

N.53

2012

Numero 1 anno IX
DIRETTORE
RINO PAVANELLO

Rivista

Ambiente e Lavoro

Rivista Tecnico-giuridico di In-formazione e Documentazione
per RSPP, RLS, Giuristi, Operatori, Tecnici e Medici della Prevenzione

SPECIALE

MALATTIE PROFESSIONALI

**ESTRATTO SPECIALE PER CONVEGNO "MALATTIE PROFESSIONALI:
NORME, STORIA, INCOGNITE E TRAGUARDI DELLA IN-FORMAZIONE"
- SOTTO L'ALTO PATRONATO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA
- FIRENZE, 20 E 21 SETTEMBRE 2012**



nell'ambito del progetto:



numero speciale
In collaborazione con



IN QUESTO NUMERO

INDICE	2
MALATTIE PROFESSIONALI	
Introduzione (Marco Bottazzi)	3
Aggiornamento delle tabelle delle malattie professionali	5
Le nuove malattie professionali: il punto di vista del patronato	6
Criteriologia per il riconoscimento delle malattie professionali alla luce delle nuove tabelle	9
Aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ex art. 139 del T.U. (anno 2008)	14
Aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ex art. 139 del T.U. (anno 2010)	16
Le malattie professionali in Europa: studio statistico in 13 paesi di EUROGIP	17
Germania: 5 nuove malattie professionali ammesse alla tutela privilegiata	20
ILO/BIT: lista delle malattie professionali revisione 2010	21
Agenti cancerogeni per l'uomo gruppi 1, 2A e 2B dello IARC	24
Principali situazioni di lavoro con esposizione a cancerogeni: matrice esposizione di rischio	29
IARC: valutazione di cancerogenicità degli agenti chimici e delle professioni connesse	36
Componenti utili: cosa fare in caso di...	48
COLLABORATORI E CORRISPONDENTI	52



INTRODUZIONE

ESTRATTO SPECIALE PER CONVEGNO "MALATTIE PROFESSIONALI: NORME, STORIA, INCOGNITE E TRAGUARDI DELLA INFORMAZIONE" - SOTTO L'ALTO PATRONATO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA - FIRENZE, 20 E 21 SETTEMBRE 2012

*di Marco Bottazzi**

In questo numero della rivista sono stati raccolti documenti e newsletter prodotte, negli ultimi anni, dall'INCA in tema di emersione e riconoscimento delle malattie professionali.

I testi oltre a permettere una profonda disamina delle nuove tabelle delle malattie professionali e delle liste per la denuncia/segnalazione ad opera dei medici (ex art. 139 T.U. 1124/55 e ex art. 10 D.Lgs 38/2000), forniscono anche esempi di strumenti utili all'emersione delle tecnopatie con particolare attenzione ai cancerogeni professionali.

In questo ambito si segnala, particolarmente la matrice esposizione/rischi/organo bersaglio elaborata sulla base delle valutazioni IARC, matrice che per ogni cancerogeno del gruppo 1 IARC indica le situazioni occupazionali in cui si è concretizzato il rischio.

Infine, sempre in tema di cancerogenesi occupazionale, la rivista presenta l'elenco aggiornato all'ultima monografia IARC n° 105 (ancora in attesa di pubblicazione) dei cancerogeni con l'indicazione degli organi bersaglio.

La sotto-dichiarazione delle malattie professionali è un fenomeno comune a tutti i Paesi Europei e nel nostro Paese interessa l'insieme delle patologie da lavoro. E' un fenomeno che rischia di diventare sempre più significativo, a fronte delle modificazioni del mercato del lavoro, con la sua progressiva terziarizzazione, che fa emergere nuove patologie in rapporto al carico mentale del lavoro e allo stress, ma anche patologie già "note" in settori, tuttavia, che fino ad ora ne erano immuni, a causa della accelerazione generalizzata dei ritmi di lavoro (flessibilità, prolungamento, intensità, diversificazione e precarietà del lavoro) e della una variazione della composizione della forza lavoro, con proporzioni più elevate di lavoratori anziani, di donne e di migranti.

Si tratta di malattie a genesi plurifattoriale, per le quali si deve essere in grado di evidenziare la quota parte lavorativa, rispetto a quella extra-lavorativa da patologia "comune", a cui i medici sono più portati a fare riferimento.

Il confronto con gli altri Paesi conferma che l'Italia è uno dei paesi con le peggiori performance di tutela della malattie professionali, e con la forbice più ampia fra numero di denunce e numero di riconoscimenti.

Numerosi sono i fattori che possono contribuire a determinare questa sottotitola delle malattie professionali:

- la mancata informazione dei lavoratori sui rischi per la salute presenti negli ambienti di lavoro, sul sistema di assicurazione e sulla possibilità di indennizzo
- reticenza da parte dei lavoratori a denunciare i disturbi legati al lavoro per timore di ritorsioni di tipo occupazionale o di inquadramento;
- l'insufficiente motivazione da parte dei lavoratori a segnalare agli istituti assicuratori le patologie da lavoro perchè il procedimento di riconoscimento di una malattia professionale è lungo e complesso e spesso infruttuoso;
- l'insufficiente conoscenza delle patologie professionali da parte di medici di base, ospedalieri e specialisti o non interesse a individuare una correlazione della patologia con i rischi lavorativi, correlazione per altro difficile per le patologie a genesi multifattoriali e per quelle come i tumori che si manifestano numerosi anni dopo la fine dell'esposizione
- la frequente omissione della denuncia da parte dei medici competenti per misconoscimento diagnostico e/o del nesso di causa ma anche per pressioni e tema di ritorsioni. La paura di ritorsioni è d'altronde uno dei fattori individuati a livello europeo come responsabile della sottodenuncia delle malattie professionali;
- un'approccio diagnostico da parte anche di specialisti di medicina del lavoro che frequentemente privilegia nella valutazione del nesso di causa la valutazione dei rischi eseguita dal datore di lavoro e trascura il ruolo concausale dell'esposizione professionale.

Le statistiche pubblicate dagli Istituti Assicuratori non rappresentano che una parte della realtà in quanto l'indennizzo di una malattia professionale è il risultato di una costruzione sociale-medica-amministrativa complessa poiché:

- anche le malattie tabellate possono non essere denunciate per ignoranza dell'origine professionale, ma anche per gli interessi del lavoratore su cui incombe l'obbligo di denuncia e del datore di lavoro che sopporta i costi assicurativi;
- esiste una latenza tra esposizione e manifestazioni della malattia;
- si registra un approccio restrittivo dell'Istituto assicuratore rispetto alle patologie non-tabellate.

* Consulente medico-legale INCA CGIL.

AGGIORNAMENTO DELLE TABELLE DELLE MALATTIE PROFESSIONALI

▲ Sulla Gazzetta Ufficiale n° 169 del 21-7-2008 è stato pubblicato il Decreto 9 aprile 2008 “Nuove tabelle delle malattie professionali nell’industria e nell’agricoltura”.

Le nuove tabelle delle malattie professionali per cui vige la *presunzione legale dell’origine professionale* (per cui l’assicurato deve dimostrare l’esposizione ad una delle lavorazioni tabellate ed una malattia ad essa riferibile ma non deve invece fornire la prova del rapporto di causalità fra la prima e la seconda) sono state elaborate da una Commissione scientifica istituita ai sensi dell’articolo 10 D.Lgs 38/2000 ed hanno poi visto una fase di confronto con le parti sociali che ha portato alla stesura definitiva oggi in Gazzetta.

Analizziamo brevemente le novità di queste tabelle che ritrovate complete in allegato.

- Mantenuta la distinzione fra industria ed agricoltura
- Mantenuta la struttura tripartita con indicazione del fattore di rischio, delle lavorazioni e del PMI
- Viene mantenuta la struttura di quelle oggi in vigore ma alla locuzione “*Malattia causata da..*” fa seguito l’elenco delle diverse malattie correlabili a quell’agente. Elenco che è stato integrato, su indicazione delle parti sociali, con l’indicazione “*altre malattie causate dalla esposizione professionale.*”

Per quanto concerne la tabella dell’industria si registra un aumento delle voci tabellari da 58 a 85.

Le nuove voci riguardano:

- malattie causate da vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano-braccio;
- malattie muscolo-scheletriche da sollecitazione biomeccanica dell’arto superiore,
- malattie muscolo-scheletriche da sollecitazione biomeccanica del ginocchio;
- malattie muscolo-scheletriche da sollecitazione biomeccanica della colonna vertebrale sia per esposizione a vibrazioni trasmesse al corpo intero che da movimentazione manuale di carichi;
- alcune patologie tumorali.

Per quanto concerne, invece, le modifiche alle precedenti voci tabellari le più significative riguardano:

- per una serie di miscele e processi lavorativi che espongono agli idrocarburi policiclici aromatici (IPA) sono state introdotte tre voci riferite alla patologia tumorale a questi correlata. Sono state inserite come voci nuove: *terpeni, etere di petrolio, acqua*

ragia minerale o white spirit, alcool isopropilico (produzione). Alcuni agenti chimici cui è stata correlata la sola patologia cutanea sono stati compresi nella voce “*dermatite irritativa da contatto;*

- eliminata la generica precedente definizione di silicati, calcare, dolomie; specificando i vari tipi di minerali (polvere di carbone, bario, talco, mica, caolino, argille), compresa la polvere di pietra pomice tipica di Lipari (v. liparosi) che ha causato nei lavoratori dell’isola specifici casi di pneumoconiosi;
- considerate le forme prevalentemente “*da accumulo*” (*antracosi, baritosi, siderosi, alluminosi, stannosi*) da polveri ad alta radiodensità ;
- vengono indicate le forme di dermatiti più frequenti da causa lavorativa: le dermatiti da contatto, irritative e allergiche, e le altre forme minori. I tumori cutanei sono stati considerati in riferimento agli agenti cancerogeni presenti in altre voci della tabella;
- per l’ipoacusia viene mantenuto l’elenco delle specifiche lavorazioni con l’introduzione del riferimento a: “*Altre lavorazioni, svolte in modo non occasionale che comportano una esposizione personale, giornaliera o settimanale, a livelli di rumore superiori a 80 dB(A)*” con l’intento di evitare al lavoratore l’onere della prova quando dal documento di valutazione del rischio già risultino le condizioni previste in tabella. Le lavorazioni corrispondenti ai sottodici c), g) e u), della tabella del 1994, sono stati compresi in unico sottocodice c) “*attività che comportano uguali operazioni di martellatura, molatura, ribattitura effettuate su materiali diversi o svolte a bordo delle navi*”.E’ stata aggiunta la lavorazione riferita agli “*addetti alla conduzione dei motori in sala macchine a bordo delle navi*”.

LE NUOVE MALATTIE PROFESSIONALI: IL PUNTO DI VISTA DEL PATRONATO

■ Preliminarmente occorre sottolineare come le tabelle pubblicate in Gazzetta Ufficiale il 21 luglio 2008 a firma dei Ministri Damiano e Turco scontano un sistema di consultazione delle parti sociali che ha presentato vistose carenze che auspichiamo vengano corrette.

Con l'entrata in vigore di queste nuove tabelle non viene meno il quadro normativo ed in particolare il sistema misto così come definito dal D.Lgs 38/2000 che all'articolo 10 comma 4 stabilisce che: "Fermo restando che sono considerate malattie professionali anche quelle non comprese nelle tabelle di cui al comma 3 delle quali il lavoratore dimostri l'origine professionale"; non è dunque corretta la posizione di quanti affermano che l'aggiornamento tabellare ha fatto venire meno le patologie non-tabellate.

Ma per affrontare la tematica delle malattie professionali dobbiamo però avere sempre presenti anche due altre tipologie di normativa:

- 1) la prima è quella che riguarda l'obbligo di segnalazione ai sensi dell'articolo 139 del succitato Testo Unico. Infatti sempre l'articolo 10 del D.Lgs 38 stabilisce che: "l'elenco delle malattie di cui all'articolo 139 del testo unico conterrà anche liste di malattie di probabile e di possibile origine lavorativa, da tenere sotto osservazione ai fini della revisione delle tabelle delle malattie professionali di cui agli articoli 3 e 211 del testo unico; con il DM dell'aprile 2004 è stato ottemperato all'obbligo normativo derivante da una raccomandazione comunitaria del 2003 che prevedeva due distinte liste: la prima lista ricomprendente le malattie professionali che dovrebbero essere riconosciute nell'insieme degli Stati membri ed una seconda lista che elenca le malattie la cui origine professionale è sospetta e che dovrebbero essere oggetto di notifica per una inclusione nella prima lista. La Commissione ha provveduto alla formulazione di tre diverse liste sulla scorta dei dati epidemiologici e scientifici disponibili relativi anche alle patologie associate ai diversi agenti chimici ed alle diverse esposizioni lavorative. L'operazione compiuta nella redazione di tali liste è stata a nostro avviso quella di aver preso atto che l'evoluzione delle esposizioni lavorative ma anche le migliori conoscenze sulle interazioni tra causa morbigena e suscettibilità individuale ha portato al passaggio dall'assoluta certezza alla matrice causale (data da multifattorialità e sensibilità individuale).
- 2) La normativa di igiene e sicurezza che introduce per molte tipologie di rischio dei valori limite anche se il D.Lgs 81 richiama più volte la necessità di prendere in considerazione le differenze di genere, di età ecc.

Perché è importante l'inserimento tabellare?

Come Patronato in costante sinergia con la CGIL ci siamo impegnati in questi anni affinché si pervenisse all'aggiornamento delle tabelle di legge e, poi, affinché venisse emanato lo specifico decreto.

Questo impegno è stato motivato dalla convinzione che l'inserimento tabellare riveste particolare importanza, non solo, in quanto nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali la causalità giuridica assume diverse connotazioni a seconda che la malattia sia o non sia inclusa nella tabella di legge.

Ma soprattutto perché l'esperienza degli altri Paesi europei in cui vige il sistema tabellare dimostra come l'inserimento tabellare abbia determinato un netto aumento dei riconoscimenti delle patologie con conseguenti benefici anche in termine della loro prevenzione.

Questo dato rende significativi i nuovi inserimenti tabellari (di quelle patologie la cui assenza aveva reso obsolete le tabelle del 1994 già all'atto della loro emanazione) ed in particolare di:

- patologia del rachide da movimentazione da carichi o da vibrazioni whole-body anche se limitate alla sola previsione tabellare dell'ernia discale e non alla patologia degenerativa quale la spondilodiscopatia (per altro prevista dalla lista 1 dell'elenco ex articolo 139 del T.U.). Rispetto a questa patologia giudichiamo limitato l'elenco delle lavorazioni che espongono a vibrazioni a tutto il corpo;
- patologie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore da movimenti ripetuti e posture incongrue, da azioni di presa o appoggio prolungato con la declinazione dettagliata delle diverse patologie correlate;
- malattie muscolo-scheletriche da sovraccarico biomeccanico del ginocchio; per appoggio prolungato e per movimenti di flessione-estensione.

Questo gruppo di patologie rappresentano ormai i due terzi delle malattie denunciate e malgrado questo, fino ad oggi, abbiamo registrato una scarsa disponibilità all'accoglimento malgrado le indicazioni fornite in più occasioni anche dalle strutture centrali INAIL.

- Ipoacusia, viene introdotto il parametro generale in assenza di efficace isolamento acustico, la ratio di questa definizione che deve sempre essere letta in accordo con la normativa di igiene e sicurezza è a nostro avviso, quella che non è sufficiente che siano state adottate misure di abbattimento del rischio di

CRITERIOLOGIA PER IL RICONOSCIMENTO DELLE MALATTIE PROFESSIONALI ALLA LUCE DELLE NUOVE TABELLE

L'approccio alle nuove tabelle come tutela dei lavoratori

Con l'entrata in vigore delle nuove Tabelle delle malattie professionali non è venuto meno il quadro normativo previgente ed in particolare il sistema misto così come definito dal D.Lgs 38/2000 che all'articolo 10 comma 4 stabilisce che: " Fermo restando che sono considerate malattie professionali anche quelle non comprese nelle tabelle di cui al comma 3 delle quali il lavoratore dimostri l'origine professionale".

L'inserimento tabellare riveste particolare importanza in quanto nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali la causalità giuridica assume diverse connotazioni a seconda che la malattia sia o non sia inclusa nella tabella di legge.

Nel primo caso opera la "presunzione legale dell'origine professionale" della malattia per cui l'assicurato deve dimostrare l'esposizione ad una delle lavorazioni tabellate ed una malattia ad essa riferibile; non deve invece fornire la prova del rapporto di causalità fra la prima e la seconda.

Secondo una giurisprudenza ormai consolidata la presunzione è relativa, ammette cioè la prova contraria, che si traduce nella possibilità per l'Istituto Assicuratore di dimostrare l'irrelevanza del lavoro come fattore causale o concausale del danno sulla base di dati scientifici (ad esempio una esposizione troppo ravvicinata nel tempo rispetto alla comparsa della malattia etc). Una prova di rilevanza tale da superare la presunzione legale di origine non potrà essere prodotta dall'Istituto Assicuratore se non attraverso un rigoroso e convincente vaglio dei classici criteri medico-legali di affermazione del nesso causale, primo fra tutti quello epidemiologico-statistico e di attendibilità scientifica, così come, peraltro, richiesto sistematicamente al lavoratore per la dimostrazione delle malattie da lavoro o anche di quelle tabellate con la formula aspecifica "*altre malattie causate da*".

Nel caso di malattia non tabellata il diritto alle prestazioni assicurative è subordinato alla dimostrazione della causa lavorativa secondo i criteri ordinari: cronologico, qualitativo, quantitativo e modale.

Per queste ragioni, sotto lo stretto profilo della tutela assicurativa, la riconducibilità di una patologia

occupazionale alle voci previste nelle tabelle offre una serie di vantaggi notevoli ai fini dell'indennizzo. Innanzitutto quello di non dover sostenere l'arduo onere della prova dell'origine professionale della malattia, essendo sufficiente, perché possa essere fatta valere la presunzione legale del nesso causale, che il quadro patologico sia etiologicamente compatibile con l'esposizione lavorativa. Tale compatibilità è stata ulteriormente rafforzata dall'introduzione tabellare dell'elenco delle diverse malattie correlabili ad ogni specifico agente causale. Questa introduzione dettagliata delle patologie costituisce, certamente, la novità più significativa di questo aggiornamento tabellare in quanto viene a riformulare il principio della presunzione legale dell'etiologia professionale delle malattie tabellate.

Il tema dell'onere della prova deve trovare una sua declinazione anche alla luce delle liste di cui all'articolo 139 del T.U. 1124/65 che portano a configurare le seguenti diverse ipotesi:

- malattia tabellata in rischio tabellato e in lavorazioni tabellate;
- malattia non indicata in tabella ma in lista I in rischio tabellato e in lavorazione tabellata;
- malattia non indicata in tabella e non in lista come rischio tabellato insorta però in lavorazione tabellata;
- malattia non indicata in tabella ma ricompresa in lista II o III;
- malattia non indicata in tabella e non presente in alcuna lista.

Nella seconda fattispecie come Patronato INCA abbiamo sostenuto, fin dalla emanazione del decreto del 2004 che in tale caso la dimostrazione della correlazione fra patologia e rischio può limitarsi alla indicazione della presenza in lista.

Tesi questa recepita dalla Cassazione che con la sentenza 3 aprile 2008, n. 8638 stabilisce che: "*In tema di tutela contro le malattie professionali, l'inclusione della malattia tra quelle per le quali l'origine professionale è di 'elevata probabilità' determina una presunzione legale in ordine al rapporto causale o concausale, con la conseguenza che mentre, da una parte, il lavoratore ha l'onere di dimostrare*

AGGIORNAMENTO DELL'ELENCO DELLE MALATTIE PER LE QUALI È OBBLIGATORIA LA DENUNCIA EX ART. 139 DEL T.U.

▲ Sulla Gazzetta Ufficiale del 22 marzo numero 70 è stato pubblicato il decreto del Ministero del lavoro e della previdenza sociale 14 gennaio 2008 "Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni."

Il Decreto che interviene a sostituire l'ultimo aggiornamento dell'elenco delle malattie che risale al decreto ministeriale 27 aprile 2004, che a sua volta aggiornava l'elenco approvato con decreto ministeriale 18 aprile 1973; è costituito da tre gruppi di malattie:

- lista 1 – malattie la cui origine è di elevata probabilità,
- lista 2 – malattie la cui origine è di limitata probabilità,
- lista 3 – malattie la cui origine è possibile.

Ricordiamo che la denuncia è obbligatoria nel caso in cui un medico accerti una malattia professionale che rientra tra quelle elencate nel decreto ministeriale, ai sensi dell'articolo 139 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124: "È obbligatorio per ogni medico, che ne riconosca l'esistenza, la denuncia delle malattie professionali, che saranno indicate in un elenco da approvarsi con decreto del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale di concerto con quello per la sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità. La denuncia deve essere fatta all'ispettorato del lavoro competente per territorio, il quale ne trasmette copia all'Ufficio del medico provinciale".

L'elenco, lo ricordiamo, è costituito dalla lista I contenente malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità; dalla lista II contenente le malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità e dalla lista III, contenente le malattie la cui origine lavorativa è invece solo possibile

La prima modifica di tipo strutturale del nuovo elenco riguarda i tumori professionali, "la cui indicazione è stata ricondotta nel solo gruppo 6 delle liste I, II, III, eliminandone la citazione dalle voci di agenti cui sono correlate anche altre malattie nei gruppi da 1 a 5", modifica suggerita dalla Commissione scientifica che "ha ritenuto di dover procedere all'aggiornamento del gruppo dei tumori professionali in quanto patologie emergenti in termini di incidenza e prevalenza".

Mentre per quanto concerne le novità contenutistiche queste riguardano i cancerogeni con l'inserimento di numerose nuove sostanze cancerogene in entrambe le liste ed anche il passaggio intravista di alcuni cancerogeni in particolare della silice che viene portata in lista I con l'indicazione del tumore del polmone in silicotico.

Le novità riprendono molte delle osservazioni che come Patronato INCA svolgemmo in occasione del Convegno di Milano immediatamente successivo alla emanazione del Decreto del 2004.

Qui di seguito riportiamo le modifiche che sono intervenute rispetto al testo del 2004. le aggiunte sono segnalate in blu.

LISTA I

Gruppo 1 malattie da agenti chimici

- 1) antimonio: fra le malattie l'anemia emolitica è posta in relazione alla esposizione ad idruro di antimonio o stibina;
- 2) arsenico non previste le neoplasie spostate al gruppo 6;
- 3) berillio non prevista la neoplasia polmonare spostata al gruppo 6;
- 4) cadmio non prevista la neoplasia polmonare spostata al gruppo 6;
- 5) cromo non previste le neoplasie del polmone, delle cavità nasali e dei seni paranasali spostate al gruppo 6, 8) nichel leghe e composti: non previste le neoplasie del polmone, delle cavità nasali e dei seni paranasali spostate al gruppo 6 voce "composti del nichel",
- 34) cloruro di vinile non previsto l'angiosarcoma epatico trasferito al gruppo 6;
- 35) benzene non prevista la leucemia (prevalentemente mielocitica) trasferita al gruppo 6 dove la patologia viene rimodulata in "tumori del sistema emolinfopoietico";
- 40) idrocarburi policiclici aromatici: non previsti i tumori della cute e del polmone trasferiti al gruppo 6;
- 44) amine aromatiche non previsto il tumore della vescica trasferito al gruppo 6;
- 54) eteri e derivati non previsto il tumore del polmone trasferito al gruppo 6;
- 58) esteri organici aggiunta la dermatite irritativa da contatto (metacrilato di metile).

AGGIORNAMENTO DELL' ELENCO DELLE MALATTIE PER LE QUALI È OBBLIGATORIA LA DENUNCIA - EX ART. 139 DEL T.U.

Nella Gazzetta Ufficiale del 1 aprile 2010 è stato pubblicato l'aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n.1124, e successive modifiche ed integrazioni", aggiornamento allegato al decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 1 dicembre 2009, pubblicato in G.U. Del 19 marzo 2010.

L'aggiornamento oltre ad una migliore veste grafica delle tre diverse liste, che le rende più fruibili e di migliore consultazione, ha introdotto novità che riguardano solo la componente malattie e codice identificativo essendo rimasto invariato il numero e la qualificazione degli agenti.

Il Decreto che interviene a sostituire l'ultimo aggiornamento dell'elenco delle malattie che risaliva al 2008 (decreto del 14 gennaio 2008), è costituito da tre gruppi di malattie:

- lista 1 – malattie la cui origine è di elevata probabilità,
- lista 2 – malattie la cui origine è di limitata probabilità,
- lista 3 – malattie la cui origine è possibile.

Ricordiamo che la denuncia è obbligatoria nel caso in cui un medico accerti una malattia professionale che rientra tra quelle elencate nel decreto ministeriale, ai sensi dell'articolo 139 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n°1124 "È obbligatorio per ogni medico, che ne riconosca l'esistenza, la denuncia delle malattie professionali, che saranno indicate in un elenco da approvarsi con decreto del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale di concerto con quello per la sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità. La denuncia deve essere fatta all'ispettorato del lavoro competente per territorio, il quale ne trasmette copia all'Ufficio del medico provinciale".

Di seguito sono riportate tutte le novità introdotte partendo naturalmente da quelle con ricadute pratiche che riguardano le malattie oggetto di tutela privilegiata.

LISTA I

Gruppo 1 malattie da agenti chimici

- 2) **arsenico**: fra le malattie vengono introdotte: anemia emolitica, ulcere e melanoderma;
- 4) **cadmio**: introdotta la voce broncopneumopatia cronica ostruttiva che sostituisce la precedente voce enfisema;

7) **mercurio**: introdotta la voce sindrome cerebellare-extrapiramidale (tremore, atassia, diplopia) che aggrega le tre voci presenti precedentemente indicate in modo autonomo, introdotta l'encefalopatia tossica e eliminata la voce: psicosindrome organica;

9) **osmio leghe e composti**: sostituita la voce "dermatite allergica da contatto" con quella di dermatite irritativa da contatto;

11) **rame**: la voce dermatite delle precedenti tabelle viene sostituita dalle voci: dermatite irritativa da contatto e dermatite allergica da contatto, introdotta la voce epatopatia granulomatosa;

25) **anidride solforosa**: sostituita la voce enfisema polmonare con quella di broncopneumopatia cronica ostruttiva;

Idrocarburi alifatici e aromatici

29) **n-esano**: introdotta la voce encefalopatia tossica;

40) **idrocarburi policiclici aromatici (IPA), miscele**: viene cancellata la specificazione "oli minerali" che accompagnava le patologie dermatite irritativa da contatto e dermatite allergica da contatto;

48) **chetoni e derivati alogenati**: introdotta la voce encefalopatia tossica;

51) **chinoni e derivati**: alla voce depigmentazione viene tolta la qualificazione di cutanea;

Gruppo 2 malattie da agenti fisici

04) **microtraumi e posture incongrue a carico degli arti superiori per attività eseguite con ritmi continui e ripetitivi per almeno la metà del tempo del turno lavorativo**: sono state divise le patologie in ragione del segmento corporeo;

Gruppo 4 malattie dell'apparato respiratorio

15) **fumi e gas di saldatura**: sostituita la voce bronchite cronica con quella di broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Le ulteriori modifiche concernono il codice di malattia ICD10 di patologie previste in lista I e III, in particolare il codice J42 relativo alla bronchite ed alla tracheobronchite viene sostituito dal codice J40, mentre è stato indicato per la prima volta un codice ICD10 per le malattie del gruppo 1 e 2 della lista III. In allegato trovate il supplemento ordinario n° 66/2010 della gazzetta ufficiale che contiene il testo aggiornato delle liste.

LE MALATTIE PROFESSIONALI IN EUROPA: STUDIO STATISTICO IN 13 PAESI DI EUROGIP

Nel corso del recente convegno INCA sulle “novità legislative in tema di malattie professionali tabellate e di sorveglianza sanitaria” sono stati illustrati i dati del nuovo studio condotto da Eurogip sulle malattie professionali, studio in corso di pubblicazione.

I risultati del primo studio comparativo sulle procedure e le condizioni di denuncia, di riconoscimento e di risarcimento delle malattie professionali in Europa fu pubblicato da Eurogip nel 2000, con un successivo aggiornamento nel 2002. A questi rapporti generali hanno fatto seguito alcuni rapporti tematici quali quelli sul riconoscimento dei tumori professionali, sulle malattie da amianto, sulle lombalgie ed asme allergiche, sulle patologie psichiche legate al lavoro ed infine sulla sottodichiarazione delle malattie professionali.

Nel nuovo rapporto viene presentato l'aggiornamento dei dati statistici sulle malattie professionali in tredici paesi europei: Germania, Austria, Belgio, Danimarca, Spagna, Finlandia, Francia, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Svezia e Svizzera con due distinte modalità di approccio alla problematica.

La prima comparativa permette di misurare, per un anno scelto il 2006, l'incidenza delle malattie professionali nell'insieme dei paesi interessati dallo studio con popolazione assicurata comparabile.

La seconda evolutiva che permette di valutare le tendenze in ogni paesi nel periodo compreso fra il 1990 ed il 2006.

Le domande di riconoscimento nel 2006

Oggi tutti i Paesi Europei della UE a 15, con la sola eccezione della Grecia e dei Paesi Bassi, dispongono di un sistema di assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali che in alcuni paesi è unico ed in altri invece è distinto per le due tipologie, come diverse sono anche le modalità di finanziamento in alcuni paesi abbiamo istituti assicurativi pubblici, in altri organismi privati con forme di controllo statale in altri, infine, organismi privati con controllo sociale.



Paese	Numero di domande di riconoscimento ogni 100.000 assicurati	
	Anno 2000	Anno 2006
Germania	211	162
Austria	203	96
Belgio	277	223
Danimarca	545	626 (2005)
Spagna		-
Finlandia	238	253
Francia	237	401
Italia	160	132
Lussemburgo	82	66
Portogallo	55	80
Svezia	309	349
Svizzera	-	125

Facendo una comparazione fra i dati del 2006 e quelli del 2000 si rileva che la Danimarca, la Francia e la Svezia rimangono i paesi nei quali vengono denunciate di più le malattie professionali che ammontano rispettivamente a 626, 401 e 349 ogni 100.000 assicurati.

All'altro estremo troviamo il Lussemburgo ed il Portogallo in cui le domande sono meno numerose (rispettivamente 66 e 80 denunce ogni 100.000 assicurati), anche se il dato lussemburghese è poco significativo stante le dimensioni del paese ed anche l'estrema terziarizzazione della sua struttura produttiva.

Numerosi fattori intervengono a determinare il numero delle domande e dei riconoscimenti.

La conoscenza del sistema da parte dei medici e del grande pubblico da un lato e dall'altro la vantaggiosità che la domanda assume per la vittima, sono certamente i fattori principali.

In misura inferiore anche il carattere più o meno aperto della procedura può avere un impatto sul numero delle domande di riconoscimento.

In sei paesi, un solo attore che può essere il datore di lavoro, la vittima, il medico che pone la diagnosi della malattia, la cassa di assicurazione malattia, può avviare la procedura. Mentre in Germania ed in Austria tutte le diverse figure indicate in precedenza possono avviare la procedura.

GERMANIA: 5 NUOVE MALATTIE PROFESSIONALI AMMESSE ALLA TUTELA PRIVILEGIATA

L'Ente Assicuratore tedesco ha aggiornato l'elenco delle malattie professionali (BKEn) con l'introduzione di 5 nuove patologie professionali di cui viene riconosciuto il nesso con il rischio lavorativo.

Le nuove patologie ammesse a tutela privilegiata sono:

- 1) Gonartrosi o usura prematura della cartilagine dell'articolazione del ginocchio (BK-Nr. 2112)
- 2) Fibrosi polmonare (malattia infiammatoria dei polmoni) per esposizione a fumi e gas di saldatura ("Siderofibrose") (BK-Nr. 4115)
- 3) Malattie del sangue, del sistema emopoietico e linfatico causati dal benzene (Bk-Nr. 1318)
- 4) Cancro del polmone causato da idrocarburi policiclici aromatici (IPA) (BK-Nr. 4113)
- 5) Cancro del polmone causato dalla esposizione combinata a fibre di amianto e idrocarburi policiclici aromatici (BK-Nr. 4.114).

Se e quali malattie siano riconosciute come malattie professionali, dipende sia dall'entità del rischio per la salute che dalle conoscenze e dalle ricerche mediche correlate a quel rischio lavorativo.

Nel caso in cui si dimostri che la malattia professionale (BK) interessa alcune attività lavorative che implicano una esposizione al rischio superiore rispetto alla popolazione generale, il governo federale riprende la raccomandazione della Commissione medica di consulenza di esperti del Ministero Federale del Lavoro, e le malattie professionali vengono inserite nell'elenco delle malattie professionali.

Queste malattie, come la gonartrosi o il cancro, sono di origine multifattoriale e per tale motivo nel introdurre in tabella queste 5 nuove patologie, l'Ente Assicuratore è pervenuto per tre di esse (BK-Nrn. 2112, 4113, 4114) ad indicare espliciti livelli espositivi (di dose), livelli che si afferma dovrebbero permettere di definire i casi professionali.

Per queste tre patologie vengono indicate l'intensità e la durata di esposizione professionale, sufficienti a provocare la malattia. Per le altre due malattie nuove il gruppo di esperti del Medical Advisory Committee è pervenuto ad indicare dettagliatamente il livello espositivo necessario a qualificare come professionale la patologia.

Nel caso dell'artrosi del ginocchio viene stabilito che per ottenerne il riconoscimento come di origine professionale, è necessario che il lavoratore possa far valere, nella sua intera storia lavorativa, una esposizione al rischio lavorativo pari a 13.000 di lavoro appoggio sul ginocchio.

Per poter far valere un tal livello espositivo il lavoratore deve avere svolto turni di lavoro che abbiano comportato almeno un'ora di lavoro in posizione inginocchiata o accovacciata.

Vengono quindi forniti esempi applicativi di questa vita-dose: ad esempio un idraulico che svolge in un anno 200 turni di 2 ore di lavoro determinanti compressione sul ginocchio dovrà far valere per ottenere il riconoscimento professionale una durata del rischio di 32,5 anni.

Un piastrellista, con invece una esposizione di 4 ore per turno lavorativo, potrà ottenere il riconoscimento dopo un periodo pari alla metà del tempo, vale a dire 16,25 anni.

Come per le altre malattie professionali si applica a queste cinque nuove patologie un valore retroattivo, pur se limitato nel tempo: per il BK 4113 è il 30.11.1997, per le altre tre patologie il limite è fissato al 30.09.2002. Per l'assicurato, questo vuol dire che la malattia professionale non può essere riconosciuta se essa è insorta prima delle date sopra indicate. Solo per il BK 1318 non si applica alcun limite in quanto le malattie causate da benzene sono già riconosciute come malattie professionali dal 1925.

Ricordiamo che in Germania nel caso di una sospetta malattia professionale sono tenuti a presentare una relazione all'Assicurazione infortuni sia i medici, sia le compagnie di assicurazione sanitaria che i datori di lavoro. La domanda può essere presentata anche dai possibili beneficiari cioè dai tecnopatici.

Gli Enti Assicuratori valutano il caso sulla base di tutti i dati disponibili e se viene riconosciuta l'origine professionale, gli assicurati hanno diritto alle cure mediche e, nel caso di una riduzione della capacità di lavorare, ad una pensione adeguata.

ILO/BIT: LISTA DELLE MALATTIE PROFESSIONALI REVISIONE 2010¹

La raccomandazione n° 194 del 2002 in tema di lista delle malattie professionali, prevede che le liste nazionali delle malattie professionali devono ricomprendere, per quanto possibile, le malattie ricomprese nella lista delle malattie professionali allegata alla raccomandazione.

Il 25 marzo 2001 l'ILO/BIT ha approvato una nuova lista di malattie professionali che sostituisce quella allegata alla raccomandazione n°194 del 2002.

La nuova lista ricomprende una serie di malattie professionali riconosciute come tali a livello internazionale che vanno dalle patologie provocate dagli agenti chimici, fisici e biologici alle malattie respiratorie e della pelle, passando per le patologie muscolo-scheletriche ed i tumori professionali.

La nuova lista dell'ILO/BIT prevede in ogni sua sezione una voce aperta, queste voci permettono di riconoscere l'origine professionale delle malattie non previste nella lista nel caso in cui sia stato dimostrato un legame fra l'esposizione ai fattori di rischio presenti nell'attività professionale e il disturbo o la patologia da cui è affetto il lavoratore.

Gli esperti in rappresentanza delle parti hanno adottato dei criteri quali:

- esistenza di un rapporto di causa ed effetto con un agente, una esposizione o un processo lavorativo;
- che la malattia si manifesti nell'ambiente di lavoro e/o in una mansione specifica;
- che la malattia interessi gruppi di lavoratori con una frequenza superiore a quella registrata nel resto della popolazione;
- che esistano prove scientifiche che dimostrino il legame fra l'esposizione e la patologia e ne dimostrino la plausibilità causale.

Questa lista dell'ILO/BIT costituisce il più recente dato di consenso internazionale sulle malattie causate dal lavoro ed essa può rappresentare la base per la revisione delle liste nazionali delle malattie professionali.



Newsletter INCA n.40 2010

¹ Organisation Internationale du Travail: Liste des maladies professionnelles de l'OIT (révisée en 2010) traduzione a cura della newsletter INCA

LISTA DELLE MALATTIE PROFESSIONALI (revisione 2010)

Malattie professionali causate dall'esposizione ad agenti presenti nell'attività lavorativa

1.1 Malattie causate da agenti chimici

- 1.1.1 malattie causate dal berillio o suoi composti
- 1.1.2 malattie causate dal cadmio o suoi composti
- 1.1.3 malattie causate dal fosforo o suoi composti
- 1.1.4 malattie causate dal cromo o suoi composti
- 1.1.5 malattie causate dal manganese o suoi composti
- 1.1.6 malattie causate dall'arsenico o suoi composti
- 1.1.7 malattie causate dal mercurio o suoi composti
- 1.1.8 malattie causate dal piombo o suoi composti
- 1.1.9 malattie causate dal fluoro o suoi composti
- 1.1.10 malattie causate dal disolfuro di carbonio
- 1.1.11 malattie causate dai derivati alogenati degli idrocarburi alifatici o aromatici
- 1.1.12 malattie causate dal benzene o suoi omologhi
- 1.1.13 malattie causate dai nitro e ammino derivati del benzene o suoi omologhi
- 1.1.14 malattie causate dalla nitroglicerina o da altri esteri dell'acido nitrico
- 1.1.15 malattie causate dagli alcoli, glicoli o chetoni
- 1.1.16 malattie causate dalle sostanze asfissianti quali il monossido di carbonio, il solfuro di idrogeno, il cianuro di idrogeno o suoi derivati
- 1.1.17 malattie causate dall'acrilonitrile
- 1.1.18 malattie causate dagli ossidi di azoto
- 1.1.19 malattie causate dal vanadio o suoi composti
- 1.1.20 malattie causate dall'antimonio o suoi composti
- 1.1.21 malattie causate dall'esano
- 1.1.22 malattie causate dagli acidi minerali
- 1.1.23 malattie causate dagli agenti farmaceutici
- 1.1.24 malattie causate dal nichel o suoi composti
- 1.1.25 malattie causate dal tallio o suoi composti
- 1.1.26 malattie causate dall'osmio o suoi composti
- 1.1.27 malattie causate dal selenio o suoi composti
- 1.1.28 malattie causate dal rame o suoi composti
- 1.1.29 malattie causate dal platino o suoi composti
- 1.1.30 malattie causate dallo stagno o suoi composti
- 1.1.31 malattie causate dallo zinco o suoi composti
- 1.1.32 malattie causate dal fosgene
- 1.1.33 malattie causate da irritanti della cornea quali il benzochinone
- 1.1.34 malattie causate dall'ammoniaca

AGENTI CANCEROGENI PER L'UOMO GRUPPI 1, 2A E 2B DELLO IARC

PROVE SUFFICIENTI O LIMITATE SECONDO L'ORGANO BERSAGLIO
(FINO ALLA PIÙ RECENTE MONOGRAFIA 105)

Organo bersaglio	Prove sufficienti nell'uomo Gruppo 1	Prove limitate nell'uomo Agenti dei gruppi 1, 2A e 2B
Labbra		Radiazioni solari
Bocca	Bevande alcoliche Uso del tabacco in qualsiasi forma Betel con o senza tabacco HPV 16	HPV 18
Amigdala	HPV 16	
Ghiandole salivari	Radiazioni X e γ	Iodio radioattivo fra cui lo iodio 131
Faringe	Bevande alcoliche Tabacco fumato Betel con o senza tabacco HPV 16	Amianto (tutte le forme) Processi di stampa Esposizione di seconda mano al fumo di tabacco Ingestione di materiale caldo
Nasofaringe	Polvere di legno Formaldeide Virus di Epstein Barr Pesce salato (metodo cinese)	
VADS (vie aereo-digestive superiori)	Acetaldeide associata al consumo di bevande alcoliche (VADS alte)	Esposizione professionale ai bitumi nei lavori di messa a tenuta stagna
Esofago	Radiazioni X e γ Bevande alcoliche Acetaldeide associata al consumo di bevande alcoliche Tabacco fumato Tabacco masticato o fiutato Betel con o senza tabacco	Lavaggio a secco Percloroetilene Produzione della gomma Ingestione di mate caldo Legumi all'aceto (metodo asiatico)

In **rosso** vengono indicate le esposizioni professionali

PRINCIPALI SITUAZIONI DI LAVORO CON ESPOSIZIONE A CANCEROGENI: MATRICE ESPOSIZIONE DI RISCHIO

Di seguito viene proposta una “ipotesi” di matrice espositiva per le neoplasie professionali, costruita partendo dalle conoscenze desumibili dalle monografie IARC (ivi compresa la n°100 in corso di pubblicazione). La matrice per ogni localizzazione di organo indica quali sono i cancerogeni occupazionali noti e per ognuno di detti cancerogeni vengono indicate le attività ed i settori di attività professionali in cui si è potuta o si può determinare una esposizione. Infine la matrice si completa con il riferimento alla voce tabellare prevista dalle Tabelle delle malattie professionali di cui al DPR 1124/65 nell’ultima revisione emanata nel 2009.

SITUAZIONI DI LAVORO CON ESPOSIZIONE A CANCEROGENI (desunte dalle Monografie IARC 1-100)

Tumore del polmone

Fattori occupazionali causali della neoplasia del polmone sono:

- acido solforico (aerosol)
- amianto (e talco contenente fibre asbestiformi),
- arsenico,
- berillio,
- bismometilene e clorometil-metilene
- cadmio
- cobalto metallico
- cromo esavalente,
- idrocarburi policiclici aromatici
- nichel e derivati
- radon (che emette particelle α)
- silice cristallina (quarzo, cristobalite, tridimite),

Attività e settori di attività professionali che hanno potuto o possono comportare una esposizione ai cancerogeni per il polmone



Acido solforico (aerosol)

- produzione di concimi fosfatici e del solfato di ammonio;
- fabbricazione di batterie e di esplosivi;
- utilizzo in diversi settori dell’industria petrolifera, chimica e petrolchimica,
- sgrassaggio e decappaggio dei metalli (acciaio, rame, alluminio, nickel, ecc..)
- placcatura elettrolitica in bagno acido (principalmente ramatura e stagnatura).

Voce 26: malattie causate da acido solforico, non tabellato il carcinoma del polmone

Amianto

- fabbricazione di prodotti contenenti amianto,
- lavori di isolamento termico e fonico,
- lavori in edilizia,
- lavori di ristrutturazione edile,
- manutenzione di camini e forni industriali (operai addetti alla),
- saldatori,
- elettricisti, stagnai,
- installazione, manutenzione, riparazione di caldaie, forni, stufe, motori, turbine, riscaldamenti centralizzati,
- fabbricazione e manutenzione degli ascensori,
- coibentazione e scoibentazione,
- taglio di materiali in fibrocemento (materiali per tetti, condutture per l’acqua, ecc),
- costruzioni e riparazioni navali,
- dockers,
- manutenzione di freni e di frizioni di autoveicoli,
- manutenzione di materiale ferroviario,
- siderurgia: altoforni, cokerie, acciaierie,
- industria del vetro,
- utilizzazione di isolanti in amianto per la protezione personale (abiti, guanti, grembiuli, materassi di protezione) o durante attività particolari (saldatura, protezione antifuoco),
- utilizzazione dell’amianto sotto forma di trecce, cordoni, giunti ecc,
- raffinerie,
- zuccherifici,
- oleifici,
- centrali termiche,
- costruzione di autoveicoli, rimorchi, autobetoniere, carrelli industriali, motocicli, ciclomotori, biciclette,

IARC: VALUTAZIONE DI CANCEROGENICITÀ DEGLI AGENTI CHIMICI E DELLE PROFESSIONI CONNESSE

L'Agencia Internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) ha pubblicato in questi giorni i risultati preliminari del Gruppo di Lavoro che nello scorso ottobre ha sottoposto a rivalutazione il potere cancerogeno di un certo numero di composti chimici, miscele complesse e esposizioni professionali: "A review of human carcinogens – Part F: Chemical agents and related occupations" con lo scopo anche di identificare gli organi bersaglio ed i meccanismi di cancerogenicità.

Queste rivalutazioni costituiranno la sesta ed ultima parte della monografia numero 100 in corso di preparazione.

Qui di seguito vengono segnalate le novità che sono emerse dal Gruppo di Lavoro mentre verranno poi esaminate dettagliatamente le diverse sostanze/miscele/lavorazioni oggetto di valutazione.

Diossina (2,3,7,8-TCDD): vi sono prove sufficienti nell'uomo e la valutazione in gruppo 1 è stata estesa al 2,3,4,7,8-Pentaclorodibenzofurano ed al 3,4,5,3',4'-Pentaclorobifenolo, che sono sostanze chimiche indicative di una classe più ampia di PCB diossina-simili e benzopiridina diossina simili.

Formaldeide: viene confermata la valutazione di cancerogenicità per l'uomo in classe 1 con l'indicazione che esistono prove sufficienti nell'uomo di un aumento di incidenza di tumori del rinofaringe. Inoltre l'evidenza epidemiologica sul rapporto fra esposizione e comparsa della leucemia è stata ritenuta più forte che all'atto della precedente valutazione, tanto da poter affermare che gli studi degli ultimi cinque anni hanno sostituito le precedenti affermazioni di plausibilità biologica con nuovi elementi di prova del fatto che la formaldeide può causare anomalie nelle cellule del sangue, anomalie che sono caratteristiche dello sviluppo della leucemia.

Esposizione professionale come pittore edile (imbianchino): tale esposizione provoca il cancro del polmone, della vescica ed il mesotelioma pleurico. A causa delle diversità e della complessità delle esposizioni il Gruppo di lavoro ha ritenuto che sia difficile identificare gli agenti causali ed il meccanismo causale ma, pur tuttavia, vi sono prove evidenti che le esposizioni siano genotossiche. Il Gruppo di lavoro ha rite-

nute limitate le prove in merito ad una associazione tra esposizione materna alla pittura, prima e durante la gravidanza, ed un aumento del rischio di leucemia infantile nella prole. Risultati questi coerenti con quelli del precedente studio del 2007.

Acido aristolico: modificazione della valutazione dal gruppo 2A al gruppo 1, sulla base dei dati complementari relativi alla valutazione della cancerogenicità ed ai meccanismi che la determinano.

Benzo [a] pirene: modificazione della valutazione dal gruppo 2A al gruppo 1, sulla base dei dati complementari relativi alla valutazione della cancerogenicità ed ai meccanismi che la determinano.

Coloranti metabolizzati a benzidina: modificazione della valutazione dal gruppo 2A al gruppo 1, sulla base dei dati complementari relativi alla valutazione della cancerogenicità ed ai meccanismi che la determinano.

Etoposide: modificazione della valutazione dal gruppo 2A al gruppo 1, sulla base dei dati complementari relativi alla valutazione della cancerogenicità ed ai meccanismi che la determinano.

Fenacetina: modificazione della valutazione dal gruppo 2A al gruppo 1, sulla base dei dati complementari relativi alla valutazione della cancerogenicità ed ai meccanismi che la determinano.

Metilenebis(cloranilina) MOCA: modificazione della valutazione dal gruppo 2A al gruppo 1, sulla base dei dati complementari relativi alla valutazione della cancerogenicità ed ai meccanismi che la determinano.

Neutroni: modificazione della valutazione dal gruppo 2A al gruppo 1, sulla base dei dati complementari relativi alla valutazione della cancerogenicità ed ai meccanismi che la determinano.

Ossido di etilene: modificazione della valutazione dal gruppo 2A al gruppo 1, sulla base dei dati complementari relativi alla valutazione della cancerogenicità ed ai meccanismi che la determinano.

COMPORAMENTI UTILI: COSA FARE IN CASO DI...

- *SORVEGLIANZA SANITARIA*
- *RIUNIONE PERIODICA*
- *INFORTUNIO*
- *MALATTIE PROFESSIONALI*
- *INFORTUNIO IN ITERE*

Cosa fare in occasione della sorveglianza sanitaria

L'attività del medico-competente, deve essere finalizzata alla tutela della salute dei lavoratori, salute che il D.Lgs 81/2008 declina non più solo come assenza di malattia o infermità, bensì come "completo benessere psicofisico, mentale e sociale".

La sorveglianza sanitaria va effettuata quando dalla valutazione dei rischi emergono situazioni di potenziale danno e per le quali la normativa vigente prevede questo specifico obbligo.

A questo riguardo, dal particolare osservatorio di Patronato, registriamo che in troppe occasioni i lavoratori sono sottoposti a sorveglianza sanitaria a fronte di una valutazione dei rischi che indica valori espositivi inferiori (e spesso marcatamente inferiori) ai valori indicati dalla norma come comportanti l'obbligo di sorveglianza sanitaria, con dunque un mancato rispetto del combinato disposto del 1° e 2° comma dell'articolo 5 della legge n.300/70 (Statuto dei Lavoratori). La sorveglianza sanitaria si esprime nell'espletamento di attività cliniche e strumentali mirate a definire lo stato di salute del lavoratore e ad evidenziare alterazioni strumentali e/o biologiche correlabili ai rischi occupazionali e deve essere effettuata:

- prima dell'adibizione del lavoratore alla mansione a rischio per evidenziare eventuali controindicazioni al lavoro cui è destinato, intesa anche come visita in fase preassuntiva;
- periodicamente (con frequenza definita dal medico stesso e riportata nei protocolli diagnostici) per verificare la permanenza della idoneità fisica;
- in occasione del cambio di mansione;
- su richiesta del lavoratore, nel caso in cui, in conseguenza dell'esposizione al rischio lavorativo o per condizioni personali, possa derivarne per lo stesso un peggioramento dello stato di salute;
- dopo una assenza dal lavoro per un periodo superiore ai 60 giorni ininterrotti. A questo riguardo è da precisare che una riapertura di infortunio o una ricaduta di una malattia professionale che determinano una nuova assenza dal lavoro non devono portare ad un computo per sommatoria delle assenze, pur se la causa è stata la medesima.

Al termine delle visite mediche, il medico-competente deve esprimere uno dei seguenti giudizi relativi alla mansione specifica:

- idoneità;
- idoneità parziale, con prescrizioni o limitazioni, temporanea o permanente (nel caso di temporanea deve essere indicato chiaramente il periodo);
- inidoneità temporanea;
- inidoneità permanente.

Il lavoratore, in caso di sopraggiunta inidoneità (parziale o totale, permanente o temporanea) alla mansione specifica, sia per malattia "comune" che per conseguenze di infortunio sul lavoro o di malattia professionale deve essere adibito "ove possibile" ad altra mansione compatibile con il suo stato di salute. L'accento posto dalla normativa sull'ambiente di lavoro comporta che l'idoneità non possa essere concessa in astratto ad una determinata mansione, ma vada riferita a quella mansione, in quel posto di lavoro, in quella fabbrica, in cui esiste una precisa organizzazione del lavoro che determina tempi e modalità di esposizione a specifici rischi.

Contro il giudizio del medico-competente, il lavoratore può presentare ricorso all'Organismo di Vigilanza territorialmente competente, entro trenta giorni dall'avvenuta comunicazione di detto giudizio.

Per predisporre tale ricorso, stante anche la ristrettezza dei tempi, è opportuno che il lavoratore sia supportato da una équipe che comprenda il medico del Patronato, l' RLS ed anche la categoria sindacale.

Il giudizio di idoneità, oltre a risvolti prettamente sanitari, può comportare conseguenze gravi per il lavoratore. Infatti, l'idoneità fisica come più volte ribadito dalla Cassazione, deve essere riferita al possesso da parte del lavoratore delle capacità comunemente necessarie per lo svolgimento delle attività lavorative oggetto del contratto di lavoro. Il contratto di lavoro è pertanto un negozio a prestazioni corrispettive, caratterizzato da una reciprocità tra attività lavorativa e retribuzione, in cui ciascuna parte deve la sua prestazione solo se l'altra rende la propria.

Hanno collaborato:

Guido ANELLI, Giovanni ACHILLE, Miriam Viviana BALOSSI, Eginardo BARON, Paola BERTOLI, Rosa BERTUZZI, Carlo BISIO, Enrico BONAFINI, Olivia BONARDI, Enrico BONADIO, Renata BORGATO, Marco BOTTAZZI, Mercedes BRESSO, Carlo CALABRESI, Maria Adele CAMERANI CERIZZA, Maria Pia CANCELLIERI, Michele CANDREVA, Riccardo CANESI, Marco CARLETTI, Renato CASCINO, Mauro CATINO, Luigi CATTERINA, Marco CERRI, Gabriella CHIELLINO, CGIL-CISL-UIL, Flavio COATO, Daniela COLOMBINI, Sergio COLOMBO, Massimo COMINI, Flavio CORSINOVI, Manuela COSTA, Oriano CROSIGNANI, Cesare DAMIANO, Beniamino DEIDDA, Lorenzo DE AMBROSI, Alessandro A. DE LEONARDIS, Giovanni DE LUCA, Elena DEL FORNO J., Lelia DELLA TORRE, Gianmario DELUCCHI, Michele DI LECCE, Fulvio D'ORSI, Rolando DUBINI, Umberto FANTIGROSSI, Luigi FAVINO, Domenico FEDELE, Eugenio FERIOLI, Pasquale FIMIANI, Laura FINOCCHIARO, Sara FIORAVANTI, Ilenia FOLLETTI, Cinzia FRASCHIERI, Marco FREY, Donatella FREZZOTTI, Graziano FRIGERI, Rosaria FRISINA, Edoardo GALATOLA, Virginio GALIMBERTI, Giulia GASPARINI, Luigi GASPERINI, Paride GIANGIACOMI, Michela GIANNINI, Bruno GIORDANO, Angelo GIOVANNAZZI, Celsino GOVONI, Elena GORGITANO, Carlo Maria GRILLO, Anna GUARDAVILLA, Chiara Maria INVERNIZZI, Fabio IRALDO, Maria Anna LABARILE, Elisa LANZI, Eugenio LANZI, Nunzio LEONE, Antonio LEONARDI, Stefano LEONI, Carlo LUCCHINA, Giuseppina LUVARA', Stefano MAGLIA, Domenico MARCUCCI, Renato MARI, Dario MARIOTTI, Alessandro MAZZERANGHI, Massimo MEDUGNO, Massimo MENEGOZZO, Rosella MENGUCCI, Antonio MONTAGNINO, Antonio NOCERA, Enrico OCCHIPINTI, Eugenio ONORI, Attilio PAGANO, Stefania PALLOTTA, Elena PANNI, Antonio PANZERI, Gianpaolo PATTA, Valeria PERRUCCI, Patrizia PERTICAROLI, Aldo PETTINARI, Anna PIAZZA, Barbara PILLON, Paolo PIPERE, Giuseppe PIRILLO, Gerardo PORRECA, Luca RAMACCI, Elsa RAVAGLIA, Paola RIVA, Giorgio ROILO, Francesco ROSSETTI, Daniela ROTA, Sergio ROVETTA, Guido SACCONI, Carlo SALA, Maurizio SANTOLOCI, Giulio SESANA, Monica TAINA, Rita TAZZIOLI, Silvano TERRANEO, Luca TOBIOLA, Oreste TOFANI, Giuseppina VIGNOLA, Rocco VITALE, Vincenzo ZAFFARANO, Thomas WATERS



Rivista Ambiente e Lavoro

Manuale Tecnico-Giuridico di In-Formazione e Documentazione

© Editore e proprietà Associazione Ambiente e Lavoro –
Iscrizione al R.O.C. al n. 5443 del 30 novembre 2001

Direttore Responsabile: Rino Pavanello (info@amblav.it)

Direzione Amministrativa, Segreteria Abbonamenti, Pubblicità e Redazione:
c/o Associazione Ambiente e Lavoro Viale Marelli, 497, 20099 Sesto San Giovanni (MI)
Tel: 02.27007164 - 02.26223120, Fax: 02.25706238 - 02.26223130 (dossier@amblav.it)

Spedizione in PDF – Riservata agli abbonati 2012.
Vietata la diffusione ai non abbonati.

Precisazioni

E' vietata la riproduzione o la memorizzazione di "Rivista Ambiente e Lavoro" anche parziale e su qualsiasi supporto. "Rivista Ambiente e Lavoro" e Associazione Ambiente e Lavoro declinano ogni responsabilità per i possibili errori o imprecisioni, nonché per eventuali danni risultanti dall'uso delle informazioni contenute nella pubblicazione.

A norma dell'art. 74, lettera c), del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 633 e del D.M. 9 aprile 1993, l'I.V.A. sugli abbonamenti è compresa nel prezzo di vendita ed è assolta dall'editore, che non è tenuto ad alcun adempimento ex art. 21 del suddetto decreto n. 633/72.

Di conseguenza, in nessun caso si rilasciano fatture. Per quanto riguarda la sua contabilità è sufficiente che il cliente provi l'avvenuto pagamento e la prova predetta costituisce documento idoneo ad ogni effetto contabile e fiscale.