

A. Baracco, M. Coggiola, G.L. Discalzi, F. Perrelli, C. Romano

Elenco delle malattie da denunciare (ex. art. 139 T.U. 1124/65) e malattie da riconoscere (ex. art. 3 e 211 T.U. n. 1124/65): qualche problema di comunicazione?

Dipartimento di Traumatologia Ortopedia e Medicina del Lavoro dell'Università di Torino - A.S.O. C.T.O. Maria Adelaide di Torino

Sulla Gazzetta Ufficiale del 22 marzo 2008 è stato pubblicato l'aggiornamento dell'Elenco delle Malattie per le quali è obbligatoria la Denuncia ai sensi dell'articolo 139 del D.P.R. 1124 del 1965 e art. 10 D.Lgs. 38/2000 (EMD), mentre in data 21 luglio 2008 è stata pubblicata la nuova Tabella delle malattie professionali di cui all'artt. 3 e 211 del medesimo DPR (TMP).

La nuova TMP aggiorna l'elenco delle malattie di origine professionale per le quali non si richiede al lavoratore l'onere della prova (in quanto caratterizzate da presunzione legale di origine). A questo proposito, di particolare rilievo anche per l'ampia attesa del mondo medico occupazionale, risulta l'inserimento di alcune malattie "lavoro correlate", in particolare le malattie da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori e del rachide: il loro inserimento atteso dalla comunità scientifica uno degli aspetti positivi della nuova tabella.

Tuttavia, se si esaminano le due nuove tabelle non solo in un'ottica medico legale indennitaria ma anche con i criteri del medico del lavoro che deve procedere alla diagnosi delle malattie professionali (Pira *et al.*, 2005) e contribuire alla creazione di un osservatorio epidemiologico delle stesse, emergono alcune criticità.

In altri termini, sarebbe apparso auspicabile, oltre che logico in un'ottica di semplificazione, che le malattie presenti nella Lista I EMD (malattie ad elevata probabilità di eziologia professionale) e nella TMP fossero omogenee, sia per quanto riguarda le patologie di interesse, sia per quanto riguarda l'agente e le lavorazioni in grado di assumere un ruolo causale nel loro determinismo.

La permanenza della Lista I EMD verrebbe in quest'ottica comunque giustificata ma esclusivamente per un'eventuale verifica a posteriori della solidità epidemiologica che giustifichi l'inserimento della malattia nella TMP.

Una situazione di questo genere avrebbe semplificato l'attività certificatoria del medico ed in particolare del medico del lavoro ed avrebbe agevolato la predisposizione dei flussi informativi del Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP) in particolare per quanto riguarda il quadro relativo alla salute e sicurezza dei lavoratori, che non può prescindere da una realistica conoscenza dell'andamento delle malattie professionali a livello nazionale (art. 8, comma 5, del D.Lgs. 81/2008). Tra l'altro, il D.Lgs. 38/2000 recita che: "L'elenco delle malattie di cui all'art. 139 del T.U. 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 artt. 3 e 211 del T.U.", quindi l'intenzione non velata del legislatore era, se non quello di una stretta correlazione tra le due tabelle, almeno quello di una stretta coerenza tra la lista delle malattie ad elevata probabilità e quella delle malattie professionali tabellate.

Ora, se si procede ad un confronto tra le due liste si evidenziano significative differenze sia per quanto riguarda le patologie attribuibili ad un determinato agente causale, sia per quanto riguarda le caratteristiche di efficienza causale degli agenti stessi e questo parzialmente vanifica lo sforzo condotto per sostituire, nella nuova tabella delle MP, la definizione generica "Malattie causate da..." con la denominazione specifica della patologia tabellata.

Alcuni esempi

L'EMD include tra le malattie ad elevata probabilità attribuibili all'esposizione a piombo inorganico l'orletto gengivale di Burton (peraltro di mero valore storico: Discalzi, 2005) e la gastroduodenite, patologie non ricomprese invece alla voce piombo nella nuova TMP.

Analogamente, per il mercurio nella lista ad elevata probabilità è presente la sindrome psicoorganica, che non rientra nella TMP.

In ambedue i casi, per includere queste patologie nelle malattie indennizzabili, non resterebbe che fare riferimento alla generica definizione "Altre malattie causate da..." presente nella nuova tabella delle malattie professionali INAIL.

Questi sono solo due esempi delle incongruenze che vi sono tra i due diversi elenchi.

Nelle malattie attribuibili al cadmio, da una parte (EMD) si parla di enfisema, dall'altra (TMP) di broncopneumopatia cronica ostruttiva, termini che, pur avendo lo stesso codice identificativo, rappresentano due identità nosografiche ben distinte.

Rilevanti sono anche le differenze presenti per le patologie tumorali. Nella TMP nell'industria non sono citati i tumori legati ad alcune specifiche condizioni espositive (come l'industria della gomma o l'attività di verniciatura) considerate, invece, come ad elevata frazione occupazionale nella lista EMD. Ciò deriva in parte dal fatto che nella predisposizione della lista EMD si è, a nostro parere, data

eccessiva enfasi alle valutazioni IARC ed in parte dal fatto che la TMP, seppur uscita dopo, era stata rimessa al "legislatore" quasi tre anni prima di quella EMD. Al di là di ogni valutazione sul merito della criteriologia da adottare nella stesura delle lista, si ritiene che sarebbe stato opportuno, sempre nell'ottica di costruire flussi informativi omogenei, assumere un'unica metodologia identificativa.

Risultano, altresì, assenti nella TMP le malattie di origine infettiva contraibili in ambito lavorativo, come per esempio il settore sanitario (epatiti B e C, HIV e TBC): infatti, l'unica patologia da agenti biologici presente è l'anchilostomiasi. Questo perché, in ottemperanza della normativa CEE che prevede che ogni stato membro decida autonomamente come indennizzare secondo prassi e consuetudini nazionali, in Italia tali patologie sono riconosciute come esiti di eventi di natura infortunistica e come tali da trattare come malattie/infortunio: è noto, infatti, che l'Istituto assicuratore indennizza i lavoratori proprio sotto questa modalità a seguito di costante giurisprudenza di Cassazione (Innocenzi *et al.*, 1999).

Tuttavia, anche in questo l'approccio del legislatore, anche se razionalmente sostenuto dalle argomentazioni precedenti, determina comunque un'incongruenza pratica per il medico del lavoro competente, giacché nella lista delle malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità sono presenti nel Gruppo 3 della Lista I trentanove malattie da agenti biologici, che debbono essere obbligatoriamente fatte oggetto di denuncia ancorché non presenti nella TMP.

Rilevanti anche le differenze sulle caratteristiche di efficienza causale, in particolare per la malattie da sovraccarico biomeccanico. Infatti, nella lista EMD delle malattie ad elevata probabilità per le patologie dell'arto superiore si parla di "*Microtraumi e posture incongrue a carico degli arti superiori per attività eseguite con ritmi continui e ripetitivi per almeno la metà del tempo del turno e di lavoro*", mentre per le patologie del rachide si fa riferimento a "*Movimentazione manuale di carichi eseguita con continuità durante il turno di lavoro*". Per contro nella Tabella INAIL si fa riferimento, per i singoli segmenti articolari, a "*Lavorazioni svolte in modo non occasionale...*". La circolare esplicativa INAIL n. 47 del 24.07.08 precisa che per non occasionale si debba intendere abituale e sistematica.

Nell'ottica di percorsi diagnostici semplificati, ma soprattutto omogenei, sarebbe forse stato meglio riprendere le definizioni formulate dall'EMD, evitando classificazioni di tipo qualitativo che presentano ampi margini di arbitrarietà interpretativa.

Una ulteriore criticità è presente nella voce "*Ipoacusie da rumore*". Oltre a riproporre un elenco di attività per le quali si presuppone una condizione di effettiva esposizione a rumore si parla genericamente di attività che "*svolte in modo non occasionale comportano una esposizione personale, giornaliera o settimanale, a livelli di rumore superiore a 80 dBA*".

Se da un lato appare corretto fare riferimento non solo ad un elenco di attività ma ad una condizione di effettiva esposizione, dall'altro risulta critica la scelta del valore di cut-off.

Infatti, il valore di 80 dB(A) corrisponde al livello inferiore di azione il cui superamento comporta la possibilità

di sorveglianza sanitaria solo a seguito di richiesta del lavoratore (art. 189 e 196 del D.Lgs. 81/2008). In questo caso il medico competente si trova di fronte all'obbligo deontologico di redigere il primo certificato INAIL di malattia professionale in caso di ipoacusia con esposizione a rumore superiore al livello inferiore di azione ma non può autonomamente attivare la sorveglianza sanitaria per condizioni di esposizione a rumore comprese tra 80 e 85 dB(A). Vale a dire che viene a mancare lo strumento che potrebbe effettivamente permettere di evidenziare i casi di malattia professionale. Nell'elenco EMD, invece, si fa riferimento alla generica dizione "*rumore otolesivo*": per assurdo, in questo caso, una definizione generica rende più semplice l'identificazione dei livelli di efficienza causale, che possono essere dedotti dai valori di esposizione adottati dallo stesso legislatore nel D.Lg. 81/2008.

Come già accennato in precedenza, la nuova TMP prevede per molte condizioni espositive, in aggiunta a specifici quadri clinici, la generica definizione "*Altre malattie causate da...*". Anche se la scelta di utilizzare questa categoria ha un condivisibile obiettivo di garantire la più ampia possibilità di indennizzo del lavoratore che ha subito un danno da lavoro, essa introduce un elemento di incertezza per il medico del lavoro che deve procedere alla diagnosi delle malattie professionali seguendo percorsi basati sull'evidenza, approccio che ci pare in contrasto con la logica della "presunzione legale di origine professionale". Sarebbe, pertanto, auspicabile che all'interno della nostra comunità scientifica, in collaborazione con gli organi di riferimento dell'INAIL e dell'ISPESL, si attivassero percorsi utili a definire, se non vere e proprie linee guida, quantomeno i criteri generali di inclusione delle patologie in ciascuna delle diverse condizioni espositive ai fini, dapprima, di un riconoscimento come malattia professionale non tabellata e, successivamente, di un suo inserimento in tabella.

In assenza di ciò si creerebbe una situazione quantomeno contraddittoria: non si capisce infatti perché nella TMP debba essere compresa la voce "*Altre malattie da...*" che in una corretta logica di percorso dovrebbe essere di competenza esclusiva della fase epidemiologica-conoscitiva propria dell'articolo 139 del T.U. Esempio eclatante è quello derivabile dai cancerogeni: nel caso dell'arsenico, nella tabella ex art. 3 vengono considerati il carcinoma del polmone e l'epitelioma cutaneo ma nella voce "*Altre malattie causate da...*" viene ammessa l'esistenza di altra patologia neoplastica (come si evince dal "*Periodo massimo di indennizzabilità*" che risulta essere "*illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche*"). Questo renderebbe necessaria, nel caso della non infrequente analisi acritica dei dati di letteratura, la stesura del Primo certificato medico a fini assicurativi ad esempio anche per un carcinoma della vescica. Per contro nell'EMD l'obbligo di denuncia riguarda esclusivamente i tumori della cute, del polmone e del fegato.

Anche questa situazione rappresenta un fattore di confondimento nella predisposizione ed elaborazione dei flussi informativi delle malattie professionali.

Ma non solo. Nella TMP nei casi di voce "*Altre malattie causate dall'esposizione professionale...*" (13 nella

TMP dell'industria) si fa riferimento a periodi massimi di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione variabili unicamente in funzione dell'agente causale. Vale a dire che per le "Altre malattie" causate per esempio dal cadmio il periodo di indennizzabilità dalla cessazione dell'esposizione è genericamente di 3 anni, mentre per il berillio è di 4 anni. Questo approccio appare discutibile in quanto la definizione del periodo di indennizzabilità dovrebbe discendere soprattutto dalla specifica natura della patologia e dalla conoscenza della sua naturale evoluzione.

Crediamo necessario, laddove l'EMD e la TMP non presentino una definizione delle lavorazioni ovvero delle condizioni di efficienza causale necessarie e congrue per il riconoscimento dell'origine professionale della malattia, come, per esempio, nel caso delle patologie muscoloscheletriche (Occhipinti, 2004; Coggiola *et al.*, 2005), che la comunità dei medici del lavoro produca documenti atti ad identificare criteri di attribuzione causale la cui solidità fosse sostenuta da un ampio consenso. La realizzabilità di un simile percorso è dimostrata dalla ricca produzione di Linee guida che la nostra Società Scientifica (SIMLII) ha saputo realizzare anche su temi controversi e abbiamo notizia che la Sovrintendenza Medica Generale dell'INAIL si sta attivando in tal senso.

Non si può comunque prescindere dal rimarcare come, in una lista chiusa determinante una "presunzione legale di origine", dovrebbe essere dedicata – nel 2008, allorché da ormai oltre un decennio le valutazioni dell'esposizione sono obbligatoriamente previste dalla normativa – la massima attenzione alla definizione delle attività comportanti il rischio medesimo, che non può e non deve essere meramente aneddotica ovvero limitata alla generica dizione "Lavorazioni che espongono all'azione di ...". Anche in questo caso, inoltre, non si comprende come possano essere concettualmente più restrittivi i criteri di valutazione dell'esposizione che fanno scattare l'obbligo di denuncia ai sensi dell'art. 139 rispetto a quelli stabiliti per la redazione del Primo certificato medico a fini assicurativi-risarcitori.

In conclusione, la nuova TMP risponde alle istanze di adeguamento che provengono da tempo dal mondo della Medicina del Lavoro, la cui evoluzione rendeva non più adeguata la precedente versione.

Tuttavia, ci è parso opportuno sottolineare come nella pratica del medico del lavoro l'utilizzo della nuova TMP

possa creare qualche problema sia interpretativo, sia applicativo. In modo particolare, questo si verifica a causa della non completa corrispondenza tra l'EMD (ed in particolare nel caso delle malattie ad elevata probabilità accolte nella Lista I) e le voci della nuova TMP: questa discrepanza può creare problemi al percorso diagnostico del medico del lavoro e potenzialmente rendere più complessa una raccolta omogenea dei flussi informativi sulle malattie professionali.

È stato, inoltre, evidenziato che possono sussistere situazioni di malattie professionali riconosciute e tabellate per le quali il rispetto delle prescrizioni di legge non consente al medico del lavoro competente di attivare la sorveglianza sanitaria: esemplificativo a questo proposito è il caso dell'esposizione a rumore, ove il valore di 80 dB(A) indica il valore di efficienza causale tabellare ma non il livello d'azione per l'attivazione della sorveglianza sanitaria.

Si ritiene opportuno che in casi come questo il legislatore proceda ad una modifica del dettato normativo al fine di consentire l'attivazione di percorsi di sorveglianza sanitaria che permettano di attuare una efficace tutela, anche previdenziale, del lavoratore.

Bibliografia

- Coggiola M, Romano C, Baracco A, Giachino GM, Berra A, Piolatto G. Criteri per la denuncia ex D.M. 27/4/04 delle spondilodiscopatie del tratto lombare e dell'ernia discale lombare. G Ital Med Lav Erg 2005; 27: 4, 401-406.
- Disalzi G. Osservazione sui contenuti delle Tabelle delle malattie professionali del DM 27/04/04. In Atti del Convegno "Malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ex DM 27.04.04. cosa deve fare il medico del lavoro? Pavia, 28 aprile 2005. G Ital Med Lav Erg 2005; 27: 3, Suppl.
- Innocenzi M, Rullo F, Sferra C, Ossicini A. Malattia-infortunio: trattazione in ambito INAIL. Edizioni INAIL, Roma, 1999.
- Occhipinti E. Patologie cronico-degenerative dell'apparato muscoloscheletrico da sovraccarico biomeccanico: orientamenti per l'inquadramento dell'esposizione lavorativa a fini preventivi ed assicurativi. G Ital Med Lav Erg 2004; 26: 4, Suppl, 419-420.
- Pira E, Romano C, Giachino GM. Le denunce di malattia professionale fra codici, leggi e buona prassi. In Atti del Convegno "Malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ex DM 27.04.04. cosa deve fare il medico del lavoro? Pavia, 28 aprile 2005. G Ital Med Lav Erg 2005; 27: 3, Suppl, 71-77.