

C. Giorgianni¹, E. Paino², V Mellino³, G. Saffioti⁴, R. Brecciaroli¹, C. Abbate¹

L'elenco delle nuove malattie professionali e sorveglianza sanitaria: il ruolo del medico competente

¹ Sezione di Medicina del Lavoro del Dipartimento di Medicina Sociale del Territorio dell'Università degli Studi di Messina

² UOS Controllo e Vigilanza SPRESAL, Messina

³ INAIL sede di Messina

⁴ Rfi Spa, Direzione Sanitaria - Unità Sanitaria Territoriale Reggio Calabria

ABSTRACT. *THE LIST OF THE OCCUPATIONAL DISEASE AND MEDICAL SURVEILLANCE: THE FUNCTION OF PREVENTIVE MEDICINE DOCTOR. The recent revision of tables of occupational diseases according to the article 3 and 211 of TU 1124/65 is helpful to working physician. This revision established the necessity of explain the link between the causative agent and disease and inserted the disease caused by biomechanics overload of upper limbs. The previous absence of these disease was in contrast to the duty of declaration according to the article 139 of TU 1124/65. The new decree allowed to define better the link between the causative agent and the target organ of neoplastic occupational disease. Even if the decree set in order the duties of working physician a simplification is needed. In short about health supervision, it's necessary to clarify the link between the duty of health supervision and working activities that can cause occupational disease inserted in the tables. For this reason the intervention of the new Consultative Commission, according to article 6 of decree 81/2008, is desirable.*

Key words: occupational diseases, TU 1124/65, decree 81/2008.

La Commissione Scientifica, istituita ai sensi dell'art. 10 del D.L. 38/2000, al termine dei lavori e dopo una fase di confronto con le parti sociali, ha elaborato la nuova tabella delle malattie professionali in industria ed agricoltura di cui agli art. 3 e 211 del T.U. approvato con D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n° 169 del 07/2008. L'aggiornamento segue di qualche mese la pubblicazione del decreto ministeriale del 14.01.08 che aggiorna l'elenco delle malattie, di sospetta origine professionale, per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi dell'art. 139 del succitato DPR 1124/65. Tale abbondanza legislativa necessita da parte del Medico Competente di una approfondita analisi che miri a valutare gli aspetti innovativi dei suddetti decreti e le ricadute di natura pratica nell'attività lavorativa giornaliera.

A tal fine si ricorda che il Medico Competente nell'espletamento della propria attività deve compiere alcuni ben precisi adempimenti medico-legali allorché evidenzia una malattia la cui eziologia potrebbe essere "professionale" o "lavoro-correlata":

- Primo certificato medico di malattia professionale o lavoro-correlata.
- Denuncia di malattia professionale.
- Compilazione del referto.

Il primo certificato deve essere rilasciato al lavoratore al quale è stata diagnosticata una delle malattie di cui al succitato D.M. del 9/4/2008 ed apre la procedura di riconoscimento della malattia professionale o lavoro correlata ai sensi degli articoli 52 e 53 del DPR 1124/65.

La denuncia di malattia professionale, ai sensi dell'art. 139 del DPR 1124/65 è obbligatoria ed ha soprattutto valenza a fini statistico-epidemiologici. Si ricorda che, come precedentemente descritto, l'elenco è stato aggiornata con DM 14.01.08 e che tale atto va inviato alla sede INAIL ed a quella dell'Ispettorato del Lavoro competente per territorio così come previsto dalla normativa vigente. Secondo un filone di pensiero, poiché la Legge 833/78 ha previsto la traslazione delle funzioni svolte dagli Ispettorati del Lavoro alla ASL, per quanto attiene la sicurezza e la salute sui luoghi di lavoro, alcuni affermano che tale denuncia andrebbe inviata al Servizio di Prevenzione e Sicurezza del Lavoro della ASL competente per Territorio (ad esempio Linee Guida sulla Sorveglianza Sanitaria SIMLII, pag 83, 2004). Tale ipotesi a nostro giudizio è la più logica perché l'invio all'Ispettorato del Lavoro crea fastidiose so-

vrapposizioni e flussi informativi disomogenei. Si è persa l'occasione con il Decreto Ministeriale del 14.01.2008 di mettere chiarezza sulla questione ma si fa notare che, per una razionalizzazione delle procedure, è indifferibile stabilire per decreto l'invio di tale denuncia piuttosto che all'Ispettorato del Lavoro all'ASL competente per territorio.

L'obbligo di referto è previsto dal codice di procedura penale nell'ambito delle notizie di reato obbligatorie da trasmettere all'Autorità Giudiziaria. L'art. 365 recita *“chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, ometta o ritardi di riferirne all'Autorità... è punito...”* poiché nel caso di una malattia professionale si configura una lesione personale colposa (art. 590 C.P.) grave o gravissima (art. 583 C.P.), di conseguenza il medico che pone diagnosi certa di una malattia la cui origine potrebbe essere lavorativa ha l'obbligo di inoltrare referto all'Autorità Giudiziaria comprendente in questo caso anche l'organo di vigilanza territorialmente competente (ASL) nel quale operano ufficiali di polizia giudiziaria (UPG). Appare chiaro che il medico competente con un unico certificato denuncia/referto inviato solo all'ASL verrebbe ad assolvere a due distinti compiti.

Ritornando all'argomento principale della trattazione ed analizzando le nuove tabelle si rileva che la struttura delle stesse, sia in industria che in agricoltura, ricalca quella delle tabelle precedentemente in vigore.

Infatti la lista è costituita da tre colonne:

- Nella prima colonna sono elencate le malattie raggruppate per agente causale preceduto dal numero arabo progressivo (1-2...), opposto in corrispondenza della locuzione “MALATTIA DA...” seguita dall'agente e dai relativi sottocodici in lettera minuscola (a,b...) i quali indicano le diverse malattie di ogni singola voce ovvero gli agenti limitatamente alle voci delle tabelle dell'industria n° 51-52-69-70 e in agricoltura 14-15-16-17-18. Alla definizione delle malattie fa seguito il codice corrispondente secondo la “Codifica Internazionale delle Malattie” alla decima revisione (ICD-10) che è la più aggiornata in ambito europeo. A seguito del confronto con le parti sociali per ogni voce della tabella, l'elenco nosologico della malattia è stata integrata con l'indicazione **“Altre malattie causate dall'esposizione professionale...”**, oltre ad essere stata sostituita la dizione **“Lavorazioni svolte in modo prevalente”** con quella **“Lavorazioni svolte in modo non occasionale”** nelle voci della tabella delle malattie professionali dell'industria n° 75 (w), 76, 77 (a), 78 (da a ad l), 79 (da a alla c) e nelle voci delle malattie professionali in agricoltura n° 21, 22, 23.

Inoltre è stata aggiunta alla voce 77 M.P. in industria la dizione **“Lavorazione svolta in modo non occasionale su imbarcazioni per pesca professionale costiera e d'altura”**.

- Nella seconda colonna sono comprese le lavorazioni che espongono all'agente.
- Nella terza colonna è indicato il PMI (periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione) che risulta diversificato per le malattie riferite ai singoli

agenti. A tal proposito si evidenzia l'inserimento dell'espressione **“lavorazioni”** in luogo del precedente **“lavoro”**, al fine di evitare l'insorgenza di eventuali equivoci interpretativi. È evidente infatti che il PMI 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 genericamente intesa.

Oltre a quanto sopra per quel che attiene le malattie professionali in industria si segnala l'aumento numerico delle malattie professionali che passa da 58 a 85 dovuto all'introduzione di nuovi agenti-malattie ma anche alla trasformazione di alcuni sottocodici in distinte voci, in particolare degli agenti chimici, dell'apparato respiratorio e delle malattie cutanee e una distribuzione numerica diversa delle malattie professionali rispetto a quelle del D.P.R. del 13/04/1994 n° 336.

Nella tabella delle M.P. in agricoltura il numero è stato ridotto a 24 voci.

Sono stati esclusi i pochi agenti chimici per i quali già da tempo vige il divieto o la revoca di utilizzo per le attività agricole (arsenico, composti di mercurio, solfo di carbonio, crisolo) anche se non sono stati eliminati totalmente i composti di arsenico in quanto possono essere correlati per tali sostanze malattie neoplastiche il cui PMI risulta illimitato.

Le nuove voci riguardano le malattie muscolo-scheletriche prima indicate come **“Malattie osteoarticolari e angioneurotiche causate da vibrazioni meccaniche prodotte da strumenti di lavoro e trasmesse al sistema mano braccio con le loro conseguenze dirette”** e oggi alle voci 76 **“Malattie causate da vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio”** con sottocodici a) b) e c); 77 **“Ernia discale lombare”**; 78 **“Malattie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore”** con sottocodici da a ad l; 79 **“Malattie da sovraccarico biomeccanico del ginocchio”** con sottocodici a, b, c, per quanto riguarda la tabella relativa all'industria.

Questi cambiamenti necessitano di alcune considerazioni rispetto all'attività di sorveglianza sanitaria.

Le prime riguardano la definizione nosografica delle malattie tabellate e gli aspetti relativi alla valutazione dell'esposizione. Particolare attenzione a nostro giudizio andrà data per individuare la voce 77 **“Ernia discale lombare”**. Riteniamo pertanto utile richiamare la dizione proposta da Coggiola (2005) che afferma che vadano comprese tutte quelle alterazioni discali, compresa la semplice protrusione, che determinano compressione sulle strutture nervose e che rappresentano l'alterazione anatomico-funzionale che ha prodotto l'insorgenza del quadro clinico oggetto di valutazione. Sempre riguardo la medesima voce nella colonna riguardante le lavorazioni alla voce b) si dice **“lavorazioni di movimentazione manuale dei carichi svolte in modo non occasionale in assenza di ausili efficaci”**. Tale definizione comporta l'approfondimento di due aspetti l'uno relativo al peso sollevato e l'altro alla specifica della terminologia non occasionale. Riteniamo che sia molto opportuno in questo caso fare riferimento alla valutazione NIOSH ed in particolare prendere in considerazione valu-

tazioni con indice di rischio superiore a 3 per almeno 5 anni ed in mancanza della valutazione con indice sintetico di rischio, sempre come proposto da Caggiola (2005), verificare i 4 parametri seguenti:

- che venga svolta per almeno il 50% del tempo e da almeno 5 anni;
- che i carichi movimentati siano di peso superiore a 3 Kg;
- che le operazioni vengano svolte con frequenza superiore a 1 volta ogni 5 minuti, ammettendo frequenze inferiori nel caso di movimentazione abituale di carichi di peso prossimo al valore limite di 30 Kg e 20 KG rispettivamente per uomo e donna;
- che la postura determini il mantenimento del busto in flessione superiore a 60° per più di 2 volte al minuto anche in questo caso per almeno il 50% del turno.

Una considerazione va fatta riguardo la necessità di appropriati esami di diagnostica per immagini (Ecografia, RM e/o TC), elettrofisiologici (EMG) etc. per l'evidenziazione di tale patologia, il cui inserimento nel protocollo sanitario al momento sembra di difficile realizzazione anche alla luce del negativo momento economico generale per i costi notevoli che i Datori di Lavoro dovrebbero sostenere.

Altra considerazione va fatta per le voci 78 e 79 le cui lavorazioni esponenti all'agente rientrano tra quelle dei fattori di rischio non esplicitamente normati. Potrebbe pertanto succedere che lavoratori con abbiano sviluppato una malattia professionale determinata da questi fattori di rischio non siano sottoposti a Sorveglianza Sanitaria. Anche in questo caso bisogna notare che il Legislatore con il decreto 81/08 avrebbe dovuto finalmente dire l'ultima parola su questo atavico dilemma (un'altra occasione persa!). Si auspica, così come previsto dall'art. 41 comma 1 lettera a) del Decreto Legislativo 81/08, che vengano presto date indicazioni a riguardo da parte della Commissione Consultiva di cui all'art. 6 dello stesso decreto

Per quanto attiene gli agenti chimici si è evidenziata l'indicazione di raggruppamenti ad ampio spettro quando solo alcuni specifici composti sono causa di determinate patologie.

Per una serie di miscele e processi lavorativi che espongono agli IPA sono state introdotte 3 voci riferite alle patologie tumorale a questa correlata.

Sono state inserite voci nuove: terpeni, etere di petrolio, acqua raggia minerale o White spirit, alcool isopropilico (produzione).

Alcuni agenti chimici responsabili dell'insorgenza della sola patologia cutanea sono stati compresi nella voce "**Dermatite irritativa da contatto**".

Per quanto attiene le voci riguardanti l'apparato respiratorio (asma, alveoliti, pneumoconiosi, bronchite cronica) si è mantenuto l'impianto della tabella precedente aggiornando e dando un ordine più accessibile ai diversi agenti e alle relative lavorazioni.

È stata introdotta la sola voce "**Asma bronchiale**" in sostituzione di quella di "**Asma bronchiale primario estrinseco**" quest'ultimo non più aderente alle attuali conoscenze sull'asma professionale; è stato fatto specifico riferimento al "lattice" causa frequente di varie manifestazioni allergiche, compresa l'asma bronchiale; gli isocianati sono stati indicati

tra gli agenti chimici alla voce 41 considerata la correlazione con altre patologie, sottocodici a) b) c).

Per le **pneumoconiosi** si è evitata la generica definizione di silicati, calcare, dolomie specificando i vari minerali (bario, talco, mica, caolino, argille), compresa la polvere di pietra pomice tipica di Lipari (56) (**Liparosi**).

Sono state considerate le forme prevalentemente "**da accumulo**": antracosi (53), baritosi (54), siderosi (55), aluminosi (63), stannosi (13 sott. a). Alla voce 64 sono state inserite le malattie da metalli duri (carburi metallici sintetizzati).

Per l'**asbesto** alla voce 57 sono state incluse le malattie da asbesto con sottocodici a) b) c) d) e) esclusa l'asbestosi che, come la silicosi non è inclusa nelle previsioni di aggiornamento ai sensi dell'art. 10 del D.L.vo 38/2000 avendo normativa diversa dalle malattie professionali.

Alla voce 58 è stata inserita la malattia da Erionite con sottocodici a) b) c).

La definizione di **bronchite cronica ostruttiva** (BCO) in base agli aggiornamenti scientifici più recenti recepiti dall'OMS è stata sostituita con **Broncopneumopatia cronica ostruttiva** e sono stati introdotti alcuni agenti-lavorazioni tra le cause della malattia.

Per le **malattie da radiazioni ionizzanti**, oltre alle patologie da effetti deterministici sono stati indicati i tumori solidi e i tumori del sistema emolinfopoietico.

Per i **tumori professionali** unitamente alle altre patologie sono state indicate le malattie tumorali con riferimenti agli organi bersaglio per ogni agente o lavorazione per le quali vi è certezza del rischio cancerogeno stando alle valutazioni dei più noti organismi internazionali. Considerato la latenza, spesso anche di decine di anni, dell'insorgenza di un tumore professionale rispetto al periodo di esposizione, può venirsi a creare la condizione che il lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria per altri rischi non sia invece più esposto al rischio cancerogeno. Premesso ciò si capisce la notevole importanza che riveste il medico competente nell'individuazione di patologie professionali tumorali riconducibili ad esposizioni pregresse e la necessità di conoscere in maniera dettagliata tutta la vita lavorativa anche alla luce della normativa vigente sugli esposti. Si dovrà valutare caso per caso di introdurre nel protocollo sanitario accertamenti atti all'individuazioni di patologie tumorali.

Per quanto attiene le malattie professionali da agenti biologici pur sottolineando il fatto che nelle maggioranza dei Paesi Europei gli agenti biologici già sono inseriti nelle loro liste delle malattie professionali per l'ambiguità giuridica che potrebbe verificarsi nell'applicazione concreta di un sistema binario fra "infortunio-malattia" e "malattia professionale" al momento non sono stati inseriti nell'elenco della nuova tabella. Questa decisione è stata presa in dirittura d'arrivo e sono state eliminate le voci relative alle malattie da agenti biologici che avevano fatto aumentare fino a 92 voci la tabella dell'industria. Questa decisione semplifica, a nostro parere, gli adempimenti perché avrebbe potuto ingenerare difficoltà con il registro degli infortuni.

Per quanto attiene gli agenti fisici l'attuale tabella prevede, alla voce 75 per l'industria e 20 per l'agricoltura, l'i-

poacusia da rumore. A riguardo va fatta la seguente considerazione in entrambe le tabelle compare la definizione di “altre lavorazioni, svolte in modo non occasionale che comportano l’esposizione personale professionale, quotidiana o settimanale, a livelli di rumore superiore a 80dBA”. Poiché l’art. 196 del suddetto decreto 81/08 prevede di sottoporre a sorveglianza sanitaria i lavoratori che abbiano un’esposizione al rumore eccedente i valori superiori d’azione (85dBA) anche in questo caso soggetti affetti da un’ipoacusia professionale potrebbero non venire a contatto con il Medico Competente. Per questa considerazione e per altre legate alla suscettibilità individuale ed alle caratteristiche dell’esposizione, sarebbe auspicabile allargare l’obbligo di Sorveglianza Sanitaria anche a quei lavoratori esposti a valori eccedenti i livelli inferiori di azione.

Per quanto attiene la tabella delle Malattie Professionali in agricoltura, oltre a quanto già precisato, il numero è stato ridotto a 24 voci e sono da ritenersi valide le considerazioni già espresse riguardo la tabella relativa all’Industria.

In conclusione si può sostenere che le nuove tabelle permettono di individuare le malattie nosologicamente definite. Conseguentemente la tipizzazione delle patologie rende più efficace l’operatività della presunzione legale d’origine in ambito INAIL nel momento in cui viene richiesto il riconoscimento di una malattia professionale. In pratica, a fronte della denuncia di una malattia nosologicamente definita, cioè nominativamente indicata in tabella, la presunzione legale d’origine è operante una volta che siano state accertate l’esistenza della patologia e l’adibizione non sporadica o occasionale alla mansione o alla lavorazione che espongono all’agente patogeno indicato in tabella. In tali casi, l’INAIL potrà superare la presunzione legale d’origine professionale della patologia denunciata solo ed elusivamente dimostrando che:

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

Per le altre malattie, allo scopo di non produrre un arretramento del livello di tutela per le patologie non nosologicamente definite, è stata inserita per alcuni agenti patogeni la voce “**altre malattie causate dalla esposizione**”; ai suddetti agenti, la presunzione legale si ritiene raggiunta in presenza di un elevato grado di probabilità dell’idoneità casuale della sostanza indicata in tabella rispetto alla patologia denunciata, per come desumibile anche dai dati epidemiologici e dalla letteratura scientifica. (**Vedi in merito principi Giurisprudenziali elaborati dalla Corte di Cassazione**).

Si sottolinea il ruolo fondamentale che possono avere tutti i medici, ed in particolar modo i medici competenti,

nella alimentazione del registro delle malattie professionali, così come stabilito dall’art. 139 T.U. 1965 e dall’art. 10 comma 4 del D. Lgs. 38/2000 e conseguentemente determinare l’implementazione di alcune malattie professionali di cui agli articoli 3 e 211 del T.U. DPR 1124 del 30 giugno 1965.

Alcune brevi considerazioni riteniamo necessario fare a conclusione di questa trattazione.

In tema di malattie professionali appare ben ovvio che l’aspetto da privilegiare è la prevenzione delle stesse rispetto agli atti formali e medico legali ed, a nostro giudizio, il complesso normativo di recente istituzione ha fallito questo compito in quanto ha privilegiato l’aspetto burocratico a danno di quello prevenzionistico. La scelta migliore, da molti auspicata ma mai in effetti applicata, sarebbe che il Medico Competente avesse un particolare spazio nell’analisi e nella valutazione dei rischi e soprattutto la Sorveglianza Sanitaria, proprio in tema di prevenzione delle malattie professionali, dovrebbe essere estesa a tutti i rischi per la salute umana presenti nell’attività lavorativa.

Altro aspetto meritevole di breve considerazione riguarda la capacità del Medico Competente di riconoscere la malattia professionale e quella lavoro correlata. Su questo punto ci sentiamo abbastanza tranquilli sulle capacità dei Medici del Lavoro Competenti perché provengono da un iter di studi approfonditi e specifici verso queste tematiche ma onestamente non ci sentiamo capaci di garantire sui colleghi che svolgono la medesima attività ma provenienti da altre specializzazioni che poggiano su piani formativi differenti e non qualificanti sugli argomenti in questione, problematica questa che il D. Lgs. 81/08, pur riconoscendo, non ha avuto la forza ed il coraggio di un’idonea correzione.

Bibliografia

- 1) Briatico Vangosa G. Prevenzione e salute sul lavoro: le malattie professionali e il ruolo del medico competente. Assolombarda Milano 08.02.2008
- 2) Circolare INAIL n. 47 del 24.07.08. Nuove tabelle delle Malattie Professionale nell’Industria e nell’Agricoltura DM 09.04.08.
- 3) Coggiola M, Romano C, Baracco A, Giachino G, Berra A, Piolatto P. Criteri per la denuncia ex DM 27.04.04 delle spondilodiscopatie del tratto lombare e dell’ernia discale. G Ital Med Lav Erg 2005, 27 (4), 401-406.
- 4) Decret Du 15 fevrier 1999, Tableaux des maladies professionnelles. J O n. 99-95 du 16 fevrier 1999.
- 5) DM 27.04.08 e DM 14.01.08. Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell’art. 139 del testo unico, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30.06.1965, n. 1124, e successive modificazioni ed integrazioni.
- 6) Direzione centrale prestazioni, sovrintendenza medica generale, consulenza tecnica accertamento rischi e prevenzione INAIL: malattie del rachide da sovraccarico biomeccanico modalità di trattamento delle pratiche circolare n. 25 del 15.04.04.
- 7) Linee Guida sulla Sorveglianza Sanitaria SIMLII, 2004.