art. 41 comma 5

Gli esiti della visita medica devono essere allegati alla cartella sanitaria e di rischio di cui all'articolo 25, comma 1, lettera c), secondo i requisiti minimi contenuti nell'Allegato 3A e predisposta su formato cartaceo o informatizzato, secondo quanto previsto dall'articolo 53.

### ▼ **Punti critici**

1. Non è stato raggiunto l'obiettivo di avere la presenza del medico competente nella fase di valutazione dei rischi, all'interno del processo valutativo e non a valle dello stesso, consentendo in tal modo a questa figura di partecipare at-

tivamente, fra l'altro, alla decisione sulla necessità o meno della sorveglianza e/o delle altre attività.

2. Presenza di molti aspetti formali e burocratici a carico del medico competente eccessivamente gravosi e di difficile attuazione pratica. Esigenza di definire modelli di cartella sanitaria gestibili in particolare per le figure atipiche.
3. La cartella sanitaria per gli esposti a cancerogeni è di difficile applicazione e di dubbia efficacia epidemiologica.
4. Procedure e soggetti titolari degli obblighi incoerenti rispetto ai compiti d'invio delle cartelle sanitarie in caso di esposizione ad agenti cancerogeni, amianto ed agenti biologici.
5. Mancata abrogazione delle norme che prevedono certificazioni d'idoneità generica rilasciati da enti pubblici in fase di assunzione.

### ▼ Bibliografia

1. L. Soleo (coordinatore) - SIMLII, «Linee Guida per la sorveglianza sanitaria», Tipografia Pime Editrice, Pavia 2004.
2. G. Abbritti, P. Apostoli, A. Gelormini, S. Iavicoli, C. Romano (coordinatore), L. Soleo, *Osservazioni sui contenuti del «Testo Unico» a cura del Gruppo di lavoro nominato dal Direttivo SIMLII - 2003.*
3. Emendamenti proposti per il Testo Unico dalla Consulta Interassociativa Italiana per la prevenzione - gennaio 2005.
4. Documento finale del Gruppo di lavoro, costituito con DM 13 ottobre 2004, Ministero della Salute, per la semplificazione delle procedure relativamente alle autorizzazioni, certificazioni ed idoneità sanitarie.
5. Contributo della Associazione Lombarda di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (ALMLII) per la revisione e riformulazione del Capo IV «Sorveglianza sanitaria» e articoli correlati del D.LGS. 626/94 - Convegno «La figura del Medico Competente nel Testo Unico sulla Sicurezza del Lavoro», Pavia, 1° dicembre 2007.
6. P. Paraluppi, *La sorveglianza sanitaria dei lavoratori alla luce del D.LGS. 81/08*, documento interno SPSAL ASL della provincia di Pavia.
7. L. Alessio, Considerazioni su medico competente e sorveglianza sanitaria, Convegno Exposicuramente, Brescia, maggio 2008.
8. Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti, Osservazioni sugli articoli 41, c. 5; 25, c. 1, lett. f); 40, c. 1 e sull'allegato 3A del D.LGS. 81/98, documento del 23 giugno 2008.

## Primi mesi di applicazione del D.LGS. 81/2008: le criticità riscontrate dai medici competenti e le proposte per un loro superamento

di **Daniele Ditaranto\*** e **Giuseppe Briatico-Vangosa\***

### ▼ Premessa

A nostro giudizio il D.LGS. 81/08, rispetto all'abrogato D.LGS. 626/94, è innovativo in molti aspetti dei «Principi comuni» enunciati nel Titolo I, nonché prevede numerose novità, anche significative, nei Titoli successivi compresi quelli dedicati alla regolamentazione della prevenzione delle conseguenze dell'esposizione professionale ai rischi specifici.

L'impatto di queste novità sulla valutazione dei rischi (VdR) e sull'individuazione e attuazione delle misure di tutela, compresa la sorveglianza sanitaria, si riflette sulle strategie, gli orientamenti e le attività di istituzioni, parti sociali e professionisti addetti ai lavori.

La nostra Associazione ha partecipato attivamente alla discussione sul D.LGS. 81/08 e molte delle sue proposte finalizzate alla migliore qualificazione professionale del medico competente (MC) trovano riscontro nella figura di MC nel Decreto.

L'impegno profuso in questi mesi da molti medici competenti nel tentativo di riorganizzarsi per ottemperare al meglio alle disposizioni del D.LGS. 81/2008 (TU), ha evidenziato, accanto ai numerosi aspetti innovativi, la presenza nella normativa di disposizioni ambigue dal punto di vista interpretativo o di difficile se non impossibile applicazione.

Questa situazione, alla luce del notevole ampliamento ed appesantimento del quadro sanzionatorio, sta suscitando tra i MC viva preoccupazione assieme alla percezione che gli aumentati adempimenti formali possano di fatto soffocare la crescita dei livelli di prevenzione come auspicata dal D.LGS. 81/2008.

\* ANMA - Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti

Infatti, considerata la struttura del tessuto produttivo nazionale che come ben sappiamo è particolare e caratterizzata dalla netta prevalenza di micro, piccole e medie imprese (PMI) dove i MC svolgono la loro attività professionale. L'organizzazione e la gestione della sorveglianza sanitaria, ovvero di tutti gli atti e le attività richieste al MC, risulta spesso incompatibile con la rigidità di alcuni precetti.

Il ruolo del MC nel processo di valutazione del rischio rimane critico perché ambiguo.

L'introduzione, nel pieno rispetto dei principi, di elementi di flessibilità nelle modalità applicative faciliterebbe l'applicazione di molte disposizioni, introducendo nella gestione della tutela della salute sul lavoro, specialmente nelle PMI, degli elementi di «semplificazione», obiettivo auspicato anche dal legislatore durante tutto l'iter che ha portato alla promulgazione del TU.

Le seguenti note sono il risultato del vivace dibattito in atto tra numerosi MC soci ANMA, tutti colleghi addetti ai lavori che operano quotidianamente sul campo.

### ▼ Criticità e proposte

#### ■ La nomina del medico competente

Se all'art. 2, comma 1, lettera h), il MC è nominato dal datore di lavoro (DDL), all'art. 18, comma 1, lettera a), la sua nomina può essere anche compito dei dirigenti «che organizzano e dirigono le stesse attività (del DDL) secondo...».

Al di là dell'ambiguità, appare incomprensibile e contraddittorio, sia alla luce della definizione di «salute» di cui all'art. 2, sia in una logica di sistema di gestione salute e sicurezza quale quello auspicato dall'art. 30, che la nomina del MC non rientri tra gli obblighi non delegabili del DDL com'è, giustamente, quella del responsabile del servizio di prevenzione e protezione (RSPP).

Francamente non possiamo condividere un'impostazione che pone la tutela della salute ad un rango inferiore rispetto a quella della sicurezza.

#### ■ La collaborazione del medico competente alla valutazione dei rischi

Dalla lettura combinata delle varie norme che nel TU riguardano la valutazione dei rischi (VDR), emerge un ruolo ancora ambiguo per il MC: non in tutte le disposizioni è sancito l'auspicato ruolo collaborativo del MC con il DDL ed il RSPP fin dalle sue fasi d'impostazione.

Ciò risulta particolarmente evidente dalla lettura combinata degli artt. 25, comma 1, lettera a) e 29, comma 1. Il primo dispone una collaborazione «anche ai

fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria», mentre il secondo, prevedendola «nei casi di cui all'art. 41», sostanzialmente la correla ancora ai casi in cui sia obbligatoria la sorveglianza sanitaria, com'era nel D.LGS. 626/94.

Inoltre rileviamo che questo permanere di ambiguità nel ruolo del MC nella VDR, sminuirebbe la portata della disposizione, peraltro sanzionata, dell'art. 25, comma 1, lettera m). Infatti la partecipazione al controllo dell'esposizione dei lavoratori presuppone un ruolo attivo del MC fin dalle fasi iniziali della VDR quando viene impostato il monitoraggio ambientale e quindi programmata la misurazione dei livelli di esposizione al rischio, con particolare riferimento ai rischi fisici e chimici.

### ■ La gestione della cartella sanitaria e di rischio

Sono due gli aspetti che si stanno rivelando particolarmente critici:

*a) Il luogo di custodia della cartella sanitaria e di rischio.*

Dalla lettura dell'art. 25, comma 1, lettera c) emergerebbe che nelle aziende sotto i 15 lavoratori il luogo di custodia della cartella sanitaria e di rischio (CSR) è praticamente lo studio del MC.

Nella maggior parte dei casi questa disposizione ha suscitato sorpresa ed incomprendimento trattandosi anche di un provvedimento che sta comportando per le piccole aziende un onere aggiuntivo.

Pertanto ci sembrerebbe più ragionevole lasciare la decisione sul luogo di custodia delle CSR ad un accordo tra il MC ed il DDL in tutte le aziende, indipendentemente dal numero dei lavoratori.

Ovviamente nell'accordo andranno specificate le modalità con cui avviene la custodia per il rispetto del segreto professionale e della privacy.

*b) La consegna della cartella sanitaria e di rischio al lavoratore alla cessazione del rapporto di lavoro.*

Preliminarmente va sottolineato il fatto che non è pratica diffusa nelle aziende la comunicazione ai MC dei dati relativi alle cessazioni dei rapporti di lavoro e, d'altra parte, lo stesso TU all'art. 18, comma 2 non l'ha previsto.

In ogni caso, se il significato dell'art. 25, comma 1, lettera d) è quello della consegna della CSR da parte del MC al lavoratore in modo «personale» e «contestuale» alla cessazione del suo rapporto di lavoro, in modo del tutto trasparente si deve dire che, se si escludono i casi ormai sporadici dei servizi sanitari aziendali strutturati con una presenza continuativa (o quasi) di personale medico e paramedico, in tutti gli altri casi la norma è praticamente inapplicabile.

I motivi di tale criticità sono molteplici:

- ▶ il modello di gran lunga più diffuso di relazione tra il MC e le aziende, prevalentemente PMI, che prevede una presenza discontinua del MC in azienda incompatibile con il puntuale rispetto della disposizione normativa;
- ▶ il frequente ricorso alle tipologie contrattuali introdotte dal D.LGS. 276/2003, che comportano un elevato turnover del personale e durate dei periodi contrattuali o delle missioni in genere molto brevi;
- ▶ la diffusione di realtà produttive «delocalizzate», costituite da una sede/stabilimento centrale e da una serie di filiali/stabilimenti dislocati sul territorio nazionale. In tali realtà, per l'ottimizzazione delle risorse e l'armonizzazione della gestione, talvolta viene nominato un solo MC per tutto il territorio o, più spesso, un MC per macroarea (in genere Nord, Centro e Sud), mentre, per motivi logistici ed organizzativi della sorveglianza sanitaria (SS), le CSR sono custodite presso le varie sedi aziendali (centrale e periferiche).

Considerata l'evidente e condivisibile ratio della norma, riteniamo che una soluzione che consentirebbe al lavoratore cessato e assunto in un'altra azienda di presentarsi al nuovo MC in occasione della visita preventiva producendo la documentazione sanitaria relativa al precedente rapporto di lavoro, sia la consegna al lavoratore da parte del MC della copia di tutta la documentazione relativa all'accertamento di sorveglianza sanitaria (preventivo, periodico, per cambio mansione, richiesto o alla cessazione del rapporto di lavoro) alla conclusione dell'accertamento stesso. In occasione della consegna il MC gli fornisce «le informazioni riguardo alla necessità di conservazione».

D'altra parte il lavoratore nel sistema aziendale per la prevenzione non è un soggetto «passivo», ma un protagonista che deve contribuire attivamente al raggiungimento degli obiettivi anche prendendosi «cura della propria salute» (art. 20, comma 1).

Se non si ritenesse adeguata tale soluzione, allora, per evitare che la disposizione venga percepita semplicemente come una «trappola» sanzionatoria, riteniamo necessario:

- ▶ indicare un ragionevole arco temporale entro il quale l'obbligazione può essere legittimamente ottemperata;
- ▶ prendere atto della frequente oggettiva impossibilità per il MC di consegnare personalmente la CSR al lavoratore che ha cessato il rapporto di lavoro con l'azienda, esplicitando la legittimità del ricorso alla normativa sulla privacy (in particolare l'art. 30 del D.LGS. 196/2003 relativo alla nomina degli «incaricati del trattamento») e agli strumenti postali idonei ad attestare l'avvenuta consegna.

## ■ La sorveglianza sanitaria

### *Il «modello» della cartella sanitaria e di rischio*

Fin dai primi giorni dall'entrata in vigore del TU, le criticità maggiori incontrate dai MC nella gestione della nuova sorveglianza sanitaria (SS), sono derivate dai «tentativi» di adattare il modello di CSR di cui all'Allegato 3A alle prassi ed esigenze della medicina occupazionale.

Le difficoltà interpretative ed operative sono notevoli e, considerate le sanzioni applicate, notevole è anche la preoccupazione tra i MC.

Già in occasione del Congresso Nazionale di Castel San Pietro (BO) dello scorso maggio e, successivamente, a giugno con un documento ufficiale inviato alle Istituzioni, l'ANMA ha richiesto una congrua proroga per l'applicazione del comma 5 dell'art. 41 auspicando l'attivazione di un tavolo per un confronto tecnico finalizzato alla revisione non solo dell'Allegato 3A, ma «di tutto l'impianto informativo e documentale nella previsione di un imprescindibile sviluppo informatico».

Basandoci sull'esperienza di questi primi mesi di tentativi di utilizzazione sul campo dell'Allegato 3A, abbiamo elaborato il modello di CSR riportato nell'Allegato 1 di questo documento.

La struttura ed i presupposti del modello sono:

- ▶ *Prima pagina:* indicazione del nominativo del lavoratore, dell'azienda, dei motivi di istituzione della cartella e del numero di pagine che la costituiscono anche se, di quest'ultimo dato, non ne comprendiamo la valenza dal punto di vista preventivo. Pertanto ne proponiamo l'abolizione anche perché è praticamente impossibile per il MC nel momento in cui istruisce una nuova CSR prevedere il numero delle pagine che la comporranno e, se proprio fosse necessario, riteniamo, che dovrebbe essere indicato dal MC nel momento in cui chiude la CSR perché esaurita o perché in consegna al lavoratore che ha cessato il rapporto di lavoro o al DDL per la cessazione dell'incarico.
- ▶ *Seconda pagina:* comprende con una serie di dati personali ed amministrativi, i «dati occupazionali» previsti nell'Allegato 3 del TU nell'ambito della seconda pagina dedicata alla «visita medica preventiva» (nell'ambito dei «dati occupazionali» non è previsto il «tempo di esposizione (giorni/anno)» che riteniamo risenta dell'origine radioprotezionistica dell'Allegato 3). La scelta di inserire in questa pagina anche i «dati occupazionali» è di ordine pratico. Infatti l'esperienza di questi mesi ha evidenziato che dati come il Codice fiscale (CF), il nominativo, l'indirizzo ed il numero di telefono del medico curante e la data d'assunzione, sono spesso difficili da raccogliere direttamente dal la-

voratore in occasione della visita preventiva perché non li ricorda né, in genere, ha con sé documentazione per poter risalire ad essi. Pertanto sarebbe opportuno che tali dati venissero forniti direttamente dal DDL insieme ai «dati occupazionali» (peraltro il CF è un dato di cui l'azienda per ovvii motivi è in possesso e, se in occasione del colloquio con l'azienda il lavoratore non ricordasse i dati relativi al suo medico curante, il DDL potrà richiedere al lavoratore di comunicarli al MC in occasione della visita preventiva). In pratica la seconda pagina dovrebbe essere compilata dal DDL nei campi indicati e poi inviata al MC prima della visita preventiva. Tuttavia, anche da tale punto di vista, l'esperienza di questi mesi non è stata positiva in quanto non sempre la collaborazione dei DDL è stata puntuale anche per quanto riguarda la comunicazione dei «dati occupazionali». Ci risulta che molti colleghi per non bloccare l'attività di sorveglianza sanitaria stiano sopprimendo personalmente a tali carenze.

Un altro aspetto operativo che si sta rivelando particolarmente critico è la raccolta della firma del DDL. Infatti spesso il DDL non opera nella sede ove viene effettuata la SS, oppure è assente quando viene effettuata. Dobbiamo francamente dire che per non rallentare o bloccare la SS (rammentiamo che stiamo parlando di visite mediche preventive di lavoratori assumendi o neo assunti) in tali occasioni molti colleghi stanno ricorrendo ai responsabili delle risorse umane, oppure ai responsabili della sede/filiale o a quelli amministrativi che firmano «per» il DDL.

Sarebbe opportuno che tale opzione venisse normata.

- ▶ *Terza pagina:* riporta i vari campi della «visita medica preventiva». Rispetto al modello del TU non prevede i seguenti campi:
  - «Esposizioni precedenti»: il dato risente dell'origine radioprotezionistica del modello e la sua acquisizione avviene già attraverso la raccolta dell'anamnesi lavorativa;
  - «Infortuni - Traumi (lavorativi o extralavorativi)»: sono informazioni già conosciute attraverso l'anamnesi patologica e, peraltro, richiamate anche successivamente («Invalidità riconosciute»);
  - «Programma di sorveglianza sanitaria (protocolli, periodicità)»: ci sembra ridondante la specificazione di questi dati. Infatti i referti e gli esiti degli accertamenti sanitari specialistici e/o di laboratorio che costituiscono il protocollo sanitario sono contenuti e visibili nella CSR e sono parte integrante della documentazione relativa alla visita medica preventiva. Mentre la periodicità dei controlli sanitari è specificata nel giudizio di idoneità alla mansione specifica (vedi più avanti);

- «Valutazioni conclusive...»: in medicina del lavoro sono già espresse attraverso il giudizio d' idoneità alla mansione specifica.

Abbiamo invece ritenuto utile la specificazione degli eventuali accertamenti clinici che si rendessero necessari oltre a quelli previsti dal protocollo sanitario e l'aggiunta di un campo dedicato allo stato vaccinale del lavoratore (laddove applicabile).

- ▶ *Quarta pagina*: è il modello del «giudizio di idoneità alla mansione specifica». Nella compilazione il MC evidenzia la tipologia della visita medica e, in caso di accertamento di un' idoneità parziale, le sue caratteristiche temporali (se temporanea o permanente) e sostanziali (se con limitazioni o con prescrizioni). Inoltre deve specificare la durata dell' inidoneità temporanea e la previsione per il prossimo controllo sanitario. Per quanto riguarda la consegna della copia del giudizio al DDL, il MC deve indicare il mezzo di cui si avvale: la consegna può essere diretta, ma spesso avviene tramite un mezzo postale o una interfaccia rappresentata da un dipendente incaricato di supportarlo nell' attività organizzativa della SS. Rispetto al modello di giudizio riportato nell' Allegato 3, ci è sembrata ridondante l' ulteriore specificazione dei fattori di rischio cui è esposto il lavoratore, in quanto già elencati nei «dati occupazionali», richiamati, a tale proposito, nel giudizio e inutile l' elencazione degli accertamenti sanitari cui il lavoratore deve essere sottoposto prima del successivo controllo sanitario.
- ▶ *Quinta pagina*: riporta i vari campi della «visita medica periodica». Tra le variazioni che richiedono la nuova compilazione dei «dati occupazionali», abbiamo inserito anche la fattispecie del «cambiamento del profilo di rischio della mansione». Per gli altri aspetti si rimanda alle considerazioni fatte a proposito delle visita medica preventiva.

Per quanto riguarda gli altri contenuti dell' Allegato 3A, «Conservazione della cartella sanitaria e di rischio» e «Cessazione dell' incarico del medico», solo alcune considerazioni sul primo:

- ▶ piuttosto che di «conservazione», sarebbe più corretto parlare di «consegna»;
- ▶ il riferimento agli «allegati», peraltro presente in altri punti dell' Allegato 3, risulta contraddittorio con la prima pagina del modello in cui si parla di «pagine». Riteniamo che per non complicare ulteriormente la gestione della CSR, sia opportuno non fare riferimento in alcun punto della cartella ad «allegati» e, considerato anche il fatto che un numero rilevante di MC si avvale tuttora del supporto cartaceo, richiedere al MC, come già precedentemente proposto, l' indicazione del numero delle pagine che la compongono al momento della sua chiusura per esaurimento, cessazione del rapporto di lavoro

o dell'incarico. Pertanto la CSR «viene consegnata al lavoratore... completa di n... pagine...»;

- ▶ l'opportunità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa è ai sensi della lettera g) e non h) del comma 1, dell'art. 25.

### ■ La trasmissione dei dati per via telematica

La previsione della trasmissione «esclusivamente» per via telematica della CSR all'ISPEL ai sensi dell'art. 25, comma 1, lettera f), sta suscitando viva preoccupazione tra i MC che hanno poca dimestichezza con lo strumento informatico e quindi utilizzano tuttora esclusivamente il supporto cartaceo.

Naturalmente questi colleghi saranno costretti a scannerizzare decine se non centinaia di pagine avvalendosi, data la loro scarsa conoscenza dello strumento, di altre persone con delle implicazioni anche dal punto di vista della privacy.

Naturalmente per questi casi altrettanto problematica è la disposizione dell'art. 40 che prevede la trasmissione, sempre «esclusivamente» per via telematica, ai servizi competenti per territorio di una relazione sanitaria entro il primo trimestre dell'anno.

Si tratta di un impegno notevole per i MC, ma anche per i servizi che, l'auspichiamo, dall'elaborazione di quella che sarà una mole notevole e complessa di dati riescano a trarre le indicazioni utili per l'elaborazione a livello locale e nazionale di efficaci strategie preventive.

L'art. 40 rimanda per tipologie di informazioni da trasmettere all'allegato 3B.

Abbiamo già auspicato che questo argomento non diventi una nuova occasione di incomprensioni e polemiche come per l'Allegato 3A.

In particolare l'obbligazione comporterà per tutti i MC la necessità di interfacciarsi con numerosi servizi e, per quelli che operano in modo diffuso sul territorio, anche con servizi attivi in varie regioni. Per i MC l'elaborazione da parte dei servizi di modelli «locali» di allegato 3B sarebbe un ostacolo difficilmente superabile per il rispetto della norma.

Auspichiamo pertanto l'attivazione di un tavolo tecnico tra i MC ed i servizi finalizzato all'elaborazione e condivisione di un modello valido su tutto il territorio.

In tale contesto un altro aspetto da sottolineare è che alcune delle informazioni che il MC deve trasmettere ai servizi, in particolare il «N. giorni di assenze» e gli «Infortuni denunciati», non sono in possesso del MC, ma dell'azienda.

Il timore, non remoto, è che nonostante il MC si attivi tempestivamente con una richiesta scritta all'azienda di questi dati, questi non vengano comunicati del tutto o in tempo utile.

In tali casi il MC non potrà aspettare l'ultimo giorno utile per la comunicazione al servizio e, per tutelarsi, allegnerà ad essa copia della richiesta scritta all'azienda dei dati non pervenuti.

### ■ **Primo soccorso**

Ai sensi dell'art. 25, comma 1, lettera a), la collaborazione all'organizzazione del servizio di primo soccorso rientra tra gli obblighi del MC.

Nel TU l'argomento del primo soccorso è affrontato all'art. 45 (Primo soccorso), che richiama le disposizioni del DM n. 388/2003, e al punto 5 (Primo soccorso) dell'Allegato IV (Requisiti dei luoghi di lavoro), che riscrive il Capo III (Servizi sanitari) del Titolo I (Disposizioni generali) del DPR n. 303/1956.

Si sta riscontrando l'impossibilità di coordinare le disposizioni dell'art. 45 (e quindi del DM n. 388/2003) con quelle, ormai obsolete, previste dall'Allegato IV al punto 5 del quale si chiede l'abrogazione.

### ■ **Le sanzioni per il medico competente**

Sono 32 le violazioni differenti per le quali il MC rischia l'arresto fino a tre mesi, oltre alle sanzioni economiche.

Di fatto la professione del MC è diventata una delle più a rischio dal punto di vista delle responsabilità penali.

Un atteggiamento così severo è francamente sconcertante ed inspiegabile anche alla luce del fatto che l'attuazione di gran parte dei compiti del MC dipendono dalla qualità della collaborazione che riceve dalla direzione aziendale e dalle altre figure del sistema di prevenzione aziendale.

In effetti anche per l'attuazione di molti compiti del RSPP è così e, infatti, questa figura non è destinataria di sanzioni.

Come già accennato, la situazione è ulteriormente complicata dalla percezione diffusa tra i MC che la rigidità e l'ambiguità interpretativa di molti precetti del TU e la conseguente loro sostanziale inapplicabilità aumentino notevolmente il rischio di sanzioni.

Pertanto auspichiamo una profonda revisione dell'apparato sanzionatorio previsto nel TU per il MC sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, nella consapevolezza che non può essere individuato nella figura del MC il principale responsabile delle carenze della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

### ■ **Conclusioni**

In conclusione è opinione della nostra Associazione che l'impianto del Decreto, oltre a migliorare la definizione del ruolo del MC, ne tuteli la figura professio-

nale; riteniamo altresì che vi siano non pochi aspetti migliorabili in ordine alla sua applicazione pratica, quali la chiarezza sul ruolo nel processo di valutazione del rischio e la necessità di semplificare la cartella sanitaria e di rischio creando un modello informatizzato che delinea la struttura del documento e consenta al MC di svolgere il proprio compito in modo completo, ma contemporaneamente dinamico e snello.

La nostra Associazione ha definito una soluzione operativa costituita dal Modello di Cartella Sanitaria e di Rischio nel quale vengono definiti i contenuti minimi e sono previste integrazioni modulate su rischi specifici.

Nel nostro Codice di Comportamento, pubblicato nel 1997, abbiamo definito il MC quale professionista «inserito nel contesto aziendale». Il D.LGS. 81/2008 richiede questa profonda integrazione del MC nel sistema aziendale con il datore di lavoro, con i tecnici del servizio di prevenzione e protezione, con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e, ovviamente, con ogni singolo lavoratore. Il MC c'è, ci auguriamo che ogni altro attore ci sia e che dalla collaborazione di tutti, nel rispetto della norma innanzitutto, si possa innalzare il livello di prevenzione nei luoghi di lavoro.

## Riflessione sull'applicabilità del D.LGS. 81/2008 alla microimpresa

di **Gianpiero Cassina\***

### ▼ **Premessa**

Limitarerò l'analisi agli aspetti legati alla prevenzione della malattie professionali.

Ho scelto di affrontare il tema che mi è stato assegnato a partire dalla personale esperienza di consulenza a un servizio di sorveglianza sanitaria offerto ai propri iscritti dall'Edilcassa Artigiana di Bergamo attraverso il Comitato paritetico territoriale artigiano (CPTA).

Ho ritenuto infatti di seguire nell'esposizione un percorso che dopo avere analizzato le specifiche modalità organizzative di questa esperienza nell'ambito dell'impresa artigiana e i risultati ottenuti, li confrontasse con il disposto del DLVO 81/08 per individuarne le criticità nella pratica applicazione.

### ▼ **Organizzazione del Servizio**

#### ■ **Il modello Edilcassa Artigiana**

Il modello «Edilcassa Artigiana» di Bergamo prevede la contribuzione mensile da parte delle imprese e dei lavoratori; le risorse vengono accantonate in appositi fondi destinati all'erogazione di mensilità aggiuntive, prestazioni contrattuali (tra cui integrazioni economiche in caso di malattia ed infortunio), assistenze sanitarie (concorso a spese sanitarie), assicurative (sussidi e assicurazioni), di sostegno (sussidi e premi), ricreative (colonie) e servizi. I Servizi con fondo mutualizzato comprendono la formazione alla sicurezza sia dei lavoratori che dei titolari, la fornitura di vestiario da lavoro, delle calzature antinfortunistiche e dei dispositivi di protezione individuale, la sorveglianza sanitaria (ad esclusione del costo del sopralluogo annuale).

\* Consulente medico INCA CGIL e CPTA di Bergamo

### ■ Aspetti organizzativi del servizio di sorveglianza sanitaria

Il servizio ha coinvolto nel periodo 2000-2007 un numero complessivo di 1.761 imprese per un totale di 10.157 lavoratori.

Il numero medio di dipendenti per impresa è uguale a 3,5; solo il 10% delle imprese ha più di 15 dipendenti.

Nel 2007 risultavano iscritte 1.153 imprese. I lavoratori visitati sono stati 4.843 con un ricambio rispetto all'anno precedente del 33%. I sopralluoghi eseguiti nel 2007 sono stati in numero di 874.

Si elencano di seguito le principali peculiarità organizzative.

Per quanto riguarda *la nomina del medico competente*, l'esigenza di più sedi territoriali, la necessità di visitare i lavoratori in orari esterni ai turni di lavoro e nelle località più vicine alla sede del cantiere, l'alta quota di assenza alle visite negli orari programmati e, soprattutto l'elevata mortalità delle imprese e mobilità dei lavoratori tra diverse imprese, non consente di dedicare ad ogni medico competente nel corso delle visite periodiche sempre le stesse imprese; vi è quindi la necessità che ogni datore di lavoro nomini *un'équipe di medici competenti*.

Nel momento dell'adesione al servizio l'impresa nomina l'équipe medica sottoscrivendo insieme ad una scheda identificativa un documento in cui descrive la mansione dei diversi dipendenti e accetta le modalità della sorveglianza sanitaria proposta.

La scheda identificativa prevede le seguenti informazioni: descrizione dell'attività; nominativo del responsabile del servizio di prevenzione e protezione; informazioni circa la valutazione dell'esposizione a rumore, a rischio chimico e a rischio vibrazioni meccaniche; informazioni su eventuali precedenti di sorveglianza sanitaria; elencazione delle macchine e degli utensili di più frequente impiego; elencazione dei DPI messi a disposizione dei dipendenti; rilevazione sui dati relativi all'attività di formazione.

L'attività ambulatoriale si svolge *in quattro diverse aree territoriali della provincia*.

*La tenuta delle cartelle cliniche* avviene presso il CPTA.

I medici svolgono una quota dei *sopralluoghi annuali* insieme ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriali (RLST). I sopralluoghi si svolgono con il supporto di una check list con cui viene verificata la ottemperanza dei principali requisiti di sicurezza e igiene del lavoro.

Si era esperita con l'ASL la possibilità di ricorrere per il sopralluogo anche a personale tecnico esperto che oltre a verificare gli aspetti legati ai rischi infortunistici verificasse anche gli aspetti di rischio di malattia professionale; perso-

**Figura n. 1 - Check list dei sopralluoghi annuali**

		SI	NO			SI	NO
1	Nomina del RSPP			10	Presenza di presidi di primo soccorso		
2	Partecipazione a corso per datori di lavoro RSPP			11	Presenza di mezzi di estinzione incendi		
3	Nomina RLS/RLSTA			12	Presenza di DPI adeguati e corretto utilizzo		
4	Valutazione dei rischi (D.Lgs 626/94)			13	Condizioni di sicurezza gen. conformi		
5	Valutazione dell'esposizione al rumore (D.Lgs. 195/06)			14	Presenza di addetti incaricati del primo soccorso		
6	Valutazione dell'esposizione alle vibrazioni (D.Lgs. 187/05)			15	Presenza di addetti incaricati di interventi antincendio		
7	Valutazione dell'esposizione agli agenti chimici (D.Lgs. 25/02)			16	Formazione dei lavoratori sui rischi specifici		
8	Presenza del Piano Operativo di Sicurezza (POS)			17	Presenza di WC, spogliatoi, acqua potabile		
9	Presenza del PIMUS (montaggio smontaggio ponteggi)			18	.....		

nale opportunamente formato dai medici specialisti e dotato di check list predisposta dai medesimi: con il vantaggio di rendere possibile l'esecuzione di tutti gli innumerevoli sopralluoghi, di ridurre i costi e di monitorare con elevata competenza le procedure antinfortunistiche. L'ipotesi è però stata ritenuta impraticabile con riferimento all'interpretazione autentica della normativa. Uno specifico accordo con l'ASL prevede che il debito informativo relativo ai risultati della sorveglianza sanitaria sia ottemperato con i dati aggregati in *un'unica relazione annuale*.

Nel contesto delineato *l'informatizzazione* del servizio assume particolare importanza non solo ai fini dell'efficienza di gestione, ma altresì per garantire il massimo di coordinamento delle attività e di uniformità delle procedure.

Il Servizio è certificato ISO 9000.

Il bilancio ad oggi dell'esperienza è positivo ed ha consentito di portare alla luce e quantificare la morbosità professionale nel settore dell'artigianato edile con una importante ricaduta anche sui contenuti della formazione.

### ■ I dati epidemiologici

Solo nel quadriennio 2004-2007 sono state denunciate 232 malattie professionali (tabella n.1) con un *incidenza media di 16 casi per 1.000 occupati/anno*.

**Tabella n. 1**

PATOLOGIA PROFESSIONALE. PERIODO 2004-2007	N.	%
Sordità professionale	152	65
Malattie da sovraccarico biomeccanico	69	30
• Discopatie lombari	47 (68%)	
• Tendinosi della spalla	17 (24%)	
• Altro	5 (7%)	
DAC	9	4
Silicosi	1	0,4
BPCO	1	0,4

La distribuzione *per grado di gravità* dei casi di *sordità da rumore* denunciati è descritta nella tabella n. 2. Si può osservare che l'incidenza della sordità in edilizia si mantiene molto alta, anche se le maggiori cautele introdotte ne hanno ridotto la gravità.

*L'incidenza media della patologia da sovraccarico biomeccanico* è stata nel quadriennio uguale a *4,7 casi per 1000 persone-anno*.

Volendo confrontare questi dati con l'incidenza dei casi di malattia professionale denunciati all'ASL di Bergamo nel triennio 2004-2006 si ricavano i dati rappresentati nella tabella n. 2

Risulta del tutto evidente il fenomeno della sotto denuncia delle malattie professionali nel settore edile sia in ragione dell'evasione diffusa dell'obbligo della sorveglianza sanitaria, sia per il comportamento omissivo dei medici competenti.

Si pone pertanto l'esigenza di estendere la sorveglianza sanitaria alle vaste aree di evasione dell'obbligo. Ciò comporta l'esigenza di mettere in campo modelli organizzativi adeguati ad affrontare una realtà complessa che richiederebbe specifiche semplificazioni burocratiche.

Queste considerazioni mi portano finalmente nel tema della comunicazione.

**Tabella n. 2**

GRADO SECONDO MERLUZZI	%
2° grado	50
3° grado	44
4° grado	6

**Tabella n. 3**

SETTORE PRODUTTIVO	PATOLOGIA	INCIDENZA MEDIA <sup>1</sup> PROVINCIA BG <sup>2</sup> 2004-2006	INCIDENZA MEDIA <sup>1</sup> NELLA CASISTICA CPTA <sup>3</sup> 2004-2007	RAPPORTO TRA LE INCIDENZE CPTA/BG
Tutti i settori	Tutte le patologie	1,21	16,0	13,0
Settore edile	Tutte le patologie	3,34	16,0	4,8
Settore edile	Sordità	2,25	10,4	4,6
Settore edile	Patologia da sovracc.	0,65	4,7	7,2
Settore edile	DAC	0,19	0,62	3,3

<sup>1</sup> Casi/1.000 occupati/anno

<sup>2</sup> 55.000 occupati

<sup>3</sup> 14.586 persone-anno

### ▼ Criticità applicative del D.LGS. 81/08

L'articolo 6, comma 8, lettera f, che rimanda a successivo decreto ministeriale la definizione di procedure standardizzate per le imprese che occupano fino a 10 lavoratori, riguarda esclusivamente la valutazione dei rischi. Per gli obblighi relativi alla sorveglianza sanitaria il testo sembra non prevedere ulteriori interventi legislativi o regolamentari per la piccola impresa.

Sul punto le previsioni normative del D.LGS. 81/08 come già quelle del 626/94 sembrano orientate a *un target rappresentato dall'impresa industriale caratterizzata da unità produttive stabili*.

In realtà l'impresa artigiana assume un rilievo particolare nel tessuto produttivo italiano e in particolare nel Nord. Le imprese artigiane rappresentano, con esclusione del settore agricolo, il 35% delle unità produttive pari nel 2004 a 1.456.675 unità distribuite per il 54% al Nord del paese, con una capacità di assorbimento di forza lavoro variabile dal 19% in Lombardia al 30% nelle Marche.

Il settore a maggior concentrazione di attività artigiane è quello delle costruzioni con il 35% delle unità (1). L'impresa artigiana edile rappresenta il 76% delle imprese del settore con il 57% della forza lavoro: 724.000 lavoratori per 432.000 imprese (fonte INAIL 1999).

Le imprese artigiane presentano spesso condizioni di arretratezza culturale, polverizzazione territoriale, elevata mobilità, grande variabilità temporale e spaziale delle lavorazioni e delle condizioni di svolgimento delle medesime, delega all'esterno delle attività gestionali non produttive, difficoltà di accesso al servizio di sorveglianza sanitaria.

Nel documento «Sorveglianza sanitaria tra rito, business e buone pratiche» (1) si affermava che «l'applicazione puntuale» nella realtà artigianale «degli obblighi previsti dal D.LGS. 626/94, specie per quanto riguarda l'intervento del medico competente nella valutazione dei rischi, nella verifica annuale dei posti di lavoro, nell'illustrazione dei dati biostatistici, negli incontri periodici con gli RSPP e RLS risulta di difficile attuazione e rischia per lo più di ridursi ad atti «formali» di rispetto della normativa, se rivolti alla singola micro impresa. Si tratta di ripensare come declinare in questa realtà tali fondamentali funzioni del medico competente individuando negli Organismi Paritetici i soggetti in grado di fornire tra i servizi mutualizzati alle imprese che vi vogliano aderire anche il servizio di sorveglianza sanitaria (comprensivo di tutti i compiti propri del medico competente).

«Gli Organismi Paritetici potrebbero agire come “sostituto d'impresa”, non certo nelle responsabilità proprie del datore di lavoro, ma nella “funzione di referenza globale” per le imprese aderenti al Servizio nei confronti dei medici competenti, ad esempio nella tenuta dei documenti sanitari, nell'illustrazione annuale dei dati biostatistici alle parti sociali e agli RLST, nella programmazione dei sopralluoghi insieme agli RLST, negli incontri periodici con le parti sociali e gli RLST per una riflessione sugli esiti dei sopralluoghi al fine della verifica e programmazione delle iniziative di formazione e della sorveglianza sanitaria, nella valutazione del fenomeno infortunistico.

«Nel settore dell'artigianato è particolarmente importante che le visite mediche siano eseguite senza sprechi di esami inutili in relazione al maggior onere relativo per i costi diretti e indiretti.

«Si dovrebbero ripensare anche le modalità di svolgimento dei sopralluoghi annuali, particolarmente dispendiosi e il più delle volte scarsamente efficaci sotto il profilo conoscitivo e preventivo quando condotti nelle micro imprese. Questi potrebbero essere più vantaggiosamente sostituiti da ispezioni su base campionaria e realizzati con obiettivi mirati di studio di situazioni omogenee, concordati e progettati tra Organismi Paritetici e Servizi di Vigilanza (varrebbe la pena

per questi ultimi «forzare» l'interpretazione della norma?), per approfondire i profili di rischio. In un tale scenario il ruolo dei medici competenti verrebbe senz'altro accresciuto».

Di contro le patologie professionali, specie quelle di natura allergica e muscolo-scheletrica, si manifestano in tutti settori produttivi; di qui l'esigenza di estendere all'intero tessuto produttivo l'intervento del medico competente e l'eventuale controllo sanitario dei lavoratori.

In tal senso il rafforzamento del ruolo degli Enti Bilaterali nell'organizzazione delle attività di sorveglianza sanitaria appare ineludibile ed esperienze come quella del CPTA di Bergamo andrebbero favorite e generalizzate. Sul punto gli articoli del D.LGS. 81 che definiscono il ruolo degli organismi paritetici (si citano gli art. 32, comma 8 e l'art. 51), cui pure vengono attribuite funzioni di supporto all'impresa nella formazione, nella valutazione dei rischi, nell'individuazione di soluzioni tecniche e organizzative dirette a migliorare la tutela della salute e la sicurezza sul lavoro, non ne delineano il possibile ruolo nell'ambito dell'organizzazione della sorveglianza sanitaria, anche di rappresentanza sostitutiva della singola impresa nella interfaccia con i medici competenti e con l'ASL. Più in generale il testo del D.LGS. 81/08 non sembra raccogliere a sufficienza le esigenze di semplificazione burocratica sopra delineate, ma anzi in qualche caso introduce elementi di ancora maggiore rigidità. In particolare si sottolineano tra gli aspetti di criticità i seguenti.

### ■ La cartella clinica

Il modello di cartella clinica di cui all'allegato 3A è un esempio di accanimento burocratico. In particolare la previsione della firma del lavoratore e del datore di lavoro contrastano con la possibilità accordata dalla norma della gestione informatizzata della cartella medesima.

Sembra che il modello sia finalizzato più che ad obiettivi di registrazione utili alla valutazione del rischio professionale e al monitoraggio dello stato di salute del lavoratore ad esigenze di certificazione formale pignola e maniacale (si veda l'obbligo di specificare gli allegati) dell'attività del medico, non si capisce se a tutela dei soggetti sanzionabili o a vantaggio delle funzioni di vigilanza. Ne è un esempio l'art. 53, ove si prevede al comma 2, lettera d, in caso di impiego di sistemi di elaborazione automatica dei dati, che questi siano tali da assicurare che le eventuali informazioni di modifica, ivi comprese quelle inerenti alle generalità e ai dati occupazionali del lavoratore, siano solo aggiuntive a quelle già memorizzate. Il modello di cartella sanitaria appare più vicino ad un documento con finalità di natura giudiziaria che a uno strumento di registrazione clinica.

Non si riscontrano simili elementi di tassatività burocratica nelle disposizioni relative alla cartella clinica ospedaliera nè nei pronunciamenti della Corte di Cassazione, nonostante la loro natura di atto pubblico di fede privilegiata (3-10). Ad avviso di chi scrive sono altre le strade per favorire e verificare il miglioramento sostanziale delle attività di sorveglianza sanitaria. Va da sé che il tempo impiegato per attività di compilazione inutile è sottratto al counselling.

### ■ Il debito informativo nei confronti del SSN

Posto che l'obiettivo di realizzazione di un sistema informativo nazionale sull'incidenza delle malattie professionali è lodevole, ci si chiede se il disposto dell'art. 40 sia uno strumento efficace alla sua realizzazione. Vorrei porre sul punto alcune domande: il sistema previsto migliora l'attività già in essere nelle ASL lombarde di studio dell'incidenza della malattie professionali? In che modo è in grado di agire sul fenomeno della sottonotifica delle malattie professionali? Cosa aggiunge al sistema già in atto di registrazione del fenomeno infortunistico? L'assenteismo non è già registrato con altre procedure statistiche più generali e consolidate? A che serve al sistema informativo nazionale conoscere la frequenza e tipologia dei giudizi di idoneità lavorativa?

Siamo dubbiosi sull'utilità di questo obbligo legislativo che appesantisce il debito informativo con l'ASL in una situazione in cui il problema centrale è quello invece di favorire, semplificando le modalità di trasmissione, la denuncia all'ASL di tutte le sospette patologie professionali.

In ogni caso l'applicazione della norma a realtà produttive con una media di 3 operai per impresa appare difficile e di scarsa utilità sul piano informativo se riferita alla singola azienda. Sul punto è auspicabile che intervengano accordi tra le ASL e gli Enti bilaterali settoriali per la predisposizione di modelli per l'invio aggregato dei dati di cui all'allegato 3B.

### ■ L'obbligo di sopralluogo annuale

L'obbligo del sopralluogo annuale da parte del medico competente nella micro impresa pone una serie di criticità di cui si elencano di seguito i principali elementi. Data l'elevata variabilità temporale delle condizioni di lavoro il valore informativo del sopralluogo per la valutazione connessa ai rischi di malattia professionale è scarsa e poco aggiunge alle conoscenze teoriche.

Risultano d'altro canto evidenti le difficoltà organizzative di eseguire tra i mille e i duemila sopralluoghi all'anno. Il costo del sopralluogo da parte del medico competente incide in modo preponderante sul costo complessivo della sorveglianza sanitaria superando in media quello della visita e degli accertamenti sanitari.

Il sopralluogo rischia di tradursi in un atto rituale spesso insufficiente a valutare insieme gli aspetti anti-infortunistici che richiedono un bagaglio di conoscenze tecniche di cui i medici sono carenti.

Il sopralluogo annuale in tutte le microimprese potrebbe utilmente essere sostituito nel caso di servizi di sorveglianza sanitaria multimpresa da interventi ispettivi su base campionaria concordati con i servizi ispettivi dell'ASL nel numero e negli obiettivi di conoscenza.

Una modalità utile a ridurre le difficoltà organizzative e i costi dei sopralluoghi nella microimpresa estendendone contemporaneamente i contenuti anche agli aspetti antinfortunistici avrebbe potuto essere quella di consentire al medico competente, ferme restando le sue personali responsabilità, di avvalersi per il sopralluogo di personale tecnico diplomato, competente, opportunamente formato e fornito di dettagliata check list per la verifica puntuale dei fattori di rischio infortunistico e di malattia professionale.

L'approccio non è diverso dalle modalità con cui i clinici si avvalgono del personale infermieristico.

*Tra gli punti positivi* del decreto nel facilitare l'attività di sorveglianza sanitaria nella micro impresa si sottolinea la previsione nelle aziende con meno di 15 occupati della custodia della cartella sanitaria e di rischio a cura del medico competente (art. 25, comma 1, lettera c) e la possibilità nel caso di gruppi di imprese che il datore di lavoro possa nominare più medici competenti individuando tra essi un medico con funzioni di coordinamento (art. 39, comma 6).

### ■ Il sistema sanzionatorio nei confronti dei medici competenti

In linea generale è nostra personale convinzione che il regime sanzionatorio nei confronti del medico competente sia sproporzionato, fiscale, non sostanzialmente orientato a reprimere i comportamenti omissivi di maggior rilievo quali la mancata denuncia di ogni sospetto di malattia professionale e la mancata informazione dei lavoratori e del datore di lavoro sui rischi tecnopatici. Segnalo in particolare come esempi di sanzioni fiscali e sproporzionate quelle relative alla mancata consegna al lavoratore dimesso della cartella clinica e all'omissione della comunicazione all'ASL per via informatica delle informazioni biostatistiche (sanzione che se pure amministrativa assomma da 2.500 a 5.000 euro!). Mi chiedo con che somma si dovrebbe sanzionare la mancata segnalazione all'ASL di una malattia infettiva diffusiva.

Il rischio di sanzioni per i medici competenti in situazioni come quella che vi ho illustrato in cui si dimettono circa il 30% dei lavoratori all'anno (tra 1.000 e 1.500) è del tutto evidente.

È convinzione di chi scrive che in generale l'impatto di un tale sistema sanzionatori sull'attività dei medici competenti, invece di costringerli a migliorare la qualità sostanziale della sorveglianza sanitaria in termini di prevenzione, di rapporto di reciproca fiducia e responsabilità nei confronti dei lavoratori e dei loro rappresentanti, di ottemperanza agli obblighi di denuncia delle malattie professionali, li porta a tenere comportamenti difensivi, prevalentemente orientati all'ottemperanza dei compiti formali, alla registrazione puntuale e preoccupata dei loro atti e soprattutto a «tenersi alla larga dagli organi di vigilanza» invece di interagire positivamente con essi.

La migliore garanzia per assicurare qualità all'attività dei medici competenti sarebbe quella di affidarne la nomina e la conferma a una decisione consensuale del datore di lavoro e dei rappresentanti dei lavoratori, come avviene nel caso degli enti paritetici territoriali, dando in tal modo ai lavoratori il ruolo di principali clienti nell'attività dei medici competenti.

### ▼ **Bibliografia**

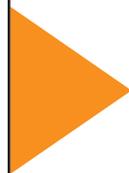
1. Elaborazione Eurispes su dai Infocamere, 2004.
2. L. Bodini, C. Boni, M.L. Redaelli, S. Cantoni, G. Pianosi, D. Rota, F. Brandi, G. Cassina, L. della Torre, L. Benedettini, *Sorveglianza sanitaria tra rito, business e buone pratiche*, «Quaderni di Medicina Legale del Lavoro», Supplemento al «Notiziario Inca» n. /2007.
3. Cassazione penale, sez. V - 02/04/1971.
4. Cassazione penale, sez. VI - 30/05/1975.
5. Cassazione penale, sez. VI - 30/06/1975.
6. Cassazione penale, sez. V - 17/12/1982.
7. Cassazione penale, sez. V - 21/04/1983.
8. Cassazione penale, sez. V - 20/01/1987.
9. Cassazione penale, sez. V - 01/12/1987.
10. Cassazione penale, sez. V - 08/02/1990.



**Quaderni**  
di Medicina Legale del Lavoro

# Documentazione

---





## La tutela assicurativa degli infortuni e delle malattie professionali in Belgio

di **Marco Bottazzi\***

### ▼ **Inquadramento normativo**

Il sistema belga di tutela del rischio professionale si compone di due settori che sono gestiti in modo diverso: gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

*Gli infortuni sul lavoro* occorsi ai lavoratori dipendenti del settore privato sono gestiti da istituti assicurativi privati di tipo generalista o da casse datoriali (mutue che raggruppano datori di lavoro), sotto il controllo di un organismo pubblico: il Fonds des accidents du travail (FAT) cioè un sistema di gestione misto privato/pubblico.

I lavoratori del settore pubblico sono sottoposti ad una legislazione specifica che trova il suo fondamento, per quanto concerne gli infortuni sul lavoro, nella legge del 3 luglio 1967.

Nel 1903 quando è stata emanata la prima legge che ha previsto il principio della riparazione del danno derivante da infortunio sul lavoro veniva prevista la possibilità per il datore di lavoro di assicurarsi presso società assicurative private e tale possibilità assicurativa è divenuta, poi, obbligatorio con la legge del 1971 ed oggi in Belgio gli enti che assicurano il rischio da infortunio sono 19 di cui 13 compagnie assicurative private e 6 casse datoriali.

Queste società assicurative sono poste, come si diceva, sotto il controllo di un organismo di diritto pubblico creato nel 1967, il FAT.

Questo organismo svolge la funzione assicurativa per il settore marittimo e della pesca e per alcune categorie speciali oltre ad avere una funzione di garanzia per gli infortunati per i quali il datore di lavoro non ha ottemperato agli obblighi assicurativi.

---

\* Coordinatore medico legale INCA CGIL nazionale

La legge sugli infortuni sul lavoro si applica, infatti, anche se il contratto di lavoro non è valido (lavoro in nero, lavoro di stranieri senza permesso di soggiorno...); in tale caso il risarcimento del danno viene erogato dal Fondo che si riva poi sul datore di lavoro.

Il FAT è gestito, in modo paritario, da un comitato di gestione in cui siedono rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro e in cui è prevista anche la presenza di rappresentanti degli enti assicuratori.

Gli infortuni sul lavoro e gli infortuni in itinere occorsi ai lavoratori del settore privato trovano la loro definizione, ultima, nella legge del 10 aprile 1971 entrata in vigore il 1° gennaio 1972, che introduce l'obbligo dell'assicurazione con la sollevazione del datore di lavoro dalla responsabilità del danno, tranne eccezioni legate alla colpa intenzionale; in tal modo il datore di lavoro non risponde più in solido delle indennità fissate per legge ma è l'organismo assicuratore o il Fondo des accidents du travail che ha il compito di indennizzare gli infortunati.

Le *malattie professionali* contratte sempre da lavoratori del settore privato sono gestite da un organismo pubblico: il Fondo des maladies professionnelles (FMP) creato nel 1964 in sostituzione del Fondo de prevoyance en faveur des victimes de maladies professionnelles istituito nel 1927.

La gestione del fondo è paritaria con un organismo di direzione (Comitato di gestione) composto da rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro, in numero eguale.

I temi della prevenzione e del reinserimento lavorativo del lavoratore con limitazioni sono oggetto di specifiche previsioni normative e regolamentari.

Il FMP svolge anche una funzione di informazione e di indagine sui rischi, funzione che si traduce, in concreto, in un impegno alla fornitura di talune vaccinazioni ed alle misure di allontanamento profilattico per i soggetti che presentano una malattia professionale o che manifestano le prime avvisaglie di detta patologia.

### ▼ **L'infortunio**

La legge belga dà la seguente definizione di infortunio sul lavoro: «è considerato infortunio sul lavoro, ogni infortunio che accade ad un lavoratore durante e a causa dell'esecuzione di un contratto di lavoro e che determina una lesione».

Gli infortuni sul lavoro si caratterizzano per tre elementi costitutivi:

- ▶ la rapidità: si tratta del criterio essenziale per definire un infortunio e per differenziarlo dalla malattia;

- ▶ l'evento deve avvenire durante il tempo di lavoro e nel corso dell'esecuzione di un contratto che comprende ogni luogo ed ogni momento in cui il lavoratore si trovi in ragione del contratto sotto la tutela del datore di lavoro;
- ▶ deve derivarne una lesione sia di tipo fisico che mentale.

Nel caso di infortunio in itinere oltre ai tre elementi sovra citati occorre che l'infortunio sia avvenuto durante il tragitto «normale» casa-lavoro e viceversa. Per tragitto normale si deve intendere il tragitto che il lavoratore percorre dal luogo in cui abita al luogo in cui si deve recare per motivi professionali (luogo di lavoro) e viceversa; il tragitto deve essere normale sia in termini di percorso che di tempo.

### ▼ **La malattia professionale**

Le malattie professionali vedono la loro definizione normativa nelle norme coordinate del 3 giugno 1970 che prevedevano la tutela delle tecnopatie inserite nella tabella di legge ma dal 1990 la norma prevede un sistema complementare di riconoscimento anche per le patologie non-tabellate.

Per le malattie professionali ricomprese nella tabella di legge il lavoratore deve solo provare che è affetto da una di tali patologie in quanto beneficia della presunzione legale di origine e non deve dimostrare il nesso causale, spetterà all'istituto assicuratore o al datore di lavoro fornire la prova contraria.

### ▼ **Il sistema di indennizzo**

#### *a) degli infortuni sul lavoro*

Gli infortuni possono comportare l'erogazione di diverse forme di indennizzo per:

1. incapacità temporanea totale al lavoro;
2. incapacità parziale al lavoro;
3. incapacità permanente al lavoro totale;
4. incapacità permanente al lavoro parziale.

Per incapacità temporanea parziale (ITP) si intende una situazione oggetto di valutazione medica per la quale il lavoratore può riprendere il proprio lavoro ad orario ridotto o rientrare al lavoro ma con l'adibizione provvisoria ad altra mansione confacente al proprio stato di salute temporaneo.

La legge del 10 aprile 1971 prevede l'indennizzo della incapacità permanente al lavoro che può essere parziale o totale e che corrisponde alla perdita delle capacità concorrenziali dell'infortunato sul mercato del lavoro.

Come si vede tale perdita non è assimilabile né alla invalidità fisica né al danno alla integrità fisica del lavoratore e non prevede il ristoro né del danno morale né di quello estetico, tranne che quest'ultimo non determini una riduzione della capacità concorrenziale dell'infortunato.

La giurisprudenza belga è pervenuta alla seguente definizione: «l'incapacità permanente che risulta da un infortunio sul lavoro in quanto consiste nella perdita o nella diminuzione del potenziale economico della vittima nel mercato del lavoro; il complesso di questo danno si apprezza non solamente in funzione della incapacità fisiologica, ma anche in funzione dell'età, della qualifica professionale, della capacità di adattamento, della possibilità di rieducazione professionale e della capacità di concorrere sul mercato di lavoro dell'infortunato. La capacità di concorrere sul mercato del lavoro che deve essere presa in considerazione per fissare l'incapacità permanente di un infortunato sul lavoro è determinata dalle possibilità di cui questo infortunato dispone ancora, in raffronto agli altri lavoratori, di esercitare un lavoro salariato: a questo riguardo, il fatto che al momento in cui si concretizza tale incapacità vi sia una mancanza o un eccesso di mano d'opera sul mercato del lavoro non costituisce elemento che deve essere tenuto in considerazione».

Per gli infortuni la valutazione della incapacità permanente avviene dopo la stabilizzazione delle lesioni o quando non si prevede una loro ulteriore possibilità evolutiva in miglioramento.

La valutazione viene compiuta dal sanitario dell'ente assicuratore il quale formula un giudizio che prevede tre diversi elementi:

1. percentuale di incapacità permanente (definito anche *incapacità socio-economica*);
2. data di consolidamento del danno;
3. descrizione delle lesioni.

Tale giudizio è oggetto di valutazione da parte del lavoratore che in questa fase può essere supportato dal proprio sanitario (in genere il curante).

La proposta viene quindi inviata al Fondo che dopo aver effettuato controlli amministrativi e sanitari la ratifica; questa procedura è previsto che avvenga entro tre mesi.

In caso di non accettazione da parte dell'infortunato, del suo sanitario o del Fondo il caso viene portato in giudizio presso il Tribunale del Lavoro.

Nel caso di infortunio sul lavoro la incapacità permanente al lavoro viene riferita alla perdita della capacità di guadagno dell'infortunato e per valutare questa perdita della capacità di guadagno si fa riferimento alla remunerazione all'atto dell'infortunio, nella misura in cui la vittima non è più in grado di guadagnare tale remunerazione si parla di incapacità permanente totale o parziale.

La incapacità permanente al lavoro viene riferita al mercato generale del lavoro e non alla sola attività dell'infortunato e lo stato fisico viene considerato insieme ad altri parametri quali l'età, le capacità professionali, la capacità di ricollocazione e di adattamento.

La legislazione belga non prevede delle tabelle per la valutazione della incapacità permanente al lavoro ma comunemente si fa riferimento a tabelle valutative ed in genere si applica il «bareme ufficiale belga delle invalidità» (BOBI). Negli ultimi anni si è venuto affermando un approccio valutativo diverso di tipo «ergologico» che consiste nel confrontare le possibilità di lavoro dell'infortunato nelle diverse mansioni e professioni a lui confacenti prima dell'infortunio o che potrebbero essergli confacenti dopo un percorso di riadattamento.

In caso di infortunio sul lavoro l'assicurazione interessata all'evento è tenuta al rimborso di:

1. spese mediche;
2. spese farmaceutiche;
3. protesi (secondo nomenclatore compreso nell'accordo assicurativo) e tale fornitura e manutenzione non è sottoposta a limiti temporali;
4. ricaduta.

La valutazione della invalidità permanente può essere oggetto di revisione per aggravamento sia temporaneo che permanente, nei termini temporali previsti dalla normativa. Il compito di elaborare le statistiche in merito agli infortuni sul lavoro spetta alle compagnie di assicurazione.

Segnaliamo infine che gli assicuratori privati che operano nel campo del risarcimento degli infortuni hanno creato nel 1952 un organismo quale l'Association nationale pour la prevention des accidents du travail che nel 1997 è divenuta Prevent.

#### *b) delle malattie professionali*

Il Fonds des Maladies Professionnelles utilizza per la valutazione dei postumi una metodica diversa: viene determinato un tasso di incapacità fisica al lavoro sulla base dell'applicazione di tabelle valutative approvate dal comitato di gestione (previo parere del consiglio tecnico), tabelle che vengono prese a riferimento dai medici del FMP.

Un aumento del tasso può essere riconosciuto, sulla base di una seconda tabella valutativa, in ragione di tre fattori socio-economici quali: età del tecnopatico, formazione professionale e situazione del mercato del lavoro nella regione in cui egli risiede.

Rispetto a questa metodologia si segnalano numerosi contrasti anche in sede giurisprudenziale.

### ▼ **Le prestazioni economiche in caso di infortunio o malattia professionale**

Da un punto di vista economico il sistema di indennizzo è simile fra infortunio e malattia professionale con la sola differenza che nel caso delle malattie professionali non è previsto il termine revisionale.

L'incapacità temporanea determina una indennità giornaliera che è pari al 90% della retribuzione giornaliera media mentre la incapacità temporanea parziale è indennizzata sulla base della differenza fra il salario percepito al momento dell'infortunio ed il salario percepito alla ripresa parziale del lavoro.

La incapacità permanente è, invece, indennizzata con una indennità che decorre dal consolidamento dei postumi e per la durata di tre anni; al termine di tale periodo questa indennità si trasforma in rendita permanente.

L'indennità viene erogata a partire da una incapacità permanente pari allo 0,5% e tale indennità è soggetta ad indicizzazione a partire dal 16%.

### ▼ **Rendita ai superstiti**

Il sistema assicurativo copre anche i congiunti del lavoratore che decede per le conseguenze di un infortunio o di una malattia professionale.

In Belgio oltre alla vedova o al vedovo può avere diritto a tale beneficio anche il coniuge divorziato che riceve un assegno di mantenimento; si tratta di un beneficio che viene calcolato in funzione della pensione percepita dal soggetto assicurato senza alcun rapporto con l'età del superstite.

Tale prestazione viene attribuita anche agli orfani fino al compimento del 18° anno o fino alla cessazione della fruizione degli assegni familiari mentre diviene a vita nel caso di un figlio portatore di handicap.

### ▼ **Prestazione per necessità di aiuto ad opera di terzi**

Il sistema assicurativo belga prevede una prestazione analoga all'APC dell'INAIL.

### ▼ **Responsabilità del datore di lavoro**

L'obbligo di assicurazione solleva il datore di lavoro e le diverse figure apicali dalla responsabilità civile e dunque gli infortunati ed i tecnopatici non possono promuovere azioni di responsabilità civile se non per la parte di danno escluso dalla copertura di legge.

In Belgio la prima legge che ha introdotto un indennizzo del rischio professionale è entrata in vigore, come si ricordava, il 24 dicembre 1903. Secondo tale normativa il datore di lavoro che crea il rischio è responsabile del danno provocato dalla concretizzazione di tale rischio ed egli deve, dunque, indennizzare le vittime in ragione di una responsabilità oggettiva esente da qualsiasi riferimento al concetto di colpa. Il carattere forfettario anche se parziale dell'indennizzo ne costituiva la caratteristica principale.

Come si diceva non sono coperti dalla esclusione di responsabilità:

1. l'errore intenzionale del datore di lavoro, del suo delegato o del suo preposto;
2. il non rispetto grave e circostanziato delle regole di sicurezza;
3. il danno ai beni.

Per quanto concerne, però, la responsabilità civile, vi sono alcune differenze fra le norme in tema di infortuni e quelle in tema di malattia professionale.

Infatti l'articolo 51 della legge sulle MP impone che ogni datore di lavoro che ha continuato ad esporre i lavoratori a rischi per malattie professionali deve essere considerato come soggetto che abbia intenzionalmente provocato la malattia qualora gli ispettori abbiano segnalato per iscritto il pericolo al quale egli espone i lavoratori non conformandosi agli obblighi imposti dalle disposizioni di legge e regolamentari in tema di sicurezza e di igiene del lavoro.

La legge enumera le condizioni per le quali il comportamento descritto determina, per il datore di lavoro, le stesse conseguenze previste per l'errore intenzionale.



## La tutela assicurativa degli infortuni e delle malattie professionali in Francia

di **Marco Bottazzi\***

### ▼ **Inquadramento normativo**

L'assicurazione infortuni è stata introdotta in Francia nel 1898 e con la legge del 25 ottobre 1919 l'assicurazione è stata estesa anche alle malattie professionali.

Rientrano nell'ambito dell'obbligo assicurativo i lavoratori dipendenti in quanto elemento centrale dell'obbligo è dato dal rapporto di subordinazione ma sono state, poi, introdotte numerose estensioni della copertura assicurativa.

La legislazione copre tre diversi tipi di rischio:

1. l'infortunio sul lavoro (a causa ed in occasione di lavoro);
2. l'infortunio in itinere;
3. la malattia professionale.

L'assicurazione contro i rischi lavorativi è gestita da un organismo, la CNAMTS (Cassa nazionale per l'assicurazione malattia dei lavoratori salariati), che opera anche in altri rami della sicurezza sociale quali: assicurazione malattia che ricomprende malattia comune, maternità, invalidità e reversibilità.

La CNAMTS è un organismo pubblico nazionale a carattere amministrativo che gode di personalità giuridica ed autonomia finanziaria, che è sottoposto ad un doppio regime di controllo da parte del Ministero della Sicurezza sociale e da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

L'indennizzo delle vittime di infortunio o di malattia professionale avviene a livello locale ad opera di 129 Casse primarie di assicurazione malattia (CPAM).

---

\* Coordinatore medico legale INCA CGIL nazionale

La legislazione sugli infortuni e le malattie professionali pone come obiettivi quelli di:

1. mettere in atto tutte le misure atte a ripristinare la capacità di lavoro dell'infortunato/tecnopatico facendosi carico di:
  - ▶ spese di cura;
  - ▶ fornitura di protesi ed ausili;
  - ▶ recupero funzionale;
  - ▶ rieducazione professionale.
2. intervenire ad annullare gli effetti economici dell'inabilità temporanea;
3. compensare la riduzione della capacità fisica e professionale derivante dall'infortunio o dalla malattia professionale;
4. intervenire a sostegno della famiglia in caso di decesso in conseguenza dell'infortunio o della malattia professionale.

### ▼ **Infortunio**

La legge francese dà la seguente definizione di infortunio sul lavoro: «è considerato come infortunio sul lavoro, qualunque ne sia la causa, l'infortunio avvenuto a causa o in occasione di lavoro ad ogni persona, salariata o no, che lavori a qualunque titolo o in qualsiasi luogo per uno o più datori di lavoro».

Tale definizione ricomprende, quindi, anche gli infortuni avvenuti in mensa, durante le pause, durante le missioni.

Le leggi del 23 luglio 1957 e del 31 luglio 1968 (art. 2411.2 del Codice della sicurezza sociale) hanno esteso la tutela all'infortunio in itinere.

Secondo la normativa per tragitto deve intendersi quello abitualmente percorso tra luogo di lavoro e residenza, tra lavoro e luogo di consumazione dei pasti, questo in un intervallo temporale normale tranne che sia giustificato un aumento di questo lasso temporale o se siano dimostrati obblighi la cui non-esecuzione potrebbe determinare una sanzione penale o obblighi semplici quali ad esempio necessità di acquisto di medicinali ecc.).

### ▼ **Malattia professionale**

Le malattie professionali oggetto di indennizzo sono quelle ricomprese nelle tabelle di legge, che sono diverse per regime generale ed agricoltura e che sono, al gennaio 2008, costituite da 117 voci per il regime generale e 65 per il regime agricolo.

Per ogni patologia le tabelle indicano: il rischio, la malattia ed il termine per la presa in carico.

Affinché una patologia sia riconosciuta come professionale è necessario che:

1. detta patologia sia tabellata;
2. il lavoratore sia stato esposto al rischio in una delle situazioni lavorative indicate in tabella (in alcuni casi l'elenco delle esposizioni è tassativo in altri è solo indicativo);
3. la malattia deve essere stata diagnosticata entro il periodo massimo di indennizzabilità indicato, sempre, in tabella.

Se sono presenti tutti e tre gli elementi il lavoratore beneficia di una *presunzione legale di origine* professionale della patologia e dunque spetta alla CPAM (o alla cassa di Mutualità agricola MSA) o al datore di lavoro dimostrare che la malattia non sia conseguenza del lavoro.

Alcune voci (circa una ventina) tabellate indicano la durata minima espositiva mentre alcune voci (calore e ossido di carbonio ad esempio) indicano anche un valore limite.

Le voci tabellate indicano le patologie e può trattarsi sia dei sintomi clinici, sia di elementi biologici, sia di risultati di esami che, infine, di un insieme di questi elementi.

Per ogni patologia è indicato il PMI, cioè il termine temporale massimo entro il quale dopo la cessazione dell'esposizione al rischio può manifestarsi la malattia; nelle tabelle tale PMI varia da 3 giorni a 50 anni.

Possono essere oggetto di riconoscimento anche patologie che non soddisfano tutti i requisiti sopra indicati o che non figurano nelle tabelle.

Nel caso di malattie professionali che non sono ricomprese in tabella ma per le quali è provata l'origine lavorativa per accedere al riconoscimento, esse devono ottemperare ad un ulteriore requisito quale è quello di aver determinato una incapacità permanente almeno pari al 25% (art. 461 del Codice della sicurezza sociale). Questo sistema complementare è stato introdotto nel 1993.

In tale caso la decisione in merito all'origine professionale della patologia è attribuita al Comitato regionale per il riconoscimento delle malattie professionali (CRRMP) con limitazioni del ruolo indicate dalla legge del 27 gennaio 1993.

In occasione delle modifiche, periodiche, delle tabelle delle MP quelle patologie che erano state denunciate in base al regime non-tabellare e che figurano ricomprese dopo la modifica tabellare possono essere oggetto di una trattazione come tabellate ma in tale caso l'indennizzo verrà fatto decorrere dalla data dell'entrata in vigore della nuova tabella.

In Francia vige un sistema di dichiarazione delle malattie correlate al lavoro (MCP: *maladies à caractère professionnel*) finalizzato alla creazione ed alla modifica delle tabelle delle MP.

Tale dichiarazione deve essere effettuata da tutti i medici qualora attribuiscono una patologia a fattori professionali ed è indirizzata all'Ispezione del lavoro che la trasmette, poi, al MIRTMO.

La dichiarazione può comportare una indagine all'interno dell'impresa con lo scopo di evitare che altri lavoratori continuino ad essere esposti.

Tale indagine dovrà essere più approfondita quando il numero delle dichiarazioni diviene significativo.

### ▼ Il sistema di indennizzo

Oggetto dell'indennizzo è la invalidità permanente, che viene liquidata in capitale se il tasso di invalidità è inferiore al 10% o con la corresponsione di una rendita per danni superiori a tale percentuale del 10%.

È prevista anche una maggiorazione della rendita nei casi in cui in conseguenza dell'infortunio o della malattia professionale il lavoratore non sia più in grado di svolgere gli atti quotidiani della vita, per svolgere i quali necessita dunque dell'aiuto di terzi, ma per accedere a tale maggiorazione il lavoratore deve essere titolare di una inabilità permanente pari almeno all'80% .

La valutazione della invalidità avviene a stabilizzazione dei postumi ad opera del medico fiduciario dell'organismo assicuratore.

La valutazione della invalidità tiene conto dei postumi consolidati ed è determinata sulla base delle percentuali previste dalle due diverse tabelle di legge annesse al Codice della sicurezza sociale. Si tratta di tabelle distinte per infortuni (bareme indicativo d'invalidità da infortunio sul lavoro) e malattie professionali (bareme indicativo d'invalidità da malattie professionali) che hanno però solo carattere indicativo in quanto il medico incaricato della valutazione può discostarsi dai valori tabellari che sono appunto valori medi, ma deve trattarsi di uno scostamento che il medico motiva in ragione, fra l'altro, degli elementi di cui secondo lo stesso Codice egli deve tenere conto nella determinazione della inabilità.

Tali elementi sono:

1. *natura dell'infermità*: questo elemento deve essere considerato come punto di partenza della valutazione e ad esso devono essere applicati i diversi fattori correttivi in aumento o in riduzione. Questo primo elemento è rappresentato dalle conseguenze fisiche o mentali, cioè dalla diminuzione della validità derivante dalla perdita o dalla alterazione di organi o funzioni;
2. *stato generale*: si tratta di un concetto classico che permette di introdurre all'interno della metodologia valutativa diversi fattori di salute anche se lo stato generale non deve prendere in considerazione infermità antecedenti;

3. *età*: questo elemento deve essere considerato avendo chiaro che non si tratta della età anagrafica ma bensì di quella «organica»;
4. *facoltà fisiche e mentali*: occorre tenere conto delle possibilità del lavoratore e di come su dette possibilità incidono le sequele dell'infortunio o della malattia professionale. I valori tabellari sono riferiti ad un soggetto normale e vi è dunque la possibilità di maggiorare il tasso medio previsto dalla tabella se lo stato fisico o mentale del lavoratore appare interessato maggiormente dai postumi rispetto a quanto avviene nel soggetto definito «normale»;
5. *attitudini e qualificazione professionale*: il concetto di qualificazione professionale fa riferimento alla possibilità di svolgere una determinata mansione. Mentre per attitudini si fa riferimento alle possibilità che manifesta un infortunato/tecnopatico di ricollocamento e/o di riqualificazione finalizzata ad apprendere un mestiere compatibile con le proprie ridotte capacità.

Sulla base di tali elementi e dopo avere assunto dal medico competente informazioni in merito all'idoneità del lavoratore allo svolgimento della propria mansione perviene alla determinazione della percentuale di invalidità permanente, valutazione che viene trasmessa al servizio amministrativo dell'ente che perviene a notificare la decisione al lavoratore. Il lavoratore ha tempo due mesi per impugnare la decisione della cassa dinnanzi al tribunale.

### ▼ **Le prestazioni economiche in caso di infortunio o malattia professionale**

Nel caso in cui all'infortunio o alla malattia professionale consegua una invalidità permanente essa dà origine a provvidenze economiche diversificate in ragione della percentuale invalidante:

1. per danni inferiori al 10% viene liquidato un indennizzo in capitale in relazione al grado invalidante;
2. per danni uguali o superiori al 10% viene attivata una rendita che può essere trimestrale o mensile in ragione della percentuale riconosciuta;
3. per danni uguali o superiori al 66,66% vi è l'esonero del contributo alle spese sanitarie e di cura;
4. per danni uguali o superiori all'80% e necessità di aiuto di terzi vi è il riconoscimento di una maggiorazione della rendita del 40%.

Sia la liquidazione in capitale che la rendita possono essere soggette a revisione; nel caso della liquidazione in capitale la revisione avviene solo in presenza di aggravamento dello stato invalidante, mentre nel caso delle rendite esse possono subire una variazione per motivi:

- ▶ economici: con conseguente rivalutazione periodica;
- ▶ sanitari: in questo caso la revisione può essere sia attiva che passiva e può portare a modificazioni della rendita sia in aumento che in diminuzione.

### ▼ **Rendita ai superstiti**

Se dall'infortunio o dalla malattia professionale consegue la morte del lavoratore gli aventi diritti possono percepire una rendita calcolata sulla base del salario annuale dell'assicurato.

La rendita complessivamente versata agli eredi non può essere superiore all'85% del salario annuale dell'assicurato deceduto.

Hanno diritto alla rendita ai superstiti nella misura del 40%:

- ▶ il coniuge;
- ▶ il convivente;
- ▶ il partner legato da un PACS.

Il diritto insorge se il matrimonio o il PACS o la situazione di convivenza sia stata conclusa prima della data dell'infortunio o se siano intercorsi almeno due anni fra tali atti ed il decesso dell'assicurato. Naturalmente tali condizioni vengono meno in presenza di figli.

Anche l'ex coniuge separato o divorziato nel caso in cui percepisca l'assegno di mantenimento ha diritto ad una rendita che non può superare il 20% del salario annuo del deceduto.

Hanno diritto ad una rendita fino al compimento del 20° anno di età anche i figli legittimi, i figli adottati ed i figli naturali legalmente riconosciuti; tale rendita è pari al:

- ▶ 25% del salario annuale per il primo e secondo nato;
- ▶ 20% dal terzo nato in poi;
- ▶ 30% se il figlio risulta essere orfano di entrambi i genitori.

Una rendita pari al 10% del salario annuale è prevista per gli eventuali familiari che dimostrano di essere stati a carico dell'assicurato.

### ▼ **Responsabilità del datore di lavoro**

L'applicazione della normativa sugli infortuni e le malattie professionali esonera il datore di lavoro o i suoi preposti dalla applicazione del diritto comune in merito alla responsabilità. Da tale esonero sono, tuttavia, esclusi:

- ▶ l'errore intenzionale;
- ▶ l'errore ingiustificato del datore di lavoro o del suo preposto.

In caso di errore intenzionale del datore di lavoro la vittima ha diritto alle prestazioni previste dalla legislazione sugli infortuni ma la cassa di sicurezza sociale fa avviare una azione di rivalsa nei confronti del datore di lavoro mentre il lavoratore può avviare una azione per ottenere dal datore di lavoro l'integrazione del risarcimento (danno differenziale).

Il concetto di errore imputabile è stato introdotto con la legge del 1898 con una giurisprudenza costante fino al 2002 quando la Corte di Cassazione è pervenuta ad una nuova definizione dell'errore «inexcusable» del datore di lavoro che sostiene che: «il datore di lavoro è tenuto ad un obbligo di risultato nel campo della sicurezza».

### ▼ **Prevenzione**

Le Casse regionali di assicurazione malattia sono competenti in materia di informazione, formazione, di controllo delle imprese e di supporto.

Inoltre la CNAMTS finanzia l'INRS (Istituto nazionale di ricerca e di sicurezza) che si occupa delle prevenzione dei rischi professionali.

Nell'ambito del tema della prevenzione pare utile far rientrare anche le norme che prevedono che il lavoratore che ha presentato denuncia di malattia professionale non può essere esposto al rischio indicato e il datore di lavoro, con l'aiuto del medico competente, deve impegnarsi in presenza di un rischio di aggravamento a ricollocare il lavoratore. Se questo non avviene l'eventuale ricaduta viene considerata un errore ingiustificabile del datore di lavoro.

Nel caso in cui tale ricollocazione non sia possibile il lavoratore può essere licenziato ma in tale caso vi è una maggiorazione degli indennizzi.

Questa possibilità, segnaliamo, viene assunta per spiegare la non-denuncia dell'origine professionale della malattia da parte del lavoratore (caso dell'ipoacusia e delle dermatosi professionali).



## La tutela assicurativa degli infortuni e delle malattie professionali in Svizzera

di **Marco Bottazzi\***

### ▼ Inquadramento normativo

L'assicurazione infortuni è stata introdotta all'inizio del secolo scorso dalla legge federale del 1911 ed oggi essa è normata dalla Legge Federale sull'assicurazione infortuni (LAA) che è entrata in vigore il 1° gennaio 1984 e dalla Legge Federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) entrata in vigore il 1° gennaio 2003.

L'assicurazione infortuni è obbligatoria per tutti i lavoratori dipendenti ed i datori di lavoro devono assicurare i loro dipendenti a seconda del ramo di attività presso la SUVA o presso altri assicuratori autorizzati.

Le aziende e le amministrazioni che sono tenute ad assicurarsi presso la SUVA sono elencate in dettaglio nella legge istitutiva dell'assicurazione infortuni (LAINF) all'articolo 66 e nella OAINF.

Il sistema assicurativo obbligatorio prevede tre diversi rami:

1. infortuni professionali (AP);
2. infortuni non-professionali (ANP);
3. malattie professionali (MP).

Nel caso di lavoratori a part-time di durata settimanale inferiore alle 8 ore l'assicurazione copre gli infortuni professionali e le malattie professionali ma non gli infortuni extralavorativi.

L'assicurazione decorre dal giorno in cui comincia il rapporto di lavoro e termina 30 giorni dopo la fine dello stesso.

Si diceva che il principale ente assicuratore svizzero è la SUVA, cioè una società assicuratrice autonoma di diritto pubblico che assicura circa un terzo delle imprese svizzere e circa il 60% dei lavoratori dipendenti, oltre ad assicurare tutti i lavoratori in stato di disoccupazione.

---

\* Coordinatore medico legale INCA CGIL nazionale

La SUVA provvede a questa attività con un ramo specifico, la Suvarisk.

La SUVA non percepisce alcuna forma di sovvenzione statale ed è gestita da un Consiglio di Amministrazione composto in maniera paritaria da rappresentanti dei datori di lavoro, dei lavoratori e della Confederazione, i cui membri sono di nomina del Consiglio Federale.

La SUVA ha anche il compito di controllo dell'applicazione delle prescrizioni in tema di prevenzione dei rischi professionali.

### ▼ **L'infortunio**

La normativa differenzia fra infortunio professionale ed infortunio non professionale.

Sono infortuni professionali quelli di cui è vittima l'assicurato:

- a) nell'eseguire lavori per ordine del datore di lavoro o nell'interesse di quest'ultimo;
- b) durante le pause, come pure prima o dopo il lavoro se autorizzato a rimanere sul luogo di lavoro o entro la zona di pericolo inerente alla sua attività professionale.

Sono infortuni non professionali tutti quelli che non rientrano nel novero degli infortuni professionali.

### ▼ **La malattia professionale**

Secondo la normativa svizzera le malattie causate esclusivamente o in maniera preponderante dall'attività professionale, da agenti nocivi e da determinati lavori (cfr. elenco dell'allegato 1 dell'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni - OAINF) sono considerate malattie professionali (MP)<sup>1</sup>.

Queste sono equiparate agli infortuni professionali nella Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF).

Per poter essere ammesse all'indennizzo le patologie devono essere quelle ricomprese nell'elenco di cui all'art. 9 comma 1 della LAINF, dove si fa uso del

---

<sup>1</sup> Art. 9 LAINF: «sono malattie professionali quelle causate esclusivamente o prevalentemente da sostanze nocive o da determinati lavori nell'esercizio dell'attività professionale. Il Consiglio Federale compila l'elenco di tali sostanze e lavori, come pure delle malattie provocate da questi ultimi. Sono considerate professionali anche altre malattie di cui è provato siano state causate esclusivamente o in modo preponderante dall'esercizio dell'attività professionale. Salvo diversa disposizione, la malattia professionale è assimilata all'infortunio professionale dalla sua insorgenza. Essa è considerata insorta quando l'interessato abbisogna per la prima volta di cura medica o è incapace di lavorare».

termine «prevalentemente», che vuol dire che i fattori lavorativi devono essere predominanti rispetto alle altre cause e questo significa che il fattore lavorativo deve avere un ruolo superiore al 50% della probabilità.

L'obbligo di corrispondere le prestazioni incombe all'assicuratore presso il quale il lavoratore era assicurato nel momento in cui la sua salute è stata esposta da ultimo al pericolo di sostanze nocive e/o di determinati lavori o attività professionali.

Esiste una clausola generale che permette la presa in carico anche di altre patologie non previste in tabella ma in tal caso il nesso causale fra lavoro e patologia deve essere nettamente preponderante.

In caso di una malattia professionale tabellata le eventuali concause extralavorative non rivestono un ruolo nella definizione del caso; se il lavoratore è stato esposto al rischio, dunque, la malattia è presa interamente in carico dal sistema assicurativo.

Per le patologie multifattoriali è prassi consolidata respingere il riconoscimento come professionale nei casi in cui l'ente assicuratore perviene a valutare che i fattori lavorativi abbiano pesato, nel determinismo della malattia, in misura inferiore al 50%.

Tale valutazione viene assunta a seguito di una istruttoria svolta da parte dei sanitari dell'ente assicuratore, istruttoria che dal punto di vista economico è a carico della struttura assicurativa stessa.

L'approfondimento sulla anamnesi lavorativa della possibile tecnopatia viene svolta generalmente dalla stessa SUVA che per la valutazione del ruolo svolto dai fattori lavorativi e da quelli extralavorativi può avvalersi anche di esperti esterni.

In caso di patologie per le quali viene definita una soglia di rischio (TLV) viene svolta, anche, una inchiesta amministrativa nel corso della quale l'assicurato ha il diritto di essere ascoltato da parte dei sanitari dell'Istituto; come pure di essere presente nel caso di effettuazione di misure sul posto di lavoro.

In base alla normativa svizzera la malattia professionale, ai fini dell'eventuale termine di decadenza del diritto, è insorta quando l'interessato abbisogna per la prima volta di cure mediche o quando ha presentato una incapacità al lavoro.

### ▼ Il sistema di indennizzo

Il sistema assicurativo svizzero indennizza le conseguenze economiche del danno alla salute ed alla capacità di guadagno; in termini di danni permanenti tale sistema indennizza il danno alla integrità fisica (fisica e psichica) ma anche l'inabilità.

È considerata inabile ogni persona che in ragione del danno alla salute subito necessita in maniera permanente dell'aiuto di terzi o di un controllo personale per compiere i sei atti elementari della vita quotidiana:

1. Vestirsi/svestirsi;
2. Alzarsi/sedersi;
3. Coricarsi;
4. Mangiare;
5. Lavarsi/utilizzare il WC;
6. Spostarsi all'interno o all'esterno della propria abitazione.

Sono previsti tre livelli di inabilità:

1. grave: impossibilità di compiere tutti gli atti elementari della vita quotidiana con necessità di assistenza o di controllo personale continui;
2. medio: impossibilità di realizzare la maggior parte degli atti quotidiani;
3. lieve: impossibilità di realizzare almeno due degli atti indicati.

L'invalidità, invece, è intesa come le limitazioni provocate dalle conseguenze dell'infortunio o della malattia professionale sulla capacità di guadagno dell'assicurato.

L'invalidità è valutata al termine del trattamento riabilitativo e cioè quando lo stato di salute dell'assicurato è stabilizzato e/o al termine di eventuali provvedimenti di riadattamento/riqualificazione professionale (percorsi che sono di competenza dell'assicurazione di invalidità).

Il servizio sanitario della SUVA ha il compito di indicare in quale misura e per quali funzioni e/o attività l'assicurato presenta una incapacità o quelle per le quali egli è inadatto a causa delle conseguenze dell'infortunio e/o della malattia professionale.

Questi dati sanitari servono a determinare a quali tipologie lavorative può accedere l'assicurato avendo riferimento anche al mercato del lavoro con l'espressione anche della misura in cui detta ricollocazione può concretizzarsi e questa indicazione diviene importante per differenziare i casi che rientrano nell'ambito della tutela assicurativa professionale da quelli che rientrano nella norma, invece, sulla disoccupazione.

Per riferimento al mercato del lavoro deve intendersi non lo stato effettivo del mercato del lavoro ma bensì i suoi connotati teorici.

Per effettuare tale valutazione della perdita della capacità di guadagno sono state elaborate circa 6.500 schede che contengono la descrizione dei posti di lavoro con i relativi salari medi.

Una volta che è stata effettuata la valutazione sanitaria la SUVA determina quale guadagno può derivare al lavoratore dall'esercizio di una attività lavorativa

confacente ai postumi (guadagno di invalidità), ma anche il guadagno teorico che il lavoratore avrebbe potuto conseguire se non fossero intervenute le sequele dell'infortunio o della malattia professionale e dal confronto fra questi due «guadagni» si determina il tasso di invalidità.

Il danno per menomazione dell'integrità, che viene valutato contestualmente all'invalidità, si basa su una valutazione sanitaria obiettiva che prescinde da ogni forma di personalizzazione e che si basa su un bareme non esaustivo dei danni all'integrità, allegato alla Legge sull'assicurazione infortuni (OLAA).

Tale bareme indica le più importanti lesioni che fungono da punto di riferimento per la valutazione di tutte quelle non previste specificamente in base al criterio per analogia tendendo conto della gravità della lesione.

I medici della SUVA hanno elaborato delle tabelle aggiuntive o meglio integrative per colmare le carenze di quelle di legge e questo sia per motivi di praticità che di omogeneità.

Mentre l'inabilità è valutata in maniera integrata ad opera dei sanitari e degli operatori sociali della SUVA.

### ▼ **Le prestazioni economiche in caso di infortunio o malattia professionale**

La corresponsione di una rendita avviene a partire da un tasso di invalidità pari almeno al 10%; tale rendita viene versata mensilmente a vita; essa può essere oggetto di revisione sia attiva che passiva fino al compimento da parte dell'infortunato/tecnopatico dell'età pensionabile.

Mentre l'indennità per lesione dell'integrità viene corrisposta sotto forma di indennizzo una tantum in capitale con una franchigia pari al 5%.

La rendita viene fissata quando dalle cure mediche non ci si può attendere un sensibile miglioramento dello stato di salute e dopo essersi concluse eventuali misure di integrazione dell'Assicurazione Invalidità (AI).

La prestazione per inabilità viene, anch'essa, versata mensilmente.

Appare utile ricordare, come evidenziato anche nel punto dedicato alla copertura delle spese sanitarie, che la legge infortuni svizzera prevede una esaltazione dell'aspetto reinserimento dell'infortunato e/o tecnopatico.

### ▼ **Rendita ai superstiti**

Nel caso di decesso legato alla malattia indennizzata o all'infortunio è prevista una rendita ai superstiti che non può superare il 70% del guadagno assicurato

e che è calcolata nel 40% per il coniuge superstite e nel 20% per il coniuge divorziato, ma non può superare il valore dell'assegno di mantenimento. Mentre i figli determinano un aumento della rendita del 15% fino al compimento del 18° anno di età o del 25° anno se l'orfano compie studi superiori.

### ▼ **Le prestazioni extra rendita**

Nel caso delle malattie professionali, le prestazioni dell'assicuratore infortuni sono disciplinate dal diritto delle assicurazioni contro gli infortuni (vedi in particolare gli artt. 10-35 LAINF e gli artt. 15-46 OPI) e comprendono le cure mediche, i rimborsi per le spese e le prestazioni in contanti (tabella 1).

La normativa svizzera LAINF prevede che nel caso di malattia professionale il lavoratore abbia diritto a:

- ▶ cura medica;
- ▶ cura ambulatoriale;
- ▶ medicine ed analisi;
- ▶ ricovero in sala comune ospedaliera;
- ▶ cure complementari e balneari prescritte dal medico;
- ▶ mezzi ed apparecchi occorrenti per la guarigione;
- ▶ mezzi ausiliari;
- ▶ spese di viaggio, trasporto e salvataggio.

### ▼ **Esonero della responsabilità del datore di lavoro**

In Svizzera l'obbligo assicurativo non solleva il datore di lavoro dalla responsabilità e tale responsabilità può essere di tipo contrattuale (articolo 328 del Codice) ma anche colposa (articolo 41 del Codice).

Fino al 31 dicembre 2002 tale richiesta (che poteva essere esercitata sia dalla SUVA che dalla vittima) non era ipotizzabile che in presenza di un errore intenzionale (atto volontario che determina la realizzazione dell'infortunio) o di una negligenza grave da parte del datore di lavoro.

Ma successivamente all'entrata in vigore delle nuove norme tale limitazione nella richiesta risarcitoria sussiste solo per gli assicuratori sociali.

**Tabella n. 1**

PRESTAZIONE FORNITA	TIPO DI PRESTAZIONE	MODALITÀ DI CORRESPONSIONE
<b>CURE MEDICHE</b>	Cura medica	Rimborso ai fornitori di prestazioni (medici, ospedali, ecc.) secondo un tariffario speciale. Le spese di cura devono essere versate per tutta la durata della vita.
	Prestazione sanitaria	
	Medicinali	
	Cure	
<b>RIMBORSI DELLE SPESE</b>	Costi per il salvataggio e il recupero	
	Danni materiali	
	Ausili/protesi	
<b>PRESTAZIONI IN CONTANTI</b>	Indennità giornaliera	In caso di totale incapacità lavorativa viene erogato l'80% del guadagno assicurato.
	Rendita di invalidità	In caso di invalidità totale viene erogato l'80% del guadagno assicurato.
	Assegno per grandi invalidi	Viene concesso quando vi è un bisogno permanente dell'aiuto di terzi per compiere gli atti quotidiani.
	Indennità per menomazione dell'integrità	Prestazione unica in capitale versata per compensare il pregiudizio immateriale subito dall'infortunato (secondo tabella)
	Rendita per superstiti	Per le vedove e i vedovi il 40%, per gli orfani il 15%, per gli orfani di entrambi i genitori il 25%. Il totale non può superare in ogni caso il 70% del guadagno assicurato.





