CAPITOLO QUINTO

LE MALATTIE PROFESSIONALI NON TABELLATE

(di CARMELO MARMO – Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni)

PREMESSA:

Vi è da fare una precisione sul titolo del " Lancio " del precedente Quarto Capitolo. La frase riportata " *il percorso metodologico per la definizione di una tecnopatia tabellata, che poi oltretutto è valido, pur con poche varianti che saranno sottolineate nel Quinto Capitolo, per lo studio dell'an nelle malattie non Tabellate* " va interpretata nel senso che si deve comunque seguire l'istruttoria amministrativa e medico – legale, nelle sue differenti tappe rispettivamente per le Malattie Tabellate, per le Malattie Non Tabellate e per le Malattie Tabellate ma denunciate oltre i termini tabellari, così come previsto nella Lettera della Direzione Centrale Prestazioni e della Sovrintendenza Medica Generale del 18 settembre 2003 riportata nel Quarto Capitolo Prima Parte da pagina 64 a pagina 92 nella sua versione integrale.
V'è da sottolineare ancora una volta che quando il Medico Valutatore si trova di fronte ad una Malattia Tabellata dovrà solo verificare, in base agli elementi in suo possesso o /e a quegli ulteriori elementi che ritiene di acquisire che la esposizione a quella determinata noxa patogena non sia stata saltuaria, aleatoria ed occasionale ai fini di potere applicare il principio *giuridico* della " *prersunzione legale di origine* ", contro cui la prova contraria, cioè della " *non correlazione causale della infermità con l'attività lavorativa* " deve avere carattere di certezza, senza alcun ricorso a criteri probabilistici ", fermo il rispetto che il Legislatore ha voluto dare al carattere di Malattia Tabellata. Quando il Medico Valutatore si trova di fronte ad una Malattia non Tabellata o verificatasi oltre i termini Tabellari, invece, è il lavoratore assicurato che deve dimostrare l'origine professionale della infermità con " *prova semplice* " e non con " *ardua prova* ". Il concetto apparirebbe di una semplicità estrema ma il fatto che sul tema esistono numerosissime Sentenze della Corte di Cassazione Civile – Sezione Lavoro (riportate in buona parte nel Terzo e nel Quarto Capitolo), ci fa comprendere che non sempre questa semplicità è recepita come tale. Nei Capitoli dedicati ai Tumori Professionali questa dicotimia metodologica sarà esaminata nei suoi punti critici di interpretazione della dottrina, della giurisprudenza e della medicina legale previdenziale.

D'altronde il gap metodologico tra le diverse forme di tecnopatie (Tabellate, non Tabellate e Tabellate ma verificatesi oltre i termini Tabellari) è stato di molto attenuato dalla appena citata lettera – circolare della Direzione Centrale Prestazioni e della Sovrintendenza Medica Generale dell'epoca, datata 18 settembre 2003, con cui l'INAIL, in rispetto all'Accordo INAIL /Patronati, anch'esso riportato nel Quarto Capitolo, ha inteso venire incontro alle esigenze dei lavoratori assicurati che non possono certo avere cognizione di una materia così complessa ed ultraspecialistica della Medicina del Lavoro, mettendo a disposizione le proprie strutture tecniche e mediche per raggiungere una diagnosi medico legale di malattia professionale.
Pertanto è vero in questo che la dicotimia metodologica, che, in virtù delle Sentenze n. 178 /1988 e n. 206 /1988, sarebbe molto marcata è molto molto attenuata da questo percorso metodologico voluto dall'INAIL e dalle Parti Sociali.
Per altri versi, ove l'inquadramento nosografico di una Malattia Tabellata sia conclamato (esempi: silicosi nei minatori o negli escavatori di gallerie stradali con roccia silicea, ernia lombare negli autisti di mezzi pesanti con adeguata anzianità di guida, ernia discale in soggetti addetti alla movimentazione manuale dei carichi in modo non saltuario e non occasionale, sindrome del tunnel carpale in un pizzaiolo che non svolge tale attività come saltuaria o occasionale, in una cucitrice, in una ricamatrice, in una orlatrice, ipoacusia da rumore in manovale o operaio di cantiere edile – nel senso completo del termine -, sindrome della cuffia dei rotatori della spalla in operaio pittore edile con adeguata esposizione lavorativa, asbestosi in assicurati adibiti a lavorazioni contenenti asbesto, meniscopatia nei parquettisti, pavimentisti, idraulici, muratori, piastrellisti, ed ancora asma allergico da farina in panettiere o fornaio o pizzaiolo, ernia discale in infermiera addetta in modo adeguato a movimentazione pazienti e con anzianità di sevizio adeguata, cataratta in tecnico di radiologia con adeguata anzianità ed insorgente in età ancor giovane, ipoacusia da rumore anche monolaterale in soggetto che svolge attività di guardia giurata e con esercitazioni periodiche al poligono di tiro, ipoacusia da rumore in operaio addetto alla manutenzione velivoli ed operanti anche in pista, bissinosi nei lavoratori del cotone, del lino e della canapa, alveolite allergica estrinseca negli agricoltori, dermatite eczematosa in operai che lavorano il cemento, e così via) la richiesta di un accertamento da parte della Consulenza Tecnica Accertamento e Prevenzione (CONTARP) è un volere coinvolgere altra Struttura in un lavoro perfettamente inutile. Viceversa la richiesta di parere da parte della CONTARP può essere fondata solo se viene messa in dubbio l'adeguatezza del rischio ai fini di " fornire prova contraria " – *che però deve avere carattere di certezza* - della non adeguatezza del rischio lavorativo, quindi della sua aleatorietà e saltuarietà.
D'altra parte, invece, come vedremo nel caso delle Malattie non Tabellate, argomento del presente Capitolo il parere alla CONTARP può avere un motivo " *positivo* ", cioè di dirimere ogni dubbio sulla ammissione della patologia

all'indennizzo, circostanza che però può portare – è ovvio – anche ad un parere da parte della CONTARP della non adeguatezza del rischio.
In entrambe le ipotesi, sia di Malattia Tabellata che di Malattia non Tabellata, stante anche talvolta la genericità della definizione delle mansioni " *Lavorazioni che espongono a ….* " ed all'inserimento nelle Nuove Tabella delle Malattie Professionali Industria ed Agricoltura della nuova Voce " *Altre malattie causate da …. ",* la consultazione della letteratura, quindi di articoli scientifici ed indagini epidemiologiche, di Trattati di Medicina del Lavoro e di Igiene Industriale, di Tecnologia (Tecnologia di F. Candura: ricordiamocelo), di studi di matrici lavorazione / mansione / esposizione / patologia è senz'altro utile sia per lo studio dell'*an* delle Malattie Tabellate che delle Malattie non Tabellate.
Come può ben vedersi la vera differenza nella gestione sia dei casi delle Malattie Tabellate che delle Malattie non Tabellate (ridottosi anche il gap in virtù della Lettera del 18 settembre 2003 della Direzione Centrale Prestazioni e della Sovrintendenza Medica Generale) consiste essenzialmente nel **diverso principio giuridico** della " *presunzione legale di origine* " della Malattia Professionale Tabellata con conseguente " *inversione dell'onere della prova* ". Ad ogni buon conto la continua consultazione dei Trattati di Medicina del Lavoro e di letteratura scientifica rappresenta, sempre e comunque, un profondo arricchimento culturale (a cui corrispondono nel nostro Sistema Nervoso Centrale sempre nuove *sinapsi neuroniche ed interemisferiche* per stabilire sempre adeguate correlazioni, effettuare ragionamenti analogici e – *perché no ?* - allontanare nel tempo *l'invecchiamento cerebrale* da parte del Medico Legale e del Medico del lavoro).

E desidero subito riportare la Sentenza della Corte di Cassazione Sezione Lavoro che, se letta con chiarezza, non può determinare confusione con le malattie da causa anch'essa multipla (i tumori professionali) ove queste, seppure da causa multiple e *non diretta ed esclusiva* siano state comunque inserite nelle due Tabelle delle Malattie Professionale e da trattare secondo il principio giuridico sancito dalla Sentenza n. 206 del 1974 della Corte Costituzionale, e quindi a pieno titolo dotate del requisito della *presunzione legale di origine*, con la *inversione dell'onere della prova*, secondo le chiare intenzioni del Legislatore.
E così:

Cassazione Civile, Sez. Lav., 12 ottobre 2015, n. 20416 - Riconoscimento del diritto alla rendita per malattia professionale non tabellata: necessità di concreta e specifica dimostrazione

Presidente: ROSELLI FEDERICO Relatore: ESPOSITO LUCIA Data pubblicazione: 12/10/2015

"La presunzione legale circa la eziologia professionale delle malattie contratte nell'esercizio delle lavorazioni morbigene investe soltanto il nesso tra la malattia tabellata e le relative specificate cause morbigene (anch'esse tabellate) e non può esplicare la sua efficacia nell'ipotesi di malattia ad eziologia multifattoriale, in cui il nesso di causalità non può essere oggetto di semplici presunzioni tratte da ipotesi tecniche teoricamente possibili, ma necessita di concreta e specifica dimostrazione - quanto meno in via di probabilità - in relazione alla concreta esposizione al rischio ambientale e alla sua idoneità causale alla determinazione dell'evento morboso".

Fatto

1. La Corte d'Appello di Messina, con sentenza dell'8/10/2009 - 18/11/2009, confermava la sentenza del giudice di primo grado che aveva rigettato la domanda proposta da R.A. nei confronti dell'Inail, diretta al riconoscimento del diritto alla rendita per malattia professionale. Osservavano i giudici di merito che, trattandosi di patologia non tabellata (congiuntivite cronica o blefarite cronica), il ricorrente avrebbe dovuto fornire la prova delle mansioni cui era addetto, delle condizioni in cui operava, del periodo in cui era stata prestata l'attività e della incidenza della medesima sulla malattia.
2. Avverso la sentenza propone ricorso per cassazione il R.A., affidato a due motivi. Resiste l'Inail con controricorso. Il ricorrente ha presentato memorie.

Diritto:

1. Con il primo motivo il ricorrente deduce violazione e falsa applicazione di norma di diritto di cui all'360 nn. 3 e 5 c.p.c. in relazione al TU DPR 30/6/1965 n. 1124 art. 3, nonché del d.lgs. n. 38/2000 art. 10 c. 4 e all'art. 2697 c.c. per omessa insufficiente o contraddittoria motivazione circa un fatto controverso decisivo per il giudizio. Osserva che non era contestato che egli, dipendente della raffineria di Milazzo, era stato negli ultimi dieci anni addetto alle mansioni di "squadrista-consolista" in ambiente buio e polveroso, in condizioni microclimatiche sfavorevoli. Rileva che, per costante giurisprudenza di legittimità, l'onere della prova del nesso causale, rimesso al lavoratore, non può essere affidato alle opinioni soggettive dei testi ma ha una preminente componente valutativa che richiede l'intervento di un ctu.
2. Con il secondo motivo deduce violazione e falsa applicazione di norma di diritto - art. 360 c.p.c. n. 3 - in relazione all'art. 112 c.p.c., omessa, insufficiente o contraddittoria motivazione ex art. 360 c.p.c. n. 5. Osserva che le mansioni svolte dal ricorrente non sono state oggetto di specifica contestazione e che la motivazione della sentenza impugnata non aveva tenuto conto che il perito d'ufficio nella relazione aveva dato atto del nesso eziologico tra la malattia riscontrata e il tipo di

lavorazione eseguita.
3. Le censure esposte vanno trattate congiuntamente, stante l'intima connessione, poiché attengono entrambe al tema dell'onere della prova gravante sul lavoratore che agisce per il riconoscimento del diritto alla rendita per malattia professionale non tabellata. Sul tema la giurisprudenza di legittimità, con indirizzo consolidato (Sez. L, Sentenza n. 12997 del 14/07/2004, Rv. 574537, Sez. L, Sentenza n. 17053 del 19/08/2005, Rv. 583099) ha avuto modo di affermare che "in caso di malattia non tabellata perché muitifattoriale ..., non direttamente collegabile con una particolare attività patogena del soggetto, occorre che colui che ne chiede il riconoscimento fornisca la prova delle specifiche caratteristiche e delle concrete modalità di svolgimento dell'attività deputatagli, della malattia di cui è portatore, nonché del nesso eziologico, dandone completa dimostrazione in eventuale opposizione con le contrastanti confutazioni della controparte, trovando integrale applicazione il principio dell'onere della prova, mentre tale regime probatorio è attenuato nell'ipotesi di richiesta di riconoscimento della dipendenza della malattia da causa di servizio, perché in questo caso il lavoratore è tenuto solo ad osservare l'onere di allegazione, mentre la p.a. resistente deve tenere un atteggiamento, anche processuale, informato ai principi di collaborazione e cooperazione".
2. La Corte territoriale, coerentemente con il principio esposto, ha dato atto che l'onere in questione non è stato assolto. Né l'affermazione contenuta in sentenza, secondo la quale il ricorrente non avrebbe "neppure allegato quali fossero le condizioni nelle quali si svolgeva l'attività lavorativa", che evidenzia una carenza a monte dell'attività propriamente probatoria, risulta oggetto di specifica censura. Ne consegue l'irrilevanza del profilo di doglianza che attiene all'operatività nella specie del principio di non contestazione, il quale richiede l'allegazione di specifiche circostanze di fatto attinenti alle concrete modalità di svolgimento dell'attività lavorativa, non individuabili, come pretenderebbe il ricorrente, nel semplice richiamo alle mansioni svolte in coerenza con il profilo professionale di appartenenza (cfr. Cass. Sez. 1, Sentenza n. 21847 del 15/10/2014, Rv. 632499: "In ordine al principio di non contestazione, il sistema di preclusioni del processo civile tuttora vigente e di avanzamento nell'accertamento giudiziale dei fatti mediante il contraddittorio delle parti, se comporta per queste ultime l'onere di collaborare, fin dalle prime battute processuali, a circoscrivere la materia controversa, evidenziando con chiarezza gli elementi in contestazione, suppone che la parte che ha l'onere di allegare e provare i fatti anzitutto specifichi le relative circostanze in modo dettagliato ed analitico, così che l'altra abbia il dovere di prendere posizione verso tali allegazioni puntuali e di contestarle ovvero di ammetterle, in mancanza di una risposta in ordine a ciascuna di esse).
3. Quanto, infine, ai rilievi attinenti alla prova del nesso causale, ferme restando le argomentazioni sopra esposte, gli stessi risultano altresì infondati in forza del principio giurisprudenziale secondo il quale "La presunzione legale circa la eziologia

professionale delle malattie contratte nell'esercizio delle lavorazioni morbigene investe soltanto il nesso tra la malattia tabellata e le relative specificate cause morbigene (anch'esse tabellate) e non può esplicare la sua efficacia nell'ipotesi di malattia ad eziologia multifattoriale, in cui il nesso di causalità non può essere oggetto di semplici presunzioni tratte da ipotesi tecniche teoricamente possibili, ma necessita di concreta e specifica dimostrazione - quanto meno in via di probabilità - in relazione alla concreta esposizione al rischio ambientale e alla sua idoneità causale alla determinazione dell'evento morboso".
4. Per tutte le ragioni indicate il ricorso va rigettato. Le spese seguono la soccombenza e sono liquidate come da dispositivo.

P.Q.M.

La Corte rigetta il ricorso e condanna il ricorrente al pagamento delle spese che liquida in € 100,00 per esborsi e in € 3.000,00 per compensi professionali, oltre accessori come per legge.
Così deciso in Roma il 14/5/2015 ".

E' molto chiaro che ci si trova di fronte ad una Malattia non Tabellata: patologia non tabellata (congiuntivite cronica o blefarite cronica). Estendere la frase scritta dalla Corte di Cassazione nella sua *massimazione* al campo delle patologie da causa multipla (come i tumori professionali tabellati) è un atto di imprecisione nella interpretazione della Massima della sopra trascritta Sentenza che si riporta: "**La presunzione legale circa la eziologia professionale delle malattie contratte nell'esercizio delle lavorazioni morbigene investe soltanto il nesso tra la malattia tabellata e le relative specificate cause morbigene (anch'esse tabellate) e non può esplicare la sua efficacia nell'ipotesi di malattia ad eziologia multifattoriale, in cui il nesso di causalità non può essere oggetto di semplici presunzioni tratte da ipotesi tecniche teoricamente possibili, ma necessita di concreta e specifica dimostrazione - quanto meno in via di probabilità - in relazione alla concreta esposizione al rischio ambientale e alla sua idoneità causale alla determinazione dell'evento morboso".**

Non è assolutamente possibile né credibile che la Commissione Scientifica che ha predisposto le Nuove Tabelle delle Malattie Professionali Industria ed Agricoltura (D.M. 9 aprile 2008) ignorasse che i tumori (anche quelli ad alta frazione eziologica come il mesotelioma da asbesto, l'emangiosarcoma epatico da cloruro di vinile monomero, i tumori delle fosse nasali e dei seni paranasali da esposizione a polvere di legno duro) riconoscessero anch'essi cause multiple. Pertanto extrapolare la Massima predisposta a seguito di questa Sentenza dopo averla isolata dal contesto e negare la *presunzione legale di origine* alle patologie tumorali (quasi sempre oltre

che da causa lavorativa anche da cause extraprofessionali) costituisce una vera e propria deformazione nella interpretazione di una Sentenza della Corte di Cassazione: interpretazione che appare estremamente chiara.

****

ANCORA SULLA PRESUNZIONE DEL RISCHIO NELLE MALATTIE TABELLATE:

Secondo quanto appena scritto in Appendice 1 sono riportate nella loro versione quasi jntegrale le Sentenze della Corte di Cassazione Sezione Lavoro N. 23653 del 2016 e la Sentenza N. 20769 del 2017 dove la Corte di Cassazione ribadisce il principio della " *presunzione legale di origine* " delle malattie professionali tabellate, sempre in coerenza con i principi ribaditi con la Sentenza n. 206 della Corte Costituzionale. Dunque se ci sono dubbi si proceda in modo contestuale alla lettura delle tre Sentenze riportate in modo integrale.

****

ANCORA UN RICHIAMO ALLA OPPORTUNITA' E NECESSITA' DEL MONOPOLIO DELL'INAIL CHE DA' FACOLTA' AI SUOI PROFESSIONISTI TECNICI E MEDICI DI VALUTARE L'AN ED IL QUANTUM DELLE MALATTIE PROFESSIONALI , IN QUALITA' DI DIPENDENTI PUBBLICI, A GARANZIA DEGLI ASSICURATI E DEI DATORI DI LAVORO COME PROFESSIONISTI " SUPER PARTES ".

Nella Relazione Annuale relativa al 2016 presentata nel 2017 dal Presidente dell'INAIL Massimo De Felice, questi, a proposito delle malattie professionali, ha scritto: "Le denunce di malattia sono state circa 60 mila (circa mille e 300 in più rispetto al 2015), con un aumento di circa il 30% rispetto al 2012. Ne è stata riconosciuta la causa professionale al 33%, il 4% è ancora "in istruttoria". Il 64 % delle denunce è per malattie del sistema osteomuscolare. È importante ribadire che le denunce riguardano le malattie e non i soggetti ammalati, che sono circa 45 mila; di cui circa il 37% per causa professionale riconosciuta. Sono stati poco più di 1.400 i lavoratori con malattia asbesto-correlata. I lavoratori deceduti nel 2016 con riconoscimento di malattia professionale sono stati 1.297 (il 32,2% in meno rispetto al 2012), di cui 357 per silicosi/asbestosi (l'88% è con età al decesso maggiore di 74 anni, il 71% con età maggiore di 79 anni)".

E ancora continua Massimo De Felice: “Con gli open data l’Inail ha perseguito una politica di massima trasparenza – con attenzione alla qualità statistica – sui numeri degli infortuni e delle malattie professionali (sono disponibili sul portale, in serie storica quinquennale, i dati rilevanti delle singole denunce, e dei casi riconosciuti per causa di lavoro). Sono dati che cominciano a essere utilizzati per analisi autonome da associazioni e sindacati. Per dare miglior sostegno a una politica nazionale di prevenzione sarebbe necessario estendere la base-dati: considerare tutti i lavoratori, anche quelli non-assicurati dall’Inail; aggiungere informazioni sull’esposizione al rischio per mansione. Qualche estensione si potrà avere utilizzando i dati del «Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro» (il Sinp), ma si tratta di estensione debole. Già nella «relazione» del 2012 si auspicò di costruire una base informativa efficiente – con criteri statistici di correttezza, appropriatezza e completezza – e di accreditare l’Inail come fornitore unico di informazioni e di conoscenze per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro (l’auspicio fu ripreso dalle Linee guida del Consiglio di indirizzo e vigilanza, il CIV) . Potrebbe essere la componente di una base-dati da costruire necessaria per gestire in modo efficace le politiche del lavoro. È un impegno che è importante rinnovare – nel momento dei grandi cambiamenti –, che l’Inail segnala alle Autorità competenti”. Quindi, più avanti nella sua relazione, così continua il Presidente dell’INAIL: “Nel 2016 sono state controllate 20.876 aziende (il 73% del terziario, il 23% del settore industria): l’87,6% sono risultate irregolari. Sono stati regolarizzati 57.790 lavoratori (meno del 6% rispetto al 2015), di cui 52.783 irregolari e 5.007 “in nero”. I risultati confermano, anche per quest’anno, la qualità della procedura informatica di “business intelligence” che ha sostenuto l’attività ispettiva dell’Inail; e il grande lavoro svolto dai 324 ispettori. Sono state avviate azioni di contrasto al fenomeno del caporalato, all’utilizzazione impropria e allo sfruttamento di manodopera in agricoltura, in collaborazione con altri soggetti istituzionali, organizzazioni sindacali e associazioni datoriali “. In nota a fondo pagina quindi: “Le azioni rispondono al «Protocollo sperimentale contro il caporalato e lo sfruttamento lavorativo in agricoltura» del 27 maggio 2016 (sottoscritto dal Ministero del Lavoro, dal Ministero dell’Interno e dal Ministero delle Politiche Agricole) e alla legge 29 ottobre 2016, n. 199 (Disposizioni in materia di contrasto ai fenomeni del lavoro nero, dello sfruttamento del lavoro in agricoltura e di riallineamento retributivo nel settore agricolo). In ottobre è stato sottoscritto il “Protocollo di intesa sperimentale” tra Regione Toscana, Direzione regionale Inail Toscana, Inps, Ministero del Lavoro, Cgil, Cisl, Uil, Coldiretti, Confederazione Italiana Agricoltori, Confagricoltura e Alleanza delle Cooperative; lo scorso maggio il “Protocollo di intesa” tra Regione Abruzzo, Direzione Regionale Inail Abruzzo, Ispettorato interregionale del lavoro, Anci, Cgil, Cisl, Uil, Coldiretti, Assolavoro “. Ed ancora così continua Massimo De Felice: “Dal 2017 l’Ispettorato Nazionale del Lavoro potrà avvalersi di questo prezioso insieme di tecniche strumenti esperienze e

competenza, per rendere più efficace un'azione di vigilanza coordinata, tra Ministero del Lavoro, Inail e Inps. Continua l'impegno delle imprese nell'attività di mitigazione dei rischi negli ambienti di lavoro: nel 2016 si sono avute circa 27 mila istanze di riduzione del tasso di tariffa per meriti di prevenzione (documentate con interventi effettuati nel 2015). Lo scorso settembre è stata disposta la riduzione del 7,61% dell'importo del premio per le imprese artigiane che non hanno denunciato infortuni nel biennio 2014-2015: sono stati destinati 27 milioni di euro; le posizioni assicurative (territoriali) risultate rispondenti ai requisiti sono state circa 300 mila, lo sconto ha interessato oltre 277 mila ditte. Altre riduzioni (del premio) hanno riguardato, anche nel 2016, il settore edile, la pesca e la navigazione. Continua anche il piano per co-finanziare (al 65% del costo complessivo) progetti di investimento, per l'adozione di modelli organizzativi e di responsabilità sociale, di bonifica dei materiali contenenti amianto, per micro e piccole imprese operanti in specifici settori di attività (sono i cosiddetti «incentivi Isi»). Col bando del 2016 sono stati messi a disposizione 245 milioni di euro; rappresentano la settima tranche di un ammontare complessivo di circa 1,5 miliardi di euro stanziato dall'Inail a partire dal 2010. La principale novità di quest'anno consiste nell'introduzione di un nuovo asse di finanziamento, di 20 milioni di euro, dedicato alle micro e piccole imprese che operano nel settore della ristorazione. Dai dati statistici risulta che i progetti «ammessi e regolari» presentati da imprese sino a 15 dipendenti erano nel 2010 il 61%: siamo arrivati al 71,5% nel 2015. Nel 2016 è stato pubblicato il primo bando «Isi agricoltura»: mette a disposizione delle micro e piccole imprese agricole 45 milioni di euro (25 a carico di Inail, 20 stanziati dal Ministero del Lavoro) per l'acquisto o il noleggio con patto di acquisto di macchine agricole e trattori, caratterizzati da soluzioni innovative per la protezione dai rischi. Particolari agevolazioni sono riservate ai giovani agricoltori. La prevenzione deve essere intesa dalle imprese come «fattore produttivo», e strumento di innovazione e di crescita. È un messaggio che l'Inail cerca di comunicare con forza e di rendere efficace con i piani di collaborazione. Sono state avviate o confermate collaborazioni con l'Istituto Superiore di Sanità (per la promozione di attività finalizzate alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, la diffusione della cultura della sicurezza, la realizzazione di progetti di ricerca); con l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza"; con la Commissione nazionale paritetica per la prevenzione infortuni, l'igiene e l'ambiente di lavoro; con Federchimica (per rafforzare i piani di attività congiunta e migliorare gli strumenti in grado di sostenere le imprese della filiera chimica – soprattutto le piccole e medie – nella riduzione del fenomeno infortunistico). La collaborazione con il MIUR sta producendo percorsi formativi (in modalità e-learning), inseriti nei programmi di "alternanza scuola lavoro". Resta impegno rilevante per Inail la collaborazione con l'Uni (l'Ente Nazionale Italiano di Unificazione) per la predisposizione e diffusione di norme tecniche, linee guida e prassi di riferimento. Va segnalata la pubblicazione, nel mese di settembre, delle «Linee guida per la

procedura operativa per l'asseverazione dei modelli di organizzazione e gestione della salute e sicurezza nelle aziende dei servizi ambientali territoriali» (se ne è discusso in un convegno organizzato dalla fondazione Rubes Triva. Rientrano nell'attività di prevenzione i servizi di omologazione e certificazione di attrezzature: nel 2016 ne sono stati richiesti 185 mila (erano stati circa 106 mila nel 2015); i servizi resi sono Relazione del Presidente sono stati 94.170 (erano 94.784): hanno prodotto un fatturato di circa 16 milioni di euro".

Più avanti nella Relazione Annuale continua Massimo De Felice: "Nel 2016 sono state effettuate circa 7 milioni e mezzo di "prestazioni sanitarie"; le prestazioni per "prime cure" effettuate presso i 131 ambulatori dell'Inail sono state circa 700 mila, di cui l'84,4% richieste a seguito di infortuni (la quota residua per malattia professionale, aumentata di circa il 10% rispetto al 2015). Sono state fornite a 3.887 pazienti circa 126 mila prestazioni riabilitative e 10.190 visite fisiatriche negli 11 centri di fisiochinesiterapia attivi in 5 regioni; il Centro protesi di Vigorso di Budrio ha registrato l'afflusso di circa 10.700 assistiti. È proseguito il lavoro sui progetti di ricerca con l'Istituto di biorobotica della Scuola Sant'Anna di Pisa, con l'Università Campus bio-medico di Roma, e con l'Istituto Italiano di Tecnologia (un nuovo accordo è stato sottoscritto a marzo 2016). Per la « mano robotica " » e l'«esoscheletro motorizzato» si sono svolte, presso il Centro di Budrio, molte delle fasi di trial clinico: alcune è previsto si completino entro il 2017, per avviare il processo di «messa in produzione» e di commercializzazione. Alla sperimentazione è stata assoggettata anche la «piattaforma riabilitativa Hunova» (strumento a tecnologia robotica, per facilitare il recupero funzionale da trauma ortopedico o neurologico), presso il Centro di Riabilitazione Motoria Inail di Volterra. Segni di queste ricerche sono stati presentati dal Centro protesi – lo scorso aprile, a Milano – al Technology Hub (fiera evento sulle tecnologie innovative), nell'area tecnica dedicata alle eccellenze della robotica. Nel mese di luglio è stato emanato il «Regolamento per il reinserimento e l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro» (in attuazione delle disposizioni della «legge di stabilità per il 2015»). Sono individuate tre tipologie di azione: per il superamento e l'abbattimento delle barriere architettoniche nei luoghi di lavoro; per l'adeguamento e l'adattamento delle postazioni di lavoro; per la formazione. È un'impostazione apprezzata anche dall'Associazione Nazionale fra Lavoratori Mutilati e Invalidi del Lavoro (l'Anmil). I progetti di reinserimento lavorativo sono elaborati dalle "équipe multidisciplinari", con il consenso e il coinvolgimento del lavoratore, con la partecipazione del datore di lavoro. È una «terza via» – virtuosa – per fronteggiare «il peso dell'invalidità», tra i due impegni che Amartya Sen – riprendendo un tema già accennato nella sua Nobel lecture – ha posto rilevanti nelle politiche del welfare: l'impegno a sostenere «handicap al guadagno» (indebolimento della facoltà di guadagnare) e «handicap alla conversione» (ossia alla difficoltà di convertire guadagni e risorse in una vita buona, a causa dell'invalidità).

Il seminario internazionale sul reinserimento – promosso dall'Inail in collaborazione con l'International Social Security Association (che si è tenuto a maggio 2016) – ha mostrato come l'impostazione italiana possa portare a soluzioni di eccellenza nel confronto europeo" .

A proposito della Ricerca Scientifica, più avanti nel prosieguo della Relazione Annuale, Massimo De Felice con estrema chiarezza scrive: "Nonostante il Decreto legislativo del 25 novembre 2016 (il n. 218) all'articolo 1 non abbia annoverato l'Inail tra gli enti pubblici di ricerca, la ricerca svolta dall'Inail viene assoggettata alle disposizioni che regolano l'attività degli enti riconosciuti (in particolare riguardo alla «carta europea dei ricercatori», all'obbligo del piano triennale di attività, al riconoscimento dei meriti, all'ottemperanza delle linee guida che l'ANVUR dovrà redigere per i processi di valutazione delle attività)" . Ed a questo riguardo scrive il Presidente dell'INAIL: "Nella sostanza, per numero di ricercatori impegnati (più di 400), doveri istituzionali (era già «Organo tecnico scientifico nazionale»), volumi di attività, impegno economico l'Inail è anche un grande ente di ricerca".

E' chiaro che il grande encomio di Massimo De Felice è diretto in via prevalente ai professionisti della Consulenza Tecnica Accertamento Rischi e Prevenzione, coordinati per moltissimi anni da Umberto Verdel che, con il suo spessore culturale e la sua ampia veduta mentale, ha saputo coniugare le necessità del lavoro istituzionale routinario con studi scientifici di grande valenza, ed ai professionisti dell'ex ISPESL confluiti in INAIL con la Legge del 2010 che sono " specialisti di molto elevato rango della ricerca scientifica in ambito di prevenzione ". Ma Massimo De Felice attribuisce già prima a tutta l'INAIL il carattere di «Organo tecnico scientifico nazionale», e la categoria dei suoi Medici, molti dei quali realmente impegnati da sempre in studi e ricerche in campo prevalentemente epidemiologico, anche spesso docenti a contratto presso le Scuole di Specializzazione in prevalenza di Medicina Legale e delle Assicurazioni e di Medicina del Lavoro, oltre che nei corsi di laurea triennale di Tecnico dell'Ambiente e della Prevenzione, non possono non sentirsi onorati di uno dei più bei complimenti che si fa ad un Medico e cioè di non essere solo adatto per la professione ma anche idoneo a svolgere attività di ricerca. In ambito di ricerca clinica applicata diversi Centri Ospedalieri italiani non hanno nulla da invidiare agli Istituti Universitari. Dunque, raccogliendo l'invito di Massimo De Felice anche i Medici dell'INAIL hanno un futuro nella ricerca scientifica dove le giovani generazioni si potranno impegnare sempre di più.

Ciò detto, appare molto evidente che tutti i compiti istituzionali dell'INAIL elencati dal suo Presidente Massimo De Felice – molti dei quali per problemi di spazio non ho riportato – e sottolineo, oltre l'attività *super partes* dei suoi Medici, anche l'attività ispettiva del lavoro, svolta in sinergia con l'Arma dei Carabinieri e la Guardia di Finanza per contrastare il lavori nero, l'evasione contributiva, la pericolosità di un determinato ambiente di lavoro che ha già causato o potrebbe causare un grave

infortunio sul lavoro oppure una malattia professionale non possono che essere gestiti che da un Ente Pubblico.
Circa questo punto, in appendice alla molto opportuna citazione di Massimo De Felice del pensiero di J.M. Kejnes, riportato nel Quarto Capitolo, nell'accostare quanto da lui sostenuto circa la necessità dell'intervento dello Stato in alcuni settori economici ed amministrativi così come nella difesa del monopolio dell'INAIL– in un clima politico di *liberalismo* e non di anarchico *liberismo* - anche io mi permetto, del tutto in sintonia con l'autorevole parere del Presidente dell'INAIL , di citare questa bellissima e sempre attuale frase del filosofo John Locke Inghilterra 1632 – 1704): *" Sebbene sia uno stato di libertà, tuttavia non è uno stato di licenza: sebbene in questo stato si abbia la libertà incontrollabile di disporre della propria persona e dei propri averi, tuttavia non si ha la libertà di distruggere né se stessi né qualsiasi creatura in proprio possesso, se non quando lo richieda un qualche uso più nobile, che quello della pura e semplice conservazione. Lo stato di natura è governato dalla legge di natura, che obbliga tutti: e la ragione, che è questa legge, insegna a tutti gli uomini, purché vogliano consultarla, che, essendo tutti eguali e indipendenti, nessuno deve recar danno ad altri nella vita, nella salute, nella libertà o nei possessi ".*

****

GLI STUDI EPIDEMIOLOGICI IN AMBITO DI MALATTIE CORRELATE AL LAVORO:

Nello spirito ottimistico di sperare in *un futuro di maggiore serietà* nel porre l'attenzione nei confronti di malattie " *work related* " a più grave impatto sociale e di spronare anche le Rappresentanze Sociali a pretendere che l'Assicurazione Previdenziale si riappropri di contenuti *solidaristici* per cui è nata per favorire i lavoratori quando capita loro un evento che li penalizza in modo sensibile sul piano umano e lavorativo, senza quindi assecondare una *distribuzione a pioggia* (ma di questo si riparlerà ampiamente nel prosieguo dell'opera che sto scrivendo e su cui mi permetterò anche di accodarmi ai rimedi suggeriti da valenti Scuole Universitarie sui " *punti di caduta* " del D.lvo n. 38/2000, che ha contribuito a far deviare lo scopo e la finalità della Relazione della Commissione Smuraglia), comincerò con l'esaminare il Documento del Progetto MALPROF del Gruppo di lavoro " Formazione " del Sistema Informativo sulle Malattie Professionali, riportando il suo elaborato intitolato " CRITERIO DI MASSIMA PER L'ATTRIBUZIONE DEL NESSO DI CAUSA ".
Si riporta il Documento integralmente, anche per non travisarne i contenuti e lo spirito:
" Il progetto MALPROF si pone come obiettivo primario l'attivazione sul territorio nazionale di un sistema di registrazione, secondo criteri e procedure omogenee, delle patologie correlate al lavoro segnalate ai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro delle ASL. Il sistema MALPROF si inserisce tra i sistemi di sorveglianza epidemiologica e di ricerca delle malattie professionali e segue pertanto la logica di favorire il

più possibile l'emersione delle cosiddette malattie professionali "perdute" registrando tutte le patologie segnalate come "correlate al lavoro", senza effettuare alcun tipo di filtro a priori sulle segnalazioni pervenute o acquisite e applicando criteri di attribuzione del nesso di causa tra esposizione professionale e malattia meno restrittivi rispetto a quelli seguiti dall'INAIL o dall'Autorità Giudiziaria. Questo documento nasce proprio dalla necessità di codificare tali criteri di valutazione fornendo un modello che possa favorire una uniformità di comportamento fra i vari operatori dei Servizi. Procedura per l'attribuzione del nesso di causa Il Servizio acquisisce la documentazione inerente la malattia professionale attraverso: - il certificato di sospetta malattia professionale od il referto direttamente trasmesso dai medici certificatori (medici di base, specialisti ospedalieri o ambulatoriali, medici competenti, ecc.), dai medici dell'INAIL, dall'Autorità giudiziaria, ecc; - indagini svolte dal Servizio; - iniziative di ricerca attiva, messe direttamente in campo dagli operatori dei Servizi.
In seguito alla segnalazione di malattia professionale il Servizio può: - attivare l'indagine di malattia professionale; - non attivare l'indagine. Se non viene attivata l'indagine, il Servizio potrà acquisire gli elementi utili alla definizione del nesso di causa attraverso le informazioni presenti nel certificato o nel referto di malattia professionale, eventualmente integrate da ulteriori informazioni richieste dai medici del Servizio al medico certificatore. Il modello prevede che l'espressione del giudizio di probabilità sul nesso di causa fra esposizione lavorativa ad uno o più fattori di rischio e malattia professionale sia subordinata ad una preliminare valutazione della documentazione (anamnesi lavorativa e accertamenti diagnostici) inerente la malattia professionale acquisita dagli operatori sanitari del Servizio. Solo in seguito alla formulazione di un giudizio complessivo sulla qualità dei dati disponibili potrà essere assegnato il nesso di causa fra la patologia e l'esposizione al rischio lavorativo. Quest'ultimo può essere espresso secondo quattro modalità: altamente probabile, probabile, improbabile o altamente improbabile. L'assegnazione del nesso di causa deriverà dal giudizio qualitativo sull'anamnesi e la diagnosi; si potranno avere tre possibilità:
-espressione della valutazione sul nesso di causa secondo quattro modalità (altamente probabile, probabile, improbabile o altamente improbabile);
-espressione della valutazione sul nesso di causa secondo due sole modalità (probabile o improbabile);
-sospensione del giudizio sul nesso di causa, quando le informazioni disponibili sono molto incomplete.
Nei paragrafi successivi viene spiegata la procedura di attribuzione del nesso di causa, che può essere distinta in due fasi: I^ fase: verifica della qualità delle informazioni disponibili; II^ fase: assegnazione del nesso di causalità.

Prima fase: verifica della qualità delle informazioni disponibili :

Si compone di due operazioni distinte e complementari:

1. ***valutazione della completezza dell'anamnesi lavorativa:*** questa operazione si effettua verificando i dati disponibili o presunti sulla storia lavorativa. Le informazioni minime che si dovrebbero desumere dai dati anamnestici disponibili sono: a. i comparti produttivi nei quali il lavoratore è stato occupato; b. le sue mansioni lavorative; c. l'esposizione al rischio correlato all'attività lavorativa; d. la durata dell'esposizione lavorativa. Sulla base della disponibilità di queste informazioni, l'anamnesi può essere classificata in: - completa (4 o 3 informazioni); - incompleta (2 informazioni); - inadeguata (1 o nessuna informazione).

2. ***valutazione della qualità dell'iter diagnostico:*** per valutare l'iter diagnostico seguito dal medico certificatore si assume come standard di riferimento quello fornito dalla letteratura scientifica. Il ***Gold Standard*** può essere ricercato nelle principali riviste scientifiche (con particolare riguardo per quelle a più elevato impact factor) o nelle linee guida elaborate dalle principali Società scientifiche di settore. Nel sito Ispesl è previsto l'inserimento di una sezione dedicata all'archivio di documenti utili alla verifica di qualità delle diagnosi, con i link ai siti internet delle principali società scientifiche.
Con riferimento pertanto al Gold Standard, l'iter diagnostico potrà essere classificato come:

A affidabile: il percorso diagnostico è affidabile quando è conforme alle raccomandazioni contenute nella letteratura medica aggiornata in base ad almeno uno dei seguenti elementi: a) documentazione sanitaria disponibile e adeguata;
b) iter diagnostico esplicitamente dichiarato e adeguato.

D dubbio: il percorso diagnostico è dubbio quando: a) la documentazione sanitaria non è disponibile; b) l'iter diagnostico non è dichiarato. Sull'adeguatezza dell'iter diagnostico si può prendere in considerazione l'affidabilità della fonte da cui origina la segnalazione che utilizza protocolli diagnostici noti e validati. In assenza di un iter diagnostico e in presenza di soli sintomi o segni è ammessa la categoria: ***S segnalazione di soli sintomi e segn***i sono riportati solo sintomi o segni obiettivi od alterazioni degli indici di monitoraggio biologico.

A questo punto, incrociando le valutazioni ricavate nei due punti precedenti, sono possibili le seguenti modalità di espressione del nesso:
Semaforo verde: gli elementi disponibili sono completi ed affidabili. Possiamo procedere alla definizione del nesso di causalità secondo tutte e 4 le possibili modalità del nesso di causa (altamente probabile, probabile, improbabile o altamente improbabile);
Semaforo giallo: i dati a disposizione non sono completi ed esaustivi. Siamo comunque in presenza di elementi che consentono di verificare, procedendo con prudenza, l'eventuale presenza di un nesso di causalità, che potrà però essere espresso soltanto secondo due modalità (probabile, improbabile);
Semaforo rosso: non si dispone di elementi sufficienti per giungere all'espressione di una valutazione sul nesso di causalità. Occorre sospendere la procedura e rivalutare il caso eventualmente procedendo all'acquisizione diretta di ulteriori elementi.

Tabella 1 Valutazione della qualità delle informazioni disponibili: Omissis

Seconda fase: ***assegnazione del nesso di causalità*** La probabilità del nesso di causalità, come esplicitato nei paragrafi precedenti, può essere assegnata solamente nei casi in cui vi sia una discreta qualità delle informazioni disponibili, ovvero nelle situazioni previste dai rettangoli verdi o gialli della tabella precedente. Il giudizio di probabilità si fonda su due elementi: l'attività lavorativa svolta dal lavoratore, descritta attraverso l'anamnesi lavorativa che può essere:
- *effettivamente correlata alla patologia;*
- *non correlata alla patologia;* la diagnosi della patologia, di cui il lavoratore è affetto, che può essere: - positiva: se il medico del Servizio riscontra la diagnosi di malattia; - negativa: se il medico del Servizio non rileva alcuna malattia.

Si potranno quindi avere le seguenti possibilità di nesso di causa:

1. ***Anamnesi completa e correlata, diagnosi affidabile***: sono presenti tutti gli elementi anamnestici ritenuti necessari per l'assegnazione del nesso. I dati anamnestici disponibili risultano convergere verso un'effettiva esposizione lavorativa correlata alla patologia lamentata; la diagnosi è affidabile, cioè rispetta il Gold Standard della letteratura scientifica. In tal caso non vi è difficoltà ad assegnare un nesso di causalità altamente probabile. Può essere questo il caso di una ipoacusia da rumore (diagnosticata attraverso un esame audiometrico in cabina silente con il rispetto del risposo acustico e l'esplorazione della via ossea, con eventuale supporto di esame impedenzometrico) in soggetto dalla cui anamnesi lavorativa si desume un'esposizione a rumore superiore a 85 dBA per numerosi anni (attestata mediante il documento di valutazione del rumore), in comparti lavorativi a rischio. Vi può essere il caso, tuttavia, che in presenza degli stessi elementi anamnestici e diagnostici, non si possa esprimere un nesso altamente probabile in quanto i dati disponibili in letteratura riportano delle incertezze riguardo la correlazione della patologia con determinata attività lavorativa; in questo caso il nesso verrà espresso come ***probabile.***

2. Anamnesi completa e correlata, diagnosi dubbia: anche in questo caso sono presenti tutti gli elementi anamnestici ritenuti necessari per l'assegnazione del nesso e i dati anamnestici disponibili dimostrano una correlazione con la malattia, ma la diagnosi non è di certezza; in questo caso il nesso di causalità assegnato potrà essere probabile. Questo è il caso di un operaio di un salottificio con mansione di tappezziere assemblatore. I relativi alla sua esposizione lavorativa sono certi (in quanto supportati ad esempio anche da un'adeguata valutazione dei rischi con il metodo OCRA) e sono indicativi per una esposizione a rischio da movimenti ripetuti degli arti superiori controresistenza. La diagnosi di Sindrome del tunnel carpale però appare dubbia, in quanto non supportata adeguatamente da ecografia o elettromiografia.

3. Anamnesi incompleta, correlata e diagnosi affidabile: gli elementi anamnestici disponibili non possono essere giudicati completi in quanto sono carenti di alcune informazioni ritenute indispensabili. I dati disponibili risultano comunque suggestivi per una correlazione della patologia lamentata con l'esposizione lavorativa. È il caso dello stesso soggetto del punto 1 con ipoacusia da rumore (diagnosticata attraverso un esame audiometrico in cabina silente con il rispetto del risposo acustico e l'esplorazione della via ossea, con eventuale supporto di esame impedenzometrico), che ha lavorato in un comparto e con una mansione a rischio (ad esempio addetto alla sega elettrica in una segheria), ma non si ha la disponibilità di una valutazione del rumore e del periodo di esposizione. In questo caso ci si potrebbe esprimere per un nesso probabile.

4. Anamnesi incompleta, correlata e diagnosi dubbia: analogamente se non fossero presenti tutti gli elementi necessari per una diagnosi affidabile e l'anamnesi lavorativa, pur non completa, fosse comunque suggestiva di una esposizione a rischio, il nesso sarà prudenzialmente espresso come probabile. **.**

5. Anamnesi completa, non correlata e diagnosi affidabile: se l'operaio della segheria, pur in presenza di una diagnosi affidabile di ipoacusia da rumore, dai dati anamnestici completi ed esaustivi a nostra disposizione, non risulta esposto a rumore per la sua specifica mansione lavorativa, si esprimerà una valutazione di nesso altamente improbabile. Vi può essere il caso, tuttavia, che in presenza degli stessi elementi anamnestici e diagnostici, non si possa esprimere un nesso altamente improbabile in quanto i dati disponibili in letteratura riportano un'elevata correlazione della patologia con quella attività lavorativa. In questo caso il nesso sarà espresso come **improbabile;**

6. Anamnesi completa, non correlata e diagnosi dubbia: questo è il caso di cui sopra, quando anche gli elementi in favore della diagnosi di ipoacusia da rumore sono carenti: il nesso sarà valutato come improbabile.

7. ***Anamnesi incompleta, non correlata e diagnosi affidabile:*** gli elementi disponibili non risultano esaustivi rispetto alle informazioni ritenute necessarie. I dati non sono peraltro indicativi per una correlazione della patologia lamentata con l'attività lavorativa. Continuando con lo stesso esempio, il lavoratore in questione, pur operando nella segheria effettua un lavoro di tutt'altra natura (ad esempio si occupa del magazzino prodotti finiti) per il quale non disponiamo della valutazione del rumore e della durata dell'esposizione.
Le informazioni a disposizione risultano quindi incomplete e non indicative e, pertanto, il nesso di causalità potrà essere definito come improbabile.

8. Anamnesi incompleta, non correlata e diagnosi dubbia: in questo caso i dati risultano incompleti e non correlati con l'attività lavorativa mentre la diagnosi non è completa di tutti gli elementi necessari. In questo caso, la scarsa disponibilità ed adeguatezza delle informazioni in nostro possesso, non ci consente di attribuire un nesso altamente improbabile, ma solo improbabile.

9. Sintomi e segni: il medico certificatore segnala l'ipotesi che sia correlabile al lavoro (o ad esempio in conseguenza di attività di ricerca attiva messa in atto dal Servizio), come il caso di una lombalgia segnalata in un addetto portuale allo scarico merci. Se le indicazioni anamnestiche sono complete e fortemente correlate all'attività lavorativa, si potrà esprimere un nesso altamente probabile. Queste situazioni possono

essere indicate come eventi sentinella, per i quali potrebbe essere opportuno mettere in campo iniziative mirate di prevenzione. Vi può essere il caso, tuttavia, che in presenza delle stesse informazioni, non si possa esprimere un nesso altamente probabile in quanto i dati disponibili in letteratura riportano delle incertezze riguardo la correlazione del sintomo o segno con una determinata attività lavorativa; in questo caso il nesso verrà espresso come probabile. Ad esempio, può essere il caso di una segnalazione di ipertensione arteriosa in un lavoratore esposto a rumore. Quando non abbiamo notizie complete per correlare la lombalgia del portuale sopra richiamato con l'attività lavorativa, ad esempio non siamo in grado di risalire a un dato relativo alla durata della sua attività lavorativa ed al peso dei carichi che vengono movimentati, però l'attività è allo stesso tempo fortemente suggestiva, giudicheremo il nesso probabile. Se i dati anamnestici sono completi ed esaustivi e allo stesso tempo escludono chiaramente l'esposizione al rischio (il nostro portuale svolge saltuariamente l'attività di autista di camion che non si occupa direttamente delle operazioni di carico e scarico del suo mezzo, e per il resto svolge la funzione di operatore al PC in magazzino merci), il nesso sarà altamente improbabile. Vi può essere il caso, tuttavia, che in presenza degli stessi elementi anamnestici e degli stessi sintomi o segni, non si possa esprimere un nesso altamente improbabile in quanto i dati disponibili in letteratura riportano una elevata un'elevata correlazione di quest'ultimi con quella attività lavorativa; in questo caso il nesso verrà espresso come improbabile. Infine in caso di una lombalgia per la quale i dati anamnestici a disposizione risultano non correlati, ma allo stesso tempo incompleti, per cui non si può del tutto escludere che gli elementi mancanti potrebbero indicare una maggiore correlazione, ci si esprime prudenzialmente per un nesso improbabile in attesa di un ulteriore eventuale ***approfondimento;***

10. Anamnesi inadeguata: nel caso in cui mancano gli elementi diagnostici per potersi esprimere in termini di presenza o assenza del rischio lavorativo, essendo l'anamnesi fortemente carente, il nesso non potrà essere assegnato (nesso ***sospeso***).

TABELLA 2 - ASSEGNAZIONE DEL NESSO DI CAUSALITA'. *Omissis.*

NOTA: Di altri studi epidemiologici: il Registro dei Mesoteliomi, il Progetto ReNam, il Progetto Occam, il Progetto CAREX, l'Osservatorio dei Tumori a cura del Magistrato Guariniello in Piemonte si parlerà nei Capitoli dedicati ai Tumori Professionali nel prosieguo del presente Volume.

****

PRESUPPOSTI DOTTRINARI E GIURISPRUDENZIALI:

Da quanto si è già detto sulla dottrina riguardante le Malattie Professionali Tabellate il criterio è quello della *presunzione legale di origine* con *inversione dell'onere della prova* a carico dell'Istituto Assicuratore che deve fornire *la prova contraria della origine non professionale in concreto della malattia denunciata.* La prova contraria deve essere data dall'Istituto Assicuratore secondo ***criterio di certezza*** e mai secondo *criteri probabilistici*. Si rinvia al Secondo Capitolo, Terzo e Quarto Capitolo per una più compiuta esposizione al riguardo.
Viceversa per le Malattie Professionali Non Tabellate *è il lavoratore assicurato che deve fornire all'Istituto Previdenziale la prova della origine professionale della infermità.*
La prova a carico del lavoratore non deve essere ardua prova ma prova semplice.

Nel 2003 il Protocollo Metodologico delle Malattie Professionali in ambito INAIL, a cura della Sovrintendenza Medica Generale e della Direzione Centrale Prestazioni, con lo scopo di " venire incontro al lavoratore ", contribuendo da parte INAIL alla dimostrazione dell'origine professionale delle tecnopatie, ha di fatto snaturato il concetto della " prova a carico del lavoratore " seppure " prova semplice " e "non ardua prova ". Ne sono provenute richieste di indennizzo da parte molto spesso dei Patronati e dei Medici Private di malattie professionali talvolta " *a valanga* " con quasi sempre la sola diagnosi di tecnopatia, senza una minima dimostrazione di correlazione causale tra attività lavorativa svolta e patologia derivata. Addirittura in molti casi mancava e manca, anche nel nuovo modello di certificazione, l' attività lavorativa svolta (sia l'ultima sia le attività lavorative precedenti).
Dicevo che, in caso di Malattia Professionale Non Tabellata, è ammesso, da parte del lavoratore, l'utilizzo ai fini della dimostrazione dell'origine professionale di patologia non tabellata del criterio probabilistico, purchè si tratti di " *probabilità qualificata* " dove al concetto di probabilità qualificata **non** si sostituisca il concetto del possibile, cioè di " *mera possibilità* ". E' quanto sostiene la medesima Corte Costituzionale con la Sentenza n. 179 /1988 seguita da pronunciamenti della Corte di Cassazione in sintonia con essa.

Ed infatti:

1) Corte di Cassazione Civile, Sezione Lavoro, 28 marzo 2012 n. 4965: " *Il nesso causale tra attività lavorativa ed evento dannoso, quando la patologia presenta una eziologia multifattoriale, esige una dimostrazione ancorata a concrete e specifiche situazioni di fatto. Non assume alcuna decisiva rilevanza infine il richiamo operato dai ricorrenti al rinascimento della causa di servizio, atteso che per consolidata giurisprudenza per la patologia che presenti una eziologia multifattoriale, il nesso causale fra attività lavorativa ed evento dannoso, esige una dimostrazione, quantomeno in termini di probabilità, ancorata a concrete e specifiche situazioni di fatto, con riferimento alle mansioni svolte, alle condizioni di lavoro ed alla intensità della esposizione al rischio* ".

NOTA MIA: Sulla estensione anche " *alle malattie multifattoriali* ", come riportato in questa Massima, avrò modo di soffermarmi a proposito dei Richiami di Genetica che costituirà parte fondamentale del Sesto Capitolo.

2) Corte di Cassazione Civile, Sezione Lavoro, 29 luglio 2003, n. 11663: " *Nelle controversie in materia di rendita per malattie professionali non tabellate, spetta al lavoratore provare sia l'esposizione al rischio, e quindi la modalità della prestazione lavorativa, il che può costituire oggetto di prova testimoniale, sia il mezzo causale tra mansioni e malattie denunciate, che deve essere valutata in termini di*

ragionevole certezza e può essere ravvisata in presenza di un rilevante grado di probabilità; rispetto a tale accertamento il giudice deve tenere conto non solo dei mezzi di prova dedotti ma altresì delle conclusioni probabilistiche del consulente tecnico ".

3) Corte di Cassazione Civile, Sezione Lavoro, 21 giugno 2006, n. 14308: " *In tema di malattia professionale derivante da lavorazione non tabellata (autotrasporto di materiali quali sali e pietrisco provenienti dalle miniere), la prova della derivazione della malattia da causa da lavoro grava sul lavoratore e deve essere valutata in termini di ragionevole certezza, nel senso che, esclusa la rilevanza della mera possibilità dell'origine professionale, questa può essere invece ravvisata in presenza di un elevato grado di probabilità. (Nella specie, la S.C. ha ritenuto esente da vizi la sentenza di merito che, recependo le conclusioni del C.T.U., aveva rigettato la domanda dell'assicurato, affermando l'esistenza di una mera possibilità, e non di una probabilità, che l'esposizione alle polveri dell'autotrasportatore per i brevi periodi in cui il camion sostava in attesa nell'area della miniera per le operazioni di carico e scarico abbia determinato la broncopneumopatia di cui soffre il ricorrente)* ".

4) Corte di Cassazione Civile, Sezione Lavoro, 1 marzo 2006, n. 4520: " *In ipotesi di malattia professionale non tabellata, la prova della causa di lavoro che grava sul lavoratore deve essere valutata in termini di ragionevole certezza, ovvero, esclusa la rilevanza della mera possibilità di eziopatogenesi professionale, questa può essere ravvisata in presenza di una seria probabilità, esclusa la mera possibilità, tenendo conto anche, come nella specie, della chiusura del reparto al quale il lavoratore era addetto, per nocività delle lavorazioni, mediante il ricorso ad appropriati criteri medico legali, normalmente acquisibili mediante consulenza tecnica. (Nella specie la Suprema Corte ha ritenuto la decisione di merito carente nelle motivazioni proprio per la mancanza di una adeguata istruttoria per aver ritenuto l'eliminazione del reparto adibito alla produzione di lana di vetro, cui era addetto il lavoratore che aveva contratto il mesotelioma pleurico, preclusiva di ulteriori indagini. La Corte di Cassazione ha cassato con rinvio invitando il Giudice del rinvio ad accertare se la patologia che aveva condotto alla morte del lavoratore fosse causalmente riferibile alle lavorazioni di fibre di lana di roccia, nelle condizioni in cui tali lavorazioni venivano effettuate nel reparto cui era addetto)*".

5) Corte di Cassazione Civile, Sezione Lavoro, 11 giugno 2004, n. 11128: " *Nel caso di malattia professionale non tabellata, come anche in quello di malattia ad eziologia multifattoriale, la prova della causa di lavoro, che grava sul lavoratore, deve essere valutata in termini di ragionevole certezza, nel senso che, esclusa la rilevanza della mera possibilità dell'origine professionale, questa può essere invece ravvisata in*

presenza di un elevato grado di probabilità. A tale riguardo, il Giudice deve non solo consentire all'assicurato di esperire i mezzi di prova ammissibili e ritualmente dedotti, ma deve altresì valutare le conclusioni probabilistiche del consulente tecnico in tema di nesso causale, facendo ricorso ad ogni iniziativa " ex officio " diretta ad acquisire ulteriori elementi (nuove indagini o richiesta di chiarimenti al consulente tecnico, ecc.) in relazione alla entità ed alla esposizione del lavoratore ai fattori di rischio ed anche considerando che la natura professionale della malattia può essere desunta con elevato grado di probabilità dalla tipologia delle lavorazioni svolte, dalla natura dei macchinari presenti nell'ambiente di lavoro, dalla durata della prestazione lavorativa e dall'assenza di altri fattori extralavorativi, alternativi o concorrenti, che possano costituire causa della malattia ".

NOTA MIA: Sulla estensione anche " *alle malattie multifattoriali* ", come riportato in questa Massima, avrò modo di soffermarmi a proposito dei Richiami di Genetica che costituirà parte fondamentale del Sesto Capitolo.

6) Corte di Cassazione Civile, Sezione Lavoro, 20 maggio 2004, n. 9634: " *Nella ipotesi di malattia ad eziologia multifattoriale – quale il tumore – il nesso di causalità relativo all'origine professionale di esso non può essere oggetto di semplici presunzioni tratte da ipotesi tecniche teoricamente possibili, ma necessita di una concreta e specifica dimostrazione, che può essere, peraltro, data anche in via di probabilità, ma soltanto ove si tratti di " probabilità qualificata ", da verificarsi attraverso ulteriori elementi idonei a tradurre in certezza giuridica le conclusioni in termini probabilistici del consulente tecnico. (Nella specie la Corte Suprema ha confermato la sentenza di merito che aveva rigettato una domanda del superstite di lavoratore deceduto per neoplasia polmonare, ritenendo che la dipendenza della neoplasia dalle lavorazioni di saldatura e verniciatura dei metalli alle quali era addetto il lavoratore rimaneva a livello di mera probabilità teorica, senza essere giuridicamente qualificabile come probabile concausa a fronte di altri fattori, quali il tabagismo e l'esistenza di una pregressa T.B.C. polmonare, che emergevano come probabili cause della neoplasia)*".

NOTA MIA: Sulla estensione anche " *alle malattie multifattoriali* ", come riportato in questa Massima, avrò modo di soffermarmi a proposito dei Richiami di Genetica che costituirà parte fondamentale del Sesto Capitolo.

<u>Tali indirizzi della Giurisprudenza della Corte di Cassazione Civile Lavoro, peraltro del tutto in linea con la Sentenza della Corte Costituzionale n. 179/1988, sono del tutto confermati in epoca attuale, come si è potuto constatare dalla lettura della</u>

Sentenza sopra riportata (**Cassazione Civile, Sez. Lav., 12 ottobre 2015, n. 20416).** Le Massime delle Sentenze, come sopra riportate, e come già scritto nel Terzo e Quarto Capitolo talora possono avere portato un po' di confusione.

****

RAPPORTI TRA BIOLOGIA E DIRITTO

E veniamo ai problemi più intimamente legati al rapporto tra biologia e diritto tra progressi della biologia molecolare attuali ed emancipazione del diritto, della giurisprudenza: mai fusi insieme come in questo campo ora.

Il Progetto Genoma (*voluto anche dal Premio Nobel Renato Dulbecco*) ha dimostrato, attraverso lo studio del Genoma Umano quello che forse gli antichi medici sospettavano ma di cui non avevano prove: la malattia (e stiamo parlando non delle patologie che seguono le Leggi di Mendel nella erediatarietà: come la fibrosi cistica, come la talassemia, come la corea di Hugkinton, etc.) proviene quasi sempre (io sono dell'opinione che forse il quasi è soverchio ma posso senz'altro sbagliarmi) da un incontro tra una predisposizione costituzionale (e si fa anche riferimento ad una ereditarietà poligenica) ed il vissuto umano (vita nel grembo materno, primi anni di vita, quindi ambiente ed alimentazione intrauterini ed ambienti primi anni di vita, accrescimento ed ambiente con abitudini di vita, abitudini voluttuarie, tabagismo, alimentazione, costituzione fisica acquisita magari per alimentazione scorretta o smodata, inquinamento atmosferico out door , inquinamento domestico indoor , pratica oppure non pratica di sport, malattie infettive, stress ed ecco finalmente: attività lavorativa e/o ambiente di lavoro).

Secondo un evidente pessimismo qualcuno ha detto, anche tra eminenti studiosi, che era un tempo migliore (talvolta i tradizionalisti dell'INAIL giudicano tempo ottimo) in cui la causa di una tecnopatia era " *diretta ed esclusiva* ".

L'esperienza dell'Eternit a Casale Monferrato ci ha insegnato: 1) *che non tutti nel modo più assoluto gli operai esposti ad inalazione di fibre di amianto hanno contratto malattie asbestosiche o tumori da asbesto*; 2) *mogli di operai di cui lavavano le tute sporche di asbesto hanno contratto mesotelioma pleurico ma non hanno contratto il mesotelioma i loro mariti*; 3) *un giocatore di pallone (quindi con effetto di lavoratore sano) che da bambino giocava a calcio su campo di calcio ad aria aperta pavimentato con asbesto a Casale Monferrato a distanza di 40 anni ha contratto il mesotelioma*; 4) *eppoi alcuni soggetti rispondono con l'instaurarsi di asbestosi polmonare, più o meno grave, alcuni mediante l'instaurarsi di placche pleuriche e basta, alcuni con l'instaurarsi di carcinoma polmonare o laringeo, altri ancora con l'instaurarsi del mesotelioma (ed ancora a volte pleurico, a volte pericardico, a volta peritoneale e di rado della tunica vaginale del testicolo).* E' evidente che sto dicendo che in biologia, in medicina, le cose sono molto

complesse: più complesse di 2 + 2 = 4 . Ed ho imparato questo concetto dai miei docenti nelle Aule Universitarie.

Ed ancora a Porto Marghera, al di là dei tumori ammessi o non ammessi per altri tipi istologici, per quanto riguarda il cloruro di vinile, l'emangiosarcoma epatico non ha interessato tutti gli esposti alle esalazioni di cloruro di vinile, né tutti i pulitori dei reattori di polimerizzazione del monomero cloruro di vinile a polivinile.

Due tumori ad alta frazione eziologica (mesotelioma da asbesto ed emangiosarcoma da cloruro di vinile) come esempi testè riportati cosa dimostrano? Che le malattie hanno cause multiple laddove la concausa costituzionale non esclude la causa ambientale e/o chimica.

Perché riportare esempi di tumori professionali? Perché si tratta di patologie che oggi la biologia molecolare ammette per eccellenza da cause multiple e da meccanismi biomolecolari multipli (circa 6 – 7 mutazioni del genoma poi perché abbiano a manifestarsi).

A.Umram Dogan, Y. Izzettin Baris, Meral Dogan, Salih Emri. Ian Steele, Amira G., Elmishad, Michele Carbone, nel loro articolo " Genetic Predisposition to Fiber Carcinogenesis Causes a Mesothelioma Epidemic in Turkey (Cancer Resaearch. May 2006, Vol 66, n. 10, 5063 – 5068), hanno effettuato uno studio in Turchia riguardante il mesotelioma da erionite, particolare tipo di zeolite. Gli autori ricordano che il mesotelioma in Occidente è (quasi) sempre associato ad esposizione ad asbesto. Rappresenta una causa di morte relativamente rara nel mondo, circa 2,500 decessi all'anno negli Stati Uniti e 1,000 morti all'anno negli United Kingdom. Viceversa tra il popolo dalla Cappadocia (Turchia) i villagi di Tuzkoy, Karain e " Old " Sarirhir , hanno come causa di morte per il 50 % il mesotelioma maligno. Questa epidemia è stata attribuita alla esposizione ad erionite, un tipo di minerale fibroso di zeolite che comunemente si ritrova in questa area della Turchia. In questi tre villaggi il mesotelioma maligno insorge in persone di alcune abitazioni e non di altre. L'ipotesi è stata quella che un tipo unico di erionite carcinogena era presente in alcune abitazioni e causava mesotelioma. Gli autori mediante metodica di diffrazione ai raggi X hanno determinato il tipo e la struttura dell'erinonite dai villaggi con manifestazione di mesotelioma ed hanno confrontato i risultati con altri tipi di villaggi ed anche di luoghi degli Stati Uniti con erionite dove non si manifestava mesotelioma. Hanno trovato che il tipo di erionite nei villaggi della Cappadocia con alta o nessuna incidenza di mesotelioma e negli Stati Uniti era il medesimo. Gli Alberi Genealogici dei tre villaggi della Cappadocia hanno mostrato che il mesotelioma maligno era prevalente in alcune famiglia ma non in altre. Quando anche i membri di una famiglia con elevato rischio di mesotelioma contraggono matrimonio con famiglie con storia negativa per mesotelioma il mesotelioma compare nella discendenza. I membri con predisposizione genetica familiare lontani dai villaggi (dove vi è presenza di erionite) non appaiono sviluppare mesotelioma maligno. In conclusione gli studi di pedegree e gli studi

mineralogici indicano che il mesotelioma maligno epidemico è causato dalla esposizione ad erionite in individui geneticamente predisposti.

Quindi attenzione: a seconda delle situazioni (ereditarietà secondo meccanismo mendeliano, a tendenza familiare) il Genoma subisce un maggiore o minore condizionamento dall' esposoma (ambiente extracorporeo). E perfino i gemelli monozigoti (monovulari) che sono geneticamente uguali, durante il corso della vita, manifestano un differente fenotipo a fronte dell'interferenza data dall'ambiente extracorporeo (esposoma) o comunque esterno alla cellula. Il concetto sarà ripreso nel Capitolo Sesto.

****

NOTA: Nel fare alcune considerazioni sul rapporto tra le diverse concause extralavorative (ed in particolare prendendo in considerazione le *concause familiari e costituzionali*) e le concause lavorative, si è scelto - come accennato sopra - di fare riferimento al campo della oncologia, argomento che sarà più compiutamente trattato in Capitoli successivi, in quanto è nel campo della oncologia che, più di altre branche specialistiche della Medicina, si stanno effettuando ormai da diversi anni studi di epidemiologia, di biologia molecolare genetica ed oncologica, di epidemiologia molecolare. *Sia nel campo della Oncologia Professionale sia in tutto l'ambito della Patologia del Lavoro non è possibile quantificare in termini percentuali l'incidenza di ciascuna concausa nel determinismo di una infermità e quindi il più delle volte pervenire ad una diagnosi eziologica di certezza di una Malattia Professionale Non Tabellata.* In cui, ma come del resto in tutte le malattie non tipicamente ereditarie secondo i meccanismi di ereditarietà mendeliana, le cause sono sempre multiple e complesse: familiari, costituzionali, poligeniche, con situazioni di *polimorfismo genetico*, con *maggiore o minore " penetranza "* di uno o più geni, alimentari, di stile di vita (sedentarietà, assenza di pratica sportiva), di uso o abuso (abitudine al fumo di sigarette, consumo eccessivo di alcool, etc.), ambientali extralavorative (inquinamento atmosferico outdoor, inquinamento indoor), attività extralavorative di sovraffaticamento fisico e/o psichico e con atteggiamenti non ergonomici, attività sportive (epicondilite / gomito dei tennisti; epitrocleite / gomito dei giocatori di bocce), uso di mezzi di trasporto privato (patologie delle ginocchia nei motociclisti), infine ***lavorative.***

Il lettore non mi fraintenda. Non sono certo d'accordo – e lo si è scritto nella presentazione di questo Volume su web – con i risvolti in concreto di *deriva indennitaria* che hanno subito le raccomandazioni della Relazione della Commissione Smuraglia, dove tutta l'enfasi degli operatori del settore è stata indirizzata alle patologie da postura e da movimenti ripetuti degli arti superiori e

non già a patologie di maggiore gravità e di più serio impatto sociale come i tumori professionali (fermo restando l'importanza delle patologie da *usura lavorativa* che interessano settori corporei di fondamentale importanza per l'architettura e la stabilità corporea, come la colonna vertebrale, a cui – si è già detto – in Appendice a questo Capitolo Quinto è dedicato un apposito paragrafo). E un Architetto più di un Medico Legale e più di un Medico del Lavoro sarà convinto di questo.

Ma si verifica questo spiacevole fenomeno che mette in crisi lo spirito solidaristico dell'Assicurazione Sociale Previdenziale con " *distribuzione a pioggia* " o meglio con " *costituzione di liquidazioni in capitale a pioggia o di rendite a pioggia* " nei confronti di patologie a non grande impatto sociale.

Prendiamo il caso di un lavoratore che svolge attività manuale e che denuncia, accanto ad una patologia di una certa entità e di riconosciuta oggettiva natura professionale, *ad esempio ipoacusia da rumore in ambiente lavorativo rumoroso: cantiere edile*, che andiamo a valutare con il 18 % di Danno Biologico, anche Sindrome del tunnel carpale bilaterale, tendinopatia delle due spalle, meniscopatia bilaterale di entrambe le ginocchia. Il comportamento può essere di ammettere all'indennizzo solo la ipoacusia da rumore: soluzione non scientificamente né da un punto di vista medico legale corretta. Oppure si da' il pieno punteggio, obiettivato con Esame Audiometrico, del 18 % di Danno Biologico e si penalizzano con punteggi non adeguati alla reale entità clinica le altre patologie attribuendo punteggi irrisori, che poi, durante il contenzioso giudiziario vengono elevati dal Consulente Tecnico di Ufficio, oltretutto, talvolta, secondo Metodologie Medico Legali del tutto non corrette: effettuando una somma algebrica in luogo di una valutazione complessiva perfino per la riunificazione di menomazioni coesistenti, dove invece va applicata la Formula riduzionistica a scalare (detta di Balthazard) oppure la Formula Salomonica, omettendo quindi financo l'applicazione della Formula Scalare allargata (cosiddetta salomonica) nel riunificare i postumi in situazione di " *coesistenza di menomazioni* ".

Ma come ultima ipotesi da seguire dal Medico Valutatore, che appare corretta, ed attribuendo quindi punteggi percentuali adeguati di Danno Biologico, una volta che si è ammesso l'*an*, si perviene ad una Valutazione Complessiva che, se corretta da un punto di vista metodologico e non espone l'Istituto a danni economici provenienti da contenzioso sicuramente come perdente, *non è logica secondo i criteri dello scopo solidaristico di una assicurazione sociale*. Mi spiego meglio ed in termini chiari. *Cinque per cento + cinque per cento + cinque per cento + cinque per cento, etc., per fare una iperbole, portano a punteggi quasi da " grande invalido " dove le singole menomazioni, a maggior ragione se riunificate con postumi da precedente infortunio, peraltro con il tempo molto spesso emendabili, comunque singolarmente considerate e considerate in misura complessiva, non comportano*

affatto una riduzione seria della complessiva integrità psico – fisica come inteso dalla Medicina Legale seria. Per fare un'altra iperbole, anche la perdita di un capello o di una ciocca di capelli, con integrità del cuoio capelluto, costituiscono una perdita ma non certo una menomazione di valenza medico legale. E lo si ribadisce anche qui. Esistono due soluzioni che andrebbero normate e che non si escludono a vicenda: 1) elevare la soglia di franchigia; 2) evitare che menomazioni coesistenti policrone vengano valutate in valutazione complessiva secondo il criterio assurdo: 4 + 6 + 10 + 7 ma liquidare ciascuna menomazione separatamente. Sulla demagogia prevalgano il buon senso e la razionalità. Al riguardo è ovvio che occorre modificare la normativa in quanto " *la legge è legge* ".

Se le Sentenze della Corte Costituzionale riguardanti le premesse di introduzione in INAIL dell'indennizzo del Danno Biologico in sostituzione dell'indennizzo alla inabilità permanente, come accadde in ambito di Responsabilità Civile con la Sentenza n. 184/1986 della medesima Corte Costituzionale che ha introdotto in questo ambito il risarcimento del Danno alla Salute (anche detto Danno Biologico), hanno spronato il legislatore alla emanazione del D.lvo n. 38/2000, non è per niente opportuno che l'introduzione in INAIL del Danno Biologico non venga applicato dal Medico Valutatore, a fronte della eventualità altamente molto altamente probabile di vedersi *sconfessato* dalle Sentenze di Tribunale, previa *sconfessione* da parte del Consulente Tecnico di Ufficio, e quindi con condanna dell' Istituto previdenziale a pagare tutte le spese legali anche di parte lavoratore assicurato, tutte le spese di giudizio e con i *dovuti interessi legali*.

Ma si pone necessario un *aggiustamento* dell'articolo 13 del Decreto Legislativo n. 38/2000 e un adattamento alla nuova situazione dove le patologie da postura e da movimenti ripetuti – sia pure indennizzate separatamente e non determinanti rendita con oltretutto il maggiore incremento dovuto alla applicazione della Tabella Coefficienti (che è in rapporto alla attitudine al lavoro specifico o ad attività lavorative analoghe e confacenti il livello culturale e l'esperienza lavorativa del soggetto assicurato) - poiché non è davvero opportuno che queste patologie, il più delle volte a basso impatto sociale e a basso impatto sulla salute degli assicurati, continuino a tempo indeterminato a *fare la parte del leone* nel meccanismo indennitario INAIL. *Si tratta di evidenziare quelle situazioni in cui è opportuno liquidare ciascuna menomazione separatamente ed evitare che, con il trascorrere degli anni e con il verificarsi di nuove patologie sia di carattere tecnopatico sia di carattere da infortunio sul lavoro, si raggiungano - ed in rendita - valutazioni del tutto non coerenti con quanto invece l'Istituto attribuisce a portatori di malattie gravi ed a grande impatto sociale.* Percorso non facile e da fare comprendere con estrema fatica oggi al mondo dei lavoratori che però, stante in modo permanente questa *deriva interpretativa* della Relazione della Commissione Smuraglia ad opera degli operatori del settore, sono molto danneggiati in concreto da una talvolta *distribuzione a pioggia* anzicchè una dovuta (e mancante) attenzione per le malattie a grande impatto sociale, e non si fa solo riferimento ai tumori professionali ma anche a

postumi gravi o gravissimi di infortunio sul lavoro: *insomma meno rendite ma più congrue per chi sta molto male con la propria salute.* E quindi, da quanto si è suggerito sopra, meno rendite per più casi riunificati e liquidazioni in capitale spesso non costituenti rendita ed invece rendite più considerevoli per casi di situazioni di gravità. Fermo restando la dovuta attenzione per le patologie da lavoro della colonna vertebrale. Quindi ci deve sedere ad un tavolo: Legislatore e Parti Sociali per verificare quale sia la soluzione migliore per dare un taglio a queste contraddizioni. Ne' ciò può in generale paventare un ridimensionamento fino alla quasi abolizione della tutela privilegiata delle malattie professionali. Si tratta di formulare nuove ipotesi di ridistribuzione dei proventi del premio assicurativo INAIL da una tipologia di danno biologico correlato a patologie o a complesso di patologie a basso impatto sociale ad altra tipologia di patologie ad elevato impatto sociale, anche in considerazione della loro oggettiva gravità. Non desideriamo che, come è avvenuto per la causalità di servizio nel 2011, a causa della *deriva della causalità di servizio*, il legislatore decidesse di cancellare o di ridimensionare gravemente ed in modo *urgente ed indiscriminato* anche la tutela assicurativa previdenziale privilegiata: che nei diversi Capitoli fino a queste righe e come farò ancora ho sostenuto con *caparbietà.*

****

METODOLOGIA MEDICO – LEGALE IN AMBITO DI MALATTIE PROFESSIONALI NON TABELLATE:

A) Nella attribuzione del nesso causale deve farsi riferimento **da un punto di vista teorico - metodologico** a: 1) lettera del Direttore Generale dell'INAIL del 16 febbraio 2006 – Protocollo n. 7876 Bis, già integralmente riportata nel Primo Capitolo; 2) esame di tutte le concause extralavorative che (di origine costituzionale – familiare, ambientale extralavoro, ludiche e del tempo libero e di svago, alimentari, di carattere voluttuario – come fumo di tabacco, uso eccessivo di bevande alcooliche, di eccessivo assunzione di cibo per non idonea dieta, altre) possono avere inciso nel determinismo della patolologia denunciata come professionale; 3) e quindi, intimamente correlato al *precedente punto 2,* discernere se questi fattori possono avere inciso in modo concausale oppure in modo esclusivo – come tutte concause extralavorative – nel determinismo dell'infermità, dove è invece del tutto irrilevante la causa lavorativa (si può fare l'esempio scolastico della ipoacusia da rumore di un impiegato – colletto bianco di un opificio industriale il cui ambiente di lavoro è ben isolato acusticamente dal rumore industriale – dove è dato da riscontrare l'hobby di essere cacciatore e quindi di uso del fucile, dove il tracciato audiometrico mostra asimmetria della curva audiometrica che è patologica solo in modo monolaterale dal lato dove viene poggiato sulla spalla il fucile da

caccia. In questo caso può essere condiviso il Documento di Valutazione del Rischio ed il parere del Medico Competente che non evidenziano presenza di rumore. In tale fattispecie il Medico è tranquillo nel non ammettere neppure " *il rischio ambientale lavorativo* ", su cui ho già ampiamente scritto nel Quarto Capitolo; 4) viceversa evidenziare se la concausa lavorativa o le concause lavorative (rispettivamente ambiente lavorativo rumoroso isolatamente o ambiente lavorativo rumoroso con in più esposizione a sostanze ototossiche dell'ambiente lavorativo quali: *monossido di carbonio, toluene, stirene, etilbenzene, xylene, acido cianidrico, piombo, manganese, arsenico, mercurio, oro*) puo' / possono assumere nella catena concausale il ruolo di concausa/e efficiente/i e determinante/i. In questo caso – sempre per continuare l'esempio della ipoacusia - ci possiamo trovare di fronte ad un tracciato audiometrico con curva simmetrica (Au dx ed Au sx) e nel caso di accertata sorgente rumorosa ambientale (cantiere edile, pista di atterraggio di aeroplani) il riconoscimento del ruolo causale lavorativo non appare dubbio (sempre comprovato se non con parere dei tecnici della CONTARP – Consulenza Accertamento Rischi e Prevenzione – sul caso specifico, letture di pareri CONTARP per casi analoghi o dai risultati di acclarate indagini epidemiologiche per casi analoghi). *Il caso può manifestare difficoltà in presenza di Documento di Valutazione dei Rischi – DVR – che esclude un rumore superiore ad 80 Db.* Ed in tale caso si deve promuovere un sopralluogo della CONTARP. Si deve considerare al riguardo che un sopralluogo dell'Organo Tecnico dell'INAIL, unico e non a sorpresa ma preannunciato al Datore di Lavoro, è del tutto inutile e lascia sempre il Medico Valutatore nel dubbio. Al riguardo si faccia riferimento alle Linee Guida della SIMLII (Società Italiana di Medicina del Lavoro e di Igiene Industriale) che, citando autorevoli indagini epidemiologiche, queste Linee Guida, evidenziano nella categoria dei lavoratori in edilizia la sussistenza del *rischio rumore.* Ecco un esempio tipico di quanto si è già detto nella Presentazione dell'opera e nei precedenti capitoli: di quanto sia difficile la diagnosi eziologica medico – legale di Malattia Professionale specialmente Non Tabellata. Ed il riferimento a quanto emerge dalla letteratura scientifica e dallo studio delle matrici lavorazione/ mansione/ esposizione/ malattia è fondamentale.

B) Se da un punto di vista teorico – metodologico si può fare riferimento ai predetti principi, vediamo adesso in che modo operare **da un punto di vista prettamente clinico – diagnostico e medico – legale.**

Occorre che:

1b) *l'anamnesi lavorativa* evidenzi in modo inequivocabile la reale mansione lavorativa dell 'assicurato. La raccolta di dati anamnestici, anche mediante utilizzo

delle professionalità infermieristiche nella compilazione di un apposita Scheda, già riportata nel Quarto Capitolo, ottiene due effetti: *a)* una doppia verifica delle notizie anamnestiche che potrebbero sfuggire nell'essere raccolte sia dal Medico che dall'Infermiere; *b)* il coinvolgimento del Settore Infermieristico che, al pari di quanto già avvenuto nel Regno Unito dall'epoca dell'ante e del secondo dopoguerra, deve raggiungere più elevati traguardi di professionalità, oltretutto in un ambito non sufficientemente trattato nei corsi di laurea di infermieristica: parlo della Medicina del Lavoro. La verifica della veridicità delle affermazioni del lavoratore assicurato è data anche dalle notizie che provengono dai Tabulati INPS che elencano le qualifiche rivestite dal medesimo nelle diverse ditte per cui ha lavorato, pur non dando informazioni sulla concreta mansione svolta, rappresentano un utile documento anamnestico. La certezza che il lavoratore abbia subito esposizione lavorativa a determinati rischi, caratteristici di tale ambito lavorativo, in riferimento alle sue concrete mansioni, permette poi di potere fare riferimento – *nel momento decisionale circa l'an* - alle matrici lavorazione/esposizione/patologia, i cui studi epidemiologici al riguardo incominciano ad essere numerosi. Il più delle volte la mansione è confermata dal medesimo Documento di Valutazione dei Rischi Lavorativi – che più che carente sull'aspetto amministrativo (*dichiarazione della mansione reale dell'assicurato*) lo è sul riconoscimento della sorgente di rischio. Si fa l'esempio di asserita mancanza di esposizione adeguata e pericolosa da vibrazioni a tutto il corpo – *colonna vertebrale* - nel Documento di Valutazione dei Rischi in autotrasportatori o autisti di mezzi pubblici a fronte di esistenza di percorsi su mezzi pesanti non solo pregni di rischio per la colonna vertebrale, perché vissuti su percorsi reali e non ideali (strade sconnesse – scarsi periodi di recupero con viaggi che raggiungono anche oltre dieci ore di guida continua), per la categoria di autisti di camion, autotreni, autosnodati ed autoarticolati, di percorsi urbani e suburbani su veicoli come autobus e pulmann ancora di vecchi modelli non bene ammortizzati e di percorsi per vie dove le vibrazioni e gli scuotimenti sono accentuati dalle pessime condizioni del manto stradale e dalla presenza anche di percorsi con strade ricche di sampietrini per la categoria degli autisti di pulmann e di autobus di città. A questi riguardi se si può prendere atto delle buone intenzioni di chi ha redatto il Documento di Valutazione dei Rischi in situazioni per lo più di tipo standard non si può non prestare la dovuta attenzione all'elevato numero di casi di patologie della colonna vertebrale e di ernie discali che interessa le predette categorie di lavoratori. Altro esempio si può fare ed è quello degli autisti dei mezzi di soccorso che sono contestualmente esposti a più tipi di rischio, unitamente agli altri soccorritori: *a)* esposizione di vibrazioni a tutto il corpo e quindi alla colonna vertebrale; *b)* movimentazione di pazienti; 3) unitamente a posizioni tipicamente non ergonomiche (si pensi al soccorso di pazienti anche da piani alti di palazzine prive di ascensore o dove l'ascensore non permette la collocazione di lettighe di soccorso e dove gli operatori di soccorso sono costretti a trasportare la lettiga per le scale fino

alla traduzione nell'autoambulanza). Si desidera poi fare l'esempio del contadino – trattorista che il più delle volte non è né solo contadino né solo trattorista ed i rischi di vibrazione a tutto il corpo della guida del trattore – *anche poco usato se anche posseduto in alcune realtà* - vanno a sommarsi a tutte le attività di movimentazione carichi pesanti e di posizioni non ergonomiche nella conduzione di un'attività agricola in un ambiente oltretutto di sicura esposizione a condizioni atmosferiche avverse. Ed il tutto in situazioni di oggettivo rischio lavorativo mancando ogni riferimento al Medico Competente, non previsto dalla normativa (problema comune alla categoria degli artigiani o dei dipendenti di ditte di piccole dimensioni). E prendiamo il riferimento al falegname che risulta esposto a: *a)* rumore (operazioni di segatura, di martellatura, di piallatura); *b)* movimentazione manuale dei carichi con rischio per la colonna vertebrale (trasporto di tavole di legno, di mobili, sedie, poltrone, divani, etc.); *c*) sovraccarico per le spalle nelle suddette movimentazioni ed in particolare poi per la spalla destra nel soggetto destrimane e per la spalla di sinistra nel soggetto mancino nell'esercizio delle sue attività lavorative specifiche (operazioni di segatura, di martellatura, di piallatura).
Poiché mi rendo conto di avere toccato, tra gli altri, un argomento fonte di molti pareri contrastanti sia sull'an che sul quantum nell'ampio dibattito che coinvolge Medici Legali e Medici del Lavoro, in Appendice del presente Capitolo, ho predisposto un paragrafo specifico che tratta la differenza tra concetto di malattia professionale e concetto di causalità di servizio, e riporterò un apposito paragrafo dedicato al Rischio Lavorativo per la colonna vertebrale e sulle disfunzioni anche da carenza ergonomica, premettendo nozioni di carattere generale sulla sua importanza nei riflessi dell'equilibrio dello scheletro e della cenestesi dell'intera persona.

2b) la *raccolta dei dati amministrativi e tecnici* deve poi confermare l'anamnesi lavorativa. Si diceva in precedenza che le notizie anamnestiche fornite dal lavoratore assicurato, che *dovrebbero* essere fatte sia al Medico Valutatore sia in precedenza all'infermiera/e e raccolte anche in una Scheda Infermieristica da allegare nella pratica, devono essere soggette ad una necessaria analisi epicritica, alla luce di quanto emerge dalle schede INPS, dalle schede di notizie lavorative compilate dal Datore di Lavoro che recano informazioni sulle mansioni svolte dal lavoratore, sugli strumenti, utensili, macchinari utilizzati, dalla Scheda Lavorativa che ha sostituito il Libretto di Lavoro e conservato presso gli Uffici di Collocamento. *Due mie osservazioni al riguardo: a) il Datore di Lavoro potrebbe compilare la Scheda che gli invia l'INAIL celando alcuni particolari importanti soprattutto sulle condizioni di strumenti, utensili, macchinari e sulla applicazione come durata di tempo alla sorgente di rischio (dove è ben diverso il concetto di rischio abituale al concetto di rischio saltuario) ; b) il sistema di raccolta dati potrebbe essere viziato alla fonte quando il lavoratore assicurato si è avvicendato in più aziende poiché il Questionario*

viene inviato dall'INAIL solo all'ultimo Datore di Lavoro che poi è colui che deve inoltrare formalmente la denuncia di malattia professionale all'Istituto previdenziale. Per porre riparo a ciò si potranno valutare le Schede Lavorative depositate presso gli Uffici di Collocamento in quanto, come già anticipato, le Schede INPS non sono sufficienti.

Tra le informazioni che devono essere reperite è importante e necessario acquisire il *Documento di Valutazione dei Rischi e la Cartella Sanitaria redatta a cura del Medico Competente, con la documentazione completa di visita al momento dell'assunzione al lavoro del'assicurato, delle visite periodiche, di esonero da alcune mansioni e di prescrizioni.* E' indispensabile acquisire il DVR, che oltretutto confermerà le informazioni sulla mansione del lavoratore, poiché solitamente al riguardo non ho verificato frequenti omissioni da parte del Datore di Lavoro semmai con frequenza invece dati contrastanti sul rischio (differente valutazione di tempo applicato a tale strumento, utensile, macchina, sorgente chimica, rumore, etc., da parte del Datore di Lavoro diversamente da quanto dichiarato dal Lavoratore al Medico Valutatore). Sulla *terziaretà* o meglio sulla *mancanza di terziarietà* del Documento di Valutazione dei Rischi Lavorativi a cura del Datore di Lavoro e sulla *mancanza di terziarietà* del ruolo Medico Competente, in riferimento al suo " stato giuridico " secondo l'attuale Normativa Italiana si rinvia al Secondo Capitolo da pagina 21 a pagina 25 in cui si è ampiamente discusso circa la " *debolezza* " della figura del Medico Competente dal punto di vista dello " stato giuridico " di questa importante e determinante Figura Professionale. E' importante anche acquisire la Scheda Lavorativa che ha sostituito il Libretto di Lavoro e che è tenuto dagli Uffici di Collocamento

Come si può ben constatare, la difformità di parere tra ciò che proviene dalle dichiarazioni del lavoratore assicurato ed il Medico di Patronato o altri Medici che hanno confermato a questi la opportunità di effettuare una denuncia all'INAIL di malattia professionale e ciò che spesso si rinviene nel Documento di Valutazione dei Rischi e dalle deduzioni del Medico Competente, che possono dichiarare mancanza di rischio o rischio inadeguato di una determinata natura, è una fonte di estremo disagio per il Medico Valutatore. Questi comunque si dovrà meglio documentare e dovrà meglio approfondire il problema e non rimettersi " sic et simpliciter " a quanto stabilito dal Documento di Valutazione dei RISCHI e dal Medico Competente. In quanto il Medico Valutatore non si identifica nella figura del Medico Competente. Ed è da lui Medico Valutatore che ci si attende un comportamento " super partes".

Giova poi richiamare quanto già scritto nel Terzo Capitolo riguardo alla istruttoria amministrativa che si avvale: 1) del nuovo modulo di denuncia della tecnopatia corredato da Certificato Medico che reca voci molto particolareggiate (molto spesso non compilato secondo le previsioni dal Medico Certificatore); 2) del percorso di cui alla nota della Direzione Centrale Prestazioni e Sovrintendenza Medica Generale del 13 settembre 2003 (Vedi sempre Quarto Capitolo), che – ripeto - per la sua

importanza e fonda mentalità nella gestione delle malattie professionali, ho ritenuto di riportare in modo integrale .
Purtroppo i nuovi tempi di definizione delle Malattie Professionali non Tabellate, portati dagli originari 180 giorni agli attuali 120 giorni, per le Malattie Tabellate portati da 120 giorni a 100 giorni, così come previsti dall'attuale *Carta dei Servizi*, oltretutto anche ristretti dai " *tempi tecnici informatici* " sia per effettuare riunificazioni di più Valori percentuali di Danno Biologico di più casi di malattia professionale riguardanti il medesimo soggetto assicurato e di permettere quindi all'Area Prestazioni / Processo Prestazioni di " *costituire la rendita in contabilità* " o predisporre la " *liquidazione in capitale* ", talvolta sono del tutto *non idonei* a permettere al Medico Valutatore uno studio sull'*an* rigoroso ed approfondito nella consultazione di Banche Dati (come il Progetto MalProf di cui sé appena discusso), di indagini epidemiologiche, di articoli scientifici. Poi i tempi così ristretti inibiscono il Medico Valutatore circa la richiesta di Indagini Ispettive e di Pareri della Consulenza Accertamento Rischi (CONTARP) con sopralluogo. Talvolta può capitare che si corra il rischio di definizioni troppo affrettate, in cui il Medico Valutatore, può effettuare, in carenza di dati di certezza o di *elevata probabilità* che non ha fatto in tempo a raccogliere, una *definizione negativa* " *per carenza di documentazione necessaria per emettere un giudizio medico legale* " del caso con conseguente probabilità di aumento di contenzioso amministrativo e/o giudiziario: circostanze entrambe che di fatto determinano estrema lungaggine nella risoluzione del problema del lavoratore assicurato, danno all'immagine e maggior dispendio economico (quindi danno economico) in caso di soccombenza dell'Istituto Previdenziale in giudizio (a causa di interessi legali, spese di giudizio e valutazione del Danno Biologico che talvolta esorbita i parametri Tabellari di cui al D.M. 12.7.2000 ove questa Valutazione, effettuata dal Medico INAIL più esperto in campo valutativo sarebbe stata più aderente alla previsione normativa qualora un maggior tempo a disposizione per l'epicrisi del caso avrebbe potuto far decidere per l'ammissione circa l'*an*.
Quindi si può determinare una " corsa " verso la " lentezza " di una equa definizione del caso finito in Tribunale con quindi maggiore lungaggine, sempre con la riserva che il CTU non esorbiti i parametri Tabellari circa la Valutazione del Danno Biologico.

Mi rendo conto di avere *sfiorato* qui – seppure in modo indiretto – un aspetto molto delicato (ed oggetto anche di richiesta di referendum popolare per fortuna bocciato dalla Corte Costituzionale circa la cancellazione delle sovvenzioni da parte del Settore Pubblico ai Patronati ed ai CAF): in che modo continuare di certo a sovvenzionare i Patronati (ed i CAF) che svolgono un ruolo altamente sociale ma creando un Organismo " *super partes* " di vigilanza ai fini che essi svolgano pienamente il ruolo di assistere bene il cittadino che reclama un diritto.

Dichiaro subito il mio punto di vista per non essere frainteso. Non si devono " *imbavagliare i Patronati* " che equivarrebbe a mettere un " *bavaglio* " alla scienza Medico Legale e alla scienza della Medicina del Lavoro che, al pari delle altre scienze procedono *per paradigmi* in cui ad un *paradigma* oggi ritenuto valido dalla maggioranza (che guarda con *sospetto* i sostenitori di una nuova teoria scientifica), succede un nuovo *paradigma* che sostituisce con la sua teoria quella precedente. Nella evoluzione scientifica c'è sempre qualcuno che *rompe il ghiaccio, che all'inizio è mal visto* dalla Comunità Scientifica ma a cui poi la Comunità Scientifica deve afeguarsi. Non è stato così per Galileo Galilei ed in modo drammatico per Giordano Bruno ? Non è stato così quando Oppenheimer, il Direttore del Progetto Manatthan per la costruzione della bomba atomica, si rese conto che le conoscenze di questa terribile arma non dovevano essere patrimonio solo dell'Occidente: cosa che sarebbe stata molto più pericolosa che se invece di dominio universale o meglio anche dei Paesi dell'Est ? Siamo in molti a ritenere che è stato proprio l'equilibrio tra due blocchi (Est ed Ovest), entrambi in possesso dei segreti della bomba atomica (*la Guerra Fredda*) a salvarci dalla Terza Guerra Mondiale (Nucleare). Oppenheimer per questa sua teoria (e la storia gli ha dato ragione: il mondo c'è ancora) ha pagato l'emarginazione dai successivi progetti nucleari statunitensi anche per motivi solo civili (Centrali Nucleari). E non è stato così anche per tanti altri scienziati che si sono messi contro le teorie che dominavano le cognizioni scientifiche di alcune epoche della storia. Si tratta di accettare la teoria che chi si ribella – *non certo a vanvera ma con cognizioni di causa* - al pensiero dominante è portatore di nuove idee, di progresso.
Nell'ambito della Medicina del Lavoro e della Medicina Legale delle Malattie Professionali i Patronati in Italia hanno rappresentato appunto questa *" spina nel fianco"* dell'etablissement scientifico culturale anche sul tema delle malattie professionali.
Se alla *" causa diretta ed esclusiva "* (che poteva avere ragion di essere secondo le vedute di allora e le indennizzate malattie di allora: silicosi, asbestosi, mercurialismo, solfocarbonismo, saturnismo e via di seguito) è succeduta la " *concausa efficiente e determinante ",* dietro le decisioni dei Magistrati, della Corte Costituzionale, e della Corte di Cassazione Civile Lavoro, quindi delle Consulenze Tecniche di Ufficio ci sono tantissime (veramente tantissime) pubblicazioni scientifiche anche dei Medici di Patronato, di relazioni medico legali di parte dove comunque la " *voce di rivoluzione* " dei Patronati ha avuto la sua determinante efficacia. Perché per operare delle inversioni di tendenza a 360° oggi l'uomo di scienza che opera in questo ambito non ce la fa da solo: non si tratta di scoprire una molecola enzimatica o un nuovo farmaco in un Laboratorio seppure insieme ad altri Colleghi. Ogni mutamento ed ogni progresso scientifico e sociale qui coinvolge Medici, Magistrati (poi nei diversi gradi di giudizio fino alla Corte Costituzionale), più' settori scientifici correlati (Medicina Legale, Medicina del Lavoro, Oncologia,

Medicina Interna, Genetica, Genomica, altre scienze ancora), la scienza del Diritto, il mondo politico con il suo Potere Legislativo. *Quindi un grazie ai Patronati.* Ma questi non si devono adagiare nel mantenere " *equilibri perversi* ". Qui nessuno vuole condannare nessuno. Ma è assurdo che per certi motivi un cittadino lavoratore debba affrontare un contenzioso quando la Medicina basata sull'Evidenza gli dà ragione. Occorre che tutti: Decisori e Patronati si siedano ad un Tavolo e pongano rimedio a talune distorsioni procedurali che possono causare tale *malessere*. Tante cause di carattere previdenziale sono frutto di un non dialogo costruttivo tra Potere Legislativo e Parti Sociali, che – *a mio modesto giudizio* - è poi indispensabile che siano rappresentate dagli Enti di Patronato in questo ambito. Il problema semmai è che i Patronati si sentano coinvolti in questioni importanti da un punto di vista scientifico, culturale e sociale e non si trastullino con altre questioni non importanti perché prive di seria ricaduta sul piano sociale.

****

DECISIONE DA PARTE DEL MEDICO VALUTATORE SE AMMETTERE OPPURE NO IL CASO ALL'INDENNIZZO (*AN*) E QUINDI VALUTAZIONE DEI POSTUMI (*QUANTUM*):

La decisione definitiva circa *l'an* da parte del Medico Valutatore, in ambito di Malattie Professionali Non Tabellate, è pregna di responsabilità ma è altresì, eccetto che in alcune situazioni dove gli studi epidemiologici sono numerosi e dove i riferimenti alla matrice lavorazione – mansione – esposizione – patologia sono evidenti, carica di dubbi e perplessità. Alla decisione favorevole cui segue l'apposizione del Visto di Regolarità positivo seguono altre attività che sono le medesime già descritte nel Quarto Capitolo per le Malattie Tabellate: la verifica della prescrizione, l'attribuzione della o delle lavorazioni responsabili della patologia, la compilazione della Scheda – Neoplasie in caso di neoplasia, il parere circa l'esposizione ad asbesto per premessa per eventuali benefici previdenziali per ex esposti ad asbesto, la denuncia alla Direzione Provinciale del Lavoro ex articolo n. 139 del Testo Unico DPR n. 1124/ 1965, il Referto alla Autorità Giudiziaria, la compilazione del Modello INAIL 22 SS per la valutazione del Danno Biologico, dopo avere effettuato una ricerca delle preesistenze per effettuare la riunificazione delle menomazioni per precedenti indennizzi, ai fini di quanto dedotto dall'articolo 13 del D. vo n. 38 2000, la segnalazione per la riqualificazione del posto di lavoro per subentrata inidoneità. E' bene non limitarsi a riporre esclusiva attenzione, per la ricerca dei precedenti infortunistici, a quanto proviene dalle videate di Cartella

Clinica Informatizzata (CARCLI INAIL) ormai in vigore ed in uso dal 2001. E' bene che il Medico Valutatore consulti anche il Casellario Centrale Infortuni dove sono riportati menomazioni relative *non solo* ad eventi lavorativi tutelati *ma anche* menomazioni relative ad eventi extralavorativi che abbiano dato origine a risarcimenti da parte di Compagnia di Assicurazione Privata e dove sono descritti, seppure in modo succinto (*forse troppo succinto*), le menomazioni con la sede anatomica ed il relativo grado percentuale di invalidità. Questo consente di: 1) prendere cognizione di casi di eventuale simulazione e /o pretestazione; 2) quindi scongiurare eventuali tentativi di *prendere in giro* il Medico Valutatore; 3) acquisire contezza di dati utili nel caso debba applicarsi la Formula di Gabrielli, normata, oltre che nel Testo Unico D.P.R. n. 1124/1965 all'articolo 79, anche al comma 6 dell'articolo 13 del D.lvo n. 38/2000.

****

APPENDICE

1) In Appendice 1 sono riportate nella loro versione quasi jntegrale le Sentenze della Corte di Cassazione Sezione Lavoro N. 23653 del 2016 e la Sentenza N. 20769 del 2017 dove la Corte di Cassazione ribadisce il principio della " *presunzione legale di origine* " delle Malattie Professionali Tabellate, sempre in coerenza con i principi ribaditi con la Sentenza n. 206 del 1974 della Corte Costituzionale.

Cassazione Civile, Sez. Lav., 21 novembre 2016, n. 23653 - Malattie professionali tabellate: verifica del nesso causale

Presidente D'Antonio – Relatore Riverso

Fatto

Con la sentenza n. 1238/2010 la Corte d'Appello di l'Aquila accoglieva l'appello proposto dall'INAIL contro la sentenza di primo grado del Tribunale di Teramo che, riconosciuta sulla scorta di ctu la natura professionale della malattia che aveva cagionato il decesso D.G. , accoglieva la domanda del coniuge L.R.R. e condannato l'Istituto all'erogazione delle prestazioni assicurative di legge in favore dell'attrice. In riforma di detta sentenza la Corte d'Appello affermava invece, in base alla nuova ctu disposta in appello, che il defunto fosse deceduto per un complesso patologico gravissimo (neoplasia polmonare) del tutto autonomo rispetto all'attività lavorativa pregressa (addetto all'edilizia). Aggiungendo che non poteva essere condiviso il parere del consulente di primo grado essendo del tutto convincente il giudizio tecnico peritale acquisito in secondo grado, secondo cui la rilevanza e la gravità della patologia tumorale erano non soltanto sufficienti di per sè a cagionare la morte, ma anche di natura ed entità tali da non essere state influenzate dalla modesta pericolosità dell'ambiente lavorativo (cantiere edile) a fronte di una inveterata e pericolosa abitudine tabagica, come spiegato dal ctu con chiarimenti resi all'udienza.
Avverso detta sentenza L.R.R. ha proposto ricorso per cassazione affidando le proprie censure ad un unico articolato motivo, cui resiste l'INAIL con controricorso. L.R. ha depositato memoria.

Diritto

1. Con l'articolato motivo di ricorso la ricorrente, richiamato il contenuto della ctu espletata in primo grado, censura anzitutto l'omessa ed insufficiente motivazione della sentenza di appello la quale aveva aderito acriticamente alla ctu espletata in secondo grado, senza prendere in considerazione le specifiche contestazioni contenute nelle note critiche depositate in giudizio e senza considerare che gli errori e le lacune della ctu si sostanziavano in carenze e deficienze diagnostiche ed in affermazioni illogiche o scientificamente errate. In particolare l'affermazione esposta in sentenza sulla modesta pericolosità dell'ambiente lavorativo costituito dal cantiere edile non era idonea a confutare i numerosi studi epidemiologici che riconoscevano invece un ruolo concausale nell'insorgenza della neoplasia polmonare all'esposizione a sostanze tossiche (in particolare amianto) presenti nell'ambiente di lavoro. Inoltre la Corte territoriale aveva invertito l'onere dalla prova ex art. 2697 c.c. in ordine ad una infermità neoplastica tabellata in quanto causata da asbesto e con periodo di indennizzabilità illimitato; a fronte della quale era l'INAIL che avrebbe dovuto dimostrare la diversa eziologia dell'infermità che avevano condotta a morte il de cuius.
2. Il ricorso è fondato essendo la sentenza d'appello affetta da vizi logici e giuridici che la espongono alle censure di cui sopra, per come risulta dalle seguenti considerazioni.
3. La sentenza impugnata, sulla scorta della ctu espletata nel giudizio d'appello, nega un qualsiasi ruolo causale con la malattia (neoplasia polmonare) che avrebbe condotto al decesso il de cuius, alle sostanze tossiche alle quali egli - secondo la ctu svolta in primo grado (non confutata in fatto in secondo grado e trascritta nel ricorso per cassazione) - era stato esposto nel corso di 31 anni di vita lavorativa in ambiente di lavoro inquinato dalla presenza di amianto, idrocarburi aromatici policiclici, cemento, bitume. Sostanze le quali, insieme al fumo di sigaretta, avevano agito, secondo il medesimo ctu di prime cure come concause delle due patologie (carcinoma polmonare e broncopatia cronica ostruttiva) che lo avevano condotto a morte.
4. La sentenza degrada invece a "modesta" la pericolosità dell'ambiente lavorativo (cantiere edile) dove ha operato il lavoratore e qualifica come del tutto autonoma rispetto all'attività di lavoro la patologia tumorale che da sola avrebbe cagionato il suo decesso; negando un apporto anche soltanto concorsuale alle sostanze nocive sopraindicate, alle quali nondimeno non si nega egli fosse stato esposto nel corso dell'attività di lavoro.
5. Ciò premesso, va ricordato che benché l'ordinamento richieda ancora all'art. 3 del T.U. 1124/65, anche sul terreno assicurativo INAIL, un vero e proprio stretto nesso di derivazione causale tra la malattia e l'attività lavorativa esercitata dal medesimo lavoratore ("a causa e nell'esercizio delle lavorazioni specificate nella tabella") - non è men vero che ai fini dell'operatività della tutela assicurativa per la giurisprudenza anche costituzionale (Corte. Cost. 206/74) è comunque sufficiente il rischio ambientale (cfr. Cass. SU 13025/2006; 15865/2003, 6602/2005, 3227/2011), ossia che il lavoratore abbia contratto la malattia di cui si discute in virtù di una noxa comunque presente nell'ambiente di lavoro ovvero in ragione delle lavorazioni eseguite al suo interno, anche se egli non fosse stato specificatamente addetto alle stesse. Fermo restando che il nostro ordinamento in materia di nesso casuale è ispirato al principio di equivalenza delle cause; per cui, al fine di ricostruire il nesso di causa, occorre tener conto di qualsiasi fattore, anche indiretto, remoto o di minore spessore, sul piano eziologico, che abbia concretamente cooperato a creare nel soggetto una situazione tale da favorire comunque l'azione dannosa di altri fattori o ad aggravarne gli effetti, senza che possa riconoscersi rilevanza causale esclusiva soltanto ad uno dei fattori patologici che abbiano operato nella serie causale.
6. Ora, la sentenza in esame, rispetto ad una malattia ad eziologia multifattoriale, pur non contestando che il lavoratore fosse stato esposto per il lunghissimo periodo di tempo di 31 anni alle sostanze nocive presenti nell'ambiente di lavoro, ha negato un qualsiasi ruolo causale alle stesse sostanze senza accennare nemmeno ad una giustificazione; limitandosi a qualificare come "modesta" la pericolosità dell'ambiente ed a raccordare la malattia esclusivamente con "l'inveterata e pericolosa abitudine tabagica del de cuius"; ma in assenza di elementi, in alcun modo indicati dal giudice di merito, idonei ad attribuire al tabagismo il carattere di causa esclusiva dello stesso evento dannoso. Ciò, nonostante il ctu di primo grado (ma anche il ctp in appello) avesse messo in luce l'effetto sinergico tra

le due sostanze ai fini del nesso di causa; mettendo in rilievo come il fumo avesse amplificato il legame tra le sostanze presenti e le due malattie considerate in primo grado (di una delle quali la sentenza impugnata non parla più).
7. Si tratta di una decisione lacunosa ed apodittica; che non si regge su una spiegazione razionalmente e scientificamente plausibile e che da luogo al vizio di "omessa, contraddittoria ed insufficiente motivazione rispetto ad un fatto controverso e decisivo per il giudizio", previsto dall'art. 360, primo comma, n. 5, cod. proc. civ., nella formulazione risultante dalle modifiche introdotte dal d.lgs. 2 febbraio 2006, n. 40, qui applicabile ratione temporis.
8. Andava inoltre considerata, sotto il profilo giuridico, la peculiare disciplina apprestata dall'ordinamento assicurativo per la tutela delle malattie professionali tabellate.
9. Com'è noto, in materia di tutela assicurativa delle malattie professionali, la tabellazione rappresenta l'approdo e la cristallizzazione di giudizi scientifici specifici sull'esistenza del nesso di causalità. La tabella è prevista dalla legge, viene redatta ed aggiornata in base alla legge, proprio allo scopo di agevolare il lavoratore esposto a determinati rischi nella dimostrazione del nesso di causalità sul terreno assicurativo INAIL. Talché, quando la malattia è inclusa nella tabella, al lavoratore basterà provare la malattia e di essere stato addetto alla lavorazione nociva (anch'essa tabellata) perché il nesso eziologico tra i due termini sia presunto per legge (sempre che la malattia si sia manifestata entro il periodo anch'esso indicato in tabella).
10. Ora, è certamente vero che la presunzione in questione non sia assoluta (Cass. 14023/2004), rimanendo la possibilità per l'INAIL di provare una diagnosi differenziale, ossia di fornire la prova contraria idonea a vincere la presunzione legale dimostrando l'intervento causale di fattori patogeni extralavorativi. Ma occorre che tale prova attinga ad un fattore causale dotato di efficacia esclusiva, idonea a superare l'efficacia della prova presuntiva dell'accertata esposizione professionale e della tabella.
11. Nel caso del tumore polmonare (malattia di natura multifattoriale), in relazione all'esposizione ad amianto, il fattore di rischio è stato previsto in tabella (dal DPR 336/1994 e ss.; ed oggi alla voce n. 57 della tabella di cui al decreto 9 aprile 2008 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale) in termini ampi ("Lavorazioni che espongono all'azione delle fibre di asbesto"); e senza indicazione di soglie quantitative, qualitative e temporali. Dovendo perciò ritenersi che l'ordinamento abbia compiuto il giudizio sulla correlazione causale tra i due termini come riferito anche all'apporto concausale.
12. Ciò significa che chi sia stato esposto all'amianto per motivi professionali (anche soltanto ambientali) ha diritto di vedersi riconosciuta l'origine professionale della malattia ed erogata la tutela assicurativa sociale prevista dalla legge, quand'anche sia stato fumatore, quand'anche abbia vissuto nelle vicinanze di una industria altamente inquinante, quand'anche risultino nel giudizio altre condizioni di confondimento che non assurgano però al ruolo di fattori alternativi di tipo esclusivo.
13. Tutto questo non a caso; nella patologia che riguarda, la tabella ha effettuato una prognosi positiva sul nesso causale per esposizione ad amianto in termini volutamente aperti, tenendo conto della caratteristiche della malattia; soprattutto in considerazione della discussa e problematica questione della c.d. dose indipendenza delle fibre di asbesto nocive ovvero della dose necessaria ai fini dell'innesco, sviluppo, diminuzione della latenza ed accelerazione della manifestazione delle malattie mortali previste nella stessa tabella; questione di cui tanto si discute, anche sul terreno scientifico, ai fini della responsabilità civile e penale.
14. Non per niente l'ordinamento (l. 257/1992 e ss.), per altro verso, ha pure stabilito la cessazione totale dell'uso dell'amianto e la bonifica di ogni struttura dove esso risulti impiegato e costituisca un pericolo per le persone.
15. Tutto ciò vale ovviamente in relazione ed ai fini dell'erogazione delle prestazioni assicurative gestite dall'INAIL.
16. Altro vale ai fini del finanziamento del sistema assicurativo INAIL in relazione al quale il limite della "concentrazione tale da determinare il rischio" di cui all'art. 153 del DPR 1124/65 opera nell'ottica del premio assicurativo supplementare asbestosico, come criterio statistico attuariale volto a circoscrivere la platea dei datori tenuti al pagamento del premio (Cass. 9078/2013). Ma lo stesso limite non ha mai esercitato alcun effetto ai fini della determinazione dell'ambito di operatività dell'assicurazione; né ai fini di accordare la tutela al lavoratore, né quindi ai fini della copertura assicurativa per asbestosi. Lo dice espressamente l'allegato n. 8 al DPR 1124/1965 contenente la tabella relativa all'assicurazione obbligatoria per silicosi ed asbestosi che parla di "lavori che comportano impiego ed applicazione di amianto e di materiali che lo contengono o che comunque espongano ad inalazione di polvere di amianto". Basta dunque, anche a tal fine, essere stati "comunque esposti all'amianto" per motivi professionali (ad un rischio professionale amianto anche se non era diretto e qualificato in concentrazioni determinate; anche se non era collegato agli stessi presupposti identici utilizzati per calcolare il pagamento del premio supplementare) per poter essere protetti, in caso di accertamento della malattia professionale, dal sistema assicurativo e perciò indennizzati.

17. Altre differenti considerazioni valgono pure ai fini del giudizio sul nesso di causalità fuori della tabella, nel campo civile o penale (o per le malattie non tabellate anche sul terreno assicurativo), settori rispetto ai quali, in mancanza di tabellazione, esso non può essere affermato in modo rigidamente deterministico sulla base del solo riscontro della presenza di un fattore di rischio nel luogo di lavoro; ma - pur tenendo conto della diverse regole di giudizio presenti in ciascuno dei medesimi settori - andrà ricostruito ai sensi degli artt. 40 e 41 c.p. secondo il criterio della conditio sine qua non, della causalità necessaria. Occorrerà perciò la verifica della probabilità logica (Sez. Un. Penali 30328/2002) che rispetto a quella epidemiologica o statistica richiede la verifica aggiuntiva dell'attendibilità dell'impiego della legge scientifica al singolo evento, in base al c.d. giudizio contro fattuale.
18. Per quanto concerne il caso che si giudica, come si diceva, lo stesso ctu di primo grado aveva affermato che la relazione che si innesca sul piano causale tra tumore polmonare, amianto e fumo è di tipo sinergico ovvero ad effetto moltiplicativo o più che addittivo (ma la stessa relazione è nota anche alla giurisprudenza di legittimità; v. a es. Cass. civ.18472/2012 la quale ha chiarito come l'abitudine al fumo non spezzi il legame causale con l'esposizione all'amianto); tant'è che lo stesso ctu aveva messo in rilievo che il fumo avesse amplificato il nesso con le sostanze presenti nell'ambiente di lavoro ai fini dell'insorgenza delle due malattie diagnosticate in primo grado.
19. In definitiva, deve ritenersi sempre illegittimo negare il ruolo causale di un fattore nocivo professionale tabellato semplicemente qualificando la sua pericolosità come "modesta"; in quanto, essendo tabellata la lavorazione comportante una esposizione comunque all'amianto, secondo il criterio oggettivo dell'esposizione ambientale, l'apporto del fattore extraprofessionale non potrà essere ritenuto esclusivo, ma nemmeno prevalente o comunque tale da negare qualsiasi ruolo concorsuale del medesimo fattore tabellato (senza offrire una idonea spiegazione sul piano fattuale e scientifico).
20. La stessa sentenza impugnata non è neppure conforme alla più recente giurisprudenza di questa Corte che si è pronunciata di recente in fattispecie consimile con la sentenza n. 6105 del 26/03/2015, osservando che " nella materia degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali trova diretta applicazione la regola contenuta nell'art. 41 cod. pen., per cui il rapporto causale tra evento e danno è regolato dal principio dell'equivalenza delle condizioni, secondo il quale va riconosciuta efficienza causale ad ogni antecedente che abbia contribuito, anche in maniera indiretta e remota, a determinare l'evento, sicché solo qualora possa ritenersi con certezza che l'intervento di un fattore estraneo all'attività lavorativa sia stato di per sé sufficiente a produrre la infermità deve escludersi l'esistenza del nesso eziologico richiesto dalla legge. (Nella specie, la S.C., nel riaffermare il detto principio, ha cassato la sentenza di merito che, con giudizio probabilistico, aveva ritenuto il tabagismo prevalente in punto di efficacia causale della malattia neoplastica polmonare, senza dare rilievo alla esposizione lavorativa ai fumi di fonderia di fusione dell'acciaio)".
21. Non sfugge infine al Collegio che secondo un differente indirizzo giurisprudenziale di legittimità la presunzione legale circa l'eziologia professionale delle malattie tabellate non possa esplicare la sua efficacia nell'ipotesi di malattia ad eziologia multifattoriale (Cass. Sez. L. Sentenza n. 12364/2014; n. 21360/2013; n. 15400/2011).
22. Si tratta di una tesi che pare essersi affermata in relazione a problematiche differenti, rispetto a quella del valore della tabella, ma non risultanti dalla massimazione (ovvero in relazione a malattia non tabellata, all'idoneità del fattore causale, all'onere della prova della sua identificazione e presenza). Essa comunque, nella sua formulazione, non sembra, ad avviso di questo Collegio, pienamente aderente al principio di equivalenza causale (ex art. 41 c.p.) ed alla logica del sistema tabellare (su cui Corte Cost. 179/1988) nei cui elenchi sono inseriti anche tante malattie ad eziologia multifattoriale; le quali anzi sono oramai assolutamente prevalenti rispetto a quelle suscettibili di essere catalogate come malattie di origine esclusivamente professionale, in quanto chiaramente riconducibili ad un'unica noxa lavorativa.
23. Lo stesso orientamento di cui sopra, perciò, nella sua assolutezza, finirebbe per indebolire il valore sociale della tabellazione e mettere in crisi la ratio ispirativa dello stesso sistema assicurativo INAIL, anche in rapporto all'art.38, comma 2 della Cost..
24. Pertanto, sullo stesso tema il collegio intende dare continuità ad altro precedente orientamento su cui questa Corte per lungo tempo non ha mai dubitato e secondo il quale (Sez. L, Sentenza n. 14023 del 26/07/2004) "l'accertamento dell'inclusione nelle apposite tabelle sia della lavorazione che della malattia (purché insorta entro il periodo massimo di indennizzabilità) comporta l'applicabilità della presunzione di eziologia professionale della patologia sofferta dall'assicurato, con la conseguente insorgenza a carico dell'I.N.A.I.L. dell'onere di dare la prova di una diversa eziologia della malattia stessa ed in particolare della dipendenza dell'infermità, nel caso concreto, da una causa extralavorativa oppure del fatto che la lavorazione, cui il lavoratore è stato addetto, non ha avuto idoneità

sufficiente a cagionare la malattia, di modo che, per escludere la tutela assicurativa deve risultare rigorosamente ed inequivocabilmente accertato che vi è stato l'intervento di un diverso fattore patogeno, il quale, da solo o in misura prevalente, ha cagionato o concorso a cagionare la tecnopatia. Tuttavia, questa regola, allorquando si tratti di una malattia, come quella tumorale, ad eziologia multifattoriale, dev'essere temperata nel senso che la prova del nesso causale non può consistere in semplici presunzioni desunte da ipotesi tecniche teoricamente possibili, ma deve consistere nella concreta e specifica dimostrazione, quanto meno in via di probabilità, della idoneità della esposizione al rischio a causare l'evento morboso, dovendosi, peraltro, ritenere che, nel caso in cui si tratti di forme tumorali che hanno o possono avere, secondo la scienza medica, un'origine professionale, la presunzione legale quanto a tale origine torni ad operare, con la conseguenza che l'istituto assicuratore è onerato di dare la prova contraria, la quale può consistere solo nella dimostrazione che la patologia tumorale, per la sua rapida evolutività, non è ricollegabile all'esposizione a rischio, in quanto quest'ultima sia cessata da lungo tempo". (Nella stessa direzione anche Cass. N. 5638 del 1991, N. 10953 del 1992, N. 10970 del 1993, N. 4297 del 1996, N. 3252 del 1999, N. 8108 del 2002, N. 4665 del 2003, N. 13954/2014).
25. In conclusione, tenuto conto di tutti questi rilievi, poiché la sentenza impugnata non si sottrae alle censure formulate dalla ricorrente, il ricorso per cassazione deve essere accolto e la sentenza stessa deve essere cassata, con rinvio della causa, per un nuovo esame, ad un nuovo giudice. Quest'ultimo, che si designa nella Corte di appello di L'Aquila in diversa composizione, dovrà uniformarsi ai principi di diritto sopra richiamati (specie quelli enunciati nei punti 5-13), provvedendo anche sulle spese del presente giudizio di legittimità.

P.Q.M.

La Corte accoglie il ricorso, cassa la sentenza impugnata e rinvia anche per le spese alla Corte d'Appello di L'Aquila in diversa composizione.

****

Cassazione Civile, Sez. Lav., 05 settembre 2017, n. 20769 - Carcinoma dell'operaio metalmeccanico addetto alla verniciatura. La causa della malattia è il tabagismo o l'attività lavorativa?

Presidente: MAMMONE GIOVANNI Relatore: CALAFIORE DANIELA Data pubblicazione: 05/09/2017

Rilevato
Che P.C. chiedeva l'accertamento del nesso causale esistente tra l'attività lavorativa svolta (operario metalmeccanico addetto alla verniciatura, con esposizione a vernici e solventi) e la malattia da cui era affetto (carcinoma alla vescica), con conseguente attribuzione delle prestazioni di legge con riferimento ad un danno biologico pari al 65%;
che rigettata la domanda e proposto appello dall'assicurato, la Corte d'appello di Torino con sentenza dell'11.05.11 rigettava l'impugnazione relativa alla sussistenza del nesso causale, riformava la prima sentenza solo in punto di spese ed escludeva il nesso causale in base alle considerazioni svolte dei due consulenti tecnici d'ufficio, di primo e secondo grado; il secondo, in particolare, ricollegava la malattia all'elevato grado di tabagismo dell'assicurato, riscontrando prove non attendibili circa i livelli di esposizione a vernici e solventi (contenenti ammine) dallo stesso subiti nella vita lavorativa; che propone ricorso P.C. con due motivi illustrati da memoria;
che l'Inail resiste con controricorso;
che il Procuratore Generale non ha depositato conclusioni;

Considerato
Che il primo motivo di ricorso concerne la denuncia di violazione e o falsa applicazione dell'art. 112 cod. proc. civ. in relazione alla mancanza di esplicita pronunzia sulla domanda di riconoscimento del carattere professionale della malattia;
che il secondo motivo, con duplice articolazione, ha per oggetto la violazione e o falsa applicazione degli artt. 3 e 4

del d.p.r. n. 1124/1965, artt. 2697, 2727 e 2728 cod. civ., 421, 434, 437 e 445 cod. proc. civ. e 41 c.p. e l'omessa, insufficiente e contraddittoria motivazione in relazione alla erronea convinzione del c.t.u sulla circostanza che lo stesso ricorrente fosse fumatore da oltre 40 anni, mentre agli atti risultava un tabagismo molto più attenuato (venti anni per poche sigarette prò die); inoltre lo stesso c.t.u non aveva compiuto accertamenti presso l'INAIL pur essendo stato all'uopo autorizzato per verificare, come espressamente indicato dal ricorrente stesso, se altri operai avessero contratto lo stesso tumore, né aveva tenuto conto dell'istruttoria testimoniale;
che il primo motivo è ammissibile in quanto la stessa sentenza impugnata riporta, tra le conclusioni del ricorrente, la richiesta espressa di declaratoria della natura professionale della malattia per cui nessun dubbio può esservi sull'effettiva proposizione di tale domanda;
che lo stesso motivo è, tuttavia, infondato in quanto la Corte territoriale ha condiviso pienamente le conclusioni del c.t.u., nominato in grado d'appello, escludendo del tutto che si potesse giungere alla conclusione che il carcinoma alla vescica contratto potesse avere origine professionale e non è sufficiente a far ritenere omessa tale esplicita pronuncia la circostanza che il dispositivo si sia limitato a dare atto dell'accoglimento del solo motivo relativo alle spese giacché la formula dell'accoglimento parziale implica, logicamente, il rigetto dei motivi non accolti;
che è fondato il secondo motivo a cui è sottesa la questione dell'onere della prova e dei contenuti dell'accertamento in tema di malattia prevista dalle Tabelle di legge riguardanti la classificazione delle patologie di origine professionale;
che, nel caso di specie la voce 34, dell'allegato 1 del d.p.r. 1994 n. 336, prevede la voce " Malattie causate da: a) amine alifatiche (primarie, secondarie, terziarie ed eterocicliche) e loro derivati alogenati, fendici, nitrosi, nitrati e solfonati; b) amine aromatiche (primarie, secondarie, terziarie ed eterocicliche) e loro derivati alogenati, fendici, nitrosi, nitrati e solfonati;c) idrazine aromatiche e loro derivati alogenati, fenolici, nitrosi, nitrati e solfonati e le relative lavorazioni;
che, come questa Corte ha di recente ribadito (Cass. sez. lav. n. 23653 del 21.11.2016; n. 13856/2017), "dall'inclusione nelle apposite tabelle sia della lavorazione che della malattia (purché insorta entro il periodo massimo di indennizzabilità) deriva l'applicabilità della presunzione di eziologia professionale della patologia sofferta dall'assicurato, con il conseguente onere di prova contraria a carico dell'I.N.A.I.L., quale è, in particolare, la dipendenza dell'infermità da una causa extralavorativa oppure il fatto che la lavorazione non abbia avuto idoneità sufficiente a cagionare la malattia, di modo che, per escludere la tutela assicurativa è necessario accertare, rigorosamente ed inequivocabilmente, che vi sia stato l'intervento di un diverso fattore patogeno, che da solo o in misura prevalente, abbia cagionato o concorso a cagionare la tecnopatia;
che tale regola deve essere, tuttavia, temperata in caso di malattia, come quella tumorale, ad eziologia multifattoriale, nel senso che la prova del nesso causale non può consistere in semplici presunzioni desunte da ipotesi tecniche teoricamente possibili, ma deve consistere nella concreta e specifica dimostrazione, quanto meno in via di probabilità, della idoneità della esposizione al rischio a causare l'evento morboso, con la precisazione che in presenza di forme tumorali che hanno o possono avere, secondo la scienza medica, un'origine professionale, la presunzione legale quanto a tale origine torna ad operare, sicché l'I.N.A.I.L. può solo dimostrare che la patologia tumorale, per la sua rapida evolutività, non è ricollegabile all'esposizione a rischio, in quanto quest'ultima sia cessata da lungo tempo;
che (vd. Cass. 19047/2006) nel caso, viceversa, di agente non tabellato, la prova del nesso causale, come è ben noto, è ad esclusivo carico del lavoratore, nel senso che egli dovrà allegare e provare i fatti materiali (nel caso di specie i prodotti chimici usati nella sua vita lavorativa), sui quali si svolgerà d'ufficio il giudizio medico legale che solo può stabilire il nesso causale dal punto di vista della scienza medica;
che pertanto la prima operazione che il giudice del merito deve compiere è quella di definire se l'agente patogeno di cui sì discute (vernici utilizzate dalla datrice di lavoro) contenessero ammina aromatica derivata dall'ammoniaca o dal benzene, e come tale rientri nella voce 34 della tabella, o in altra, o in nessuna, mentre la seconda operazione è di accertare se la specifica forma tumorale è, secondo la scienza medica, causata dall'agente patogeno tabellato, sul che in effetti si è concentrata l'indagine del giudice d'appello; che circa il grado di certezza del nesso causale, stante la centralità della valutazione scientifica e quindi del giudizio dell'ausiliare sotto il controllo del giudice, valgono in ogni caso le acquisizioni della giurisprudenza di legittimità in punto di rilevanza del giudizio probabilistico sulla eziopatogenesi professionale che può essere ravvisata in presenza di un rilevante o ragionevole grado di probabilità, per accertare il quale il giudice deve non solo consentire all'assicurato di esperire i mezzi di

prova ammissibili e ritualmente dedotti, ma deve altresì valutare le conclusioni probabilistiche del consulente tecnico in tema di nesso causale, facendo ricorso anche ad ogni utile iniziativa ex officio diretta ad acquisire ulteriori elementi (assunzione di deposizioni testimoniali, richiesta di chiarimenti al consulente tecnico e quanto altro si appalesi opportuno) in relazione all'entità ed alla esposizione del lavoratore ai fattori di rischio (Cass. 8 gennaio 2003 n. 87; Cass. 20 maggio 2000 n. 6592; Cass. 8 luglio 1994 n. 6434; Cass. 23 aprile 1997 n. 3523; Cass. 7 aprile 1998 n. 3602);
che va ribadito, ancora, che il ctu può giungere al giudizio di ragionevole probabilità anche in base alla compatibilità della malattia non tabellata con la noxa professionale, desunta dalla tipologia delle lavorazioni svolte, dalla natura dei macchinari presenti sul luogo di lavoro, della durata della prestazione lavorativa, e per l'assenza di altri fattori extra - professionali (Cass. 13 aprile 2002 n. 5352; Cass. 21 febbraio 2003 n. 2716; Cass. 24 marzo 2003 n. 4292),utilizzando a tale scopo utilizzare congiuntamente anche dati epidemiologici (Cass. 25 maggio 2004 n. 10042, Cass. 24 luglio 1991, n. 8310; Cass. sez. un. 4 giugno 1992 n. 6846; Cass. 27 giugno 1998 n. 6388; Cass. 29 settembre 2000 n. 12909), per suffragare una qualificata probabilità (Cass. 5638/1991 cit.; Cass. 3 aprile 1990, n. 2684; (vd. nello stesso senso, D.M. 27 aprile 2004, che ha recepito il parere della Commissione medica nominata ai sensi del D.Lgs. 23 febbraio 2000, n. 38, art. 10, comma 4, relativo alla centralità del solo grado di probabilità e non più alla certezza scientifica);
che, nella fattispecie, è agevole rilevare che la stessa Corte d'appello di Torino ha dato atto della circostanza, desunta dalla relazione del consulente d'ufficio, che quest'ultimo pur ritenendo l'effettiva esposizione all'azione di vernici ed ammine aromatiche come possibile fattore causale del carcinoma vescicale contratto dal ricorrente ha concluso affermando con certezza che la causa del carcinoma alla vescica sia da ritenere l'abitudine al fumo di sigaretta e non l'attività lavorativa svolta dalla parte presso la Carrozzeria B. s.p.a.;
che tale opinione del consulente viene associata al dato anamnestico secondo cui l'abitudine al fumo sarebbe durata per oltre 40 anni dal 1963 al 2007 (pag. 5 della sentenza impugnata) unitamente al dato, rinvenuto in certificazioni INAIL del 29 maggio 2009 ed in testimonianze, non meglio chiarite, che dalla fine degli anni '70 presso la carrozzeria B. s.p.a. non vi erano vernici contenenti ammine aromatiche e dagli anni '90 l'ambiente di lavoro mostrava concentrazioni di sostanze pericolose inferiori al limite; che, tuttavia, in pieno contrasto con tali allegazioni, alla pagina 3 della relazione di c.t.u. del grado d'appello si legge che il P.C. riferì di aver fumato circa 10 sigarette al giorno nel periodo compreso tra il 1963 ed il febbraio 1985 e poi 5 o 6 dal 1986 al 2007, per cui non è dato comprendere quale sia stata la fonte del convincimento del c.t.u. che invece afferma con certezza che il P.C. fumò per quaranta anni senza dar conto della notevole variazione dell'intensità dell'assunzione di sigarette nel tempo;
che, dal libretto di lavoro e dalla deposizione del collega di lavoro del P.C., E.L., è emerso che il ricorrente, dipendente della Carrozzeria B. s.p.a. quale operaio smerigliatore dal 18 aprile 1961 al 30 aprile 1996, lavorava senza protezione in area contigua alle cabine di verniciatura con conseguente inevitabile contaminazione delle esalazioni e che non è stato accertato e valutato neanche il dato epidemiologico pure evidenziato dell'insorgenza della medesima patologia nei colleghi di lavoro del P.C. A.V. ed A. F.;
che nessun concreto approfondimento risulta essere stato effettuato sul rinvenimento di dati relativi alla tipologia di vernici utilizzate dalla datrice di lavoro, nonostante l'ampio mandato conferito al c.t.u.; che, quindi, il secondo motivo di ricorso va accolto e che l'impugnata sentenza va cassata, con rinvio del procedimento alla Corte d'appello di Torino che, in diversa composizione, provvederà a riesaminare il merito della questione alla luce dei summenzionati principi, oltre che alla liquidazione delle spese del presente giudizio.

P.Q.M.

La Corte accoglie il secondo motivo di ricorso, cassa la sentenza impugnata e rinvia la causa alla Corte d'appello di Torino, in diversa composizione, che giudicherà anche sulle spese del presente giudizio. Così deciso nella Adunanza camerale del 27 aprile 2017.

NOTA: Pertanto, quanto ho già sottolineato nel Terzo e nel Quarto Capitolo, ripetendo, financo a iosa, il concetto che, in caso di Malattia Tabellata, la

origine della sua origine professionale gode della " *presunzione legale di origine* " ed è l'Istituto Previdenziale che deve dimostrare, con onere della prova a suo carico (*inversione dell'onere della prova*), che il lavoratore non è stato affatto esposto allo specifico rischio lavorativo oppure vi è stato esposto in via del tutto saltuaria ed occasionale tale che il rischio è stato oggettivamente inadeguato, e quindi adottando nel negare l'esistenza del rischio lavorativo un *criterio di certezza* e non un *criterio probabilistico*, appare tuttora ritenuto del tutto valido.

****

2. DIFFRENZA TRA CAUSALITA' DI SERVIZIO E CAUSALITA' NELL'AMBITO DELLE MALATTIE PROFESSIONALI.

Si è già ampiamente scritto nel Secondo Capitolo circa il dibattito, lo si ripete talora aspro e serrato, che regna tra i medici legali, i medici del lavori e coloro che comunque operano in ambito previdenziale sul tema delle malattie professionali. C'è chi è di " *pensiero conservatore* " e non ha accettato che, con il trascorrere degli anni, con l'intervento della Giurisprudenza di Cassazione Civile Lavoro e poi Costituzionale e poi ancora di Cassazione Civile Lavoro, e quindi dell'articolo 10 del D.lvo n. 38/2000, e quindi con la Lettera Circolare del 16 febbraio 2006 del Direttore Generale dell'INAIL Protocollo n. 7876 bis (*riportata in modo integrale nel Primo Capitolo*) al presupposto causativo del riconoscimento di una malattia professionale correlata al lavoro secondo il criterio di " *causalità adeguata e poi diretta ed esclusiva* " si è sostituito lo studio della causazione di una tecnopatia secondo il criterio della " *conditio sine qua non* " e quindi della " *concausa lavorativa efficiente e determinante* " in concorso con " *concause anche di origine extraprofessionale* ". Alcuni studiosi e cultori della materia sostenevano e sostengono che, così facendo, si è messo a rischio la peculiarità della causa lavorativa dell'assicurazione sociale previdenziale (INAIL) facendola degradare a tutela di tipo diversa, simile alla " *causalità di servizio* ", la cui degenerazione (parlo di troppe patologie ammesse alla causalità di servizio e/o all'equo indennizzo con criteri talvolta di *elasticità estrema* che hanno determinato la scelta del legislatore di sopprimere questo istituto nel 2011). Altri studiosi e cultori della Medicina del Lavoro, richiamandosi alle nuove conoscenze in ambito biologico, circa l'intervento di fattori costituzionali, di familiarità , di abitudini di vita, comunque extraprofessionali, nella stragrande maggioranza delle patologie e quindi anche nelle patologie da lavoro (*e per le infermità a carattere costituzionale e a carattere di familiarità non faccio ovviamente riferimento a tutte le patologie che nella loro ereditarietà seguono le Leggi di Gregorio Mendel - ereditarietà mendeliana: come la Fibrosi cistica, Corea di*

Hugkinton, la Talassemia) - , si dichiarano favorevoli all' attuale orientamento successivo alle Sentenze n. 179/1988 e n. 206 /1988 della Corte Costituzionale.
Del resto, a tale riguardo, esistono documenti dell'INAIL che sconfessano la volontà dell'Istituto Previdenziale di *confondere* la tutela privilegiata delle tecnopatie con causalità di servizio.

E vediamo cosa qualifica una malattia di natura professionale causata esclusivamente dalla attività lavorativa o concausata dalla attività lavorativa quando è di natura multi fattoriale secondo l'Istituto Previdenziale.

Orbene: la Circolare INAIL n. 29 del 24 aprile 1991, avente per Oggetto: Studio in tema di nozione di malattia professionale. Relazione della Commissione di esperti. Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 12/1991, redatta pochi anni dopo l'emanazione della Sentenza n. 178/1988 della Corte Costituzionale, così riporta:

" Nell'ambito delle linee programmatiche per la gestione del sistema di tutela delle malattie professionali, approvate dal Consiglio di Amministrazione con delibera n. 76 del 24 maggio 1989, è stato affidato ad una Commissione di esperti (istituita con delibera del Comitato esecutivo n. 442/1989) l'incarico di approfondire

le tematiche collegate alla nozione di malattia professionale alla luce della sentenza della Corte Costituzionale n. 179/1988.

Lo stesso Consiglio di amministrazione con delibera n. 12 del 13 febbraio 1991 (all. n. 1) ha:

· preso atto delle conclusioni dei lavori della predetta Commissione;

·approvato la diffusione, all'interno ed all'esterno dell'Istituto, della relativa relazione (all. n. 2), con modalità che ne richiamino l'autorevolezza scientifica;

·raccomandato di promuovere l'utilizzazione di detta relazione, come punto di riferimento sul piano operativo e documento aperto alle potenzialità di sviluppo e di aggiornamento del complesso sistema di tutela delle tecnopatie.

L'intera problematica attinente a tale sistema ha indubbiamente trovato nel lavoro svolto dalla Commissione un qualificato contributo scientifico che conferma la validità delle scelte effettuate dall'Istituto di privilegiare, ove possibile, un approccio anche culturale ai problemi istituzionali con il coinvolgimento del mondo esterno. Si tratta di un prodotto di significativo spessore che si pone quale raccordo esegetico fra il quadro normativo esistente e quello derivante dalla sentenza costituzionale.

Nella consapevolezza di dover condurre un'indagine in un settore interdisciplinare privo di un contributo giurisprudenziale apprezzabile e, soprattutto, da ridisegnare legislativamente dopo il citato intervento della Corte Costituzionale, la Commissione ha proceduto alla ricostruzione degli elementi che qualificano come professionale la malattia ed alla ricerca di indicazioni concrete sui criteri da seguire per il suo accertamento.

In sintesi:

ha confermato come unica la nozione assicurativa di malattia professionale, sia essa tabellata o non, individuandone gli elementi caratterizzanti nell'esposizione al rischio specifico determinato dalle lavorazioni di cui agli articoli 1, 206, 207 e 208 del Testo Unico approvato con D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni, nonché nel rapporto causale con tali lavorazioni;

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) 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 (fatta salva comunque la possibilità del concorso di fattori causali extralavorativi), 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);

circa la prova degli elementi di fatto del rapporto causale, ha ribadito che questa si atteggia diversamente nei confronti della malattia tabellata e di quella extratabellata (presunzione legale in un caso, onere a carico del lavoratore nell'altro), non perché sia diversa la nozione di malattia professionale, ma per le caratteristiche che, a monte, contraddistinguono il sistema tabellare rispetto a quello misto.

Ora, al di la dell'interesse di studio, si tratta da un lato di verificare se e come le formulazioni concettuali della Commissione incidano sul quadro normativo elaborato dall'Istituto a ridosso della sentenza n. 179/1988, dall'altro di ricavarne indicazioni operative percorribili per superare talune difficoltà obiettive che sul piano pratico si incontrano, da parte dell'Istituto e dell'utenza, nell'attuazione del sistema "misto" di tutela.

Per il primo aspetto, deve sottolinearsi che nelle conclusioni della Commissione trovano esatto riscontro i principi contenuti nella circolare n. 23/1988, che vanno pertanto in questa occasione ulteriormente confermati.

Rimangono da enucleare alcuni indirizzi di contenuto pratico operativo, sui quali di seguito si richiama l'attenzione.

1. Il rilievo dato dalla Commissione alla unicità della nozione di tecnopatia, tabellata o non, assume particolare importanza consentendo di ribadire i criteri di base che caratterizzano la malattia professionale, oggetto dell'assicurazione, che non sembra superfluo qui sottolineare. Presupposti della tutela rimangono la qualità di persona assicurata, ai sensi degli articoli 4 e 205 del Testo Unico, secondo le più recenti interpretazioni fornite dalla giurisprudenza e dalla dottrina e recepite dall'Istituto, nonché l'esercizio di una delle lavorazioni di cui agli articoli 1, 206, 207 e 208 del Testo Unico.

2. Requisito essenziale e l'esistenza del nesso eziologico fra la malattia e la lavorazione espletata, configurabile in un rapporto causale, diretto ed efficiente, con lo specifico rischio lavorativo.

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.

Altrimenti operando si finirebbe per svuotare di contenuto l'ambito applicativo della tutela privilegiata, indebolendo il principio del rischio professionale, che, come la stessa giurisprudenza della Corte Costituzionale ha ripetutamente affermato, costituisce in sostanza il presupposto essenziale di detta tutela.

3. L'esposizione allo specifico rischio lavorativo e quindi il "punto qualificante" che caratterizza il sistema assicurativo nel suo complesso, differenziandolo dalle altre forme di tutela previdenziale. Di qui la centralità che l'accertamento del rischio assume ai fini del riconoscimento della tecnopatia.

E' questo il campo nel quale l'Istituto deve misurarsi, intensificando e perfezionando i propri interventi se vuole assolvere in pieno al ruolo che gli compete sotto il profilo assicurativo ed aprirsi gli spazi consentiti nell'ambito della prevenzione.

In proposito, per il potenziamento di tale funzione, tenuto conto che il nuovo organico dell'Istituto prevede l'attribuzione di tecnici a livello regionale, sono stati, come noto, banditi concorsi pubblici per l'assunzione delle necessarie figure professionali.

E' chiaro che per i casi denunciati al di fuori dell'ambito tabellare l'attività di accertamento si traduce in controllo e verifica degli elementi di prova forniti dal richiedente la prestazione. Per tale attività, con costante riferimento alla Consulenza tecnica accertamento rischi professionali, possono essere utilizzati gli addetti al Servizio ispettivo, ai quali sono stati dedicati diversi moduli formativi.

Si coglie, peraltro, l'occasione per richiamare l'attenzione sulla necessità di rapportarsi immediatamente alla citata Consulenza centrale nell'ipotesi di contenzioso giudiziario nel corso del quale - com'è di norma in questa materia - si manifesti l'esigenza di consulenza tecnica di parte.

Va, infine, raccomandato alle Unità periferiche di curare ed intensificare i rapporti con le strutture del territorio deputate alla prevenzione, segnalando alle stesse particolari situazioni di rischio venute in evidenza o acquisendo gli esiti di indagini tecniche eventualmente effettuate.

4. In tema di malattie non tabellate, la Commissione ha riscontrato nell'onere della prova degli elementi di fatto del rapporto causale lavorazione-malattia posto a carico del lavoratore, "il punto di snodo della tutela aperta da cui dipende la potenzialità della tutela stessa". 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.

L'esibizione della necessaria documentazione probatoria può essere agevolata da una precisa ed esauriente compilazione del modulo di denuncia di malattia professionale (la cui revisione e allo studio di questa Direzione generale), nonché integrata da riscontri di ufficio.

A tal fine, secondo le indicazioni formulate dal Consiglio di amministrazione nella ripetuta delibera n. 12/1991, sono stati già predisposti, in aggiunta al questionario sulle ipoacusie (in vigore dal 30 novembre 1988: v. relativa lettera ai Direttori regionali ed interregionali), i questionari per le allergopatie e per le malattie da posizione o da movimenti ripetuti, diffusi con lettera alle Unità periferiche del 18 dicembre 1990. Si tratta, com'è di immediata comprensione, di strumenti mirati ad integrare e sistematizzare, in sede di verifica degli elementi di prova prodotti dall'assicurato, le informazioni necessarie alla ricostruzione dell'anamnesi lavorativa. A questo riguardo è opportuno segnalare che, nello spirito dei nuovi rapporti instaurati dalla legge n. 241/1990 fra la Pubblica amministrazione e il cittadino, una qualche collaborazione nell'assolvimento dell'onere probatorio da parte del lavoratore può essere prestata non solo utilizzando, come già dovrebbe avvenire, atti in possesso dell'Istituto, ma altresì acquisendo d'ufficio documentazioni in possesso di altra Pubblica amministrazione, alle quali l'interessato abbia fatto riferimento.

5. Circa l'accertamento in concreto della etiologia professionale della malattia, di esclusiva competenza dell'Istituto assicuratore, la Commissione ha indicato il "percorso" da seguire secondo la più accreditata criteriologia medico-legale con riferimento a possibili "guide diagnostiche".

In proposito si richiama l'attenzione sulla lettera-circolare n. 26 del 19 marzo 1991 che promuove la divulgazione delle "guide diagnostiche" per le malattie tabellate corrispondendo agli indirizzi della Commissione ed alle direttive della delibera consiliare più volte menzionata.

Si raccomanda ai Dirigenti regionali ed interregionali e delle Unità operative di curare la diffusione, a tutti i livelli e con il massimo coinvolgimento del personale soprattutto sanitario, del documento prodotto dalla Commissione di esperti, facendone oggetto di proficuo dibattito. Lo stesso documento dovrà essere divulgato all'esterno presso tutti i referenti del territorio (UU.SS.LL., magistrature, cliniche del lavoro, ecc.) ed illustrato nel corso degli incontri con gli Istituti di Patronato, con la precisazione che i principi ivi enunciati costituiscono si un utile punto di riferimento ma rimangono comunque suscettibili di verifica in relazione all'evolversi della dottrina e della giurisprudenza, tenuto conto della dinamicità del sistema assicurativo in costante confronto con il mondo del lavoro".

Quindi l'allegato n.1 alla circolare predetta n. 29/1991 riporta la DELIBERA DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE N. 12 DEL 13 FEBBRAIO 1991:

" E 1 Commissione di esperti per la definizione giuridica di malattia professionale;

E 2 Malattie professionali. Andamento del "Sistema misto":

Strategia per il governo del sistema.

IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

nella seduta del 13 febbraio 1991 vista la propria deliberazione n. 13 dell'11 aprile 1990 con la quale sono state approvate le linee di sviluppo strategico proposte dalla Direzione generale fra cui particolare attenzione merita l'esigenza di interventi coordinati a livello informativo, normativo, medico-legale per la tutela delle malattie professionali adeguata alla complessa realtà del fenomeno alla luce della sentenza n. 179 del 1988 della Corte costituzionale;

vista la propria deliberazione n. 76 del 24 maggio 1989 con la quale, sulla scorta delle esperienze del primo periodo di attuazione del "sistema misto", sono state approvate le linee programmatiche proposte dalla Direzione generale con particolare riguardo - fra l'altro - all'adozione di "guide diagnostiche" su tutto il territorio nazionale e la costituzione di una Commissione di esperti per la elaborazione della definizione giuridica di malattia professionale, impegnando la Direzione generale a riferire periodicamente sull'andamento della attuazione del "sistema misto";

vista la relazione del 12 luglio 1990 con la quale il Direttore generale riferisce sulle conclusioni dei lavori della predetta Commissione di esperti proponendo di adottare una articolata linea di azione con riferimento a dette conclusioni;

preso atto che, a seguito del confronto aperto con le parti sociali, tali conclusioni sono state condivise dalle rappresentanze imprenditoriali, mentre, secondo l'orientamento espresso dagli Istituti di Patronato, pur configurando un punto di riferimento sul piano operativo, devono costituire comunque un documento aperto alle potenzialità di sviluppo e di aggiornamento del complesso sistema di tutela delle malattie professionali;

tenuto conto che sono state particolarmente apprezzate dalle stesse parti sociali le indicazioni fornite dalla Commissione di esperti circa l'apprestamento di ulteriori strumenti informativi per l'anamnesi lavorativa individuale degli assicurati e la revisione della modulistica di certificazione e denuncia delle malattie professionali;

vista, altresì, la relazione del 23 luglio 1990 con la quale il Direttore generale medesimo riferisce sullo stato di avanzamento del programma di attuazione del "sistema misto" formulando ulteriori articolate proposte sotto il profilo organizzativo, di ricerca scientifica ed operativa, nonché di potenziamento dell'accertamento tecnico del rischio anche nelle sue proiezioni prevenzionali;

preso atto che anche in merito a tali proposte si e realizzato un confronto con le parti sociali, in esito al quale i Patronati hanno in linea generale condiviso le proposte stesse con particolare riguardo: al ruolo delle "guide diagnostiche", utilizzabili come referente scientifico-culturale nonché come strumento operativo privo di valore vincolante; all'adozione di questionari per specifiche tecnopatie atti a garantire omogeneità di trattazione delle relative pratiche; al proseguimento di costruttivi confronti per la revisione delle tabelle allegati n. 4 e 5 al Testo Unico e per la formulazione di una tabella valutativa unica per le ipoacusie;

tenuto conto che, sempre in esito al predetto confronto, da parte confindustriale è stata manifestata l'esigenza che nella gestione del "sistema misto" si continui ad operare sulla base di una accreditata metodologia di indagine medico-legale per garantire una effettiva diagnosi "differenziale" della malattia professionale rispetto alla malattia comune;

ritenuto che le proposte formulate con dette relazioni appaiono coerente attuazione delle scelte strategiche di cui alla citata deliberazione n. 13/1990;

visto il parere della Commissione programmazione e affari istituzionali, espresso nella seduta del 25 settembre 1990;

visto il parere della Commissione per le attività sanitarie e di prevenzione formulato nella seduta del 22 ottobre 1990;

visto il parere della Commissione per i rapporti con gli Enti di patronato, con le associazioni di categoria e altri organismi interessati all'I.N.A.I.L., formulato nella seduta del 30/1/1991;

sentito il Direttore generale il quale si è espresso favorevolmente all'adozione del provvedimento;

vista la Legge 9 marzo 1989, n. 88 così come modificata dall'art. 4, punto 13, del D:L: 9 ottobre 1989, n. 338, convertito con modificazioni nella Legge 7 dicembre 1989, n. 389;

PRENDE ATTO

delle conclusioni dei lavori della Commissione di esperti per la definizione di malattia professionale alla luce della sentenza n. 179/88 della Corte Costituzionale;

delle risultanze che emergono dalla attuazione, a tutto il giugno 1990, del "sistema misto" introdotto dalla predetta sentenza;

dall'esito del confronto con le parti sociali;

DELIBERA

di approvare le linee di indirizzo operativo proposte dal Direttore generale con le relazioni in data 12 e 23 luglio 1990, citate in premessa, con particolare riguardo:

· alla diffusione, all'interno dell'Istituto ed all'esterno, delle conclusioni della predetta Commissione di esperti con modalità che, fra l'altro, richiamino l'attenzione della opinione pubblica specializzata sulla autorevolezza scientifica della Commissione stessa;

· alla sistematica instaurazione di iniziative con organismi nazionali ed internazionali per:

· l'approfondimento di tematiche sulle tecnopatie;

· l'arricchimento delle tecnologie di accertamento;

· lo scambio di dati ed informazioni nel quadro generale delle iniziative di attuazione del sistema informativo gestionale;

· alla tempestiva pubblicazione delle "guide diagnostiche" per le malattie professionali, in vista della rapida diffusione ed utilizzazione delle stesse che offrono al ragionamento medico-legale un supporto metodologico per le esigenze diagnostiche venendo a costituire un referente scientifico-culturale e uno strumento operativo privo di valore vincolante;

· all'apprestamento di ulteriori strumenti informativi per l'anamnesi lavorativa, riferibile ai singoli soggetti tutelati;

· alle iniziative per promuovere - in termini di adeguamento organico e formativo - il potenziamento delle professionalità degli operatori del settore in termini di accertamento tecnico del rischio e valutazione medico-legale;

RACCOMANDA ALLA DIREZIONE GENERALE

di promuovere la utilizzazione delle conclusioni della Commissione di esperti come punto di riferimento sul piano operativo e documento aperto alle potenzialità di sviluppo ed aggiornamento del complesso sistema di tutela delle malattie professionali;

di formulare proposte per estendere la positiva esperienza della Commissione di esperti ad altri comparti normativi dell'assicurazione infortuni in vista dei lavori preparatori per il nuovo Testo Unico;

di intervenire nelle opportune sedi politiche per il completamento del quadro normativo in materia di prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, con particolare riferimento alla interconnessione tra momento assicurativo e momento prevenzionale;

di promuovere direttamente forme di intervento, sul piano culturale, atte a favorire nel personale dell'Istituto, ad ogni livello operativo e funzionale, la consapevolezza della necessita di un raccordo tra la propria azione e le finalità di tutela sociale che l'Istituto stesso persegue;

IMPEGNA LA DIREZIONE GENERALE STESSA

a promuovere un incontro con il personale sanitario dell'Istituto per un puntuale coinvolgimento nel processo di innovazione in atto ai fini dell'omologazione culturale e dell'uniformità dei comportamenti nell'espletamento dell'attività medico-legale;

a pianificare la realizzazione di strumenti informativi, formativi, organizzativi per la gestione del "sistema misto" anche in vista del graduale decentramento della relativa attuazione;

a relazionare sistematicamente sugli ulteriori sviluppi del fenomeno di cui trattasi secondo le modalità già sperimentate con la relazione del 23 luglio 1990 - citata nelle premesse - avendo cura di arricchire le informazioni ed i dati ".

Si può bene evidenziare come viene operata una netta distinzione tra il concetto di malattia professionale tutelata dall'INAIL o come malattia tabellata o come malattia non tabellata ed il concetto di malattia causata dal servizio (causalità di servizio).

Per la malattia causata dal servizio (" causalità di servizio "), oltretutto nel 2011 soppressa dal legislatore per gli impiegati civili della Pubblica Amministrazione è il servizio come tale che determina il diritto a stabilire una correlazione fra attività lavorativa e patologia, dove l'attività lavorativa non ha quei requisiti di specificità che invece si ha nella tutela INAIL. Invero anche l'INAIL ammette patologie da stress lavoro correlato ma dove la situazione stressante esorbiti dalle caratteristiche che provengono in senso generico dall'ambiente di vita comune familiare, ambientale, ricreativo e lavorativo. L'ammissione di patologie molto generiche e comuni come tecnopatie farebbe entrare in ambito INAIL ciò che lo Stato Italiano ha cancellato dalla Legge, perché ritenuto di " natura lassa " e non correlata a dati scientifici ben individuabili: parliamo della causalità di servizio, istituto che nasce da una elargizione, da un riconoscimento che all'origine il Sovrano intendeva attribuire ai Pubblici Dipendenti dello Stato che avessero subito infermità, anche genericamente correlate al servizio. Ricordiamo che: la dottrina dominante e la giurisprudenza consolidata hanno da tempo equiparato alla causa di servizio le concause, condizioni necessarie, ma non sufficienti a produrre l'evento, quali elementi che di fatto concorrono, a rendere ancora più grave un evento dannoso qualsiasi. La

giurisprudenza ha infatti ripetutamente ribadito il concetto che fattori di servizio costituiscono concausa preponderante e necessaria di infermità o lesione invalidante ogni qual volta abbiano, in modo prevalente rispetto ai fattori estranei al servizio, contribuito, sia pure influendo sull'ulteriore ed ingravescente decorso clinico, a determinare necessariamente l'effetto dannoso, necessariamente perché, ove tali fattori fossero mancati, l'effetto in parola sarebbe stato diverso o non si sarebbe verificato. La predisposizione costituzionale del soggetto a contrarre infermità non doveva essere di ostacolo al riconoscimento della sussistenza del rapporto di concausalità necessaria e preponderante fra l'infermità riscontrata ed il servizio. Tale concetto della concausalità di servizio è stato definitivamente recepito nella legislazione pensionistica italiana con il D.P.R. 29.12.73, il cui articolo 64, 3° capoverso, sancisce che le infermità o lesioni si considerano dipendenti da fatti di servizio solo quando questi ne siano stati causa ovvero concausa efficiente e determinante. Nel 2° capoverso dell'articolo 64 viene precisato che fatti di servizio sono quelli derivati dall'adempimento degli obblighi di servizio. Un fatto perciò si definisce di servizio quando consegue ad un ordine ricevuto (scritto, verbale, individuale o collettivo) oppure venga eseguito spontaneamente in forza di doveri inerenti al proprio ufficio o dagli obblighi che al dipendente derivano dall'osservanza di norme legislative e regolamentari che ne disciplinano e regolano i doveri ed il comportamento in servizio. Appare utile ricordare che non è indispensabile che il servizio rappresenti la causa (cioè l'antecedente necessario e sufficiente al verificarsi dell'evento): in altri termini, è sufficiente che il servizio abbia concorso con altri fattori estranei al servizio stesso, al verificarsi dell'evento dannoso. Questi fattori possono essere individuati in condizioni organiche del dipendente, predisponenti al realizzarsi dell'infermità, ma di per sé sole considerate non sufficienti al suo manifestarsi, sulle quali ha interferito il servizio, determinandone l'insorgenza o aggravandone le manifestazioni. Da rilevare come nella normativa inerente la causa di servizio si oggettivi che la " concausa " rappresentata dal servizio come " efficiente e determinante ". Si tratta di un errore concettuale e di una tautologia, come ben rileva il Norelli ( ), che rischiano di confondere il senso letterale ed il significato stesso dell'espressione legislativa, posto che la concausa per sua stessa definizione non può essere da sola "efficiente ", né significato aggettivarla, posto che in associazione con le altre, la concausa è sempre " determinante "(altrimenti non sarebbe una concausa). L'intento del legislatore è quello di attribuire al ruolo concausale del servizio una significativa attività patogenetica. In altri termini, come costantemente sostenuto dalla Corte dei Conti (vedi sotto), nell'accertare la sussistenza del rapporto di causalità " preponderante ", va tenuto conto non solo degli elementi oggettivi del servizio prestato, ma anche della situazione soggettiva nella quale opera l'interessato, né l'eventuale predisposizione costituzionale può escludere l'incidenza concausale di altri fattori, ad esempio gli agenti stressanti e comunque patogeni connessi alla prestazione del servizio. Pienamente coerente

con questa previsione normativa appare, dunque, quanto affermato dall'autrice Rossella Castrica nel suo volume :" La causalità di servizio e l'equo indennizzo " (Edizioni Colosseum) "… l'eventuale predisposizione organica a contrarre una determinata malattia o la sua preesistenza all'assunzione in servizio non costituiscono di per sé preclusione al riconoscimento della dipendenza da causa, o nella specie, da concausa di servizio né, quindi del diritto a pensione o dell'equo indennizzo, dovendosi considerare piuttosto caso per caso se l'attività svolta abbia facilitato o accelerato l'insorgenza della malattia o se abbia aggravato o accelerato il decorso, contribuendo all'insorgenza di esiti più gravi … la previsione della cosiddetta causalità efficiente e determinante è comunque configurabile anche quando nel processo evolutivo della malattia siano riconoscibili eventuali predisposizioni organiche o condizioni preesistenti, semprechè naturalmente sia riconoscibile il ruolo prevalente svolto dagli elementi soggettivi ed oggettivi connessi con il servizio prestato ". A tale riguardo assai significativa appare quanto afferma la Sezione Giurisprudenziale Sarda della Corte dei Conti nella sentenza n. 35 /1989: " ai fini del riconoscimento del trattamento pensionistico privilegiato il carattere endogeno – costituzionale di una affezione e la predisposizione organica od acquisita di un soggetto alla stessa non osta al riconoscimento del rapporto di concausalità efficiente e determinante, sempre che il servizio, che le circostanze di fatto e di tempo in cui si sia espletato, abbia potuto provocare la rivelazione dell'infermità o la più rapida evoluzione verso l'esito invalidante ".

La tutela privilegiata INAIL invece ha altri presupposti e il rischio lavorativo che la sottende è di tipo specifico, intimamente legato alla attività lavorativa, seppure è ammesso che concause di natura extraprofessionale possano essere intervenute nella sua insorgenza. Si fa un esempio. E' lapalissiano che l'attività lavorativa, per altro stressante per una grandissima parte di lavoratori soggetti a pendolarismo, al saltare i pasti, ai turni di notte, etc., lo è per un operaio di una fonderia e/o di una azienda metalmeccanica. Ma in questo caso noi sappiamo che le indagini epidemiologiche e gli studi di *matrice lavorazione / mansione/ esposizione / infermità* ci portano a concludere che sono tipiche di queste attività lavorative: i tumori del polmone, le patologie bronchiali, asbestosi polmonare, silicosi polmonare, malattie da postura della colonna e/o degli arti superiori in caso di movimentazione di carichi pesanti, di ipoacusia nel caso di grave rumore dei forni, delle fonderie, della battitura di oggetti metallici. Lo stress, l'ischemia cardiaca sono eventi e malattie troppo comuni. E' lapalissiano che molte attività lavorative come quella di un *capo treno* o di un *colletto bianco* con qualifica di dirigente della Amministrazione Pubblica o Privata svolgono un lavoro fonte di fatica sul piano psichico. Ma si tratta di causa molto generica per essere addotta come concausa efficiente e determinante nella insorgenza di una malattia professionale per esempio a carico delle arterie coronarie. In entrambi i casi per addurre lo stress

come concausa efficiente e determinante nell'insorgenza della patologia coronarica questo dovrebbe essere di straordinaria intensità lesiva per superare il *rumore di fondo* dei decessi della popolazione generale che fanno rientrare tra le cause più comune di morte appunto la patologia coronarica (vedi fonti ISTAT). Per la patologia coronarica esistono una moltitudine di fattori di rischio che mettono del tutto in ombra situazioni di fatica psichica di tipo generico. E sono: fattori costituzionali, dieta, patologie metaboliche e del ricambio, disendocrinie, ipertensione arteriosa, dismetabolismo lipidico, abitudini di vita (vita sedentaria), abitudini voluttuarie (fumo di tabacco ed eccessivo introito di bevande alcooliche), obesità. Queste da sole causano aterosclerosi con arteriosclerosi coronarica e coronaropatie (con angina pectoris ed infarto del miocardio).

Giova ricordare il ragionamento ipotetico controfattuale ai fini di ammettere il nesso causale fra evento (attività lavorativa) e susseguente (patologia): senza l'evento (attività lavorativa di *capo treno o di colletto bianco*: ipotesi formulata sopra) il susseguente (cardiopatia ischemica nella sua reale manifestazione) non si sarebbe mai verificata? Non lo crediamo nel modo più assoluto, stando alla scienza cardiologica e di clinica internistica.

Giova però ricordare che i classici e tradizionali criteri della medicina legale circa lo studio del nesso causale tra evento e susseguente restano tuttora validi e certamente pongono un freno a riconoscimenti di natura indennitaria INAIL per così dire " *disinvolti ed arditi* ". E così:

Criterio cronologico: verifica la congruità temporale fra epoca di intervento della causa lesiva e momento di comparsa dei relativi effetti. Ad esempio, un infermiere si punge con una siringa e successivamente scopre di aver contratto l'epatite B. Considerato che il tempo di incubazione dell'HBV è va da 2 a 6 mesi, si valuta se la puntura cronologicamente possa concordare con lo sviluppo dell'infezione. E versiamo in ambito di infortunio sul lavoro. In caso di malattia professionale si può fare l'esempio di una situazione di rumorosità dell'ambiente di lavoro che agisce cronicamente nel tempo.

Criterio topografico: verifica la corrispondenza di sede, che non sempre è obbligatoria (si pensi alle lesioni da contraccolpo, all'embolia, ecc.). E siamo sempre in ambito di infortunio sul lavoro. In caso di malattie professionale si può portare l'esempio scolastico dell'esposizione professionale al piombo che manifesta la sua tossicità in specifici *organi bersaglio*: come il rene, il sistema nervoso.

Criterio dell'efficienza e quantitativa e qualitativa: valuta se l'agente lesivo è qualitativamente e quantitativamente sufficiente a causare il danno in analisi (si pensi alle lesioni vertebrali in seguito ad un tamponamento automobilistico verificando anche lo stato delle vetture stesse). E siamo in ambito di infortunio sul

lavoro. In caso di malattia professionale si può fare ancora riferimento ad esposizione lavorativa a piombo e verificare se il monitoraggio ambientale (ambiente di lavoro) dà valori di concentrazioni di piombo compatibile con intossicazione cronica (*efficienza quantitativa*) e quindi esaminare se i prodotti a base di piombo inalati erano per la loro qualità idonei a causare intossicazione cronica da piombo (*efficienza qualitativa*).

Criterio modale: vedi voce successiva.

Criterio eziologico (o dell'idoneità lesiva): Secondo tale criterio il procedimento di analisi del nesso eziologico deve tenere in considerazione l'adeguatezza del fattore causale ipotizzato come responsabile dell'evento, non solo sotto il profilo dell'efficienza qualitativa e quantitativa, ma anche in rapporto alla cosiddetta *idoneità modale*. Ad esempio, traumi di entità segnatamente esigua di regola non possono risultare certamente idonei a produrre lesioni rilevanti e tanto meno la morte; sicché nel determinismo di eventi siffatti, tali traumi mancherebbero del requisito dell'idoneità causale. È ovvio che tale idoneità potrebbe risultare ammissibile per l'intervento di fattori eziologici concorrenti, che devono essere accuratamente ricercati ed analizzati nella maniera più puntuale e sulla base di aggiornate conoscenze medico-biologiche. Quanto poi all'idoneità modale, basti pensare che molte sostanze di comune impiego in terapia, possono considerarsi utili se somministrate per bocca e per converso risultare tossiche, e come tali idonee a cagionare avvelenamenti, se somministrate per via parenterale venosa, con correlata più rapida e massiccia immissione in circolo; ovvero se le sostanze medesime siano assunte, pur attraverso le vie prescritte, in dosi sensibilmente superiori a quelle terapeutiche. Analogamente, l'uso proprio di un'arma da sparo, sotto il profilo dell'idoneità modale, può ritenersi congruo a produrre la morte se dall'arma stessa viene esploso un proiettile che attinge un organo vitale; dovendosi invece ritenere incongruo sotto lo stesso profilo e nel medesimo determinismo mortale, l'uso dell'arma, se impiegata impropriamente come corpo contundente e con scarsa energia cinetica. Quanto appena scritto vale per un evento acuto. In caso di malattia professionale (*da agente causale che agisce in modo diluito nel tempo*), per riportarci all'esempio del conducente veicoli di trasporto pubblico, si deve valutare la occorrenza di altri fattori concomitanti, oltre alle vibrazioni che provengono dal motore del veicolo e dal suo *percorrere le strade*, quali percorsi con strade dissestate e magari, come a Roma, lastricate con sampietrini circa l'idoneità a causare o concausare una patologia a carico della colonna vertebrale.

Criterio di continuità fenomenica: verifica, in successione logica e cronologica, delle manifestazioni cliniche (quindi dei sintomi) alla causa lesiva, tenuto conto, non solo delle caratteristiche di decorso della patologia indotta, ma anche delle connotazioni di eventuali fattori causali patogeni che intervengano o si sovrappongano all'abituale

quadro clinico. Una siffatta successione, definita classicamente "*sindrome a ponte*", se intervengono *soluzioni di continuo*, non può portare ad escludere il nesso di causa nei casi in cui la patologia in questione possa decorrere – secondo consolidate nozioni scientifiche – con intervallo libero da sintomi. Basti al riguardo pensare alle cosiddette rotture viscerali in due tempi o agli ematomi epidurali, patologie che possono – decorrendo in assenza di sintomi – manifestarsi anche a distanza rilevante dal momento in cui la causa lesiva ha agito, in rapporto ad un'iniziale lesione discontinuativa parziale che non induce alcuna apprezzabile sintomatologia fino al momento in cui, anche per un comune atto fisiologico, si verifichi il completamento della lesione stessa e la conseguente emorragia che solo a quel punto dà luogo all'estrinsecazione sintomatologica. Analogamente sono caratterizzati da intervallo libero alcuni quadri di epilessia post-traumatica, che si manifestano anche a distanza di mesi dall'insulto cerebrale, in rapporto alla organizzazione cicatriziale del focolaio contusivo encefalico, ecc.. (*sindrome a ponte*). Quanto sopra vale per un evento acuto. In caso di Malattia Professionale si può esaminare se la causa lesiva che ha agito in modo diluito nel tempo e quindi con insorgenza della patologia in un intervallo temporale compatibile. Ci riferiamo per le Malattie Tabellate alla terza colonna delle Tabelle dell'Industria e dell'Agricoltura. Per le Malattie Non Tabellate la compatibilità tra esposizione all'agente responsabile della patologia e tempo di insorgenza della medesima proviene dallo studio di detta compatibilità anche tenendosi conto dei dati della letteratura scientifica: per esempio manifestazioni allergiche insorte anche a distanza di giorni dalla esposizione al tossico oppure dalla cessazione dalla attività lavorativa specifica. Tipico intervallo libero è quello che si determina tra esposizione ad un cancerogeno ed insorgenza di un tumore. E' stato scritto da moltissimi Autori – ed i dati epidemiologici ne danno conferma – che tra esposizione ad inalazione di fibre di asbesto ed insorgenza di mesotelioma possono trascorrere oltre quarant'anni.

Criterio della possibilità scientifica: tale criterio dovrebbe essere analizzato preliminarmente, rappresentando il primo passo del ragionamento controfattuale, su cui si basa la teoria della *condicio sine qua non*. Nella considerazione di tale criterio, in rapporto alle molteplici peculiarità delle singole fattispecie, non potrà che farsi riferimento a leggi scientifiche (cosiddette di copertura) – ed in particolare a leggi universali o a leggi statistiche – sulla cui base può pervenirsi ad una preliminare possibilità di ammissione del nesso o, per converso, ad una tassativa esclusione dello stesso ove risulti l'impossibilità scientifica che l'azione o l'omissione ipotizzate possano avere svolto ruolo causale, pur con il supporto di eventuali intervenuti fattori concorrenti. Nell'ipotesi di nesso possibile o probabile non potrà prescindersi dalla considerazione degli altri criteri di valutazione per un eventuale giudizio di certezza o di più elevato grado di probabilità.

Criterio della probabilità statistica (nell'ambito del criterio epidemiologico): pur potendo fornire dati a favore dell'ipotesi causale, tale criterio non assume il valore di

quelli già trattati, considerato che da solo non appare sufficiente a costituire prova di esistenza del nesso causale, pur conferendo un consistente conforto al giudizio conclusivo di tipo probabilistico. Può pertanto essere utilizzato per confutare un'ipotesi o al converso per supportarla, fornendo un'ulteriore prova all'elaborazione valutativa globale.
Basti pensare al riguardo all'utilità della probabilità statistica nell'accertamento del rapporto causale tra esposizione al rischio lavorativo e patologia oncologica professionale, rapporto da ritenere più probabile quando un rilevante numero di lavoratori assicurati esposti al rischio contraggano la stessa patologia, peraltro presente – sia pure in maniera assai meno significativa – anche nella popolazione non esposta. Nella pratica: esposizione al cloruro di vinile > emangiosarcoma epatico con certezza (preferisco 99,99 % di probabilità); epatocarcinoma > con elevata probabilità; tumori cerebrali e tumori polmonari > per entrambi evento possibile (senza volerlo ho toccato il *" focal point " del Processo ENIMont di Porto Marghera*).

Criterio di esclusione di altre cause: nell'analisi del nesso causale è di rilievo sostanziale verificare se siano proponibili, nel determinismo dell'evento, cause diverse da quella sul cui ruolo eziologico occorre indagare. In sostanza il criterio di esclusione di altre cause, tramite un'attenta disamina di ogni elemento disponibile, deve portare a vagliare accuratamente se il quadro patologico osservato possa essere spiegato ezio-patogeneticamente in modo diverso da quello riferito o ipotizzato.
È così difficilmente ammissibile l'eventualità di un'emorragia cerebrale causata da un esiguo trauma contusivo al capo, in un soggetto affetto da gravi patologie ipertensiva ed arteriosclerotica cerebrale; com'è altresì assai dubbia, se non tassativamente da escludere, la derivazione eziologica di una disfunzione dell'articolazione temporo-mandibolare per un lieve trauma cervicale da colpo di frusta, in un soggetto affetto da grave e pre-esistente patologia occlusale, con caratteristiche tali da doversi ritenere l'unico fattore eziologico della disfunzione stessa.
Anche in siffatti casi, tuttavia, non potrà prescindersi da un accurato procedimento analitico, con il fine di evidenziare se il trauma, per quanto scarsamente significativo, possa avere svolto ruolo concorrente con le suddette -sia pur rilevanti- pre-esistenze patologiche nel determinismo di più eclatanti implicazioni.
La considerazione di tale criterio può talora risultare non agevole, specie nelle indagini peritali sul vivente, quando, per dissimulazione da parte dell'esaminando, l'individuazione di eventuali pre-esistenze patologiche può sfuggire all'attenzione dell'esaminatore. Anche in questo caso si fa riferimento ad un evento acuto. In ambito di Malattia Professionale faccio l'esempio di una ipoacusia da rumore asimmetrica di carattere percettivo insorta in un operaio che svolge anche attività ricreativa di cacciatore; oppure il caso di una epicondilite insorta in assicurato che svolge attività ricreativa di tennista; oppure il caso di lavoratore esposto ad

inalazione di idrocarburi policiclici aromatici provenienti dall'esposizione professionale con denunciato carcinoma polmonare e che però fuma 40 sigarette al giorno; oppure il caso di operaio solo accidentalmente esposto e magari anche non acclarato a fibre di asbesto sul posto di lavoro e che ha denunciato carcinoma polmonare ma che svolge attività di hobbistica che lo espone ad inalazione di cromo esavalente. Gli ultimi due casi citati: tumore polmonare in lavoratore esposto ad inalazione di vapori di cromo esavalente, fumatore di 20 sigarette al giorno - tumore polmonare in soggetto esposto ad inalazione di fibre di asbesto (solo nel periodo in cui l'attività lavorativa era consentita dalla legge) e con esposizione a vapori di cromo esavalente per attività di hobbistica sono di straordinaria complessità. Io stesso che mi occupo ormai da oltre venti anni di Oncologia Professionale a livello anche di cultore della materia mi trovo in estrema difficoltà. Per mia fortuna non mi è mai fino ad oggi capitato di dovere prendere una decisione in due casi come questi due citati. Ora, se mi fosse invece capitato di dovere decidere in tali ambiti, qualsiasi decisione avessi preso mi avrebbe comportato gravi dubbi, nel caso di ammissione, temendo di essere stato *superficiale* a danno dell'Istituto e del Datore di Lavoro per l'aumento del Premio assicurativo conseguente ad un accertato rischio lavorativo, nell'altra eventualità e cioè di respingere i casi all'indennizzo, di essermi comportato male nei confronti del lavoratore assicurato. Ecco che al Medico però sopraggiungono diversi aiuti in parte di natura scientifica ed in parte di natura normativa.

L'aiuto di natura scientifica consiste: 1) nel fatto che, perché le neoplasie abbiano a verificarsi, sono necessarie più mutazioni. Quindi nel caso del fumatore di 20 sigarette al giorno esposto anche ad inalazione di vapori di cromo esavalente nessuno è ancora in grado di spiegare se il fumo di tabacco da solo, l'esposizione a cromo esavalente da sola abbiano causato il tumore polmonare o se piuttosto l'evento neoplasia si sia verificato dal convergere dei due fattori di rischio (ovviamente in concorso con altri fattori di rischio lavorativo). Nel caso del tumore polmonare in esposto per lavoro ad inalazione a fibre di asbesto ed a vapori di cromo esavalente per attività hobbistica nessuno anche qui è in grado di potere accertare quale dei due fattori (asbesto e cromo esavalente) abbia agito da solo (ovviamente anche in concorso con gli altri fattori di rischio extralavorativo) o invece entrambi abbiano svolto un ruolo causale (concausale efficiente e determinante); 2) il Progetto Genoma e gli studi di Genetica e di Genomica che sono derivati hanno dato spiegazioni esaustive alla eziopatogenesi di molte malattie poligeniche e di tipo multifattoriale (gene + ambiente + altre cause). Il rapporto tra Genetica, Genomica e tumori è ormai un campo di studio in fieri. Ma il dato che un fattore non escluda l'altro è dato acquisito. Come è acquisito dalla Genetica e dalla Genomica Oncologica che fattori di più mutazioni (dovrebbero essere almeno 6 o 7

mutazioni) + fattori epigenetici + fattori altri intervengono o possono sempre intervenire nell'insorgenza di un tumore.

L'aiuto di natura normativa è dato da: 1) Sicurezza di avere avuto certezza di esposizione lavorativa comunque nel primo dei due casi a cromo esavalente (dove il fumo di tabacco è la concausa extralavorativa) e nel secondo caso ad esposizione lavorativa per inalazione di fibre di asbesto (dove l'esposizione a cromo esavalente è dovuta a cause extralavorative di hobbistica). Sarebbe alquanto grave se invece la esposizione lavorativa ai fattori oncogeni non fosse documentata. Orbene ciò scagiona la decisione del Medico Valutatore di non avere bene documentato il caso in ambito di " accertamento del rischio "; 2) Comunque si tratta di due malattie tabellate per cui vige il criterio della " presunzione di origine " con inversione dell'onere della prova; 3) Nel caso si decida favorevolmente sul piano penale il Datore di Lavoro non avrà alcuna ripercussione: stante la oggettiva difficoltà in ambito penale di attribuire la causa dei tumori " *oltre ogni ragionevole dubbio* " alla determinata attività lavorativa; 4) Il conseguente aumento del Premio Assicurativo a carico del Datore di Lavoro non è materia che deve frenare il Medico che abbia deciso in scienza e coscienza, purchè il suo parere sia giustamente motivato. La norma non prevede alcun *freno* che non sia quello di emettere da parte del Medico un giudizio dettato da motivazioni di ordine puramente scientifico. E' bene annotare nel Referto all'Autorità Giudiziaria che il caso viene ammesso secondo criterio di probabilità.

Ancora una volta il dubbio è proprio dell'uomo di scienza (non intendo scienziato). Perché ? Perché - *e desidero ripeterlo a iosa* – già la Medicina non è una scienza esatta dove 2 + 2 è uguale a 4, e la Medicina Legale delle Malattie Professionali si adegua a questo principio fondamentale. Certamente comunque 2 + 2 non può fare zero neppure in Medicina ed in Medicina Legale delle Malattie Professionali.

Ovviamente quindi non si tratta di scienza del *possibile* dove si deve ammettere tutto perché, confondendo la Medicina Legale con la *non scienza,* questa è aperta ad ogni soluzione (*cioè affermare il tutto ed il contrario di tutto*), ma di scienza del *certo* e del *probabile* (*dove la probabilità segua un percorso di logiche deduzioni* e di ragionamenti logici che aderiscono alle conoscenze scientifiche sullo specifico argomento ed *allo stato delle attuali conoscenze*).

A questo punto occorre ricordare che il termine " *occasione di lavoro* " che assume un significato favorente il riconoscimento dell'infortunio sul lavoro, significato positivo, in quanto a norma del Testo Unico D.P.R. n. 1124 del 14 giugno 1965 l'occasione di lavoro (*cioè l'atmosfera lavorativa entro cui avviene l'infortunio lavorativo*) è uno dei fattori indispensabili, unitamente alla " *causa violenta* ", alla " *esteriorità* " della causa " violenta " e rapida a manifestarsi in un " *unico turno di lavoro* ", sempre che il rischio lavorativo abbia la qualifica di " *rischio lavorativo*

specifico " o " *rischio generico aggravato* " assume un significato differente in ambito della causalità di servizio ed aggiungeremo della malattia professionale. Infatti: Occasione di lavoro non vuol dire necessità di un nesso di causalità diretta, essendo sufficiente soltanto un rapporto di mera occasionalità tra lavoro ed infortunio, cioè un nesso causale anche mediato e indiretto tra evento dannoso e lavoro. È necessario poi distinguere tra *rischio generico* (che incombe su ogni persona fisica in quanto tale) e *rischio specifico* (relativo al lavoratore in quanto tale). Il " *rischio generico aggravato* " è quello che incombe su tutti i cittadini ma che assume particolare rilevanza in alcune categorie lavorative: per esempio rischio di folgorazione da caduta di fulmine in soggetto che sui tetti dei palazzi svolga l'attività lavorativa di antennista. Non è invece tutelata l'infermità causata dal cosiddetto " *rischio elettivo ",* inteso quale rischio riferibile ad una scelta frutto dell'esclusivo arbitrio del lavoratore. Si ha occasione di lavoro "*ogni qualvolta sia il lavoro a determinare il rischio di cui è conseguenza l'infortunio stesso* ". Più specificamente perché il rischio proveniente dall'ambito lavorativo per il verificarsi di una tecnopatia (malattia professionale) sia un rischio qualificato nello studio della " catena della correlazione causale " esso deve essere specifico: si fa l'esempio di un lavoratore il quale assuma durante i diversi turni di attività lavorativa un prodotto farmacologico o dietetico cancerogeno. In questo caso il rischio che egli assume non proviene dall'attività lavorativa.
Più precisamente in ambito di medicina legale infortunistica - previdenziale: *le caratteristiche della " occasione di lavoro " sono oltre la " finalità del lavoro " anche il " rischio "; cioè il lavoro è la condizione che consente alla causa lesiva di incontrare l'organismo umano, ed il rischio, inteso come rischio specifico, è quello a cui sono soggetti esclusivamente o prevalentemente alcuni individui per ragioni del proprio lavoro. Rientra quindi nella tutela anche il rischio generico aggravato, inteso come quel rischio che pur essendo comune a tutti i soggetti, si aggrava per alcune categorie professionali o meglio per alcune categorie di lavorator, come si è appena scritto circa il rischio di folgorazione da caduta di fulmine in antennista. Ed il rischio così inteso è concetto estensibile anche al rapporto tra lavoro ed esposizioni ad agenti che causano o concausano una tecnopatia.*

Propongo qui di seguito due esempi concreti contrassegnati da **A** e **B**.

A. L**'angina pectoris.** Capotreno, pendolare, affetto da angina pectoris e che denuncia questa infermità come malattia professionale a causa di: pendolarismo, abitando molti chilometri di distanza dal posto di lavoro, turnazione del lavoro con turni di notte. L'angina pectoris è una sindrome dolorosa che si manifesta con un dolore e senso di costrizione al petto. L'organo interessato è il cuore. Si ha, infatti,

quando al cuore non arriva sufficiente ossigeno e quindi sangue alle arterie coronariche per un periodo transitorio. L'angina pectoris può essere dovuta alla presenza nelle arterie coronarie di restringimenti del lume dei vasi (stenosi), in genere a causa della presenza di ostruzioni di natura arteriosclerotica, o più raramente allo spasmo delle stesse arterie (indotto ad esempio da esposizione al freddo, stress emotivo, assunzione di alcolici o farmaci vasocostrittori). Altre cause di angina pectoris sono la miocardiopatia ipertrofica, l'ipertensione polmonare primitiva e l'insufficienza aortica. Tra i fattori di rischio che possono determinare un'angina pectoris si annoverano una predisposizione familiare alla malattia coronarica precoce, l'abitudine al fumo, l'ipercolesterolemia, l'ipertensione, il diabete mellito, il sesso maschile. I fattori di rischio dell'arteriosclerosi includono: età avanzata, abitudine al fumo, obesità, dieta ricca di grassi, predisposizione familiare alla malattia coronarica precoce, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, diabete mellito, sesso maschile. I sintomi dell'angina includono: dolore acuto, pesantezza, formicolìo o indolenzimento al torace, che talvolta si può irradiare verso la spalla, braccia, gomito, polso in prevalenza al lato di sinistra, schiena, collo, gola e mandibola, dolore prolungato nella parte superiore dell'addome, mancanza di respiro (dispnea), sudorazione, svenimento, nausea e vomito. E' considerata una situazione anticipatrice dell'infarto del miocardio. Particolare gravità assume " *lo stato di male anginoso* " in cui episodi ricorrenti di angina pectoris si susseguono l'uno all'altro a prescindere da " richiesta di ossigeno " da parte delle cellule del miocardio per intensa fisica fisica e/o stress psichico molto marcato. Non si può inquadrare il caso come malattia professionale. La tutela privilegiata INAIL ha specifici presupposti e il rischio lavorativo che la sostiene è di tipo specifico, intimamente legato alla attività lavorativa, seppure è ammesso che concause di natura extraprofessionale possano essere intervenute nella sua insorgenza. E' lapalissiano che l'attività lavorativa, per altro stressante per una grandissima parte di lavoratori soggetti a pendolarismo, al saltare i pasti, ai turni di notte, etc., lo è per un operaio di una fonderia e/o di una azienda metalmeccanica. Ma anche in questo caso noi sappiamo che le indagini epidemiologiche ci portano a concludere che sono tipiche di queste attività lavorative: i tumori del polmone, le patologie bronchiali, asbestosi polmonare, silicosi polmonare, malattie da postura della colonna e/o degli arti superiori in caso di movimentazione di carichi pesanti, di ipoacusia nel caso di grave rumore dei forni, delle fonderie, della battitura di oggetti metallici. Lo stress, l'ischemia cardiaca sono malattie troppo comuni.

B. Infarto del miocardio. E prendiamo il caso di un " *colletto bianco* " con compiti nella Amministrazione Pubblica o Privata che è colpito da un infarto miocardico che ne causa il decesso. Prescindiamo dal fatto che questa infermità si sia verificata durante il servizio ed in orario di servizio in un unico turno di lavoro, dove un infortunio sul lavoro può essere sostenuto solo in caso di fatti stressanti di

eccezionale gravità ed eccezionalità, come il caso di essere stato minacciato durante una rapina a mano armata, avere subito una aggressione fisica da un dipendente, avere dovuto subire un atto di conclamata prepotenza da parte di un superiore, anche questa di eccezionale gravità, e si deve valutare il fatto alla luce dell'articolo 2 del Testo Unico DPR n. 1124/1965 che definisce le caratteristiche dell'infortunio sul lavoro. Si riporta qui l'articolo 2 del Testo Unico: " L'assicurazione comprende tutti i casi di infortunio avvenuto per *causa violenta, in occasione di lavoro,* da cui sia derivata la morte o una inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero una inabilità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro per più di tre giorni ". Prendiamo invece il caso che l'infarto del miocardio si sia verificato in orario di lavoro oppure non in orario di lavoro (*ciò è irrilevante nel caso della malattia professionale* ed aggiungo qui che è irrilevante anche nel caso dell'infortunio sul lavoro qualora vi sia una consequenzialità temporale e fenomenica tra lo sforzo fisico adeguato e il successivo sopraggiungere dell'infarto del miocardio anche per esempio al rientro del lavoratore nella propria abitazione). Poniamo il caso che l'infarto miocardico abbia causato il decesso e che gli eredi aventi diritto sostengono che la patologia è conseguenza di stress da lavoro protratto nel tempo. Il caso andrebbe trattato come malattia professionale e non come infortunio sul lavoro, poiché l'addebito sulle responsabilità del posto di lavoro non riguardano cronologicamente un singolo turno di lavoro. Ma le condizioni di stress vanno ben documentate. In un caso di una patologia come l'infarto del miocardio, tra le più comuni cause di decesso, lo stress non può trovare origine nelle ordinarie responsabilità di un colletto bianco. Lo stress deve essere ben documentato nella sua eccezionale e protratta intensità. Può certamente parlarsi di stress di eccezionale intensità in alcune condizioni che esorbitano dalla qualifica rivestita. Come ad esempio: l'avere dovuto subire situazioni di mobbing (che può essere orizzontale, dal basso, dall'alto), situazioni di mobbing che devono essere comprovate e ben documentate; oppure l'avere subito pressioni di diverso carattere per dovere *tacere* di fronte a traffici illeciti in cui magari lo si voleva anche coinvolgere.

Ammettere in ogni altro caso queste patologie all'indennizzo (stiamo riferendoci all'*angina pectoris* nel lavoratore macchinista *pendolare* e *dell'infarto del miocardio* nel *colletto bianco*) significherebbe *dequalificare* certamente la tutela privilegiata INAIL, *danneggiare* i lavoratori perché la parte del "*paniere* " in caso da dar loro giusto indennizzo per liberarli dalla libertà dal bisogno sarebbe molto piccola nel caso viceversa di dovuti riconoscimenti per infermità correlate o a causa diretta ed esclusiva del lavoro o per cause (*concause*) che, seppure di natura multifattoriale, trovano nel lavoro la loro concausa efficiente e determinante.

Sul piano dello stress fisico la Corte di Cassazione Lavoro, con Sentenze n. 8388 del 16.11.1987, n. 5966 del 4.11.1988, n. 11559 del 6.11.1995, n. 8019 del 21.5.2003, ha ritenuto che la causa violenta all'origine dell'infarto del miocardio non deve configurare necessariamente un evento eccezionale, costituendo lo sforzo fisico una peculiarità della mansione svolta dal lavoratore. Ma indubbiamente è nell'attività lavorativa che lo sforzo, considerato come azione umana atta a contrastare una forza esterna, trova il suo momento concausale efficiente e determinante unitamente a fattori estranei al lavoro che costituiscono altresì concause efficienti e determinanti. E stiamo parlando qui dell'infortunio sul lavoro non già della malattia professionale.

Un interessante ed esaustivo intervento su questo argomento è di G.A. Licordari dal titolo " *L'infarto miocardico in ambito INAIL e in causalità di servizio* " (Atti VII Convegno Nazionale di Medicina Legale Previdenziale - Giardini di Naxos 22 - 24 ottobre 2008 – Edizioni INAIL).

****

D'altra parte, in ambito di normativa previdenziale INAIL, in tema di riconoscimento di una Patologia Professionale Non Tabellata la Corte di Cassazione è univoca, come già documentato dalle Massime in precedenza riportate. .

****

3. LE MALATTIE DELLA COLONNA VERTEBRALE: Si ritiene utile qui riportare la funzione della colonna vertebrale, alla luce della sua costituzione anatomica anche ai fini di sottolineare l'importanza che essa riveste nell'intero organismo umano. Saranno qui trattate anche l'ernia lombare e lombo – sacrale nonostante si tratti di Malattia Tabellata, interpretando le voci n. della Tabella dell'Industria e le voci n. della Tabella dell'Agricoltura ernia lombare contemplante anche l'ernia lombo sacrale L5 – S1. Infatti spesso l'ernia lombare si trova associata a spondilodiscoartosi lombosacrale che è inquadrabile come *Malattia non Tabellata*, patologia che anche tratterò ovviamente in questa Appendice del Quinto Capitolo.
La colonna vertebrale costituisce una parte fondamentale del corpo umano ed in essa decorre il midollo spinale da cui si dipartono i nervi periferici con la loro parte motoria e sensitiva. In essa sono rappresentati buona parte del Sistema Simpatico e Parasimpatico. La cauda equina è fondamentale nelle funzioni sessuali.
Una sua sezione a livelli differenti può provocare tetraplegia, paraplegia, sindromi parziali neurologiche, sindrome della cauda equina.

Esistono patologie che possono rappresentare una condizione di *ipersuscettibilità individuale* o possono aggravare le possibili lesioni della colonna vertebrale o ad altri organi ed apparati causate dalla esposizione occupazionale a vibrazioni a tutto il corpo. Si fa qui riferimento nell'elencarle alle Linee Guida dell'ISPESL per la valutazione del rischio da vibrazioni negli ambienti di lavoro del 2002, di cui appare confermata la loro validità tutt'oggi. E così:

PATOLOGIE DELLA COLONNA VERTEBRALE:

- patologie degenerative della colonna vertebrale non legate all'età
- patologie infiammatorie attive della colonna vertebrale (ad es: spondilite anchilosante)
- patologie dei corpi vertebrali con o senza compromissione radicolare
- patologie del canale midollare con o senza compromissione radicolare
- patologie deformative congenite o acquisite della colonna vertebrale
- patologie distruttive (osteoporosi grave) o neoformative benigne (angioma vertebrale)-
- pregressi traumi della colonna con fratture vertebrali
- pregressi interventi chirurgici della colonna vertebrale
- instabilità della colonna vertebrale (ad es: da spondilolistesi, da fratture, spondilosi)
- lombalgie croniche con frequenti episodi di riacutizzazione

PATOLOGIE DI ALTRI ORGANI ED APPARATI:

- severe alterazioni muscolo – scheletriche del distretto cervico – brachiale
- gastrite cronica severa e/o ulcera peptica gastro – duodenale

EVENTI FISIOLOGICI:

- gravidanza (controindicazione temporanea – D.P.R. n. 645/ 1996, Allegato 1).

****

<u>CENNI DI ANATOMIA.</u>

Prima di addentrarci nell'esame delle patologie della colonna vertebrale lombare e sacrale è bene riportare richiami di anatomia:

PLESSO LOMBARE: il plesso Lombare è formato dai rami anteriori di L1-2-3-4 ed un po' di L5. In generale ogni ramo anteriore (o radice del plesso), si divide in 3

rami:
- 2 costituiscono i rami periferici

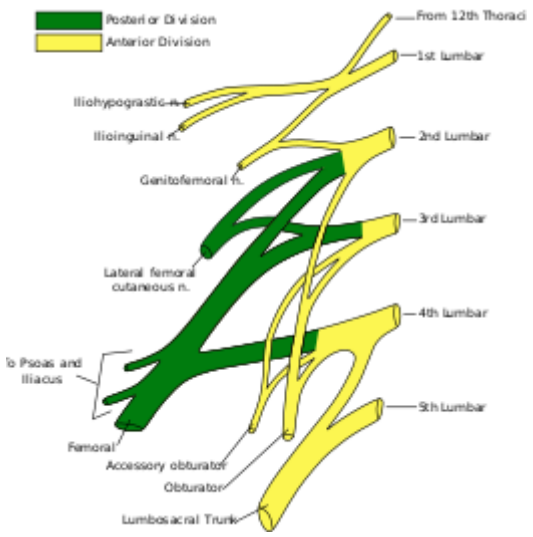
- il 3° scende come ramo anastomotico (per esempio l'anastomosi tra L5 ed L5 forma il tronco lombosacrale importante per la formazione del plesso sacrale)

Il plesso lombare ha complessivamente la forma di un triangolo (con la base sulla colonna vertebrale). Le radici del plesso si fanno spazio nello spessore del muscolo ileopsoas.

Rami collaterali: ileo-ipogastrico, ileo-inguinale e genito-femorale: sono nervi misti; tra l'altro innervano la cute dei genitali esterni entrando nel canale inguinale.
- ileo-ipogastrico (T12-L1): è il nervo più alto e laterale. Decorre anteriormente al quadrato dei lombi; perfora il tendine del trasverso e decorre tra obliquo interno e trasverso, innervandoli. Giunto a livello del canale inguinale, lo percorre distribuendosi alla cute dei genitali esterni;
- ileo-inguinale (L1): decorre al di sotto del nervo ileo-ipogastrico ma con lo stesso percorso. Innerva la cute dello scroto;
- genito-femorale (L1-L2): perfora l'ileopsoas e scende giù. A livello del canale inguinale si divide in un ramo genitale ed uno femorale.

Rami terminali (misti, sensitivi e motori):
- nervo femorale (L1,2,3,4): scorre nello spessore del muscolo ileopsoas (cioè tra muscolo iliaco e muscolo psoas) e scende giù passando sotto al legamento inguinale, insieme al muscolo ileopsoas (lateralmente forma la lacuna neuromuscolare mentre medialmente c'è quello dei vasi). Giunto al triangolo di Scarpa si divide nei suoi rami collaterali che vanno ad innervare: quadricipite femorale, sartorio, ileopsoas e parte del pettineo. Poi emette un collaterale, il nervo safeno, puramente sensitivo che si distribuisce alla cute di parte dell'arto inferiore.

- Nervo otturatorio (L2,3,4): decorre medialmente all'ileopsoas. A livello dello stretto superiore abbandona il muscolo ileopsoas passando dietro ai vasi iliaci comuni e lateralmente ai vasi iliaci esterni. Raggiunge il canale otturatorio e lo attraversa insieme ai vasi omonimi. Nella coscia innerva: il gracile, gli adduttori (anche se il grande adduttore è innervato anche dall'ischiatico), il pettineo (innervato anche un po' dal femorale). Vedi Figura che segue:



PLESSO SACRALE:

Il **plesso sacrale** è uno dei sei plessi nervosi appartenenti al sistema nervoso periferico costituito dai rami anteriori dei nervi spinali.

È formato dal tronco lombosacrale (costituito da L5 e dalla parte di L4 che non entra nel plesso lombare) e dai rami anteriori di S1, S2 e parte di S3.

Il plesso si trova in cavità pelvica e ha la forma di un triangolo con la base rivolta verso l'osso sacro e l'apice verso il grande forame ischiatico. È addossato alla faccia anteriore del muscolo piriforme e tramite la fascia pelvica contrae rapporti con il retto.

I rami del plesso sacrale possono essere distinti in nervi del cingolo pelvico e nervi della parte libera dell'arto inferiore.

I nervi del cingolo pelvico sono:

- il nervo dei muscoli otturatore interno e gemello superiore
- il nervo dei muscoli quadrato del femore e gemello inferiore
- il nervo del muscolo piriforme
- il nervo gluteo superiore
- il nervo gluteo inferiore.

I nervi della parte libera dell'arto inferiore sono:

- il nervo cutaneo posteriore del femore (o cutaneo posteriore della coscia)
- il nervo ischiatico (o sciatico).

Tutti i nervi escono dalla cavità pelvica attraverso il grande forame ischiatico a eccezione del nervo del muscolo piriforme. Dei nervi che escono, il gluteo superiore passa al di sopra del muscolo piriforme, mentre gli altri vi passano sotto. Il nervo dei muscoli otturatore interno e gemello superiore rientra in cavità pelvica attraverso il piccolo forame ischiatico. Il nervo ischiatico è considerato il ramo terminale del plesso.

- Il nervo ischiatico è quello di calibro maggiore nell'intero sistema nervoso periferico. È formato dalle divisioni anteriori di L4, L5, S1, S2, S3 e dalle divisioni posteriori di L4, L5, S1 ed S2. Le divisioni anteriori successivamente formeranno il nervo tibiale, mentre quelle posteriori il nervo peroneo comune. Il nervo ischiatico decorre nel compartimento posteriore dei muscoli della coscia, anteriormente al muscolo piriforme, si porta poi posteriormente ai muscoli gemello superiore, otturatore interno, gemello inferiore e quadrato del femore, quindi scende inferiormente passando anteriormente al muscolo bicipite femorale.

- Il nervo gluteo superiore deriva dall'unione di tre rami delle radici provenienti da L4, L5 e S1 del nervo ischiatico. Si porta posteriormente tra il muscolo piriforme e il muscolo piccolo gluteo per poi decorrere dietro quest'ultimo e ramificarsi in nervi più piccoli che innervano medio gluteo, piccolo gluteo e tensore della fascia lata.

- Il nervo gluteo inferiore deriva dall'unione di tre rami delle radici provenienti da L5, S1 e S2 del nervo ischiatico. Si porta inferiormente ed anteriormente al muscolo piriforme, poi vira posteriormente e si ramifica diffusamente innervando il muscolo grande gluteo.

- Il nervo per il muscolo piriforme deriva dall'unione di due rami delle radici provenienti da S2 e S3 del nervo ischiatico. Si porta al muscolo piriforme che innerva.

- Il nervo cutaneo posteriore della coscia deriva dall'unione di due rami della divisione posteriore di S1 e S2 e due rami della divisione anteriore di S2 e S3. Decorre inferiormente ed anteriormente al muscolo piriforme, appena medialmente al nervo ischiatico, poi inferiormente dietro ai muscoli gemello superiore, otturatore interno, gemello inferiore, quadrato del femore. A livello del quadrato del femore dà origine ai nervi inferiori della natica e a rami perineali.

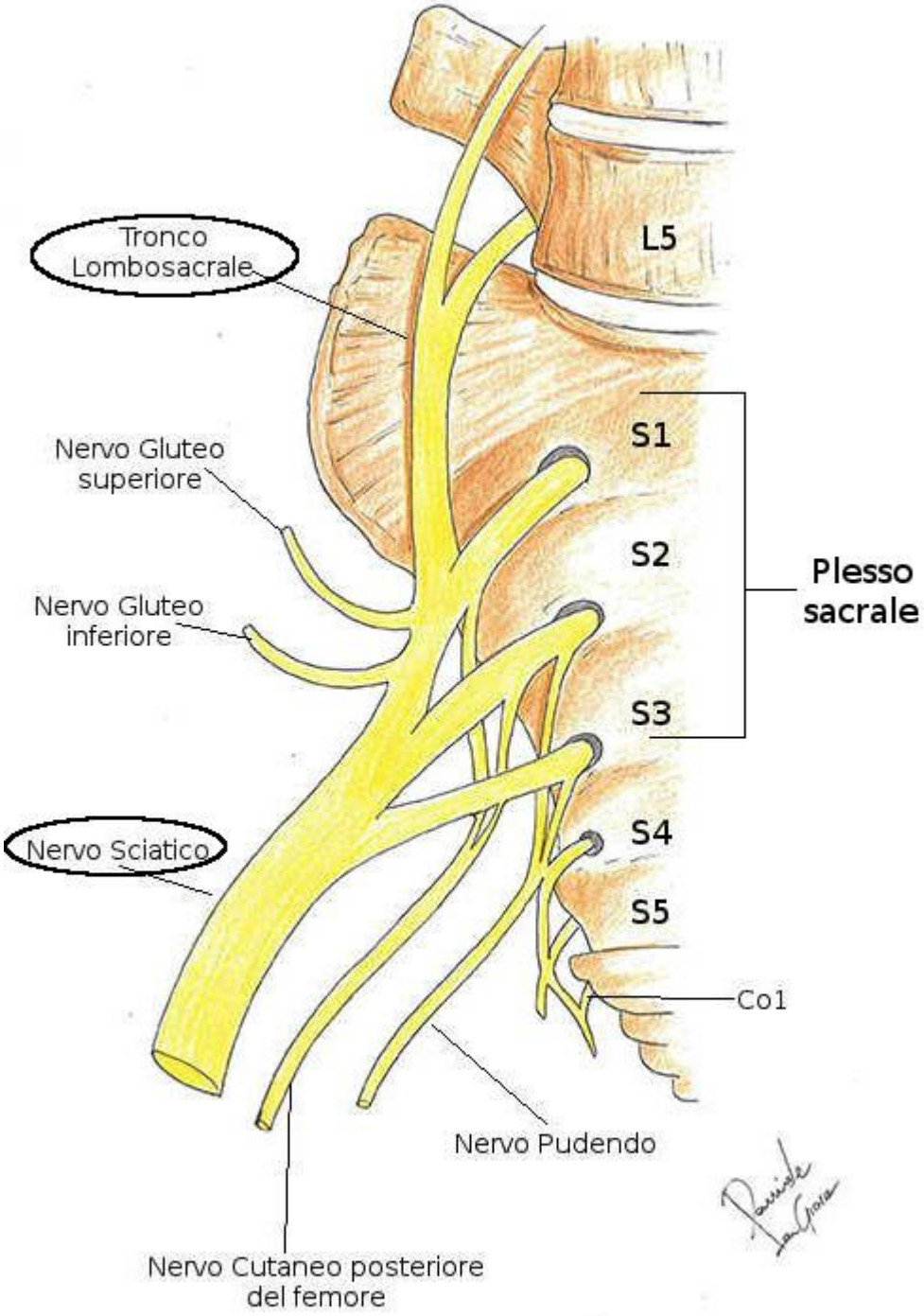
- Il nervo per i muscoli gemello inferiore e quadrato del femore deriva dall'unione di tree rami delle divisioni anteriori di L4, L5 e S1. Di piccolo calibro, decorre anteriormente al muscolo piriforme, al gemello superiore, all'otturatore interno, al gemello inferiore e al quadrato del femore, innervando questi ultimi due.

- Il nervo per i muscoli gemello superiore ed otturatore interno deriva dall'unione di tre rami delle divisioni anteriori di L5, S1 e S2. Di piccolo calibro, innerva i muscoli corrispondenti passando anteriormente al muscolo piriforme e poi posteriormente al gemello superiore e otturatore interno.

- Il nervo pudendo è di medio calibro, deriva dall'unione dei tre rami delle divisioni posteriori di S2, S3 e S4. Decorre medialmente al nervo cutaneo posteriore della coscia, antero-inferiormente al muscolo piriforme. Davanti al gemello superiore si biforca nel nervo rettale inferiore e in un altro ramo che dà origine al nervo dorsale del pene e al nervo perineale. Entrambi piegano medialmente e decorrono anteriormente al legamento sacrotuberoso.

- Il nervo per i muscoli elevatore dell'ano e coccigeo deriva dall'unione di due rami delle divisioni anteriori di S3 e S4. Innerva i muscoli corrispondenti.

Vedi FIGURA che segue.


Tronco
Lombosacrale
L5
S1
Nervo Gluteo
superiore
S2
Plesso
sacrale
Nervo Gluteo
inferiore
S3
S4
Nervo Sciatico
S5
Co1
Nervo Pudendo
Nervo Cutaneo posteriore
del femore

DEFINIZIONE E SINTESI CLINICA DI ERNIA LOMBARE (L1 – L2; L2 – L3; L3 – L4; L4 – L5; L5 – S1) - Malattia Tabellata: Si definisce ernia del disco intervertebrale lo spostamento o la fuoriuscita del nucleo polposo di un disco intervertebrale. Nel primo caso, in cui il nucleo polposo non ha superato l'anello fibroso ma lo ha solo sfiancato, è ritenuto più corretto parlare di *protrusione discale* (Vedi paragrafo successivo). La fuoriuscita del materiale nucleare dalle fessurazioni dell'anello fibroso realizza l'ernia discale vera e propria. Solitamente questa enucleazione avviene posteriormente, verso il canale spinale. Il materiale estruso può progredire fino a farsi strada oltre il legamento longitudinale posteriore, un frammento di materiale perde continuità con il nucleo polposo e si realizza allora la cosiddetta ernia espulsa che può migrare, libera, lungo il canale.

EZIOPATOGENESI: L'ernia discale colpisce più frequentemente gli uomini ed ha una maggiore incidenza nell'età giovane – adulta. Le cause sono da ricondurre soprattutto alla degenerazione del nucleo polposo e dell'anello fibroso, a formazione di osteofiti ed a restringimenti dei forami di coniugazione (nell'artrosi vertebrale): vita sedentaria, sovrappeso, inadeguata attività sportiva, invecchiamento della popolazione. In genere tutte le cause che aumentano la pressione discale possono provocare il cedimento o una lacerazione dell'anello fibroso e, conseguentemente, aprire la via attraverso cui il nucleo polposo si fa strada. La forza di torsione è quella che più frequentemente può determinare la lesione discale. Ma l'evento deve avvenire in un disco già in preda a fenomeni degenerativi in quanto si è osservato che, a carichi crescenti, in un rachide normale la lesione strutturale avviene prima nelle vertebre che nel disco intervertebrale. Perché si produca l'ernia discale (anche nel caso di sforzo improvviso, come il sollevare o spostare un oggetto molto pesante con movimento " a strappo ") è quindi necessario che esistano dei fenomeni predisponenti, di natura degenerativa, a carico dell'anello fibroso e che il nucleo sia ancora abbastanza conservato per protrudere.

CAUSE PREDISPONENTI ALL'ERNIA DISCALE:

patologie degenerative della colonna vertebrale non legate all'età
- patologie infiammatorie attive della colonna vertebrale (ad es: spondilite anchilosante)
- patologie dei corpi vertebrali con o senza compromissione radicolare
- patologie del canale midollare con o senza compromissione radicolare
- patologie deformative congenite o acquisite della colonna vertebrale
- patologie distruttive (osteoporosi grave) o neoformative benigne (angioma vertebrale)-

- pregressi traumi della colonna con fratture vertebrali
- pregressi interventi chirurgici della colonna vertebrale
- instabilità della colonna vertebrale (ad es: da spondilolistesi, da fratture, spondilosi)
- lombalgie croniche con frequenti episodi di riacutizzazione

CONCAUSE LAVORATIVE:

- vibrazioni trasmesse a tutto il corpo (rilevanti in ambito assicurativo previdenziale *da mezzi pesanti*)
- attività che espongono a sollevamento – movimentazione di carichi pesanti (trasportatori, facchini, infermieri ed altri operatori della Sanità adibiti, non in modo occasionale, alla movimentazione dei pazienti, autotrasportatori e operatori dei mezzi di soccorso esposti contemporaneamente a vibrazione a tutto il corpo ed a sollevamento – movimentazione oggetti pesanti e persone)
- attività che espongono a protratta posizione seduta o eretta senza alternanza tra posizione eretta e seduta (alterando così i meccanismi di " pompa " che provvedono ad apportare liquidi e sostanze nutritive al disco intervertebrale). *Non rilevanza in ambito assicurativo previdenziale.*

DECORSO DELL'ERNIA DISCALE:

Il decorso della malattia si divide in tre stadi: nel primo, o fase irritativa del nervo, il disco è solitamente debordato o appena protruso nel canale vertebrale, quindi non c'è una compressione vera e propria sul nervo (*radici nervose spinali*); nel secondo stadio, o fase compressiva del nervo (ernia discale), la compressione e quindi il dolore sono più forti per maggiore fuoriuscita del materiale discale; il terzo ed ultimo stadio è la fase paralizzante del nervo.

ANATOMIA PATOLOGIA E COMPLICANZE TARDIVE:

Nella evoluzione di una patologia da ernia discale – e versiamo in ambito di *lomboscatalgia* più sotto esaminata – si possono determinare *sindromi da interruzione* – più sotto esaminate riguardo la lombo sciatalgia. Ciò solitamente è in rapporto alla disposizione anatomopatologia dell'ernia discale a seconda della sua evoluzione ingravescente. Infatti si parla di *ernia immatura* che si riscontra nelle forme cliniche recenti o ancora contenute dove il nucleo polposo (che fuoriesce non appena vengono incise le fibre del legamento longitudinale posteriore o dell'anulus) appare biancastro, elastico, lucente, translucido. L'*ernia matura* si riscontra nelle forme meno recenti o già protruse ed il nucleo polposo appare qui degenerato, giallastro, opaco, anelastico e sfilacciato.

In rapporto alle intensità delle alterazioni radicolari provocate dall'ernia discale si distinguono due quadri anatomopatologici:
ernia recente con radice edematosa, ipomobile, iperemica a causa della congestione dei vasi sanguigni periradicolari.
Ernia inveterata con radice assottigliata e fissata, con numerose aderenze, al tessuto adiposo periradicolare, alle strutture legamentose adiacenti, al tessuto discale erniato.

La classificazione topografica dell'ernia è così rappresentata:
ernia postero – laterale del disco interposto tra la IV e la V vertebra lombare (con interessamento della radice spinale L5);
ernia postero – laterale del disco interposto tra la V vertebra lombare e la prima vertebra sacrale (interessamento della radice S1);
ernia postero – mediale, cioè situata più medialmente rispetto alla precedente, tra la IV e la V vertebra lombare, con interessamento di tutte e due le radici L5 ed S1;
ernia mediana (rara) del disco intervertebrale interposto tra la V vertebra lombare e la prima vertebra sacrale o tra IV e V vertebra lombare (interessamento bilaterale delle rispettive radici spinali di destra e di sinistra).

L'ernia poi, in rapporto alla forza espulsiva nel nucleo polposo ed alla resistenza opposta dalle strutture fibrose, è anche classificata in modo diverso a seconda dei diversi gradi della sua protrusione. E così:
ernia contenuta: quando essa è ancora trattenuta dalle fibre del legamento longitudinale posteriore ed eventualmente anche da quelle più esterne dell'anulus;
ernia protrusa: quando essa, pur essendo riuscita a fare breccia su queste formazioni, non si allontana dal suo punto di origine;
ernia espulsa o *migrata*: quando il nucleo polposo, fuoriuscito dall'anulus, si distacca liberamente o resta in rapporto con il suo punto di origine solo mediante un peduncolo.

DEFINIZIONE DI PROTRUSIONE DISCALE - Malattia Non Tabellata:

Come sopra detto a proposito della definizione di ernia discale nel caso in cui il nucleo polposo non ha superato l'anello fibroso ma lo ha solo sfiancato, è ritenuto più corretto parlare di *protrusione discale*.
La eziopatogenesi, i fattori predisponenti, le concause lavorative di cui si è detto sopra a proposito dell'ernia discale lombare sono le medesime in caso di protrusione discale. *Anche in questo caso sono considerate di interesse nel campo assicurativo previdenziale solo le protrusioni discali del segmento vertebrale lombare (L1 – L2; L2 – L3; L3 – L4; L4 – L5; L5 – S1).*

****

SPONDILODISCOARTROSI LOMBARE E LOMBOSACRALE:

DEFINIZIONE E SINTESI CLINICA:

L'artrosi della colonna vertebrale è una condizione predisponente al verificarsi di protrusioni discali ed ernie discali. *Anche per la spondilodiscoartrosi il settore di interesse in ambito di assicurazione sociale previdenziale è la colonna lombare e lombosacrale.*

EZIOPATOGENESI:

L'artrosi della colonna vertebrale, che quando interessa contestualmente la patologia dei dischi intervertebrali viene definita *spondilodiscoartrosi,* si instaura quando nelle articolazioni intervertebrali si verifica uno squilibrio tra resistenza della cartilagine e sollecitazioni funzionali. E' dovuta alla associazione di fattori generali e locali.

FATTORI GENERALI :

- età (modificazioni del Ph del liquido sinoviale);
- ereditarietà (documentata predisposizione ad affezioni artro – reumatiche)
- costellazione ormonica (con particolare riguardo agli estrogeni)
- obesità (sovraccarico delle articolazioni ed accumulo di colesterolo)
- alterazioni metaboliche (del calcio, etc.)
- ambiente (abitazione, clima, condizioni di lavoro)

FATTORI LOCALI:

- concentrazione o alterata distribuzione delle sollecitazioni meccaniche sulla superficie articolare
- alterazioni articolari prodotte da affezioni di natura infiammatoria

****

Partendo dalla sintomatologia (lombosciatalgia e lombalgia) esaminiamo le varie cause per porre una *diagnosi differenziale* esatta.

EZIOPATOGENESI DELLA LOMBOSCIATALGIA:

- ernia discale

- artrosi intersomatica (osteofitosi del bordo posteriore del corpo), artrosi interapofisaria (proliferazione di osteofiti tra le piccole apofisi posteriori e restringimento del foro di coniugazione); quando i fenomeni artrosici sono particolarmente diffusi si può avere una sindrome di " stenosi lombare "
- anomalie congenite del rachide (quali sacralizzazione, schisi della prima vertebra sacrale, spondilosi e spondilolistesi come fattori responsabili di sovraccarico funzionale dei dischi o di un restringimento diretto del foro di coniugazione
- processi infiammatori di natura aspecifica o specifica, sia per danneggiamento ed noidale (aracnoiditi spinali)
- turbe vascolari (stasi venosa nei plessi periradicolari per stati infiammatori endopelvici, quali annessiti, etc.)
- processi tumorali ossei primitivi (sarcomi, etc.) o metastatici e processi tumorali del cono midollare, delle radici stesse, etc.
- anomalie del sacco durale e delle radici (quali sacco stretto, cisti paradicolari).

In precedenza si sono fatti richiami di anatomia che corrispondono a determinati quadri fisiopatologici.
Per il quadro clinico si evidenzia che il dolore è localizzato in sede lombare. Appare spontaneo e di tipo trafittivo. Si accentua con la pressione manuale esercitata a livello della sede paravertebrale, in corrispondenza del disco intervertebrale interessato.
Generalmente, dopo qualche giorno, il dolore spontaneo si attenua mentre permane quello provocato localmente e quello irradiato all'arto inferiore.
Si manifesta rigidità del rachide lombare accompagnata da netta limitazione di qualunque movimento del tronco.
La contrattura muscolare spesso appare evidente anche alla semplice ispezione a causa della salienza delle masse paravertebrali della parete lombare, dell'appiattimento della fisiologica lordosi, per l'atteggiamento scoliotico ed in flessione anteriore che è tenuto dal paziente nella stazione eretta.
Per quanto riguarda la sintomatologia irradiata agli arti inferiori il dolore si irradia lungo il dermatomero corrispondente alla radice spinale interessata.
E così:
per il dermatomero L5 il dolore si irradia lungo la faccia postero – esterna della coscia, laterale della gamba e dorsale del piede fino al primo dito del piede;
per la radice S1 il dolore si irradia lungo la faccia posteriore della coscia, laterale della gamba e plantare del piede fino ad estendersi alle ultime due dita del piede;
per la radice L5 ed S1 dello stesso lato, l'irradiazione dolorosa andrà ad interessare contemporaneamente entrambi i territori.
Al lettino del paziente il Medico è in grado di evocare la riacutizzazione del dolore mediante opportune manovre semeiologiche che sono rappresentate da:

segno di Delitala: che consiste nel dolore risvegliato alla pressione esercitata sulla linea paravertebrale, a livello dell'emergenza della radice spinale esaminata;
segno di Lasègue: che consiste nel dolore alla regione lombare (eventualmente irradiato lungo il decorso del nervo sciatico) provocato, per la distensione delle radici del nervo, quando si tenta di estendere il ginocchio a coscia flessa sul bacino;
segno di Valleix: consiste nel dolore che si risveglia alla pressione esercitata su alcuni punti elettivi che corrispondono, in caso di sofferenza della radice L5, alla testa del perone, alla faccia esterna della gamba, alla doccia premalleolare esterna; in caso di sofferenza della radice S1, alla regione glutea posteriore, ed alla parte mediana della faccia posteriore della coscia, della gamba e del collo del piede.
Si manifestano anche disturbi della sensibilità cutanea: parestesie, ipoestesie, raramente, nei casi più gravi, anestesie, con distribuzione cutanea analoga a quella del dolore.
Si evidenziano dal lato semiologico alterazioni dei riflessi osteotendinei: ipovalidità o assenza di quei riflessi il cui arco diastatico decorre nelle radici danneggiate (Achilleo e medio plantare per la S1).
Si evidenziano altresì deficit del tono e del trofismo muscolare a carico dei muscoli glutei e del tricipite surale nell'interessamento della radice S1. E' meno evidente il deficit della coscia nell'interessamento della radice L5.
I concomitanti deficit muscolari consistono in precoce esauribilità e paresi o – meno frequentemente – paralisi dei muscoli estensore proprio dell'alluce, estensore comune delle dita, tibiale anteriore e peronei nell'interessamento della radice spinale L5; quindi ipovalidità del muscolo tricipite surale nell'interessamento della radice S1.
Nell'interessamento della radice L5 l'interessamento a carico dei muscoli è rilevabile con la ricerca del *segno di Dandy* con eventuale *steppage*.
Il *segno di Dandy* consiste nella ipovalidità alla flessione dorsale del primo dito del piede saggiata contro resistenza.
Lo *steppage* consiste nella flessione del ginocchio e dell'anca durante la fase non portante dell'arto, per compensare l'*equinismo neurogeno del piede.*
All'esame elettromiografico si evidenziano difetti della conduzione elettrica fino al silenzio completo dei singoli muscoli innervati dalle relative radici spinali.

FORME CLINICHE:

In rapporto al diverso impegno delle singole radici spinali interessate dall'ernia discale si distinguono tre sindrome radicolari:

Sindrome da irritazione: è tipica della fase iniziale. Il quadro è dominato dal dolore, dalle parestesie e, talora, da iperreflessia osteotendinea.

Sindrome da compressione: è tipica, in genere, delle fasi cliniche più avanzate. Alla sintomatologia dolorosa subentrano, per maggior danno radicolare, i deficit della sensibilità, della motilità, del trofismo, dei riflessi osteotendinei, della conduzione elettrica.

Sindrome da interruzione: è molto rara. Generalmente si verifica in modo improvviso (*" ernia paralizzante "*). A causa della interruzione funzionale della relativa radice spinale scompare il dolore (*blocco della conduzione sensitiva*) e compaiono invece i deficit muscolari (generalmente incompleti, perché nessun muscolo è innervato da una sola radice) e le areflessie osteotendinee.

Nella *sindrome da interruzione* della radice monoradicolare S1 desidero sottolineare che si determina: attenuazione o scomparsa del dolore, ipoestesie con zone di anestesia nel dermatomero corrispondente, ipotrofia accentuata del tricipite surale, scomparsa del riflesso achilleo e medio – plantare, inccitabilità elettrica dei muscoli gemelli.

Nella *sindrome da interruzione* della radice monoradicolare L5 si verificano: attenuazione o scomparsa del dolore spontaneo o provocato, zone di anestesia nel territorio di innervazione cutanea corrispondente alla radice spinale L5, positività del *test di Dandy* e *steppage*, non alterazione dei riflessi osteotendinei achilleo e rotuleo, ipoeccitabilità elettrica.

NOTA: Quanto sopra scritto riguarda le *sindromi monoradicolari* (cioè interessanti la radice spinale L5 ed S1). Nella evenienza delle più rare *forme biradicolari*, che sono causate dalla contemporanea sofferenza delle due radici spinali (cioè L5 ed S1), la sintomatologia clinica può manifestare segni clinici misti e cioè, per esempio, la compressione a carico di una radice ed irritazione a carico di quella adiacente (soprastante o sottostante a seconda che si tratti rispettivamente di L5 o S1).
Nelle *sindromi bilaterali* si ha interessamento sia della radice spinale destra che sinistra del metamero interessato. In alcuni casi descritti a carico della S1 si associano poi distrurbi riferibili a sofferenza delle radici sacrali sottostanti (*ipoestesia a sella, turbe genitali, deficit sfinterici*). Si tratta spesso di sindromi bilaterali, o meglio di *sindromi della cauda equina*, espressione di rare ernie postero centrali.

DIAGNOSI: Il Medico Valutatore, oltre a procedere direttamente lui stesso ad un primo approccio (esame clinico obiettivo con particolare interesse ortopedico)

dovrà prescrivere la visita specialistica ed ortopedica presso lo Specialista di fiducia della Sede, quindi prescrivere colonna vertebrale in toto, esame elettroneuromiografico a carico degli arti inferiori, *esame radiografico in toto* della colonna vertebrale, esame di risonanza magnetica nucleare del segmento vertebrale lombo – sacrale ed, in caso di controindicazione alla risonanza magnetica nucleare (per esempio: portatore di protesi metalliche, pacemaker, etc.) esame TAC.
Occorre sempre tenere presente che anche se il Protocollo Metodologico prevede esame radiografico completo della colonna vertebrale anche sotto carico, il dovere del Medico Legale deve essere sempre coerente con l'indirizzo generale di limitare somministrazione di radiazioni ionizzanti quando ciò non è assolutamente inevitabile.

EZIOPATOGENESI DELLA LOMBALGIA:

LOMBALGIA ACUTA: I meccanismi che più frequentemente la provocano sono almeno due: distensione dell'anulus fibrosus e distorsione delle articolazioni interapofisarie. Nella prima evenienza il dolore sembra determinato dalla irritazione delle terminazioni sensitive delle fibre dell'anulus e del legamento longitudinale posteriore messe in sovratensione dalla spinta esercitata dal nucleo polposo, in occasione di uno sforzo anche banale. Nella seconda evenienza (meno frequente), il dolore sembra determinato dalla distrazione o da piccole lacerazioni della capsula che riveste queste articolazioni e che possono verificarsi nel corso di incongrui movimenti di rotazione del tronco.

Sotto il profilo clinico si evidenziano:
1) dolore anche spontaneo a livello del segmento lombare della colonna vertebrale;
2) contrattura antalgica delle masse muscolari paravertebrali , con atteggiamento di tipo obbligato del rachide lombare in lieve flessione anteriore o laterale,
3) rigidità del tronco che appare evidenziabile durante i tentativi di flessione anteriore della colonna vertebrale.
La fisiopatologia ci insegna che il dolore è causato dalla irritazione e compressione dei filuzzi nervosi che provengono dal nervo seno – vertebrale di Luschka e poi si distribuiscono alla porzione periferica dell'anulus fibrosus del disco intervertebrale, al legamento longitudinale posteriore, al periostio che ricopre i corpi vertebrali ed alle strutture ossee dell'arco posteriore delle vertebre, alle formazioni capsulo – legamentose delle articolazioni apofisarie, etc.
Nella lombalgia acuta la causa spesso appare misconosciuta. Il dolore prevalentemente è causato da distensione acuta dell'anulus fibrosus e distorsione delle articolazioni interapofisarie.

Talvolta il dolore e la contrattura antalgica che ne consegue assumono caratteri di particolare intensità e si accentuano con movimenti minimi indotti anche da eventi come lo sternuto, la tosse, etc.
L'esame radiografico spesso evidenzia riduzione della normale lordosi e deviazione laterale del rachide lombare indotta da contrattura muscolare. La manifestazione patologica si risolve generalmente entro pochi giorni con il riposo e l'uso di miorilassanti. Talvolta invece evolve nella forma cronica oppure nella lombo sciatalgia.

LOMBALGIA CRONICA:

- protrusione dell'anulus fibrosus
- artrosi intersomatica, artrosi interapofisaria
- anomalie congenite del limite lombosacrale, per il sovraccarico funzionale che esse comportano sui dischi sovrastanti
- squilibri statico-dinamici: per spostamento della linea di carico del rachide, per obesità, gravidanza, scoliosi, ipocinesie (deficit della muscolatura paravertebrale), etc.
- processi infettivi quali reumatismo articolare, tubercolosi, febbre melitense, tifo, etc.
- osteopatie metaboliche (iperparatiroidismo, osteomalacia, osteoporosi, etc.)
- processi tumorali benigni come l'angioma, l'encondroma, il granuloma eosinofilo, etc.; e processi tumorali maligni primitivi (come il raro osteosarcoma vertebrale) o metastatici (cancro della prostata, dell'utero, etc.)

Riguardo la fisiopatologia del dolore questa è la medesima che per la forma di lombalgia acuta ed è del tutto sovrapponibile alla forma acuta la sintomatologia clinica che, però, o assume un andamento cronico fin dall'esordio oppure si cronicizza mediante un iniziale quadro acuto o subacuto, intervallato da periodi più o meno lunghi di benessere.

****

Esaminiamo ora due patologie: la spondilosi e la spondilolistesi e verifichiamo la posizione dell'Istituto Previdenziale al riguardo, che si desume dalla Circolare n. 25 del 2004 del Direttore Generale dell'INAIL ". *Omissis. La sussistenza in soggetti esposti a rischio lavorativo di patologie preesistenti, congenite o acquisite (come, ad esempio, marcati dismorfismi lungo i vari assi, spondilolisi e spondilolistesi, esiti post-traumatici, spondilite anchilosante, ecc.) deve indurre alla massima cautela nel riconoscimento della patologia lavoro-correlata. Omissis* ", Circolare che ho ritenuto di riportare nel paragrafo delle problematiche medico Legali in seguito.

DEFINIZIONE ED EZIOPATOGENESI DELLA SPONDILOSI:

Si tratta di affezione relativamente frequente. Colpisce elettivamente la V vertebra lombare e meno frequentemente la IV. Consiste nella interruzione dell'istmo (lisi istmica), cioè di quella porzione ristretta dell'arco posteriore delle vertebre lombari che è compresa tra le apofisi articolari superiori e le apofisi articolari inferiori. Talvolta è unilaterale. Nel 50 – 60 per cento dei casi è seguita da spondilolistesi. Sulla sua origine esistono diverse teorie quali: teoria reumatica, displasica, congenita, trofostatica, trofodinamica. Pur riconfermandosi la genesi displasica, gli studi recenti sulla particolare frequenza di alterazioni istmiche, presenti in quegli atleti che abitualmente sottopongono la cerniera lombo – sacrale a stress ripetuti (sollevatori di pesi), indurrebbe a rafforzare l'ipotesi che la lisi si determinerebbe – in soggetti affetti da meiopragia costituzionale dell'istmo – per sollecitazioni statico – dinamiche iterative che eserciterebbero elettivamente a livello istmico il maggior tormento meccanico (teoria trofodinamica).

DEFINIZIONE ED EZIOPATOGENESI DELLA SPONDILOLISTESI:

Si verifica quando la vertebra lombare, sede della lisi istmica, non più unita alle apofisi articolari inferiori scivola anteriormente e in basso sulla vertebra sottostante. Il fenomeno è talvolta acuto, talvolta graduale. Si sviluppa durante il secondo – terzo decennio di vita. Si arresta, per ragioni non ben precisate, all'inizio dell'età adulta. Lo scivolamento vertebrale suppone una lisi istmica che disancori il corpo vertebrale dalle strutture ossee dell'arco posteriore vertebrale ed una costituzionale lassità legamentosa.

E' di opportuna conoscenza riportare in sintesi il PROGRAMMA BIO MED II - BMH4 – CT98 - 329 della Commissione Europea circa le Procedure di Prevenzione da adottare per le vibrazioni trasmesse al corpo intero che – indirettamente – danno un quadro esaustivo del rischio da vibrazioni per la colonna vertebrale (TABELLA 1).

<u>TABELLA 1</u>

IDENTIFICARE LE FONTI DI RISCHIO:

- trattori ed altre macchine agricole e forestali;
- camion industriali, carrelli elevatori, autogru, ruspe, benne, etc.
- veicoli e macchinari da escavazione nei comparti estrattivi e nelle costruzioni

- treni, autobus e sistemi di trasporto su strada e rotaia

STUDIARE LE VARIE FASI DI LAVORO A RISCHIO:

- identificare le fasi lavorative comportanti l'esposizione a vibrazioni e valutare i tempi di esposizione effettiva alle vibrazioni associati a ciascuna fase

ACQUISIRE INFORMAZIONI DETTAGLIATE SU:

- tipologia dei macchinari che espongono a vibrazioni e principali utensili /accessori ad essi collegati
- applicazioni per cui ciascun macchinario è utilizzato e relative modalità di impiego
- condizioni operative ove siano percepite le vibrazioni di maggiore entità da parte degli operatori
- fattori che possono influenzare maggiormente l'esposizione a vibrazioni ed incrementare i potenziali effetti dannosi, quali velocità di avanzamento, tipologia di terreno, stato di manutenzione, tipologia di sedile, vetustà del macchinario, posture assunte dal guidatore, ulteriori fattori di rischio aggiuntivi (esempio: movimentazione manuale dei carichi)

RIDURRE IL LIVELLO DI VIBRAZIONI DEL MACCHINARIO E SCEGLIERE IL MACCHINARIO MOBILE CHE VIBRA DI MENO:

- al di sopra degli 0,6 m/s^2 esiste un livello potenziale ed al di sotto degli 0,6 m/s^2 gli studi epidemiologici non sono stati in grado, finora, di individuare un rischio
- i valori di livello di vibrazioni contenuti nei manuali delle macchine e dei veicoli possono essere più bassi di una situazione reale ed inoltre possono variare considerevolmente in base al tipo di terreno ed alla velocità del veicolo: pertanto in caso di dubbio è necessario effettuare la misurazione mediante l'intervento di uno specialista di igiene industriale

SCEGLIERE IL MACCHINARIO MOBILE ADATTO PER IL TIPO DI LAVORO E DI TERRENO:

Occorre tenere presente che:
- si devono evitare movimenti di torsione dell'autista, come in fase di retromarcia, che costringono la colonna vertebrale ad ulteriori stress

- si deve evitare che il guidatore si sporga in avanti per controllare lo spazio di manovra ai fini di evitare ulteriori stress alla colonna
- il pannello dei comandi della cabina deve essere adatto alla statura dell'autista e facilmente raggiungibile
- la guida su terreni non asfaltati o su strade sconnesse in veicoli con sospensioni difettose o inesistenti aumenta il rischio
- sono fondamentali i pneumatici atti a ridurre le vibrazioni: le gomme meno gonfie sono da preferirsi a quelle dure in quanto sono più morbide
- la velocità del mezzo è sempre un fattore aggravante quando è alta e l'autista deve avere uno stile di guida fluido

OTTIMIZZARE IL SEDILE DEL CONDUCENTE:

- il veicolo deve essere in buone condizioni, soprattutto il sedile del conducente e le sospensioni della cabina e del telaio
- tutte le componenti devono essere controllate e lubrificate periodicamente secondo le raccomandazioni del costruttore
- il sedile deve essere in perfetto ordine e l'imbottitura del sedile non deve essere deformata
- provvedere ad una periodica sostituzione dei sedili ammortizzati e degli ammortizzatori per i sedili

SCEGLIERE IL GIUSTO SEDILE AMMORTIZZATO.

- il veicolo deve essere munito di cabina ammortizzata a bassa frequenza o telaio con sospensioni e, se possibile, di sedili ammortizzati
- il tipo di sospensione del sedile deve essere adatto al macchinario mobile su cui è montato
- i sedili compatti con sospensioni meccaniche sono montati soprattutto su carrelli elevatori con una portata inferiore a 2,5 t su alcune macchine edili " mini ". Non sono raccomandati per altre macchine mobili
- sedili a sospensioni non compatti, in cui i cuscini del sedile e lo schienale si spostano verticalmente, vengono spesso usati su macchine a movimento terra
- i sedili a sospensioni pneumatiche si montano sempre più spesso su autocarri e trattori agricoli
- il sedile deve essere dotato di dispositivi per la regolazione identificabili e facili da usare, che permettano al conducente di regolare da solo il sedile in base alla sua statura, al suo peso ed al suo comfort di guida, secondo le istruzioni del costruttore
- è necessario richiedere sedili che siano stati sottoposti al test sulle vibrazioni per la categoria di veicolo che si deve allestire (la certificazione è obbligatoria per i nuovi sedili per trattori agricoli)

INCORAGGIARE I CONDUCENTI A REGOLARE IL SEDILE ALLA LORO STATURA ED AL LORO PESO:

- per regolare il sedile al peso del conducente bisogna collocare le sospensioni in posizione intermedia; questa condizione consente il funzionamento delle sospensioni e l'attenuazione delle vibrazioni verticali
- è molto importante regolare il sedile in avanti o indietro e l'altezza e l'inclinazione dello schienale: il conducente deve essere in grado di arrivare al pedale senza sforzo
- quando la cabina contiene altra strumentazione, questa deve essere accessibile stando seduti, oltre ad essere di facile e comodo uso

ORGANIZZARE I TURNI DI LAVORO:

- occorre programmare la turnazione di operatori e conducenti per ridurre la loro esposizione alle vibrazioni nei veicoli, nei macchinari e nelle situazioni lavorative che producono i più alti livelli di vibrazioni
- dopo un lungo periodo di guida il conducente deve stendere i muscoli prima di scendere dal veicolo e non deve saltare giù dalla cabina
- il conducente dovrebbe evitare di sollevare carichi pesanti subito dopo avere guidato
- è importante verificare le condizioni delle strade: le buche e le cunette provocano maggiori vibrazioni rispetto ad una superficie relativamente uniforme

CONTROLLI SANITARI PREVENTIVI E PERIODICI:

- prima della emanazione del D.lvo 626 del 1994 e poi del D.lvo 81 del 2008 il problema era affrontato nell'articolo 33 del D.P.R. n. 303 /1956 che imponeva, alla Voce 48 della Tabella allegata, un controllo sanitario preventivo e periodico a cadenza annuale per i lavoratori sottoposti a " vibrazioni e scuotimenti ". Anche se le categorie dei lavoratori citati nella sopra menzionata tabella erano limitate a quelle che impiegano utensili ad aria compressa o ad asse flessibile, il Programma dell'Unione Europea dichiarava opportuno estendere i controlli ai lavoratori esposti alle vibrazioni al corpo intero da macchine, veicoli, mezzi di trasporto, o superfici vibranti in generale
- il Datore di lavoro oggi dispone che il Medico Competente di cui all'attuale Testo Unico D.lvo 81 /2008 sottoponga a sorveglianza sanitaria i conducenti ed altri lavoratori sottoposti a vibrazioni a tutto il corpo
- in tale contesto il Medico Competente dovrà suggerire al Datore di Lavoro possibili soluzioni tese a migliorare le condizioni di lavoro e di salute dei lavoratori

esposti e dovrà effettuare la formazione e l'informazione su rischio specifico nei confronti dei lavoratori

- sempre in tale contesto i lavoratori esposti a vibrazioni al corpo intero da macchine e/o veicoli devono essere sottoposti a procedure di sorveglianza sanitaria che comprendono una visita medica preventiva e successive visite mediche periodiche a cadenza almeno biennale
- è necessario eseguire controlli medici regolari in caso di esposizione costante a vibrazioni dannose e se i lavoratori lamentano mal di schiena
- poiché i sintomi ed i segni associati a possibili patologie del rachide lombare causate da prolungata esposizione a vibrazioni meccaniche non hanno caratteristiche di specificità e possono essere comuni ad altre condizioni patologiche della colonna vertebrale, il Medico Competente, in sede di Sorveglianza Sanitaria, dovrà considerare la possibilità di ricorrere ad indagini supplementari, quali la consulenza di uno specialista ortopedico, neurologo o fisiatra, che consentono di formulare una corretta diagnosi differenziale

Con l'emanazione del D.lvo n. 81 del 2008 la materia della Sorveglianza Sanitaria a scopo di prevenzione per l'esposizione a vibrazioni (sia al sistema mano – braccio sia a tutto il corpo / colonna vertebrale) è stata regolamentata dagli articoli 199 – 200 - 201 – 202 – 203 – 204 e 205 del Capo III di detto Decreto.

Articolo 199. (Campo di Applicazione):

1. Il presente capo prescrive le misure per la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori che sono esposti o possono essere esposti a rischi derivanti da vibrazioni meccaniche. Nei riguardi dei soggetti indicati all'articolo 3, comma 2, del presente decreto legislativo le disposizioni del presente capo sono applicate tenuto conto delle particolari esigenze connesse al servizio espletato, quali individuate dai decreti ivi previsti.

Art. 200. (Definizioni) 1.

Ai fini del presente capo, si intende per:

a) vibrazioni trasmesse al sistema mano-braccio: le vibrazioni meccaniche che, se trasmesse al sistema mano-braccio nell'uomo, comportano un rischio per la salute e la sicurezza dei lavoratori, in particolare disturbi vascolari, osteoarticolari, neurologici o muscolari;

b) vibrazioni trasmesse al corpo intero: le vibrazioni meccaniche che, se trasmesse al corpo intero, comportano rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori, in particolare lombalgie e traumi del rachide;

c) esposizione giornaliera a vibrazioni trasmesse al sistema mano-braccio A(8): [ms-2]: valore mediato nel tempo, ponderato in frequenza, delle accelerazioni misurate per una giornata lavorativa nominale di otto ore;

d) esposizione giornaliera a vibrazioni trasmesse al corpo intero A(8): [ms-2]: valore mediato nel tempo, ponderato, delle accelerazioni misurate per una giornata lavorativa nominale di otto ore.

Art. 201. (Valori limite di esposizione e valori d'azione)

1. Ai fini del presente capo, si definiscono i seguenti valori limite di esposizione e valori di azione.

a) per le vibrazioni trasmesse al sistema mano-braccio: 1) il valore limite di esposizione giornaliero, normalizzato a un periodo di riferimento di 8 ore, é fissato a 5 m/s2 ; mentre su periodi brevi é pari a 20

m/s2 ; 2) il valore d'azione giornaliero, normalizzato a un periodo di riferimento di 8 ore, che fa scattare l'azione, é fissato a 2,5 m/s2 .
b) per le vibrazioni trasmesse al corpo intero: 1) il valore limite di esposizione giornaliero, normalizzato a un periodo di riferimento di 8 ore, é fissato a 1,0 m/s2 ; mentre su periodi brevi é pari a 1,5 m/s2 ; 2) il valore d'azione giornaliero, normalizzato a un periodo di riferimento di 8 ore, é fissato a 0,5 m/s2 .
2. Nel caso di variabilità del livello di esposizione giornaliero va considerato il livello giornaliero massimo ricorrente.

Art. 202. (Valutazione dei rischi)

1. Nell'ambito di quanto previsto dall'articolo 181, il datore di lavoro valuta e, quando necessario, misura, i livelli di vibrazioni meccaniche cui i lavoratori sono esposti.
2. Il livello di esposizione alle vibrazioni meccaniche può essere valutato mediante l'osservazione delle vibrazioni per le attrezzature o i tipi di attrezzature nelle particolari condizioni di uso reperibili presso banche dati dell'ISPESL o delle regioni o, in loro assenza, dalle informazioni fornite in materia dal costruttore delle attrezzature. Questa operazione va distinta dalla misurazione, che richiede l'impiego di attrezzature specifiche e di una metodologia appropriata e che resta comunque il metodo di riferimento.
3. L'esposizione dei lavoratori alle vibrazioni trasmesse al sistema mano-braccio é valutata o misurata in base alle disposizioni di cui all'allegato XXXV, parte A.
4. L'esposizione dei lavoratori alle vibrazioni trasmesse al corpo intero é valutata o misurata in base alle disposizioni di cui all'allegato XXXV, parte B.
5. Ai fini della valutazione di cui al comma 1, il datore di lavoro tiene conto, in particolare, dei seguenti elementi:
a) il livello, il tipo e la durata dell'esposizione, ivi inclusa ogni esposizione a vibrazioni intermittenti o a urti ripetuti;
b) i valori limite di esposizione e i valori d'azione specificati nell'articolo 201;
c) gli eventuali effetti sulla salute e sulla sicurezza dei lavoratori particolarmente sensibili al rischio con particolare riferimento alle donne in gravidanza e ai minori;
d) gli eventuali effetti indiretti sulla sicurezza e salute dei lavoratori risultanti da interazioni tra le vibrazioni meccaniche, il rumore e l'ambiente di lavoro o altre attrezzature;
e) le informazioni fornite dal costruttore dell'attrezzatura di lavoro;
f) l'esistenza di attrezzature alternative progettate per ridurre i livelli di esposizione alle vibrazioni meccaniche;
g) il prolungamento del periodo di esposizione a vibrazioni trasmesse al corpo intero al di là delle ore lavorative, in locali di cui é responsabile;
h) condizioni di lavoro particolari, come le basse temperature, il bagnato, l'elevata umidità o il sovraccarico biomeccanico degli arti superiori e del rachide;
i) informazioni raccolte dalla sorveglianza sanitaria, comprese, per quanto possibile, quelle reperibili nella letteratura scientifica.

Art. 203. (Misure di prevenzione e protezione)

1. Fermo restando quanto previsto nell'articolo 182, in base alla valutazione dei rischi di cui all'articolo 202, quando sono superati i valori d'azione, il datore di lavoro elabora e applica un programma di misure tecniche o organizzative, volte a ridurre al minimo l'esposizione e i rischi che ne conseguono, considerando in particolare quanto segue:
a) altri metodi di lavoro che richiedono una minore esposizione a vibrazioni meccaniche;
b) la scelta di attrezzature di lavoro adeguate concepite nel rispetto dei principi ergonomici e che producono, tenuto conto del lavoro da svolgere, il minor livello possibile di vibrazioni;
c) la fornitura di attrezzature accessorie per ridurre i rischi di lesioni provocate dalle vibrazioni, quali sedili che attenuano efficacemente le vibrazioni trasmesse al corpo intero e maniglie o guanti che attenuano la vibrazione trasmessa al sistema mano-braccio;
d) adeguati programmi di manutenzione delle attrezzature di lavoro, del luogo di lavoro, dei sistemi sul luogo di lavoro e dei DPI;

e) la progettazione e l'organizzazione dei luoghi e dei posti di lavoro;
f) l'adeguata informazione e formazione dei lavoratori sull'uso corretto e sicuro delle attrezzature di lavoro e dei DPI, in modo da ridurre al minimo la loro esposizione a vibrazioni meccaniche;
g) la limitazione della durata e dell'intensità dell'esposizione;
h) l'organizzazione di orari di lavoro appropriati, con adeguati periodi di riposo;
i) la fornitura, ai lavoratori esposti, di indumenti per la protezione dal freddo e dall'umidità.

2. Se, nonostante le misure adottate, il valore limite di esposizione é stato superato, il datore di lavoro prende misure immediate per riportare l'esposizione al di sotto di tale valore, individua le cause del superamento e adatta, di conseguenza, le misure di prevenzione e protezione per evitare un nuovo superamento.

Art. 204. (Sorveglianza sanitaria)

1. I lavoratori esposti a livelli di vibrazioni superiori ai valori d'azione sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria. La sorveglianza viene effettuata periodicamente, di norma una volta l'anno o con periodicità diversa decisa dal medico competente con adeguata motivazione riportata nel documento di valutazione dei rischi e resa nota ai rappresentanti per la sicurezza dei lavoratori in funzione della valutazione del rischio. L'organo di vigilanza, con provvedimento motivato, può disporre contenuti e periodicità della sorveglianza diversi rispetto a quelli forniti dal medico competente.
2. I lavoratori esposti a vibrazioni sono altresì sottoposti alla sorveglianza sanitaria quando, secondo il medico competente, si verificano una o più delle seguenti condizioni: l'esposizione dei lavoratori alle vibrazioni é tale da rendere possibile l'individuazione di un nesso tra l'esposizione in questione e una malattia identificabile o ad effetti nocivi per la salute ed é probabile che la malattia o gli effetti sopraggiungano nelle particolari condizioni di lavoro del lavoratore ed esistono tecniche sperimentate che consentono di individuare la malattia o gli effetti nocivi per la salute.

Art. 205. (Deroghe)

1. Nei settori della navigazione marittima e aerea, il datore di lavoro, in circostanze debitamente giustificate, può richiedere la deroga, limitatamente al rispetto dei valori limite di esposizione per il corpo intero qualora, tenuto conto della tecnica e delle caratteristiche specifiche dei luoghi di lavoro, non sia possibile rispettare tale valore limite nonostante le misure tecniche e organizzative messe in atto.
2. Nel caso di attività lavorative in cui l'esposizione di un lavoratore a vibrazioni meccaniche é abitualmente inferiore ai valori di azione, ma può occasionalmente superare il valore limite di esposizione, il datore di lavoro può richiedere la deroga al rispetto dei valori limite a condizione che il valore medio dell'esposizione calcolata su un periodo di 40 ore sia inferiore al valore limite di esposizione e dimostri, con elementi probanti, che i rischi derivanti dal tipo di esposizione cui é sottoposto il lavoratore sono inferiori a quelli derivanti dal livello di esposizione corrispondente al valore limite.
3. Le deroghe di cui ai commi 1 e 2 sono concesse, per un periodo massimo di quattro anni, dall'organo di vigilanza territorialmente competente che provvede anche a darne comunicazione, specificando le ragioni e le circostanze che hanno consentito la concessione delle stesse, al Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Le deroghe sono rinnovabili e possono essere revocate quando vengono meno le circostanze che le hanno giustificate.
4. La concessione delle deroghe di cui ai commi 1 e 2 é condizionata all'intensificazione della sorveglianza sanitaria e da condizioni che garantiscano, tenuto conto delle particolari circostanze, che i rischi derivanti siano ridotti al minimo. Il datore di lavoro assicura l'intensificazione della sorveglianza sanitaria ed il rispetto delle condizioni indicate nelle deroghe.
5. Il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali trasmette ogni quattro anni alla Commissione della Unione europea un prospetto dal quale emergano circostanze e motivi delle deroghe concesse ai sensi del presente articolo.

Nella TABELLA 2 sono elencate le patologie che possono rappresentare una condizione di ipersuscettibilità individuale o possono aggravare le possibili lesioni alla colonna vertebrale o ad altri organi ed apparati causate dalla esposizione occupazionale a vibrazioni trasmesse a tutto il corpo.

TABELLA 2

1) **Patologie della colonna vertebrale**
   Patologie degenerative della colonna vertebrale non legate all'età
   Patologie infiammatorie attive della colonna vertebrale (es. spondilite anchi-losante)
   Patologie dei dischi intervertebrali con o senza compromissione radicolare
   Patologie del canale midollare con o senza compromissione radicolare
   Patologie deformative congenite o acquisite della colonna vertebrale
   Patologie distruttive (osteoporosi grave) o neoformative benigne (angioma Vertebrale)
   Pregressi traumi della colonna con fratture vertebrali
   Pregressi interventi chirurgici della colonna vertebrale
   Instabilità della colonna vertebrale (es. da spondilolistesi, da fratture)
   Lombalgie croniche con frequenti episodi di riacutizzazione

2) **Patologie di altri organi ed apparati**
   Severe alterazioni muscolo – scheletriche del distretto cervico – brachiale
   Gastrite cronica severa e/o ulcera peptica gastro – duodenale
3) **Eventi fisiologici**
   Gravidanza (controindicazione temporanea, D.P.R. n. 645/1996, Allegato I)

La tabella 2 è ricavata da: Linee Guida dell'ISPESL per la valutazione del rischio da vibrazioni negli ambienti di lavoro (2002)

****

INFORMAZIONI SU VIBRAZIONI E BANCHE DATI VIBRAZIONI:

La Consulenza Tecnica Accertamento Rischi e Prevenzione dell'INAIL ha pubblicato nel 2004 un opuscolo dal titolo " 100 misure di vibrazioni in ambiente di lavoro " " in cui, a seconda del veicolo esaminato, sono riportati i valori di vibrazioni emesse. Anche indicazioni tenendo presenti i veicoli interessati si desumono dal sito del

NIOSH (U.S.A.), dell'INRS (Francia), dell'INAIL – Banca Dati Vibrazionj (Dipartimento Prevenzione ex ISPESL). Giova ribadire che le misure delle vibrazioni vanno integrate da: *suscettibilità individuale*, *situazione del manto stradale percorso* o del *tipo di terreno nel caso di guida di trattori*, dallo *stato di vetustà del veicolo* e quindi dall'affievolirsi degli ammortizzatori, da *altre condizioni antiergonomiche*, dal *contemporaneo rischio* di movimentazione manuale dei carichi (attività di autotrasportatore che è esposto sia a vibrazioni della guida dei veicoli come *autista* o come *compagno di guida* e alla movimentazione di carichi viaggianti come nel caso di autotrasportatori di merci e di personale adibito ai mezzi di soccorso: e quindi alla guida di autoambulanze con lo *slalon* nel traffico stradale quando l'autoambulanza corre per andare sul posto dove si trova l'infermo o il ferito, con la movimentazione dei pazienti anche trasportati in lettiga per le scale delle abitazioni dove quasi sempre gli ascensori non hanno adeguata capacità). I Valori Limite teorici sono stati anche calcolati e tenuti sempre aggiornati dall'ACGIH (USA). E nel paragrafo che segue si commenta il significato da dare ai Valori Limite in ambito di assicurazione previdenziale, come già dedotto nel Terzo e Quarto Capitolo del presente Volume.

****

PROBLEMI MEDICO LEGALI PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO BIOLOGICO DELLE PATOLOGIE DEL RACHIDE LOMBO - SACRALE:

In premessa si riporta la Circolare n. 24 del 2004 del Direttore Generale dell'INAIL che va letta per importanti informazioni in parte superate dai nuovi Valori Limite del D.lvo 81 /2008 circa la prevenzione dalle vibrazioni a tutto il corpo (ribadendo i principi stabiliti dalla Circolare INAIL n. 70 del 2000 circa la non applicabilità *sic et simpliciter* dei Valori Limite stabiliti per la Prevenzione in ambito Assicurativo Previdenziale, ma tenendone conto nella epicrisi del caso di fattispecie di volta in volta esaminato *cum grano salis* anche in considerazione degli altri rischi correlati tra cui: *vetustà del veicolo, condizioni del manto stradale percorso dal veicolo*), informazioni poi anche in parte superate dall'inserimento come Malattia Professionale Tabellata dell'ernia discale lombare nel D.M del 2008. E così:

"Circolare INAIL n. 25 del 15 aprile 2004

Malattie del rachide da sovraccarico biomeccanico. Modalità di trattazione delle pratiche.

Organo: INAIL - DIREZIONE GENERALE - DIREZIONE CENTRALE PRESTAZIONI - SOVRINTENDENZA MEDICA GENERALE - CONSULENZA TECNICA ACCERTAMENTO RISCHI E PREVENZIONE
Documento: Circolare n. 25 del 15 aprile 2004.
Oggetto: Malattie del rachide da sovraccarico biomeccanico. Modalità di trattazione delle pratiche.

Quadro Normativo

- **D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965**: "Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali", art. 3.
- **Sentenza della Corte Costituzionale n. 179 del 18 febbraio 1988**: introduzione del "sistema misto" di tutela delle malattie professionali.
- **Decreto Legislativo n. 38 del 23 febbraio 2000**, art. 10, comma IV: conferma legislativa del "sistema misto" di tutela delle malattie professionali.
- **Circolare n. 81 del 27 dicembre 2000**: "Malattie da sovraccarico biomeccanico/posture incongrue e microtraumi ripetuti. Modalità di trattazione delle pratiche".
- **Direttiva 2002/44/CE del 25/6/2002**: "Prescrizioni minime di sicurezza e di salute relative all'esposizione dei lavoratori ai rischi derivanti dagli agenti fisici (vibrazioni)".
- **ISO 2631-1/1997**: "Mechanical vibration and shock – Evaluation of human exposure to whole-body vibration. Part 1: General requirements".
- **Decreto legislativo n. 626 del 29 settembre 1994**: "Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro", titolo V, articolo 47, e allegato VI.

PREMESSA

Finora, per il riconoscimento dell'origine professionale delle malattie da sovraccarico biomeccanico del rachide, le Sedi dovevano inviare alla Direzione generale, per il tramite delle Direzioni regionali, i casi ritenuti suscettibili di ammissione a tutela1 .
Ciò allo scopo di approfondire, attraverso una più ampia casistica, le conoscenze sia sui fattori di rischio, sia sulle più ricorrenti manifestazioni morbose ad essi correlate.
L'esame nell'ultimo triennio di oltre 1000 pratiche, corredate nella maggioranza dei casi del parere tecnico espresso dalle Contarp regionali, consente ora di delineare il definitivo quadro di riferimento per la trattazione delle pratiche di cui all'oggetto.
Il periodo di osservazione centrale di queste malattie può considerarsi quindi concluso.
Questa circolare riporta un completo ed articolato quadro di riferimento che, insieme all'esperienza nel frattempo maturata sul territorio, consente di garantire omogeneità e correttezza nella trattazione delle pratiche.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO PROFESSIONALE

Allo stato, resta confermato che le condizioni di rischio da prendere in considerazione ai fini del riconoscimento dell'origine professionale della malattia sono le vibrazioni trasmesse al corpo intero (W.B.V.2) e la Movimentazione Manuale di Carichi (M.M.C.), a volte entrambe presenti nei casi denunciati.
Le vibrazioni trasmesse al corpo intero (W.B.V.)
Le più comuni attività lavorative che comportano il rischio da esposizione a W.B.V. sono quelle connesse alla guida dei mezzi di trasporto e delle macchine semoventi, industriali e agricole.

E' utile ricordare che, rispetto ai valori di vibrazioni raggiunti dai mezzi su rotaia , che risultano i più bassi, quelli prodotti dagli altri mezzi di trasporto sono:

- **duplicati**, per la guida di autobus di linea e autocarri di recente progettazione (valori più alti riguardano invece gli autocarri utilizzati prima della metà degli anni settanta)
- **triplicati**, nella conduzione di trattori agricoli
- **quadruplicati**, nell'uso di carrelli elevatori o di macchine semoventi a motore diesel
- **aumentati sino a nove volte**, nella conduzione di pale meccaniche e di mezzi cingolati.

Quanto sopra descritto deve essere inteso come un orientamento di massima, dato che l'accelerazione lungo l'asse verticale non è l'unica grandezza descrittiva dell'esposizione a W.B.V..
Ad esempio, per i mezzi su rotaia si riscontrano mediamente valori di accelerazione media ponderata sull'asse verticale (z) inferiori rispetto ai mezzi su gomma, ma è anche vero che si ottengono valori confrontabili sull'asse trasversale (y) e che di solito il fenomeno ha connotazione impulsiva. Ciò obbliga a valutare anche il valore della dose di vibrazioni (VDV). In definitiva la valutazione deve considerare tutti i vari aspetti e i vari parametri a disposizione.
Per la valutazione del rischio, pur nell'impossibilità di definire la relazione dose-risposta, assumono rilievo la durata e l'intensità dell'esposizione richiamate nella Direttiva comunitaria3 sulle prescrizioni minime di sicurezza e di salute relative all'esposizione dei lavoratori ai rischi derivanti dagli agenti fisici4 .
La Direttiva stabilisce il valore limite e il valore di azione giornaliero di esposizione normalizzato a un periodo di riferimento di 8 ore [A(8)] e anche il valore della dose di vibrazione (VDV)

come riportato nella tabella a pagina seguente:

PARAMETRO	VALORE DI AZIONE	VALORE LIMITE
A (8)	0,5 m/s2	1,15 m/s2
VDV	9,1 m/s1,75	21 m/s1,75

Come noto, il superamento del **valore di azione** comporta l'adozione della sorveglianza sanitaria, dell'informazione e formazione dei lavoratori nonché degli interventi tecnici ed organizzativi finalizzati a escludere o a ridurre l'esposizione al rischio. Il **valore limite**non deve essere superato in alcun caso.
La Direttiva indica anche la modalità per il calcolo della valutazione del livello dell'esposizione: *"La valutazione del livello di esposizione alle vibrazioni si basa principalmente sul calcolo dell'esposizione giornaliera A(8) espressa come accelerazione continua equivalente su 8 ore, calcolata come il più alto dei valori quadratici medi o il più alto dei valori della dose di vibrazioni (VDV) delle accelerazioni ponderate in frequenza, determinati sui tre assi ortogonali (1,4awx, 1,4awy, awz per un lavoratore seduto o in piedi), conformemente ai capitoli 5, 6 e 7, all'allegato A e all'allegato B della norma ISO 2631-1 (1997)".*
Per il calcolo dei suddetti valori è sempre necessario il parere tecnico delle Contarp regionali.
Ai fini dell'eventuale riconoscimento della natura professionale della malattia, i dati della letteratura, la casistica esaminata nonché i riferimenti delle normative previdenziali di altri Stati della UE, consentono di ritenere compatibile un periodo di esposizione al rischio di almeno 5 anni con valori di A(8) che si avvicinano al **valore limite** (1,15 m/s2).

La movimentazione manuale dei carichi (M.M.C.)

Per la definizione di “Movimentazione Manuale dei Carichi” si rinvia al Decreto legislativo n. 626/1994, ove vengono precisati gli elementi di riferimento sullo specifico rischio[5] .
L’analisi dei casi di patologie della colonna vertebrale denunciati all’INAIL permette di confermare che le più comuni attività lavorative da considerarsi a rischio, quando svolte in maniera esclusiva o prevalente, sono le seguenti:

- lavori di facchinaggio (porti, aeroporti, traslochi, spedizione merci ecc.)
- lavori di magazzinaggio (supermercati ecc.)
- lavoro del personale ausiliario e infermieristico in reparti nosocomiali e altre strutture ove è richiesta movimentazione assistita dei pazienti.
- lavoro del manovale edile, quando la movimentazione manuale dei carichi costituisce l’attività prevalente.

Per la valutazione dell’efficienza lesiva del rischio assumono rilievo la durata e la continuità dell’esposizione oltre ai parametri che determinano la modalità con la quale la manipolazione viene eseguita.
Per quanto riguarda specificatamente i modelli di analisi tecnica da applicare ai fini della valutazione, sono da preferire quelli riconosciuti in sede scientifica a fini prevenzionali, nei quali il rischio è descritto attraverso un indice sintetico (IR[6]).
Particolarmente esemplificativi risultano i metodi di analisi:

- NIOSH[7] , “Revised NIOSH equation for the design and evaluation of manual lifting tasks – 1993”, per l’analisi delle attività che comportano sollevamento di carichi
- Snook e Ciriello, “Liberty Mutual tables for Lifting, Carrying, Pushing and Pulling”, per le attività in cui sia richiesta azioni di traino e spinta.

Ai fini della valutazione del rischio nel personale preposto alla movimentazione e assistenza dei pazienti ospedalizzati, utili indicazioni devono essere tratte dall’indice MAPO[8] .
Sulla base del valore dell’Indice di Rischio è possibile modulare la valutazione del rischio specifico secondo fasce di gravità crescenti,

come di seguito riportato:

METODI NIOSH E SNOOK & CIRIELLO		METODO MAPO	
Classe di rischio	**IR**	Classe di rischio	**IR**
Accettabile	**IR** < 0,75	Assente/trascurabile	0 = **IR** < 1.5
Minimo	0,75 = **IR** < 1,25	Lieve-medio	1,5 = **IR** < 5
Medio-alto	1,25 = **IR** < 3	Elevato	**IR** ³ 5
Eccessivo	**IR** ³ 3		

L'IR, qualora non espressamente indicato nella documentazione agli atti, deve essere richiesto alle Contarp regionali.
Ai fini del riconoscimento della natura professionale della malattia, i dati della letteratura nonché la casistica esaminata consentono di ritenere compatibile un periodo di esposizione al rischio di almeno 5 anni per gli IR ³ 3, secondo NIOSH e Snook Ciriello, e ³ 5 secondo MAPO (indici di rischio collocati nella classe immediatamente inferiore assumono rilevanza in presenza di periodi di esposizione particolarmente prolungati).

QUADRO CLINICO E ITER DIAGNOSTICO

Per quanto riguarda i meccanismi patogenetici delle malattie da vibrazioni al corpo intero e di quelle dovute alla movimentazione manuale dei carichi, resta valido quanto già indicato: *"Il distretto della colonna vertebrale maggiormente interessato dal sovraccarico biomeccanico di origine lavorativa è il tratto lombare e le relative cerniere, dorso-lombare e lombo-sacrale; il meccanismo patogenetico (c.d. a pompa) comporta una primitiva alterazione trofica del disco intervertebrale attraverso fenomeni di disidratazione del nucleo polposo e perdita di elasticità con fissurazioni dell'anulus fibrosus; segue la protrusione e poi l'ernia del disco intervertebrale con eventuali quadri clinici connessi alla compressione radicolare. L'alterazione del disco può comportare inoltre l'instaurarsi di un processo artrosico osteofitico per il concentrarsi delle sollecitazioni pressorie sui bordi delle limitanti dei corpi vertebrali. Sono pertanto da ritenere correlati al rischio di sollecitazioni biomeccaniche lavorative i quadri con primitivo impegno da compressione dell'apparato intervertebrale (ernie discali e protrusioni discali), associati o meno a spondilodiscoartrosi del tratto lombare"*[9] .
La sussistenza in soggetti esposti a rischio lavorativo di patologie preesistenti, congenite o acquisite (come, ad esempio, marcati dismorfismi lungo i vari assi, spondilolisi e spondilolistesi, esiti post-traumatici, spondilite anchilosante, ecc.) deve indurre alla massima cautela nel riconoscimento della patologia lavoro-correlata.
Per quanto attiene alle localizzazioni a carico degli altri distretti del rachide, allo stato non risultano in letteratura studi conclusivi che permettano di riconoscerne la natura professionale.
Nel rinviare al nuovo flusso procedurale per l'istruttoria delle denunce di malattia professionale[10] , si richiama l'importanza di acquisire agli atti della pratica ogni possibile elemento probatorio sul rischio denunciato (Documento di valutazione del rischio, schede tecniche e manuali d'uso degli automezzi e macchine semoventi, questionari compilati dal datore di lavoro ecc.).
Le Sedi dovranno inoltre acquisire:

- le visite mediche preventiva e periodiche
- le cartelle cliniche di eventuali ricoveri
- i referti di visite specialistiche
- gli accertamenti strumentali, in particolare gli esami radiografici in possesso dell'assicurato.

Sia il Questionario per le malattie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore[11] , sia il Protocollo diagnostico per il rachide[12] , rimangono utili riferimenti per l'istruttoria medico-legale dei casi, pur non essendone obbligatoria la compilazione.
Oltre alla visita specialistica ortopedica e, se necessaria, quella neurologica, l'accertamento medico-legale dovrà prevedere l'esecuzione dei seguenti esami:

- RMN[13]
- EMG-ENG[14]

- Radiografia del rachide in toto, sotto carico, preferibilmente su unico radiogramma.

In presenza di patologie congenite e/o acquisite dovrà essere eseguito anche l'esame radiografico del tratto vertebrale interessato.
I Dirigenti medici di Sede valuteranno la necessità di ripetere tali accertamenti ove già esibiti dall'assicurato.

CODIFICA
Deve essere utilizzato il **Codice M 386** (Affezioni dei dischi intervertebrali).

DISPOSIZIONI
A partire dalla data della presente circolare, le denunce delle malattie da sovraccarico biomeccanico del rachide saranno definite direttamente in Sede e non sarà più necessario il parere preventivo della Direzione Generale.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Maurizio CASTRO

ALLEGATI:

1.Circolare n. 81/2000.
2.Whole Body Vibrations.
3.Direttiva 2002/44/CE del 25/6/2002, che dovrà essere recepita dagli Stati membri, eventualmente con modifiche maggiormente cautelative, entro il 6/7/2005.
4.Lo specifico documento che affronta l'argomento "Valutazione dell'esposizione umana a vibrazioni al corpo intero" è la normativa ISO 2631-1 del 1997, a cui la stessa direttiva europea 2002/44/CE fa riferimento: quest'ultima direttiva ha valenza prevenzionale. La ISO 2631-1, nell'annesso B fig. B. 1, fornisce un grafico di guida agli effetti sulla salute (metodo di base) in cui, conoscendo l'accelerazione r.m.s. ponderata in frequenza aw (m/s2) ed il tempo di esposizione giornaliera, è possibile individuare il punto corrispondente al caso in esame. Esso può ricadere in una delle tre zone delimitate dalle due "linee" del grafico: la prima zona, al di sotto di entrambe le linee, corrisponde ad effetti sulla salute non chiaramente documentati e/o oggettivamente osservati; la seconda zona, tra le due "linee" , corrisponde a rischi potenziali per la salute; infine la terza zona, al di sopra di entrambe le linee, corrisponde a rischi per la salute acclarati.
5.Decreto legislativo n. 626/1994: titolo V, art. 47 e allegato VI.
6.Indice di Rischio.
7.National Institute for Occupational Safety and Health.
8.Metodo MAPO (Movimentazione e Assistenza Pazienti Ospedalizzati) dell'Unità di ricerca "Ergonomia della Postura e del Movimento" - A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento, Milano.
9.Circolare n. 81/2000.
10.Lettera della Direzione Centrale Prestazioni e Sovrintendenza Medica Generale del 18 settembre 2003.
11.Circolare n. 81/2000, allegato 1.
12.Circolare n. 81/2000, allegato 2.
13.Risonanza Magnetica Nucleare.
14.Elettromiografia - Elettroneurografia."

****

Completata l'istruttoria della pratica oppure in corso di istruttoria secondo quanto già scritto il protocollo diagnostico dell'Istituto Previdenziale (come da Circolare n. del avente per oggetto " ") prevede che, nella fase dell'accertamento clinico, venga effettuata l'anamnesi completa da parte del Dirigente Medico, la visita medica al lettino dell'ambulatorio, e che quindi vengano richiesti: esame radiografico completo della colonna vertebrale, Risonanza Magnetica degli arti inferiori, esame elettromiografico ed esame elettromiografico degli arti inferiori, visita specialistica ortopedica e visita specialistica neurologica da effettuarsi da parte dei medici specialisti ambulatoriali a contratto libero professionale ad orario parziale.
Quando si è completata l'istruttoria amministrativa e di carattere sanitario e la pratica è corredata di tutti gli esami specialistici strumentali e delle visite specialistiche come sopra scritto, il Dirigente Medico può prendere le sue decisioni sull'*an* e sul *quantum*. In caso di ammissione all'indennizzo il valore di Danno Biologico attribuito in questa fase definita " *Accertamento Postumi - (A.P.)", il Dirigente Medico* dovrà verificare se esistono preesistenze da valutarsi secondo quanto riportato nell'articolo 14 del D.lvo n. 38/2000 con valutazione complessiva e secondo quanto previsto per le situazioni di *concorso* o di *coesistenza* di menomazioni.

Per le malattie da vibrazioni trasmesse a tutto il corpo e da movimentazione carichi siamo in ambito di Malattie Tabellate nel caso di ernia discale lombare (L1 – L2; L2 – L3; L3 – L4; L4 – L5; L5 – S1), la cui insorgenza si è verificata entro i limiti cronologici (intervallo temporale) tabellari dalla cessazione della attività lavorativa, come da:

1) TABELLA INDUSTRIA (D.M. 9.4.2008 in G.U. n. 169 del 21.7.2008) Lavoratori esposti: a) lavorazioni svolte in modo non occasionale con macchine che espongono a vibrazioni al corpo intero: macchine movimentazione materiali vari, trattori, gru portuali, carrelli sollevatori (muletti), imbarcazioni per pesca professionale costiera e d'altura; b) lavorazioni di movimentazione manuale dei carichi svolte in modo non occasionale in assenza di ausili efficaci. Tempo di insorgenza della patologia: entro il termine di un anno dalla cessazione della attività lavorativa.

2) TABELLA AGRICOLTURA (D.M. 9.4.2008 in G.U. n. 169 del 21.7.2008) Lavoratori esposti: lavorazioni svolte, in modo non occasionale, con macchine che espongono a vibrazioni al corpo intero: trattori, mietitrebbia, vendemmiatrice semovente. Lavorazioni di movimentazione dei carichi svolte in modo non

occasionale in assenza di ausili efficaci. Tempo di insorgenza della patologia: entro il termine di un anno dalla cessazione della attività lavorativa.

Quindi circa lo studio sull'*an*, nelle ipotesi di cui sopra si deve fare riferimento a quanto esposto nei Capitoli Terzo e Quarto sullo studio del nesso causale in ambito di Malattie Tabellate.
<u>In tutte le altre ipotesi versiamo in ambito di Malattie Non Tabellate,</u>

Al di là del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) che, oltre ad essere utile esaminare ai fini di un più consono inquadramento del problema soprattutto valido anche a darci conferma della tipologia dell'Azienda e delle mansioni svolte dalle maestranze (*DVR che non è da considerare super partes e che raccoglie deduzioni ed osservazioni di carattere preventivo e non assicurativo*) è importante che il Medico Valutatore esamini il problema, oltre che da un punto di vista di studio delle dosi (per le vibrazioni a tutto il corpo), anche alla luce delle pubblicazioni sul tema della Consulenza Tecnica Accertamento Rischi e quindi esaminando molti studi epidemiologici circa la morbilità dei lavoratori esposti alla guida dei mezzi utilizzati nella fattispecie o per analogia della letteratura non solo italiana ma anche internazionale.
Per quanto riguarda invece i lavoratori esposti a movimentazione manuale dei carichi si fanno alcune considerazioni: a) le attività svolte in proprio, come ad esempio quelle di autotrasportatore; b) le attività dei coltivatori diretti; c) altre di analoga fattispecie non prevedono DVR né alcuna visita pre – assuntiva e successiva periodica da parte di un Medico Competente (che non è previsto dalla Normativa). Ma, ed è il fatto più importante, mentre uno strumento, una macchina (nella fattispecie *un mezzo pesante di trasporto* , *un trattore*) rendono possibile, *seppure di solito la cosa avviene in una situazione ideale*, una misurazione (nella fattispecie misurazione delle vibrazioni emesse dalla macchina), nel campo della movimentazione manuale dei carichi si tratta di misurazioni del rischio che non consentono alcuna misurazione oggettiva. I vari parametri adottati (OCRA, Indice MAPO per gli operatori della Sanità) soffrono di una notevole aleatorietà e soggettività dei risultati. *Valutazioni effettuate solitamente in situazioni ideali che si discostano da quella che è la effettiva operatività sul campo da parte dei lavoratori.*
In considerazione dello stesso dettato normativo che regola lo studio del nesso causale delle Malattie Non Tabellate e quindi della considerazione che molte Malattie Non Tabellate, proprio in base alle risultanze di molteplici studi scientifici ed epidemiologici, sono state in epoca successiva introdotte nel regime tabellare, il Medico Valutatore non può non estendere il suo campo di indagine, *circa lo studio dell'an*, alle pubblicazioni scientifiche ed agli studi epidemiologici (certamente di fonti autorevoli) che testimoniano un eccesso significativo di specifica morbilità per

quella categoria di lavoratori. *Giova ribadire l'importanza dello studio della matrice lavorazione / mansione / esposizione / patologia.*
Se, per fare un esempio, tra le Malattie Tabellate nella Gestione Industria non sono inseriti gli autisti di autobus di città e/o di pulman di percorsi extraurbani, il Medico Valutatore non può prescindere dall'eccesso di morbilità per patologie del rachide lombare che si manifesta nei suddetti lavoratori, nell'inserimento nosografico tra le Malattie Non Tabellate: fatto che se da un lato può creare disappunto nelle Direzioni delle Risorse Umane di alcune Aziende di Trasporto – che hanno dovuto verificare il fenomeno - non può celare l'evidenza che è proprio tale disappunto che mette bene in mostra la numerosità di casi di patologia della colonna vertebrale lombare a conferma che ne è provenuta una vera e propria indagine epidemiologica sul campo e con concretezza di fatti.
La prudenza con cui il legislatore ha ritenuto di non introdurre in Tabella alcune patologie e/o circostanze di esposizione lavorativa non annulla gli effetti della Sentenza n. 179 /1988 della Corte Costituzionale, molto bene motivata, e quindi dell'articolo 10 del D.vo n. 38/2000, che non poteva non introdurre nel nuovo dettato normativo quanto il Giudice delle Leggi aveva stabilito. Semmai tale prudenza attribuisce maggiore responsabilità al Medico Valutatore che non deve limitarsi a comportarsi come un mero esecutore ma farsi parte attiva nello studio e nell'aggiornamento della Medicina del Lavoro. Certamente si tratta di una responsabilità molto rilevante e che spesso è fonte di permanenza di perplessità, di gravi dubbi, di patemi d'animo. Ma anche la vita professionale del Medico Legale ha tante responsabilità seppure inferiori a quelle di un cardiochirurgo che in camera operatoria deve prendere decisioni che riguardano la vita del paziente in pochi istanti. *Noi Medici Legali abbiamo molto più tempo a disposizione per decidere.*

Certamente l'ipotesi che un lavoratore aveva una pregressa vulnerabilità della propria colonna vertebrale, antecedente l'assunzione con la mansione di autista, rende per così dire imbarazzante la posizione dell'Azienda che ha applicato un lavoratore ad una mansione fonte di maggior rischio per la colonna vertebrale che ha visto peggiorare il precario assetto ergonomico - posturale. Ed ancora una volta pone il Medico Legale in una situazione di dubbio ed ambascia: " *Perché il collega Medico Competente non ha segnalato a suo tempo il problema? Dunque, nonostante lo Stato di Diritto, un lavoratore è costretto, per farsi assumere e non farsi licenziare, a " subire" fino a quanto non è in procinto del pensionamento ? Il mercato del lavoro era già da tanto tempo in una profonda crisi occupazionale ? Il " proletariato industriale di riserva" fa paura a chi teme di perdere il posto di lavoro? E perché oggi ed ormai da tanti anni c'è un numeroso" proletariato industriale di riserva" ? "*. Infatti molte di queste tipologie di denunce di tecnopatia vengono inoltrate in prossimità del pensionamento. Ma nel campo

dell'inquinamento chimico da agenti cancerogeni il tema della paura di perdere il posto di lavoro è stato ancora più cogente oltre che estremamente drammatico. Parliamo dell'inquinamento lavorativo ed ambientale da cloruro di vinile dell'Enichmont di Porto Marghera, da asbesto dell'Eternit di Casale Monferrato, dell'asbesto degli stabilimenti di Bagnoli, dei composti clorurati dell'Azienda Caffaro di Brescia di tanti altri siti, oggi dell'azienda acciaieria Ilva di Taranto, che esamineremo in modo più approfondito nei Capitoli dedicati ai Tumori Professionali.

Si ritiene opportuno riportare qui due informazioni per dare un'idea sulla complessità dell'accertamento del rischio lavorativo (che non può sottomettersi *sic et simpliciter* a quanto può essere dichiarato da documentazione o da fatti o da cose che in modo talvolta *apodittico* escludono la sussistenza del rischio lavorativo), ricavate dalla stampa quotidiana e già da me anticipate nel Secondo Capitolo alla pagina 31.

Sul quotidiano di Roma " *Il Messaggero* " del 13.3.2017 è riportato che l'azienda municipalizzata ATAC del Comune di Roma ha deciso di dismettere 437 autobus vetusti ad un costo di 600,00 euro (*contro i 1500,00 Euro del valore di mercato*). Consideriamo che, al di là del costo delle vetture di 600,00 oppure 1500,00 euro cadauna, le condizioni delle vetture su cui operavano gli autisti dell'ATAC non dovevano essere delle migliori e quindi – molto presumibilmente - con molto scarsa capacità ammortizzante delle vibrazioni da esse prodotte a carico della colonna vertebrale degli autisti.

Sul quotidiano il " *Corriere della Sera* " dell'8 aprile 2016, nella cronaca di Roma, è riportato che la Procura della Repubblica della capitale ha aperto una inchiesta su quaranta casi di patologia da causa di lavoro. Da quanto riporta il Corriere della Sera a provocare 40 casi di ernie del disco della colonna vertebrale sarebbero stati sia il manto stradale dissestato sia i mezzi di trasporto troppo vecchi e con scarsa capacità ammortizzante delle vibrazioni dei veicoli sulla colonna vertebrale degli autisti.

NOTA:

Siamo arrivati alla fine dell'iter procedurale alla Valutazione dei postumi del Danno Biologico.

La Tabella Valutativa, di cui al D.M. 12.7.2000, prevede nella sezione " Apparato Osteoarticolare ":

Voce 191: Anchilosi del rachide in toto, a seconda del coinvolgimento nervoso. Fino a 60 % (dove viene ricordato che la Voce *anchilosi*, utilizzata per i vari

segmenti osteo – articolari, deve intendersi come impossibilità attiva e passiva a qualsiasi movimento articolare).

Voce 192: Patologia vertebrale con deficit vertebrale complessivo di media o grave entità, con disturbi trofico – sensitivi anche persistenti e disturbi motori solo episodici ma reversibili; quadro diagnostico strumentale di discoartrosi pluridistrettuale, di grado severo, comunque presente, comunque presente nei tratti cervicale e lombare. Fino a 35 % (dove viene ricordato che devono intendersi *disturbi trofico sensitivi* i disturbi del trofismo cutaneo a tipo pallore, acrocianosi, ecc. e disturbi della sensibilità tattile e termico- dolorifica a tipo ipoestesie, anestesie, parestesie).

Voce 193: Patologia vertebrale con deficit funzionale complessivo di lieve entità o ai gradi estremi delle escursioni articolari, con disturbi trofico sensitivi anche persistenti e disturbi motori solo intermittenti, reversibili; quadro diagnostico – strumentale di discoartrosi pluridistrettuale di grado medio- grave, comunque presente nei tratti cervicale e lombare. Fino a 25 % (si ripete quanto sopra: dove viene ricordato che devono intendersi *disturbi trofico sensitivi* i disturbi del trofismo cutaneo a tipo pallore, acrocianosi, ecc. e disturbi della sensibilità tattile e termico-dolorifica a tipo ipoestesie, anestesie, parestesie).

Voce 195: Anchilosi del rachide cervicale in posizione favorevole. 25 %.

Voce 200: Anchilosi del tratto dorsale. 10 %.

Voce 204: Anchilosi del tratto lombare con risentimento trofico – sensitivo, a seconda dei disturbi motori. Fino a 25 %.

Voce 212: Ernia discale del tratto cervicale con disturbi trofico – sensitivi persistenti. Fino a 12 %.

Voce 213: Ernia discale del tratto lombare con disturbi trofico – sensitivi persistenti. Fino a 12 %.

Può verificarsi il caso che le condizioni di salute dell'assicurato, a causa di una grave patologia del rachide, ammessa come derivata (causata oppure concausata dall'attività lavorativa) non sia più in grado di svolgere le mansioni di autista.

A tal fine, dopo avere effettuato la Valutazione dei Postumi (Danno Biologico) il Medico Valutatore dovrà quindi verificare se il coefficiente previsto dalla Tabella Coefficienti di cui sempre al D.M. 12.7.2000 per la relativa fascia percentuale (in caso di costituzione di rendita e quindi per valori percentuali di Danno Biologico superiori al 15 % (quindi pari o superiori al 16 %) sia idonea a rappresentare la

situazione dell'assicurato (in relazione alla categoria lavorativa). Se il caso lo richiede si può attribuire, motivando bene, un Coefficiente più elevato e pertinente al caso specifico. Recita il relativo D.M. nella sezione " Tabella dei Coefficienti (da utilizzare per la determinazione della percentuale di retribuzione da prendere a base per l'indennizzo delle conseguenze della menomazione, ai sensi dell'articolo 13, comma 2, lettera b), del D.lvo 23 febbraio 2000, n, 38): " Ai fini della presente Tabella si intende per categoria di attività lavorativa di appartenenza dell'assicurato il complesso delle attività adeguate al suo patrimonio bio-attitudinale – professionale (cultura, età, sesso, condizione psico-fisica, esperienze lavorative, etc.); si intende per ricollocabilità dell'assicurato la possibilità che le residue capacità psicofisiche siano utilizzabili per attività lavorative anche mediante interventi di supporto e ricorso a servizi di sostegno)".

Si ritiene a questo punto opportuno riportare qui il comma 2 dell'articolo 13 del D.lvo n. 38/2000:

" 2. In caso di danno biologico, i danni conseguenti ad infortuni sul lavoro e a malattie professionali verificatisi o denunciati a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto ministeriale di cui al comma 3, l'INAIL nell'ambito del sistema d'indennizzo e sostegno sociale, in luogo della prestazione di cui all'articolo 66, primo comma, numero 2), del testo unico, eroga l'indennizzo previsto e regolato dalle seguenti disposizioni: a) le menomazioni conseguenti alle lesioni dell'integrita' psicofisica di cui al comma 1 sono valutate in base a specifica "tabella delle menomazioni", comprensiva degli aspetti dinamico-relazionali. L'indennizzo delle menomazioni di grado pari o superiore al 6 per cento ed inferiore al 16 per cento e' erogato in capitale, dal 16 per cento e' erogato in rendita, nella misura indicata nell'apposita "tabella indennizzo danno biologico". Per l'applicazione di tale tabella si fa riferimento all'eta' dell'assicurato al momento della guarigione clinica. Non si applica il disposto dell'articolo 91 del testo unico; b) le menomazioni di grado pari o superiore al 16 per cento danno diritto all'erogazione di un'ulteriore quota di rendita per l'indennizzo delle conseguenze delle stesse, commisurata al grado della menomazione, alla retribuzione dell'assicurato e al coefficiente di cui all'apposita "tabella dei coefficienti", che costituiscono indici di determinazione della percentuale di retribuzione da prendere in riferimento per l'indennizzo delle conseguenze patrimoniali, in relazione alla categoria di attivita' lavorativa di appartenenza dell'assicurato e alla ricollocabilita' dello stesso. La retribuzione, determinata con le modalita' e i criteri previsti dal testo unico, viene moltiplicata per il coefficiente di cui alla "tabella dei coefficienti". La corrispondente quota di rendita, rapportata al grado di menomazione, e' liquidata con le modalita' e i criteri di cui all'articolo 74 del testo unico"

Si ritiene utile altresì riportare integralmente la Tabella dei Coefficienti di cui al D.M. 12.7.2000:

" **Tabella dei coefficienti da utilizzare per la determinazione della percentuale di retribuzione da prendere a base per l'indennizzo delle conseguenze della menomazione, ai sensi dell'articolo 13, comma 2, lettera b), del Decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38. Ai fini della presente Tabella si intende per categoria di attivita' lavorativa di appartenenza dell'assicurato il complesso delle attività adeguate al suo patrimonio bio-attitudinale-professionale (cultura eta', sesso, condizione psicofisica, esperienze lavorative, ecc.); si intende per ricollocabilità dell'assicurato la possibilita' che le residue capacita' psicofisiche siano utilizzabili per attività lavorative, anche mediante interventi di supporto e ricorso a servizi di sostegno.**

A - La menomazione non pregiudica gravemente né l'attività svolta né quelle della categoria di appartenenza.

Grado di menomazione da 16% a 20% Coefficiente: 0,4

Grado di menomazione da 21% a 25% Coefficiente: 0,5

B - La menomazione pregiudica gravemente o impedisce l'attivita' svolta, ma consente comunque altre attività della categoria di appartenenza anche mediante interventi di supporto e ricorso a servizi di sostegno.

Grado di menomazione da 26% a 35% Coefficiente: 0,6

Grado di menomazione da 36% a 50% Coefficiente: 0,7

C - La menomazione consente soltanto lo svolgimento di attività lavorative diverse da quella svolta e da quelle della categoria dì appartenenza, compatibili con le residue capacità psicofisiche anche mediante interventi dì supporto e ricorso a servizi di sostegno.

Grado di menomazione da 51% a 70% Coefficiente: 0,8

Grado di menomazione da 71% a 85% Coefficiente: 0,9

D - La menomazione impedisce qualunque attivita' lavorativa, o consente il reimpiego solo in attivita' che necessitano di intervento assistenziale permanente, continuativo e globale.

Grado di menomazione da 86% a 100% Coefficiente: 1

E' consentito, con motivato parere medico-legale, sia in sede di prima valutazione dei postumi che in sede di revisione, attribuire o confermare il coefficiente previsto per una fascia di grado superiore. " (la frase è stata riportata in carattere grassetto e con sottolineatura dal sottoscritto).

Si è rappresentato tutto il complesso problema: 1) Sia dello studio della correlazione causale della patologia del rachide in soggetto esposto a vibrazioni che è cosa molto più complessa che operare una cesura tra sussistenza o non sussistenza di rischio da vibrazioni meccaniche a tutto il corpo (con tropismo di organo riferito alla colonna vertebrale lombare e sacrale) con riferimento esclusivo ad affermazioni del Documento di Valutazione del Rischio da parte del Datore di Lavoro (e del Medico Competente) e a superamento oppure non superamento di Valori Limite. Quasi si trattasse di una operazione matematica dove in biologia si sa che non si ragiona solo in termini matematici. Ed al riguardo ogni qual volta un Medico Valutatore effettua un riconoscimento positivo circa l'*an* deve rimanere con il dubbio. La scienza è un'arte piena di dubbi. 2) Sia della valutazione del *quantum* dove anche va tenuto presente che le Tabelle Valutative sono un utile strumento di orientamento: appunto di orientamento per contenere la valutazione del Danno Biologico entro limiti consentiti dalla logica e dal buon senso ma da non applicare con la mentalità del contabile; 3) Sempre per rappresentare i complessi problemi di valutazione del Danno Biologico a carico di patologie del rachide si è rappresentata la panoramica completa dei Valori Percentuali previsti dal D.M. 12.7.2000. Giova

ricordare che la Medicina e le patologie che essa studia è scienza molte volte non schematizzabile per la innumerevole varietà delle infermità e che pertanto ancora una volta le Tabelle Valutative costituiscono una guida ma non danno mai il risultato definitivo preciso: una Guida utile ed un orientamento fondamentale certo per non effettuare " *valutazioni ardite* ". Poiché non tutte le innumerevoli situazioni patologiche possono essere previste in un barème, sia esso oppure no composto da voci numerose oppure no, la Medicina Legale ancora una volta prevede ***il criterio di valutazione medico – legale analogico comparativo*** che raggiunge due scopi che *si intersecano* vicendevolmente: 1) non penalizzare un paziente perché il suo caso specifico non è contemplato nella descrizione sintetica di un berème; 2) costituire un utile riferimento, una barriera da non superare, secondo un criterio di opportuna analogia con altre situazioni per evitare valutazioni *arbitrarie* quando non addirittura " *ardite* ".

E' bene ora riportare la definizione del ***criterio di valutazione medico – legale analogico comparativo*,** citando l'Autore che lo spiega con estrema chiarezza. Come ricorda Luigi Carlini nel Capitolo XVIII " Aspetti medico legali della tutela degli stati di invalidità, cecità e sordomutismo civili " nel volume primo del " Trattato di Medicina Legale e Scienze Affini " a cura di G. Giusti (Casa editrice CEDAM – Milano 1998), a proposito del D.M. 5.2.1992: " Omissis. Nei casi non oggetto di tabellazione, è previsto nella parte introduttiva (la prima) che l'utilizzo delle tabelle di riferimento sia effettuato alla luce dei criteri della metodologia medico legale corrente, specificando che per quanto riguarda le malattie invalidanti e le minorazioni non ricomprese in tabella la commissione accertante debba formulare la valutazione mediante il ricorso a criteri di mera analogia ed equivalenza con situazioni invalidanti oggetto di tabellazione, simili per rilevanza menomativa. In pratica il criterio analogico può essere così applicato (Zappaterra e Martini, 1994):

1) *criterio analogico diretto*: a) la tabella indica una infermità identica a quella accertata, ma in forma di diversa gravità; si procederà ad una valutazione proporzionale alla luce della maggiore o minore gravità del danno funzionale rilevato al valore di riferimento riportato in tabella; b) la tabella riporta una infermità identica a quella accertata, ma senza graduarne la gravità; in questo caso la valutazione della infermità accertata dovrà essere sempre effettuata per proporzione con quella tabellata, ma sarà più difficoltosa per la carenza in tabella del riferimento quantitativo;

2) *criterio analogico indiretto*: la tabella non riporta l'infermità accertata: si procederà individuando il sistema organo funzionale a cui appartiene l'infermità

accertata cercando di identificare nell'ambito di questo sistema una voce di pari gravità che risulti essere tabellata ".

Nel caso delle patologie della colonna vertebrale di cui ho parlato non è prevista la contemporanea sussistenza di artrosi vertebrale lombare associata ad ernia discale, come non è prevista la contemporanea sussistenza di artrosi della colonna vertebrale lombare associata a protrusioni discali. Pertanto, tenuto conto della situazione clinica del paziente, delle risultanze degli esami diagnostici strumentali complementari, delle risultanze delle visite specialistiche (neurologica ed ortopedica), in conclusione del quadro clinico complessivo, il Medico Valutatore potrà giovarsi, per addivenire ad una *valutazione più vicina alla realtà*, al riferimento dei Valori Percentuali Tabellari, da me sopra riportati, secondo il *criterio medico legale valutativo analogico comparativo.* E' capitato che un collega di parte durante una visita collegiale, poiché il paziente assicurato da lui rappresentato, aveva tre ernie discali della colonna lombo – sacrale, protruse, pretendeva che, essendo tabellata la singola ernia discale con il Valore percentuale del 12 % (Voce 213 del D.M. 12.7.2000), io gli attribuissi il Valore complessivo di 36%. Valore che corrisponde a quanto normato per una ernia discale moltiplicato 3. Ma se la Voce 204 prevede il Valore Percentuale del 25 % per l'anchilosi completa della colonna lombare, ci si rende conto che se da un lato è del tutto restrittivo ed irragionevole la valutazione di tre ernie discali lombari protruse con il 12 % (valore massimo consentito per una ernia discale) altrettanto irragionevole era ed è la valutazione richiesta dal collega medico di parte dell'assicurato. A questo punto si fa una semplice riflessione. Un lavoratore assicurato che, autista di camion per moltissimi anni, ha contratto tre ernie discali lombari – *ammettere qui la causa o concausa lavorativa appare del tutto ragionevole* - , è non più idoneo alla guida di camion. Anzicchè " *litigare* " in collegiale per ottenere un maggior punteggio di Danno Biologico che non può essere accordato se non violando la previsione normativa delle Tabelle Valutative del D.M. 12.7.2000, perché non fare ricorso alla Tabella dei Coefficienti del medesimo D.M. 12.7.2000, sopra per esteso riportata? Io non esagero ma non mi è mai capitato di verificare, eccetto che in un caso, ricorso per opposizione in collegiale medica da parte di assicurato che richiede la variazione del Coefficiente perché inidoneo alla mansione specifica a causa dell'infermità contratta per cause lavorative. Insomma la *" cultura della Tabella dei Coefficienti "* non è mai decollata anche in situazioni dove sarebbe ovvio. Si fa l'esempio esempio di un assicurato, di professione guardia giurata, che ha subito intervento chirurgico di

lobectomia del polmone, a causa di tumore polmonare professionale, che non può più, a seguito dell'evento tecnopatico, svolgere questa mansione ma è stato costretto a cambiare mansione con un livello di stipendio inferiore dove, o in sede di A.P. oppure di Revisione, oppure di opposizione medica, o di ricorso giudiziario, nessuno si è mai preoccupato di elevare il coefficiente della Tabella dei Coefficienti. Ancora una volta quindi un opportuno richiamo a tutelare i lavoratori più deboli ed indifesi anzicchè dare enfasi a patologie che definiamo con un termine improprio *micro- permanenti*, non della medesima rilevanza ed non di grande impatto sociale.

****

4. APPENDICE GIURISPRUDENZIALE CIRCA ALCUNI ASPETTI DELLA RESPONSABILITA' DEL CONSULENTE TECNICO DI UFFICIO EDEL MEDICO COMPETENTE - NOZIONE DI FALSO IDEOLOGICO:

Si propongono alla lettura alcune sentenze che riguardano: la responsabilità penale del Medico Competente in ambito di falso ideologico, l'importanza nella decisione del Magistrato anche della Consulenza Tecnica di Parte, il reato di falso ideologico commesso dal Medico, anche se con buona fede.

Le propongo tra la massa di Sentenze riguardanti la Responsabilità Medica sia per l'originalità di una di esse (l'importanza nella decisione del Magistrato anche della Consulenza Tecnica di Parte), sia perché le altre evidenziano come, seppure non con l'intenzione di commettere reato doloso e quindi, seppure senza che vi sia completo elemento soggettivo del reato, il Medico può incorrere in un comportamento davvero sanzionabile anche sul piano penale.

Perché proporre queste interessanti Sentenze della Corte di Cassazione in un Capitolo, o meglio in un Volume on line, dove si tratta dello studio delle Malattie Professionali ? Il perché è intuibile ove si pone l'attenzione sulla enorme massa di dati, in parte di indole amministrativa, in parte di indole tecnica nel suo significato più ampio (che contempla, per fare degli esempi, il Documento di Valutazione dei Rischi a cura del Datore di Lavoro, la Relazione Accertamento Rischi Professionali e Prevenzione dell'INAIL, etc), in parte di indole prettamente medica (esami strumentali, visite specialistiche, esame clinico diretto previa anamnesi), altri dati (anche riferimenti ad articoli scientifici ed indagini epidemiologiche). E' cosa

naturale che: 1) solo chi non lavora e che " *scarica* " il lavoro ad altri non commette errori; 2) che l'errore è umano; 3) che quindi anche il Medico Valutatore può in questo ambito qui trattato non commettere errori.

L'importante, sotto l'aspetto di tenersi lontani da una incriminazione di *fsalso ideologico*, valorizzare le proprie *capacità di autocritica* (diceva Socrate: io so di non sapere), qualità di grande intelligenza della persona, per porre riparo, durante tutte le fasi del riconoscimento di una malattia professionale, ad eventuali errori di valutazione del rischio, del nesso causale e, se del caso, del quantum. Una procedura che – senza che se ne abusi, per carità – è quella della Collegiale Medica, circostanza in cui il Medico Valutatore può rivedere le sue posizioni, sia circa l'*an* sia circa il *quantum* e, fallita anche questa fase, accettare il *riesame del caso*, anche ai fini di evitare un contenzioso che, alla luce di elementi concreti di previsione, sempre secondo elementi scientifici, normativi, giurisprudenziali, sarebbe tale da determinare una condanna per l'Istituto Previdenziale, con maggior onere di spesa e quindi addebito di interessi legali e spese di giudizio. Queste due fasi (*collegiale medica* e *riesame*) sono circostanze ottime in cui il Medico Valutatore può porre un rimedico – ammesso dalla normativa o meglio dalla consuetudine INAIL – ad eventuali errori senza andare incontro a rischi di natura giudiziaria, molto fastidiosi e dolorosi se coinvolgono la sfera penale.

LA RESPONSABILITA' PENALE DEL MEDICO COMPETENTE: FALSO IDEOLOGICO.

(Cassazione Penale Sentenza n. 12400/16 - Falsità documentale in atto pubblico del medico competente).

La Corte di Cassazione ha affermato che è configurabile il delitto di falsità materiale nella alterazione della data apposta sui referti degli elettrocardiogrammi e degli esami spirometrici relativi ai lavoratori sottoposti a visita medica. FATTO: Con sentenza pronunciata il 26.3.2015 la corte di appello di Palermo confermava la sentenza con cui il giudice per le indagini preliminari presso il tribunale di Agrigento, in data 25.9.2013, decidendo in sede di giudizio abbreviato, aveva condannato alle pene ritenute di giustizia C.C., in relazione ai reati di falsità materiale e di falsità ideologica commessi da pubblico ufficiale in atti pubblici, di cui al capo d'imputazione. Al C., in particolare, in qualità di medico del lavoro di una società cooperativa, si contesta di avere contraffatto, in concorso con il legale rappresentante della suddetta società, gli elettrocardiogrammi e l'esame spirometrico, atti facenti fede fino a querela di falso, di alcuni lavoratori,

sovrapponendo alla data originariamente apposta, attraverso l'uso del "bianchetto", quella dell'8 giugno del 2009, e, di conseguenza, le attestazioni di idoneità al lavoro in cui si attestava falsamente che i predetti lavoratori erano stati giudicati idonei alla mansione lavorativa di operaio ad essi assegnata in quella data, laddove, in realtà, le relative visite mediche erano state effettuate nel pomeriggio del giorno successivo, vale a dire il 9 giugno del 2009. DIRITTO: Il giudice di secondo grado, infatti, confermando la valutazione operata dal giudice del rito abbreviato, da un lato, ha correttamente ritenuto configurabile il delitto di falsità materiale nella alterazione della data apposta sui referti degli elettrocardiogrammi e degli esami spirometrici relativi ai lavoratori S., V. e Ve.; dall'altro, ha confermato la sentenza di primo grado, ritenendo la sussistenza del falso ideologico con riferimento alle attestazioni di idoneità al lavoro degli operai in precedenza indicati, pur riconoscendo la contraffazione di tali attestazioni nella parte in cui recano la data dell'8.6.2009, dimostrata dalla circostanza che esse non potevano risalire ad una data anteriore al 9.6.2009, "in cui sono stati effettuati gli accertamenti da cui è disceso il giudizio di idoneità" (cfr. p. 3 della sentenza oggetto di ricorso).Evidente, dunque, l'aporia interpretativa, che va sanata, tra l'avere riconosciuto, al tempo stesso, in relazione ai medesimi documenti (le attestazioni di idoneità al lavoro) l'avvenuta contraffazione e la sussistenza del falso ideologico. Si impone, pertanto, sul punto, un annullamento della sentenza impugnata, con rinvio ad altra sezione della corte di appello di Palermo per nuovo esame, da condurre alla luce dei principi di diritto in precedenza indicati; esame che, ovviamente, involgerà anche il profilo dell'elemento soggettivo del reato, che in tema di falsità documentale in atto pubblico, sia essa materiale o ideologica, si presenta come dolo generico, il quale, tuttavia, non può essere considerato in "re ipsa", in quanto deve essere rigorosamente provato, dovendosi escludere il reato quando risulti che il falso deriva da una semplice leggerezza ovvero da una negligenza dell'agente, poichè il sistema vigente non incrimina il falso documentale colposo).

Cassazione Penale Sez. 5 Sentenza Num. 12440 Anno 2016 Presidente: Maurizio Fumo Relatore: Alfredo Guardiano Data Pubblicazione: 23.3.16.

Omissis Ritenuto in fatto – Considerato in diritto 1. Con sentenza pronunciata il 26.3.2015 la corte di appello di Palermo confermava la sentenza con cui il giudice per le indagini preliminari presso il tribunale di Agrigento, in data 25.9.2013,

decidendo in sede di giudizio abbreviato, aveva condannato alle pene ritenute di giustizia C.C., in relazione ai reati di falsità materiale e di falsità ideologica commessi da pubblico ufficiale in atti pubblici, di cui al capo d'imputazione. Al C., in particolare, in qualità di medico del lavoro di una società cooperativa, si contesta di avere contraffatto, in concorso con il legale rappresentante della suddetta società, gli elettrocardiogrammi e l'esame spirometrico, atti facenti fede fino a querela di falso, di alcuni lavoratori, sovrapponendo alla data originariamente apposta, attraverso l'uso del "bianchetto", quella dell'8 giugno del 2009, e, di conseguenza, le attestazioni di idoneità al lavoro in cui si attestava falsamente che i predetti lavoratori erano stati giudicati idonei alla mansione lavorativa di operaio ad essi assegnata in quella data, laddove, in realtà, le relative visite mediche erano state effettuate nel pomeriggio del giorno successivo, vale a dire il 9 giugno del 2009. 2. Avverso tale sentenza, di cui chiede l'annullamento, ha proposto tempestivo ricorso per cassazione l'imputato, a mezzo del suo difensore di fiducia, avv. Giuseppe Lo Dico, del Foro di Agrigento, lamentando: 1) violazione di legge in relazione agli artt. 476 e 479 c.p. , con particolare riferimento alla mancanza del dolo, posto che, come spiegato dallo stesso C., lungi dall'agire allo scopo di favorire il B., titolare della società da cui dipendevano i lavoratori sottoposti a visita medica, l'imputato ha modificato la data innanzi indicata non con l'intenzione di alterare il documento e di formare un falso, ma solo allo scopo di ricondurre tutte le visite di cui si discute al momento in cui era effettivamente iniziato l'iter clinico, vale a dire al giorno 8.6.2009, quando i lavoratori erano stati convocati dallo stesso imputato, iter che si era, poi, concluso il successivo 9.6.2009, come dimostrato, tra l'altro, dalla circostanza che in tale ultima data il C. aveva visitato un altro lavoratore, convocato, a differenza dei precedenti, in quel giorno, cui aveva rilasciato tutta la certificazione con la data del 9.6.2009; 2) violazione di legge in ordine al ritenuto concorso tra gli artt. 479 e 476 c.p. , nel caso in esame non configurabile, in quanto la falsa attestazione della data di formazione degli elettrocardiogrammi e degli esami spirometrici dei lavoratori V., S. e Ve., non ha veste autonoma rispetto all'alterazione dei suddetti documenti, attenendo la falsità consistente nell'alterazione della data, alla essenza materiale del documento e non al suo contenuto ideale. 3. Il ricorso è fondato e va, pertanto, accolto, con riferimento al secondo motivo di impugnazione, che assorbe in sé ogni ulteriore censura, sia pure con le precisazioni che seguiranno. 4. Ed invero, come chiarito da tempo dall'orientamento dominante nella giurisprudenza di legittimità, nell'affrontare il tema del concorso formale tra falso ideologico e falso materiale, nel caso in cui la

falsità concerne lo stesso documento, non può ricorrere il reato di falso ideologico, in quanto, trattandosi di documento alterato o contraffatto, non è possibile che esso sia anche idoneo ad ingannare i terzi in ordine al suo contenuto di veridicità, essendo, per l'appunto, irrilevante se sia veridico o meno un atto materialmente falso. Può, dunque, affermarsi, che integra soltanto il delitto di falsità materiale di cui all' art. 476 c.p , e non anche la "falsità ideologica" punita dall'art. 479 c.p. , la falsa rappresentazione della realtà mediante l'alterazione di un documento pubblico, giacché in tal caso la falsità consiste nella alterazione della "genuinità" del documento, come, ad esempio, nel caso di formazione di un verbale attestante l'espletamento di una riunione non svolta (cfr. Cass., sez. 5^, 21/12/2005, n. 14292, rv 234580; Cass., sez. 5^, 22/4/1997, n. 5495, rv. 208015; Cass., sez. 5^, 27/9/2005, n. 38083, rv. 233076). Orbene tale profilo non è stato minimamente preso in considerazione dalla corte territoriale. Il giudice di secondo grado, infatti, confermando la valutazione operata dal giudice del rito abbreviato, da un lato, ha correttamente ritenuto configurabile il delitto di falsità materiale nella alterazione della data apposta sui referti degli elettrocardiogrammi e degli esami spirometrici relativi ai lavoratori S., V. e Ve.; dall'altro, ha confermato la sentenza di primo grado, ritenendo la sussistenza del falso ideologico con riferimento alle attestazioni di idoneità al lavoro degli operai in precedenza indicati, pur riconoscendo la contraffazione di tali attestazioni nella parte in cui recano la data dell'8.6.2009, dimostrata dalla circostanza che esse non potevano risalire ad una data anteriore al 9.6.2009, "in cui sono stati effettuati gli accertamenti da cui è disceso il giudizio di idoneità" (cfr. p. 3 della sentenza oggetto di ricorso). Evidente, dunque, l'aporia interpretativa, che va sanata, tra l'avere riconosciuto, al tempo stesso, in relazione ai medesimi documenti (le attestazioni di idoneità al lavoro) l'avvenuta contraffazione e la sussistenza del falso ideologico. Si impone, pertanto, sul punto, un annullamento della sentenza impugnata, con rinvio ad altra sezione della corte di appello di Palermo per nuovo esame, da condurre alla luce dei principi di diritto in precedenza indicati; esame che, ovviamente, involgerà anche il profilo dell'elemento soggettivo del reato, che in tema di falsità documentale in atto pubblico, sia essa materiale o ideologica, si presenta come dolo generico, il quale, tuttavia, non può essere considerato in "re ipsa", in quanto deve essere rigorosamente provato, dovendosi escludere il reato quando risulti che il falso deriva da una semplice leggerezza ovvero da una negligenza dell'agente, poichè il sistema vigente non incrimina il falso documentale colposo (cfr., ex plurimis Cass., sez. 3^, 14/5/2015, n.

30862, rv. 264328). P.Q.M. Annulla la sentenza impugnata con rinvio per nuovo esame ad altra sezio della Corte di Appello di Palermo.

P.Q.M.

Annulla la sentenza impugnata con rinvio per nuovo esame ad altra sezione della Corte di Appello di Palermo.

****

Si ritiene molto utile riportare qui un recente articolo del 21.9.2017 nella sua versione integrale al fine di non alterarne il contenuto di una esperta in ambito di Falso Ideologico, Alessandra Concas, desunto dal web sul sito Diritto.it

"Il falso ideologico è la menzogna contenuta in un documento. La falsità è ideologica perché cade sulle attestazioni dell'autore, sul contenuto del documento che. non risultando né contraffatto, né alterato, reca dichiarazioni menzognere. In questa ipotesi si può parlare di non veridicità dell'atto. Secondo alcune fonti, il falso ideologico si distingue nettamente dal falso materiale che si risolve nella contraffazione o nell'alterazione documentale, cioè nella creazione di un documento da parte di colui che non ne è l'autore o nella modifica del documento originale redatto da chi appare autore. In questa ipotesi si può parlare di non genuinità dell'atto. La distinzione ha un rilievo soprattutto pratico, ammesso che le falsità materiali sono sempre punibili se siano giuridicamente rilevanti. Le falsità ideologiche per essere perseguibili, oltre alla rilevanza giuridica, richiedono anche che l'autore del falso sia venuto meno all'obbligo giuridico di attestare o fare risultare il vero. Il codice penale punisce il falso ideologico del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio realizzato in atto pubblico ma sanziona anche il privato che realizza la falsità dell'atto.

Il legislatore si è occupato della falsità ideologica se sia relativa al contenuto di un atto della sfera dell'attività pubblica. Al contrario, se si escludono le previsioni delle quali agli articoli 481 e 484 del codice penale, il falso in scrittura privata non è punito, non sussistendo nessun obbligo in capo al privato di redigere atti veritieri. Se il falso ideologico si risolve nella rappresentazione o narrazione di un fatto non veritiero, è prospettabile esclusivamente per gli atti a contenuto descrittivo o narrativo, non rispetto agli atti che contengano deliberazioni o statuizioni oppure l'espressione di un giudizio o di un parere.

Nel caso di un concorso pubblico, la falsità ideologica può essere consumata anche con un'attestazione incompleta, perché priva dell'informazione su un determinato fatto, ogni volta che il contenuto espositivo dell'atto sia tale da fare assumere all'omissione dell'informazione, relativa a un determinato fatto, il significato di negazione della sua esistenza ovvero attribuisca al tenore dell'atto un senso diverso, così che l'enunciato descrittivo venga ad assumere nel suo complesso un significato contrario al vero. A nulla rilevando il fatto dello svolgimento delle mansioni proprie del suo ufficio, commette il reato di falso ideologico il pubblico dipendente che, in concorso o inducendo in errore i soggetti ai quali la pubblica amministrazione ha affidato la funzione di attestare l'orario di lavoro dei dipendenti, dichiara falsamente la propria presenza sul posto di lavoro. Non integra il delitto di falso ideologico commesso dal privato in atto pubblico la condotta di colui che, fermato dalla Polizia alla guida della propria auto, dichiari falsamente di essere in possesso di patente di guida e di averla dimenticata a casa, non sussistendo, in tal caso, l'obbligo

del privato di dire la verità, posto che il verbale della polizia, contenente le dichiarazioni del privato, non è destinato ad attestare la verità dei fatti dichiarati e il reato in questione è ravvisabili quando l'atto pubblico, nel quale sia trasfusa la dichiarazione del privato, sia destinato a provare la verità dei fatti attestati.

In relazione ai soggetti attivi, il falso ideologico punito dall'articolo 479 del codice penale, si presenta come reato proprio, perché il soggetto attivo può essere esclusivamente un pubblico ufficiale. In ragione dell'articolo 493 del codice penale, la norma è applicabile anche agli atti compiuti dal pubblico impiegato incaricato di un pubblico servizio dello Stato o di un altro Ente Pubblico, in relazione agli atti che essi redigono nell'esercizio delle loro attribuzioni. L'elemento caratterizzante della qualità di pubblico ufficiale è quello dell'esistenza del potere pubblico autoritativo in senso lato, del quale fa parte anche il potere certificativo, l'esistenza del quale non necessariamente deve essere prevista in modo esplicito, potendo risultare dalla natura dell'atto posto in essere, in relazione ai fini dello stesso. L'elemento psicologico del reato in questione è costituito dal dolo generico, cioè dalla coscienza e dalla volontà di attestare falsamente qualcosa in un atto pubblico (ex art. 2699 c.c.). Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 2699 del codice civile "l'atto pubblico è il documento redatto, con le richieste formalità da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato". Oltre al fatto che "l'atto pubblico, fa piena prova, sino a querela di falso, della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha formato, nonché delle dichiarazioni delle parti e degli altri fatti che il pubblico ufficiale attesta avvenuti in sua presenza o da lui compiuti". L'efficacia probatoria dell'atto pubblico, nella parte nella quale fa fede sino a querela di falso, a norma dell'articolo 2700 codice civile, è limitata alla provenienza del documento dal pubblico ufficiale che l'ha formato, nonché ai fatti che il pubblico ufficiale attesta essere accaduti alla sua presenza o essere da lui compiuti. In relazione agli atti pubblici stranieri, possono utilmente beneficiare della tutela prevista per i dpcumenti pubblici se siano state correttamente osservate le norme che disciplinano il procedimento per assegnare loro un'efficacia giuridica all'interno del territorio nazionale italiano Nel reato in commento (così come gli altri reati di falso) non è sufficiente ai fini del dolo la semplice coscienza dell' "immutatio veri", ma è necessario anche il convincimento del reo di agire in contrasto, in opposizione con le sostanziali esigenze dell'ordinamento giuridico. L'elemento della colpa viene subito eliminato dalla considerazione soggettiva di queste fattispecie incriminatrici. Il dolo ricorre quando l'evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell'azione o dell'omissione e dal quale la legge fa dipendere l'esistenza del delitto, è dall'agente previsto e voluto come conseguenza della propria azione o omissione (ex art. 43 c.p.). L'illecito in questione viene punito a titolo di dolo generico, ritenendosi sufficiente la coscienza e la volontà della immutatio veri, senza che occorra un animus nocendi vel decipiendi (tradotto dal latino: una intenzione di nuocere o ingannare).

Il dolo nei delitti di falso in atto pubblico non è "in re ipsa". Al contrario, deve essere sempre rigorosamente provato e va escluso quando la falsità risulti essere oltre o contro l'intenzione del soggetto agente. Il dolo deve essere riscontrato, perché volere la falsità non significa agire con dolo potendo l'imputato avere agito con la persuasione di compiere cosa lecita. Assume un rilievo, a volte decisivo, ai fini della prova, l'eventuale scopo perseguito o meno dall'agente, di modo che l'indagine riservata al giudice di merito esige che ogni singolo caso sia inquadrato e valutato nella cornice di circostanze concomitanti e parallele.

Gli esempi e le ipotesi di falsità ideologica commessi dal pubblico ufficiale in atti pubblici possono essere innumerevoli. In tema di falso documentale, si deve intendere la falsità che si riveli in concreto inidonea a ledere l'interesse tutelato dalla genuinità del documento, cioè che non abbia la capacità di conseguire uno scopo antigiuridico. https://www.diritto.it/reato-falso-ideologico/

Pertanto è sempre valido quanto il Maestro della Medicina Legale di Scuola romana Cesare Gerin ha scritto nel suo Trattato di Medicina Legale e delle Assicurazioni (Edizioni Schirru. Roma. 19876) circa il fatto che quanto scrive il Medico Legale – e per estensione io interpreto anche il Medico del Lavoro e più in generale il Medico - nel redigere atti medici debba sempre avere un riferimento sia a fatti reali e ben documentati sia alla biologia. Solo così la Medicina Legale e scienze affini conservano il carattere di *scienza reale* e non di *scienza del tutto possibile*, che poi non è affatto scienza ed è di nessuna utilità e produce solo effetti deleteri nel creare confusione ed allontanamento dalla verità. Circa il tema trattato, anche se privo dell'elemento soggettivo del reato e quindi da non configurare reato doloso di falso ideologico, gestire con estrema superficialità uno scritto, una relazione, insomma qualsiasi atto medico scritto configura una non buona professionalità ed è aggravata se chi ha compiuto un atto non rielabori *senza però cancellare in modo non discernibile quanto già redatto*, ove nella disamina di tutta una sequenza di atti deve sempre essere rintracciabile un errore o una imprecisione. Che anzi proprio chi riconosce un proprio errore, commesso in buona fede e non con l'intenzione di recare un danno al prossimo emettendo scritti errati o imprecisi, non camuffando l'errore e correggendo in modo chiaro le proprie posizioni, merita tutto il plauso ed il rispetto del consesso dei Colleghi. In quanto la frase *solo chi non lavora non sbaglia mai* è generalmente ritenuta valida da tutti i lavoratori. Certamente – *e si fanno solo degli esempi ipotetici* - non è un semplice errore se dalla Cartella Sanitaria di un lavoratore scompare un foglio (*ed i fogli della Cartella Clinica devono essere progressivamente numerati)* dove sono rappresentate delle valutazioni cliniche la cui scomparsa danneggia il lavoratore. Come non è un semplice errore in caso di intossicazione collettiva contenere la prognosi entro tre giorni con la conseguenza che sulla questione non possa intervenire l'INAIL, poiché i primi tre giorni di assenza dal lavoro sono in franchigia e vengono retribuiti dal Datore di Lavoro. Non è un errore da poco non fare opportunamente Referto all'Autorità Giudiziaria in situazioni che certamente lo richiedono prendendosi arbitrariamente l'onere, *che nessuno legittimamente può richiedere ad un Medico*, di occultare le conseguenze di un evento lesivo. Se questi errori sono commessi dal Medico Competente io ritengo ancora una volta che il " *peccato originale* " risiede nello stato giuridico del Medico Competente che non lo rende pienamente autonomo sul piano professionale, che talora potrebbe essere costretto a *barcamenarsi*. Al riguardo si spera che il Legislatore tragga tesoro di alcune *anomalie* e si adoperi per attribuire *in concreto* e non *in teoria* piena

autonomia professionale alla figura del Medico Competente che, per come è inquadrato attualmente secondo la normativa, non rappresenta nel modo più assoluto figura dotata di caratteri di *terziari età*. Sul tema una inversione di 360 gradi poi, senza alcun dubbio, offrirebbe al Medico Competente una maggiore garanzia di non andare incontro a denuncie per colpa professionale. Un fatto veramente inspiegabile è come chi ha suggerito il testo del D.vo n. 626 del 1994 e n. 81 del 2008 non si sia posto a questo riguardo alcun problema.

VALORE DELLA CONSULENZA TECNICA DI PARTE NEL GIUDIZIO:

Corte di Cassazione, sez. III Civile, sentenza 18 marzo – 18 settembre 2015, n. 18303

Abstract:

La pretesa del ricorrente di svalutare tale atto solo perché "di parte" è priva di prego, atteso che già in epoca remota questa Corte ha avuto modo di affermare che "Le eventuali relazioni del consulente tecnico di parte, presentate a confutazione dell'accertamento tecnico di ufficio, costituiscono, al pari delle perizie stragiudiziali, una semplice difesa tecnica che può essere presentata come atto difensivo autonomo oppure essere contenuta negli scritti difensivi della parte; nell'uno e nell'altro caso esse non costituiscono mezzi di prova, ma possono essere utilizzate dal giudice per ricavarne elementi di giudizio ed anche per formare il proprio convincimento, qualora le ritenga fondate." (Cass. n. 724 del 1973). La ragione giustificativa di tale utilizzo risiede nella circostanza che quando il giudice di merito fa proprie le valutazioni del ct. di parte lo fa nell'esercizio del suo potere di prudente apprezzamento dei fatti e nella specie dei fatti tecnici esposti nella c.t.p., che come veicolo che le contiene è un documento.

Presidente Petti – Relatore Frasca Svolgimento del processo §1. A.M. nell'ottobre del 1991 conveniva in giudizio, dinanzi al Tribunale di Messina, il Ministero dell'Interno per ottenere il risarcimento dei danni sofferti durante il servizio in qualità di agente della Polizia di Stato presso il Distaccamento di Polizia Stradale di Termini Imerese, allorché aveva contratto, a suo dire a causa della presenza del batterio "ameba a vita libera" nelle tubazioni e nei serbatoi della caserma in cui prestava il servizio, una gravissima infermità, la "meningomielite protozoaria da

ameba del gruppo limax", per la quale la Commissione Medica Ospedaliera di Messina aveva riconosciuto la sua invalidità permanente assoluta al servizio di istituto con giudizio di invalidità totale. Nella costituzione dell'Amministrazione convenuta, che contestava la fondatezza della domanda, la causa veniva istruita con l'assunzione di prove testimoniali e l'espletamento di una c.t.u. All'esito, il Tribunale, con sentenza del gennaio 2001, riconosciuta la responsabilità del Ministero, lo condannava al risarcimento nella misura di allora L. 1.589.593.480. §2. La sentenza veniva appellata in via principale dal Ministero e in via incidentale dall'A. e la Corte d'Appello di Messina, dopo l'espletamento di altra c.t.u. contabile, rigettava entrambi gli appelli con sentenza del 3 novembre 2011. §3. Contro questa sentenza il Ministero dell'Interno ha proposto ricorso per cassazione affidato a due motivi. L'A. ha resistito con controricorso. Motivi della decisione §1. Il controricorso è inammissibile, in quanto vi si dice che si agisce in forza di procura rilasciata in calce alla copia notificata del ricorso. Ora, è principio di diritto consolidato che "Nel giudizio di legittimità, la procura rilasciata dal controricorrente in calce o a margine della copia notificata del ricorso, anziché in calce al controricorso medesimo, non è idonea per la valida proposizione di quest'ultimo, né per la formulazione di memorie, in quanto non dimostra l'avvenuto conferimento del mandato anteriormente o contemporaneamente alla notificazione dell'atto di resistenza, ma è idonea ai soli fini della costituzione in giudizio del controricorrente e della partecipazione del difensore alla discussione orale, non potendo a tali fini configurarsi incertezza circa l'anteriorità del conferimento del mandato stesso". (Cass. sez. un. n. 13431 del 2014). Ne segue che il difensore dell'intimato non avrebbe nemmeno potuto essere ammesso a discutere in udienza, dove, peraltro, egli non è comparso. §2. Con il primo motivo si denuncia "insufficiente e illogica motivazione su un fatto controverso e decisivo per il giudizio, ex art. 360, n. 5 c.p.c.". Il motivo dichiara di assumere come oggetto di critica la motivazione della sentenza impugnata quanto al nesso eziologico tra malattia contratta dall'A. e derivazione di essa dall'acqua dei depositi e delle condotte idriche della caserma in cui il medesimo prestava servizio. Sostiene, quindi, nella premessa d'esordio che la motivazione de qua si mostrerebbe "assolutamente deficitaria in punto motivazionale, laddove l'iter argomentativo seguito dai giudici si pone in netto contrasto con l'effettivo valore degli aspetti presi in considerazione, in base all'applicazione di elementari principi di logica induttiva, la cui semplice applicazione avrebbe dovuto condurre a risultati opposti a quelli raggiunti dalla sentenza medesima.". §2.1. Senonché, la successiva struttura argomentativa dell'illustrazione

si articola come segue: a) si allude allo specifico motivo di appello avanzato sulla questione, assumendosi che in esso si era dedotto che il Tribunale di Messina si era appiattito sulla c.t.u di primo grado, eseguita dal dott. C. , il quale, per le scarse competenze in materia infettivologica ed epidemiologica non aveva condotto esami rivolti al raggiungimento di un proprio convincimento, ma si era basato sulle risultanze degli accertamenti del Prof. I. , travisandole: senonché: a1) dell'atto di appello, tuttavia, non si riproduce il tenore e nemmeno, se si volessero intendere i sommari riferimenti come riproduzione indiretta, si dice in quale parte dell'atto troverebbero corrispondenza; a2) inoltre nemmeno si indica se e dove l'atto di appello sarebbe stato prodotto i questo giudizio di legittimità, al fine di poter esser esaminato, e neppure si dice che non lo si è prodotto – siccome imponeva l'art. 369, secondo comma, n. 4 c.p.c. – perché si è inteso fare riferimento alla sua presenza nel fascicolo d'ufficio del giudice d'appello, come ammette, esigendo, però, tale indicazione, Cass. sez. un. n. 22726 del 2011; a3) ne segue la violazione dell'art. 366 n. 6 c.p.c.; b) di seguito, premettendo che lo "si era detto in appello" e lo si era ribadito con la prima e seconda conclusionale, si riproduce il contenuto della seconda conclusionale, dalla pagina 4 sino al quintultimo rigo della pagina 8 ed in essa si fa riferimento sia alla c.t.u. del dottor C. , sia a quella agli accertamenti, non meglio identificati, del prof. I. : in disparte che in tal modo si impone a questa Corte l'integrale lettura di un atto di parte con abdicazione all'onere di riassumerne il contenuto ed argomentare sui suoi punti che dovrebbe contraddistinguere un motivo di ricorso per cassazione, sicché è come se – non riproducendolo – si fosse invitato la Corte a leggere l'atto, si rileva che sia riguardo alla c.t.u., sia riguardo agli accertamenti I. si omette l'indicazione specifica del se e dove l'uno e l'altro atto sarebbero stati prodotti e sarebbero esaminabili in questo giudizio di legittimità, con conseguente violazione dell'art. 366 n. 6 c.p.c.; c) si evocano, poi, sempre senza rispetto dell'art. 366 n.6 c.p.c., i detti accertamenti I. , riportandone un rigo che sarebbe presente nella sua pagina 7 e quindi, si dice che la sentenza della Corte territoriale avrebbe confermato la decisione di primo grado, "la quale si era basata sulle conclusioni della relazione C. ", ma, immediatamente di seguito si dice che avrebbe rigettato "il motivo di appello" assumendo che la sentenza di prime cure si sarebbe fondata non solo sulla detta relazione, ma anche su altri elementi e, quindi, si riproduce dalle ultime quattro righe della pagina 9 sino al terzultimo rigo della pagina 12 un brano della motivazione della sentenza impugnata; d) di seguito si dichiara che "la cattiva gestione del materiale probatorio da parte della Corte d'Appello in punto di deficienza logica nella inferenza del valore accertativo dei

singoli elementi, va colto ponendosi oltre quella che può sembrare, al contrario, un'attenzione da parte del giudicante – in un giudizio in cui si appalesano decisive risultanze tecniche di alta specializzazione, affidabili alla competenza di ausiliari competenti del ramo -nel fornire ulteriori elementi che confermerebbero la bontà di quelle risultanze provenienti dalla consulenza tecnica d'ufficio; e) si dice, quindi, che "infatti, nel caso che ci occupa, da una parte abbiamo una (inequivocabilmente contraddittoria) c.t.u. e, dall'altra, gli ulteriori elementi a conferma, enucleati dalla lett. a) alla lett. d) dell'estratto della sentenza su riportato e, di seguito, si prendono in considerazione singolarmente tali elementi – appunto tratti dalla parte di motivazione riportata – nei termini seguenti: e1) quanto all'elemento che nella riportata motivazione risulta indicato sub lett. a) ("accertata e non contestata presenza di numerose amebe dello stesso gruppo limax nell'acqua dei mal tenuti e vetusti serbatoi del Distaccamento Polstrada di termini Imerese dove l'attore era il solo militare accasermato" si evocano nuovamente gli accertamenti I. , sempre con violazione dell'art. 366 n. 6 c.p.c., ed inoltre si deduce che a torto la Corte territoriale avrebbe affermato che non vi era stata contestazione, ma, in tal modo si prospetta un vizio di natura revocatoria, come tale estraneo all'ambito del vizio ai sensi del n. 5 dell'art. 360 c.p.c. nel testo applicabile al ricorso; e2) a proposito dell'argomento della lettera b) (che nella motivazione è del tutto genericamente indicato "conclusioni del ct. di parte", ma assumendosi che le avrebbe considerate il primo giudice), si dice genericamente che la Corte territoriale avrebbe basato il proprio convincimento su valutazioni contenute in un atto di parte, ma nulla si precisa sul contenuto di detto atto; e3) a proposito dell'elemento indicato dalla motivazione della sentenza impugnata sub c) si fa riferimento ad "un abbaglio" che avrebbe preso la Corte mamertina nel considerare un verbale della C.M.O. del 22 ottobre 1990 e di esso si riproduce la parte che lo evidenzierebbe, ma ci si astiene dall'indicare se e dove l'atto sia stato prodotto in questo giudizio di legittimità, con conseguente inosservanza dell'art. 366 n. 6 c.p.c.; e4) a proposito dell'elemento sub d), in fine, si evocano nuovamente documenti, una perizia del 4 gennaio 1995 della Commissione medico-legale, il già citato parere ed altro parere del C.P.P.O. del 24 giugno 1991, ma ancora una volta – salvo quanto si dirà a proposito della perizia del 4 gennaio 1995 -senza indicare se e dove essi siano stati prodotti e siano esaminabili in questo giudizio di cassazione, di modo che è ancora violato l'art. 366 n. 6 c.p.c; e5) sempre a proposito dell'elemento sub d) la perizia-parere del 4 gennaio 1995 la si dice trascritta nel decreto del 27 giugno 1995, con cui venne attribuito all'A. l'equo indennizzo e, dalla pagina 16 alla 20 si riporta tale documento. f) dopo la

riproduzione del detto documento si assume ce i dubbi che erano stati palesati nel documento riprodotto no avrebbero potuto essere “agilmente oltrepassati” dalla sentenza di appello e si assume che invece la Corte di Messina avrebbe finito per intendere il riconoscimento dell’indennizzo quasi come un riconoscimento della pretesa risarcitoria ai sensi dell’art. 2043 c.c., mentre le motivazioni che nel procedimento amministrativo possono spingere gli organi tecnici dell’amministrazione ad esprimersi positivamente sulla causa di servizio sarebbero espressione di una natura tecnico-discrezionale. §2.2. A questo punto, nella pagina 22, sull’asserto che la svolta attività illustrativa avrebbe fato venire meno gli elementi sui quali avrebbe fatto leva la Corte territoriale in aggiunta alla c.t.u. C. , si sostiene che solo su di essa poggerebbe il risarcimento riconosciuto all’A. e, quindi, in asserita osservanza del principio di autosufficienza si riproduce il testo di detta relazione dalla pagina 23 alla pagina 29. Di seguito si ribadisce l’incompetenza specifica del redattore e, quindi, si torna a prospettare che il c.t.u. si sarebbe avvalso della sola relazione I. , “rivoltandone, però, completamente gli esiti e giungendo, senza alcuna propria originale osservazione motivatoria, a dar per sussistente quel nesso eziologico che lo I. aveva escluso”. Senonché, nessuna indicazione del se e dove la relazione I. sarebbe stata prodotta e sarebbe esaminabile in questa sede si fa e, pertanto, risulta ancora una volta inosservato l’art. 366 n. 6, il che non mette in grado questa Corte di verificare le allegazioni dell’argomentazione svolta che si chiude alla pagina 33 discettando proprio sulle pretese implicazioni di detta relazione e prospettando che semmai la Corte dello Stretto avrebbe dovuto far luogo a rinnovazione della c.t.u.. §2.3. Il motivo – i passaggi della cui lunga illustrazione si sono riassunti -non solo, là dove non rispetta l’art. 366 n. 6 c.p.c. (sulla cui esegesi si rinvia alle già remote Cass. (ord.) n. 22303 del 2008 e Cass. sez. un. n. 20547, nonché alla successiva Cass. sez. un. n. 7161 del 2010, oltre che a Cass. sez. un. n. 22726 del 2011, già citate; e ancora a Cass. n. 7455 del 2013, fra tante) si presenta per ciò solo inammissibile (e l’inammissibilità sussiste in via decisiva ed assorbente quanto al so fondarsi sulla relazione I.), ma, inoltre, per la sua oggettiva struttura, presenta ulteriori ragioni di palese inammissibilità e precisamente le seguenti: aa) omette di individuare espressis verbis, chiamandolo come tali, il fatto controverso o i fatti controversi riguardo ai quali sollecita il controllo della motivazione ed infatti nel suo esordio dice di volersi riferire ad una questione, quella del nesso causale e nel dipanarsi dell’esposizione nemmeno usa quella terminologia, il che disvela che in realtà esso non ha la struttura del motivo ai sensi del n. 5 dell’art. 360 nella versione introdotta dal d.lgs. n. 40 del 2006, ma si risolve nella

postulazione di una nuova valutazione dei fatti, estranea alla logica del controllo della Corte di cassazione sulla motivazione secondo quel paradigma; bb) ripercorre tutta l'ampia motivazione della Corte territoriale sul punto del nesso causale in modo atomistico, così sollecitando questa Corte a fornire un nuovo giudizio sulle complessive risultanze istruttorie, del tutto al di fuori della logica del detto n. 5 dell'art. 360 c.p.c.; cc) lungi dall'evidenziare – sebbene senza consentire di riscontrarle per le rilevate inosservanze dell'art. 366 n. 6 c.p.c. – vizi della motivazione su fatti "decisivi" ed aventi carattere "decisivo", si articola solo nella prospettazione di possibili spiegazioni alternative circa l'origine della malattia dell'A. . Con riferimento a quanto osservato sub cc) si rileva che il paradigma dell'art. 360 n. 5 vigente prima del d.lgs. n. 40 del 2006, quello che correlava il vizio motivazionale ad un punto decisivo della controversia, era stato spiegato, quanto al significato della decisività, nei seguenti termini: "La nozione di punto decisivo della controversia, di cui al n. 5 dell'art. 360 cod. proc. civ., sotto un primo aspetto si correla al fatto sulla cui ricostruzione il vizio di motivazione avrebbe inciso ed implica che il vizio deve avere inciso sulla ricostruzione di un fatto che ha determinato il giudice all'individuazione della disciplina giuridica applicabile alla fattispecie oggetto del giudizio di merito e, quindi, di un fatto costitutivo, modificativo, impeditivo od estintivo del diritto. Sotto un secondo aspetto, la nozione di decisività concerne non il fatto sulla cui ricostruzione il vizio stesso ha inciso, bensì la stessa idoneità del vizio denunciato, ove riconosciuto, a determinarne una diversa ricostruzione e, dunque, asserisce al nesso di casualità fra il vizio della motivazione e la decisione, essendo, peraltro, necessario che il vizio, una volta riconosciuto esistente, sia tale che, se non fosse stato compiuto, si sarebbe avuta una ricostruzione del fatto diversa da quella accolta dal giudice del merito e non già la sola possibilità o probabilità di essa. Infatti, se il vizio di motivazione per omessa considerazione di punto decisivo fosse configurabile sol per il fatto che la circostanza di cui il giudice del merito ha omesso la considerazione, ove esaminata, avrebbe reso soltanto possibile o probabile una ricostruzione del fatto diversa da quella adottata dal giudice del merito, oppure se il vizio di motivazione per insufficienza o contraddittorietà fosse configurabile sol perché su uno specifico fatto appaia esistente una motivazione logicamente insufficiente o contraddittoria, senza che rilevi se la decisione possa reggersi, in base al suo residuo argomentare, il ricorso per cassazione ai sensi del n. 5 dell'art. 360 si risolverebbe nell'investire la Corte di Cassazione del controllo sic et sempliciter dell'iter logico della motivazione, del tutto svincolato dalla funzionalità rispetto ad un esito della

ricostruzione del fatto idoneo a dare luogo ad una soluzione della controversia diversa da quella avutasi nella fase di merito." (così Cass. n. 22979 del 2004, seguita da numerose conformi). L'esegesi del riferimento al duplice significato del carattere decisivo del vizio motivazionale in ordine al fatto controverso, con riferimento al paradigma dell'art. 360 n. 5, una volta sostituito al "punto" il "fatto controverso", era rimasta immutata, come aveva sottolineato Cass. (ord.) n. 16002 del 2007, sebbene essa ne avesse tratto conferma anche dall'introduzione della norma dell'art. 366-bis c.p.c., norma che è stata eliminata dalla l. n. 69 del 2009 e che era stata individuata come allusiva proprio al secondo dei caratteri della decisività. L'eliminazione della norma dell'art. 366-bis, peraltro, non esclude che comunque il concetto di decisività del paradigma evocativo del fatto controverso sia rimasto in ogni caso quello duplice di cui al principio di diritto sopra riportato. Ebbene, la prospettazione del motivo in esame, se esso non fosse inammissibile per le altre due ragioni indicate, impingerebbe in inammissibilità comunque perché sulle varie circostanza che passa in rassegna, ivi compresi gli elementi (a-d) della parte di motivazione trascritta come sugli altri, propone solo spiegazioni alternative di grado meramente possibilistico del loro modo di essere. §2.4. Si deve, in fine aggiungere che là dove la motivazione della sentenza impugnata ha fatto leva sulla c.t.p. P. , la pretesa del ricorrente di svalutare tale atto solo perché "di parte" è priva di prego, atteso che già in epoca remota questa Corte ha avuto modo di affermare che "Le eventuali relazioni del consulente tecnico di parte, presentate a confutazione dell'accertamento tecnico di ufficio, costituiscono, al pari delle perizie stragiudiziali, una semplice difesa tecnica che può essere presentata come atto difensivo autonomo oppure essere contenuta negli scritti difensivi della parte; nell'uno e nell'altro caso esse non costituiscono mezzi di prova, ma possono essere utilizzate dal giudice per ricavarne elementi di giudizio ed anche per formare il proprio convincimento, qualora le ritenga fondate." (Cass. n. 724 del 1973). La ragione giustificativa di tale utilizzo risiede nella circostanza che quando il giudice di merito fa proprie le valutazioni del ct. di parte lo fa nell'esercizio del suo potere di prudente apprezzamento dei fatti e nella specie dei fatti tecnici esposti nella c.t.p., che come veicolo che le contiene è un documento. Ne segue che, qualora il giudice di merito faccia proprie le considerazioni del c.t.p. di parte, chi impugna la decisione con cui il giudice abbia valorizzato tali considerazioni non se ne può disinteressare semplicemente assumendo che il giudice di merito non le poteva utilizzare per la loro provenienza, ma è tenuto a criticare la motivazione della decisione impugnata perché essa ha fatto eventualmente cattivo esercizio del potere di cui all'art. 116

c.p.c. oppure dei criteri logici corrispondenti alle massime di comune esperienza, avuto riguardo alle complessive risultanze probatorie. Il principio di diritto che viene in rilievo è il seguente: “le risultanze di una consulenza tecnica di parte, in quanto consacrate in un documento introdotto nel processo e nel quale il c.t.p. ha espresso le sue valutazioni tecniche e, dunque, ha fornito la rappresentazione di fatti tecnici, possono essere apprezzate dal giudice di merito ai sensi dell’art. 116 c.p.c.. Ne segue che, qualora il giudice di merito le abbia apprezzate e le abbia ritenute condivisibili ai fini della decisione, esse assumono il valore di argomenti con cui il giudice ha espresso direttamente il suo convincimento e, pertanto, il ricorrente in Cassazione che avesse voluto criticare, ai sensi del n. 5 dell’art. 360 nel testo di cui al d.lgs. n. 40 del 2006 ovvero prospettando una violazione dell’art. 116 c.p.c., la decisione assunta dal giudice sulla base dei detti argomenti non se ne poteva disinteressare, adducendo che, in quanto provenienti dal c.t.p., non avrebbero potuto essere utilizzate dal giudice, ma era tenuto a sottoporle a critica secondo quanto consentiva il paradigma normativo invocato.”. §2.5. Il primo motivo è, conclusivamente, dichiarato inammissibile per le plurime ragioni indicate. §3. Con il secondo motivo si denuncia “Error in iudicando. Violazione e falsa applicazione dell’art. 2043 c.c. e dell’art. 345 c.p.c., ex art. 360 nn. 3 e 4 c.p.c.”. Il motivo si duole che la Corte territoriale abbia considerato come domande nuove in appello la deduzione con l’atto di appello, da parte del Ministero, delle seguenti circostanze: a) con d.m. n. 2700 del 27 giugno 1995 all’A. era stato concesso l’equo indennizzo di prima categoria per un importo di L. 52.087.500; b) con d.m. 9 maggio 1997 gli era stata liquidata la somma di L. 25.000.000 a titolo di indennità una tantum per la menomazione dell’integrità fisica patita; c) con d.m. n. 7300 del 14 dicembre 1996 gli era stata conferita la pensione privilegiata di prima categoria; d) con d.m. 2 aprile 1993, a conclusione della procedura di transito nei ruoli dei altre amministrazioni dello Stato (riservata agli appartenenti ai ruoli della Polizia di Stato che espletano funzioni di Polizia, i quali siano non più idonei allo svolgimento dei compiti di istituto, ex d.P.R. n. 3339 del 1982), l’A. era stato inquadrato nei ruoli dell’Amministrazione civile dell’Interno, con la qualifica di “coadiutore”, corrispondente al quarto livello retributivo. Sulla base di tali circostanza il Ministero aveva sollecitato la detrazione delle somme riscosse per le causali dall’ammontare del danno ed all’uopo il giudice d’appello, nel corso dello svolgimento del giudizio di secondo grado, aveva disposto anche c.t.u. contabile. §3.1. Il motivo è fondato. Va rilevato che il processo era soggetto, data l’epoca di introduzione in primo grado, che risale al 31 ottobre 1991, al regime dell’alt. 345 c.p.c. anteriore alla sostituzione

operata dalla l. n. 353 del 1990 e successive modifiche, che consentiva la deduzione di nuove eccezioni in appello. Ora, la prospettazione del Ministero, là dove invocava la rilevanza ai fini della determinazione del danno risarcibile di una serie di provvidenze erogate all'A. si concretò – a differenza di quanto sostenuto dalla Corte territoriale — in una eccezione, dato che l'invocazione della cd. compensatio lucri cum damno – che sostanzialmente si doveva cogliere nella prospettazione del Ministero – non si sostanziava nella proposizione di una nuova domanda, bensì nella proposizione di un'eccezione, cioè di fatti idonei ad escludere ai fini della determinazione e liquidazione del danno risarcibile la rilevanza della parte del danno accertato corrispondente a quanto erogato all'A. . In proposito il Collegio osserva che la qualificazione della prospettazione della cd. compensatio lucri cum damno come eccezione ed anzi come eccezione c.d. in senso lato, rilevabile, quindi, d'ufficio da parte del giudice, è dato acquisito nella giurisprudenza di questa Corte. Da ultimo si veda Cass. n. 20111 del 2014, per l'espressa affermazione che "L'eccezione di "compensatio lucri cum damno" è un'eccezione in senso lato, vale a dire non l'adduzione di un fatto estintivo, modificativo o impeditivo del diritto azionato, ma una mera difesa in ordine all'esatta entità globale del pregiudizio effettivamente patito dal danneggiato, ed è, come tale, rilevabile d'ufficio dal giudice, il quale, per determinarne l'esatta misura del danno risarcibile, può fare riferimento, per il principio dell'acquisizione della prova, a tutte le risultanze del giudizio. (Nella specie, la S.C., in applicazione del principio esposto, ha confermato la decisione con la quale il giudice di merito, pur in carenza di una valida eccezione, aveva determinato il danno per lesione da emotrasfusione detraendo quanto già riscosso dal danneggiato a titolo di indennizzo ex legge 25 febbraio 1992, n. 210)". Si veda ancora, ex multis, Cass. n. 992 del 2013: "L'eccezione di "compensatio lucri cum damno" è finalizzata ad accertare se il danneggiato abbia conseguito un vantaggio in conseguenza dell'illecito, del quale tener conto ai fini della liquidazione del risarcimento, e non mira, invece, a verificare l'esistenza di contrapposti crediti. Ne consegue che la relativa deduzione non integra una eccezione in senso stretto e non è soggetta alle relative preclusioni.". Dall'applicazione dei ricordati principi in punto di natura della prospettazione della compensatioconsegue ex necesse la cassazione della sentenza impugnata nella parte in cui si è rifiutata di esaminare la prospettazione da parte del Ministero delle ricordate circostanze in ordine alla provvidenze ottenute dall'A. ai fini di una rideterminazione del danno risarcibile. La cassazione parziale così necessaria va disposta con rinvio ad altra sezione della Corte d'Appello di Messina, comunque in diversa composizione. Non è luogo a provvedere sulle spese del

giudizio di cassazione, stante l'inammissibilità del controricorso ed essendo mancata attività difensiva in udienza.

P.Q.M.

La Corte dichiara inammissibile il primo motivo di ricorso. Accoglie il secondo motivo e cassa la sentenza impugnata in relazione e rinvia ad altra sezione della Corte d'Appello di Messina, comunque in diversa composizione, anche per la decisione sulle spese del giudizio di cassazione.

****

FALSO IDEOLOGIO IN ATTO MEDICO:

Cass. Pen. Sez. V, sentenza 15 settembre – 9 novembre 2015, *n. 44874.*

"Il medico ospedaliero che completi con una annotazione, ancorché vera, un certificato medico già redatto, in un contesto cronologico successivo e, pertanto, diverso da quello reale, commette reato di falso in atto pubblico, a nulla rilevando che il soggetto agisca per ristabilire la verità effettuale".

Corte di Cassazione, sez. V Penale, sentenza 15 settembre – 9 novembre 2015, n. 44874
Presidente Lombardi – Relatore Caputo

Ritenuto in fatto

Con sentenza deliberata il 13/12/2013, la Corte di appello di Ancona ha confermato la sentenza dei Tribunale di Camerino 22/01/2013 con la quale N.M.P. - assolto con altri quattro coimputati dal reato di omicidio colposo in danno di P.S. - veniva dichiarato colpevole del reato di falso in atto pubblico, per avere, nella qualità di pubblico ufficiale rivestita quale medico in servizio presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Camerino, alterato il certificato medico relativo a P. del 25/09/2007, aggiungendo, nella parte relativa alla diagnosi, la dicitura "sospetta peritonite" e, quindi, condannato - applicate le circostanze attenuanti generiche con

giudizio di equivalenza rispetto alla circostanza aggravante di cui al secondo comma dell'art. 476 cod. pen. - alla pena di giustizia.
Avverso l'indicata sentenza della Corte di appello di L'Aquila ha proposto ricorso per cassazione N.M.P., attraverso il difensore avv. S. M., denunciando - nei termini di seguito enunciati nei limiti di cui all'art. 173, comma 1, disp. att. cod. proc. pen. - inosservanza o erronea applicazione degli artt. 476 e 479 cod. pen. Il falso ideologico si configura qualora si alteri dolosamente il nucleo clinico centrale dell'atto medico, laddove nel caso di specie l'apposizione della seconda diagnosi sui moduli rimasti presso il Pronto Soccorso fu fatta dal ricorrente al solo scopo di dare completezza alla certificazione ed è stata effettuata in buona fede (riconosciutagli dal Tribunale di Camerino nella determinazione della pena). L'apposizione della diagnosi formulata dagli altri medici non ha natura di atto pubblico, poiché non è stata riportata una falsa attestazione, ma di mera attestazione concernente il quesito diagnostico, laddove il pubblico ufficiale si è limitato a riportare quanto accertato da altri e per mera completezza dell'indagine clinica. La diagnosi del medico costituisce un "giudizio", non un "fatto", per la sua opinabilità, sicché quanto riportato dal ricorrente non integra la fattispecie penale.

Considerato in diritto

Il ricorso è inammissibile. Pienamente in linea con la giurisprudenza di questa Corte (Sez. 5, n. 37314 del 29/05/2013 - dep. 11/09/2013, P, Rv. 257198 in una fattispecie relativa all'alterazione di una cartella clinica), il giudice di appello ha ritenuto che integri il reato di falso materiale l'alterazione di un certificato medico mediante l'aggiunta di una annotazione, ancorché vera (il che priva di rilievo l'argomentazione difensiva incentrata sulla buona fede dell'imputato), in un contesto cronologico successivo e, pertanto, diverso da quello reale, a nulla rilevando che il soggetto agisca per ristabilire la verità effettuale, in quanto la certificazione medica del Pronto Soccorso acquista carattere definitivo in relazione ad ogni singola annotazione ed esce dalla sfera di disponibilità dei suo autore nel momento stesso in cui la singola annotazione viene registrata, laddove l'annotazione clinica oggetto dell'alterazione in questione è successiva alla redazione dello stesso certificato dei Pronto Soccorso. Risultano, dunque, manifestamente infondate le doglianze incentrate sul prospettato "completamento" dei documento pubblico, così come quelle che fanno leva sull'attribuzione alla diagnosi di un carattere di mero giudizio, posto che, secondo l'insegnamento della giurisprudenza di questa Corte, la diagnosi riportata nel referto ha natura di fede privilegiata, essendo preordinata alla certificazione di una situazione caduta nella sfera conoscitiva del pubblico ufficiale, che assume anche un rilievo giuridico esterno alla mera indicazione sanitaria o terapeutica (Sez. 6, n. 12401 del 01/12/2010 - dep. 28/03/2011, Langella e altri, Rv. 249633). Né può dubitarsi della natura di atto pubblico fidefacente del certificato in

questione, natura riconosciuta dalla giurisprudenza di questa Corte sulla base del rilievo che l'atto pubblico fidefacente è caratterizzato - oltre che dall'attestazione di fatti appartenenti all'attività dei pubblico ufficiale o caduti sotto la sua percezione - dalla circostanza che esso sia destinato ab initio alla prova e cioè precostituito a garanzie della pubblica fede e redatto da un pubblico ufficiale autorizzato, nell'esercizio di una speciale funzione certificatrice (Sez. 5, n. 12213 del 13/02/2014 - dep. 13/03/2014, Amoroso e altri, Rv. 260208). Manifestamente inconferenti le ulteriori deduzioni, il ricorso deve essere dichiarato inammissibile, con conseguente condanna del ricorrente al pagamento delle spese processuali e al versamento alla Cassa delle ammende della somma, che si stima equa, di Euro 1.000,00.

P.Q.M.

Dichiara inammissibile il ricorso e condanna il ricorrente al pagamento delle spese processuali e della somma di euro 1.000,00 in favore della Cassa delle Ammende.

BIBLIOGRAFIA:

1) A. Baldasseroni, F. Carnevale, S. Iavicoli, L. Tomassini: Alle origini della tutela della salute dei lavoratori in Italia. Edizioni ISPESL. Roma.

2) E. Sartorelli: Manuale di Medicina del Lavoro. Piccin Editore. Padova 1998.

3) D. Casula: Medicina del Lavoro. Monduzzi Editore. Bologna. 2003.

4) F. Gobbato: Medicina del Lavoro. Edizioni Masson. Milano. 2002.

5) G. Scansetti, P.G. Piolatto, G. Perrelli: La Medicina del Lavoro. Edizioni Minerva Medica. Torino 2000.

6) D. Curtis Claasssen: (Cassaret and Doll's). Tossicologia. I fondamenti delle azioni delle sostanze tossiche. Edizione Italiana EMSI. Città di Castello (PE).

7) L. Alessio, G. Franco, F. Tomei: Trattato di Medicina del Lavoro. Piccin Editore Padova 2015.

8) E. C. Vigliani, A.D. Bonsignore: Medicina del Lavoro. ECIG. Edizioni Genova. 1980.

9) E. Pira: Linee Guida per la sorveglianza sanitaria degli esposti ad agenti cancerogeni e mutageni in ambiente di lavoro. PIME Edizioni. Pavia 2003.

10) F. Merluzzi (a cura di) Linee Guida per la prevenzione dei danni uditivi da rumore in ambiente di lavoro. PIME Edizioni. Pavia. 2003.

11) P. Apostoli (a cura di): Linee Guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo scheletriche dell'arto superiore correlate al lavoro. PIME Edizioni. Pavia. 2003.

12) M. Bovenzi (a cura di): Linee Guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie da esposizione a vibrazioni meccaniche negli ambienti di lavoro. PIME Edizioni. Pavia. 2003.

13) F. Ottenga (a cura di): Linee Guida per la sorveglianza sanitaria degli esposti a radiazioni non ionizzanti. PIME Edizioni. Pavia. 2003.

14) D. Colombini (a cura di): Linee Guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo scheletriche del rachide da movimentazione manuale dei carichi. PIME Edizioni. Pavia.2003.

15) G.B. Bartellucci (a cura di): Linee Guida per la Valutazione del Rischio. PIME Edizioni. Pavia 2003.

16) P. Apostoli (a cura di): Linee Guida per la sorveglianza dei lavoratori esposti a: a) elementi metallici, b) piombo inorganico. PIME Edizioni. Pavia. 2003.

17) L. Soleo (a cura di): Linee Guida per la sorveglianza sanitaria. PIME Edizioni. Pavia. 2004.

18) A. Bergamaschi (a cura di): Linee Guida Disabilità e Lavoro. PIME Edizioni. Pavia. 2006.

19) V. Pascali: Causalità ed inferenza nel diritto e nella prassi giuridica. Giuffrè Editore. Milano 2011.

20) R. Bordon: Il nesso di causalità. UTET Editore. Milano. 2006.

21) M. Barni: Il rapporto di causalità materiale in Medicina Legale. Giuffrè. Milano. 1995.

22) R. Castrica, G. Bolino: I trattamenti pensionistici privilegiati e l'Equo Indennizzo. Edizioni Giuffrè. Milano. 2005.

23) D. Colombini, E. Occhipinti: L'analisi e la gestione del rischio nel lavoro manuale ripetitivo. Manuale per l'uso del sistema OCRA per la gestione del rischio da sovraccarico biomeccanico. Edizioni Franco Angeli. Milano. 2015.

24) D.Colombini, E. Occhipinti, m. Fanti: Il Metodo OCRA per l'analisi e la prevenzione del rischio da movimenti ripetuti. Manuale per la valutazione e gestione del rischi. F.Angeli Editori Milano 2013.

25) C. Marmo, C. Melino: Malattie da rumore e vibrazioni. Società Editrice Universo. Roma. 2003.

26) F. Candura: Tecnologia. Edizioni COMET. Pavia.1998.