

# CONFRONTO TRA MALATTIA PROFESSIONALE NON TABELLATA E MALATTIA COMUNE

CLAUDIA SFERRA\*

Nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali la diversa aggettivazione della malattia, comune o professionale, con ogni evidenza attiene, non già all'eziologia in senso proprio intesa, ma alla sua ascrivibilità fra le conseguenze dannose per la salute poste in essere dall'espletamento dell'attività lavorativa.

Prima di entrare nello specifico argomento è bene rammentare che la norma antiinfortunistica, come del resto è ben noto, distingue gli eventi indennizzabili a seconda che il danno lavorativo discenda da un infortunio o da una malattia professionale; la distinzione fra le due figure giuridiche, per quanto i termini lessicali possano indurre il contrario, non si fonda sulla estrinsecazione clinica degli effetti lesivi della causa ma sulle diverse modalità di incontro tra causa dannosa ed organismo del lavoratore: cronologicamente concentrata, nell'infortunio, diluita ed inevitabile, nella malattia professionale. Il termine "malattia", infatti, non risulta adeguato a tutti gli eventi dannosi di previsione tabellare<sup>1</sup> in quanto da un lato alcune fattispecie mancano della connotazione dinamica<sup>2</sup> e, dall'altro, il *nomen*

\* Dirigente medico II livello INAIL - Sede di Monza.

1 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Decreto 9 aprile 2008: Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura, pubblicate in *GU* n. 169 del 21 luglio 2008.

2 La dottrina medico legale insegna che la malattia è ogni "modificazione peggiorativa di uno stato anteriore avente carattere dinamico estrinsecantesi in un disordine funzionale apprezzabile di una parte o di tutto l'organismo, che si ripercuote sulla vita organica e soprattutto di relazione e che necessita di un intervento terapeutico, per quanto modesto" (GERIN). La percezione giurisprudenziale di "malattia" può essere riassunta con il dire della Cassazione Penale (Cass Pen sez. V 6 giugno 1984): "... costituisce malattia qualsiasi alterazione anatomica o funzionale dell'organismo, ancorché localizzata, di lieve entità e non influente sulle condizioni organiche generali, onde lo stato di malattia perdura sino a quando è in atto il suddetto processo di alterazione, malgrado il ritorno della persona offesa al lavoro". In stretta aderenza con la tutela previdenziale degli infortuni e delle malattie professionali, la Corte Costituzionale (Sentenza n. 93 del 24 maggio 1977) ebbe ad affermare: "Nel significato medico legale più generale, il termine "malattia" riassume qualsiasi modificazione, rispetto allo stato normale, di un tessuto o di un organo, tale da ripercuotersi sulla funzionalità dell'intero organismo, e dal punto di vista eziologico, la patologia distingue le malattie traumatiche che risultano da colpi, piaghe, compressioni, schiacciamenti ecc. dalle malattie dovute ad agenti fisici come il caldo, il freddo, le radiazioni ecc. e quelle tossiche, infettive, congenite ecc. Tra le cause specifiche della malattia è da considerare il lavoro sia come fattore concausale di certe malattie, sia come causa specifica di talune di esse che, pertanto, prendono il nome di malattie professionali o tecnopatie".

*juris* infortunio continua a comprendere malattie, quali quelle cagionate da causa virulenta, che, invece, integralmente rispondono al concetto di malattia. A tale ultimo riguardo si vorrebbe annotare che il legislatore attuale, continuando a non comprendere nelle tabelle<sup>3</sup> le malattie infettive e parassitarie diverse dalla storica anchilostomiasi, ha confermato l'orientamento dell'INAIL "in base al quale le suddette affezioni morbose sono assicurativamente ... [inquadabili] ... nella categoria degli infortuni"<sup>4</sup>; su tale conferma chi scrive crede abbia giocato un ruolo rilevante anche la modifica introdotta dal decreto di riforma del 2000<sup>5</sup> secondo la quale, trascorso l'ultimo termine revisionale gli assicurati riconosciuti affetti da malattie infettive o parassitarie, a prescindere dalla figura giuridica con la quale sono stati ammessi alla tutela, possono ancora formulare, ogni cinque anni dalla precedente, domanda di aggravamento al solo fine della liquidazione della rendita.<sup>6</sup> Ciò, infatti, ha rilievo nei confronti delle infezioni, quali quelle da HCV o HIV, che sono solite manifestare i più gravi effetti menomativi a lunga distanza dal contagio. Sembra opportuno ancora ricordare che il *nomen juris* "malattia professionale tabellata" è diverso dal più lato concetto di malattia da lavoro, ammessa alla tutela *sub specie* "malattia professionale non tabellata" dal Giudice delle Leggi<sup>7</sup> previa

3 D.M. 9 aprile 2008.

4 Linee guida per la trattazione dei casi di malattie infettive e parassitarie (allegato alla circolare INAIL 1 dicembre 1998): "...Alla suddetta scelta, inoltre, non è estranea la considerazione che l'eventuale inquadramento nell'ambito della malattie professionali avrebbe, complessivamente, determinato una riduzione della tutela assicurativa in quanto, pur con le più ampie garanzie fornite oggi dal sistema misto, l'inserimento legislativo in tabella avrebbe comunque comportato una rigida e tassativa elencazione delle lavorazioni a rischio e conseguentemente, un gravoso onere probatorio per le categorie di lavoratori escluse. Di contro, la qualificazione come infortunio permette un pronto e duttile adeguamento dei confini della tutela alle situazioni di rischio professionale, sia già note che emergenti, anche grazie al criterio della 'presunzione semplice', che consente - a determinate condizioni - di estendere la protezione assicurativa pure alle ipotesi in cui l'identificazione delle precise cause e modalità lavorative del contagio si presenti problematica o impossibile."

5 D.Lgs. 38 del 23 febbraio 2000.

6 Comma 4 D.Lgs. 38/2000: "Entro dieci anni dalla data dell'infortunio, o quindici anni se trattasi di malattia professionale, qualora le condizioni dell'assicurato, dichiarato guarito senza postumi d'invalidità permanente o con postumi che non raggiungono il minimo per l'indennizzabilità in capitale o per l'indennizzabilità in rendita, dovessero aggravarsi in conseguenza dell'infortunio o della malattia professionale in misura da raggiungere l'indennizzabilità in capitale o in rendita, l'assicurato stesso può chiedere all'istituto assicuratore la liquidazione del capitale o della rendita, formulando la domanda nei modi e nei termini stabiliti per la revisione della rendita in caso di aggravamento. L'importo della rendita è decurtato dell'importo dell'eventuale indennizzo in capitale già corrisposto. La revisione dell'indennizzo in capitale, per aggravamento della menomazione sopravvenuto nei termini di cui sopra, può avvenire una sola volta. Per le malattie neoplastiche, per la silicosi e l'asbestosi e per le malattie infettive e parassitarie la domanda di aggravamento, ai fini della liquidazione della rendita, può essere presentata anche oltre i limiti temporali di cui sopra, con scadenze quinquennali dalla precedente revisione".

7 Corte Costituzionale, sentenza 18 febbraio 1988, n. 179. Tale sentenza ha dichiarato l'illegittimità, in riferimento al secondo comma dell'articolo 38 della Costituzione, dei seguenti articoli del T.U. 1124/1965: "... articolo 3, comma primo, ed articolo 211, comma primo, nella parte in cui non prevedono che la assicurazione è obbligatoria anche per malattie diverse da quelle comprese nelle tabelle concernenti le malattie professionali nella industria e nella agricoltura e da quelle causate da una lavorazione specifica o da un agente patogeno indicato nelle tabelle stesse, purché si tratti di malattie delle quali sia comunque provata la causa del lavoro; - articolo 134, comma primo, e articolo 254, dalla parola sempreché alla fine". (La circolare INAIL 23 del 12 maggio 1988 così ha introdotto le *Modifiche del sistema di assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali*).

dimostrazione, con mezzi di prova ordinari<sup>8</sup>, della sua dipendenza dall'espletamento dell'attività di lavoro, dimostrazione che, notoriamente, grava sull'assicurato ammalato.

Ancora sembra utile far cenno al fatto che se è pur vero che la malattia professionale tabellata gode del principio legale della presunzione di origine è altrettanto vero che questo è "pieno" solo per le tecnopatie cosiddette tipiche<sup>9</sup>, ossia per quelle patologie che presentano le caratteristiche peculiari della malattia professionale fatto, questo, di sempre più rara osservazione dal momento che le mutate condizioni di lavoro e la maggiore attenzione alla prevenzione, dettata anche dallo sviluppo delle conoscenze scientifiche, hanno fatto sì che quei quadri clinici tanto peculiari da far risalire, anche piuttosto agevolmente, dalla clinica all'origine lavorativa, siano sostanzialmente scomparsi. Si pensi, ad esempio, al saturnismo e all'idrargirismo.

Al riguardo la stessa Corte Costituzionale, all'epoca della Pronuncia che diede avvio all'introduzione del "sistema misto di tutela" delle malattie professionali, così si esprimeva: "In ogni caso non può ignorarsi, perché fa parte della comune esperienza, l'intervenuto progresso delle tecnologie diagnostiche, anche e particolarmente nel settore della medicina del lavoro, progresso che implica da un lato l'allargamento delle ipotesi di massima probabilità di eziologia professionale di date malattie, definibili come tipiche, dall'altro l'aumento del tasso di agevolezza e di attendibilità dell'indagine su tale eziologia, quando l'indagine non è, come nelle ipotesi ora indicate, già scontata. Né può ignorarsi l'intervenuto sviluppo, anche fortemente innovativo, delle tecnologie produttive, sviluppo che implica l'incremento dei fattori di rischio delle malattie professionali ....".

È da ricordare, a questo punto, che anche in epoca antecedente all'intervento del Giudice delle Leggi, nell'alveo dei riconoscimenti del diritto alle prestazioni per malattia professionale, erano senz'altro numericamente prevalenti, rispetto alle tecnopatie "tipiche," le malattie "paraprofessionali" così definite per la loro possibilità di riconoscere indistintamente ora una causa lavorativa, perché etiologicamente da ricondursi all'azione nociva di sostanze o di lavorazioni tabellate ora, invece, una esclusiva causa comune, così definita per essere del tutto estranea e disgiunta dall'espletamento dell'attività di lavoro. Si pensi, ad esempio, ad un asma bronchiale in addetto all'industria cosmetica, e per ciò esposto a polvere di cereali, sensibilizzato in ambiente domestico a forfore animali, oppure e ancora più semplicemente, ad una broncopneumopatia cronica ostruttiva in forte fumatore esposto

8 "La prova, come noto, deve riguardare: - l'esistenza della malattia; - l'adibizione ad una delle Lavorazioni di cui agli articoli 1, 206, 207 e 208 del Testo Unico con riferimento all'agente patogeno; - l'esposizione al rischio mediante precisazione delle relative modalità (durata e intensità) e quindi delle mansioni svolte e delle condizioni di lavoro." Circolare INAIL n. 29 del 24 aprile 1991.

9 Cassazione, sentenza 22 aprile 1986, n. 2849: "...La presunzione, peraltro, soccorre soltanto nel caso in cui l'affezione morbosa presenti, in aggiunta alle caratteristiche della malattia comune, quelle peculiari della malattia professionale...".

a polveri di silicati e calcari. Per tali malattie la presunzione legale non è affatto piena: sul lavoratore grava, infatti, l'onere di dimostrare il nesso tra la malattia e la *nox*a lavorativa, la cui presenza nel luogo di lavoro è, invece, presunta.

Solo nel caso di malattia di "non tipica" derivazione lavorativa espressamente elencata in tabella e manifestatasi in un lavoratore addetto alla lavorazione tabellata entro i termini massimi di abbandono della lavorazione morbigena parimenti indicati in tabella, spetta all'Istituto assicuratore fornire la cosiddetta "prova contraria", ossia dimostrare l'origine comune della malattia; a titolo di facile esempio si pensi ad una ipoacusia neurosensoriale in un soggetto addetto alla ribattitura di lamiere che prima dell'esordio della vita lavorativa era assiduo frequentatore di discoteche o era affetto da diabete infanto-giovanile complicato. Ancora vale ricordare che la Corte Costituzionale, molto tempo prima dell'introduzione del sistema misto ebbe a rilevare un "limite ingiustificato della tutela" allora ritenuto compensato "dall'indubbio vantaggio legato alla presunzione legale di origine"<sup>10</sup>. Oltre all'incremento dell'incidenza delle patologie correlate al lavoro escluse dalla tutela perché non tabellate, fu l'accresciuta agevolezza ed attendibilità delle indagini diagnostiche cui la stessa Corte ricollegò una riduzione degli svantaggi del sistema misto che, quattordici anni dopo, indusse il Giudice delle Leggi a ritenere di maggiore pregnanza, rispetto "all'accertamento presuntivo", "l'interesse all'allargamento dell'area della eziologia" ed ad affermare il diritto alla tutela anche per le "malattie diverse da quelle comprese nelle tabelle concernenti le malattie professionali nella industria e nella agricoltura e da quelle causate da una lavorazione specifica o da un agente patogeno indicato nelle tabelle stesse, purché si tratti di malattie delle quali sia comunque provata la causa del lavoro"<sup>11</sup>.

L'intervento della Corte Costituzionale determinava, così, l'accesso alla tutela di malattie che, per non essere tipiche o tipicamente correlate al lavoro, non solo risultano di frequente osservazione nella popolazione in generale, ma riconoscono assai spesso una genesi multifattoriale, il che rende niente affatto agevole identificare, fra i diversi antecedenti concausali, il possibile ruolo giuocato dal lavoro e stabilire se a questo possa attribuirsi un valore di concausa giuridicamente rilevante così da trasformare una malattia comune in una malattia professionale non tabellata.

Ma quale valore occorre attribuire al lavoro perché questo possa, nell'ambito di tutti i fattori concausali che partecipano insieme, ciascuno con peculiare efficienza, al determinismo della malattia, essere riconosciuto causa?

Secondo il principio della equivalenza causale, la causa è quell'antecedente che ha comunque concorso alla produzione dell'evento seppure con una efficienza marginale rispetto a quella propria degli altri (*conditio sine qua non*). Tale prin-

<sup>10</sup> Corte Costituzionale, Sentenza del 27 giugno 1974, n. 206 (G.U. n. 180 del 10 luglio 1974). Con tale Sentenza la Corte si limitò a segnalare al Governo ed al Parlamento l'esigenza e l'opportunità di introdurre una soluzione legislativa "mista".

<sup>11</sup> Corte Costituzionale, sentenza 18 febbraio 1988, n. 179.

cipio, a garanzia della tutela del bene collettività, è proprio della dottrina penale. Ma se l'interesse è quello della tutela privilegiata dei fatti dannosi lavorativi, si deve attribuire al lavoro il ruolo di quell'antecedente dotato di caratteristiche modali, qualitative e quantitative idonee a produrre quel determinato evento secondo il principio della causalità adeguata (*id quod plerumque accidit*)?

All'indomani del pronunciamento del Giudice delle Leggi, dopo l'accentramento della trattazione di tutte le denunce di malattia professionale non tabellata<sup>12</sup>, il Consiglio di Amministrazione dell'INAIL<sup>13</sup>, affidò l'incarico di approfondire le tematiche collegate alla rinnovata nozione di malattia professionale ed alle correlate problematiche relative all'accertamento del nesso di causa, ad una Commissione di esperti. L'esito dei lavori venne, poi, divulgato dall'Istituto con circolare 29 del 1991<sup>14</sup>; in tale circolare si legge: "... la Commissione ... per quanto attiene il rapporto causale - confortata dalle considerazioni della Corte Costituzionale 'sull'eziologia professionale' delle malattie non tabellate (Sentenza n. 179/1988) e 'sulla causa specifica' da lavoro che caratterizza la malattia professionale rispetto alla malattia comune (Sentenza n. 93/1977)<sup>15</sup> e dalle indicazioni che emergono dalle prime sentenze emesse dalla Corte di Cassazione in materia (Sentenze nn. 888/1989, 36/1989, 5641/1988) - ha ritenuto che tale rapporto debba essere diretto ed efficiente... onde evitare che nella tutela assicurativa, incentrata sull'esposizione a rischio professionale, possano confluire stati inabilitanti tutelabili ad altro titolo (malattia comune, invalidità pensionabile, invalidità da causa di servizio)... Ciò non significa che nell'insorgenza della patologia denunciata, non possano avere concorso anche concause extralavorative, purché queste non risultino le sole responsabili dell'evento. In pratica il problema si pone per le malattie ad origine plurifattoriale, per le quali non è sufficiente che lo specifico rischio lavorativo abbia in qualche misura influito sul decorso della affezione morbosa, bensì rimane di decisiva importanza, per un concreto giudizio medico-legale, che le alterazioni siano peculiarmente rapportabili, con legame di causalità tutt'altro che ipotetico, alle attività lavorative cui si vogliono attribuire. Deve, cioè, essere riconosciuto nel lavoro l'agente causale o concausale eziopatogenicamente valido ed indispensabile a produrre lo specifico danno....".

12 "Circolare INAIL n. 23 del 12 maggio 1988. Sentenze n. 179 del 10 febbraio 1988 e n. 206 dell'11 febbraio 1988 della Corte costituzionale. Modifiche del sistema di assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali": "... Si dispone che, in sede di prima attuazione della nuova disciplina, le unità operative, per tutti i casi denunciati, sottopongano la documentazione acquisita, corredata del giudizio medico legale, all'esame di questa direzione generale servizio prestazioni assicurative, per le decisioni circa la ammissione o meno all'indennizzo."

13 Delibera n. 76 del 24 maggio 1989.

14 Circolare INAIL n. 29 del 24 aprile 1991: *Studio in tema di nozione di malattia professionale. Relazione della Commissione di esperti. Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 12/1991.*

15 Corte Costituzionale, Sentenza n. 93 del 24 maggio 1977: illegittimità costituzionale dell'art. 74, secondo comma, del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, nella parte in cui, in riferimento al minimo indennizzabile, non pone nella stessa condizione chi è colpito da malattia professionale e chi è invece colpito da infortunio sul lavoro.

Il riconoscimento del nesso, almeno per il primo decennio seguente all'introduzione del sistema misto, fu quindi improntato a criteri assai prudenti, rispondenti alla necessità di "privilegiare" il rischio professionale rispetto alle *noxae* "comuni". Nella circolare 35 del 1992, con la quale l'Istituto conferì alle sedi periferiche la competenza di autonoma definizione negativa delle malattie sino ad allora più frequentemente denunciate<sup>16</sup>, relativamente alle malattie a patogenesi plurifattoriale, infatti, si legge: "Non si può pregiudizialmente escludere che in alcuni casi esercitino una influenza anche fattori professionali i quali, tuttavia, per assumere rilevanza in sede assicurativa, devono svolgere una azione diretta ed efficiente, anche in concorso con cause extralavorative purché quest'ultime non interrompano il nesso eziologico in quanto capaci di produrre da sole l'evento morboso. In sostanza si può affermare che l'origine professionale di queste patologie può essere ipotizzabile solo quando ricorrono i seguenti requisiti: - l'anamnesi lavorativa deve evidenziare l'esistenza di un rischio professionale di natura, durata ed intensità tali da far ragionevolmente considerare la sua influenza di grado superiore, o quanto meno uguale, a quella esercitata dai fattori eziologici extraprofessionali; - i quadri clinico, anatomo-funzionale e radiologico devono presentare caratteristiche specifiche, per intensità, precocità e localizzazione del fenomeno morboso, rispetto alla normalità della popolazione; - i dati statistico-epidemiologici devono mostrare una significativa ed univoca maggiore incidenza della patologia presso una determinata categoria professionale."

L'osservazione centrale del fenomeno "malattie professionali non tabellate", consentì però, più tardi, di affermare "l'infondatezza dei timori di un ingovernabile ampliamento della tutela, da più parti manifestati subito dopo l'intervento della Corte Costituzionale"<sup>17</sup>; ed infatti, all'epoca della emanazione della successiva circolare INAIL 80 del 1997, avvenuta a tre anni dalla pubblicazione

16 Circolare n. 35 del 16 luglio 1992: "La prima fase del decentramento riguarda specificamente le seguenti malattie: ipoacusie, malattie da posture incongrue e da movimenti ripetuti, allergopatie, patologie da strumenti vibranti, patologia infartuale, che rappresentano complessivamente oltre il 90% delle denunce pervenute al centro. Per questi cinque gruppi di patologie le Unità operative, sulla base delle indicazioni di seguito fornite per ogni malattia devono: definire negativamente, in modo autonomo, i casi per i quali giudichino inesistenti le condizioni per l'ammissione alla tutela; inviare all'esame e parere della Direzione generale, sempre per il tramite delle Direzioni regionali, interregionali e provinciale, i casi per i quali ritengono invece possibile il riconoscimento dell'origine professionale della malattia."

17 Circolare n. 80 del 30 settembre 1997. Con tale circolare l'INAIL restituì alle sedi periferiche ogni autonomia decisionale sulle denunce di ipoacusie e malattie allergiche non tabellate: "Dopo l'entrata in vigore del D.P.R. n. 336/1994 (*Nuove tabelle delle malattie professionali*), e verosimilmente per effetto dell'estensione di tutela ivi prevista, la tipologia di malattie non tabellate sottoposte all'esame centrale ai sensi della circolare 35/1992 (circa n. 1900, nel periodo 1° settembre 1994 - 30 giugno 1997) si è gradualmente circoscritta a: ipoacusie contratte in lavorazioni non tabellate (77%), malattie da posture incongrue e microtraumi ripetuti (17%), affezioni dell'apparato respiratorio e della cute su base allergica dovute a sostanze non tabellate (4%). La grande maggioranza di pratiche relative a ipoacusie ed a malattie allergiche risulta istruita nel rispetto delle direttive vigenti, come conferma il fatto che le proposte di riconoscimento dell'origine professionale, formulate dalle Unità territoriali, sono state quasi sempre condivise dalla Direzione Generale.

del nuovo elenco delle malattie professionali tabellate<sup>18</sup>, i riconoscimenti di malattie non tabellate dall'introduzione del sistema misto erano stati solo "circa tremila in totale". Allo stesso tempo l'istituto Assicuratore ebbe a rilevare come la causa dell'esiguità dei riconoscimenti non fosse da ricercare nella criteriologia di ricostruzione del nesso di causalità ma, piuttosto, nella "generale difficoltà di diagnosticare le patologie da lavoro emergenti" criticamente condizionata anche dalla onerosità della prova della loro derivazione causale dal lavoro posta a carico del lavoratore.

Su tale circostanza, pressoché contemporaneamente, si era espresso il Parlamento a conclusione di una indagine conoscitiva sulla sicurezza e sull'igiene del lavoro del Comitato Paritetico della Commissione Lavoro del Senato e della Camera che, appunto nel 1997<sup>19</sup>, ebbe a definire l'onere della prova "*insormontabile*". Ciò anche in ragione del fatto che, in uno scenario con sempre più diluito confine fra ambiente di lavoro e di vita, le ricerche effettuate intorno alle problematiche relative alle nuove malattie professionali - nuove anche per l'intervenire di nuove fonti di rischio individuati dalla Commissione nelle mutate condizioni socio economiche del lavoratore con i fenomeni del pendolarismo, del doppio lavoro, dell'immigrazione, nelle condizioni psicologico-emotive collegate alla modifica dei processi organizzativi e dei metodi di lavoro nonché nelle condizioni di precarietà conseguenti alle nuove forme di lavoro (part-time, lavoro interinale, call center ecc.), erano giudicate "limitate", condotte in modo "scoordinato e frammentario" e, soprattutto, non divulgate in maniera adeguata.

L'INAIL, in ottemperanza alle proprie funzioni di assicuratore sociale, ma anche con precipuo interesse alle problematiche di prevenzione, cui aveva iniziato ad affacciarsi già dall'inizio degli anni '90 assumendo compiti di formazione ed informazione, assegnatigli dal Decreto legge 626 del '94, ritenne di non poter più "attardarsi su posizioni passivamente attendiste" e di dover "assumere un ruolo sempre più attivo nella conoscenza e nella protezione delle nuove patologie derivanti dal lavoro" e di dover prestare "un maggior impegno partecipativo nella ricostruzione degli elementi probatori del nesso eziologico, sia sul versante del rischio sia in termini medico-legali"<sup>20</sup>. Tale impegno concretamente si tradusse nelle seguenti

D'altronde, le numerose iniziative in passato assunte in tema di accertamento del rischio e di criteriologia medico-legale, nonché l'esperienza complessivamente maturata in materia, costituiscono oggi sufficienti garanzie di uniformità e correttezza di trattazione delle ipoacusie e delle malattie allergiche su tutto il territorio nazionale. Per queste patologie, pertanto, sono venute meno le ragioni della parziale forma di accentramento disposta con la suddetta circolare 35/1992. Tali ragioni, invece, continuano a sussistere per le malattie da posture incongrue e da microtraumi ripetuti, stante la complessità del fenomeno e la conseguente necessità di assumere - prima del completo decentramento - ulteriori iniziative di approfondimento, di formazione del personale sanitario e di elaborazione di adeguati protocolli a supporto delle valutazioni medico-legali". Alla decisione del centro restavano anche le fattispecie complesse ed inedite (mobbing, stress, campi elettromagnetici).

<sup>18</sup> D.P.R. 13 aprile 1994, n. 336.

<sup>19</sup> Cosiddetta *Relazione Smuraglia*, documento approvato il 22 luglio 1997.

<sup>20</sup> Circolare INAIL n. 80 del 30 settembre 1997.

diposizioni pratiche emanate con la soprarichiamata circolare 80/1997: “- l’assicurato è tenuto a produrre tutta la documentazione ragionevolmente acquisibile sia sulle condizioni di rischio sia sull’esistenza della malattia; - quando tale documentazione sia giudicata insufficiente ma agevolmente integrabile dallo stesso assicurato, questi dovrà essere invitato a presentare nuovi elementi di giudizio con l’indicazione del tipo di prove richiesto e, ove possibile, delle modalità di reperimento; - in ogni caso l’Istituto deve utilizzare tutti gli atti già in suo possesso, acquisire d’ufficio indagini che risultino altrove effettuate<sup>21</sup>, integrare i dati conoscitivi sul rischio con proprie indagini ispettive o, per i profili più strettamente tecnici, delle CON.T.A.R.P.<sup>22</sup>; - quando l’area sanitaria, sulla base della documentazione medica presentata dall’assicurato, esprime una prima valutazione di ‘sospetta’ malattia professionale, tutti gli ulteriori esami clinico-specialistici e strumentali necessari per l’approfondimento del nesso eziologico devono essere svolti a cura ed a carico dell’Istituto; e ciò soprattutto nei casi in cui la complessità delle indagini e le difficoltà interpretative a fini medico-legali obbligherebbero comunque ad una ripetizione degli esami, con inutile duplicazione dell’impegno anche finanziario”. Il legislatore dovette apprezzare in particolar modo l’impegno istituzionale dell’INAIL, indiscutibile fonte del più grande patrimonio informativo sulle conseguenze dannose per la salute poste in essere dal lavoro, dal momento che, in occasione dell’emanazione del decreto di riforma del 2000<sup>23</sup>, non solo inserì l’Istituto fra i destinatari delle denunce obbligatorie delle malattie professionali ai sensi dell’articolo 139 del T.U. 1124 del 1965<sup>24</sup> - fra esse contemplando “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”- ma istituì, presso la banca dati INAIL, il Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate<sup>25</sup>. Tornando alla problematica relativa alla ricostruzione del nesso di causa nelle

21 Impegno invero già assunto ai sensi dell’articolo 18 della L. 241/1990.

22 Consulenza Tecnica per l’Accertamento dei Rischi Professionali.

23 D.Lgs. 38 del 23 febbraio 2000.

24 Art. 139 T.U. 1124/1965: “È obbligatorio per ogni medico, che ne riconosca l’esistenza, la denuncia delle malattie professionali, che saranno indicate in un elenco da approvarsi con decreto del Ministro per il Lavoro e la Previdenza Sociale di concerto con quello per la Sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità. La denuncia deve essere fatta all’ispettorato del lavoro competente per territorio, il quale ne trasmette copia all’Ufficio del medico provinciale...”.

25 D.Lgs. 38 del 23 febbraio 2000 - “Art. 10 Malattie professionali 1. Con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, è costituita una 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 testo unico, composta da non più di quindici componenti in rappresentanza del Ministero del lavoro e della previdenza sociale, del Ministero della sanità, del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, dell’Istituto superiore della sanità, del Consiglio nazionale delle ricerche (CNR), dell’Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), dell’Istituto italiano di medicina sociale, dell’Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS), dell’INAIL, dell’Istituto di previdenza per il settore marittimo (IPSEMA), nonché delle Aziende sanitarie locali (ASL) su designazione dalla Conferenza permanente per

malattie professionali non tabellate, v'è ancora da dire che con la circolare 80 del 1997, in maniera in vero del tutto coerente con l'asserita difficoltà di scervare la causa comune dalla causa professionale, si abbandonò ogni riferimento alla pesatura dei singoli antecedenti concausalmente responsabili della malattia, e si puntò ancora maggiore attenzione alla valutazione della esposizione a rischio. Nelle successive circolari di decentramento della trattazione delle malattie professionali non tabellate<sup>26</sup>, ciascuna delle quali accompagnata da circostanziate note di indirizzo, venne abbandonato, infatti, il riferimento al bilanciamento quantitativo delle concause ma si indicarono lavorazioni ed indici di rischio superati i quali era ritenuto possibile attribuire la malattia stessa al lavoro. Si stava dunque pervenendo all'orientamento secondo il quale la derivazione etiologica lavorativa di una malattia altrimenti "comune" potesse essere affermata sulla base dell'idoneità lesiva della causa secondo il principio della "causalità generale"<sup>27</sup> con debole soddisfacimento del criterio della "causalità individuale",

i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Con il medesimo decreto vengono stabilite la composizione e le norme di funzionamento della commissione stessa. 2. Per l'espletamento della sua attività la commissione si può avvalere della collaborazione di istituti ed enti di ricerca. 3. Alla modifica e all'integrazione delle tabelle di cui agli articoli 3 e 211 del testo unico, si fa luogo, su proposta della commissione di cui al comma 1, con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro della sanità, sentite le organizzazioni sindacali nazionali di categoria maggiormente rappresentative. 4. 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, 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. 5. Ai fini del presente articolo, è istituito, presso la banca dati INAIL, il registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate. Al registro possono accedere, in ragione della specificità di ruolo e competenza e nel rispetto delle disposizioni di cui alla legge 31 dicembre 1996, n. 675, e successive modificazioni ed integrazioni, oltre la commissione di cui al comma 1, le strutture del Servizio sanitario nazionale, le direzioni provinciali del lavoro e gli altri soggetti pubblici cui, per legge o regolamento, sono attribuiti compiti in materia di protezione della salute e di sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro."

<sup>26</sup> Circolare 81 del 27 dicembre 2000: *Definizione autonoma delle Sedi delle malattie da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori*; Circolare 71 del 17 dicembre 2003: *Definizione autonoma delle Sedi dei disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro* (tale circolare è stata abrogata a seguito di pronuncia del TAR Lazio n. 5454 del 4 luglio 2005 confermata dalla Decisione n. 1576 del 17 marzo 2009 del Consiglio di Stato); Circolare 25 del 15 aprile 2004: *Definizione autonoma delle Sedi delle patologie da sovraccarico biomeccanico del rachide*. Restano tuttora accentrate fattispecie complesse ed inedite fra le quali le possibili malattie da esposizione a campi elettromagnetici.

<sup>27</sup> FIORI A., *La causalità nelle malattie professionali*, Atti del VI Convegno nazionale di medicina Legale previdenziale, S. Margherita di Pula, 18 - 20 ottobre 2006: "Il principio che sta alla base della cosiddetta causalità generale si avvale, nell'attività pratica medico-legale, del criterio di possibilità scientifica detto anche, meno efficacemente, criterio di idoneità lesiva. È un criterio che ha carattere basilare e pregiudiziale, in quanto se l'analisi scientifica giunge alla preliminare conclusione che l'agente eziologico preso in considerazione non può essere dotato di idoneità lesiva rispetto al quadro morboso accertato, il percorso accertativo del nesso causale si arresta e la conclusione è già in partenza negativa. È ovvio invece che se la risposta è positiva, il procedimento deve continuare nella direzione della causalità individuale obiettivo che implica l'utilizzo di criteri supplementari come quello topografico, cronologico, di continuità, epidemiologico, di esclusione di altre cause."

debole solo per l'insufficienza delle conoscenze intorno al ruolo dei fattori esogeni extraprofessionali e di quelli endogeni ereditari<sup>28</sup>, senza con ciò abdicare ad una indagine medico legale puntuale ed esauriente.

Ciò sembra confermato dal dire della Suprema Corte intorno all'argomento<sup>29</sup>: "Nell'ipotesi di malattia professionale non tabellata, la prova della causa di lavoro, che grava sul lavoratore, deve essere valutata in termini di ragionevole probabilità, nel senso che, pur dovendosi escludere la rilevanza della mera o devota possibilità di fattori eziopatogeni di natura professionale, tuttavia tale evenienza può essere ravvisata in presenza di un rilevante grado di presumibilità. All'uopo non è indispensabile l'espletamento di una consulenza tecnica ambientale allorché la natura professionale della patologia, essendone difficoltosa o impossibile una puntuale ricostruzione, possa essere desunta, con un elevato grado di probabilità, dalla tipologia delle lavorazioni svolte, dalla natura dei macchinari presenti nell'ambiente di lavoro, che possano costituire causa della patologia."

A ulteriore sostegno dell'inopportunità di escludere la tutela per i limiti derivanti dalla pratica impossibilità di giungere ad una diagnosi etiologica, in maniera molto più esplicita, l'Istituto assicuratore nel febbraio del 2006<sup>30</sup> affermò che "Una volta accertata ... la nocività dei fattori di rischio lavorativi, si potrà passare alla valutazione del nesso di causalità tra detti fattori di rischio e la patologia denunciata come malattia professionale. L'impossibilità di raggiungere una assoluta certezza scientifica in ordine alla sussistenza del suddetto nesso causale non costituisce, peraltro, motivo sufficiente per escludere il riconoscimento della eziologia professionale. A questo fine, infatti, la giurisprudenza consolidata e concorde della Corte di Cassazione ritiene sufficiente la ragionevole certezza della genesi professionale della malattia<sup>31</sup>. Tale ragionevole certezza, che non può certamente consistere in semplici presunzioni desunte da ipotesi tecniche

**28** FIORI A., *La causalità nelle malattie professionali*, Atti del VI Convegno nazionale di medicina Legale previdenziale, S. Margherita di Pula, 18 - 20 ottobre 2006: "Tuttavia con l'introduzione del sistema misto è in qualche misura riemersa l'originale concezione ramazzianiana perché molte delle malattie non tabellate appartengono prevalentemente al novero della malattie comuni, e vengono addebitate al lavoro attraverso una metodologia sostanzialmente empirica che richiama il principio professione/malattia anche in carenza di conoscenze precise sullo specifico agente eziologico tecnopatologico e sulla patogenesi."

**29** Corte di Cassazione sentenza n. 2716 del 21 febbraio 2003.

**30** Direzione Centrale Prestazioni, Sovrintendenza Media Generale, Avvocatura Generale. Lettera circolare del 16 febbraio 2006, prot. n. 7876/bis: *Criteri da seguire per l'accertamento della origine professionale delle malattie denunciate*.

**31** Per tutte, Corte di Cassazione, sentenza n. 2716 del 21 febbraio 2003: "Nell'ipotesi di malattia professionale non tabellata, la prova della causa di lavoro, che grava sul lavoratore, deve essere valutata in termini di ragionevole probabilità, nel senso che, pur dovendosi escludere la rilevanza della mera o devota possibilità di fattori eziopatogeni di natura professionale, tuttavia tale evenienza può essere ravvisata in presenza di un rilevante grado di presumibilità. All'uopo non è indispensabile l'espletamento di una consulenza tecnica ambientale allorché la natura professionale della patologia, essendone difficoltosa o impossibile una puntuale ricostruzione, possa essere desunta, con un elevato grado di probabilità, dalla tipologia delle lavorazioni svolte, dalla natura dei macchinari presenti nell'ambiente di lavoro, che possano costituire causa della patologia."

teoricamente possibili, deve ritenersi sussistente in presenza di un elevato grado di probabilità dell'etiopatogenesi professionale, desumibile anche da dati epidemiologici e dalla letteratura scientifica.”

Il che appunto pone in primo piano l'idoneità lesiva della causa attribuendo rilevanza alla “causalità individuale” nei soli casi in cui il fattore extraprofessionale possa essere considerato, per “efficacia lesiva”, da sé solo sufficiente a produrre la malattia.

Si legge ancora, infatti, nella lettera circolare: “L'accertamento della sussistenza del nesso eziologico, sia pure in termini di probabilità qualificata, tra il rischio lavorativo e la patologia diagnosticata deve indurre a riconoscere la natura professionale della stessa anche quando abbiano concorso a causarla fattori di rischio extralavorativi. Nel caso di concorrenza di fattori professionali con fattori extraprofessionali trovano, infatti, applicazione i principi di cui agli artt. 40 e 41 c.p., che, in quanto principi generali dell'ordinamento giuridico<sup>32</sup>, sono applicabili anche alla materia dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. In particolare, in forza del principio di equivalenza, causa di un evento è ogni antecedente che abbia contribuito alla produzione dell'evento stesso, anche se di minore spessore quantitativo o qualitativo rispetto agli altri, salvo che sia dimostrato l'intervento di un fattore causale da solo sufficiente a determinarlo. Ne consegue che, una volta che sia accertata l'esistenza di una concausa lavora-

32 In materia di rapporti concausati, per tutte, si riporta qui la Sentenza della Suprema Corte n. 01107 del 9 febbraio 1999, citata da A. OSSICINI, M.C. CASALE, M. GALLO in *Il riconoscimento delle tecnopatie da parte della Giurisprudenza ovvero la probabilità nelle sentenze della Corte di Cassazione* (Atti del III Convegno nazionale di medicina Legale previdenziale, S. Margherita di Pula, 11-13 ottobre 2000): “La lettura combinata delle due disposizioni (art. 40 e 41 del C.P. n.n.) consente di ritenere (e sul punto la dottrina appare concordemente orientata) che tra le varie teorie proposte per l'individuazione della concezione della causalità, il legislatore ha recepito quella che è nota come la teoria condizionalistica o della *condicio sine qua non*, secondo la quale è causa ogni condizione indispensabile al verificarsi di un determinato evento, introducendo, nel contempo, il principio della “equivalenza”, in quanto espressamente equipara, sul piano della loro efficacia nella produzione dell'evento tutti gli antecedenti che si sono, a tale fine, resi necessari tra loro combinandosi, conseguendone che costituisce causa dell'evento finale qualsiasi antecedente che integri una delle condizioni che hanno determinato la lesione del bene protetto, applicandosi, nella ricerca della sussistenza di un rapporto di condizionamento tra antecedenti ed evento che rispetti l'esigenza della garanzia, il criterio inteso come “procedimento di eliminazione mentale” per il quale l'antecedente è condizione dell'evento se, attraverso un procedimento costruttivo da condursi *ex post*, essa, alla luce delle leggi dotate di validità scientifica nella specifica materia, non può essere eliminata senza che l'evento stesso venga meno. Ma, quanto a quest'ultimo, va ulteriormente precisato che, evidentemente, non può aversi riguardo al tipo di evento astrattamente considerato ma a quello che in concreto si è verificato, derivandone in conclusione che un antecedente può essere configurato come condizione necessaria solo a patto che esso rientri nel novero di quegli antecedenti che, sulla base di una successione regolare conforme a leggi dotate di validità scientifica - cosiddette leggi generali di copertura - portano all'evento quale verificatosi in concreto, restando inteso che sono leggi generali di copertura sia le leggi universali, che sono in grado di affermare che la verificazione di un evento è invariabilmente accompagnata dalla verificazione di un altro evento, sia le leggi statistiche che si limitano, invece, ad affermare che il verificarsi di un evento è accompagnato dal verificarsi di un altro evento soltanto in una certa percentuale di casi, sicché il giudice che si avvalga del modello della sussunzione sotto leggi statistiche dirà che è “probabile” (ma deve trattarsi di probabilità di alto grado) che l'antecedente in questione abbia costituito, *ceteris paribus*, una condizione necessaria dell'evento”.

tiva nell'eziologia di una malattia, l'indennizzabilità della stessa non potrà essere negata sulla base di una valutazione di prevalenza qualitativa o quantitativa delle concause extralavorative nel determinismo della patologia.”

Stante la rilevanza che così assume la conoscenza della potenzialità patogena dei “nuovi” fattori lavorativi, siano essi sostanze o lavorazioni, diviene di imprescindibile necessità l'osservazione della morbilità della forza lavoro: l'esame della casistica e l'elaborazione statistica dei casi anche in riferimento alla popolazione in generale potrà, infatti, mettere in evidenza “eccessi di rischio” che a loro volta indurranno specifiche ricerche. E ciò, con ogni evidenza, risulta importante non solo - e non tanto - al fine di una più agevole trattazione medico legale dei casi, ma a quello ben più rilevante della garanzia della salute dei lavoratori cui possono e debbono contribuire tutti gli operatori sanitari attraverso la puntuale segnalazione, agli organi deputati alla raccolta e alla elaborazione delle informazioni, non solo delle malattie di probabile o possibile origine professionale ma anche di quelle la cui origine professionale è ancora a livello di mera ipotesi “per le sporadiche e ancora non precisabili evidenze scientifiche”<sup>33</sup>.

Tant'è che, in un tempo in cui iniziano a convergere ed a trovare concretezza tutte le iniziative tese a migliorare la cultura della sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro, la puntuale osservazione epidemiologica ha consentito di registrare una significativa ricorrenza statistica di malattie precedentemente considerate “comuni” sino a prova contraria; è possibile citare ad esempio, oltre che malattie muscolo-scheletriche da sovraccarico biomeccanico lavorativo dell'arto superiore, del ginocchio e della colonna vertebrale, tumori delle cavità nasali e dei seni paranasali in soggetti addetti alla produzione di alcol isopropilico, dermatiti irritative o miste causate dalla manipolazione di fibre di vetro, dermatiti allergiche da contatto con oro, cobalto o rame, asma allergico in esposti al lattice.

Tale significativa ricorrenza, ha fatto sì che il legislatore, sulla scorta del giudizio della Commissione scientifica all'uopo costituita ai sensi dell'articolo 10 del Decreto legislativo 38/2000<sup>34</sup>, abbia di recente inserito tali malattie nelle “Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura”<sup>35</sup>.

Le nuove tabelle, così come le previgenti con la locuzione “malattie causate da”, comprendono, oltre a quadri nosologicamente definiti correlati a specifici agenti causali, anche “altri” quadri riconducibili al medesimo agente ma con nosologia

<sup>33</sup> Ove non bastasse il riferimento etico si rammenta qui che, ai sensi dell'articolo 139 del T.U. 1124/1965, articolo 35, ottavo comma della L. 24 novembre 1981, n. 689, articolo 46 del D.P.R. 758/1994, D.L. 626/1994, l'omessa denuncia comporta la sanzione penale dell'arresto fino a tre mesi o l'ammenda fino a € 1032 per la generalità dei medici; se l'omissione è compiuta dal Medico Competente la sanzione è dell'arresto fino a quattro mesi o l'ammenda fino a € 2.582.

<sup>34</sup> Come sopra ricordato l'articolo 10 del D.Lgs. 38 ha disposto, al comma 1, la costituzione di “una 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 testo unico”.

<sup>35</sup> D.M. 9 aprile 2008 *G.U.* n. 169 del 21 luglio 2008.

da determinare, comprendono, cioè, malattie considerabili “comuni” sino alla prova della loro derivazione causale con l’agente tabellato, transitando, nella fase dell’accertamento eziologico, per la fase di “malattia non tabellata”.

Ciò che è interessante annotare, in riferimento all’interrogativo posto all’inizio del presente contributo, è la criteriologia accertativa del nesso causale che l’Istituto assicuratore ha indicato doversi applicare in tali fattispecie: la prova della derivazione eziologica dall’agente tabellato “deve ritenersi raggiunta in presenza di un elevato grado di probabilità dell’idoneità causale della sostanza indicata in tabella rispetto alla patologia denunciata, per come desumibile anche dai dati epidemiologici e dalla letteratura scientifica. Nella valutazione di queste patologie, pertanto, occorrerà continuare a fare riferimento ai principi giurisprudenziali elaborati dalla Corte di Cassazione secondo cui qualunque patologia può essere inclusa in astratto tra le malattie inserite in tabella, ma in concreto, spetta alla scienza medica definire - in base a criteri da essa ritenuti affidabili - la potenziale etiopatogenesi, rilevante anche sul piano giuridico, tra quelle sostanze e le diverse malattie che potenzialmente ne derivano. In presenza dell’accertata potenzialità etiopatogenetica della sostanza indicata rispetto alla patologia denunciata, quest’ultima dovrà essere trattata come malattia tabellata secondo i criteri già forniti per le patologie nosologicamente definite.”<sup>36</sup>.

Alla luce di tale dire non sembra fuor di luogo ritenere, come da altri da più tempo indicato<sup>37</sup>, che per l’affermazione dell’esistenza di una ricorrenza statistico epidemiologia dell’associazione causale tra una determinata *noxa* lavorativa ed una malattia di rilievo tale da poter configurarsi quale “legge di copertura”<sup>38</sup>, la criteriologia non può che basarsi sul principio dell’*id quod plerumque accidit*, ma una volta accertato che a quell’antecedente morbigeno lavorativo del tutto frequentemente si associa quella determinata malattia riconosciutamente di derivazione multifattoriale, la diversa pesatura dei fattori eziologici diverrà irrilevante; la natura sociale dell’Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, in ottemperanza al dettato di cui all’articolo 38 della Carta Costituzionale, non potrà che far ritenere operante il principio dell’equivalenza delle cause.

## RIASSUNTO

Nell’ambito dell’assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali la diversa aggettivazione della malattia, comune o professionale, con ogni evidenza attiene non tanto all’eziologia quanto alla sua ascrivibilità fra le

<sup>36</sup> Circolare INAIL n. 47 del 24 luglio 2008.

<sup>37</sup> G.A. NORELLI, G. MOTTA, *Probabilità e possibilità nel riconoscimento della causalità da lavoro*, Atti del III Convegno nazionale di medicina Legale previdenziale, S. Margherita di Pula, 11-13 ottobre 2000.

<sup>38</sup> Si veda la già citata Sentenza della Corte di Cassazione n. 01107 del 9 febbraio 1999.

conseguenze dannose per la salute poste in essere dall'espletamento dell'attività lavorativa. Le mutate condizioni di lavoro unitamente alla maggiore attenzione alla prevenzione hanno fatto sì che siano sostanzialmente scomparsi quei quadri clinici tanto peculiari che connotavano le tecnopatie e consentivano di risalire, anche piuttosto agevolmente, dalla clinica alla eziologia lavorativa. Si pensi al saturnismo, all'idrargirismo, alla silicosi e così via. Anche le conoscenze in materia di *noxae* professionali si sono accresciute, tanto da determinare l'inserimento nella nuova tabella di legge (Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale Decreto 9 aprile 2008: *Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura*, pubblicate in *G.U.* n. 169 del 21 luglio 2008) di molte di quelle patologie che, ad eziologia multifattoriale, sono di comune riscontro nella popolazione in generale. Sottolineando come, per non determinare un arretramento della tutela, la nuova tabella abbia compreso, oltre quadri nosograficamente determinati correlandoli all'agente causale, anche "altri" quadri con nosologia da determinare creando un sostanziale ponte tra malattie professionali tabellate e non tabellate e, soprattutto, alleggerendo l'onere probatorio posto in capo all'assistito nel caso delle "malattie" non espressamente declinate in tabella, esistono ancora lacune conoscitive che non consentono di attribuire al lavoro, attraverso il noto principio della presunzione legale di origine, patologie per le quali è comunque possibile che il lavoro stesso abbia giocato un ruolo nel loro determinismo tale da consentire all'ammalato assicurato INAIL l'accesso alle prestazioni.

## SUMMARY

The Italian public insurance system generally recognized an occupational disease considering it as a harmful consequence of working activities, regardless of its aetiology. In recent times, the change in working conditions and a greater attention to the prevention of occupational hazards have determined the disappearance of the classic clinical features that let to distinguish clearly the occupational diseases and identify easily the occupational aetiology only through the clinical description (e.g. lead poisoning, mercurialism, silicosis, etc.). Moreover, the increased knowledge of occupational causes has led to the addition of many multifactorial diseases, very common in the general population, to the new list of occupational disease, recently enacted by the Ministry of Labour and Social Affairs (Decreto 9 aprile 2008: *Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura*, *G.U.* n. 169/2008). To avoid a decline in the protection of the workers, the new list has included classical occupational diseases (correlating them to their causal agent), as well as other diseases with aetiology to be determined. In that way, it has been possible to create a connection between the occupational diseases included in the ministerial list and the not included

ones and, in particular, to lighten the burden of proof of the insured worker when the disease is not clearly included in the list. However, there are still gaps in knowledge, not allowing to identify an occupational aetiology - through the well-known principle of “presumption of origin” - in those diseases where the working activity may have actually played a role in their origin and development, thus preventing the sick worker from accessing the benefits provided by the Italian Workers’ Compensation Authority (INAIL).

## BIBLIOGRAFIA

ALIBRANDI G.: *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, XI edizione, Giuffrè ed. , Milano, 1992.

BARNI M.: *Il rapporto di causalità materiale in medicina legale*, Giuffrè ed., Milano, 1991.

- -: *Cause, concause e occasioni perdute*, Atti del III Convegno nazionale di medicina legale previdenziale, S. Margherita di Pula, 11-13 ottobre 2000.

COLOMBINI D., OCCHIPINTI E., CAIROLI S., BATTEVI N., MENONI O., RICCI M.G., SFERRA C., BALLETTA A., BERLINGÒ E., DRAICCHIO F., PALMI S., PAPALE A., DI LORETO G., BARBIERI P.G., MARTINELLI M., VENTURI E., MOLteni G., DE VITO G., GRIECO A.: *Le affezioni muscolo-scheletriche degli arti superiori e inferiori come patologie professionali: quali e a quali condizioni. Documento di consenso di un gruppo di lavoro nazionale*, *Med. Lav.*, 2003; 94, 3:312-329.

FIORI A.: *La causalità nelle malattie professionali*, Atti del VI Convegno nazionale di medicina legale previdenziale, S. Margherita di Pula, 18 - 20 ottobre 2006.

GERIN C.: *La causalità sul concorso di cause: aspetti medico-legali*, Giuffrè ed., Milano, 1959.

- -: *Medicina legale e delle assicurazioni*, C.A. Schirru ed., 1977.

GERIN C., ANTONIOTTI F., MERLI S.: *Medicina legale e delle assicurazioni*, SEU ed., Roma, 1992.

FUCCI P., ROSSI P.: *La medicina legale degli infortuni e delle malattie professionali*, Giuffrè ed., Milano, 1999.

MACHIARELLI L., FEOLA T.: *Medicina Legale*, Minerva Medica ed., Torino, 1995.

MAZZELLA DI BOSCO M.: *Sistema della lista e tutela integrale della patologia da lavoro*, Riv. Inf. Mal. Prof., 73, 1986, 205.

NORELLI G.A., MOTTA G.: *Probabilità e possibilità nel riconoscimento della causalità da lavoro*, Atti del III Convegno nazionale di medicina legale previdenziale, S. Margherita di Pula, 11-13 ottobre 2000.

OSSICINI A., SFERRA C.: *Onus probandi incubit ei qui dicit. Quale prova vuole la Consulta dopo le sentenze n. 179 e 206?*, XXXI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni, XIII Convegno di Criminologia e Psichiatria Forense, Genova, 3-7 maggio 1992.

OSSICINI A., CASALE M.C., GALLO M.: *Il riconoscimento delle tecnopatie da parte della Giurisprudenza ovvero la probabilità nelle sentenze della Corte di Cassazione*, Atti del III Convegno nazionale di medicina legale previdenziale, S. Margherita di Pula, 11-13 ottobre 2000.

SFERRA C., GIULIETTI F., MEZZETTI A.G.: *Criteri metodologici a confronto in tema di danno lavorativo a genesi infortunistica e tecnopatica*, Convegno Nazionale: *Uno, nessuno e centomila*, Porto Ferrajo, 23-26 maggio 1990.

SFERRA C., GIULIETTI F.R.: *La Sentenza 179/88 della Corte Costituzionale supera o svislisce la finctio juris malattia - infortunio?*, XXXI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni, XIII Convegno di Criminologia e Psichiatria forense, Genova, 3-7 maggio 1992, Pubblicato in Riv. Inf e Mal. Prof., 1993, n. 1-2, 83.