

L'ITER DELLA REVISIONE DELLE TABELLE DELLE MALATTIE PROFESSIONALI: CRITERI E METODOLOGIA

*Balletta A. **De Zorzi L ***Malaguti Aliberti L *** Sotis G

Commissione ex art 10 D.L.vo 38/2000 :

* Presidente **rappresentante INPS *** rappresentante ISS ****rappresentante CNR

INTRODUZIONE

La Commissione scientifica per l'elaborazione e la revisione periodica dell'elenco delle malattie di cui all'articolo 139 e delle tabelle, di cui agli articoli 3 e 211 del T.U. (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124) è stata istituita formalmente con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali (23/03/2001 rinnovata il 17/10/2005) in applicazione a quanto previsto dal 1° comma dell'art. 10 del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000, n. 38. Come recita lo stesso articolo, compito della Commissione è *“la elaborazione e la revisione periodica dell'elenco delle malattie di cui all'articolo 139 e delle tabelle di cui agli articoli 3 e 211 del TU”*.

È importante sottolineare che, a differenza delle precedenti revisioni delle tabelle (1975 D.P.R. n. 482) (1994 D.P.R. n. 336), per la prima volta è stata prevista una Commissione “scientifica” con questo compito.

I membri componenti della Commissione sono in rappresentanza di:

INAIL, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, ISPESL, Istituto Italiano di Medicina Sociale, INPS, IPSEMA ASL.

La Commissione ha inizialmente provveduto alla revisione dell'elenco delle malattie di cui all'articolo 139 del TU; la proposta di aggiornamento elaborata dalla Commissione è stata interamente recepita nel D.M. 27 aprile 2004. L'”elenco” dalla sua pubblicazione con il D.M. 18/4/1973, fino al 2004, non era mai stato revisionato.

Come noto, l'elenco comprende le malattie per le quali è obbligatoria la denuncia⁽⁺⁾; ha lo scopo di consentire la valutazione dell'andamento del fenomeno da utilizzare come dato epidemiologico e di far intraprendere le necessarie iniziative preventive. Queste finalità assumono una particolare importanza nella situazione attuale, caratterizzata da una progressiva riduzione delle tradizionali malattie professionali con eziologia esclusiva e da un incremento delle patologie multifattoriali, definite work related diseases. L'aggiornamento periodico, annuale secondo l'articolo 10 del D.L.vo 38/2000, rende l'”elenco”, insieme al *“registro delle malattie professionali”* previsto dallo stesso decreto, strumenti adeguati ad approfondire lo studio del fenomeno delle malattie correlate al lavoro, così come è specificamente indicato nei

dieci punti dell'articolo 1 delle Raccomandazioni della Commissione Europea 2003/670 CEE e precedenti ai Paesi europei. Il punto 1, in particolare, raccomanda "...di introdurre al più presto nelle loro disposizioni legislative, regolamentari o amministrative, relative alle malattie riconosciute scientificamente di origine professionale, che possano dar luogo *all'indennizzo e che* devono costituire oggetto di misure preventive, l'elenco europeo di cui all'allegato 1".

Le raccomandazioni sono state richiamate anche nel testo del DM 27 aprile 200 "Considerato che la proposta ha tenuto conto della raccomandazione 90/326/CEE così come sostituita dalla raccomandazione 2003/670/CE;.....

In una seconda fase, la Commissione ha elaborato la proposta di aggiornamento delle tabelle delle malattie professionali dell'industria e dell'agricoltura di cui agli articoli 3 e 211 del T.U. che, come noto, rispondono a finalità eminentemente assicurative. Il loro ultimo aggiornamento risale al D.P.R. 13 aprile 1994, n. 336.

La proposta è stata consegnata al Ministero del Lavoro nell'agosto del 2005. Già da molto tempo prima della sentenza della C.Cost. 179/88 era fortemente sentita l'esigenza di un ampliamento della tabella allegata al T.U. considerati anche i poco frequenti aggiornamenti; erano infatti rimaste al di fuori della lista per molto tempo patologie importanti, soprattutto tumorali, quali il mesotelioma correlato alla esposizione ad amianto che compare in tabella solo nella edizione 1994 (DPR 336/94). L'articolo 10 del decreto legislativo 38/200 ha dato un ulteriore forte impulso di innovazione all'aggiornamento delle malattie professionali operazione che ha richiesto particolare impegno da parte della Commissione, soprattutto nel creare le condizioni di uniformità dei criteri per l'utilizzo più appropriato ai fini assicurativi.

LA MALATTIA PROFESSIONALE: *esigenza di chiarezza su definizione e competenze:*

Prima di illustrare sinteticamente i criteri che hanno informato i lavori, appare opportuno ricordare che, secondo il sistema vigente, la malattia professionale è tale, in termini assicurativi, se causata da fattori patogeni cui il lavoratore è stato esposto nell'esercizio e a causa di determinati lavori, gli uni e gli altri previsti dal legislatore

art. 139 del T.U. DPR 1124/1965: "E' obbligatorio per ogni medico, che ne riconosca l'esistenza, la denuncia delle malattie professionali..."

ed elencati in tabella o anche extratabellari, purchè ne sia provata l'origine lavorativa. Sono pertanto da considerare i seguenti connotati medico legali della malattia professionale tabellata e non : causalità riferibile ad agente nocivo del ciclo lavorativo, efficacia lesiva qualitativa e quantitativa (idoneità del rischio), patologia tipica riferibile a quell'agente; le concause extralavorative si considerano semprechè le stesse non interrompano il nesso causale in quanto capaci da sole a produrre l'evento. I suddetti criteri valgono a maggior ragione dato il consolidarsi della multifattorialità nell'ambito delle malattie emergenti lavoro correlate per le quali il riferimento più congruo è quello della incidenza epidemiologica.

Stando agli articoli del T.U. per malattia professionale si deve intendere un *processo morboso del quale il medico certificatore deve riportare i sintomi accusati dall'ammalato e i segni rilevati (art. 53)*. Le prestazioni (art. 66) sono dovute ove la malattia si renda responsabile di inabilità *temporanea assoluta*, ossia tale da impedire di attendere al lavoro (art 68), oppure *permanente, totale o parziale* (art. 74).

Pertanto la malattia professionale si può configurare con un decorso breve, clinicamente definibile **acuto**, con sola inabilità temporanea assoluta, seguita o non da postumi invalidanti, oppure a decorso **cronico** sino ad una relativa stabilizzazione, o progressivamente evolutivo, come nel caso di alcune pneumoconiosi fibrogene. E ancora, sono da considerare malattie professionali le **sequele** di alcune intossicazioni, come nel caso dell'ossido di carbonio, idrogeno solforato, acido cianidrico, esteri fosforici e altri.

E' evidente che il compito più impegnativo del medico certificatore è quello di formulare poi la diagnosi della malattia professionale avvalendosi delle conoscenze di medicina del lavoro.

Va rilevato che, al momento, nel sistema INAIL italiano vi è poca armonizzazione tra la dottrina di medicina del lavoro e quella medico legale assicurativa cosicché, ad esempio, si tende ad escludere le forme acute di alcune malattie di origine lavorativa anche quando le stesse non hanno i connotati dell'infortunio. Diverso per tale aspetto è ad esempio il sistema assicurativo francese, ove la tabella delle malattie professionali in vigore prevede, per uno stesso agente, le forme acute e quelle croniche. La stessa Commissione Europea considera le forme acute e croniche delle malattie comprese nell'elenco.

METODOLOGIA ADOTTATA

L'obiettivo prioritario è stato quello di eseguire la revisione delle tabelle in base al progresso delle conoscenze scientifiche delle discipline mediche e delle tecnologie produttive, anche in termini epidemiologici, tenuto conto, altresì, delle tabelle vigenti in altri Paesi europei.

È stata considerata anche l'evoluzione del quadro normativo dopo la sentenza della Corte Costituzionale n. 179/1988, che ha esteso la tutela a tutti gli eventi morbosi

riconducibili ad esposizioni lavorative ricorrendo al cosiddetto “sistema misto”. A distanza di oltre quindici anni da tale evoluzione giurisprudenziale, a causa delle modifiche dei processi tecnologici e dell’organizzazione del lavoro, nonché delle più approfondite conoscenze sull’eziopatogenesi, vi è stato un notevole incremento delle malattie non tabellate fino a determinare una prevalenza di queste ultime rispetto a quelle tabellate (57% circa sul totale degli anni 1999-2003; 68% per il 2004 secondo i dati del Rapporto Annuale INAIL). Parallelamente all’andamento quantitativo è aumentato l’impegno qualitativo con una più attenta trattazione dei casi di malattie, attraverso approfondimenti scientifici e metodologici nell’ambito della medicina del lavoro e della medicina legale; vi è stato inoltre un migliore coinvolgimento dei sanitari dell’ INAIL nelle fase istruttoria.

Il progressivo consolidamento di conoscenze che ne è derivato ha rappresentato una delle basi informative per la identificazione delle malattie emergenti, meritevoli dell’inserimento nelle tabelle, in modo da consentire l’applicazione del principio della presunzione legale circa la loro origine lavorativa.

Il fenomeno prodotto dal “sistema misto” non ha però creato significativi squilibri nel complessivo impianto del sistema di assicurazione sociale, cosicché le malattie più ricorrenti, il cui riconoscimento della origine professionale è ormai consolidato, sono state inserite nella nuova proposta di tabella, cercando di definire al meglio quelle fattispecie nosologiche e lavorative, per le quali si ritiene non più necessario l’ “onere della prova” a carico del lavoratore.

La proposta di nuova tabella consegnata al Ministero competente ha riguardato, come prima revisione secondo l’articolo 10 del D.L.vo 38/2000, l’intera tabella dell’industria e dell’agricoltura, nella struttura e nelle singole voci, mentre i prossimi aggiornamenti, potrebbero essere più mirati, per singole voci di agente-malattia e/o per specifici argomenti.

La Commissione si è avvalsa delle competenze tecnico scientifiche multidisciplinari dei suoi componenti (medicina del lavoro, igiene del lavoro, epidemiologia, medicina legale, pneumologia, allergologia, chimica, etc.), di collaborazioni provenienti dagli Enti di appartenenza dei singoli membri, nonché, su alcuni temi specifici, del parere di professionalità con approfondite e riconosciute conoscenze nel settore.

Per l’aggiornamento delle tabelle, oltre alla ricognizione della letteratura scientifica, è stato effettuato un attento esame e confronto tra la tabella in vigore (DPR 336/94), l’elenco della Commissione Europea nel suo ultimo aggiornamento del 2003 (Raccomandazione 2003/670 CEE) , la tabella ILO, le tabelle di altri Paesi europei, in particolare quella della Francia che comprende aggiornamenti sino al 2000 e del Portogallo aggiornata nel giugno 2001, considerato peraltro che in tali Paesi vige, come nel nostro, il sistema “misto” di indennizzo.

È stata esaminata la pubblicazione EUR 14768 EN a cura della Commissione Europea “Information notices on diagnosis of occupational diseases” realizzata da un gruppo di esperti di chiara fama dei vari Stati europei, contenente la trattazione delle

malattie professionali riferite agli agenti elencati nell'Allegato I della Raccomandazione Europea 90/326/CEE.

Tanto infatti viene indicato al punto 8 dell'articolo 1 della Raccomandazione CEE 2003. Art.1 p. 8: “ di garantire un'ampia diffusione dei **documenti di aiuto alla diagnosi delle malattie professionali** incluse nei loro elenchi nazionali tenendo conto, in particolare delle *note di aiuto alla diagnosi delle malattie professionali pubblicate dalla Commissione”.

Sono stati richiesti ed analizzati i dati statistici INAIL sull'andamento delle malattie professionali (denunce e riconoscimenti delle diverse tipologie, tabellate e non) negli ultimi cinque anni .

Si è tenuto conto della normativa in vigore riguardante la salute e la sicurezza sul lavoro e delle più recenti direttive europee.

Oltre i libri e le riviste più aggiornate, gli atti dei congressi sulla materia, ricerche su medline ed altre banche dati, sono stati consultati i documenti ufficiali dei principali Enti Europei e americani del settore.

Di particolare utilità, è stata l'esperienza maturata dal rappresentante dell'INAIL in commissione, durante gli anni di attività presso il settore malattie professionali della Direzione Generale, ove vi era stata la trattazione accentrata delle malattie emergenti come fase di approfondimento, anche attraverso l'apporto specialistico nelle branche attinenti, al fine di poter dare indirizzi operativi alle Unità periferiche dell'INAIL

STRUTTURA DELLE TABELLE

Le tabelle conservano la struttura di quelle attualmente in vigore (D.P.R. n. 336/1994).

Nella prima colonna sono elencate di seguito le voci delle malattie. Oltre all'agente sono indicate le specifiche malattie che possono essere correlate alla esposizione lavorativa. Alla definizione della malattia fa seguito il codice corrispondente secondo la “Codifica Internazionale delle Malattie” alla decima revisione (ICD-10).

Nella seconda colonna sono comprese le LAVORAZIONI che espongono all'agente. Nella terza colonna è indicato il PMI (Periodo Massimo per l'Indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione): la sua durata è in relazione alle specifiche malattie e non agli agenti e dipende fundamentalmente dalla storia naturale della malattia. Esso è sempre “illimitato” nel caso di manifestazioni neoplastiche.

La sequenza delle malattie elencate segue di massima lo schema della tabella in vigore. Sono infatti indicate in ordine: le malattie da agenti chimici, dell'apparato respiratorio e della pelle non descritte in altre voci, da agenti fisici e da agenti biologici.

In considerazione delle scelte che al momento riguardano gli organismi internazionali (ILO, UE) e tutti gli altri Paesi è prevalso l'orientamento a mantenere in tabella agenti che potrebbero considerarsi non più attuali per il limitato o abolito utilizzo e/o per lo scarso o inesistente numero di segnalazioni.

GLI AGGIORNAMENTI

Nella proposta di nuova tabella la Commissione ha ritenuto di includere le specifiche patologie indicandole secondo le definizioni e i codici utilizzati nella più recente codifica internazionale (ICD-10). Tale innovazione deriva dalle seguenti considerazioni:

- nella tabella in vigore la previsione della malattia è astratta, con la possibilità di interpretazione estensiva che includa qualsiasi malattia, oppure restrittiva, per carenti conoscenze o orientamenti soggettivi ; in pratica la malattia con riferimento al solo agente è paradossalmente non tabellata e,..” *in difetto di un accertamento peritale adeguato, risulta viziata la stessa interpretazione della funzione tabellare..*”, come recita la sentenza della Corte di Cassazione n° 8310/1991.
- Le malattie indicate in tabella sono quelle riportate in letteratura, secondo le conoscenze scientifiche e i più aggiornati dati epidemiologici.
- Il ”sistema misto” di indennizzo permette di riconoscere le tipologie di malattie ancora non consolidate e in osservazione per le quali è comunque opportuno che venga fatta una valutazione per i singoli casi con le premesse di un eventuale successivo inserimento in tabella.
- L’indicazione della malattia riferibile agli agenti presenti in tabella, oltre a dare garanzia a tutte le parti in causa, è inevitabilmente motivo di una riduzione del contenzioso, amministrativo e giudiziario, e dovrebbe permettere di migliorare l’anomalo rapporto tra numero di denunce di malattie professionali e percentuali di riconoscimenti delle stesse, da troppo tempo riscontrabile nel sistema Inail italiano, a differenza di molti altri Paesi.
- L’utilizzazione della codifica internazionale facilita e rende più chiara l’elaborazione dei dati e il loro confronto con quelli di altri Paesi consentendo un monitoraggio più accurato degli andamenti temporali e dell’efficienza nella gestione delle pratiche. E’ stata adottata la codifica ICD-10 già pubblicata all’inizio dei lavori della commissione, e non la ICD-9, utilizzata in altri contesti, in previsione del fatto che i tempi della fase legislativa successiva alla proposta della Commissione prevedibilmente sarebbero stati sufficientemente lunghi da portare alla adozione generalizzata della ICD-10

Di seguito sono brevemente descritte le più importanti modifiche considerando separatamente le tabelle dell’industria e dell’agricoltura.

Tabella per l’industria: Le voci agente-malattia passano da **58 a 98**, in parte nuove, in parte già presenti in sottocodice nella tabella in vigore.

Per tutte le voci relative agli **agenti chimici** si è evitata l'indicazione di raggruppamenti ad ampio spettro quando solo alcuni specifici composti sono causa di determinate patologie.

Si è modificata la sequenza dei diversi agenti, ordinati in funzione dell'appartenenza a gruppi di sostanze omogenei (metalli, alogeni, idrocarburi etc.) e rispettando, quando possibile, l'ordine alfabetico.

Per le patologie tumorali si è fatto riferimento alle classifiche della IARC e della UE.

Per le voci riguardanti **l'apparato respiratorio** si è mantenuto l'impianto della tabella in vigore aggiornando e dando un ordine più accessibile ai diversi agenti e alle relative lavorazioni.

In particolare, per le *pneumoconiosi* si è evitata la generica precedente definizione di "silicati, calcare, dolomie", specificando i vari tipi di minerali (polvere di carbone, bario, talco, mica, caolino, argille polvere di pietra pomice). Sono state anche considerate le forme "da accumulo" (antracosi, baritosi, siderosi, alluminosi, stannosi) di polveri ad alta radiodensità.

Per la voce *asma bronchiale e alveoliti* sono stati indicati i più frequenti agenti asmogeni di origine lavorativa e relative lavorazioni.

In riferimento all'*asbesto*, oltre alle forme tumorali (mesotelioma nelle diverse localizzazioni e carcinoma del polmone) già comprese nella voce 56 della tabella in vigore, sono state considerate le patologie della pleura non tumorali (**placche e ispessimenti pleurici**) la cui evidenza è ancora molto frequente negli ex esposti all'amianto.

A tal proposito è da segnalare che il tardivo aggiornamento della tabella ha comportato la mancata evidenza statistica di tale altrettanto importante patologia, a differenza di altri Paesi che da anni la classificano, come è emerso allo European Forum su "Asbestos-related occupational diseases in Europe, tenutosi a Bruxelles nell'aprile 2006,

E' stata mantenuta la voce "*bronchite cronica ostruttiva*" (*BCO*) con la precisazione "per esposizione abituale a broncoirritanti" e sono stati integrati gli agenti e le lavorazioni

Non è stata considerata l'asbestosi che, come la silicosi, non è inclusa nelle previsioni di aggiornamento ai sensi dell'art. 10 del D.L.vo n. 38/2000 essendo disciplinata da specifica normativa.

Le malattie cutanee, che occupano il secondo posto per incidenza tra le malattie professionali tabellate, nella tabella in vigore sono indicate senza specifici riferimenti alla manifestazione clinica causata dai vari agenti elencati. La Commissione ha revisionato e modificato tale voce indicando le forme più frequenti da causa lavorativa: dermatiti da contatto, irritative e allergiche, e le altre forme minori.

Per quanto riguarda **gli agenti fisici**, le più importanti modifiche consistono nell'introduzione di un gruppo di malattie da rischio ergonomico provocate da sollecitazioni biomeccaniche conosciute come malattie "da movimenti ripetuti e posture incongrue o C.T.D. (cumulative trauma disorders)", da tempo presenti nelle

tabelle di altri Paesi e nell'elenco della Commissione Europea. Le sedi interessate sono l'arto superiore, (la "sindrome del tunnel carpale" e altre tendiniti), il ginocchio, la colonna vertebrale. Per avere un'idea della dimensione del problema basti pensare che il numero di riconoscimenti da parte dell'INAIL delle sole "tendiniti" e "sindrome del tunnel carpale" è secondo alla sola "ipoacusia da rumore"

Nella definizione specifica delle diverse tipologie ci si è avvalsi anche della casistica di oltre tremila casi esaminata negli anni dal 1998 al 2003 durante la fase di accentramento in Sovrintendenza medica generale di tali malattie denunciate presso le Unità periferiche dell'INAIL.

Poiché un elenco delle lavorazioni implicate non sarebbe mai esaustivo visto che, in letteratura, ne vengono segnalati sempre nuovi, si è preferito far riferimento alle modalità di svolgimento delle attività piuttosto che a particolari specifici processi lavorativi.

Per le attività di movimentazione manuale dei carichi e la esposizione a vibrazioni trasmesse al corpo intero si è correlata la patologia più conclamata della colonna vertebrale "*ernia discale lombare*" indicando, precisi riferimenti alla esposizione lavorativa. Si è preferito cominciare a considerare in tal modo tale patologia , a che vi sia un approccio graduale e consapevole alla trattazione dei casi, con specifici protocolli di indagini . Si è tenuto conto della esperienza di altri Paesi(Belgio,Francia, Germania, Paesi Bassi) ove la stessa è considerata malattia professionale

Per quanto concerne le *Vibrazioni meccaniche*, si è reso necessario il riferimento al *valore di azione giornaliero* per l'estrema variabilità dei valori delle vibrazioni medesime trasmesse al corpo intero o al sistema mano-braccio a secondo dei modelli di una stessa tipologia di macchina o di utensili.

La voce **ipoacusia da rumore** è stata aggiornata revisionando e integrando l'elenco delle specifiche lavorazioni. A queste inoltre è stata aggiunta un ulteriore voce valida per le lavorazioni non elencate,: "*altre lavorazioni che comportano esposizione personale quotidiana o settimanale professionale a livelli di rumore superiori a 85 dB/A svolte in modo abituale e per tempi adeguati all'insorgenza della malattia*", con l'intento di evitare al lavoratore l'onere della prova quando dal documento di valutazione del rischio o altra idonea accessibile documentazione già risultino le condizioni previste in tabella.

Le malattie da *Agenti biologici* hanno comportato un notevole impegno nelle decisioni della Commissione. Nella tabella vigente dell'industria e della agricoltura l'Anchilostomiasi risulta l'unica presente; le altre tipologie di malattie infettive sono trattate con i criteri dell'infortunio, con normativa interna che ha come riferimento la intuizione medico legale del Borri sostenuta da alcune pronunce della giurisprudenza ordinaria negli anni fino alla sentenza della C.Cost. 179/88.

L'orientamento maggioritario della Commissione, è stato di inserire in tabella, oltre l'anchilostomiasi, altri agenti biologici che, secondo l'elenco previsto dalla legge 626/94, sono causa di rischio prevedibile per alcune categorie lavorative. Ha, pertanto, predisposto una bozza di tabella comprendente n° 8 agenti per l'industria e n° 6 per l'agricoltura per i quali può essere applicata la presunzione legale in riferimento alle specifiche lavorazioni indicate in tabella. Le eventuali altre patologie infettive causate da esposizione lavorativa potranno essere trattate con i criteri delle malattie "non tabellate".

Per comprendere meglio le motivazioni di questa scelta è importante ricordare che gli agenti biologici sono considerati dalla normativa vigente in materia di tutela della sicurezza e la salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro, a pieno titolo, in grado di indurre patologie per le quali sono previste specifiche e rigide misure per la prevenzione e la protezione dei lavoratori. In particolare, viene richiesta la valutazione del rischio in ambito lavorativo, la sorveglianza sanitaria obbligatoria, la profilassi specifica, l'uso di dispositivi di protezione collettiva ed individuale, l'informazione e formazione dei lavoratori, l'istituzione dei registri di esposizione e degli eventi accidentali e dei registri dei casi di malattia e di decesso.

La Commissione Europea raccomanda che le malattie professionali da agenti biologici vengano inserite tra le malattie professionali riconosciute in ambito assicurativo. D'altronde, l'esposizione per motivi lavorativi non può più essere considerata "accidentale o inaspettata o sconosciuta o violenta" come avviene per l'infortunio. Nel caso del rischio biologico, il concetto fondante per una tutela centrata sulla categoria della "malattia professionale" - e non dell'infortunio - parrebbe essere proprio "l'ineliminabilità" dell'esposizione all'agente patogeno che può, così dispiegare la sua azione in modo diluito.

Per quante precauzioni si prendano, l'esposizione del lavoratore potrà sempre verificarsi - con probabilità statisticamente definibile come maggiore di quella della popolazione generale - e dar luogo anche ad infezioni asintomatiche che si appalesano dopo anni, con quadri clinici già connotati da cronicità. E' di tutta evidenza che il contagio può verificarsi anche in situazioni assolutamente non identificabili, del tutto prive dei connotati di drammaticità, tipici di eventi maggiori quali la puntura accidentale o la massiva contaminazione con liquidi biologici infetti. L'operatore può infettarsi per via orale, via respiratoria, via oculo-congiuntivale o transmucosa, via transcutanea a cute integra.

In molti casi l'infezione può decorrere, a volte anche per molto tempo, in modo inapparente o difficilmente riconducibile all'agente (infezione da HCV, brucellosi, Tbc) e magari esordire con forme patologiche gravi tardive (vedi la cirrosi o il carcinoma epatico da HCV; la tubercolosi ossea...). Ricostruire e documentare ex post il momento in cui si sarebbe verificato l'infortunio lavorativo appare effettivamente complesso. Alla luce di queste considerazioni teoriche e pratiche, in caso di rischio da agenti biologici, il riconoscimento di malattia professionale appare essere la tutela più appropriata, Va da sé che le situazioni non tabellate possono

sempre essere riconosciute a richiesta dell'interessato (secondo il concetto del sistema misto, in atto dalla nota sentenza della Corte Costituzionale del 1988).

Tabella per l'agricoltura

La Commissione non ritiene più giustificata la separazione delle due tabelle per l'industria e per l'agricoltura e la conseguente diversa gestione a norma del T.U. Pur auspicando, quindi, l'adozione di specifici provvedimenti legislativi in merito, in ottemperanza alla normativa vigente, ha comunque provveduto all'aggiornamento della tabella per l'agricoltura.

E' stata adottata la stessa impostazione della tabella "industria". La revisione degli agenti chimici ha portato ad escludere poche sostanze e preparati per i quali già da lungo tempo vige il divieto o revoca di utilizzo in agricoltura con l'eccezione dei composti dell'arsenico, limitatamente alle malattie neoplastiche, vista la possibile insorgenza tardiva di tali manifestazioni.

E' stata modificata la voce "*malattie cutanee*" raggruppando nelle voci "dermatiti" i diversi agenti per i quali quella cutanea è l'unica malattia correlabile.

La voce *ipoacusia da rumore* è stata aggiornata secondo i criteri già riportati per la tabella dell'industria.

Sono state introdotte *le malattie da vibrazioni trasmesse al corpo intero* che interessano la colonna vertebrale (ernia discale del tratto lombare), in relazione a lavori che comportano la guida dei trattori e altri mezzi meccanici come attività prevalente e le principali *malattie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore*, limitatamente ai lavori di "potatura" in grandi coltivazioni e di "mungitura manuale" svolta come attività prevalente.

Infine, oltre l'anchilostomiasi, sono stati introdotte le malattie dovute ad altri cinque *agenti biologici*.

VERSO LA FASE LEGISLATIVA DELLA PROPOSTA DI NUOVA TABELLA, SENTITE LE PARTI SOCIALI

Nel corso dell'iter ministeriale per la nuova tabella la Commissione è stata invitata dal Ministero del Lavoro ad un confronto con le parti sociali che avevano fatto pervenire osservazioni sulla proposta. Si sono registrate posizioni differenti e a volte contraddittorie che la commissione ha valutato, comunque, non particolarmente incisive o tali da incrinare le decisioni prese. Essa, perciò, ha ritenuto di confermare la proposta già fatta, frutto di circa cinque anni di lavoro e di consapevole ponderazione di ogni cambiamento, tenuto peraltro conto della periodicità annuale dell'aggiornamento prevista dal D.L.vo 38/2000

Le poche apparenti criticità segnalate sono relative soprattutto alla multifattorialità delle malattie emergenti e riteniamo siano superabili attraverso il supporto di linee guida e protocolli diagnostici che permettano di uniformare criteri e interpretazioni.

Tale è infatti il suggerimento della UE che all'articolo 1 p. 8 delle Raccomandazioni 2003 fa riferimento a: “*documenti di aiuto alla diagnosi delle malattie professionali incluse negli elenchi nazionali*” in particolare le **note di aiuto alla diagnosi delle malattie professionali pubblicate dalla stessa UE (EUR 14768 EN “Information notices on diagnosis of occupational diseases”* in corso di aggiornamento).

Si sottolineano comunque le principali criticità ai fini della definizione del nesso causale:

- malattie a lunga latenza ;
- la ricostruzione della esposizione al rischio/i ;
- è poco praticata la anamnesi lavorativa nelle strutture del SSN;
- la multidisciplinarietà per alcune patologie e la qualità degli accertamenti (esami per immagini, audiometria, funzionalità respiratoria, immuno allergologia);
- le patologie importate(migranti, lavoro all'estero).

E' evidente che la nuova tabella richiederà un iniziale impegno attuativo e dovrà essere collaudata da una fase di attenta applicazione con la sensibilizzazione di tutte le parti in causa.

In considerazione di quanto sopra emerge sempre più l'esigenza che la diagnosi clinica della malattia da ritenere "professionale" e/o "lavoro correlata" sia precisa e documentata dalle necessarie indagini strumentali e di laboratorio, possibilmente con il confronto tra le varie parti specialistiche.

Nota degli A.A:

Il lavoro è stato presentato come comunicazione al :
**5° Congresso Nazionale del Coordinamento dei Medici Legali
delle Aziende Sanitarie (COMLAS)
Genova 8-11 novembre 2006
“Processi avanzati e priorità della Medicina Legale del SSN”**